

Andreas Dieckmann und Valentina Albertini

Psychoanalytisch-interaktionelle Suchttherapie in der Klinik - Erfahrungen mit einer einheitlichen therapeutischen Haltung

Abstract

Die von Heigl-Evers und Heigl aus der Psychoanalyse entwickelte psychoanalytisch-interaktionelle Methode ist über eine Psychotherapiemethode hinaus eine Grundlage für die Entwicklung von integrierten Institutionssettings und wird damit der zentralen Forderung psychoanalytischer Theorie nach Beziehungskontinuität in der Behandlung Suchtkrankter gerecht. Es werden Überlegungen aus der Praxis der stationären Therapie angestellt, die differenten Anforderungen an eine Suchtfachklinik mit einer therapeutischen Haltung in Einklang zu bringen. Unter Berücksichtigung des bedeutenden Einflusses der Leistungsträger und der angemessenen Forderungen der Sozialmedizin referiert der Beitrag die Erfahrungen einer Entwöhnungs-Fachklinik.

Die Aufgaben der Suchtfachkliniken und ihre Entwicklungen

In der Geschichte der Suchtkliniken stand in den beginnenden 1980er Jahren die Psychotherapie im Mittelpunkt des Interesses der Behandler. Psychoanalytisch ausgerichtete Kliniken sahen sich mit ihrem Anspruch an die Therapie gut gerüstet, hat doch Freud (1926, 1916-17) als Therapieziel neben dem eher sekundären Ziel der Symptomlinderung die Aufhebung wesentlicher Verdrängung und Widerstände genannt. Daraus resultiere ein adäquater Umgang mit Triebansprüchen und dies führe zu einer Wiederherstellung der Liebes- und Genussfähigkeit und über die Sublimierung nicht zuletzt zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Die übrigen Behandlungselemente körperbezogener, kreativer und arbeitstherapeutischer Art waren mehr oder weniger beachtete Adjuvantien, die nicht selten unverbunden die Zeit zwischen den Psychotherapiestunden füllten. Das Primat der Psychotherapie blieb weitgehend unangefochten.

Die Beziehungsstrukturen im sozialen Gefüge einer Klinik wurden nicht zuletzt vor dem Hintergrund der theoretischen Weiterentwicklung der Psychoanalyse durch die Objektbeziehungstheorie durch Melanie Klein, D. W. Winnicott und W. R. Bion, O. F. Kernberg und anderen rasch als relevante Einflussgrößen auf die Therapie erkannt. Mit der zunehmenden Verbreitung

des Prinzips der *therapeutischen Gemeinschaft* war der Versuch verbunden, Teile der Verantwortung für das Gemeinschaftsleben in die Hände der Patienten zu legen. Den Begriff »Therapeutische Gemeinschaft« prägte Main (1946) und wendete das Konzept im Cassel-Hospital in London an. Jones (1976) orderte für solche »Gemeinschaften« die Auflösung der asymmetrischen Arzt-Patient-Beziehung und der hierarchischen Ordnung zugunsten einer demokratischen Partnerschaft, freie Kommunikation und Information auf allen Ebenen, Analyse der zwischenmenschlichen Dynamik auf ihren Motivgehalt, spontanes und veranstaltetes »social learning« als Auseinandersetzung mit der Realität und die Leitidee, dass die gesamte Klinik eine große therapeutische Gemeinschaft sein könnte. Es sei hier am Rande erwähnt, dass Therapeutische Gemeinschaften mit Sucht(selbst)hilfegemeinschaften des Typs Synanon mit dem Konzept von Jones und Main nicht vergleichbar sind.

In der Realität deutscher Einrichtungen blieben diese Forderungen zumeist eine Utopie, fanden aber ihren Niederschlag in der Entwicklung eklektisch adaptierter milieutherapeutischer Konzepte. Die Chance einer psychotherapeutisch-sozialpsychologischen Einheit des gesamten Therapieprozesses stieß auf die Befürchtung, ein solches Setting könne aufgrund der Schwere der psychischen Störungen im Chaos und in Überforderung der Therapeuten und Patienten enden. Tatsächlich zeigt die Dynamik einer Vielzahl strukturell gestörter Patienten eine fortwährende Tendenz von Abwertung, Spaltung und Destruktivität. Ebi (2000) hat solche Erfahrungen eindrucksvoll beschrieben und herausgestellt, dass manche Regeln in den Kliniken eher Ausdruck der Befürchtungen ungeklärter negativer Gegenübertragungen der Therapeuten als Ergebnis der Umsetzung psychotherapeutischer Theoriemodelle sind. In der Landschaft klinischer Einrichtungen gab es nur wenige, die den Versuch unternahmen, ihr Gesamtkonzept *einer* psychotherapeutischen Leitidee zu unterstellen.

Im Klinikalltag galten häufig mit dem therapeutischen Anspruch nicht abgestimmte Regeln einer »Hausordnung«. Verstöße dagegen unterlagen zumeist Sanktionen, deren »Höchststrafe« die disziplinarische Entlassung darstellte. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema nahm einen großen Raum ein, weil die mit der Dynamik der Sucht verbundene Grenzüberschreitung in Kliniken allgegenwärtig war und ist. Es entstand ein »Psychotherapieraum«, der einem »Real-Raum« kontrovers gegenüber stand. Der in der Psychotherapiesitzung empathische Behandler konnte und musste im realen Klinikalltag zum strafenden Richter werden oder entzog sich dem Klinikalltag.

Janssen (1987) beschreibt zwei Modelle psychoanalytischer Therapie in der Klinik mit der Unterscheidung eines *bipolaren* (Enke 1965) von einem

integrativem Modell. Die Übertragungsprozesse sollen im bipolaren Modell mit dem Psychotherapeuten bearbeitet werden, während der soziale Raum der Station als Übungsfeld für eine angemessenere Realitätsbewältigung genutzt werden soll. Der Autor berichtet von der Erfahrung, dass es bei ich-strukturell gestörten Patienten mit primitiven Übertragungsmustern zu Abspaltungen von Übertragungen und damit zwischen Patienten und Personal zu Übertragungs-Gegenübertragungs-Bindungen kommt, die sich therapeutisch nicht bearbeiten lassen.

Unter der Vorstellung, dass sich im gesamten klinischen Alltag die gesellschaftlichen Konflikte reinszenieren, versucht das integrative Modell eine Aufhebung unterschiedlicher Räume im therapeutischen Prozess. Die Übertragungsspaltung wird hier als therapeutische Chance für die Behandlung schwerer gestörter Patienten gesehen. Das gesamte klinische Feld wird zu einem therapeutischen Raum, in dem der Patient im Umgang mit Mitpatienten und dem Behandlungsteam seine Pathologie reinszeniert (Senf 1988). Im konkreten Fall bedeutet das auch den Einbezug der anderen Therapiemodi wie Psychoedukation, Ergotherapie, Physiotherapie und Sozialarbeit in ein integriertes Therapieprogramm.

Janssen und Senf beschreiben allerdings keine Suchtfachkliniken, die sich von psychosomatischen Kliniken schon durch ein einzelnes dominierendes Krankheitsbild unterscheiden. Die Dynamik in der Behandlung ist hier geprägt von der Aufgabe eines geliebten Hilfsmittels gegen einen sekundären, oft nicht einmal bewusst erlebten Leidensdruck. Die entstehende Ambivalenz gegenüber der Therapie manifestiert sich in der Aufrechterhaltung zweier Welten des Erlebens und einer Doppelbödigkeit im Kontakt mit dem stationären Terrain.

