

Symbolbildung in der stationären Psychotherapie mit Alkohol-, Medikamentenabhängigen und Spielsüchtigen

Helga Bamberger (Bad Hersfeld)



b a m b e r g e r

I. Einleitung

Als ich meine Arbeit in einer psychoanalytisch orientierten Suchtklinik aufgenommen habe, wurde ich sehr bald unzufrieden über die Vorstellungen, wie Suchtarbeit angeblich nur möglich sei. So fand ich in der Literatur pädagogische Konzepte der therapeutischen Gemeinschaft, Ideen der Abstinenzgruppen über „Trocken“- und Zufriedenwerden und den an die interaktionelle Methode von Heigl-Evers angelehnten psychoanalytischen Ansatz, wonach die Ich-Funktionen gefördert werden sollen, eine die Übertragungsbeziehung und unbewusste Prozesse bearbeitende Vorgehensweise jedoch zu vermeiden sei (vgl. Heigl-Evers, 1977). Ich erlebte diese Arbeit als sanktionierend und belehrend; Therapeut und Patient bleibt demnach nur übrig, sich entweder zu unterwerfen („den Rahmen internalisieren“, war der offizielle Jargon) oder wegzugehen. Die Wahrscheinlichkeit der Wiederholung im therapeutischen Prozess schien mir enorm hoch, wobei ich das Scheitern mancher therapeutischer Bemühungen auf das fehlende Verständnis der inneren Problematik des Patienten zurückführe, wenn nur dessen äußere Unangepasstheit im Blickpunkt stand. Mit Hilfe einer externen Supervision habe ich mir dann zunehmend ein eigenes Bild von der Suchtproblematik und ihrer Genese gemacht und bin so schließlich zu einem Konzept der Arbeit mit Süchtigen gekommen.

Am Anfang dieser Entwicklung bin ich auf eine Reihe von Parameterveränderungen (im Vergleich zu meinen bisherigen Vorstellungen von Psychotherapie) gestoßen, wie sie in ähnlicher Weise in allen Suchtkliniken existieren:

1. Der Therapeut entscheidet real über den Patienten, ist also nicht nur Übertragungsfigur. Beispielsweise erteilt er Ausgangsgenehmigungen und verhängt im Fall von Übertretungen der Hausordnung eine Ausgangssperre, die sog. rote Karte.
2. Es existiert ein weit gehend festgelegtes System von Regeln und Vereinbarungen (insbesondere die Hausordnung), an die sowohl der Patient als auch der Therapeut gebunden sind.
3. Der Patient wird nicht nur von seinem „Psychotherapeuten“ behandelt, sondern von einer Gruppe von Therapeuten, wobei sich insbesondere in der Beziehung zu Beschäftigungs-, Arbeitstherapeuten und Krankenschwestern etc. Realitätsraum und Therapieraum überschneiden.
4. Es gibt stets eine Unterbrechung der therapeutischen Beziehungen zum Gruppentherapeuten und der Gruppe, und der Patient wird auf die Aufnahmestation zurückverlegt, wenn er einen „Rückfall“ hat.
5. Die Methode der Gruppentherapie war bis dato nicht die der freien Assoziation, sondern es gab klare „Vorschriften“ darüber, was zu besprechen sei, etwa: „man stellt sich vor, wenn man in die Gruppe kommt“, „man verabschiedet sich, wenn man die Gruppe verlässt“, „man bespricht die Heimfahrten“ etc. Im Vordergrund standen also nicht die eigenen Gedanken und Wünsche des Patienten und dessen Erleben, sondern ein vorgegebenes, von ihm erwartetes Verhaltensrepertoire.
6. Der kontinuierliche Gruppenprozess wird unterbrochen durch „Familienseminare“, also durch die Teilnahme der Angehörigen an den Gruppenstunden. 7. Bisweilen übt der Therapeut aktiv Einfluss auf die Privat- und Intimsphäre aus; insbesondere dann, wenn sich innerhalb der Klinik zwischen zwei Patienten eine Liebesbeziehung entwickelt, eine sog. Pairings-Beziehung.

II. Ein Konzept der stationären Arbeit mit Süchtigen Spaltung statt Bearbeitung

Nach meiner anfänglichen Verwirrung über meine Doppelfunktion als Therapeutin, die innere Prozesse bearbeitet, und als Kontrolleurin, die über die Einhaltung der Hausordnung wacht, bin ich zunehmend zu der Überzeugung gelangt, dass das starre Festhalten an einem klaren Rahmen im Umgang miteinander ein Versuch sein musste, die Sucht unter Kontrolle zu halten. Dieses primär von „Ex-Usern“ betonte Moment der Hausordnung schien die Funktion zu haben, Regressionswünsche unter Kontrolle zu halten und das Chaos zu vermeiden, das entstünde, wenn der Patient entdecken würde, wie wenig er in der Lage ist, seine Beziehungen nach inneren Bedürfnissen zu gestalten. Patienten und Therapeuten schienen sich auf einen Kompromiss geeinigt zu haben, in dem der Alltag beziehungslos „geregelt“ wird, der Patient seine Beziehungslosigkeit nicht zu spüren braucht und er überdies gegen die Regeln ankämpfen kann. Der Patient braucht nicht selbstverantwortlich handeln und feststellen, wo er defizient ist oder sich so fühlt, sondern er unterwirft sich einem Regelsystem, kämpft permanent dagegen an und kann die Tatsache aus dem Blick verlieren, dass er nämlich in die Fachklinik gekommen ist, weil er sein eigenes Leben nicht allein bewältigen konnte.

Diese Zusammenhänge wurden mir besonders deutlich, als ich angefangen hatte, die festgefügt „Vorschriften“ zu lockern, indem ich den Patienten zunächst sagte, mir erscheine es sinnvoller, wenn sie sich in ihren Beiträgen an ihrem Gefühl orientierten und nicht daran, was man angeblich in der Gruppenstunde tue oder unterlasse. Die Patienten waren

zunächst außerordentlich verwirrt und hatten die Befürchtung, jetzt gehe „alles drunter und drüber“, bis sie schließlich langsam zu spüren begannen, dass es auch möglich ist, innerlich bedeutsame Beziehungen aufzunehmen, dass diese zwar oft Angst auslösen, letztlich aber befriedigender sind.



b a m b e r g e r

Suchtmittel als Ersatz für innere Objekte

Nach dieser zunächst deskriptiven Feststellung der Beziehungsschwierigkeiten der Patienten und ihrer projektiv identifizierenden Form der Verarbeitung habe ich mich der Frage zugewandt, ob es bei aller strukturellen Verschiedenheit der von mir behandelten Süchtigen nicht doch ein gemeinsames Moment von Sucht gibt. Meine Hypothese war, dass es in der Objektbeziehungsstruktur ein Defizit geben muss, welches der Süchtige mit Hilfe der Idealobjekt-Ersatzbeziehung zum Suchtmittel zu füllen sucht. Aufgefallen sind mir also einerseits die Abwendung von menschlichen Beziehungen hin zu Ersatzbeziehungen und andererseits die Notwendigkeit, an einer idealen Beziehung festzuhalten. Dies musste auf eine besondere Form der Störung hindeuten, die genetisch sehr früh angelegt zu sein schien und an die der Patient entweder fixiert war oder auf die er zu regredieren drohte.

Bei der Suche nach der Ursache dieser weitreichenden Probleme scheint mir zweierlei bedeutsam, nämlich einerseits die Störung in der Beziehung zu den Primärobjekten und andererseits die fehlende innere Abbildung der Beziehungen zu den frühen Objekten. Wie M.S. Mahler sehe ich die Ursache der Schwierigkeiten in den Beziehungen zu den Primärobjekten der symbiotischen Phase, der Phase absoluter Abhängigkeit, wie Winnicott es nennt. In dieser Phase kann der unreife Organismus des Säuglings noch nicht aus eigener Kraft zur Homöostase gelangen, sondern der mütterliche Partner bewältigt stellvertretend in Hilfsfunktion das „organismische Unbehagen“ (vgl. Mahler, 1968), einen Vorläufer der Angst. Diese Zweieinheit Mutter/Kind umfasst die „Vor-Ich-Selbstrepräsentanzen“ (Mahler, ebd.) und die undifferenzierten libidinös besetzten Teilobjekte. In dieser Phase gelangt das Kind durch die Beziehung zur Mutter von einem unintegrierten in einen strukturierten Zustand, gewinnt psychosomatische Existenz. Diese Körperschema-Integration vollzieht sich dadurch, dass motorische und sensorische Erfahrungen miteinander verbunden werden, indem das Subjekt die Vorstellung einer dem Soma innewohnenden Psyche entwickelt, bei der die begrenzende Membran, die Haut, Ich von Nicht-Ich trennt.

