

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

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

03 / 2004

Abbruch statt Abschied in der ambulanten Behandlung Ab- hängigkeitserkrankter¹

Anna Maria Schmid, Dipl. Sozialpäd. (FH), Psychothe-
rapie HPG

Mai und Dezember 2003

Graduierungsarbeit am Fritz Perls Institut FPI
im Ausbildungszweig Integrative Supervision

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

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

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

e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

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

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

Gliederung

1. Einleitung
2. Versuch einer Definition von Abbruch und Abschied
 - 2.1. Abbruch
 - 2.2. Abschied
3. Phasenmodelle zur Beendigung von Therapie und der Bewältigung von Verlust und Trauer
 - 3.1. Abschlussphase in der Integrativen Therapie
 - 3.2. Die Beendigung der Gruppentherapie bei Yalom
 - 3.3. Trauerphasen
 - 3.4. Zusammenfassung
4. Verlaufsheuristik eines „integrativen Trauer- und Bewältigungstrajektes“
 - 4.1. Variable Verlaufsheuristik von Belastungsverarbeitungs- und Trauerprozessen
 - 4.2. Zusammenfassung von narrativen Gesprächen über Belastungs- und/oder Verlusterfahrungen
5. Multifaktorielles Bedingungsgefüge eines Abbruchs
 - 5.1. Intrapsychische Bedingungen
 - 5.1.1. Maligne Entwicklung des Leib-Selbst, der Emotionen und der Ich-Funktionen
 - 5.1.2. Abbruch als Abwehrform
 - 5.1.3. Bezugnahme auf die Kontaktaspekte von Ko-respondenz in der Integrativen Therapie
 - 5.2. Äußere Bedingungen
 - 5.2.1. Die Person der Therapeutin / des Therapeuten
 - 5.2.2. Wechsel der Therapeutin / des Therapeuten
 - 5.2.3. Einfluss des sozialen Netzwerkes
6. Prävention von Abbrüchen
 - 6.1. Schwerpunkte in der Behandlung
 - 6.2. Die Person der Therapeutin / des Therapeuten
 - 6.3. Blick auf institutionelle Rahmenbedingungen
7. Schlusswort

1. Einleitung

Seit zwei Jahren arbeite ich als Diplom-Sozialpädagogin (FH) in Vollzeit an der Fachambulanz für Suchterkrankungen in Fürstentfeldbruck. Zu meinem Aufgabengebiet gehören allgemeine Beratung, Vermittlung in ambulante, teilstationäre und stationäre Entwöhnungsbehandlungen, die Durchführung von ambulanten Weiterbehandlungen und speziell die Leitung der Weiterbehandlungsgruppe.

In der vorliegenden Arbeit untersuche ich den Aspekt des Abbruchs in der ambulanten Behandlung Abhängigkeitserkrankter unter besonderer Berücksichtigung des intrapsychischen Vorgangs. Ausgangspunkt dafür war eine Begebenheit mit einem Patienten während meiner professionellen Tätigkeit.

Beim Sammeln und Sichten von Literatur zum Thema wurde deutlich, dass der Aspekt des Abbruchs von Entwöhnungsbehandlungen auf der intrapsychischen Seite nur ansatzweise untersucht worden war. Dies machte meine eigenen Definitionen von Abbruch und Abschied notwendig sowie die Theoriebildung über die inneren Bedingungen auf dem Hintergrund meiner beruflichen Erfahrungen.

Ausgehend von idealtypischen Vorstellungen über Trennungs- und Trauerphasen kam ich zum Aspekt der Belastungs- und/oder Verlusterfahrung, den sowohl ein innerer als auch ein äußerer Abbruch mit sich bringen kann. Die Verlaufsheuristik von Belastungsverarbeitungs- und Trauerprozessen in der Integrativen Therapie diente mir als theoretischer Rahmen für narrative Gespräche, die den Umgang mit Belastungs- und/oder Verlusterfahrungen zum Thema hatten. Die Zusammenfassung der Gesprächsinhalte bestätigt die Variabilität von Belastungsverarbeitungs- und Trauerprozessen.

Die äußeren Bedingungen für einen Abbruch sowie die Präventionsmaßnahmen sind im Alltag Erfahrungsgut, dennoch hielt ich deren schriftliches Festhalten für lohnenswert.

Zur allgemeinen Bedeutung von Abbrüchen möchte ich vor meinen Ausführungen Folgendes festhalten:

„Vorzeitige Beendigungen einer Therapie sind in fast sämtlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung vorzufinden“ (Vollmer 1991, 152). Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger hat seine Statistik 2001 zu den Entwöhnungsbehandlungen unterteilt in ambulante und stationäre Behandlung. Aus der Rubrik Entlassungsform greife ich innerhalb der ambulanten Behandlungen aller Abhängigkeitserkrankungen die Bezeichnung „vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis“ heraus und komme auf 9,06 %. Bei der Behandlung der Alkoholabhängigen ergeben sich 8,63 %. Fuchtmann hält fest, dass der Therapieabbruch in den Ebis-Statistiken 40 % einnimmt (1992, 113), Vollmer geht von einer Quote von 52 - 70 % bei der ambulanten Behandlung von Alkoholikern aus (1991, 152). „Als ein zentrales Problem in der Behandlung wurde die vorzeitige Therapiebeendigung am häufigsten bei Abhängigen untersucht“ (Vollmer, 1991, 152). Forschungen zum Thema Abbrüche von Entwöhnungsbehandlungen bei einer Abhängigkeitserkrankung haben laut Vollmer auch ergeben, dass ein Abbruch bzw. eine vorzeitige Therapiebeendigung für den weiteren Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung ungünstig ist. Von daher ist das Thema Abbruch ein wichtiger Aspekt in der professionellen Arbeit.

2. Versuch einer Definition von Abbruch und Abschied

2.1. Abbruch

Unter dem Oberbegriff „Vorzeitige Therapiebeendigung“ definiert Vollmer Abbruch folgendermaßen:

„Der Patient beendet die Behandlung von sich aus vor Ablauf der genau definierten Mindesttherapiezeit oder ohne bestimmte Kriterien erreicht zu haben. Unabhängig davon, welche Kriterien verwendet werden, hätten die Therapeuten die Behandlung noch nicht beendet, das heißt, der Patient ist keiner vorzeitigen Entlassung zuvorgekommen“ (1991, 158).

Äußerlich beobachtbare Abbrüche können mit inneren Abschieds- und Trauerprozessen korrelieren. Andererseits kann ein äußerer Prozess weiterlaufen, obwohl ein innerer Abbruch vollzogen ist (Therapie „absitzen“). Abbruch habe ich versucht wie folgt zu definieren:

Abbruch ist ein intrapsychischer und/oder interpersoneller Prozess auf der leiblichen (körperlichen, geistigen und psychischen) Ebene, in dem es auf Grund fehlender und/oder mangelhaft entwickelter Fähigkeiten eines Menschen in einem aktuellen Kontext und Kontinuum zu einem Versagen der Bewältigung von Anforderungen und zu Abgrenzung, Lösung und Rückzug einer überwiegend innerpsychischen Bezogenheit der betreffenden Person auf Subjekte und Objekte in gegebenem Kontext und Kontinuum kommt. Der betreffende Mensch ist bezüglich des Abbruchs in der Regel begrenzt ko-respondenzfähig.

In der Integrativen Therapie wird Ko-respondenz folgendermaßen definiert:

„Ko-respondenz ist ein synergetischer Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftsebene über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontext/Kontinuums“ (Petzold 1998, 176, 3. Anmerkung).

Jeder Mensch steht in Bezug zu seinen Mitmenschen, seiner Umwelt, er ist auf das Miteinander angewiesen, um sich weiterzuentwickeln. Rahm et al. sagt, „dass das Ziel von Therapie die Herstellung der Ko-respondenzfähigkeit ist“ (Rahm et al. 1995, 346).

In Abgrenzung zum Begriff Abbruch folgt nun meine Definition von Abschied.

2.2. Abschied

Abschied ist ein intrapsychischer und interpersoneller Prozess auf der leiblichen Ebene, in dem es auf Grund entsprechender Fähigkeiten eines Menschen zu einer gelungenen Ablösung einer überwiegend innerpsychischen Bezogenheit der betreffenden Person auf Subjekte und Objekte in Kontext und Kontinuum kommt. Auf ihn folgen in der Regel Anpassung an gegebene aktuelle Lebensumstände und Entwicklungsmöglichkeiten in der Zukunft. Der betreffende Mensch ist bezüglich des Abschieds in der Regel ko-respondenzfähig.