Im Rahmen des politischen Paradigmenwechsels von der bestmöglichen Medizin zum dringend medizinisch Notwendigen in den 1990er Jahren wurden psychosomatische Abteilungen in Krankenhäusern geschlossen und unter dem Kostendruck scheinbar effektivere und schnellere Behandlungsmöglichkeiten herausgestellt, die in der Psychiatrie zu einem Boom neurobiologischer Maßnahmen geführt haben - von der neuroleptischen Medikation bis zur schleichenden Rehabilitation der Elektrokrampftherapie (Folkerts 2000), wie etwa die Internetenzyklopädie Wikipedia betont. In der medizinischen Rehabilitation/Entwöhnung hat sich dagegen eine gegenläufige Entwicklung ergeben, die zu einer Erweiterung der Therapiemöglichkeiten (Schallenberg 2001) mit Flexibilisierungen zwischen ambulanten und stationären Modulen auffordert.

Die Entwicklung der Leistungsfähigkeit bundesdeutscher Suchtfachkliniken steht im engen Zusammenhang mit der versicherungsrechtlichen

Zuordnung zur Deutschen Rentenversicherung, die mit ihrem Rehabilitationsauftrag der stärkste Kostenträger der Entwöhnungstherapie ist. Nach dem stationären oder ambulanten qualifizierten Entzug vom Suchtmittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Weiterbehandlung im Rahmen der Entwöhnung auf die Erhaltung beziehungsweise Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit fokussiert.

Das Sozialgesetzbuch VI regelt in § 15, dass die Rentenversicherung Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation ist. Anders als im Krankenhauswesen hat die Rentenversicherung damit einen starken Einfluss auf die Behandlung Suchtkranker. Sie knüpft an die Belegung der Kliniken einen dezidiert sozialmedizinischen Anspruch an die Therapieinhalte und -ziele, legt Leistungskataloge vor und fordert deren Umsetzung. In regelmäßigen Visitationen werden aktuelle Entwicklungen diskutiert und die Anpassung der Klinikkonzepte gefordert. Mit dem sozialmedizinisch geprägten biopsychosozialen Krankheitsfolge-Modell, das die Komplexität der Störungen aus allen Lebensbereichen in den Blick nimmt, ergeben sich Möglichkeiten, Konzepte zu formulieren, die mit dem ganzheitlichen Anspruch psychoanalytischer Grundhaltung sehr gut vereinbar sind.

Die Kongruenz zwischen Psychotherapie und Gesamtsetting am Beispiel einer Suchtfachklinik

Die folgenden Ausführungen beruhen auf den Erfahrungen einer Klinik (Hartmut-Spittler-Fachklinik, Berlin), die seit fast 30 Jahren arbeitsplatz- und wohnortnah psychoanalytisch orientierte Entwöhnungstherapien anbietet. Aus der häufigen Vergesellschaftung von Sucht und struktureller Störung entstand der Gedanke, alle Therapiebestandteile therapeutisch im gleichen Behandlungsstil zu konzeptionalisieren. In einem »Holding« verlässlicher Interventionsstile sollte der frühen Willkürerfahrung entgegengewirkt und eine Bildung reiferer Objektrepräsentanzen ermöglicht werden. Nachreifungsprozesse oder Defizitkompensationen mangelnder Ich-Funktionen, die aus einem realen Versagen der Umweltversorgung hervorgegangen waren, sollten so auf der Grundlage einer »fördernden Umwelt« (Winnicott 1974a) ermöglicht werden. Diese fördernde Umwelt hat hinreichend gute wie frustrierende Eigenschaften. Die *eine* therapeutische Haltung entspricht in diesem Bild der wesentlichen Anwesenheit *einer* Bezugsperson während der ersten Lebensmonate, die es möglich macht, Entwicklungsschritte wie Integration und die Fähigkeit, Realität wahrzunehmen, zu fördern.

Mit Beginn der 1990er Jahre hat sich die Klinik der psychoanalytisch-interaktionellen Vorgehensweise verschrieben. Aus der Möglichkeit der ubiquitären Anwendung der therapeutischen Haltung und der Interventionstechnik entwickelte sich das Konzept, in einem »herrschaftsfreien Dialog« (Habermas 1981) alle Vorgänge in der Klinik unmittelbar in die Therapie einzubeziehen. Mit einem modifizierten Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft gab es keine Unterscheidung zwischen Therapie und Realität des Klinikalltags mehr. Alle Vorgänge in der Interessengemeinschaft »Klinik« sollten ein Training für einen adäquateren und weniger selbstschädigenden Umgang mit den Anforderungen des Lebens bilden.

Die Klinik als Übungsrealität

Die Therapeutische Gemeinschaft der Klinik ist allerdings kein primär demokratischer Raum: Eine geringe Zahl notwendiger Regeln bilden mit dem Therapieprogramm das Übungsfeld in einem schützenden, reifungsfördernden Rahmen. Die Therapie geht über einen Zeitraum von 12 Wochen in einer von den Therapeuten organisierten und gegenüber den Patienten verantworteten Struktur. Die Therapiezeit wird nicht als »Auszeit« verstanden, sondern als speziell geprägte Lebensphase, die Teil der Lebenserfahrungen werden soll, auf die sich der Patient später konkret rückbeziehen kann. Die vollstationäre Phase geht über 8 bis 9 Wochen und kann dann mit einem ganztägig ambulanten Setting, bei dem der Patient tagsüber an seinem Therapieprogramm wie zuvor teilnimmt und abends in sein Wohnumfeld zurückkehrt, auf das Leben im individuellen Umfeld vorbereiten. Möglich ist auch eine ambulante Weiterbehandlung in der alten Therapiegruppe einmal wöchentlich für bis zu 40 Gruppenstunden. Aber auch nach der Entlassung stehen ihm bestimmte Therapiegruppen offen und er ist zu dem monatlichen »Ehemaligentreffen« eingeladen.

Die Therapien werden ergänzt von eigenverantwortlich organisierten Gemeinschaftsveranstaltungen, Kulturausflügen und anderen Aktivitäten. Auch Aufgaben wie Blumenpflege, Ordnung im Freizeitbereich, Bücherausleihe, Küchendienst, Bewirtung der Ehemaligen in einer offenen Abendgruppe obliegen den Patienten. Die Aufgabenverteilung erfolgt nach einem einheitlichen Wahlmodus in einer wöchentlichen »Allgemeinen Besprechung«.

