Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode in der Versorgung von multimorbiden, sozial desintegrierten Abhängigkeitskranken

▸ Andreas Dieckmann

Abstract

Suchtkrankenhilfe hat ihren Schwerpunkt jenseits üblicher psychotherapeutischer Settings. Mit der psychoanalytisch-interaktionellen Methode haben A. Heigl-Evers und F. Heigl eine Interventionsform vorgelegt, welche vom ersten Kontakt mit dem Patienten bis zu einer intensiven Therapie anwendbar ist. Sie nimmt den Lebensalltag und die Verhaltensänderungsnotwendigkeiten in den Blick. Die Erlernbarkeit der Interventionstechnik auf dem Hintergrund ausreichender Selbsterfahrung ermöglicht eine interaktionelle Grundhaltung für multiprofessionelle Teams in Beratungsstellen, betreuten Wohnprojekten und anderen Versorgungseinrichtungen ebenso wie in der Psychotherapie. Der Artikel beschreibt die Methode praxisnah in mehreren Schritten und zeigt die Möglichkeit der Nutzung psychotherapeutischer Kompetenz – auch an den sozialen Brennpunkten gesellschaftlicher Existenz und für psychosozial multimorbide Menschen.

Keywords: Psychoanalyse, psychoanalytisch-interaktionelle Methode, Therapie für multimorbide Suchtkranke, Gegenübertragung, Empathie, Klarifizierung, Beziehungskonstanz

In der „vergessenen Mehrheit" der Suchtkranken (Wienberg 1992) verbirgt sich eine beachtliche Minderheit von Abhängigen, die im Laufe ihrer Existenz in soziales Elend fallen, schwere invalidisierende Organschäden erleiden, beeinträchtigende hirnorganische Störungen erfahren und psychisch verelenden. In diesen Stadien der Erkrankung fallen sie weitgehend aus der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung heraus. Sie fristen ihre Existenz am Rande der Gesellschaft – in Obdachlosigkeit, der kriminellen Szene, in Haftanstalten – und versterben früh. In der als „Umbau der Gesellschaft" postulierten Abkühlung des sozialen Klimas beschleunigen sich solche Verläufe zusehends.

Psychische Multimorbidität und Sucht

Die klinische Erfahrung mit dieser Klientel zeigt, dass deren prämorbide Persönlichkeit schwere ich-strukturelle Störungen aufweist. Viele dieser Patienten entstammen desolaten Primärfamilien und zeigen Persönlichkeitsstrukturen auf dem Niveau des Borderline-Syndroms (vgl. Kernberg 1988). Psychosenahe Zustände werden hier vermehrt gesehen. Gegen die unerträglichen inneren Spannungszustände entdecken diese Patienten häufig bereits in der Adoleszenz die mildernde und ausgleichende Wirkung des Suchtmittels. Es nimmt die Funktion von realen Objekten ein oder soll die Defizite unzureichend ausgebildeter Ich-Funktionen ausgleichen. Der Suchtstoff übernimmt praktisch alle Abläufe der inneren und äußeren Beziehungen, ersetzt die Kommunikation zwischen Innenwelt und Objekten der realen Existenz des Erkrankten (vgl. Wurmser 1997). Der kranke Mensch regrediert in die völlige Abhängigkeit zu einer chemischen, ‚giftigen Mutter'.

Psychotherapie gehört zu den ‚erlesenen' und wegen eines komplizierten Antragsverfahrens hochschwelligen medizinischen Behandlungen. Die beschriebene Patientengruppe befindet sich jedoch eher an den sozialen Brennpunkten – bestenfalls in psychiatrischen Akutstationen und Beratungsstellen (vgl. Dahmer 1975, Dieckmann u. Otto-Wulff 1993). Mit der psychoanalytisch-interaktionellen Methode haben Heigl-Evers und Heigl eine den Grundlinien der Psychoanalyse entliehene Modifizierung gefunden, welche – gleich einem „Stegreiftheater" (Heigl-Evers u. Ott 1994, S. 259) – vom Augenblick einer ersten Begegnung bis in den Prozess einer stationären oder ambulanten Therapie im Einzel- oder Gruppensetting anwendbar ist. Wegen der guten Erlernbarkeit des Verfahrens können geeignete Mitarbeiter aller beteiligten Berufsgruppen von der erfahrenen Pflegekraft über den Ergotherapeuten und Sozialarbeiter bis zum psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten sich die Fertigkeiten dieses Behandlungsprinzips erwerben.