Wenn sich ein Mensch trennt, sei es von Mitmenschen, Situationen, Lebensumständen etc., so muss damit kein Abschied-Nehmen verbunden sein, das H. G. Petzold bezeichnet als „... ein Nehmen, Hineinnehmen der Erfahrung in die Lebens-, Welt- und Selbstinterpretation des Subjektes ...“ (Petzold et al. 2000, 503). Insofern braucht Trennung im Gegensatz zu Abschied auch keine Kompetenz, definiert als „... die Gesamtheit aller Fähigkeiten, die zum Erreichen eines bestimmten Zieles notwendig sind“ (Petzold 1993a, 1276, 1. Anm.). Doch ist Kompetenz allein zum Vollzug eines Abschieds nicht ausreichend, es braucht zusätzlich die Performanz, und „... unter Performanz verstehen wir deren praktische Umsetzung durch Fertigkeiten in Handlungen im sozialen und ökologischen Kontext (Lebenswelt, Lebensraum) und Kontinuum“ (Petzold 1993a, 1276, 1. Anm.).

Trennung wird hier verstanden als neutraler, äußerlich beobachtbarer Vorgang des Auseinandergehens. Ob darauf innerpsychisch mit Abschied oder Abbruch reagiert wird, oder auch ohne das ein oder andere, hängt wesentlich von der Qualität der innerpsychischen Bezogenheit ab und wohl

auch von der subjektiv erlebten Verlusterfahrung sowie den Trennungserfahrungen eines Menschen im bisherigen Verlauf seines Lebens.

Das Ende einer ambulanten Behandlung ist einerseits abhängig von diesen bisherigen Trennungserfahrungen der Patientin /des Patienten und deren Aktualisierung im Kontext der Behandlung. Andererseits wird es beeinflusst von der „Trennungskompetenz“ der Therapeutin / des Therapeuten, wie sie Müller-Ebert in ihrem Buch (2001, 25) behandelt. Ihr geht es hauptsächlich darum, wie die Beendigung einer Therapie von Seiten der Therapeutin / des Therapeuten in verschiedenen Schulen eingeleitet und durchgeführt wird. Für die vorliegende Arbeit liegt der Schwerpunkt darauf, welche Kompetenzen und Performanzen generell bei Menschen und speziell auf Seiten der Klientin / des Klienten vorhanden sein müssen, um sich verabschieden zu können anstatt abzubrechen.

Die Gestaltung der Trennung ist, wie allein schon das alltägliche Leben zeigt, wesentlich für die Gestaltung des weiteren Lebensweges. Auf die Gestaltung einer idealtypischen Trennung im therapeutischen Bereich und der Bewältigung von Trauer gehen die nachfolgend kurz beschriebenen Modelle ein.

3. Phasenmodelle zur Beendigung von Therapie und der Bewältigung von Verlust und Trauer

3.1. Abschlussphase in der Integrativen Therapie nach Moreno (vgl. *Rahm et al.*)

Moreno teilte den therapeutischen Prozess in drei Phasen und unterscheidet zwischen der Anfangs-, der Mittel- und der Abschlussphase. Innerhalb der für diese Arbeit wesentlichen Abschlussphase wird noch einmal in Ablösung und Abschied unterteilt.

Die Ablösung der Patientin / des Patienten von der Therapeutin / dem Therapeuten ist demnach dadurch gekennzeichnet, dass sich „eine Beziehung zwischen 'erwachsenen Menschen' entwickelt“ (*Rahm et al.* 1995, 505). Ziele, Copingstrategien und Creatingstile werden in dieser Phase überprüft und offene Gestalten nach Möglichkeit geschlossen. Durch diese Art von Reflexion klären sich auch die unterschiedlichen Pfadverläufe (Viationen) von Patientin/ Patient und der Therapeutin / des Therapeuten sowie des stattgefundenen Therapieprozesses (vgl. *Petzold* 1988n, 231 ff).

Der Abschied sollte sich in der Regel über drei bis sechs Stunden erstrecken und die Themen Bilanz, Zeit nach der Therapie und die Gestaltung der letzten Stunde beinhalten. Somit kann ein „guter Abschluss“ dann erfolgen, wenn der therapeutische Prozess in der Lebensgeschichte der Klientin / des Klienten unter Einbeziehung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft reflektiert wurde (*Rahm et al.* 1995, 505 - 516).

3.2. Die Beendigung der Gruppe bei Yalom

Nachdem ambulante Behandlung in der Regel schwerpunktmäßig, neben dem dyadischen Setting, in der wöchentlichen Gruppenteilnahme besteht, sollen hier einige Gedanken von Irwin D. Yalom angefügt werden. Irwin D. Yalom ist für seine theoretischen und praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten bezüglich Gruppentherapie bekannt und spricht davon, dass wesentliche Veränderungen durch eine Therapie in einem Zeitraum von 12 bis 24 Monaten möglich sind, obgleich Krisen und Symptome in kürzerer Zeit zu beheben seien. Das Kommen und Gehen von Gruppenteilnehmer/innen erinnere an die zeitliche Begrenzung von Therapie, und „eine wichtige Wirkung erfolgreicher Therapie besteht darin, dass sie Patienten befähigt, die Möglichkeiten, die sich ihnen in ihrer persönlichen Umgebung bieten, konstruktiv zu nutzen“ (1995, 352). Er sieht das Ende von Gruppentherapie als individuellen Prozess, was nicht ausschließt, dass jemand die Gruppe erst verlassen soll, wenn die Gruppenteilnehmer/innen dafür sind. Yalom spricht von einem „realen Verlust“ (1995, 357) der Gruppe für die einzelnen Gruppenteilnehmer bei deren Ende und weist auf die dadurch notwendige Trauerarbeit hin, die von den Mitgliedern einschließlich Therapeuten geleistet werden muss (nach *Yalom* 1995, 351 ff).

3.3. Trauerphasen

Für Trauerarbeit sind Phasenmodelle entwickelt worden, von denen das 5-Phasen-Modell der amerikanischen-schweizerischen Fachärztin Kübler-Ross, dargestellt in ihrem Buch „Interviews mit Sterbenden“, eines der bekanntesten sein dürfte. Es sei der Vollständigkeit halber kurz erwähnt, weil es sich mit Trauerarbeit beschäftigt, die angesichts des Verlustes eigenen Lebens oder dem eines anderen Menschen zu leisten ist und sich auf viele weitere Verluste bezieht.

Erste Phase: Nichtwahrhabenwollen und Isolierung

Zweite Phase: Zorn

Dritte Phase: Verhandeln

Vierte Phase: Depression

Fünfte Phase: Zustimmung

Sie sieht eine individuelle Ausprägung bezüglich des zeitlichen Ablaufs sowie der Intensität des Erlebens jeder Phase, die jedoch ihrer Meinung nach alle durchlaufen werden müssen. Den Einfluss des sozialen Umfeldes dabei hebt sie besonders hervor (nach *Kübler-Ross* o. J., 9 – 119).

3.4. Zusammenfassung

Ambulante Behandlung findet an meiner Arbeitsstelle im zeitlichen Rahmen von ein bis eineinhalb Jahren im Gruppensetting als auch im dyadischen Setting statt. Davon wird der Ablauf aller idealtypischen therapeutischen Phasen, speziell die Trennungsphase, geprägt. Dies ist vor allem dann relevant, wenn eine Patientin / ein Patient sehr viel mehr Therapiezeit bräuchte als formal zur Verfügung steht.

Kritisch ist anzumerken: Phasenmodelle geben zwar einen Überblick über mögliche Abläufe, können jedoch bestenfalls ein „Grobraster bieten“. Vor allem zeigt die Praxis der Sterbebegleitung, dass auf Grund des Einflusses solcher Modelle „individualisierte Abläufe normiert und in unangemessener Weise kalibriert wurden“ (*Petzold* 1988, 229 f).

