

Von der inneren und äußeren Auflösung des Alltags

Konzentrierte Bewegungstherapie bei Alkoholabhängigkeit im Kontext
strukturbezogener Psychotherapie

Masterthesis

zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science
im Universitätslehrgang Psychotherapie
Fachspezifikum Konzentrierte Bewegungstherapie

von

Mag. Clemens Reiserer

Perchtoldsdorf

Department für Psychosoziale Medizin und
Psychotherapie

an der Donau-Universität Krems
2010

Perchtoldsdorf, 10.5.2010

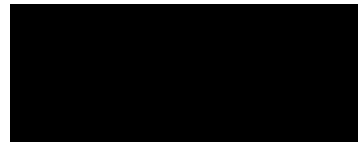
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Clemens Reiserer, geboren am 12.12.1966 in Wien erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Perchtoldsdorf, am 25.4.2010

Ort, Datum



Unterschrift

Abstract

Die vorliegende Arbeit behandelt das Thema Alkoholabhängigkeit unter dem Gesichtspunkt strukturbezogener Psychotherapie. Unter Einbeziehung des psychodynamischen Hintergrunds der Suchterkrankung werden verschiedene tiefenpsychologische Modelltheorien beleuchtet. Da das Problem besteht, dass Alkoholismus nur auf der Symptomebene verstanden und behandelt wird, ermöglicht diese Arbeit einen Blick auf die strukturellen Merkmale der Persönlichkeit, welche an Entstehung und Verlauf von Alkoholabhängigkeit maßgeblich beteiligt sind.

Als praktisch-therapeutischer Zugang dient die Methode der Konzentrativen Bewegungstherapie, welche Wahrnehmung und Bewegung sowie Körpererfahrung als Grundlage des Erlebens und Handelns sieht.

In einer theorieverschränkten Analyse von vier differenzierten Einzelfallverläufen wird untersucht, inwieweit das Strukturniveau Einfluss auf die therapeutische Behandlung hat. Diese Arbeit stellt fest, dass sich Interventionen und Haltungen in der therapeutischen Behandlung von Alkoholkranken je nach Strukturniveau ändern.

The paper at hand examines alcohol dependency from the point of view of structure related psychotherapy. Different psychodynamic etiology theories of addiction illness are examined. While alcoholism is often only understood and treated at the symptom level this work allows a look at the structural traits of the personality behind the characteristic symptoms.

As a practical-therapeutical approach the paper uses the method of kinesiopsychotherapy („Konzentrierte Bewegungstherapie“) which sees perception and movement as well as body experience as basis for experience and action.

In an analysis of four different isolated cases, cross-examined with theory, the paper analyses to what extent the structural level has influence on therapeutic treatment. The research finds that interventions and positions in the therapeutic treatment of chronically ill alcohol addicts change according to the structural level.

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort.....	4
2	Einleitung und These.....	5
3	Alkoholismus – eine Begriffsannäherung	6
3.1	Zum Begriff der Sucht und Abhängigkeitserkrankung	9
3.1.1	ICD 10/DSM IV.....	11
3.1.2	Komorbiditäten	14
3.1.3	Typologien.....	15
4	Psychodynamik der Sucht.....	18
4.1	Konflikt- und Triebpsychologischer Ansatz.....	20
4.2	Struktur- oder Ich-psychologischer Ansatz.....	22
4.3	Objektpsychologischer Ansatz	26
4.3.1	Zusammenfassung und Synthese.....	28
5	Behandlungsspezifika bei Alkoholabhängigkeit.....	30
5.1	Abwehrmechanismen und Widerstände.....	30
5.2	Defizitäre Ich-Funktionen	31
5.3	Spezifische Therapieschwerpunkte.....	32
6	Alkoholabhängigkeit in Bezug auf Strukturbezogen Psychotherapie.....	34
6.1	Strukturbezogene Psychotherapie	34
6.1.1	Entwicklung der strukturellen Fähigkeiten.....	35
6.1.2	Strukturelle Merkmale	37
6.1.3	Strukturniveau	39
6.2	Alkoholabhängigkeit im Kontext struktureller Störungen	42
6.3	Theoretische Überlegung zur therapeutischen Praxis.....	45
7	Konzentrierte Bewegungstherapie.....	49
7.1	Methodische Zugänge.....	50
7.2	KBT bei Alkoholabhängigkeit	52
8	Fallverläufe.....	55
8.1	Untersuchungsdesign.....	55
8.1.1	Fallverlauf Hr. E. oder die Begegnung mit dem inneren Konflikt.....	56
8.1.2	Fallverlauf: Hr. O oder die Verzweiflung an den anderen.....	66
8.1.3	Hr M. oder die Allgegenwart der Angst	77
8.1.4	Hr. B – oder die Auflösung des Alltags.....	88
8.2	Unterschiede in der bewegungs-therapeutischen Herangehensweise.....	101
8.3	Gegenüberstellung der Fallverläufe	105
9	Literatur	111