Sucht und Persönlichkeit

Aus der Sicht der Objektbeziehungstheorie lässt sich die Situation der psychisch multimorbid Erkrankten auf Borderline-Strukturniveau etwa so skizzieren: Die inneren Vorstellungen über die Beziehungen der Individuen sind aus Gründen mangelnder Kontinuität, Willkür, traumatischer Erlebnisse oder verwahrlosender Atmosphäre mosaikhaft und unverbunden geblieben. Es stellt sich kein dauerhaftes inneres Bild über den Umgang der Individuen untereinander und des Individuums mit sich selber her. Jede neue Beziehung zu einem Objekt birgt daher für den Betroffenen nicht einschätzbare Gefahren. Der Mitmensch muss (fast) ausschließlich für den Zweck des eigenen psychischen Überlebens funktionalisiert werden. Die Grenzen zwischen innerem Empfinden und äuße-

rer Wahrnehmung sind verschwommen (vgl. Kernberg 1981, Heigl-Evers 1995).

Wurmser (1997) hat auf die existenziell bedrohenden Scham- und Schuldgefühle dieser Menschen hingewiesen. Anders als bei Kranken, die eine Entwicklungsebene des ödipalen Niveaus erreicht haben, kann ein strukturell gestörter Patient seine Lebensbewältigung nicht in erster Linie durch den Zugang zu inneren Konflikten korrigieren. Er ist in allen Lebensbereichen stets Opfer und Täter unter einer ihm nicht zugänglichen Regie. Er erlebt sich nicht als konfliktuös eingeschränkt, sondern von einer ihm feindlich gesinnten Umwelt umgeben.

Bedeutung der Therapeutenhaltung

Es geht im Umgang mit dem Patienten um die Erfassung seiner augenblicklichen inneren Situation auf dem Hintergrund des Wissens um die Psychogenese früher Störungen und der Analyse emotionaler Wahrnehmung. Auf diese Weise wird es möglich, mit dem Abhängigkeitskranken die offenbar werdenden Probleme „verstehend zu überdenken" (Heigl-Evers, persönl. Mitteilung). Über Fragen, vorsichtige Konfrontationen und Affektklarifizierungen des Therapeuten versteht der Patient seine innere und äußere Lage besser. Der Therapeut kann schließlich auf der Ebene des Verständnisses des Patienten mit authentischen, auf den Patienten bezogenen und daher selektiven „Antworten" eine Hilfs-Ich-Funktion anbieten. Auf diese Weise bekommt der Patient die Chance, Verhaltens- und Erlebensalternativen auf *seinem* strukturellen Niveau zu erkennen.

Dieser Vorgang findet sowohl als therapeutische Intervention in jeder Interaktion mit dem Patienten statt als auch im gesamten therapeutischen Prozess.

Dabei kommt es weniger auf die „Technik" als auf den Prozess der Aufrechterhaltung professioneller Empathie an. Notwendige Voraussetzung ist der *Respekt vor dem Schicksal* und der Lebensgeschichte des Patienten. Der Therapeut wird im Nachvollzug des Lebensschicksals seines Patienten vor die Aufgabe gestellt, aus der Psychogenese des Kranken in dessen weiterer Lebensgeschichte reale Schuld, Gewalt, Missbrauch und andere Handlungen nachvollziehen zu müssen, die er mit seiner persönlichen Ethik oft nicht in Einklang bringen kann. Er muss im Prozess des Verstehens präzise zwischen Empathie und ethischer Bewertung unterscheiden. Die *Akzeptanz des Soseins* erfordert, dass die augenblickliche Lebenslage des Patienten akzeptiert wird. Dissozialität, Aggression, Wut, Hass (vgl. Kernberg 1997) und andere aversionsauslösende Verhaltensweisen sind zunächst hinzunehmen. Da der Suchtkranke besondere Schwierigkeiten hat, seine Situation adäquat zu verbalisieren, ist die Wahrnehmung des Therapeuten auf alle Ausdrucksformen des Patienten gerichtet: Er hält sich in wacher *Präsenz*.