Auch wenn die Phasenmodelle nicht unumstritten sind, so weisen sie doch auf die Bedeutung von Trennung, von Abschied und des Umgangs mit Verlusterfahrungen hin. Wenn ein Mensch von sich aus eine Behandlung abbricht, scheint dies im ersten Moment kein Verlust zu sein, über den er trauern muss. Bei näherer Betrachtung jedoch ko-respondiert eine solche Handlung auf der leiblichen Ebene mit dem Verlust von Hoffnung, dem Erfolg bei der Durchführung eines Vorhabens, dem Verlust auf Änderung von Lebensumständen, der Anerkennung aus dem sozialen Umfeld/Netz, also mit dem Verlust von positiven Selbst- und Fremdattributionen.

Welche inneren Vorgänge sind möglich bei unverarbeiteten Belastungs- und Verlusterfahrungen wie z.B. bei Abbruch wie er in dieser Arbeit verstanden wird? Das zeigen die folgenden Abschnitte auf.

4. Integratives Trauer- und Bewältigungstrajekt

Ausgehend von der Definition von Abbruch in Punkt 2.1. ist der Zustand des inneren Abbruchs eine Belastungssituation, die mit Trennung und Verlust verbunden ist und bewältigt werden muss.

Das nachstehende Modell hat „heuristischen Charakter“. „Die einzelnen Trajektstrecken (früher sprach man von Phasen und Unterphasen) können unterschiedliche Charakteristik aufweisen, stärker oder weniger ausgeprägt auftreten oder zum Teil ganz fehlen“ (*Petzold et al.* 2000, 503). Das

Modell zeigt auch mögliche Negativentwicklungen auf, die auf die entsprechende Reaktion des betroffenen Menschen folgen können, und den Restitutionsaspekt.

4.1. Variable Verlaufsheuristik von Belastungsverarbeitungs- und Trauerprozessen

Dieses Modell zeichnet sich durch die Differenzierung möglicher Reaktionen auf Belastungs- und Verlusterfahrungen aus. Zusammen mit den Formen von Entwicklungen in positiver oder negativer Hinsicht umfasst es das gesamte Spektrum innerer Vorgänge.

„**Trauma, Verlust, Belastung**“ → trifft auf die Persönlichkeit (Selbst, Ich, Identität - stabil bzw. vulnerabel) in gegebenem Kontext/Kontinuum (mit **Problemen, Ressourcen, Potentialen**) und führt zu →

1. Schock (physische und/oder psychische Extremsituation) mit folgenden Möglichkeiten:

1a Verleugnung. (Die Faktizität des schmerzauslösenden oder bedrohlichen Ereignisses wird nicht angenommen: „Das kann nicht wahr sein!“) → Negativentwicklung: somatoforme Störungen;

1b Dissoziation. (Die Realität oder die emotionale Resonanz auf belastende Ereignisse werden abgespalten, ihre Verarbeitung, Konnektivierung mit anderen Erfahrungen des Selbst, Integration in das Selbst verhindert: „Das hat mit mir nichts zu tun!“ → Negativentwicklung: PTBS, Dissoziative Störung, MPD);

1c Übererregung - Hyperarousal. (Eine Situation permanenter Überforderung und Übererregung mit psychophysiologischen Streßreaktionen entsteht. „Das ist nicht mehr auszuhalten. Ich dreh durch!“) → Negativentwicklung: psychotische Dekompensation, PTBS, Borderline-Persönlichkeitsstörung;

1d Apathie - Numbing. (Ein Zustand der Resignation und Abstumpfung kommt auf: „Mir ist alles egal. Ich fühl eh nichts mehr!“) Negativentwicklung: → PTBS, chronischer Verlauf.

2. Kontrolle (physische und/oder psychisch gesteuerte Belastungssituation) mit folgenden Möglichkeiten:

2a Das Individuum versucht, durch Willensanstrengung seine Regungen, Empfindungen, Gefühle und Äußerungen 'in den Griff zu bekommen', den 'locus of control' bei sich zu halten (Flammer 1990) → Negativentwicklung: Somatisierung, Ängste, Depressionen, Zwangsstörungen;

2b es versucht, seine Umgebung zu kontrollieren → Negativentwicklung wie 2a;

2c es versucht, seine Ressourcen zu mobilisieren und zu nutzen → bei Erfolg keine Negativentwicklung;

2d Die äußeren, sozial vorgegebenen Rituale, Verhaltensklischees, die Notwendigkeiten des Alltags und die Potentiale sozialer Unterstützung werden wirksam und können genutzt werden → wie 2c;

3. Turbulenz (physisch und/oder psychisch labilisierte Belastungssituation) mit folgenden Möglichkeiten:

3a Ausbruch in Vorwurf → Fixierung: Hader, Haß, Negativismus;

3b Ausbruch in Verzweiflung → Fixierung: Resignation, Verbitterung, Ohnmacht, Hilflosigkeit;

3c Ausbruch in Schmerz → Fixierung: Depression, Antriebs- und Willenlosigkeit, Somatisierung;

3d Willensentscheidung, zu überwinden, Abschied zu nehmen → keine Fixierung;

4. Restitution (physisch und psychisch neu regulierte Situation):

4a Annahme der Faktizität des Verlustes, emotionaler Vollzug des Abschieds, Aussöhnung/Versöhnung;

4b Kognitive Übersicht über die verbleibenden Möglichkeiten und ihre Vernetzung;

4c Situationsinterpretation, Bewußtwerden der daraus folgenden Konsequenzen, Neuentwürfe;

4d Willensentscheidung zur Neuorientierung und deren Umsetzung.“

(*Petzold et al. 2000, 502 f*)

Folgende Zusammenfassung aus narrativen Gesprächen zum Thema Belastungs- und/oder Verlusterfahrungen bestätigen die Variabilität von Belastungsverarbeitungs- und Trauerprozessen.

4.2. Zusammenfassung von narrativen Gesprächen über Belastungs- und/oder Verlust Erfahrungen

Die befragten Personen in den Interviews waren überwiegend persönliche Freunde und Bekannte. Neben den Interviews mit Patient/innen fließen auch Aussagen von Patient/innen aus verschiedenen Beratungsgesprächen mit ein, die sich auf den Umgang mit Belastungssituationen im Rahmen von Konfliktbewältigung beziehen.

Ausgehend von Belastungssituationen als allgemeinem Zustand gab ich jeweils die Beispiele Verlust Erfahrung bei Tod eines Menschen, Beendigungen von Beziehungen jeglicher Art, (Dauer-) Belastungen im Beruf mit entsprechenden „Spitzen“ bis hin zu Arbeitsplatzverlust und Verlust von Hoffnungen/Wünschen. Von vorrangigem Interesse war für mich die erste persönliche Reaktion auf die Verlust- bzw. Belastungserfahrung und in der Folge davon die weiteren intrapsychischen Abläufe im Rahmen von Kontext und Kontinuum.

Die befragten Personen äußerten durchgehend, dass ihre Reaktionen immer von verschiedenen Bedingungen abhängig seien. Zunächst mache es einen Unterschied, ob eine Situation auferlegt wurde, wie z. B. beim Tod eines Menschen, oder ob die Beendigung einer Beziehung von der eigenen Person ausgegangen war. Doch selbst beim Tod eines Menschen komme es darauf an, ob der Tod vorhersehbar gewesen sei oder nicht. Derartige Bedingungen bestimmten bereits die erste Reaktion und in der Folge davon den weiteren Prozess.

Wesentlich sei auch die Intensität der Beziehung und inwieweit positiv oder auch negativ gefärbt. Dies bestimme, ob der Tod eines Menschen überhaupt ein Verlust sei (auch von Vater oder Mutter) und ob man das Gefühl habe, hilflos ausgeliefert zu sein, oder Kontrolle zu haben und damit aktiv sein zu können.

Damit eng zusammen hängt die Einschätzung eigener Anteile am Belastungsgeschehen (z. B. bei beruflicher Überbelastung). Dies korreliert mit der eigenen Einschätzung des Ausmaßes von interner und/oder externer Kontrolle. Anders gesagt der eigenen Beurteilung, wie hoch die persönliche Selbstwirksamkeit ist, und inwieweit man sich selbst als hilflos oder aktiv gestaltend sieht und erlebt.

Wird z. B. mit Schock (s. Modell in Punkt 4.1.) auf eine belastende Mitteilung reagiert, und/oder ist die psychophysische Erregung sehr hoch, greifen kognitive Fähigkeiten zur Suche nach Lösungsmöglichkeiten nicht sofort und die Zeit, während der sie ihre Wirkung entfalten, verlängert sich.