Die Erfahrungen in dieser symbiotischen Phase oder in der Phase absoluter Abhängigkeit sind die Voraussetzungen für die Symbolisierungen der inneren Beziehungswelt des Kleinkindes. Eine ungenügende Einstellung der Mutter auf die Bedürfnisse des Kindes führt zu einer forcierten Ich-Entwicklung und einem lebenslänglichen Nachholbedarf, zur späteren Suche nach einem Idealobjekt. Nach Winnicott ist die Omnipotenz des Kindes, die Illusion, dass die Brust der Mutter Teil seiner selbst ist, für es selbst eine Erfahrungstatsache. Es ist die Aufgabe der Mutter, dem Kind zunächst ausreichend Gelegenheit zur Illusion zu geben und es dann langsam zu desillusionieren.

Nach meiner Erkenntnis sind bei der Suche nach den Ursachen für die späteren Idealobjekt-Ersatzbeziehungen des Süchtigen zwei Punkte von entscheidender Bedeutung:

1. die soeben benannten Erfahrungen in der Zeit absoluter Abhängigkeit der Mutter und
2. die fehlende Symbolisierung der Primärbeziehung, also das Mißlingen des Aufbaus der frühesten Beziehungsanfänge.

In der Phase absoluter Abhängigkeit ist das Kind von der Mutter in dem Maße abhängig, wie der Erwachsene sich vom Suchtmittel abhängig macht. Nur über die Liebe zur Mutter kann der Säugling anfangen, sich selbst zu besetzen. Diese „süchtige Phase“ ist in der frühen Kindheit etwas entwicklungsimmanent Notwendiges.

Die weitere Frage ist nun, warum die Symbolisierung der frühen Beziehungen, also der Aufbau der frühesten Beziehungsanfänge, so wenig gelungen ist. Nach Searles führt die geringe Selbstachtung der Mütter schwer gestörter Kinder (er schreibt über Schizophrene, will seine Schlüsse jedoch nicht nur auf sie beschränkt sehen) dazu, dass das Kind die Mutter nicht „anbeten“ kann, wie es für seine Entwicklung notwendig wäre. Die Mutter erlebt das Kind nicht als eigenständiges Individuum, sondern als „Verkörperung einer Ansammlung verdrängter Vorstellungen von sich selbst“, z.B. als „abstoßend tierisches, lustgieriges Selbst“ (Searles, 1960, S. 173), und das Kind spürt die Fragilität der Mutter, die es zu schützen sucht, indem es sie introjiziert, und zwar um den Preis, dass es von ihr abhängig bleibt und selbst keine stabilen Grenzen aufbauen kann. Das Kind bleibt zurück in der Angst, seine Liebe habe auf andere Menschen eine zerstörerische Wirkung.

Für die gesunde Entwicklung des Kindes ist es laut Winnicott notwendig, daß es einen intermediären Raum findet, in dem - zwischen Kreativität und Realitätsprüfung - Übergangsphänomene die frühen Stadien des Gebrauchs der Illusion repräsentieren, „ohne den ein menschliches Wesen keinen Sinn in der Beziehung zu einem Objekt finden kann“ (Winnicott, 1951, S. 21f.). In solchen Übergangsräumen symbolisiert das Kind durch den Gebrauch von Übergangsobjekten seine frühe Abhängigkeit von der Mutter, gewinnt dadurch zunehmend Autonomie ihr gegenüber und baut die frühesten Grundlagen einer eigenen Beziehungswelt in sich auf.

Neben den Erfahrungen und den symbolischen Verarbeitungen einer Halt gebenden Mutter-Kind-Beziehung ist nach M. Klein auch der Sadismus des Kindes gegenüber der Mutter Grundlage der Symbolisierung. In seiner Phantasie



eignet sich das Kind die Brust, den Bauch der Mutter und die sie repräsentierenden Inhalte an. Durch die Phantasie des eigenen Sadismus gegenüber der Mutter kann es zunehmend seine Autonomie ihr gegenüber spüren, internalisieren und differenzieren. Die Voraussetzung für diesen Entwicklungsprozess ist die Fähigkeit des Kindes, Angst zu ertragen, und - in Ergänzung der Ausführungen M. Kleins - auch die Fähigkeit der Mutter, das Kind in die Unabhängigkeit zu entlassen.

Die Schwierigkeit des Süchtigen besteht nun darin, dass er keine stabilen inneren Bilder der dualen Beziehung zu einem Halt gebenden Objekt besitzt, durch dessen Liebe er sich in der notwendigen Illusion von Omnipotenz wiegen konnte. Er versucht diesen Mangel zu kompensieren, indem er einerseits eine abhängige Beziehung zu einem Objekt (Partner, Mutter) herstellt, welches die Regulierung der Realität, also Hilfsich-Funktionen, übernimmt. Der Süchtige verleugnet seine Abhängigkeit von diesem Objekt und damit seine Ambivalenz, hervorgerufen durch Abhängigkeitsnotwendigkeit, Wut und Neid. Innerlich wendet er sich andererseits dem Suchtstoff zu, der als ideales Objekt immer zur Verfügung steht, nicht frustriert und nicht enttäuscht.

Diese Spaltung und projektive Identifizierung wiederholt der süchtige Patient in der Therapie, indem er den Therapeuten und die Gruppe zu regulierenden Objekten macht, die ihm in möglichst paradiesischer Weise die Anforderungen und Schwierigkeiten der Realität ersparen sollen. So ist es keineswegs ungewöhnlich, dass der Patient von seinem Therapeuten erwartet, dieser solle seine sozialen Schwierigkeiten aus dem Weg räumen oder sofort eine Möglichkeit dafür schaffen, z.B. ohne Nachfragen eine Heimfahrt genehmigen, auch unter Umgehen aller Sorge, Vernunft und Regeln. Zugleich erhält sich der Patient sein ideales Objekt im Geheimen, das Suchtmittel; sei es, indem er in der Phantasie lebt, doch wieder zu trinken (kontrolliert zu trinken), sei es, dass er sich mit der inneren Bedeutung und dem Verlust dieses idealen Objektes nicht beschäftigt.

Die Aufnahme von Beziehungen

Aufgrund des inneren Bedürfnisses des Süchtigen nach Spaltung und projektiver Identifizierung kann man nicht davon ausgehen, dass der Patient, der in der Gruppe über seine Anliegen spricht, eine innerlich bedeutsame Beziehung zu den anderen Gruppenmitgliedern und zum Therapeuten aufgebaut hat, geschweige denn eine Übertragungsbeziehung. Vielmehr gehe ich davon aus, dass er versucht, sich Therapeut und Gruppe wohl gesonnen zu erhalten, damit sie weiterhin Selbstobjekt-Funktionen übernehmen und er sich innerlich sein Idealobjekt Suchtmittel erhalten kann. Die Aufnahme und Bearbeitung einer innerlich bedeutsamen Abhängigkeitsbeziehung ist erst möglich, wenn der Patient sich in der Gruppe klargemacht hat, dass das Suchtmittel für ihn die gesuchte innere Realität von Illusion und Omnipotenz herstellt, die er so dringend braucht, und dass die Kehrseite seiner Sucht die physische und psychische Selbstvernichtung ist. Erst wenn der Patient sich verdeutlicht hat, dass er sich zwischen einem lebendigen Leben mit sich und mit anderen und einem Dahinsiechen im Rückzug und dem selbst provozierten physischen Abbau und Tod entscheiden muss und wenn er zu ersterem entschlossen ist, kann er sich langsam auf eine Abhängigkeitsbeziehung im Sinne einer frühen Selbstobjekt Beziehung zur Korrektur und zum Aufbau einer inneren Objektwelt einlassen. Ich möchte an dieser Stelle darauf hinweisen, dass es die freie Entscheidung des Patienten sein muss, den Alkohol innerlich loszulassen. Viele „trockene Alkoholiker“, auch viele der von mir behandelten Patienten, leben mit dem Feindbild Alkohol, und sie haben das Recht dazu. Es besteht die große Gefahr, dass Therapeut und Gruppe eifersüchtig reagieren, wenn sie ihre eigene Bedeutungslosigkeit für den Patienten im Vergleich zum Suchtmittel spüren. Die Forderung, den Alkohol aufzugeben, wird unter dieser Prämisse zum sadistischen Akt gegenüber dem Patienten, dessen Unterwerfung oder Therapieabbruch damit implizit gefordert werden (vgl. Rost, 1987).