Erst nach dieser emotional fordernden Vorleistung des therapeutisch Tätigen sind Voraussetzungen geschaffen, um das Prinzip „Antwort" der psychoanalytisch-interaktionellen Behandlungsmethode anzuwenden. Ohne ein hohes Maß an Introspektionsfähigkeit und Ertragen von Misserfolg und Scheitern (Büchner 1997) wird er kaum dieser Aufgabe gewachsen sein. Deshalb sind Selbsterfahrung und Supervision unerlässlich, um die Methode zu erlernen und im psychosozialen und therapeutischen Alltag durchzuhalten.

Der interaktionelle Modus

Im Folgenden zeigt sich die Lernbarkeit der Methode für Therapie und Betreuung – auch außerhalb expliziter Psychotherapie – im Stationsalltag, der Wärmestube oder der Sozialberatung. Weil der Therapeut einen direkten Zugang zu seinem Patienten sucht, steht er in der Gefahr, seine eigene Person in einer zwar authentischen, aber nicht mehr abstinenten Weise in die Interaktion einzuführen. Gegenüber der klassischen analytischen Haltung der Abstinenz bringt der Therapeut in der psychoanalytisch-interaktionellen Behandlung die auf ihn bezogenen, selektiven Gefühlsantworten mit seiner Gegenübertragungsanalyse in die Interaktion ein (vgl. König 1993). Er berichtet freilich nicht von seinen individuellen Erlebnissen, sondern von seinen wahrgenommenen Affekten, Ich-Funktionsdefiziten oder Objektbeziehungsmustern aufseiten seines Gegenübers. Er bleibt authentisch, jedoch streng ‚selektiv' auf den Patienten bezogen.

Die sorgfältige Kontrolle des Therapeuten über die Entstehung der „Antwort" dient der Erarbeitung und Aufrechterhaltung der Beziehungskonstanz. Sie hilft dem Therapeuten in den wechselhaften emotionalen Bewegungen, welche die häufig archaischen Affekte des Patienten in ihm bewirken. Gleichzeitig harmonisieren die verlässlichen Reaktionen des Therapeuten die verwundbare Sensitivität des Patienten (vgl. Winnicott 1974).

Die Entstehung der Antwort

Eine häufige Situation in der Suchtkrankenhilfe ist ein aggressiver Auftritt, etwa des 35-jährigen Alkoholkranken, bei dem sich später eine Borderlinestörung herausstellte, zu Beginn des Kontaktes in Beratungsstellen, Klinikaufnahmen oder anderen Anlaufstellen:

„Sie Depp können mir ja sowieso nicht helfen. Dann sauf ich mir eben die Hucke voll und räume Ihren Laden mal ein bisschen auf."

Eine so aggressive Ansprache provoziert aversive Reaktionen, die sich der Therapeut zunutze macht. Wie in Abb.1 skizziert sollen im Folgenden die Schritte zu einer angemessenen Antwort entwickelt werden.

Das Übertragungsangebot

Jede Interaktion zwischen Patient und Therapeut darf als Szene betrachtet werden, die einer Reinszenierung früher Erfahrungen des Patienten entspricht und daher als Übertragungsvorgang zu verstehen ist. Der Patient bringt *einen* Aspekt seiner frühen Lebenserfahrungen unbewusst in die therapeutische Beziehung ein. Jede seiner Ausdrucksweisen ist ein sich aktualisiert wiederholender Akt aus dem Drama seiner Lebensgeschichte, in der dem Therapeuten die Rolle zukommt, dem Patienten künftig ein weniger selbstschädigendes Verhalten zu ermöglichen.

Die Gegenübertragungsreaktion und ihre Analyse

Der Therapeut wird über sein eigenes Erleben die Gegenübertragungsreaktion auf die szenische oder verbale Darstellung des Patienten geschärft wahrnehmen. Das Übertragungsangebot nimmt er zur Kenntnis und nutzt es für die Erfassung seiner Gegenübertragung (GÜ) und für die Entschlüsselung der Szene. Er ist empathisch sowohl auf die Äußerung des Patienten als auch auf seine eigene Reaktion eingestellt. Dies gelingt