Das Gefühl „Es geht gut weiter.“ als ein Aspekt von Grundvertrauen scheint, speziell wenn es in der Lebensspanne auf Grund entsprechender Erfahrungen dauernd oder überwiegend, vor allem in ähnlichen Situationen, vorhanden war, eine gute Grundlage zur Überwindung von Belastungssituationen zu sein. Sowohl was die Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten (Abwägung von Machbarem und Grenzen) auf kognitiver Ebene als auch die Selbstinstruierung („Früher hast du das auch geschafft.“) angeht.

Die Aufrechterhaltung des Arbeitslebens und/oder des Alltags allgemein scheint für Trauerprozesse einen günstigen Rahmen zu geben. Einerseits „läuft das Leben weiter“, andererseits besteht die Möglichkeit, notwendige Umstellungen schrittweise vorzunehmen und damit die neuen Lebensumstände innerlich und äußerlich zu integrieren.

Soziale Unterstützung durch Gespräche und Austausch scheinen nicht den Stellenwert zu haben, den ich vermutet hatte. Dennoch ist für das persönliche Befinden die Unterscheidung wichtig, ob während des Lebens grundsätzlich auf zwischenmenschliche Verständigung vertraut werden konnte und kann oder nicht.

Zusammenfassend kann ich festhalten, dass alle Abläufe als äußerst variabel angesehen werden müssen. Angefangen von der ersten Reaktion bis hin zu Erfahrungen, auf die zurückgegriffen werden kann, den emotionalen Lagen und der Art der Ausprägung kognitiver Fähigkeiten sowie deren

Entfaltungsmöglichkeiten. Dies weist auf ebenso variable Verläufe bei Abbrüchen hin bzw., ob und wie sie verarbeitet werden.

5. Multifaktorielles Bedingungsgefüge eines Abbruchs

In Punkt 2. wurde ausgeführt, dass Abbrüche von Entwöhnungsbehandlungen für den weiteren Krankheitsverlauf als ungünstig anzusehen sind. Es stellt sich die Frage der Prophylaxe, und dies erfordert eine Erfassung der Bedingungen, die zu einem Abbruch führen können.

Die Abhängigkeitserkrankung wird allgemein als frühe Störung angesehen, insbesondere was den Gamma-Alkoholismus nach Jellinek betrifft (nach *Rost* 1992). Heute sieht man mehr auf eine Lebenslaufperspektive und relativiert die grundsätzliche Festlegung auf eine Frühstörung auf Grund der Longitudinalforschung. Die Integrative Therapie geht davon aus, dass frühe Störungen nicht zwingend Erkrankungen nach sich ziehen müssen, sondern dass salutogene Einflüsse und protektive Faktoren kompensierend wirken können. Für die Ausbildung einer Erkrankung müssen Schädigungen (Traumata, Defizite, Störungen, Konflikte) „... akkumulativ und chronifiziert zur Wirkung kommen, um Pathologie im Gefolge zu haben“ (*Petzold* 1995, 421 f), zudem listet Petzold sieben „potentiell pathogene Einflüsse“ auf (*Petzold* 1995, 422), von denen mehrere zusammen- und einwirken müssen, um Pathologie zu bedingen. Dies unter der Voraussetzung, dass Kompensationen nicht gegeben sind „... und die vorhandenen Copingstrategien und Abwehrmechanismen die aufgetretenen Probleme nicht bewältigen konnten, ohne sich dysfunktional zu fixieren“ (*Petzold* 1995, 422 f).

Im Nachfolgenden greife ich Entwicklungsaspekte heraus, die begründen könnten, weshalb ein Abbruch statt eines Abschieds erfolgt.

5.1. Intrapsychische Bedingungen

5.1.1. Maligne Entwicklung des Leib-Selbst, der Emotionen und der Ich-Funktionen

In der Integrativen Therapie ist der Begriff der Leiblichkeit zentral. „Leib wird definiert als die Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata bzw. Stile in ihrer aktuellen, intentionalen Relationalität mit dem Umfeld und dem mnestisch archivierten

Niederschlag ihrer Inszenierungen, die in ihrem Zusammenwirken das personale 'Leibsubjekt' als Synergem konstituieren“ (*Petzold* 1988i).

„Das Selbst als Leibselbst mit seinen Ausfaltungen Ich und Identität, ist ein Synergem, die im Leibgedächtnis festgehaltene Repräsentation komplexer, interdependenter, sensomotorischer, emotionaler, kognitiver, volitiver und sozial-kommunikativer Schemata bzw. Stile, die kommotibel über die Lebensspanne hin ausgebildet und wirksam werden“ (*Petzold* 1988i).

Wenn sich dieses Leib-Selbst nicht ungestört entwickelt, wenn also Störungen bei der Selbst- und Fremdwahrnehmung erfolgt sind, kann das zur Folge haben, dass sich seelische Prozesse nicht adäquat entfalten können. Auf die Frage „Was nehmen Sie bei sich wahr?“, oder konkreter „Was nehmen Sie wahr, wenn Sie eine Hand auf einen Oberschenkel legen?“ antworten die meisten Befragten „Nichts.“ oder „Was soll ich denn wahrnehmen?“. Ebenso geläufig sind Aussagen wie „Hauptsache, mein Körper funktioniert.“ oder „Ich weiß nicht, wie ich zu meinem Körper stehe, darüber habe ich noch nie nachgedacht.“ Diese Aussagen können auf eine mangelhafte Entwicklung der eigenleiblichen Wahrnehmung hinweisen, wodurch ein wesentlicher Bereich der menschlichen Persönlichkeit ausgeklammert bleibe. Sie können allerdings auch darauf hinweisen, dass Möglichkeiten der Versprachlichung fehlen oder dass eine negative Übertragung besteht, in der die Patientin/ der Patient ihre / seine Gefühle nicht zeigen möchte.

Ko-responzenprozesse, Kontakte, werden in der Integrativen Therapie immer auch leiblich gesehen, deswegen können folgerichtig Beeinträchtigungen im zwischenmenschlichen Bereich angenommen werden, wenn das Leib-Selbst nicht hinreichend entwickelt ist. Wenn ein Abhängigkeitserkrankter leibliche

Vorgänge nicht wahrnimmt, so sind sie auch nicht mitteilbar, er hat „nichts zu sagen“, es besteht ein Bruch und der kann zum Abbruch beitragen.

Die entscheidende Bedeutung von Emotionen für eine benigne Entwicklung eines Menschen in der Lebensspanne hat Petzold mehrfach betont (*Petzold et al.* 2000, ab 445; 1995g, 1993, 789 ff). Jede/r von uns macht täglich die Erfahrung der Verbundenheit von Körper, Seele und Geist, wenn gleich mehr oder weniger bewusst. Sind in der Emotionsentwicklung z. B. durch ungenügende Differenzierungsarbeit durch die Bezugspersonen Defizite, traumatische Erfahrungen oder Störungen aufgetreten, so dürfte es für den erwachsenen Menschen schwer sein zu trauern,

„... denn Trauer ist ein hochentwickeltes Gefühl - kein frühes - und Trauerarbeit ein hochkomplexer Prozeß, der ein starkes und gutentwickeltes Ich voraussetzt. Babies und Kleinkinder reagieren mit Äußerungen von Schmerz, Wut, mit Apathie - Vorformen der Trauer. Sie können im eigentlichen Sinne noch nicht trauern. Wo deshalb frühe Trauer nicht möglich war und pathogene Situationen zu Erkrankungen geführt haben, wird die '**nachträgliche Trauer**' ... für den Prozess unerlässlich“ (*Petzold* 1988i, 224 f).

Aussagen von Patient/innen zu Verlustserfahrungen wie „Darüber habe ich nicht weiter nachgedacht!“, „Ich habe halt getrunken und dann habe ich nichts mehr gemerkt!“, und „Was soll schon gewesen sein, das Leben ging ja weiter!“ bei gleichzeitiger emotionaler Involviertheit weisen darauf hin, dass ein Abschied nicht erfolgt ist.

Alkoholkonsum dient oftmals zur Dämpfung von starken Gefühlen, die „pur“ als unerträglich empfunden werden, mit denen ein Mensch nicht gelernt hat umzu gehen (nach *Rost* 1987, 53). Diese Aussage führt über zur Bedeutung der Ich-Funktionen.