1 Vorwort

Diese Arbeit basiert auf dem Bedürfnis, den komplexen Themenbereich „Alkoholabhängigkeit“ aus dem Blickwinkel strukturbezogener Psychotherapie zu betrachten und anhand von differenzierten Therapieverläufen spezifische Behandlungszugänge vorzustellen. Fachspezifisch wird der praktische Zugang über die Methodik der Konzentrativen Bewegungstherapie erschlossen.

Meine langjährige Tätigkeit als klinischer Psychologe - derzeit auch Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision - an der Abteilung für Forensische Psychiatrie und Alkoholranke, OWS, Baumgartner Höhe, ermöglicht eine direkte Bezugnahme und praxisnahe Perspektive auf das Krankheitsbild der Alkoholabhängigkeit sowie dessen Komorbiditäten.

„Von der inneren und äußeren Auflösung des Alltags“ ist ein Zitat eines Patienten, der treffend den Verfall im Verlaufe des Trinkgeschehens bei bereits erworbener Abhängigkeit beschreibt. Die *Auflösung* betrifft die Wahrnehmung nach außen, welche durch Beeinträchtigung, Verleugnung und unverhältnismäßiger Realitätsverweigerung imponiert. Betroffen sind aber auch innerpsychische Prozesse, die in Zusammenhang mit massiven Verarbeitungsverzerrungen und emotionalen Entgleisungen in Verbindung stehen.

Die Auseinandersetzung mit Alkoholabhängigkeit - sowohl aus der Perspektive des Betroffenen als auch des Therapeuten – ist immer auch eine Auseinandersetzung mit Chronizität und rezidivierenden Merkmalen, der mitunter hartnäckigen Rückfälligkeit, des zeitweilig unreal anmutenden Toleranzerwerbs, der scheinbar unauflösbaren Teufelskreise und des phasenweise unerklärlichen Kontrollverlusts. Daraus resultieren im Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen nicht selten Ohnmachtsgefühle, welche einer regelmäßigen Reflexion unterzogen werden müssen. Dennoch ist unter gewissen Rahmenbedingungen die langjährige therapeutische Arbeit mit Alkoholkranken eine fruchtbare, vor allem dann, wenn unter dem Symptom *Alkoholabhängigkeit* die zugrunde liegenden strukturellen Einschränkungen gesehen werden und ein dementsprechend differenzierter Zugang zur jeweiligen Persönlichkeit gefunden wird.

2 Einleitung und These

Diese Masterthesis gliedert sich in einen theoretischen Teil, welcher grundlegende Entstehungsmodelle von Alkoholabhängigkeit aus verschiedenen Perspektiven vorstellt, diverse Typologien und Krankheitsverlaufsformen erläutert, sowie eine Einbettung in klinisch-diagnostische Klassifikationssysteme vornimmt.

Schwerpunktmäßig bezieht sich die Arbeit in ihren zugrunde liegenden Annahmen auf tiefenpsychologische Modellvorstellungen, welche mit der psychodynamischen Fundierung des Verfahrens der konzentrativen Bewegungstherapie korrelieren.

Der zweite Teil bildet die Auseinandersetzung mit differenzierten Falldarstellungen, welche in anonymisierter Form einen direkten Bezug zur praktischen Anwendung ermöglicht.

Als Gerüst dient dieser Arbeit die *strukturbezogene Psychotherapie* (vgl. Rudolf, 2006), welche jenseits einer symptomorientierten Diagnostik auf zugrundeliegende strukturelle Funktionen der psychischen Organisation eingeht. Es wird in der Folge in einer theorieverschränkten Analyse von differenzierten Einzelfallverläufen untersucht, inwieweit das - der Alkoholabhängigkeit zugrundeliegende - Strukturniveau Einfluss auf die therapeutische Behandlung hat. Genauer formuliert lautet die Grundthese dieser Arbeit:

Je nach Ausmaß einer strukturellen Störung, welche in Form einer mehrgliedrigen Einteilung des Strukturniveaus im Sinne einer guten, mäßigen, geringen Integration bzw. einer Desintegration operationalisiert wird, ändert sich die Schwerpunktsetzung und Haltung in der therapeutischen Behandlung. Dies geschieht trotzdem die übergeordnete Diagnose Alkoholabhängigkeit, deren Symptome spezifische Behandlungserfordernisse hervorruft, vorliegt.