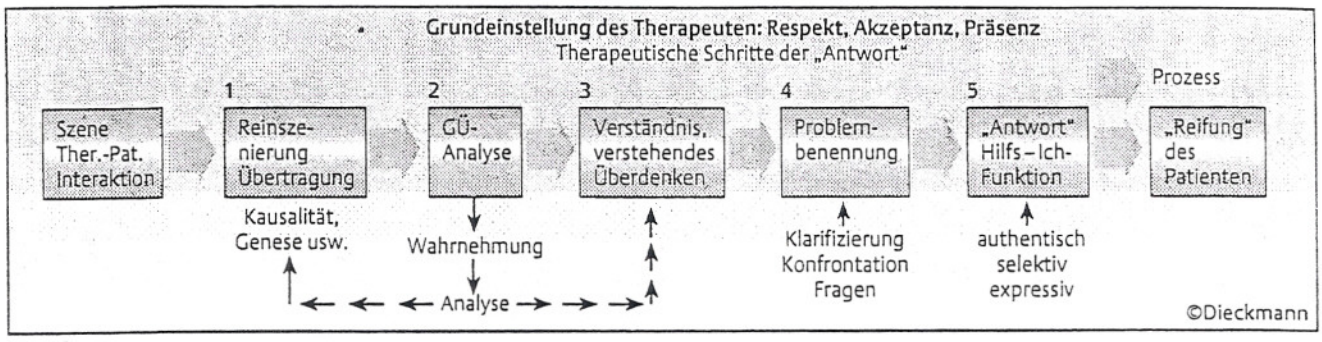

Abb. 1 Entwicklung einer Antwort in der psychoanalytisch-interaktionellen Behandlungsmethode.

mit der „therapeutischen Ich-Spaltung", indem der Therapeut sich seiner persönlichen Erlebensweisen bewusst wird und sie gleichzeitig analysierend beobachtet. Diese Einstellung ermöglicht es ihm, auf dem Hintergrund der Erfahrungen des Patienten zu fragen, wie jener seinen Bezugspersonen erschienen ist, wie diese sich ihm gegenüber verhalten haben und wie er sich ihnen gegenüber erlebt.

Der Therapeut kann also seine Erlebensweise als Beispiel für die emotionalen Reaktionen der Objekte des Patienten verwenden. So ist bei aggressiver Ausstrahlung des oben zitierten Patienten mit aversiver Impulsreaktion des Therapeuten die Schlussfolgerung denkbar, dass es dem Patienten gelungen ist, dann Aufmerksamkeit für sich zu erringen, wenn er ablehnende Gefühle im Gegenüber auslöst, und er weniger Angst verspürt, wenn er sein Gegenüber abwertet. Das Ergebnis der GÜ-Analyse ist der zentrale Ausgangspunkt für die Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung.

Verständnis der Psychogenese in der aktuellen Beziehung

Mit den ersten beiden Schritten ist es dem Therapeuten möglich, einen Nachvollzug des Erfahrungshintergrundes seines Patienten zu erreichen. In aller Regel ist der Kontakt mit dem Therapeuten von intensiven, jedoch unbewussten Beziehungswünschen begleitet. Sein Impuls, den Kranken wegzuschicken oder zu maßregeln, könnte der Therapeut also als Reinszenierung früherer Objektbeziehungen des Patienten interpretieren, nämlich als Ringen eines Subjektes um Aufmerksamkeit und als dessen Ablehnung durch ein Objekt, z. B. aus Verdruss über das bloße Dasein oder das Sosein des Subjektes. Den Impuls, den Kranken wegzuschicken oder zu maßregeln, könnte der psychoanalytisch-interaktionell Tätige sowohl als Reinszenierung früher Erfahrung des Ringens um Aufmerksamkeit – aus der Sicht des Patienten – interpretieren, als auch – aus der Sicht seiner (frühen) Objekte – als Ausdruck des Verdrusses über das Dasein des Patienten verstehen: Er wird nur registriert, wenn er sich laut, provokativ und aversiv bemerkbar macht.

Jetzt kann der Therapeut auf dem Hintergrund des Verständnisses um die Reinszenierung, seiner GÜ, deren Analyse und der mehr oder weniger bekannten Psychogenese für sich registrieren:

„Du hast mich angerührt, ich habe einen Aspekt deines Erlebens verstanden und ich kann dich für diesen Augenblick bedingungslos annehmen."