Wird von einer frühen Störung gesprochen, so sind die Ich-Funktionen auf jeden Fall mit einbezogen. Die Integrative Therapie sieht in der Entwicklung einer Persönlichkeit folgende Schritte:

1. „Körper als ‚organismisches Selbst‘“
2. „Der Leib als ‚archaisches Selbst‘“
3. „Das archaische Ich“
4. „Das ‚subjektive Leib-Selbst‘“
5. „Archaische Identität, reifendes Ich und verbales bzw. symbolisches Leib-Selbst“
6. „Reifes Selbst mit reifem Ich und reifer Identität“
7. „Involutives Selbst“ (*Petzold* 1995, 346 ff)

Was ist nun das Ich, welches sind die Ich-Funktionen, die einen Menschen dazu befähigen, z. B. starke Gefühle ohne Drogen auszuhalten? In der Integrativen Therapie wird das Ich als

„... Gesamtheit aller im Zustand der Vigilanz aus dem Leibselbst emergierender '**Ich-Funktionen** im Prozeß' gesehen. Es ist 'das Selbst in actu'. Wir unterscheiden primäre Ich-Funktionen (bewußtes Wahrnehmen, Fühlen, Wollen, Memorieren, Denken, Werten, Handeln) und sekundäre Ich-Funktionen (intentionale Kreativität, Identitätskonstitution, innere Dialogik, bezogene Autonomie, Selbstreflexion, Metareflexion, soziale Kompetenz, Demarkation). Man kann auch 'tertiäre Ich-Funktionen' als hochkomplexe Prozesse annehmen, wie z. B. soziales Gewissen, politische Sensibilität, philosophische Kontemplation etc. Die Ich-Prozesse können durch **Ich-Qualitäten** charakterisiert werden (Vitalität/-Stärke, Flexibilität, Kohärenz, Differenziertheit bzw. Rigidität, Schwäche, Desorganisiertheit etc)“ (*Petzold* 1988i).

Die psychoanalytische Entwicklungslehre geht davon aus, dass es „In der ersten, sogenannten präödiptalen Phase ... zur Reifung von Ich-Funktionen“ kommt (*Büchner* 1993, 51). Bei Abhängig-

keitserkrankten hat diese Reifung nicht immer oder in nicht ausreichendem Maße stattgefunden: „Die Erfahrung gerade der letzten Jahre lehrt, dass der überwiegende Teil der Alkoholkranken Störungen im Bereich der ersten Entwicklung von Ich-Funktionen ... aufweist“ (Büchner 1993, 51).

„Die Differenzierung und Bewältigung von Affekten, die Affekt- und Impulskontrolle, damit einhergehend die Realitätsprüfung hinsichtlich der Bedeutung einer Situation und der Konsequenzen eigenen wie fremden Handelns sind zentrale Funktionen des Ichs. Das Ich des Alkoholikers scheint - durch ungenügende Stützung und Differenzierung in der Kindheit - zu schwach zu sein, um diese Funktionen ausüben zu können“ (Rost 1992, 55).

5.1.2. Abbruch als Abwehrform

„Letztlich flüchtet er durch Abbruch“ schreibt Fuchtmann (1992, 118), und meint damit, dass Abhängigkeitserkrankte den Anforderungen des jeweiligen therapeutischen Settings oftmals nicht mit adäquaten Fertigkeiten begegnen können. Dies spricht für Defizite der Ich-Funktionen, könnte aber auch z. B. den Aspekt der Angst vor Veränderung umfassen oder Mängel der Therapie.

Ein Abbruch einer Entwöhnungsbehandlung kann auch einer Retraumatisierung vorbeugen und damit eine wichtige Schutzfunktion (des Ich) erfüllen.

In der Integrativen Therapie ist Abwehr die „psychophysische Überlebenstechnik schlechthin“, sie wird verstanden als „Abwehr von Angst, unabhängig davon, ob die Bedrohung aus einem inneren Konflikt erwächst, aus Traumatisierungen, Defiziten oder Konflikten zwischen Individuum und Umwelt“. Abwehr wird auch unter dem Strukturaspekt gesehen (Rahm et al. 1995, S. 303), und viele Abhängigkeitserkrankte wissen, dass „Ausweichen und Weglaufen“ zu ihrem Leben gehören.

5.1.3. Bezugnahme auf die Kontaktaspekte der Ko-respondenz in der Integrativen Therapie

Ausgehend von Defiziten und/oder Störungen in der Entwicklung des Leib-Selbst, das die Basis für die Differenzierung und Differenziertheit der Emotionen ist, und darauf aufbauend, dass die Ich-Funktionen defizitär und/oder schwach ausgebildet sind, kann der intrapsychische und interpersonelle Abbruch einer Behandlung gleichermaßen als Belastungs- und Verlustsituation nicht durch Abschied bewältigt werden. Abschied setzt ein gewisses Ausmaß von Ko-respondenzfähigkeit (als grundsätzliche Fähigkeit jedes Menschen) voraus, das sich im interpersonellen Kontakt mit den Bezugspersonen und im sozialen Kontext und Kontinuum entwickelt und formt. Anders ausgedrückt: Die Beziehungserfahrungen eines Menschen begründen zusammen mit seinen Fähigkeiten zu nachfolgenden Kontaktaspekten seine Art, Belastungs- und Verlustserfahrungen zu verarbeiten. Werden die Kontaktaspekte unzureichend gelebt und/oder erlebt, wird auch ein Abschied schwer fallen.

„Konfluenz ist die unabgegrenzte Daseinsform des Menschen in totaler Koexistenz, wie sie die Embryonalzeit kennzeichnet, in der die Flut der Propriozeptionen und Exterozeptionen noch nicht durch differenzierende Wahrnehmung strukturiert wird, die das eigene vom anderen scheidet“ (Orth, Petzold 1993a, 118).

„Persönlichkeitstheoretisch betrachtet tendiert der Drogenabhängige nach Petzolds Verständnis zu pathologischer Konfluenz. Der Ursprung liegt dabei im frühkindlichen Konfluenzerlebnis mit der Mutter und dem leidvollen Ablösungsprozeß von der Bezugsperson. Dieser wurde nicht vollständig und befriedigend vollzogen, das Selbst bleibt schwach und instabil“ (Papenbrock 2000, Konzeption, 9). Zu ergänzen wäre hier, dass der Ablösungsprozess nicht notwendigerweise als leidvoll erlebt werden muss, aber dennoch nicht vollständig und befriedigend vollzogen wurde.

Weiterführend kommt hinzu, dass Konfluenz als Lebenshaltung Kontakt verhindert, was wiederum zu Störungen bzw. Verhinderung von Ko-respondenzprozessen führen kann. Kontakt ist Berührung und Abgrenzung zugleich, ist Grundlage von Ko-respondenz (nach Rahm et al. 1995). Wer pathologisch zu Konfluenz neigt, muss zwangsläufig Schwierigkeiten haben.

Eine andere Erklärung von konfluenten Verhaltensweisen könnte in dem Abwehrmechanismus der „Archaischen Regression“ (Petzold 1995, 429) liegen. Dieser tritt ein als Verarbeitungsversuch von Belastungen, die für den Säugling als bedrohlich erlebt werden. Wird dies ein Dauerzustand, so kann das Selbst an der Basis defizitär und brüchig werden bzw. bleiben.

„Kontakt ist im wesentlichen ein Prozeß leiblich konkreter, differenzierender Wahrnehmung, der das Eigene vom Fremden scheidet, die Dinge der Welt unterscheidet und durch die Stabilisierung einer Innen-Außen-Differenz die Grundlage der Identität schafft“ (Orth, Petzold 1993a, 118). „Im Kontakt werden

Nähe und Distanz ununterbrochen und bis in feinste Feinheiten geregelt“ (Rahm et al. 1995, 167). Abhängigkeitserkrankte haben in der Regel Schwierigkeiten Nähe und Distanz zu regulieren, auf funktionaler Ebene sind sie jedoch durchaus dazu fähig.

„Begegnung ist ein wechselseitiges empathisches Erfassen im Hier und Jetzt geteilter Gegenwart, bei dem die Begegnenden im frei entschiedenen Aufeinanderzugehen ganzheitlich und zeitübergreifend ein Stück ihrer Geschichte und ihrer Zukunft aufnehmen und in einen leiblichen (d. h. körperlich-seelisch-geistigen) Austausch treten, eine Berührtheit, die ihre ganze Subjekthaftigkeit einbezieht. Begegnung ist ein Vorgang, in dem sich Intersubjektivität lebendig und leibhaftig realisiert“ (Orth, Petzold 1993a, 118).