Wenn sich der Patient zu einer Abhängigkeitsbeziehung entschieden hat und der Therapeut die Symbolisierung als einen zentralen Parameter in der Gruppenarbeit versteht, so wird es zunächst und im weiteren Verlauf immer wieder einen Kampf mit der Gruppe um die Entscheidung geben, ob das Besprochene vorwiegend im Hinblick auf seinen konkreten oder seinen symbolischen Gehalt von Bedeutung ist. Mit der Vorstellung von Symbolbildung ist die Chance verbunden, die Gruppenstunden² als intermediären Raum zu definieren, in dem die basale Abhängigkeitsbeziehung inszeniert und im Hinblick auf ihren symbolischen Gehalt - zwischen innerer Notwendigkeit der Illusion und Realitätsprüfung - verstanden werden kann.

Dieser Kampf beginnt bereits am Anfang der Gruppenstunde, wenn die Therapeuten dafür sorgen, dass so viele Stühle im Zimmer sind, wie es Gruppenmitglieder und Therapeuten gibt, auch dann, wenn jemand nicht anwesend ist. Indem die Gruppe immer wieder beliebig viele Stühle stehen lässt, versucht sie durchzusetzen, dass nicht die symbolische Bedeutung entscheidend ist (jeder hat einen Stuhl, unabhängig davon, ob er anwesend ist oder nicht), sondern das Konkrete soll zählen. Als weiteres hat der Therapeut eine Reihe von Genehmigungen oder Verweigerungen auszusprechen (von Heimfahrten, Sonderausgängen und ähnlichem), die die Patienten gerne von der Gruppenstunde trennen möchten, um sich den Therapeuten als gutes Objekt zu erhalten und die befürchtete Verweigerung als etwas zu externalisieren, das mit der gesuchten und benötigten Beziehung nicht kollidiert, so, als verweigere der Therapeut die Genehmigung gegen seinen Willen, ausschließlich als Konzession an das Team. Indem der Therapeut immer wieder darauf besteht, dass alles, was zwischen Patient und Therapeut besprochen wird, in die Gruppe gehört und eine Bedeutung hat, setzt er ein therapeutisches Prinzip: die Symbolbildung der bzw. in der therapeutischen Beziehung.

Wenn man die Regression auf die Ebene der Idealobjekt-Ersatzbeziehung mit dem Suchtmittel als - misslungenen - Selbstheilungsversuch begreift, dann ist es notwendig, dass der Patient in der Beziehung zur Gruppe und zum Thera-



peuten auf die Ebene der Selbstobjekt-Beziehung regrediert. Dann erlebt er seine reale Abhängigkeit, indem er spürt, dass er in die Fachklinik gekommen ist, weil er sein Leben nicht bewältigen konnte, und dass er, um dieses zu meistern, auf die Hilfe des Therapeuten und der Gruppe existentiell angewiesen ist. Weiterhin spürt der Patient, dass er Therapeut und Gruppe braucht, um durch deren Zuneigung sein Leben lebenswert zu finden und in die Lage versetzt zu werden, es zu genießen. Der Patient spürt die lebensnotwendige Bedingung, sein Leben in die Hände der Therapeuten und der Gruppe zu legen, sich von ihnen „Leben einhauchen“ zu lassen, damit er sich lebendig und lebenswert fühlen kann. Diese „parasitäre“ Selbstobjekt-Beziehung, in der der Patient die Gruppe und die Therapeuten „säuft“ (wie dies den Patienten oft in abfälliger Weise zurückgegeben wird), ist die Voraussetzung für das Erleben der inneren Abhängigkeitsproblematik und -notwendigkeit.

Nach meiner Erfahrung ist es dabei nicht unabdingbar, dass der Patient diese existentielle Abhängigkeit in der Beziehung zur Gruppe und zum Therapeuten erleben muss; sie ist auch anhand der Beziehung zum Partner, zur Mutter oder einem Pairings-Partner zu verstehen. Problematisch ist dabei allerdings, dass agiert und dadurch eine innere Entwicklung und Differenzierung ausgeschlossen wird (s. Abschn. IV). Da die Angst- und Frustrationstoleranz von Süchtigen eingeschränkt ist, brechen sie häufig die Therapie ab, wenn sie ihre lebensnotwendige Beziehung in Frage gestellt sehen. Hierbei spielen zwei Momente eine wichtige Rolle: zum einen die Angst vor der eigenen inneren Ambivalenz, die aufkommen könnte, sobald sich der Patient mit seinen Wünschen und Gefühlen gegenüber seinem Partner beschäftigen würde; zum anderen die berechtigte Befürchtung, dass aufgrund der Hausordnung seitens der Klinik z.B. durch eine „Kontaktsperre“ interveniert würde, sobald der Patient die Beziehung publik macht. Die Bearbeitung ist dann eine Gratwanderung, bei der die Tragfähigkeit der Beziehung des Patienten zu seiner Gruppe die Grundlage bildet. Der Patient muss in dem Gefühl leben, dort verstanden zu werden, und er muss spüren, dass er nicht seiner Gefühle und Wünsche beraubt wird. Wenn er diese Form der Abhängigkeitsbeziehung anbietet, nämlich zu einem Partner außerhalb der Gruppe, finde ich es wichtig, dieses Angebot anzunehmen, denn es ist ein Zeichen dafür, dass er es nicht aushalten kann, dem Therapeuten und der Gruppe ausgeliefert zu sein. Günstiger und direkter ist dagegen die Bearbeitung der Abhängigkeitsbeziehung zum Therapeuten und zur Gruppe. Dabei kann die aufgrund des Settings bereits vorgegebene Abhängigkeit genutzt werden, wonach der Therapeut nicht nur in der Phantasie libidinös und aggressiv besetzt wird, sondern auch real entscheidet. Indem er tatsächlich genehmigt oder verweigert, ist er mit erheblicher Macht über den Patienten ausgestattet und mobilisiert so die Erfahrungen der frühen Abhängigkeitsbeziehung zur Mutter. Im gemeinsamen Erleben der Gruppe können die entstehenden Gefühle deutlich und wenn nötig vom Therapeuten stellvertretend benannt werden. Die innere Notwendigkeit des Patienten zur Abhängigkeit und die Wut darüber stehen im Vordergrund. In dieser Beziehung zum Therapeuten (zur Gruppe, zum Angehörigen oder zum Pairings-Partner) kann der Patient sukzessiv ein Abbild seines inneren Bedürfnisses nach einer süchtigen Beziehung zu einem menschlichen Objekt aufbauen, ein inneres Suchtobjekt bilden.