Es ist in der Literatur unbestritten und ausführlich dargestellt, dass die in die Entwöhnungsklinik gelangenden Rehabilitanden häufig strukturelle Störungen aufweisen. Die Entwicklung von Ich-Funktionen und Objektrepräsentanzen, die im späteren Leben zu einer schwerwiegenden Erlebens- und

Verhaltenspathologie führen, bleibt unvollständig. In einer frühkindlichen Phase kommt es zur emotionalen Unterversorgung durch die primären Objekte (die Eltern). Das Fehlen einer Mutter, die die Veränderungen des Kindes aushält und positiv unterstützt im Sinne einer haltenden Umwelt »holding function« (Winnicott 1974), beziehungsweise ein mangelndes Containment (Bion 1962b) führen beim Säugling zu erhöhten Trieb- und Affektspannungen und zu Störungen in den Objektbeziehungen. Die als Folge auftretenden Externalisierungen der Konflikte, die eingeschränkte sinnliche Wahrnehmungsfunktion sowie die mangelnde Affektdifferenzierung führen zu einer Vielzahl von sozialen Fähigkeitseinschränkungen und Beziehungsstörungen. Hier wiederholt sich dann die ursprüngliche Kommunikationsstörung (Voigtel 2001; Krystal u. Raskin 1983; Burian 2003). Die Sucht ist das Ergebnis scheiternder Kompensation und verstärkt die Spirale aus psychischem und sozialem Elend.

Die Gestaltung einer einheitlichen therapeutischen Haltung

Grundlegendes Therapieprinzip für die Entwicklung stabilerer innerer Repräsentanzen ist daher die Beziehungskontinuität. Der suchtkranke Mensch mit strukturell angelegter Entwicklungspathologie hat keine ausreichende Fähigkeit zur therapeutischen Ich-Spaltung im Therapieprozess. Das heißt, er kann den Menschen in seiner Funktion als Psychotherapeut nicht von der als Diensthabender in der Klinik unterscheiden. Daher spricht der Psychotherapeut auffallende Regelverletzungen oder Verhaltensauffälligkeiten auch außerhalb der Therapiesitzung im psychoanalytisch-interaktionellen Modus an. Der konsequente Verzicht auf Sanktionen ermöglicht eine wohlwollende Konfrontation mit der Realität, verhindert anale Machtkämpfe, erübrigt oft pathologisches Agieren und unwahrhaftigen Umgang mit dem Therapeuten.

Diese Störungen der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Konfliktlösung, der perspektivischen und aktuellen Lebensbewältigung finden ihren Ausdruck in der sozialen Kommunität der Klinik. Sie bildet den Realraum des Lebens ab und stellt ein ideales Trainingsfeld zur Erarbeitung angemessener Affektdifferenzierung, Konfliktwahrnehmung und -lösungen dar. Sie bildet gleichzeitig einen Schutzraum gegenüber der Außenwelt in dem Sinne, als Versagen, Reinszenierungen misslungener Konfliktlösung und andere Erscheinungsformen der Pathologie registriert werden können.

Konsequenterweise umschließt diese Sichtweise auch die Neuauflagen der frühen Beziehungserfahrungen in realen Alltagskonflikten, die das Zu-

sammenleben in der Klinik und die Behandlungsmodalitäten von der Körpertherapie bis zur arbeitsbezogenen Therapie betreffen. »Hierdurch entstehen integrative Aspekte, Berührungspunkte und Reibungsflächen mit anderen Therapieverfahren« (Bolm 2005, S. 176). Bereits Simmel hatte 1927 vorgetragen, dass die stationäre Behandlung aufeinander abgestimmt sein müsse, weil die psychoanalytische Therapie ein »Lebenskreis« sei, der die Alltagsbewältigung mit ihren Mechanismen »ziemlich genau widerspiegelt«. Er erkannte, dass die Klinik eine Art erweiterte Person des Analytikers darstellt beziehungsweise »des Urtyps seiner [des Patienten, Anm. der Autoren] Familie überhaupt«. Relativ selbstverständlich spricht er von der »psychoanalytischen Krankenpflege« und bezieht damit alle Berufsgruppen in den Prozess ein.

Dass gerade auch das Agieren des Patienten auf der Station als Widerstand verstanden und bearbeitet werden kann, erkannte Simmel bereits vor 80 Jahren und beschreibt ein »integratives Organisationsmodell« wie es Bilitza dem »bipolaren Organisationsmodell« in einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Innenleben einer Klinik aus der Sicht des Supervisors gegenüberstellt. Das psychoanalytische Verstehen der Innenwelt der Klinik und ihrer - auch pathologischen - Strukturen wie es über Team-Supervisionen möglich wird, ermöglicht es, die gesamte Klinik als Ort *eines* multimodalen Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehens zu begreifen, an dem nicht zuletzt via Reflexion und Reifung klinikinterner Strukturen die Ich-Reifung der Patienten positiv beeinflusst werden kann (Bilitza 1994).

Die Rahmenbedingungen im Übertragungsgeschehen

Kliniken mit einer Geschichte der psychoanalytisch-interaktionellen Vorgehensweise merken sehr schnell, dass die affektverträgliche Umgehensweise mit der Realität in der Psychotherapie den Mitarbeitern eine hohe Transparenz in der Kommunikation abverlangt: Fehler der Institution werden eingestanden, Mitarbeiter dürfen kritisiert werden und das Eingestehen eigener Unzulänglichkeiten wird wohlwollend bearbeitet. Die kritische Auseinandersetzungsmöglichkeit ermutigt die Patienten, ihrem Widerstand Raum zu lassen. Das übertragungsfokussierende empathische Kommunikationsmuster ermutigt die Patienten, der Pathologie einen relativ angstfreien Platz zu lassen. Der Patient darf sich zeigen, wie er sich erlebt. Um den Patienten den realistischeren Zugang zur Realität zu ermöglichen, können solche Prozesse nur gelingen, wenn die Realität im Einklang mit den Notwendigkeiten des Zusammenlebens steht. Die kritische Sichtung

des Regelwerks ergibt dann meist eine deutliche Reduzierung auf ein für die soziale Regulierung des Zusammenseins notwendiges Maß.

Dennoch bilden die Regeln, eben weil sie äußere Realität verkörpern, eine fassbare Barriere gegen die illusionären Autarkiewünsche der Suchtkranken und müssen sich immer wieder an den Vorstellungen und Ideen der Patienten messen lassen. Auch die Regeleinhaltung unterliegt sinnvollerweise der Verantwortung des Patienten. Das heißt, dass Kontrollen praktisch nicht durchgeführt werden, aber die wache Präsenz der Therapeuten einen ständigen Dialog in Gang hält. Auch Nachfragen an passender Stelle, etwa nach dem rechtzeitigen Abschalten des Fernsehgeräts am Vorabend, wenn der Patient den Frühsport verschlafen hat, halten die Realität an der Oberfläche der Aufmerksamkeit. Die in der Gruppe auszutragenden Konflikte bilden ein Ventil für die innere Wut gegen das Realitätsprinzip. Im begrenzten Umfang kann der Patient die Klinik und ihre Welt zunächst behandeln wie ein Übergangsobjekt: »In der Beziehung zum Übergangsobjekt gelangt das Kind von der (magischen) Kontrolle durch Allmachtsphantasien zu einer Kontrolle durch Handhabung« (Winnicott 1974, S. 19).