Untersucht wird, inwieweit sich anhand von Fallverläufen diese differenzierten Behandlungszugänge festmachen lassen und in welchen Bereichen beziehungsweise mit welchen methodischen Vorgehensweisen diese in der Therapie ihren Niederschlag finden.

3 Alkoholismus – eine Begriffsannäherung

Alkoholismus ist ein Phänomen, dessen Verbreitung in unserer Gesellschaft stark verankert ist und das gleichzeitig einer großen Tabuisierung unterworfen zu sein scheint. Besonders krankheitswertige Symptome der Alkoholkonsumation werden aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung und der assoziierten Nähe zur Charakterschwäche oder Delinquenz sehr lange verdeckt.

Feuerlein (2002) unterscheidet in seiner Abhandlung zur Geschichte des Alkoholismus verschiedene Funktionen des Alkohols.

Dieser kann dienen als:

- Nahrungsmittel
- Genussmittel – vor allem auf die geschmackliche Komponente bezogen
- Psychoaktive Substanz, mit der Funktion der Bewusstseinsveränderung im Zusammenhang mit Rauschgefühlen, „als Mittel für sakrale Zwecke“ oder „als Mittel zur Förderung sozialer Kontakte“ (Feuerlein 2002, S.11)
- Pharmakon: Historisch wurde es oft als tatsächliches Heilmittel eingesetzt. Dies blieb allerdings nicht haltbar, da die Nebenwirkungen von Alkohol unabschätzbar sind, die Dosierung kaum möglich ist und die Gefahr der Erzeugung einer Abhängigkeit als sehr hoch einzuschätzen ist. Bei psychischen Störungen wird Alkohol häufig als Selbstmedikation eingesetzt, um beispielsweise emotionale Stimmung zu heben oder Beruhigung zu erzeugen.

Besonders die letzten beiden Funktionen des Alkoholkonsums werden uns in Zusammenhang mit verschiedenen psychischen Strukturniveaus beschäftigen. (s.Kapitel 6.1, 6.2, 6.3)

Bezüglich epidemiologischer Daten sei hervorgehoben, dass Alkohol durch seine Legalität und äußerst gute Verfügbarkeit in der europäischen Bevölkerung im Verhältnis rund dreizehn mal häufiger als illegale Drogen von Suchtkranken konsumiert wird (vgl. Bilitza, 2008). In den westlichen Industrieländern zählen alkoholbezogene Störungen bei den Männern zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, bei den Frauen nimmt

Alkoholabhängigkeit Rang zwei hinter Angststörungen ein. (vgl. Wittchen et al, 2000, Lindenmeyer, 1999)

Bezüglich soziokultureller Einflüsse lassen sich im gesellschaftlichen Kontext unterschiedliche Einstellungen zum Alkoholkonsum erkennen.

Feuerlein (2002) unterscheidet hier drei Hauptgruppen:

- Ritueller Konsum : Einbindung des Konsums in verschiedene Rituale und Zeremonien, soziale Kontrolle gegeben
- Sozial-konvivaler Konsum: Konsum ohne klaren zeremoniellen Regeln, nicht anlassbezogen, aber noch im gesellschaftlichen Kontext, soziale Kontrolle teilweise gegeben
- Utilitaristischer Konsum: Pharmakologische Wirkung (Angst-Spannungsreduktion, Stimulation, Beruhigung etc) bzw. Selbstmedikation. Geringe oder keine soziale Kontrolle (vgl. Feuerlein 2002, S. 40f)

Zusätzlich gilt es kulturelle Unterschiede zu berücksichtigen. Abstinkenzkulturen stehen – meist aus religiösen Gründen – jeglichem Alkoholkonsum negativ gegenüber und verhängen Verbote. Ambivalenzkulturen gehen auf asketisch - puritanische Werthaltungen zurück (anglosächsischer Raum), im verwirklichten Fall gibt es Beschränkungen zeitlicher und örtlicher Art bezogen auf Alkoholkonsum. In permissiven Kulturen ist Konsum von Alkohol erlaubt, Rauschzustände und Missbrauch aber nicht bis wenig toleriert (tendenziell: mediterrane Länder). In permissiv-funktionsgestörten Ländern werden auch extreme Konsumation und Rauschzustände toleriert (tendenziell: Mittel- und Osteuropa). Diese idealtypische Einteilung existiert nirgends in Reinform, es gibt mannigfaltige Überschneidungen und auch Unterschiede innerhalb einer Bevölkerungsgruppe oder bezogen auf Regionen.