Gemeint ist damit der authentische, über die eigene persönliche Reaktion und über das Wissen um den Patienten erlebte Nachvollzug der aktuellen Dynamik des Patienten. Hier kommt zum Ausdruck, dass der Affekt ohne sanktionierende Folgen gezeigt werden darf und das Objekt nicht strafend reagiert. Das Subjekt erahnt, dass es im Objekt eine auf sich bezogene Resonanz auslösen kann. Der Patient ist in seinem So-Sein „angenommen". Gerade basal gestörte Patienten haben für die innere Haltung ihnen gegenüber ein waches Gespür. Der Therapeut hat sich nun ein Verständnis erarbeitet, welches er überdenkend dem weiteren Gespräch nutzbar macht.

Affektklarifizierung, Konfrontation, Fragen

Erst nach dieser inneren Leistung des Therapeuten ist eine Klarifizierung sinnvoll, die im Fall aggressiver Ansprache zu aversiver GÜ geführt hat. Sie könnte etwa so lauten:

„Wenn ich in Ihrer Situation wäre, würde ich vielleicht auch Ablehnung befürchten. Das würde mich wohl ärgerlich machen".

Falls es gelingt, dass der Patient die Reaktion des Therapeuten akzeptieren kann, wird eine wohltuende Entspannung der Gesprächssituation spürbar.

Sollte der dritte Schritt für den Patienten wegen seiner vielfältigen gegenteiligen Ablehnungsvorerfahrungen nicht erkennbar geworden sein, ist auch diese Szene wiederum als Reinszenierung zu verstehen. Keine Begebenheit ist so belanglos, dass sie nicht der interaktionellen Vorgehensweise wert wäre. Gerade in den sozialen Kontakten mit geringem Stressniveau profitieren diese Patienten oft direkter als in der für sie ungewohnten Lage eines geplanten psychotherapeutischen Gesprächs.

Der strukturell Gestörte befindet sich an der Grenze des emotionalen Zugangs zu einem – im Verhältnis zu seiner Gesamtsituation – kleinen Problem. Über klare Fragen, milde Konfrontationen oder/und Klarifizierungen nähert er sich dem verstehenden Überdenken des Therapeuten ebenso an, wie dieser sich ein Verständnis für die Zwangssituation des strukturellen Niveaus des Patienten erarbeitet hat. Eine zu unserer kleinen Vignette passende Intervention könnte hier sein:

„Wenn Sie mich privat so als Depp bezeichnet hätten ... wie vorhin ... ich glaube das hätte schief gehen können. Da hätte ich mich Ihnen vielleicht tatsächlich nicht zugewandt und alles wäre wie immer: Sie erwarten die Ablehnung, stellen sich gleich darauf ein und ‚Zack', es kommt wie erwartet."

Auch in dieser vierten Phase wird die Interaktion zwischen Therapeut und Patient immer wieder einmal mit Aspekten

des ersten und zweiten Schrittes behaftet sein. Der Therapeut hat dem Patienten gegenüber vermitteln können, dass er sich bemüht, dessen Äußerungen nachzuvollziehen und mit ihm darüber zu verhandeln. Der Therapeut bereitet als Hilfs-Ich im Ich des Patienten einen Platz vor, um ihm gleichsam in seinem ‚Innenraum' eine neue, angemessenere „Möblierung" zum Probewohnen vorzustellen.

Die psychoanalytisch-interaktionelle Antwort

In einem letzten Schritt auf der Grundlage des Mitreflektierens und emotionalen Erfassens ergibt sich nun der Versuch einer „Antwort". Damit teilt der Therapeut dem Patienten nicht eine ‚richtige' Lösung seiner Probleme mit, sondern vermittelt aus der Summe der Erfahrungen mit dem Patienten und seinem Wissen um reifere Lösungsmöglichkeiten einen Extrakt, den er sowohl authentisch vertreten, als auch auf den Patienten selektiv beziehen kann. Die „Antwort" ist primär das Angebot eines alternativen „Hilfs-Ich" auf ein inneres Defizit – nicht in erster Linie ein ‚richtiger' Lösungsvorschlag für eine aktuelle Konfliktsituation.