Zu den weiteren Rahmenbedingungen gehört der Umgang mit der Aufmerksamkeit gegenüber der Suchtmittelabstinenz. Im interaktionellen Umgang miteinander geht die Therapeutische Gemeinschaft von einem ambivalenten Abstinenzwillen des Patienten aus. Macht der Patient einen entsprechenden Eindruck, wird er gefragt, ob er rückfällig ist. Um die Vertrauensbeziehung zum Patienten nicht fortwährend in Frage zu stellen, kann auf Überprüfungen des Alkohols in der Atemluft verzichtet werden. Für den psychoanalytisch-interaktionellen Umgang ist diese Begegnung zwischen Therapeut und Patient ein Netz von Übertragungs-Gegenübertragungs-Reaktionen, die der Therapeut in der psychoanalytischen Vorgehensweise aufarbeitet. Dabei antizipiert er bereits die schuldgefühlshafte Reaktion des Patienten, der sich weniger umsorgt als vielmehr - seiner Erfahrung entsprechend - vorwürflich angegriffen fühlt und möglicherweise aggressiv reagiert. Die Affektklarifizierung dieser Reaktion klärt nun die aktuelle Situation. Gleichzeitig oder bei einer späteren Gelegenheit werden die Rollenirritationen angesprochen, indem der Therapeut sich mit der Aggression auseinandersetzt, die er empfunden hat, aber auch mit der schuldgefühlshafte Verarbeitung der erwünschten Zuwendung des Therapeuten, die von den Patienten an anderer - meist unrealistischer Stelle - illusionär erwartet wird.

Im Übrigen besteht ein Rückfallkonzept, bei dem unter verschiedenen Aspekten in Gesprächen mit dem Therapeuten, in der Klein- und Großgruppe und mit einer für diesen Zweck gewählten Patientengruppe der

Rückfall bearbeitet wird. Aus den Erfahrungen kann der Betroffene, ebenso wie die Mitpatienten, antizipatorische Präventionsmaßnahmen ableiten. Gegebenenfalls werden die Therapieziele konkretisiert, um die weitere Behandlung effektiver zu gestalten. (Büchner setzt sich an anderer Stelle dieses Buches ausführlich damit auseinander.)

Die Gestaltung der Beziehungskontinuität

In allen Therapiebereichen wünscht sich der Kostenträger ebenso wie der Therapeut die Entwicklung konstruktiver Fähigkeiten. Das ist in einer Kontinuität der Beziehungen innerhalb der Bezugsgruppe besser erreichbar als in immer neu zusammengestellten Indikationsgruppen. Darauf hat Bilitza (2004) pointiert hingewiesen: »Ich halte daher Therapiekonzepte für sehr problematisch, die dem Suchtpatienten eine Vielzahl an Therapeuten unterschiedlichster Provenienz in verschiedenen homogenen Gruppen mit wechselnder Patientenzusammensetzung bieten. Der Verlust von Beziehung in der Pathogenese wiederholt sich so im therapeutischen Prinzip der Behandlung und kann unter diesen Voraussetzungen nicht bearbeitet werden.« Diese Vorgehensweise stellt die Klinik in ihrem Therapieangebot vor die schwierige Aufgabe, die Logistik des Behandlungsplans kompatibel zu gestalten und mit den Forderungen des Leistungsträgers in Einklang zu bringen.

Die konsequente Anwendung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode in allen Segmenten des Therapieprozesses aktualisiert die Beziehungskonflikte, Ich-Funktionsdefizite und infolge die Beeinträchtigungen der Teilhabe am täglichen Leben und der Arbeitswelt. Allerdings erfordert dieser Arbeitsstil eine hohe Kommunikationsdichte zwischen den Therapeuten im täglichen Ablauf. Über die Teamsitzungen und Kurvenvisiten hinaus bedarf es des fortwährenden Austausches in - manchmal nur kurzen - Nachbesprechungen und informellen Gesprächen zwischen den Therapieeinheiten.

Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode

Wenn die psychoanalytisch-interaktionelle Methode auch anderenorts technisch detailliert dargestellt wurde (z. B. Dieckmann 2000,2003), sollen hier noch einmal die Grundzüge der Methode zusammengefasst werden. Voraussetzung ist eine Haltung des Respekts vor dem Geworden-Sein. Die Autoren beziehen sich dabei auf die oft schwer nachvollziehbaren Verhält-

nisse, in denen der Patient seine Entwicklung erleben musste. Daraus soll sich eine Akzeptanz des So-Seins ergeben. Dieser Teilaspekt der Haltung bedarf besonderer Aufmerksamkeit, weil er dem Therapeuten nicht selten schwierige innere Prozesse abverlangt, wenn er zum Beispiel einem Sexualstraftäter oder Pädophilen gegenübertritt. Das Verstehen aber ist eine der Voraussetzungen der Entwicklung des Selbstbewusstseins. Dazu bedarf es der wachen Präsenz für *alle* Äußerungen des Patienten, auch der nonverbalen. Schließlich wird die Authentizität des Therapeuten gefordert, der sich als Person zur Verfügung stellt. Die therapeutische Abstinenz wird hier einerseits relativiert, andererseits speziell beachtet, weil der Therapeut seine individuellen Gefühle ausschließlich in den Dienst des Patienten stellt und sie für dessen Belange in der Gegenübertragungsanalyse interpretiert.

Über die Begegnung, in welcher Situation auch immer, reinszeniert sich eine Erfahrungsszene in der Übertragung, deren Bedeutung dem Therapeuten in seiner Gegenübertragungsanalyse erkennbar wird. Damit nimmt er den Patienten in seiner inneren Auseinandersetzung zunächst bedingungslos an und kann ihn verstehen. In geeigneter Situation wird er den verstandenen Affekt, den individuellen Bedeutungshintergrund oder die Dynamik klarifizieren. Er wird die Beziehungsproblematik oder die defizitäre Ich-Funktion fokussieren und mit einer Intervention eine Hilfs-Ich-Funktion zur Verfügung stellen.

Die konsequente Anwendung der Methode erfolgt in mehreren Schritten:

- 1) Wahrnehmung der Szene mit der aktuellen Übertragung,
- 2) Wahrnehmung der Gegenübertragungsreaktion,
- 3) Gegenübertragungsanalyse als Modell des frühen Objekts
- 4) das verstehende Überdenken,
- 5) die Klarifizierung,
- 6) an geeigneter Stelle die Intervention im Sinne einer Hilfs-Ich-Funktion.

Diese standardisierte Entwicklung der Intervention ermöglicht es auch im Therapeutenteam, sich rasch zu verständigen. Insbesondere in Konfliktsituationen können die Therapeuten die Spaltungsvorgänge schneller erkennen, weil sie die wahrscheinliche Reaktion des Kollegen einschätzen können.

Die Gestaltung der Behandlungsmodalitäten

Die stationäre psychotherapeutische Behandlung in Gruppen hat sich bewährt. In einer Untersuchung an 919 Patienten der Klinik in Tiefenbrunn hat sich herausgestellt, dass schwerer gestörte Patienten vom psychoanaly-

tisch-interaktionellen Setting mit signifikanten Verbesserungen profitieren (Rabung et al. 2005). In der Hartmut-Spittler-Fachklinik wird in Klein- und Großgruppen gearbeitet, die durch Einzelgespräche ergänzt werden. In dieser Kombination können Beziehungsmuster und Funktionsdefizite von den verschiedenen Ebenen her bearbeitet werden.