„Beziehung ist in die Dauer getragene Begegnung, eine Kette von Begegnungen, die neben gemeinsamer Geschichte und geteilter Gegenwart eine Zukunftsperspektive einschließt, weil die frei entschiedene Bereitschaft vorhanden ist, Lebenszeit miteinander in verlässlicher Bezogenheit zu leben“ (Orth, Petzold 1993a, 118).

Abhängigkeitserkrankte haben vor allem im familiären Kreis und in Partnerschaften Schwierigkeiten Nähe und Distanz zu regulieren. Gerade dem Partner gegenüber ist oftmals zu beobachten, dass einerseits übergroße Nähe gesucht wird (verständlich bei dem Wunsch nach pathologischer Konfluenz) und andererseits immer wieder, auch aggressiv, Abgrenzung stattfindet.

Es fällt einem Abhängigkeitserkrankten schwer, sich abzugrenzen, sich als eigenständiger Mensch zu begreifen und dies seinen Mitmenschen deutlich zu machen. Doch nur durch Abgrenzung ist Lösung und Abschied möglich. Wo dies nicht geschieht, müssen Verbindungen „abgebrochen“ werden. Insofern könnte ein Abbruch als Abgrenzung verstanden werden.

„Bindung entsteht durch die Entscheidung, seine Freiheit zugunsten einer freigewählten Gebundenheit einzuschränken und eine bestehende Beziehung durch Treue, Hingabe und Leidenschaft mit der Qualität der Unverbrüchlichkeit auszustatten“ (Orth, Petzold 1993a, 118).

5.2. Äußere Bedingungen

Die äußeren Bedingungen eines Abbruchs bzw. einer vorzeitigen Therapiebeendigung lassen sich besser als die intrapsychischen beobachten und damit auch beschreiben. Für den stationären Bereich verweise ich auf Fuchtmann (1992, 170). Im Folgenden gehe ich auf Aspekte ein, die für den ambulanten Bereich zutreffen.

5.2.1. Die Person der Therapeutin / des Therapeuten

Auf die Bedeutung der Person der Therapeutin / des Therapeuten für den Verlauf einer Therapie haben verschiedene Autoren hingewiesen (z. B. Petzold 1980 f; Heigl-Evers et al. 1997).

In der Integrativen Therapie versteht sich die Therapeutin / der Therapeut als Wegbegleiter für die Patientin / den Patienten auf dem Weg zu persönlicher Souveränität. Solange die Korrespondenzfähigkeit bei der Patientin / dem Patienten eingeschränkt ist, wird in der Beziehungsgestaltung von unterstellter Intersubjektivität ausgegangen (als ob die Fähigkeit nicht eingeschränkt wäre), so dass auch hier die „clients dignity“ gewahrt bleibt.

Für eine positiv verlaufende Behandlung ist die Passung zwischen der Therapeutin / dem Therapeuten und der Patientin / dem Patienten wichtig, worüber sich alle einig sind. Doch wo könnte der Therapeutenanteil an einem Abbruch einer Patientin / eines Patienten liegen? Im stationären Bereich wurde festgestellt, dass Therapeuten bei vorzeitiger Therapiebeendigung 40 - 60 % unbekannte Faktoren angeben.

„Die Autoren geben zu, dass zur Reduktion der vorzeitigen Therapiebeendigung auf der Therapeutenebene neben Supervision und Fortbildung vor allem die verbesserte Wahrnehmung der Therapeutenanteile am Abbruch angestrebt werden muß. Eine Analyse dieser am Abbruch beteiligten Therapeutenanteile wird allerdings nicht versucht“ (Fuchtmann 1992, 120). Fuchtmann beschreibt mögliche Therapeutenfehler wie Leistungsdefizite aus mangelnden beruflichen und persönlichen Fähigkeiten (z. B. ungenügende fachliche Kenntnisse und Fähigkeiten, mangelnde Professionalität, kommunikative Inkompetenz, Burnout-Syndrom) bis hin zu Persönlichkeitsdefiziten (z. B. narzißtische Selbstüberschätzung, Unfehlbarkeitsdenken). Doch auch wenn die Beziehung zwischen der Therapeutin / dem Therapeuten und der Patientin / dem Patienten „in Ordnung“ zu sein scheint, kann man in der praktischen Arbeit immer wieder feststellen, dass bei Urlaub oder Krankheit der Therapeutin / des Therapeuten Abbrüche erfolgen. Möglicherweise ist die Zeit der Überbrückung bis zum nächsten vereinbarten Termin zu schwer, zu lang. Abhängigkeitserkrankte haben oftmals die Erfahrung des Allein-Seins gemacht, des Auf-Sich-Gestellt-Seins, statt einer zuverlässigen Verbundenheit. Es kann auch sein, dass sie diese Möglichkeit nutzen, um den weiteren beschwerlichen Weg nicht gehen zu müssen bzw. eine längere Abwesenheit der zuständigen Therapeutin / des Therapeuten kommt ihren Tendenzen des Ausweichens entgegen.

5.2.2. Wechsel der Therapeutin / des Therapeuten

Es kann weiterhin beobachtet werden, dass bei einem Wechsel der Therapeutin / des Therapeuten Abbrüche geschehen. Sei es, weil die Therapeutin / der Therapeut die Arbeitsstelle wechselt, also als Bezugsperson ausscheidet, sei es bei Urlaubsvertretung z.B. in der Gruppe oder auch bei Wechsel von Therapeutenzuständigkeit wenn Patienten z.B. innerhalb der Einrichtung von der Beratung in die ambulante medizinische Rehabilitation wechseln. Dies alles sind Situationen, die durch Abschied gemeistert werden können/müssen, doch es wird hier eine Leistung verlangt, die viele Abhängige nicht erbringen können.

5.2.3. Einfluss des sozialen Netzwerkes

Die Aufnahme oder die Beendigung einer intimen Beziehung ist ein Risiko für Abbruch, nicht nur für einen Rückfall oder auch beides in Verbindung. Die Aufnahme einer Arbeit, die den zeitlichen Rahmen einengt, die Pflege einer nahestehenden Person, all dieses sind zumindest Anlässe, die eine Beendigung einer Behandlung herbeiführen können. Ob ein Abbruch im Einzelfall ein sucht-spezifisches Ausweichen oder ein relativ natürlicher Wechsel von Prioritäten ist, lässt sich nur in der Reflexion der Geschehnisse über Abschied und Trauerarbeit herausfinden, wozu viele nicht bereit sind.

6. Prävention von Abbrüchen

Im stationären Bereich wurde die Bewältigung von Abbruchgedanken bei Patienten untersucht, die regulär abgeschlossen haben. Demnach sollte „... ein Spektrum verschiedener Maßnahmen als Angebot zur Bewältigung von Abbruchgedanken möglich sein ...“ (Küfner 1996, 297). Dabei spricht er von hilfreichen Maßnahmen wie Gesprächen mit Mitklienten, Konfrontation in der Gruppe, Vorbereitung auf Krisen und Abbruchgedanken in der Therapie bis hin zu Gesprächen mit Krisenberatern (nach Küfner 1996). Die Bedingungen des stationären Settings lassen sich vor allem im Hinblick auf mögliche Maßnahmen zur Verhinderung von Abbruchgedanken nicht insgesamt auf das ambulante Setting übertragen. Im Folgenden geht es auf Grund der bisherigen Ausführungen um spezielle Aspekte, die für den ambulanten Bereich zutreffen.

6.1. Schwerpunkte in der Behandlung

Der erste wesentliche Punkt in der Behandlung Abhängigkeitserkrankter ist, rasch einen Zugang zu ihnen zu finden und eine Beziehung aufzubauen, die sie „hält“. Dies ist Erfahrungsgut in der Praxis und so sagt auch Fuchtmann für den ambulanten Bereich: „Gelingt es jedoch nicht, die therapeutische Beziehung zu stabilisieren, wird der Abbruch wahrscheinlicher“ (1992, 114).

Der nächste Punkt wäre eine schriftliche Vereinbarung im Behandlungsvertrag, dass beim Vorhaben, die Behandlung zu beenden, generell noch ein bis drei Gespräche erfolgen sollten. Damit kann sich einerseits die Chance ergeben, einem Abbruch vorzubeugen bzw. eine vorzeitige Beendigung mit einem Abschied enden zu lassen, und andererseits wird auch das reguläre Ende von Anfang an in die Gesamtbehandlung integriert.