Dem Patienten ist ansatzweise und für *diese* Interaktion spürbar geworden, dass er in seinem Gegenüber innere Bewegung ausgelöst hat und dennoch nicht bestraft oder verstoßen wird. Falls es angemessen ist, kann also jetzt oder im weiteren Prozess die Antwort hinzugefügt werden. Der Therapeut wird – unter Fortsetzung der Bearbeitung der unangemessenen Aggressivität – zu erkennen geben, dass auch ihm in Situationen von Abhängigkeit und Unabsehbarkeit innere unangenehme Regungen bekannt sind und eventuell hinzufügen, dass ihm Fantasien aggressiven, ja auch gewalttätigen Auftretens nicht fremd sind, dass bei ihm jedoch die Vorausschau (Antizipation) auf die Wirkungen und Rückwirkungen seines Handelns einsetzt. Er hat eine der Situation angemessene Möglichkeit auf einem vom Konkreten leicht abgehobenen Abstraktionsniveau benannt, die in der Rückwirkung weniger risikoreich oder selbstbeschädigend wirkt. Ob hier nun auch das Objekt und dessen Erleben mit in den Blick genommen werden kann, indem der Therapeut etwa mitteilt, dass er an seiner inneren Reaktion auf den Patienten Impulse der Ablehnung gespürt hat, ist eine Frage der langsam wachsenden Tragfähigkeit der Beziehung. Zirkulär beginnt nun mit der Reaktion des Patienten der Vorgang von neuem.

Die aktuelle Szene legt in dieser Phase der Begegnung möglicherweise noch nicht nahe, eine ‚Antwort' zu formulieren. Wenn der Kontakt sich aber fortsetzt und sich eine Gelegenheit ergibt – etwa bei erneutem aggressivem Ausbruch des Patienten – könnte eine Antwort in unserer Vignette lauten: „Jetzt fühle ich mich wieder an unsere erste Begegnung erinnert. Ich habe Ihnen damals gesagt, dass sich unser inzwischen gewachsener Kontakt vielleicht nie entwickelt hätte, wenn ich auf die wütende Art, wie Sie mit mir gesprochen haben, ärgerlich reagiert hätte. Ich kenne ähnliche Situationen der Wut und der Angst vor Niederlagen und neige deswegen dazu, mich vorher darauf einzustellen, damit ich bei meinem Gesprächspartner nicht von vorneherein ablehnende Gefühle gegen mich auslöse. Besonders, wenn ich ein Anliegen habe, versuche ich meinen Ärger lieber woanders loszuwerden ... in den Wald zu schreien ... oder ..."

Interaktionelle Institutionsatmosphäre zur Förderung der Objektkonstanz

Aus der Praxis psychoanalytisch-interaktioneller Arbeit ist bekannt, dass auch die von Mitarbeitern der Institution zu verantwortenden Fehler, Missverständnisse und Mängel eher zu fördernden Faktoren werden können, wenn der Therapeut sie interaktionell analysiert und dem Patienten auf seinem strukturellen Niveau zugänglich macht. Wie ein Notarzt immer wieder die gleichen Handgriffe und medizinischen „Reflexe" für den Notfall übt, so ist der psychoanalytisch-interaktionelle Modus gerade auch in Notfällen und Krisen dann tragfähig, wenn die Einstellung des Therapeuten und sein Vorgehen zu professionellen Gewohnheit geworden ist.

Wie die sozialarbeiterische Begleitung eines Patienten zu einer Behörde eine Form des kommunikativen Handelns aus den Erkenntnissen von Diagnostik und „Hilfs-Ich"-Notwendigkeit sein kann, so handelt ein entsprechend eingestellter Mitarbeiter bei Gewaltanwendung, motorisch intendierter Suizidalität und anderen klinisch schwer beherrschbaren Konstellationen ebenfalls im Sinne der „Antwort" – auch averbal. Mit internalisiertem interaktionellem Vorgehen hat er die Grenzen zwischen „Agieren" und projektiv-identifikatorisch wirkendem Zwang zur Handlung(sunfähigkeit) ausgelotet und kann die verbale oder handelnde „Antwort" erarbeiten. Die therapeutische Beziehungskonstanz erweist sich nicht in der Unfehlbarkeit des Therapeuten, sondern in der baldigen Wiederaufnahme der interaktionellen Haltung und der Aufarbeitung des Geschehens.