Es bietet sich an, die Therapeutischen Gemeinschaften innerhalb der Klinik auf 40 bis 50 Rehabilitanden zu begrenzen, um die Therapiekontinuität in den psychotherapeutischen Großgruppen aufrechterhalten zu können. In dieser Gruppengröße lassen sich die triadischen Kommunikationsformen mit den dyadischen Begegnungen im sozialen Gesamttraum auf einer regressionsarmen Ebene gut verbinden. Denn in der Gruppensituation erfährt der Patient eine Triangulierung, die er insofern als therapeutisch hilfreich erfahren kann, wenn es ihm mit Hilfe des Gruppenleiters gelingt, die Übertragungen in der ödipalen Konfiguration zwischen ihm, der Gruppe und dem Gruppenleiter zuzulassen. Dieser Gruppe kommt eine wichtige Schlüsselposition in der Präsenzerhaltung der allfälligen Konflikte zu. Sie sollte von einem erfahrenen Therapeuten möglichst durchgängig gestaltet werden. In unserer Klinik beginnen vier Tage der Woche mit dieser Großgruppenarbeit, bei der die Teilnehmer im Sinne einer Face-to-face-Gruppe im Kreis sitzen.

In der Großgruppe werden die Gruppen- und Einzelkonflikte, die in anderen Therapieeinheiten aufgetretenen Themen und die atmosphärischen Aktuelsituationen in der Klinik mit Minimalstrukturierung interaktionell verhandelt. Der Therapeut benennt lediglich die Regel der freien Interaktion (Heigl-Evers et al. 1994, S. 227,239), die anlehnt an die Regel der freien Assoziation als Grundsatz der Psychoanalyse, sonst gelten keine Regeln und Normen. Natürlich gelten die Grenzen dessen, was den anderen Gruppenmitgliedern zumutbar ist.

Die Vorgänge in der Großgruppe lassen sich anders als in der Kleingruppe, die als Modell der Familie gilt, durch Freuds bedeutende Schrift »Massenpsychologie und Ich-Analyse« (1921c) besser verstehen, in der er sich mit Le Bons (1912) Psychologie der Massen auseinandersetzt. Freud erforschte die Art der Beziehungen in künstlich strukturierten Massen, Kirche und Heer und nennt als Grundtatsachen der Massenpsychologie die Affektsteigerung und die Denkhemmung. Die Masse hat als Ich-Ideal ein gemeinsames Objekt. Sie projiziert ihr gemeinsames Ich-Ideal auf einen idealisierten Führer. Freud vergleicht die Masse mit der Urhorde, der er sich in »Totem und Tabu« (Freud 1912a-13) zuwendet. Durch den Mord der Söhne am tyrannischen Urvater und dessen Verzehr - von Angst und Reue getrieben - werden die beiden großen gesellschaftlichen Tabus Mord

und Inzest introjiziert. In der Großgruppe erleben wir nicht selten die Wiederbelebung der archaischen Konflikte.

Anders als bei Shaked (1993), dessen Gruppenerfahrungen aus geschlossenen Neurotikergruppen stammen, kommt es in der Einbettung der Großgruppe in einem für strukturell gestörte Patienten erarbeiteten psychoanalytisch-interaktionellen Therapiekonzept nicht zu schweren Regressionen mit der für diese typischen Wiederbelebung tiefer liegender archaischer Konflikte, sehr wohl aber zu Auseinandersetzungen mit dem strafenden Vater in der bergenden Hülle der mütterlichen Figur Großgruppe. »Der Großgruppenleiter wird als der Repräsentant der gesellschaftlichen Normen und Verpflichtungen erlebt, dessen Absetzung Freiheit von Unterdrückung [...] bedeuten würde.« Gerade auch bei präödiptalen Frühstörungen sieht Shaked in der Großgruppe einen Mittler zwischen privaten Phantasien und kollektivem Geschehen (Shaked 2003).

Während der Großgruppe in der Klinik entstehen die im Konzept des Göttinger Modells beschriebenen Effekte der normativen Verhaltensregulierung mit den entsprechenden Abwehrformationen innerseelischer Konflikte, die hier klarifiziert und mit dem Prinzip Antwort einer realistischen Problemlösung zugeführt werden. Nitzgen (2003) machte die Erfahrung, dass die Großgruppe nicht nur die Pathologie an die Oberfläche holt, sondern reale Konfliktpotenziale in die Bearbeitung kommen. In unserer Klinik wird die Großgruppe vom Oberarzt in vier Stunden wöchentlich geführt und stellt ein wichtiges Bindeglied des Therapieraumes dar. Spaltungen, Entwertungen und Hass werden ebenso bearbeitet wie die Notwendigkeit, sich der Realität der aktuellen Welt zu stellen.

Der Therapeut der Großgruppe dient als Projektionsfigur für die innere Realität des Patienten - ohne die Möglichkeit der Ausblendung durch das Suchtmittel -, repräsentiert jedoch gleichzeitig in seiner Funktion als Gruppenleiter die äußere Realität. Die Trauerprozesse um den Abschied von der Illusion eigener Allmacht durch das Suchtmittel, die für den Patienten durch die Konfrontation mit der Realität im klinischen Alltag entstehen, leiten eine Veränderung zu weniger selbstschädigenden Verhaltensweisen ein. Diese Trauerprozesse finden in der Groß- und den Kleingruppen ihren Ausdruck. In einer Nachbesprechung der Großgruppe kommen die anwesenden Therapeuten auf den individuellen und sozialpsychologischen Stand der Zwischenlösungen. Die Beziehungsfiguren und Reinszenierungen, aber auch die zutage getretenen Ich-Funktionszustände werden benannt und geraten so in den weiteren therapeutischen Prozess.

In der von je zwei Gruppentherapeuten geleiteten Bezugsgruppe - zeitlich meist im Anschluss an die Großgruppe - mit je 10 bis 12 Patienten

differenziert sich das in der Großgruppe anstehende Thema zumeist auf die individuelle Ebene der einzelnen Patienten. Der mögliche Widerstand durch Themenwechsel oder die Verleugnung bleiben durch die Funktion des informierten (das Problem »behütenden«) Therapeuten im Prozess. Damit ergeben sich Möglichkeiten milder Konfrontation mit den Begegnungen im Hier-und-Jetzt. In dieser Vorgehensweise liegt eine gewünschte Provokation zu Spaltung und Entwertung, die dem interaktionellen Aushandeln direkt zur Verfügung steht. Diese Bezugsgruppe ist die kontinuierliche Psychotherapiegruppe, die auch in den meisten anderen Therapiemodalitäten zusammenbleibt. Einer der Gruppentherapeuten ist gleichzeitig der persönliche Bezugstherapeut des Patienten.

In den Einzelgesprächen nutzt der Therapeut die Kenntnis der psychosexuellen Entwicklung des Individuums für die weitere Erarbeitung von alternativen Beziehungsmöglichkeiten und Entwicklung von Ich-Funktionen für die Lebensbewältigung. Diese häufig dyadisch verlaufende Begegnung ist in der gruppenzentrierten Behandlung der Suchtkranken in diesem Modell das Bindeglied in die Triangularität und berücksichtigt spezielle Probleme des Patienten, zum Beispiel in der Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie im Anschluss an die medizinische Rehabilitation.

In den anderen Therapieeinheiten - der Ergotherapie, der Bewegungstherapie, der Gesundheitsinformation, den themenzentrierten Gruppen, den arbeitsbezogenen Modulen, ja auch in der Diätberatung oder der Nachsorgeplanung - kommt es ebenfalls nicht zu einer Pseudoentlastung und einem weiten Feld der Verdrängungs- und Spaltungsmöglichkeiten, sondern der Therapeut weiß um die aktuellen Bedingungen und sozialen Konstellationen, die er bei seiner Arbeit berücksichtigen und gegebenenfalls in den therapiemodulspezifischen Zusammenhang einbringen kann.