Voraussetzung dafür ist das Erleben und das Verstehen dieses Erlebens, also die therapeutische Ich-Spaltung. Diese verschwimmt bei Süchtigen manchmal, und nur noch das Erleben ist präsent. Der Patient gibt sich dann seinen spontanen Regungen hin, ohne sie verstehen zu wollen, oder er kann nicht mehr zwischen Wahrnehmung und Realität unterscheiden. In dieser Übertragungspsychose erlebt er den Therapeuten als wirklichen Feind, der bekämpft werden muss, weil er es darauf abgesehen habe, die Integrität des Patienten zu zerstören. Um weiterhin am Ziel der Symbolisierung der therapeutischen Beziehung festzuhalten, ist an einem solchen Punkt eine Parameterveränderung angezeigt.

Jede Fachklinik verfügt über eine Reihe von „Maßnahmen“ wie Ausgangssperren, Rückverlegung auf die Aufnahmestation etc., die häufig als Sanktionen eingesetzt und von den Patienten meist so verstanden werden. Wenn die Ausgangssperre, die sog. rote Karte, jedoch als Symbol benutzt wird wie etwa ein rotes Signal kann der Patient möglicherweise verstehen, dass er selbst bedroht war, weil er die Kontrolle über sich verloren hatte. Er kann dann auch sehen, dass es geradezu eine Chance für ihn war, die Grenzen in dieser Form überschritten zu haben, denn durch diese Grenzüberschreitung, den Kontrollverlust, ist es ihm erst möglich geworden, die Angst vor dem Objektverlust und dem damit einhergehenden Rückgriff auf das Ersatzidealobjekt zu erleben.

Ein anderes Beispiel für die Möglichkeit zur Symbolisierung anhand einer „Maßnahme“ ist die Rückverlegung auf die Aufnahmestation, wenn der Patient im Rahmen seiner Therapie zum Suchtmittel greift. Der Begriff „Rückfall“ verharmlost und verschleiern die hinter dem erneuten Trinken stehende Problematik der Entscheidung für den Tod. Dem Patienten, der sich vorgenommen hat, ohne Alkohol zu leben, ist die Entscheidungsnotwendigkeit aus den Augen geraten, ob er physisch und psychisch lebendig mit sich selbst und mit menschlichen Objekten leben möchte oder ob er mit der Konsequenz des physischen und psychischen Todes im Dahinsiechen in der Ersatzbeziehung mit dem Suchtmittel verharren will. Die Gefahr liegt nahe, dass der Patient das Verschwimmen seiner Entscheidung bagatellisiert und wie vorher projektividentifikatorisch seine „Schuld abzubüßen“ sucht und danach „geläutert“ in der Spaltung, also der Erhaltung des Feindbildes Alkohol, verbleibt. Wenn er allerdings die „Maßnahme“ Rückverlegung als symbolischen Akt begreifen kann, der ihm zeigt, dass er sein eigenes Ziel, die Entscheidung für das Leben, aus dem Blickwinkel verloren hatte, so kann er eine wichtige Grenzsituation seines Lebens verstehen, nämlich den Übergang zwischen dem Aufgeben menschlicher Beziehungen und der Hinwendung zum Suchtmittel.

Die symbolische Anwendung von Regeln und der Hausordnung ist vor allem an dieser Grenze zwischen menschlichen und Ersatzbeziehungen von großer Bedeutung. Entscheidend ist dabei immer die Haltung des Therapeuten, ob dieser verbal oder nonverbal bestrafend oder verärgert interveniert oder ob er tatsächlich das Verhalten des Patienten und die vorgegebene Reaktion der Klinik als Chance für den Patienten ansieht, sich einem seiner wichtigsten Grenzbereiche zu nähern. Als Therapeut ist es oft schwer, diese ich-stützende Einstellung beizubehalten, denn der Patient selbst, oft auch

die Gruppe und die Kollegen, betonen eher den Bestrafungsaspekt, machen also aus einem Ich- ein Überich Problem und entledigen sich so der eigenen Hilflosigkeit, die aus der Schwere und Verzweiflung herrührt, die immer wieder entstehen, wenn diese existentielle Abhängigkeitsproblematik bearbeitet wird.



b a m b e r g e r

Bei einigen meiner Patienten ist mir aufgefallen, dass sie bei ihren ersten Versuchen, eine Beziehung zu sich und zu ihren Mitmenschen aufzunehmen, den Weg über die körperliche Krankheit „wählten“. Von daher ist die enge Zusammenarbeit zwischen Arzt und Psychotherapeut wichtig, wenn sie nicht ohnehin in Personalunion gegeben ist, um überhaupt erst die Voraussetzung für eine Integration des Körper-Seele-Erlebens zu schaffen. Nicht nur das symbolische Verständnis der körperlichen Symptomatik hat sich als grundlegend erwiesen, sondern auch das der Beziehung, die der Patient mit Hilfe seiner körperlichen Krankheit zum Arzt aufbaut. Laut Searles (1962) muss der Patient die Bedeutung von Wendungen wie „es zerreißt mir das Herz“ erst somatisch spüren, bevor er sie fühlt, also ihre metaphorisch-sinnbildliche Bedeutung versteht. Das in die Beziehung zum Arzt und Psychotherapeuten eingebettete Erleben der somatischen Erkrankung führt dazu, dass die Unterscheidung zwischen Soma und Psyche vorübergehend verschwimmt, und eröffnet den Weg, die Grenzen zwischen Innen- und Außenwelt neu zu bestimmen.

Patienten, die kaum Zugang zu ihren Gefühlen haben - die zwar viel reden, aber ohne inneren Zusammenhang oder die keine Beziehung zwischen ihrem Suchtproblem und ihrem Innenleben finden können -, stellen oft in der Beschäftigungstherapie Gegenstände oder Bilder her, die sie mehr oder weniger gut als symbolische Darstellung eigener innerer Themen verstehen können. Manchmal sind auch Alltagsbegegnungen der Patienten außerhalb der Gruppenstunde (am Abend, während der Heimfahrt, in der Sportstunde oder der Arbeitstherapie) in diesem Sinne hilfreich. Ich nutze jede Information, um ein Verständnis innerer Strukturen zu ermöglichen, und zwar unabhängig davon, ob der Betroffene selbst davon berichtet oder ich durch Besprechungen davon Kenntnis habe. Es ist jedoch nur dann produktiv, diese Informationen durch Kollegen anzusprechen, wenn die Intervention nicht das Ziel der „Abrechnung“ mit dem Patienten hat (was leicht möglich ist, weil der Appell von Kollegen oft dazu anregt, Einhalt zu gebieten), sondern als Angebot, etwas zu verstehen, erlebt wird.

Die symbolische Verwendung von Alltagsbegegnungen, von in der Beschäftigungstherapie hergestellten eigenen Produkten und von „Reaktionen“ auf Regelverstöße gegen die Hausordnung ist ein ähnliches Vorgehen, wie Sechehay (1954) es bei der Arbeit mit Schizophrenen entwickelt hat. Mit Hilfe der „symbolischen Wnscherfllung“, also durch Darstellung und gemeinsame Beobachtung an bergangsobjekten, konnte sie ihrer Patientin zeigen, welche Wünsche diese an die Therapeutin richtet. Dadurch, dass die Patientin sich diese Wünsche deutlich machen und sie akzeptieren und sich zugleich vom Wunsch direkter Befriedigung durch die Therapeutin distanzieren konnte (therapeutische Ich-Spaltung), wurde es ihr möglich, die therapeutische Beziehung zu internalisieren. In analoger Weise versuche ich, die dem Patienten durch Sprache nicht zugänglichen Abhngigkeitsbedrfnisse, die damit zusammenhängenden Gefühle und den Übergang zur Ersatzbeziehung deutlich zu machen.

Um vom Festhalten am Konkreten loszulassen und zu einem subjektiven Erleben zu gelangen, erhält der Patient die Gelegenheit, die Beziehung zu seinen Therapeuten und der therapeutischen Umgebung, der Klinik, als Übergangsraum zu besetzen, in dem er seine innere Objektwelt innerhalb der Beziehungen und der hergestellten Produkte inszeniert. Das Erleben der Gefühle ist der erste Schritt der inneren Symbolbildung, also der Entfaltung und Differenzierung einer inneren Objektwelt.