Das ambivalente Verhältnis zur Substanz Alkohol ergibt sich nicht zuletzt dadurch, dass es eine breite gesellschaftliche Implementierung – wie oben herausgearbeitet - von Alkoholkonsum gibt, „Ein gewichtiger Faktor in der Problematik der Eingrenzung pathologischen Trinkverhaltens ist, dass Alkohol die Droge unserer Gesellschaft darstellt (...) Der Genuss von

Alkohol wird dabei nicht nur toleriert, er gilt in einem gewissen Maße (...) als sozial erwünscht.“ (Rost 2001, S.15).

Differenzialdiagnostisch erfolgt unter dem Übertitel Alkoholismus eine Unterscheidung zwischen Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch. Während bei der Abhängigkeit – mit der wir uns in der Folge beschäftigen – eine Reihe von Kriterien, wie Kontrollverlust, Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen (vgl. Mann in Gastpar et al, 2003, Feuerlein 2002, Möller et al 2001) vorliegen, ist der Missbrauch eine inadäquate Konsumation von Alkohol, welche zu massiven sozialen und/oder körperlichen Schäden führt. So kann beispielsweise eine einmalig Trinkepisode in einem sozial unangepassten Kontext (Schule, Familie, etc) oder ein Trinkexzess mit körperlichen Schädigungen einen Missbrauch darstellen, ohne dass eine Abhängigkeit vorliegt.

Eine nicht unwesentliche Rolle spielt das Motiv der Konsumation, wobei eine medikamentöse Anwendung von Alkohol eher auf eine zugrunde liegende psychische Erkrankung hindeutet und einen Abhängigkeitserwerb beschleunigt, wie in späteren Abschnitten noch ausgeführt wird.

In Bezug auf Entstehung von Alkoholismus spricht Feuerlein (2002) von verschiedenen Teufelskreisen, die sich auf den somatischen, den intrapsychischen und den psychosozialen Bereich beziehen. Der Alkohol hat vorwiegend die Funktion der Spannungs- bzw Konfliktlösung oder dient als Hilfsmittel zur Euphorisierung, in jedem Fall ist das Zusammenwirken der oben genannten Bereiche im Sinne eines multifaktoriellen pathogenetischen Geschehens von entscheidender Bedeutung.

Diese Einführung stellt klar, dass das Phänomen Alkoholismus aus historischer und soziokultureller Sicht einer Komplexität unterworfen ist, welche es erforderlich macht, auf die Entstehungsbedingungen im nächsten Abschnitt einzugehen.

3.1 Zum Begriff der Sucht und Abhängigkeitserkrankung

Während sich die Klassifikationssysteme psychischer Erkrankungen in Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit auf die deskriptive Festlegung einzelner Symptome (siehe 2.2.1) konzentrieren, spielt in der psychodynamischen Auseinandersetzung der „Suchtbegriff“ nach wie vor eine wesentliche Rolle. Immer mehr wird von der Existenz einer „Suchtpersönlichkeit“ abgegangen (vgl. Rost S. 20f) und die Problematik unter dem Gesichtspunkt von Beziehungs- und Sozialisationsbedingungen betrachtet.

„Unter Sucht wird im Allgemeinen ein krankhaftes Verlangen verstanden, ein unwiderstehlicher Drang, sich trotz schädlicher Folgen und Abweichen von der soziokulturellen Norm eine Substanz einzuführen oder eine bestimmte Handlung auszuführen.“ Bilitza, 2008, S. 11).