Dieses Gegenkonzept zur therapeutischen Polipragmasie gilt freilich nicht nur für die psychoanalytisch-interaktionelle Methode, sondern entfaltet auch in anderen Therapieschulen ihre Effektivität, wenn die jeweiligen Theorievorgaben und eine gemeinsam getragene therapeutische Haltung konsequent in das Gesamtmilieu der Klinik eingebracht werden. Es werden in diesem Zusammenhang gelegentlich Befürchtungen geäußert, es entstehe so eine Einseitigkeit im Therapieprozess, die der Realität im Alltag des Patienten nicht gerecht werde. Die Einseitigkeit bezieht sich nach unseren Beobachtungen, zumindest in der psychoanalytisch orientierten Richtung, auf die reifungsfördernde Beziehungskontinuität. Diese kann der Patient durch die Aufrechterhaltung des Kontakts zur Klinik nach seiner Entlassung (offene Gruppen, Ehemaligentreffen) wahren und die Therapie zu einer in den Gesamtablauf seines Lebens gehörenden Phase werden lassen.

Therapeutisches Dilemma zwischen Theorie und Praxis im klinischen Alltag

Der Suchtkrankenhelfer steht in seiner Arbeit vor dem schier unlösbaren Problem, mit dem Patienten Wege aus der Sucht zu finden. Das labile psychische Gleichgewicht des Süchtigen beruhte oft über Jahrzehnte auf der Erfahrung, dass der innere Friede nur im Rausch zu erleben war. Es sind die destruktiven Nebenwirkungen, die den Patienten in die Therapie bringen - nicht die Primärwirkungen des Suchtmittels. Eine primäre Motivation ist deshalb auch nicht zu erwarten. Die strukturelle Störung verhindert zudem eine ich-dystone Einstellung des Patienten zu seiner Erkrankung. Nach einer kurzen Phase des Leidensdrucks erlebt der Patient den Therapeuten rasch als Aggressor gegen die wohltuenden Wirkungen des Suchtmittels.

Das Ziel, die Krankheit zum Stillstand zu bringen, ist keine direkte Funktion der Kompetenz des Therapeuten. Er bleibt abhängig von unbeeinflussbaren Faktoren, die nicht in ihm, sondern im Patienten liegen. »Erfolg und Misserfolg werden am Erreichen oder Verfehlen von Zielen gemessen, die von verschiedenen Seiten an den Therapeuten herangetragen werden. Dabei handelt es sich einerseits um den Patienten selbst, andererseits um Angehörige, den Arbeitgeber, die Kosten- und Leistungsträger und nicht zuletzt hat auch der Therapeut Vorstellungen über Therapieziele, an denen er Erfolg und Misserfolg des Therapieprozesses misst« (Büchner 1997, S. 134). Folge überhöhter Erwartungen des Therapeuten an den »Erfolg« sind oft Resignation, Zynismus, eine depressive Entwicklung bis hin zum Burn-out-Syndrom und Arbeitsplatz- oder Berufsfeldwechsel.

Es ist ein Phänomen psychotherapeutischer Arbeit mit Abhängigkeitskranken, dass die Anwendung der Theorie häufig zugunsten von oberflächlichem Pragmatismus einer schwarzen Pädagogik (z. B. durch Strafen bei Regelverstößen oder sofortige Entlassung bei Rückfall) zurücktritt. Eine mögliche Erklärung kann in der fehlenden inneren Verknüpfung von Selbsterfahrung und Theoriebezug liegen, wenn der Therapeut den Zusammenhang nicht selbst erlebt hat. Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode macht in der Entwicklung der Antwort durch die Gegenübertragungsanalyse als Reaktion auf die aktuelle Übertragung jedoch einen direkten Transfer der aus der Psychoanalyse stammenden Konzepten der Ich-Psychologie und der Objektbeziehungstheorie in die Praxis möglich. Durch das Erleben der Gegenübertragung und die folgende Analyse kann der Therapeut erfahren, dass er nicht als Person, sondern als Inszenierungsobjekt genutzt wird. Das ermöglicht in begrenztem Umfang die innere Abweisung von Verletzungen und die Erkenntnis um Prozesse projek-

tiver Identifikation. Die Methode entlastet insofern von der Forderung, als dass das Ergebnis des Prozesses nicht in einen »richtigen« pädagogischen Vorschlag münden muss, sondern eine aus der professionellen Empathie erwachsene Alternative entstehen kann, die dem Individuum angemessener ist als sein vorheriges Verhalten.

Die Ergebnisunsicherheit im therapeutischen Prozess löst nach unserer Erfahrung bei mit der psychoanalytisch-interaktionellen Methode unerfahrenen Therapeuten fast ebenso große Befürchtungen aus wie im Patienten. Festgelegte Regeln mit »Konsequenzen« schützen den Therapeuten vor der Furcht, dass sich das intrapsychische Chaos des Patienten auf den Therapeuten oder gar die ganze Institution ausweitet. Daher wird die wichtige Aufgabe der Entwicklung angemessener innerer Orientierungsstrukturen in den Objektrepräsentanzen nicht selten durch starre Klinikregeln ersetzt. Für den Patienten resultiert daraus die erneute Erfahrung von der Willkür eines verfolgenden Objekts, zum Beispiel durch Stichproben des Alkohols in der Atemluft. Dieses Verhalten fördert zwar eine scheinbare Klarheit in den Abläufen der Institution, in denen aber der Patient lediglich die alten Erfahrungen reproduziert sieht und mit einer pathologischen sozialen Anpassungsleistung fatalerweise die Therapie so verlässt, wie er sie betreten hat. Solche Verhaltensmuster werden besonders in Strafanstalten beobachtet.

Bei sorgfältiger Konzeptionierung des klinischen Therapieprozesses im Sinne der psychoanalytisch-interaktionellen Haltung ergeben sich nach der inzwischen jahrzehntelangen Erfahrungen solche Therapiebedingungen, die sich vorwiegend auf den Genesungsprozess richten. Es ist eine erfreuliche Beobachtung, dass anfänglich hoch gespannte und aggressive Patienten, mit denen die Konflikte ausgehalten und -getragen werden konnten, im folgenden Therapieprozess mit Gewinn mitarbeiten können. Eine kleine Vignette mag das veranschaulichen.

Ein 42-jähriger Patient mit einer Borderline-Störung mit narzisstischen Zügen saß erstmals in der Großgruppe mit dem Oberarzt. Aus der Vorgeschichte war zu diesem Zeitpunkt nur bekannt, dass er seit mehr als 20 Jahren mit Kontrollverlust getrunken hat und wegen Körperverletzung bereits verurteilt war. Trotz seiner Tätigkeit im Tiefbau war er eher von kleiner Statur und schlank.