Searles skizziert diese Entwicklung der therapeutischen Abhängigkeitsbeziehung am Beispiel von Schizophrenen, wobei er seine Vorstellungen - wie bereits erwähnt - jedoch auch auf weniger schwer gestörte Patienten ausgedehnt sehen möchte. Bei der Arbeit mit Abhngigkeitserkrankten sind mir seine Gedanken sehr wichtig:

Der Kranke sehnt sich nach einem Menschen, der die Verantwortung für sein Leben stellvertretend für ihn übernimmt. Dabei spürt er, dass ihn etwas an der Erfüllung dieses Abhngigkeitsbedrfnisses hindert, zugleich fürchtet er sich davor, dass ein anderer Mensch ihm unentbehrlich für sein Weiterleben wird. Indem der Therapeut die daraus resultierende Ambivalenz akzeptiert, stellt er unter Umständen für den Patienten die einzige Brücke zur Realität dar. Seine Aufgabe ist es, dessen Abhngigkeitswnsche bewusst zu machen und anzunehmen. Diese symbolische Wnscherfllung akzeptiert sein (des Patienten, H.B.) infantiles Abhngigkeitsbedrfnis in seiner Rechtmäßigkeit . . . und es (muss) nicht mehr als dauernde Quelle von Schuldgefühl verdrängt werden ...“ (Searles, 1955, S. 471).

Der Patient bedarf - wie das Kind in seiner Entwicklung - auf jeder Stufe befriedigender Erfahrungen mit seinem Therapeuten und anderen Personen, bevor er die nächst höhere Stufe anstreben kann. Neben der Akzeptanz und Symbolisierung des Abhngigkeitswnsches muss der Patient noch die Erfahrung machen, für andere wirklich wertvoll zu sein, also gebraucht zu werden. Searles deutet nur an, dass sich diese therapeutische Abhängigkeit nicht nur in der Beziehung zum Therapeuten ausprägt, sondern auch zu anderen Menschen. Die Arbeit in der Institution begünstigt und erschwert es zugleich, Beziehungen zu vielen Personen (Therapeuten und Gruppenmitgliedern) aufzunehmen, und erlaubt es darüber hinaus, die selbst hergestellten Produkte der Patienten oder die „Maßnahmen“ der Institution dabei unterstützend zu nutzen.

III. Auszüge aus einem mehrmonatigen Gruppenverlauf



b a m b e r g e r

Die Gruppe wird von einer Therapeutin und einem Therapeuten, der zugleich Arzt ist, geleitet. Beide arbeiten methodisch mit der Symbolisierung als zentralem Entwicklungsparameter. Aus organisatorischen Gründen nimmt die Therapeutin an den fünfmal wöchentlich stattfindenden Gruppensitzungen nur zweimal regelmäßig teil. Der männliche Therapeut ist immer anwesend, außer wenn er durch Urlaub, Krankheit oder Fortbildung verhindert ist.

Die Gruppe besteht aus zehn Patienten, zwei weiblichen und acht männlichen. Sie sind alle alkoholabhängig, manche überdies medikamentensüchtig, und zwei männliche Patienten sind außerdem spielsüchtig. Obwohl es sich um eine slow-open-group handelt, ist die Zusammensetzung über den Zeitraum von etwa vier Monaten, um den es hier geht, weitgehend konstant.

Zu Beginn der Gruppensequenz ist etwa die Hälfte der Gruppe neu hinzugekommen. Dabei ist auf den ersten Blick gleich auffällig, wie sehr die Frauen herausfallen. Eine weibliche Patientin kommt immer mit einem Täschchen, so als gehe sie ins Theater. Diese Schwierigkeit, nämlich die Unfähigkeit zu einem befriedigenden Kontakt zwischen Männern und Frauen, erweist sich schließlich als das zentrale Thema dieser Gruppe. Aus Angst vor den Frauen sind die Männer wenig bereit, diese zu integrieren. Die Frauen ihrerseits bleiben eher außerhalb, verleugnen teilweise ihre weibliche Identität oder wenden sich Hilfe suchend an die Therapeutin. Erst spät formulieren sie, wie sehr sie darunter leiden, nicht integriert zu sein. An dieser Stelle ist anzumerken, dass die sehr ungünstig ist und zur Entwicklung der Problematik und deren Zuspitzung mit beigetragen hat. Die Gruppenmitglieder setzen sich in Paar-Konstellationen und lassen auch den Therapeuten zwei Plätze nebeneinander übrig. Lediglich ein Patient sitzt etwas abseits in der Ecke (ein weiterer fehlt). Es wird sehr schnell deutlich, dass die Gruppe sich durch die Paarbildung vor ihrer Angst vor dem Chaos und der Desintegriertheit der neuen Gruppe und den dabei entstehenden Abhängigkeitswünschen und -ängsten schützt. Diese Ambivalenz formuliert die Gruppe, indem sie sich überlegt, dass es für einen Patienten besser wäre, sich eine Übergangseinrichtung zu suchen. Einer der Patienten sei bereits in solch einer Einrichtung gewesen und habe sich dort sehr wohl gefühlt. Da habe es immer Mitbewohner und Therapeuten gegeben, mit denen er über seine Probleme habe sprechen können und die ihm bei der Arbeitssuche behilflich gewesen seien. Mit dem Trinken habe er erst wieder begonnen, als er mit seiner späteren Frau zusammengelebt habe und mit den Auseinandersetzungen nicht zurechtgekommen sei. Ein spielsüchtiger Patient, der sich allein in die Ecke gesetzt hat, erinnert sich seiner Aufenthalte in einem Männerwohnheim, in welches es ihn immer wieder getrieben habe, weil er allein nicht zurechtgekommen sei und weil es dort keine Frauen gegeben habe. Andererseits habe er dort immer wieder auf der Hut vor Diebstählen und Schlägereien sein müssen. Der Alkohol habe zum Alltag gehört und sei zwischendurch herumgereicht worden. Frauen durften offiziell nicht dort sein und kamen deshalb nur in zotigen Witzen oder als Prostituierte vor. Die Gruppe formuliert den Begriff des Bullenklosters, zunächst als Kennzeichnung des Männerwohnheims; sehr schnell wird deutlich, dass die Männer sich auch die Gruppe als Männergemeinschaft wünschen. Die Annäherung an die Frauen ist nur vorstellbar in Form der Flasche, die herumgereicht wird, oder als Prostituierte. Frauen sollen verfügbare Objekte sein, während die Vorstellung, dass ein eigenständiges weibliches Objekt sich entfernt und wieder annähert, sehr große Angst auslöst. Schon in dieser Stunde geht von einem bereits längere Zeit anwesenden Patienten der deutliche Appell an den männlichen Therapeuten aus, von ihm angesprochen zu werden. Der Patient schweigt demonstrativ und zeigt so seinen Wunsch, sich dem Vater passiv zu unterwerfen. Dieses Thema taucht im späteren Gruppenverlauf noch deutlicher in der Rettungsphantasie der Männer auf, durch die anale Penetration des Vaters der analen Mutter zu entkommen. In dieser Stunde spricht obiger Patient schließlich noch über seine Angst und über seinen Wunsch, im Rahmen der bevorstehenden Heimfahrt dem Vater zu begegnen, von ihm wahrgenommen und angesprochen zu werden, wovor er sich aber auch fürchte, weil er Angst habe, die Mutter zu verletzen. Durch diese Äußerung kommt die Gruppe wieder auf die Beziehung zu den Frauen zurück. Dabei fällt der Therapeutin auf, dass sie manchmal offensichtlich missverstanden wird, unabhängig davon, was sie sagt und wie sie es sagt. Die Gruppe und noch häufiger einzelne Patienten wollen ihre Beiträge nicht aufnehmen, verdrehen das Gesagte und fallen ihr ins Wort.