Im weiteren Behandlungsverlauf sollten Abbruchgedanken, auch im Rahmen der Rückfallprophylaxe, thematisiert und in ihrer Bedeutung für die persönliche Zukunft reflektiert werden. Die Souveränität und Selbstachtsamkeit der Patientin / des Patienten sollten gefördert werden und es dürfte notwendig sein, die „Entscheidungsfähigkeit eines Klienten“ zur „Bewältigung von Abbruchgedanken zu fördern“ (Küfner, 1996, 297). Dies führt zur Reflexion von Zielen, zu Bilanzierungen dessen, was durch die Behandlung erreicht werden soll, ob es erreicht wird, wie die Beurteilung der Betroffenen bezüglich ihrer Zukunft aussieht. Es ist notwendig positive Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Wo dies (momentan) nicht möglich ist, müssen Coping-Strategien entwickelt werden. In diesem Zusammenhang sind Beendigungshinweise der Patientin / des Patienten (nach Müller-Ebert 2001) wahrzunehmen und aufzugreifen.

Die Ich-Funktionen müssen gestärkt und wo es möglich ist, entwickelt werden. Abhängigkeitserkrankte müssen sich ihrer Selbstwirksamkeit bewusst werden, internale Kontrolle übernehmen, auch wenn paradoxerweise „die Steigerung der Internalität“ im Verlauf der Entwöhnungskur „die Wahrscheinlichkeit eines späteren Rückfalls zu erhöhen“ (Flammer 1990, 105) scheint. Gerade im Hinblick auf den Kontrollverlust bei Abhängigkeitserkrankten dürfte dieser Aspekt sehr wichtig sein.

Ebenfalls ist es notwendig, auf gegenwärtige und vergangene Erfahrungen mit Abschied und Trauer einzugehen und vor allem Beziehungsabbrüchen nachzuspüren. Es sollte der Patientin / dem Patienten in der Therapie wenn notwendig ermöglicht werden, Ärger und Wut auszudrücken, denn u.U. kann ein Mensch erst dann trauern. Denn „... vor der Beruhigungsphase, also auch der Trauerphase, steht die Aktionsphase“ (Rahm et al. 1995, 293). In diesem Zusammenhang ist auch die „Trauer um frühe Schädigungen“ (Petzold 1988i, 224) wichtig, um die nachträgliche Bewältigung dessen, worum auf Grund der persönlichen Entwicklung bisher (noch nicht) getrauert werden konnte.

Die Stärkung der Ich-Funktionen sollte immer einher gehen mit einer Stärkung der eigenleiblichen Wahrnehmung und damit einer Differenzierung von Gefühlen. Abhängigkeitserkrankte sollten lernen sich selbst zu spüren, und zwar durch die beiden Sinnessysteme Sensusmotorik und Tiefensensibilität. Dies kann z. B. dadurch geschehen, dass die Patientin / der Patient mit einer Hand die andere Hand berührt und der Berührung nachspürt, andererseits sich bemüht eine Hand von innen zu spüren, wenn diese ruhig daliegt (nach Rahm et al. 1995, 97 f). Denn ein nur verbaler Handlungsansatz, der das Ich erreicht (sekundäre Struktur der Persönlichkeit), kommt an die primäre Struktur, das Leib Selbst, nicht heran (nach Petzold 1988i, 240).

Während der Behandlung besteht die Notwendigkeit Personen- und Institutionswechsel gut vorzubereiten, damit möglichst keine „Brüche“ entstehen.

6.2. Die Person der Therapeutin / des Therapeuten

In erster Linie sollte sich die Therapeutin / der Therapeut mit eigenen Erfahrungen der Trauer, des Abschieds und auch von Abbrüchen auseinandersetzen. Daraus kann ein Verständnis erwachsen, das sowohl der persönlichen Reifung als auch der professionellen Kompetenz förderlich ist. Es kann eine vertiefte Empathie gegenüber der Patientin / dem Patienten bewirkt werden und dazu

verhelfen, in der Behandlung bisherige Verlust- und Belastungserfahrungen in Ko-responzenz aufzuarbeiten und dadurch die persönliche Kompetenz der Patientin / des Patienten zu erweitern.

Weiterhin sollte die berufliche Kompetenz und Performanz ständig durch Supervision, Prozessbesprechung etc. verbessert werden. Dazu gehört beständige Reflexion eigenen Handelns, die wünschenswerterweise auch zur verbesserten Eigenwahrnehmung, zur Wahrnehmung von Behandlungsfehlern und eigenen Anteilen an Abbrüchen führt (nach *Fuchtmann* 1992, 120).

Therapeutinnen und Therapeuten werden notwendige Entwicklungsschritte bei der Patientin / dem Patienten besser anregen können, wenn sie selbst mit sich im Gleichgewicht sind. Deshalb sollte Burnout-Prophylaxe kontinuierlicher Bestandteil professionellen Handelns sein. Ihre Wichtigkeit wird nicht bestritten, doch oftmals bleibt es bei der Einsicht, die ein wichtiger, aber auch nur ein erster Schritt auf dem Weg zur Besserung ist. Dieses Thema wird von Petzold in „Krisen der Helfer - Überforderung, zeitextendierte Belastung und Burnout“, in Schnyder/-Sauvant (2000, 157 - 175), eingehend behandelt.

6.3. Ein Blick auf institutionelle Rahmenbedingungen

Dieser Punkt soll hier nur gestreift werden, obwohl er selbstverständlich einen bedeutenden Einfluss auf Behandlungen hat. Angefangen bei der Atmosphäre in einer Beratungsstelle, der Zusammenarbeit der Mitarbeiter/innen, den personellen und sachlichen Möglichkeiten, über die Anzahl der Klienten / Patienten, das Ansehen der Stelle im Umfeld bis hin zu finanziellen Rahmenbedingungen des Arbeitgebers und den verschiedenen Kostenträgern ergibt sich für die Patientin / den Patienten ein jeweiliger Kontext in einem Kontinuum, der sich positiv und/oder negativ auswirken kann. Derartige Bedingungen können oftmals nicht verändert werden, deren Wahrnehmung und Anerkennung kann jedoch entlastend wirken und bedeutet ein Stück Realitätsbewältigung.

7. Schlusswort

Die Bearbeitung des Themas hat mir die Bedeutung eines Abbruchs in meiner beruflichen Tätigkeit nähergebracht. Vor allem aber hat die Beschäftigung damit meinen Blick für Überforderungserlebnisse bei Patient/innen geschärft und meine Wahrnehmung und Handlungsfähigkeit im therapeutischen Setting verbessert.

Zur gesamten Auseinandersetzung fällt mir ein Satz aus dem I Ging ein: "Man muss, um im Unendlichen sich zu finden, unterscheiden und verbinden" (*Wilhelm* 1982, 36).

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich diese Arbeit ohne fremde Hilfe verfasst, mich keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel bedient und dieses Thema nicht bereits im Rahmen einer früheren Prüfung schriftlich bearbeitet habe.