Nach der üblichen persönlichen Begrüßung und der Erläuterung der beiden einzigen Regeln des Setting - sich melden und warten, bis das Wort erteilt ist, und bei Unwillen den Versuch zu unternehmen, nicht die Gruppe zu verlassen - wollte der Therapeut noch hinzufügen, man möge hier zur Sprache bringen, was einen bewege, und brauche sich nicht an das Thema zu halten, das man zu erkennen glaube. Er wurde aber unmittelbar von dem Patienten unterbrochen, der kurz den Arm gehoben hatte und sofort zu sprechen begann. Die Klinik sei ein KZ und der Grup-

penleiter der Führer, der dafür Sorge, dass er klein bleibe und sich nicht muckse. Man solle nicht glauben, dass er das mit sich machen lasse. Er werde beim Rentenversicherungsträger seine Menschenrechte einklagen und werde das tun, was er für richtig halte. Es sei seine Therapie und er bestimme, was geschieht. Erst nach einiger Zeit wurde klar, dass sich seine Wut auf die Eingewöhnungszeit von 14 Tagen bezog, in der die Patienten die Klinik nicht verlassen sollen und deren Sinn in einem Merkheft für die Patienten erläutert ist.

In der inneren Gegenübertragungsreaktion verschaffte sich der Impuls Raum, die Tirade mit einer »Ansage« über die »realen« Verhältnisse zu kontern und ihm anzubieten, er könne die Klinik gern wieder verlassen, wenn es ihm hier nicht passe. Dazu geseilten sich zynisch entwertende Gedanken um seinen Familiennamen, der mit einer die KZ verantwortenden Nazigröße identisch ist. Die Analyse ließ vermuten, dass der Patient, sein Anliegen vorzutragen, ohnehin für zwecklos hielt, so dass er mit Entwertung und Aggression Enttäuschungsprophylaxe betrieb. Die Intervention beschränkte sich demgegenüber auf die Expression der Nachvollziehbarkeit des Gefühls, eingesperrt zu sein. Die Freistellung von den üblichen Verhaltensmustern sozialer Realität überraschte ihn. Solche Tricks kenne er, konterte der Patient. Offenbar zur Aufrechterhaltung der normativen Verhaltensregeln begegneten die Mitpatienten ihm mit Gegenaggression. Er habe noch nicht genug getrunken und solle wiederkommen, wenn er »was für sich tun wolle«. Der Therapeut dankte den Patienten für ihre Teilnahme an der Diskussion und erinnerte daran, wie häufig über die Schwierigkeiten der Eingewöhnung gesprochen werde. Nach der Bemerkung des neuen Patienten, der Therapeut solle nicht glauben, er komme so schnell »aus der Nummer heraus«, schwieg er den Rest der Stunde.

In den folgenden Therapieeinheiten der Bezugsgruppe fuhr er mit seinen Tiraden fort. Die Therapeuten seiner Gruppe setzten sich jedoch wiederum mit dem Hier-und-Jetzt der dortigen Begegnung auseinander und empfahlen ihm, die Möglichkeit zu nutzen, den Konflikt mit dem Therapeuten der Großgruppe fortzusetzen. Allmählich konnten auch die Aspekte der Gegenübertragung in die Bearbeitung kommen und als einige Test-Regelverstöße wiederum »nur« besprochen wurden, begann er von seinen ähnlich gelagerten Erfahrungen zu berichten. Im Team blieb er ein fortwährendes Thema. In den Nachbesprechungen mussten die aversiven Affekte oft erst entlastend ausgesprochen werden, bevor dann erste Beobachtungen einer Verhaltensänderung - übrigens in der Bewegungstherapie - auch in den Prozess aufgenommen werden konnten. Hilfreich war auch die in diesem Zusammenhang entstehende Anmutung des Patienten, seine letzte Kündigung könne wohl auch so entstanden sein, nachdem ihm eine Therapeutin Einblick in ihre Impulse auf sein Verhalten gewährt hatte. Er hatte in seiner Firma »für Gerechtigkeit« sorgen wollen und sich zum Sprecher der Kollegen gegen Willkür und Ausbeutung gemacht. Nun beschäftigte er sich mit der Frage, ob es nicht die Art und Weise seines Verhaltens war, die ihm die Arbeitslosigkeit eingebracht hatte. Diese Vermutung bestätigte sich für den Patienten übrigens in einem Gespräch mit der Firmenleitung, die ihn als Mitarbeiter schätzte und inzwischen wieder eingestellt hat.

Im weiteren Prozess erarbeitete er Verhaltensalternativen und berichtete bei seinem Abschied aus der Gruppe, dass »ein falsches Wort« des Therapeuten beinahe dazu geführt hätte, die Klinik wieder zu verlassen, und er habe erlebt, dass er aus dem Wald immer höre, was er zuvor hereingerufen habe. Dem Therapeuten wolle er aber noch sagen, dass es wirklich kaum aushaltbar gewesen sei, die Anfangszeit in der Klinik zu überstehen. Er solle sich da mal was überlegen... Der Patient wurde im Laufe des folgenden Jahres der ambulanten Rehabilitation (Nachsorge) nicht rück- und straffällig und fragte bei jeder Begegnung: »Kennen Sie mich noch?«

Die therapeutische Haltung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode in der Klinik machte es möglich, die konflikthafte Interaktion durchzustehen. Der Austausch über die soziale Dynamik, die der Patient auslöste, half auch dem Großgruppentherapeuten, die notwendige Spaltung zu verstehen. Mit der professionellen therapeutischen Ich-Spaltung konnte er erkennen, dass er nicht als Individualperson gemeint war, sondern als externalisiertes böses Teilobjekt überwunden werden musste. Zum Verständnis der Situation hilft das Konzept der Objektverwendung (Winnicott 1974b), in dem Winnicott beschreibt, wie das reale Objekt die aggressiven Angriffe des Säuglings überlebt, das heißt sich nicht rächt. Denn Überleben bedeutet, den Projektionen standzuhalten und die dabei projektiv erzeugte Erwartungshaltung eben gerade nicht zu erfüllen. Weil sich der Therapeut nicht mit der Dynamik des Patienten identifiziert, sich nicht von ihm abwendet oder sich ihm entzieht, sondern weil er den Projektionen standhält, entsteht Differenzierung und ein Bereich, der unabhängig von der Phantasie existiert. Dabei erwähnt Winnicott, dass der Mensch nie ganz akzeptiert, dass die Welt unabhängig von ihm ist. Dennoch ist der Verlust der Vorstellung von Omnipotenz ein unerlässlicher Reifungsschritt.

Kreische (1997) formuliert, dass die Anwendung der therapeutischen Methode der Persönlichkeit des Therapeuten angemessen sein muss. Supervisoren berichten immer wieder, dass Theorie und Praxis der Kliniken voneinander abweichen. Das fachspezifische Wissen wird dann zu einer Art Überbau oder Glaubensbekenntnis, dem man in der Fortbildung frönt, das aber an der Tür zur Station wieder abgegeben wird. Konzept und Leitidee reduzieren sich zu einer Als-ob-Funktion, die der Erlebens- und Verhaltensweise des Borderline-Patienten ähnelt. Tatsächlich kann eine solche Institutionspathologie Züge der Patientenpathologie annehmen, der sich, wie Rost (1987) beobachtete, die Patienten rasch oberflächlich unterwerfen. Es entsteht »ein Geflecht der expliziten und impliziten Regeln«, eine klinische Doppelbödigkeit. »Die Hausordnung wird dann flugs zum Ersatz der fehlenden Ich-Grenze. Das therapeutische Reglement ersetzt die fehlende

Struktur, die Sanktionen ersetzen das Über-Ich« (Rost 1987, S. 218), kurz gesagt, es entsteht ein analer Machtkampf.