Das Problem, die Frauen auszuschließen, setzt sich bei den beiden Patientinnen darin fort, dass sie sich zusammenschließen und sich gemeinsam einen Mantel kaufen. Im Sinne einer Pairings-Beziehung kauft eine Patientin den Mantel, und die andere bezahlt ihn. Durch dieses Geldleihen bzw. -verleihen verstoßen die beiden gegen die Hausordnung und bekommen deshalb die „rote Karte“. Anhand dieser „Maßnahme“ können sie verstehen, dass sie sich gegen die Männer verbündet haben, um sich vor deren als bedrohlich erlebten Ausschließungstendenzen zu schützen. Trotz des Verständnisses an dieser Stelle des Gruppenprozesses bricht eine Patientin einige Wochen später die Therapie ab, angeblich aus familiären Gründen. Infolge der spezifischen Problematik der Männer, aber auch durch die ungünstige Zusammensetzung der Gruppe konnten die Frauen letztlich nicht integriert werden.

Im weiteren Verlauf beschäftigt sich die Gruppe sehr intensiv mit ihren Ängsten vor Frauen, die dann auch deutlich in der Übertragungsbeziehung zur Therapeutin auftauchen. Diese wird abgelehnt, und die Gruppe wirft ihr vor, sie suche die Bestätigung der Männer, um ihr eigenes Selbstwertgefühl aufzupolieren. Diese Vorstellung der Gruppe nimmt fast Züge einer Übertragungspsychose an, und die Männer können kaum noch wahrnehmen, dass es für sie wichtig ist, bei dieser Phantasie zu bleiben, dass dies mit ihren eigenen Bildern zusammenhängt. Beispielsweise spricht ein Patient an, er überlege sich, einen Aids-Test zu machen. Als die Therapeutin die Bedeutung dieser Aussage aufgreifen will, beschimpfen die Männer sie, sie wolle immer nur über Beziehungen und über Sexualität sprechen. Sehr langsam kommen dann Erinnerungen oder Phantasien an die Mutter, die als sehr gekränkt oder bestrafend erlebt worden sei, wenn die Söhne sich dem Vater zugewandt hätten oder ihrer eigenen Wege gegangen seien. Ein Patient formuliert, die Beziehung zur Therapeutin sei ebenso brüchig wie die zur Mutter, der er nur vorgeheuchelt habe, wie wichtig sie ihm sei, während er sich jedoch im Geheimen dem Vater verbunden gefühlt habe. Dieser Patient kann schließlich in der



letzten Stunde vor dem Urlaub des männlichen Therapeuten diesem in Anwesenheit der Therapeutin sagen, wie viel er ihm bedeute.

Jetzt kann die Gruppe langsam begreifen, dass sie sich an der Therapeutin gerächt und dass die Lust an der Rache sie daran gehindert hat, ihre Übertragungsphantasie zu bearbeiten. Am Rande bemerkt ein Patient, er wolle mit der Therapeutin nicht viel zu tun haben, denn er „gehe schließlich auch zum Schmitt und nicht zum Schmittchen“. Erst nach der Bearbeitung dieser Übertragungsphantasie sind die Schuldgefühle und die Ängste der Gruppe gegenüber der Therapeutin gemindert, und sie kann dann auch als Person erscheinen, mit der es lohnt, sich auseinanderzusetzen.

Die Gruppe thematisiert ihre Phantasie der Beziehung der Therapeuten untereinander und ihre eigenen damit verbundenen Ängste anhand zweier Stofftiere, einem Bären und einem Hündchen. Diese waren von der Gruppe zunächst als Karikatur der Therapeuten und ihrer Beziehung gedacht und am Anfang der geschilderten Sequenz deutlich sichtbar an der Wand aufgehängt worden. Als das Bild der Stofftiere von den Therapeuten zur Deutung der Beziehungsphantasie aufgegriffen wird, „spielt“ die Gruppe mit, indem sie im Zuge ihres veränderten Erlebens der Therapeuten die Stofftiere anders zueinander gruppiert. Der viel größere und behäbigere Bär verkörpere die Therapeutin, während das kleine Hündchen - mit seinen langen Armen und Beinen viel schlaksiger, wendiger und beweglicher - den männlichen Therapeuten darstelle. Zunächst sitzt das Hündchen auf den Armen des Bären, schließlich tanzt es ihm auf der Nase herum und bewegt sich dann von ihm weg. Die Gruppe formuliert zunächst zu diesem „Spiel“, sie erlebe die Therapeutin als viel übermächtiger und habe Angst, der Therapeut gehe unter, könne sich ihr gegenüber nicht durchsetzen. Mit zunehmender Auseinandersetzung kann der männliche Therapeut immer mehr wahrgenommen werden. Als dann beide Therapeuten als „potente“ und eigenständige Personen erlebt werden können, findet die Gruppe das zunächst als lustvoll erlebte „Spiel“, die Positionen der beiden Stofftiere zueinander fast täglich zu verändern, „albern“ und hängt sie ab.

Parallel dazu buhlt die Gruppe immer wieder um den Vater. Dabei will sie den männlichen Therapeuten abwechselnd zum Bruder machen, da er als solcher weniger beängstigend wäre; dann provoziert sie wieder, er möge festhalten, eingreifen, und will die väterlichen Qualitäten spüren. Meist gehen die Provokationen von den beiden Spielsüchtigen aus sowie von einem weiteren, sehr schwer gestörten Patienten. Der eine Spielsüchtige nimmt sich vor, bei der Heimfahrt mit seinem Vater zu sprechen; als ihm dies nicht gelingt, resigniert er, begibt sich in die Spielhalle und in den Rausch des Spiels. Erst nachdem er sich in Trance gespielt hat, kann er Beruhigung finden. Da der Patient sich in die süchtige Beziehung zurückgegeben hat, wird er auf die Aufnahmestation zurückverlegt, was er später auch als etwas sehr Wichtiges verstehen kann.

Es wird deutlich, dass der Spielautomat für den Patienten etwas Weibliches symbolisiert, bei dem er zugreifen kann, sich beruhigt und ausgeliefert fühlt. Der Spielautomat hat die innere Funktion der oralen Mutter, auf die der Patient sich zurückgeworfen fühlte, nachdem er den Kontakt zum Vater nicht gefunden hatte. Zugleich ist das Glücksspiel auch eine Provokation des Vaters in der Übertragung, in der der Patient den inneren Vater zu etablieren sucht.

Der zweite Spielsüchtige setzt mit Hilfe eines Facharztes durch, zur diagnostischen Abklärung einer Durchblutungsstörung vorübergehend in eine organmedizinische Klinik aufgenommen zu werden, obwohl dies, wie sich später herausstellt, nicht so dringend gewesen wäre. Der Patient bringt auf diese Weise seine Ambivalenz zum Ausdruck (die Durchblutungsstörung zeigt sich gleichermaßen in seinen Beziehungen in der Gruppe), indem er einerseits entfliehen möchte, andererseits sich wünscht, vom Vater, dem Therapeuten und Arzt, festgehalten zu werden. Die Beziehungsanwort auf diese Inszenierung ist schwierig, da die medizinische Indikation nicht eindeutig ist. So wird der Patient in eine organmedizinische Klinik verlegt und erlebt dieses Eingehen auf seine körperliche Symptomatik als Nichtgehalten-Werden durch den Vater. Voller Angst, Enttäuschung und Hoffnung kommt er zurück und spürt die Distanz zur Gruppe, die er nicht ertragen und nicht abbauen kann. Mehrere Abende hintereinander geht er unruhig und getrieben aus dem Haus, spielt Billard und stellt sich darauf ein zu „zocken“. Er wird auf die Aufnahmestation zurückverlegt, um sein malignes süchtiges Agieren zu stoppen und zu symbolisieren.

Ein dritter Patient produziert eine Reihe körperlicher Symptome, die eine rektale Untersuchung seitens des männlichen Therapeuten und Arztes nötig machen. Offensichtlich steht dahinter der Wunsch, vom Vater anal penetriert zu werden. Der Therapeut scheut sich zunächst vor dieser im Rahmen seiner Tätigkeit ungewöhnlichen Untersuchung innerhalb der nahen Beziehung. Die Problematik des Patienten verschärft sich aber, so daß eine Operation im Rektalbereich mit langwieriger Nachbehandlung nötig wird, während sich der Patient innerlich dem Leiter der Klinik, also dem „noch größeren Vater“, zuwendet.