Die psychoanalytische Krankheitslehre verwehrt sich gegen eine reine Auflistung von Symptomen, die lediglich deskriptiv ein Vorliegen einer krankheitswertigen Störung diagnostiziert und somit eine symptomorientierte Therapie nahe legt. Aus psychodynamischem Blickwinkel sei es vielmehr Ziel herauszuarbeiten und zu verstehen, aufgrund welcher seelischer Probleme es zur Anwendung von Suchtmitteln im pathologischen Sinn komme. Bilitza (2008) beantwortet die Frage, was dafür spreche in der Fachliteratur weiterhin auf den Begriff der *Sucht* zurückzugreifen, folgendermaßen: „Erstens der Anspruch der psychoanalytischen Krankheitslehre, den psychodynamischen Zusammenhang von Symptom und strukturellen Ursachen einer Erkrankung zu erfassen und zweitens die unmittelbare Evidenz zwischen Zeichen und Bezeichnetem in der Praxis, die sich wohl auch in der erwähnten etymologischen sprachlichen Herkunft bestätigt.“ Bilitza (2008, S. 13)

Wurmser (in Thomasius, 2000) betont, dass von einer „geschlossenen Krankheitseinheit“ (ebenda S, 40) in Bezug auf Sucht nicht gesprochen werden kann. Es lägen weder klar zuordenbare Verursachungen vor, noch gäbe es einheitliche Verläufe bezüglich Erwerb und Behandlung. Ebenso

kann weder eine einheitliche Persönlichkeitsstruktur, noch eine allen Süchtigen zugrundeliegende gleiche Dynamik beschrieben werden. „Es gibt keine lineare Beziehung zwischen einer Gruppe von Kausalfaktoren und den Symptomen süchtigen Verhaltens, noch gäbe es eine scharfe Abgrenzung zwischen spezifischen Suchtformen und dem süchtigen Verhalten im Allgemeinen mit Ausnahme der körperlichen Folgeerscheinungen, die durch die spezifischen Drogen bedingt sind“ (Wurmser in Thomasius, 2000, S.40).

Historisch gesehen wird der Begriff der Abhängigkeitserkrankung erst relativ spät – nämlich 1965 – von der WHO (2000) als Krankheit aufgenommen, wobei es einen schwerpunktmäßig körperlichen Aspekt (neurologische Veränderungen, Toleranzerwerb, Entzugssymptomatik) und einen psychischen Aspekt (Drang, Gier, Kontrollverlust, Euphoriebedürfnis, Beruhigung, etc.) hervorzuheben gilt. Eine scharfe Abgrenzung beider Aspekte voneinander ist freilich nicht möglich.

Bezüglich Klassifikation gibt es verschiedene Ansätze Alkoholabhängigkeit zu erfassen. Während sich ICD 10 und DSM IV vor allem mit den Kriterien beschäftigen, wird in verschiedenen Typologien ein unterschiedlicher Verlauf des Abhängigkeitserwerbs, sowie differenzierte zugrundeliegende Ursachen beschrieben. In der Literatur (vgl. u.a. Scholz 1996, Feuerlein 2002) wird vielfach davon ausgegangen, dass es einen schleichenden Verlauf von „gefährdendem Konsum“ bis zum Abhängigkeitserwerb gibt. „Nahezu alle Formen manifester Alkoholabhängigkeit müssen als fortschreitender Prozess angesehen werden, bei dem es in weiterem Verlauf zu charakteristischen, psychischen, körperlichen und sozialen Folgeschäden, sowie schließlich zu einem irreparablen Endzustand kommt (Scholz, 1996, S 30). Eine prozesshafte Abfolge markanter Stadien führt zur Abhängigkeit (vgl. ebenda S. 30f):

- Phase der verstärkten Trinkmotivation mit unterschiedlichsten Hintergründen (Probleme, Spannungslösung, Hemmschwel­senkung,...)
- Konditionierungsphase, wo eine Koppelung von bestimmten Lebenssituationen und utilitaristischem Trinkverhalten entsteht

- Manifeste Abhängigkeit – psychische und körperliche Abhängigkeitssymptome, Trinken als Behandlung von Entzugssymptomen, Aktivierung von verschiedenen Abwehrmechanismen
- Abhängigkeitskomplikationen - Folgestörungen sind im somatischen, psychischen und sozialen Bereich nicht mehr übersehbar
- Irreparable Endphase – Psychoorganische Ausfälle, Suizidalität, psychosoziale Deprivation, etc.