Möglichkeiten und Grenzen der Methode in der Praxis

Leider bildet das unvollständige Erfassen des interaktionellen Umgangs ein häufiges Problem in der Praxis. Es fördert nämlich das Missverständnis, der Therapeut müsse immer „lieb" sein und lediglich sein „Verständnis" äußern. Die Folge sind aggressive Hemmungen, die ihren Ausdruck schließlich in therapeutisch verbrämten Sadismen finden. Die Methode hat im Gegenteil den großen Vorzug, auch beschämende Konfrontationen in einem erträglichen Maß zu ermöglichen, weil die Haltung tragend wirkt.

Besonders hilfreich und praxisnah ist die Anwendung in der Suchttherapie von der Entgiftung bis zur Entwöhnung, bei der es um die Erhaltung oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit mit den praktischen Therapienotwendigkeiten zur Verhaltensänderung im Alltag geht. Die Vielgestaltigkeit der Anwendungsmöglichkeiten ist gerade in Zeiten der Therapieverkürzung eine Alternative zur Polypragmasie und zum zunehmenden Eklektizismus der Behandlungsmethoden, die in den differenten Herangehensweisen eher zu agierten Wiederholungen der Früherfahrung werden kann und die Chance einer stabilen Beziehungsatmosphäre vertut.

Möglichkeiten und Grenzen des interaktionellen Umgangs erweisen sich im psychosozialen Alltag und schützen vor Euphorie. Seine Grenzen werden vielmehr bestimmt durch die Schwere der psychischen Behinderung der ich-strukturell gestörten Menschen im Strudel von Ursache, Wirkung und Folgen ihres Handicaps. „Es geht in diesen Fällen also weniger um >>Nacherziehung<< im Sinne Freuds als vielmehr um >>Entwicklungshilfe<< im wörtlichen Sinne, nämlich um die Bildung neuer Strukturen, die durch *erstmalige* Prozesse der Objektverinnerlichung ermöglicht werden sollen" (Heigl-Evers u. Nitzschke 1994, S. 65).

Andreas Dieckmann
Dr med., Arzt für Neurologie und Psychiatrie – Psychotherapie/Psychoanalyse; Psychiatrischer Oberarzt mit Schwerpunkt gemeindenaher stationär/ambulant/komplementärer Versorgung Suchtkranker; diverse Veröffentlichungen zur Behandlung präödipal gestörter Patienten. Mitglied in DGAP, DGPT.

Literatur

[1] Büchner U. Umgang mit Erfolgen und Misserfolgen im Therapieprozess. Besondere Anforderungen an die Fähigkeiten des Therapeuten. In: Heigl-Evers A u. Mitarb. (Hrsg): Die Person des Therapeuten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1997: 130 – 140

[2] Dahmer H. Psychoanalyse als Gesellschaftstheorie, 1975. In: Analytische Sozialpsychologie Bd.1: Frankfurt: Suhrkamp, 1980: 9 – 28

[3] Dieckmann A, Otto-Wulff H. Ausgrenzung oder Rehabilitation ‚prognostisch ungünstiger' Suchtkranker In: Heigl-Evers A, Helas I, Vollmer H (Hrsg): Eingrenzung und Ausgrenzung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1993

[4] Heigl-Evers A, Nitzschke B. Das analytische Prinzip <Antwort>. In: Heigl-Evers A, Ott J: Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode, Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1994: 53 – 108

[5] Heigl-Evers A, Ott J. Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode, Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1994

[6] Heigl-Evers A. Zur Problematik von Abhängigkeit und Sucht. In: Mauthe JH (Hrsg): Rausch – Begierde – Leidenschaft. Königslutter: Vereinsverlag, 1995: 23 – 38

[7] Kernberg OF. Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 1988

[8] Kernberg OF. Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta, 1981: 256 – 297

[9] Kernberg OF. Wut und Hass. Stuttgart: Klett-Cotta, 1997

[10] König K. Gegenübertragungsanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1993

[11] Wienberg G (Hrsg): Die vergessene Mehrheit. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1992

[12] Winnicott DW. Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler, 1974

[13] Wurmser L. Die verborgene Dimension – Psychodynamik des Drogenzwangs. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1997

Korrespondenzadresse

Dr. med. Andreas Dieckmann

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie – Suchterkrankungen
Hartmut-Spittler-Fachklinik,
Vivantes Klinikum Spandau
Griesinger Straße 23
13578 Berlin