Einer der Spielsüchtigen provoziert den Therapeuten damit, dass er einem Patienten aus einer anderen Gruppe Geld borgt, was, wie er weiß, laut Hausordnung verboten ist. Ein weiteres Mal schweigt er demonstrativ und erhält in beiden Situationen von seinem Therapeuten die „rote Karte“, denn dieser fühlt sich zur Sorge veranlasst. Der Patient ist froh über diese „Maßnahme“, denn er fühlt sich wahrgenommen. Darum war es ihm bereits beim Geldverleihen gegangen. Er hatte sich die Verweigerung der Bitte des Mitpatienten nicht erlaubt, weil er spürte, dass es dem anderen nicht um Freundschaft, sondern um Ausnutzen ging. Der Patient konnte sich nicht vorstellen, geliebt und angenommen zu werden, sondern war davon überzeugt, Freunde lediglich kaufen zu können.

Damit ist die Gruppe bei ihrem Hauptthema angelangt. Die Patienten waren in die Klinik gekommen mit dem inneren Defizit des Sich-ungeliebt-Fühlens, und diesem essentiellen Thema mussten sie zugleich immer wieder entfliehen. Aus



diesem Grunde konnte sich die Gruppe nur vorstellen, von den Frauen aufgeessen zu werden oder sich ersatzweise dem Idealobjekt Suchtmittel auszuliefern und sich von ihm beherrschen zu lassen. An dieser Stelle spürt die Gruppe, dass sie reale Objekte braucht, die für sie stellvertretend ihr Leben in die Hand nehmen, denen sie ihr Leben überlassen kann. Vor allem eine Patientin formuliert dieses Problem deutlich, zunächst in der Neben-Übertragungsbeziehung zu ihrem Mann und schließlich in der Übertragung zu den Therapeuten. Andere Patienten schließen sich an, und in mehreren Stunden wird der Gruppe sehr deutlich, dass sie immer wieder die existentielle Abhängigkeit gesucht und gebraucht hat. Die Patienten sind dabei stark beteiligt und außerordentlich beunruhigt. Diese Hauptthematik kann allerdings nur im Ansatz durchgearbeitet werden, weil einerseits einige Patienten kurz vor ihrer Entlassung stehen, andererseits die Therapeuten auch die Grenze des für sie Erträglichen sehen. In der Gegenübertragung war es kaum auszuhalten, dass ein erwachsener Mensch sein Leben in die Hände eines Therapeuten legt. Es war jedoch wichtig, sich die Notwendigkeit dieses Schrittes vor Augen zu halten und die Patienten nicht auf ihre Phantasie und Wünsche zurückzuverweisen. Hier war die Gruppe beim Thema Tod oder Leben angelangt, und es war in der Gegenübertragung sehr schwer auszuhalten, dass die Therapeuten real die Macht haben sollten, über Leben oder Tod zu entscheiden. Dennoch war es für die Patienten sehr wichtig, den Therapeuten diese immense Macht zu geben, um sich durch die dabei entstehende „Belastungsprobe“ und die real erlebte Zuwendung und Zuneigung geliebt und liebenswert zu fühlen, und es gelang ihnen, dieses Abbild der Beziehung zu den Therapeuten und der Gruppe im Ansatz zu verinnerlichen.

Wie ich bereits ausgeführt habe, ist das Defizit der Patienten in der frühen Dualunion zu suchen, so dass eine therapeutische Veränderung nicht über die Erforschung von Wünschen möglich ist, sondern die Restitution einer inneren Welt erforderlich erscheint. Für die Gruppe bedeutet dies, dass es nicht genügt, über ihre Abhängigkeitsphantasien zu sprechen, sondern sie muss sich real abhängig machen, um eine innere Veränderung zu erreichen. Tatsächlich zeigt die Erfahrung mit chronisch Süchtigen, dass eine ambulante Therapie, in der Abhängigkeitsphantasien lediglich besprechbar sind, nicht ausreicht. Vielmehr ist die Abhängigkeit von einer Institution und den darin arbeitenden Therapeuten nötig, die stellvertretend eingreifen, schützen und regulieren. Wesentlich erscheint mir, dass die Abhängigkeit real erlebt wird und in einem zweiten Schritt die Symbolisierung zur Restitution verhilft.

Das starke Bedürfnis, von den Therapeuten angenommen zu sein, führt dazu, dass die Gruppe immer wieder versucht, diese zu Aussagen zu provozieren, aus denen hervorgeht, dass die Patienten ihnen nicht gleichgültig sind. Bleiben die Therapeuten „therapeutisch neutral“, verweigern sie also ihre annehmende Aussage, wird dieses Schweigen als erneute Zurückweisung, also als Bestätigung des erwarteten inneren Bildes, ungeliebt zu sein, erlebt. Die Annahme der inneren Notwendigkeit der Patienten, ihr Leben in die Hände ihrer Therapeuten zu legen, ist die Voraussetzung, die Deutung dieses lebensnotwendigen Bedürfnisses Anfang eines inneren Aufbaus.

Die Symbolisierung der „parasitären“ Selbstobjekt-Beziehung ist andererseits nur der Anfang einer Differenzierung und Strukturbildung. Ein stabiles Fundament für ein selbst gestaltetes Leben und die Fähigkeit, schwere Lebenskrisen auch regressiv zu bewältigen, ohne sich erneut an das Ersatzobjekt auszuliefern, erfordert eine weitergehende innere Orientierung, die auch die Bearbeitung späterer Entwicklungsphasen zur Voraussetzung hat. Nach der Internalisierung der Selbstobjekt-Beziehungen würde sich der Patient der Bearbeitung der Partialobjekt-Phantasien (paranoid-schizoide und depressive Position nach M. Klein) zuwenden und sich schließlich als ganzes Objekt erleben können, um dann die ödipale Position zu erreichen. Dazu wäre eine längerfristige, auch ambulant sich anschließende Therapie vonnöten (vgl. Rost, 1987).

IV. Schlussbemerkungen

Im Anschluss an die Darstellung des Gruppenprozesses möchte ich mich noch dem Agieren in der Arbeit mit Süchtigen zuwenden. Ich habe mich bereits mit der Chance beschäftigt, die die therapeutische Beziehung dadurch erhält, dass ein Patient sein Problem in direkterer Form als durch Sprechen ausdrückt, beispielsweise durch in der Beschäftigungstherapie hergestellte Arbeiten oder auch durch Regelverstöße, wenn diese in ihrem symbolischen Gehalt verstanden werden. Die Schwierigkeit ist dabei jedoch die häufig geringe Angst- und Impulskontrolle, deren Bearbeitung viel Fingerspitzengefühl erfordert. Selbst dann ist der Patient manchmal überfordert und kann die Angebote der Therapeuten nicht als Verständnismöglichkeiten erleben, sondern nur noch als Angriff. Etwas spezifisch Süchtiges ist es sicher auch, dass dem Patienten sein Ziel, den Klinikaufenthalt zur inneren Veränderung angetreten zu haben, leicht zu entschwinden droht. Manche Patienten sind sich dieser Chance ohnehin nicht bewusst und müssen darüber erst aufgeklärt werden. Dennoch können auch informierte Patienten ihr eigenes Anliegen aus dem Blick verlieren, wenn sie eine momentane Wunscherfüllung vor Augen haben. Es kann dann sein, dass alle Hilfen, eine therapeutische Ich-Spaltung wiederherzustellen, fehlschlagen und der Patient nicht mehr erreichbar ist. Mir scheint, dass es noch einen weiteren Aspekt gibt, weshalb Patienten wichtige Gefühle und Beziehungen verschweigen und sie statt dessen außerhalb der Gruppenstunden agierend ausleben. In den meisten Suchtkliniken gibt es, ausgesprochen oder unausgesprochen, die Regel, dass enge Beziehungen zwischen Patienten, insbesondere Liebesbeziehungen, verboten sind. Patienten sind darüber meist informiert, und da sie am weiteren Aufenthalt in der Fachklinik interessiert sind, verschweigen sie diejenigen Beziehungen und Gefühle, die sie ohnehin am verletzlichsten machen. Ich halte deshalb das bewusste Verschweigen einer Liebesbeziehung teilweise für ein Artefakt, das wir selbst schaffen, indem wir zwar von der Wichtigkeit von Gefühlen sprechen, die entscheidenden Gefühle überhaupt, nämlich die einer Liebesbeziehung, jedoch sehr ungern sehen und sie sanktionieren. Dabei kommt es mir nicht so vor, als sei die Einhaltung des „Inzesttabus“ für das therapeutische Handeln entscheidend, sondern als gehe es um die Angst, der Patient könne sich aus dem Gruppengeschehen herauslösen, und um gelegentliche Erfahrungen in dieser Hinsicht.