Fürstenfeldbruck,
Mai und Dezember 2003

Anna Maria Schmid
Dipl. Sozialpäd. (FH)
Psychotherapie HPG

Literaturverzeichnis

- Büchner, U.*, Ethische Dimensionen des Krankheitsbegriffs, in *Heigl-Evers, A., et al.* (Hrsg.): Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten, Göttingen, 2002
- Charbel, A.*, Schnell und einfach zur Diplomarbeit, Nürnberg, 2002, 2. Auflage
- Küfner, H.*, Abbruchgedanken und deren Bewältigung bei Drogenabhängigen in stationärer Therapie, in *Mann, K., Buchkremer, G.*, (Hrsg.): Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Stuttgart, 1996
- Flammer, A.*, Erfahrung der eigenen Wirksamkeit, Bern, 1990
- Fuchtmann, E.*, Zum Problem des Therapieabbruchs in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, in *Tasseit S.* (Hrsg.): Ambulante Suchttherapie, Möglichkeiten und Grenzen, Geesthacht, 1992
- Heigl-Evers, A., Helas, I., Vollmer, H. C.*, (Hrsg.), Die Person des Therapeuten in der Behandlung Suchtkranker, Göttingen, 1997
- Kübler-Ross, E.*, Interviews mit Sterbenden, alle deutschsprachigen Rechte beim Kreuz-Verlag, Stuttgart, o. J.
- Müller-Ebert, J.*, Trennungskompetenz - Die Kunst, Psychotherapien zu beenden, Stuttgart, 2001
- Orth, I., Petzold, H. G.*, Beziehungsmodalitäten – ein integrativer Ansatz für Therapie, Beratung, Pädagogik, in *Petzold, H. G., Sieper, J.* (Hrsg.): Integration und Kreation, Band 1, Paderborn, 1993a, 2. Auflage 1996
- Osten, P.*, Die Anamnese in der Psychotherapie, München, Basel, 2000
- Papenbrock, F., Scheiblich, W.*, Konzeption für das Reha-Zentrum im Fachbereich Drogen- und AIDS-Hilfe, Sozialdienst katholischer Männer e. V. Köln, Große Telegraphenstr. 31, 50676 Köln, Köln, 2000
- Petzold, H. G.*, Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie, in *Petzold, H. G.* (Hrsg.): Die Rolle des Therapeuten, Paderborn, 1980f, 3. Auflage 1996
- Petzold, H. G.*, Das Leib-Seele-Geist-Problem in der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, 1988i
- Petzold, H. G.*, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Bd. I/1, Paderborn, 1988n, 3. revidierte und überarbeitete Auflage 1996
- Petzold, H. G.*, Integrative Therapie, Bd. II/2, Paderborn, 1993
- Petzold, H. G.*, Integrative Therapie, Bd. II/3, Paderborn, 1993
- Petzold, H. G.*, Integrative Therapie in der Lebensspanne, in *Petzold, H. G.*, (Hrsg.): Die Kraft liebevoller Blicke, Paderborn, 1995

- Petzold, H. G.*, Das schulenübergreifende Emotionskonzept der „Integrativen Therapie“ und seine Bedeutung für die Praxis „Emotionaler Differenzierungsarbeit, in *Petzold, H. G.* (Hrsg.): Die Wiederentdeckung des Gefühls, Paderborn, 1995g
- Petzold, H. G.*, Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung, Paderborn, 1998a
- Petzold, H. G.*, Krisen der Helfer - Überforderung, zeittextendierte Belastung und Burnout, in *Schnyder, U., Sauvant, J.-D.*, (Hrsg.): Krisenintervention in der Psychiatrie, Bern 1996, 3. Auflage 2000
- Petzold, H. G., et al.*, Integrative Traumatherapie, Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“, in *Bessel A. van der Kolk, et al.*, (Hrsg.): Traumatic Stress, Paderborn, 2000
- Rahm D., et al.*, Einführung in die Integrative Therapie, Paderborn, 1993, 3. Auflage 1995
- Rost, W.-D.*, Psychoanalyse des Alkoholismus, Stuttgart, 1992, 4. Auflage
- Statistik zu den Entwöhnungsbehandlungen für Erwachsene im Jahr 2001*, unterteilt in stationäre und ambulante Behandlungen, *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger*, Eysseneckstraße 55, 60322 Frankfurt am Main, per Fax an die Verfasserin dieser Arbeit geschickt am 15.01.2003,
- Vollmer, H. C.*, Die vorzeitige Therapiebeendigung, in *Heigl-Evers, A., et al.* (Hrsg.): Suchttherapie, Göttingen, 1991
- Wilhelm, R.*, I Ging, Köln, 1982, 8. Auflage
- Yalom, I. D.*, Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, München, 1995, 3. Auflage

Synopse

Die vorliegende Arbeit behandelt das Thema „Abbruch statt Abschied in der ambulanten Behandlung Abhängigkeitserkrankter“. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem intrapsychischen Aspekt. Festzuhalten ist dabei, dass ein äußerer Abbruch mit Abschiedsprozessen korrelieren kann und bei einem inneren Abbruch äußere Handlungen weitergeführt werden können.

Auf dem Hintergrund von Definitionen für Abbruch und Abschied wird herausgearbeitet, dass bei einem Abbruch weder eine idealtypische Trennung noch u. U. ein Trauerprozess vollzogen werden kann. Dies führt zur Theoriebildung, dass Abbruch mit einer Belastungs- und/oder Verlusterfahrung einhergeht, die bewältigt werden muss. Die variable Verlaufsheuristik von Belastungsverarbeitungs- und Trauerprozessen in der Integrativen Therapie bildet den theoretischen Rahmen, um derartige Prozesse mit Bewältigungsmöglichkeiten differenziert zu erfassen. Das Modell stellt sowohl verschiedene Reaktionen der betroffenen Menschen als auch darauf aufbauend mögliche Negativentwicklungen sowie Restitutionsaspekte dar. Eine Zusammenfassung narrativer Gespräche mit dem Thema Belastungs- und Verlusterfahrungen stützen das Modell der Verlaufsheuristik.

Ausgehend davon, dass bei den meisten Abhängigkeitserkrankten eine frühe Störung vorliegt, wird eine maligne Entwicklung früher Entwicklungsschritte angenommen. Es sind dies in der Hauptsache die Entwicklungen des Leib-Selbst, der Emotionen und der Ich-Funktionen. Abbruch als Abwehrform findet ebenfalls Berücksichtigung als ein besonderer Aspekt der Ich-Funktionen.

Ergänzt werden diese Ausführungen durch die Kontaktaspekte von Ko-respondenz in der Integrativen Therapie: Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung und Bindung. Diese fünf Kontaktaspekte entwickeln sich auf der grundsätzlichen Fähigkeit jedes Mensch zu Ko-respondenz im interpersonellen Kontakt mit den Bezugspersonen und im sozialen Kontext und Kontinuum. Abbruch und Abschied werden von ihnen beeinflusst.

Kurz wird auf äußere Bedingungen eines Abbruchs eingegangen, wobei innere und äußere sich jeweils verstärken können. Es sind dies die Person der Therapeutin /des Therapeuten, ein Wechsel der Bezugsperson sowie Einflüsse aus dem sozialen Netzwerk.

In der Konsequenz werden für die Prävention von Abbrüchen Schwerpunkte in der Behandlung angegeben, Maßnahmen für die Therapeutin / den Therapeuten erwähnt und institutionelle Rahmenbedingungen gestreift.

Mai und Dezember 2003

Zusammenfassung

Bei der Bearbeitung des Themas liegt das Schwergewicht auf dem intra-psychischen Aspekt eines Abbruchs einer Behandlung von Seiten eines Abhängigkeitserkrankten. Auf dem Hintergrund von Definitionen für Abbruch und Abschied wird ein Belastungs- und/oder Verlustaspekt bei einem Abbruch angenommen, der bewältigt werden muss. Eine Verabschiedung bzw. Trauerarbeit ist, wie in den Phasenmodellen für Trennung und Trauerprozessen dargestellt, wegen der Besonderheit der Abbruchsituation nicht möglich. Im Modell der variablen Verlaufsheuristik von Belastungsverarbeitungs- und Trauerprozessen werden die Aspekte von Belastung und Verlust aufgegriffen und die Variabilität der Vorgänge deutlich gemacht. Die Zusammenfassung von narrativen Gesprächen zum Thema Belastungs- und Verlusterfahrungen bestätigen die Variabilität dieser Vorgänge. Die Herausarbeitung der inneren und äußeren Bedingungen eines Abbruchs führt dann folgerichtig zu Maßnahmen der Prävention auf innerer und äußerer Ebene.

Abstract

The main focus of this subject is the inner aspect of the breaking off of a treatment for drug addiction/alcoholism. Against the background of the definitions for breaking off and parting there is the suggestion that a breaking off of a treatment by a dependent person is connected with the experience of strain and/or loss one has to cope with. Parting and mourning as stated in theories about good modes of separation and necessary processes of mourning cannot happen because of the specific situation of breaking off. There is a structure of reactions on strain and loss followed by positive and negative psychological developments which in German is called „Variable Verlaufsheuristik von Belastungsverarbeitungs- und Trauerprozessen“. It shows the variability of inner processes which can be confirmed by condensed extracts talks regarding coping with strain and/or loss. The bringing out of inner and outer conditions of breaking off leads logically to steps to prevent breaking offs on both levels.

Zur Graduierungsarbeit in Sozialtherapie - Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe

vorgelegt von:

Anna Maria Schmid
Dipl. Sozialpäd. (FH)
Psychotherapie HPG