Erschreckend ist dann die häufige Abschiedsformel: »Ich bin stolz darauf, die Therapie überstanden zu haben.« Statt der Chance, einen Prozess zu initialisieren, der die Entwicklung von stabilen Ich-Grenzen, eine konstruktive innere Struktur und eine milde Reifung des Über-Ich ermöglicht, verlässt der Rehabilitand die Klinik mit dem Gefühl, die Therapie als gerechte Strafe für sein Verhalten überstanden zu haben. Wie der Patient die Widersprüchlichkeit zwischen Theorie und Praxis der Therapie spürt, erlebt der Therapeut, bewusst oder unbewusst, die Folgen der Institutionsatmosphäre in Depression, Erstarrung und Zynismus.

Deshalb ist sowohl im Sinne der Klinik als auch des Mitarbeiters, bei der Personalauswahl die Identifizierung mit der Therapierichtung abzugleichen. Die Führung einer solchen Klinik braucht hier einen langen Atem zwischen den Notwendigkeiten der Erfüllung der Anforderungen von Kosten- und Klinikträger, der Therapie und der kollegialen Leitung. Mitarbeiter, deren Aufgabe der Versuch ist, bei anderen Menschen Reifungsprozesse anzuregen, bedürfen einer nichtautoritären Begleitung. Diese Gratwanderung stellt hohe Anforderungen an die Klinikleitung, weil sie die Aufgabe übernehmen, die Grenze zur Realwelt zu schützen. In unserer Klinik hat sich die kollegiale Leitung bewährt: In gegenseitiger Intervision zwischen Chef- und Oberarzt wird immer wieder versucht, die Mitarbeiter zu motivieren und ihre eigenständige Kompetenzposition zu erhalten. Die inneren Klinikstrukturen, auch ein mögliches Aufkeimen pathologischer Strukturen, werden in der Hartmut-Spittler-Fachklinik durch eine monatlich stattfindende Team-Supervision, von einem externen psychoanalytischen Supervisor geleitet, reflektiert. Die Teammitglieder übernehmen Mitverantwortung für die Erfüllung des formalen Ablaufs (rechtzeitige Absendung der Therapieberichte usw.) und der Qualitätssicherung.

Ausblick und Perspektiven

Eklettizistische Vorgehensweisen sind der Psychoanalyse fremd. Eher ist es in der Geschichte der Psychoanalyse zu Schulsplaltungen gekommen. Poli-pragmasie in der psychoanalytisch orientierten Suchttherapie ist einerseits Ausdruck ökonomischen Drucks, andererseits Folge der Berührungsangst professioneller Psychoanalytiker mit der Praxis der Suchtkrankenbehandlung. Heigl-Evers und andere haben jedoch gezeigt, dass die Entwicklung ganzheitlicher Behandlungsmodi aus der Psychoanalyse möglich ist. Gera-

de die »wache Präsenz« für alle Äußerungen des Patienten in unterschiedlichen Settings haben zu einer Erweiterung geführt, die es ermöglicht, ein vollständiges Therapiekonzept für die Rehabilitation auf dieser Grundlage zu entwickeln.

Wie bereits erwähnt, hat die Sozialmedizin in der Rehabilitation eine zunehmende Bedeutung erlangt. Das Krankheitsfolgemodell des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), die das Leben von Menschen in Bezug auf ihren Gesundheitsstatus beschreibt, hat hier eine hilfreiche Funktion. Nicht die Krankheit steht im Fokus der Aufmerksamkeit, sondern die Bewältigung ihrer Folgen. Die Psychoanalyse beschreibt den Menschen in seiner psychischen Situation, die bestimmt ist durch die prägenden psychogenetischen Einflussfaktoren. Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode ist ein abgeleitetes Verfahren, das ebenso wie die anderen Verfahren des Göttinger Modells die sozialpsychologischen Kontextfaktoren einbezieht. Sie berücksichtigt das So-Sein aus dem Entwicklungsschicksal und nimmt therapeutisch die Folgebehinderungen in den Blick. Damit ergänzen sich sozialmedizinische und psychotherapeutische Blickweisen.

Die ganzheitliche Betrachtung und Behandlung vermag die Notwendigkeiten der geforderten Arbeitsfähigkeit einzubeziehen. Die psychoanalytisch-interaktionell geführte Suchtfachklinik wird Abhängigkeitskranken mit meist strukturellen Grundstörungen in einem integrierten Behandlungsmodell gerecht. Aus dieser Position heraus könnte für die Zukunft an der Optimierung unter den gegebenen gesellschaftlichen Anforderungen gearbeitet werden. Eine wesentliche Herausforderung ist dabei die Entwicklung von Assessments. Dafür stellt die Ich-Psychologie mit der Herausarbeitung von Ich-Funktionen ein geeignetes Instrument dar, soweit die Zuordnung zu synthetisch integrativen Ich-Funktion gewahrt bleibt. Zu überprüfen wären auch die objektbeziehungstheoretischen Modelle auf die genauere Beschreibung der Teilobjekte und ihre Umsetzung auf die Sprache der Funktionsstörungen (disability, impairment, handicap). Aber auch die Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) bieten Grundlagen, psychische Fähigkeitseinschränkungen genauer zu beschreiben, um sie effektiv behandeln zu können.

Auf der Ebene der geforderten interinstitutionellen Qualitätszirkel lassen sich ebenfalls Weiterentwicklungen der stationären Suchttherapie denken. Die Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsträgern mit der Entwicklung einer gemeinsamen therapeutischen Haltung gegenüber dem Krankheitsbild und den Patienten mag noch als visionär gelten.

Inhalt

Vorwort

Klaus W. Bilitza	7
----------------------------	---

Einführung

Klaus W. Bilitza: Suchtpsychotherapie - Einführung	13
--	----

Psychoanalytische Diagnostik der Sucht

Dieter Nitzgen: Psychoanalytische und psychiatrische Perspektiven einer Klassifikation der Suchterkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Frage der Komorbidität	31
Irene Helas: Profession und Screening-Funktion in der Suchthilfe . . .	51

Methoden psychoanalytischer Suchttherapie

Wolf-Detlef Rost: Die ambulante Suchttherapie in der Praxis des Psychoanalytikers.	67
Wolfgang Wöller: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie der Suchterkrankung.	80
Klaus W Bilitza: Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie und die psychotherapeutische Arbeit mit Gruppen in der Suchtklinik heute.	93
Thomas Fischer: Gruppenpsychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen.	111
Karl König: Großgruppen und Regression.	132

Spezielle Fragestellungen der Suchtpsychotherapie

Leon Wurmser: Übertragung und Gegenübertragung bei Patienten mit Suchtproblemen.	145
---	-----

Andreas Dieckman und Valentina Albertini: Psychoanalytisch-interaktionelle Suchttherapie in der Klinik - Erfahrungen mit einer einheitlichen therapeutischen Haltung . . .	160
Uwe Büchner: Der Rückfall im diagnostischen und therapeutischen Prozess.	179
Robert Bering, Gottfried Fischer und Luise Reddemann: Psychodynamische Traumatherapie und Suchtbehandlung.	191
 Grenzen der Psychotherapie	
Wulf-Volker Lindner: Zur religiösen Dimension in der Suchtkrankentherapie.	209
 Anhang	
Literatur.	221
Stichwortverzeichnis.	236
Die Autorinnen und Autoren.	241