Zum Schluss möchte ich mich den Grenzen der therapeutischen Arbeit mit Hilfe der Symbolisierung zuwenden. Ich habe bereits von der Kürze der Zeit gesprochen, die eine grundlegendere Strukturbildung beim Patienten erheblich erschwert. In diesem Zusammenhang ist daran zu denken, dass die Kostenträger bemüht sind, die ohnehin kurze Behandlungsdauer von sechs Monaten noch weiter zu reduzieren, und zwar auf in der Regel vier Monate. Diese Verkürzung schmälert die Chance zur Strukturbildung sehr, denn die Hauptarbeit wird gegen Ende des Klinikaufenthaltes des Patienten geleistet.

Ein weiteres praktisches Problem ist durch Urlaub, Krankheit und Fortbildung des Therapeuten gegeben. Die fortlaufende Arbeit wird dann immer wieder unterbrochen, es sei denn, die Stationskollegen teilen dieselben theoretischen Vorstellungen und werden von der Gruppe auch objektiv besetzt. Dieses Vorgehen setzt auch eine intensive Zusammenarbeit voraus, so dass der innere Gruppenprozess reibungslos fortgesetzt werden kann, wenn ein Kollege kurzfristig ausfällt.

Obwohl diese Form der Arbeit schwieriger und aufwendiger ist, erlebe ich sie für mich inzwischen als befriedigender!

Anmerkungen

1 In besonderer Weise danke ich Herrn Dipl.-Psych. Jürgen Hardt, der meine Arbeit in der Supervision begleitete und mir viele wichtige Anregungen gab. Weiterhin danke ich meinem früheren Stationskollegen, Herrn Dr. Peter Kudlacek, dafür, dass er mir das Material aus einer gemeinsam behandelten Gruppe zur Verfügung stellte und mich bei meinem Aufsatz unterstützte.

2 Es wäre sinnvoller, über die Gruppenstunden hinaus die ganze Klinik in das Setting einzubeziehen, was jedoch eine übereinstimmende haltgebende und konfliktfähige Umgebung voraussetzt (vgl. Hardt, 1987 und 1988; Searles, 1962). „In der stationären Psychotherapie wird - wenn es gelingt - von einem Team als strukturiertem Ganzen eine organisch-therapeutische Übergangswelt angeboten. In der Wiederbelebung von Konflikten und durch Neubearbeitung- das ist die zentrale Aufgabe der stationären Psychotherapie - wird die Belebung und das Bedeutungsvollmachen von quasi isolierten oder fragmentierten, d.h. nichtmenschlichen Momenten ermöglicht“ (Hardt, 1988, S. 106). Zugleich stellt die Großgruppe einer Klinik mit ihren typischen Mechanismen wie der Spaltung, der Entgrenzung, Verschmelzung und vor allem der Sündenbocksuche die Möglichkeiten eines integrierten Vorgehens, die sie theoretisch bietet, sehr in Frage. Das Team einer Suchtklinik hat in seiner Gegenübertragung mit Schuld, Vorwürfen, Versagen, Ungenügen, Angst und Überforderung als Spiegelphänomenen zu kämpfen. Vielleicht ist der Kampf, diese Gefühle nicht gegenüber Kollegen und Patienten zu agieren, ebenso schwer wie der Kampf einer „süchtigen Familie“, die Leblosigkeit und Konsequenzlosigkeit aufzugeben und ein beängstigend-ungewisses lebendiges Miteinander zu beginnen. Die Komplexität einer Institution schafft so zwar eine gute Möglichkeit zur Inszenierung unbewusster Dynamik, stellt jedoch das Konzept der Bereitstellung eines intermediären Raumes zugleich permanent in Frage, da die Zusammenarbeit durch das Interagieren von Großgruppe und Gegenübertragungen der Suchtproblematik ständig vor einer Zerreißprobe steht.

Zusammenfassung

Aus ihrer Unzufriedenheit mit der stationären Arbeit nach gängigen Vorstellungen mit Alkohol-, Medikamentenabhängigen und Spielsüchtigen entwickelt die Autorin ein Konzept, mit dessen Hilfe Sucht als Fixierung an oder Regression auf diejenige Entwicklungsstufe verstanden wird, auf der das Kind sich durch die Liebe der Mutter wahrzunehmen und zu lieben anfängt. Indem der Patient zum Suchtmittel eine Idealobjekt-Ersatzbeziehung aufnimmt, zeigt er seinen Wunsch nach regressiven Beziehungen und seine Angst, diese im zwischenmenschlichen Kontakt zu erleben. Diese frühe Abhängigkeit in der therapeutischen Beziehung herzustellen und zu symbolisieren ist deshalb Inhalt einer Struktur bildenden Arbeit mit Süchtigen. Wenn die in den Fachkliniken bestehenden Regeln (z.B. die Hausordnung) als Symbole eingesetzt werden, kann die frühe Abhängigkeitsbeziehung inszeniert und symbolisiert werden. Das Vorgehen wird anhand von Material aus einem mehrmonatigen Gruppenprozess illustriert.

Summary

As a result of her discontent with the current concepts of in-patient psychotherapy with alcohol, medicine and gambling addicts, the author develops another concept, whereby addiction starts as a fixation or regression to the state where a baby begins to perceive and to love himself because he feels the love of his mother. If the patient establishes a substitute ideal-object-relationship to the drug, he shows his desire for as well as his anxiety of experiencing this kind of regressive relationship in human contacts. The work with addicts therefore consists in realizing and symbolizing the early dependence within the therapeutic relationship in order to render possible a structural change. If the rules existing in special clinics are understood as symbols, the early dependent relationship can be repeated and symbolized. The method is illustrated by material of a group-therapy of several months duration.

Literaturangaben



b a m b e r g e r

Hardt, J. (1987): Psychoanalyse einer Institution. In: DPV Arbeitstagung. Psychoanalytischer Prozeß und Institution. Essen

- (1988): Spaltungsprozesse und primitive Wünsche in psychotherapeutischen Institutionen. In: Ritter-Röhr, D. von (Hrsg.): Gruppenanalytische Exkurse. Berlin: Springer, 95-112

Heigl-Evers, A. (1977): Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken. Kassel: Nicol-Verlag

Klein, M. (1962): Das Seelenleben des Klein Kindes. Stuttgart: Klett-Cotta 1983 Mahler, M.S. (1968): Symbiose und Individuation. Stuttgart: Klett-Cotta 1986 Rost, W.-D. (1987): Psychoanalyse des Alkoholismus: Theorie, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta

Searles, H.F. (1955): Verlaufsformen der Abhängigkeit in der Psychotherapie von Schizophrenen. Psyche, 1956,10, 448-481

- (1960): Positive Gefühle in der Beziehung zwischen dem Schizophrenen und seiner Mutter. Psyche, 14, 165-203

- (1962): Der Übergang vom konkretistischen zum metaphorischen Denken im Gesundungsprozess des Schizophrenen. Psyche, 1965, 19, 495-515

Sechehaye, M. (1954): Eine Psychotherapie der Schizophrenen. Stuttgart: Klett-Cotta 1986

Winnicott, D.W. (1951): Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In: Ders.: Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta 1973, 10-36

Adresse der Autorin:

Helga Bamberger, Klinik am Kurpark, Am Hainberg 10-12, 6430 Bad Hersfeld, BRD 44