„Bei Fortschreiten der Abhängigkeitskomplikationen verändert sich als Konsequenz der unerträglich werdenden Belastungen auch das Verhaltensmuster der Alkoholkranken. (Scholz 1996, S.31.f). Scholz zeigt, dass es zu uniformen Mustern und spezifischen durch Verdrängungsmechanismen, Verleugnungstendenzen und Aggression gekennzeichnete Verhaltensmuster kommt. Dadurch entstehe landläufig die irrtümliche Zuschreibung einer charakterlichen Fehlentwicklung, bzw. eines „Alkoholcharakters“. „Die Paradoxie dieser Meinung wird besonders bei Betrachtung der tatsächlichen psychischen und sozialen Hintergründe der Abhängigkeitsentwicklung offenkundig: In Wirklichkeit ist die Mehrzahl der späteren Problemtrinker ursprünglich eher ängstlich, depressiv, sozial unsicher bzw. neurasthenisch, während die meisten Gewohnheitstrinker ihren erhöhten Alkoholkonsum in guter Übereinstimmung mit der näheren sozialen Umgebung begonnen haben“ (Scholz, 1996, S 32). Hier wird bereits deutlich darauf hingewiesen, dass es einer differenzierten Betrachtungsweise bedarf, wenn über ätiologische Hintergründe und die Diagnose der Alkoholabhängigkeit gesprochen wird.

3.1.1 ICD 10/DSM IV

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD10, WHO, 2000) werden Störungen durch Alkohol unter F1 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* verzeichnet.

Unter F10.2 wird das Alkoholabhängigkeitssyndrom abgehandelt. Zu den diagnostischen Leitlinien wird angeführt, dass drei oder mehr Merkmale

folgender Kriterien gegenwärtig bzw. innerhalb des letzten Jahres auftreten:
(WHO, ICD 10, 2000, S. 92 f)

- Zwang oder massiver Wunsch Substanz zu konsumieren
- Verminderung der Kontrollfähigkeit in Bezug auf Trinkbeginn, und Beendigung bzw. in Bezug auf Menge des Alkohols
- Entzugssymptome bei Reduktion oder Einstellen des Konsums
- Toleranzerwerb: Die Steigerung der Dosis wird notwendig, da die gleiche Menge Alkohol nicht mehr die ursprüngliche Wirkung erzeugt. Die Erhöhung der Tagesdosis überschreitet jenes Maß, welches für Menschen ohne Suchtproblematik lebensgefährdend wäre.
- Andere Interessen oder Beschäftigungen werden fortschreitend vernachlässigt. Der Substanzgebrauch steht eindeutig im Mittelpunkt der Interessen. Ein vermehrter Zeitaufwand wird für die Beschaffung und Konsumation der Substanz aufgebracht.
- Trotz Nachweis psychischer, sozialer und körperlicher Schädigungen, welche unmittelbar in Zusammenhang mit der Alkoholkonsumation stehen, wird der Substanzgebrauch nicht eingestellt. Dies betrifft unter anderem die Bereiche kognitive Einschränkungen, gravierende depressive Verstimmungen, soziale Folgen wie Trennung in Beziehungen, Arbeitsplatz-, Führerscheinverlust etc. oder massive körperliche Folgeerscheinung (motorische Einschränkungen, Leberschädigungen, etc.)

Zusätzlich ist zu erwähnen, dass sich bei Erwerb einer Suchterkrankung, das Trinkverhalten von gesellschaftlichen Ritualen und Konsumationsformen zumeist abkoppelt, so wird beispielsweise unter der Woche nicht mehr weniger getrunken als am Wochenende und die Konsumation steht nicht oder weniger in Verbindung mit sozialer Kontaktaufnahme.

Bezüglich derzeitigem Status und Art und Weise des Konsums bietet das ICD 10 eine weitere Unterteilung des Abhängigkeitssyndroms an:

F 10.20 Alkoholabhängigkeit gegenwärtig abstinert

- F 10.21 gegenwärtig abstinent aber in beschützender Umgebung (Krankenhaus, Therapeutischer Umgebung, Gefängnis, etc.)
- F 10.22 Kontrollierte Abhängigkeit (z.B. ärztliche Überwachung)
- F 10.23 gegenwärtig abstinent , aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten
- F 10.24 gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit)
- F 10.25 ständiger Substanzgebrauch
- F 10.26 episodischer Substanzgebrauch (Dipsomanie) (WHO, ICD 10, 2000, S. 94)

Aus der Auflistung geht hervor, dass die Klassifikation psychischer Störungen verschiedene Ausformungen des derzeitigen Substanzgebrauchs differenziert, zusätzlich werden noch Folgeerscheinungen in Kombination mit dem Abhängigkeitssyndrom klassifiziert. Hierzu gehören:

- Entzugssyndrom: Körperliche (Tremor, Schwitzen, etc) und psychische (Angst, Depression, etc) Symptome, bessern sich meist nach neuerlicher Substanzzufuhr
- Entzugssyndrom mit Delir: v.a.: alkoholbedingtes Delirium tremens als toxischer Verwirrtheitszustand,
- psychotische Störung: meist Halluzinationen, während oder nach der Substanzeinnahme
- amnestisches Syndrom: Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und des Zeitgefühls
- Residualzustand und verzögert auftretende psychotische Störung: z.B. Nachhallzustände, substanzbedingte Demenz, affektives Zustandbild, verzögert auftretende substanzbedingte psychotische Erscheinungen
- sonstige psychische und Verhaltensstörung: z.B. gefährlicher Gebrauch, Niedrigdosisabhängigkeit

Im multiaxialen Klassifikationssystem DSM IV liegt bezüglich Kriterien für die Diagnose *Abhängigkeit* weitgehende Deckungsgleichheit mit dem ICD 10 vor. Zusätzlich wird das Kriterium eines anhaltenden Wunsches und mehrerer erfolgloser Versuche einer Verringerung oder Kontrolle des Alkoholkonsums angeführt. Zudem spezifiziert das DSM IV (vgl. Saß et al

1996, S. 229), ob eine körperliche Abhängigkeit mit Toleranzerwerb und somatischen Entzugssymptomen vorliegt oder sich die Abhängigkeit weniger auf die körperliche sondern verstärkt auf die psychische Ebene bezieht. Craving wird im ICD 10 als zentrales Merkmal des Abhängigkeitssyndroms gesehen, während das DSM IV auf eine häufige Begleiterscheinung hinweist.

3.1.2 Komorbiditäten

Die Frage nach Zusatzdiagnosen bei Alkoholabhängigkeit ist unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, ob sich psychiatrische Probleme als Sekundärsymptomatik der Sucht ergeben, oder ob eine zugrundeliegende psychische Störung vorliegt und in der Folge den Suchterwerb mitbedingt. Bezüglich ersterer Variante wären vor allem Ängste und Depressionen zu nennen, welche als typische und oft auch protrahierte Entzugssymptome über längere Zeitstrecken auftreten.

Mann und Schwärzler (in Thomasius 2000) gehen davon aus, dass unabhängig von der Frage der zugrundeliegenden Störung gewisse psychische Erkrankungen als Komorbiditäten häufig in Erscheinung treten: „Angststörungen, Phobien und Panikattacken treten bei 10-33% der Alkoholkranken auf, bei Frauen in bis zu 44%. Die Prävalenzraten für depressive Störungen sind mit 35-52% für Frauen und 10-33% für Männer angegeben (Überblick bei Jung 1996). Umgekehrt ist die dissoziale Persönlichkeitsstörung im Verbund mit missbräuchlichem oder abhängigem Trinken häufiger bei Männern (49-52% gegenüber 20-29% bei Frauen) anzutreffen. Bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen finden sich Prävalenzraten von 17-28% für stationäre Patienten.“ (Mann et al in Tomasius, 2000, S. 8). In anderen Arbeiten (Preuss et al in Zernig et al. 2000) wird neben den oben genannten Störungen auch Sozialphobie und posttraumatische Belastungsstörung als häufige Komorbidität genannt. Auch Selbstbehandlungsversuche bei affektiven Psychosen und Schizophrenie treten gehäuft auf. Besonders der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung wird in Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit größere Aufmerksamkeit gewidmet und beschäftigt uns auch im Zusammenhang mit desintegriertem bis mäßig integriertem Strukturniveau.

Wie in einer vorhergehenden Arbeit ausgeführt (siehe Reiserer, C., Leistungsnachweis DUK, 2008) werden emotional instabile Persönlichkeitsstörungen wie folgt unterteilt in:

a) impulsiver Typ:

Das eigene Verhalten wird wenig bis nicht antizipiert, Konsequenzen können kaum abgeschätzt werden. Durch wenig regulierbare Triebwünsche und massive Stimmungsschwankungen kommt es häufig zu impulsiven Durchbrüchen bei gleichzeitigem Gefühl der inneren Leere sowie einer unregulierbaren Anspannung. Alkohol wird häufig eingesetzt, um Spannung von Außen zu regulieren bzw als Versuch, die innere Leere durch ein Rauschgefühl zu „füllen“.

b) Borderline-Störung

Hier liegen massive Einschränkungen in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, gekennzeichnet durch extreme Auf- und Abwertungen, sowie eine Instabilität hinsichtlich des Selbstbildes (Identitätsstörung) vor.

Massive Stimmungsschwankungen und innere Spannungszustände führen nicht selten zu selbstschädigenden Verhaltensweisen.

Auch hier dient der Alkohol überdurchschnittlich oft als Spannungslöser, da eine Regulation „von innen“ nicht möglich erscheint.

3.1.3 Typologien

Nachdem – wie schon in Kapitel 2.1 herausgearbeitet – nicht von einer einheitlichen Persönlichkeitsstruktur bei Suchtkranken ausgegangen werden kann und unterschiedliche Verläufe und Phänomene den Abhängigkeitserwerb begleiten, existieren mehrere Versuche, eine Typologie des Alkoholismus zu erstellen. In einem weit verbreiteten früheren Modell von Jellinek (1960) kommt es zu einer deskriptiven Zuordnung von Alkoholismusformen. Während *alpha* und *beta* Trinker sich auf Entlastungs- und Gelegenheitskonsum beschränken, stehen bei *gamma* Trinkern häufige, exzessive Rausche mit Kontrollverlust im Vordergrund, *delta* Alkoholiker weisen einen konstanten Konsum mit schwerer Abhängigkeitssymptomatik auf, während bei *epsilon* Trinkern schwere Trinkexzesse mit diversen Folgewirkungen und zeitlicher Begrenzung zu

verzeichnen sind. In der Praxis hat sich herausgestellt, dass die Klassifikation einer Trennschärfe unterliegt, die Typologien oft ineinander übergehen und zudem die Bedeutung für die Behandlung aus psychotherapeutischer Sicht unzureichend ist.

Eine grobe Unterteilung trifft Cloninger et al (1981) welcher von einem *Typ 1* Alkoholiker spricht, womit ein später Beginn, limitierte familiäre Belastung und bessere Prognose gemeint ist. Demgegenüber steht *Typ 2* mit frühem Trinkbeginn und Abhängigkeitserwerb verbunden mit hoher familiärer und oder genetischer Belastung. Diese einfache Typologie hat durchaus Implikationen für die Therapie, da bei letzterem Typus durchaus von einer strukturellen Störung (siehe Kapitel 4) ausgegangen werden kann.

In einer mehrmals aktualisierten Typologie nach Lesch (Lesch, 1991, Lesch & Walter, 1997) werden vier Gruppen herausgearbeitet:

Typ I

Hier führt meist langjähriger Konsum zu Toleranzentwicklung, bei Absetzen folgen schwere Entzugssymptome. In der Anamnese liegt tendenziell eine unauffällige Sozialisation vor, der Weg zur Abhängigkeit wurde über die Gewohnheit bestritten. Suchtdruck bleibt auch nach Behandlung eine begleitende Belastung. Biologische Abhängigkeit im Vordergrund

Typ II

Hier findet die regelmäßige Konsumation zur Bewältigung von Konflikten statt, im Hintergrund findet sich meist Angst und Unruhe. Deutlich häufigeres Auftreten von frühkindlichen und entwicklungsgeschichtlichen Belastungen bzw. Störungen. Das Verlangen hat einen schwerpunktmäßig psychologischen Hintergrund.

Typ III

Hier stehen Störungen der Affektivität, des Schlafes und auch psychiatrische Zustandsbilder verursachend im Mittelpunkt. Die antidepressive und spannungslösende Wirkung der Substanz wird eingesetzt, führt aber in der Folge oft zur Verschlechterung der Grundsymptomatik.

Typ IV

Hier gibt es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Trinken und frühkindlichen bzw. Entwicklungsstörungen (oft auch hirnorganische Hintergründe). Durch die mangelhafte Eigenkontrolle und Überforderung kommt es zur missbräuchlichen Anwendung von Alkohol und in der Folge zur Abhängigkeit.

Die skizzierte Typologie, welche statistisch über mehrere Kohortenuntersuchungen abgesichert wurde, hat direkte Auswirkungen auf die Behandlung, wodurch eine differenzierte Herangehensweise etabliert werden kann. Daher erscheint diese Typologie im Sinne einer Einbeziehung von Hintergründen und strukturellen Störungen kompatibel mit der Differenzialdiagnostik und Behandlungsindividualisierung der strukturbezogenen Psychotherapie, wie dies in Kapitel 4 näher ausgeführt wird. Während Typ I durch psychoedukative Maßnahmen, psychotherapeutische Aufarbeitung der Trinkgeschichte und Selbsthilfegruppe gestärkt wird, liegt bei Typ II Alkoholabhängigen der Schwerpunkt auf Ich-Stärkung und Psychotherapie im Sinne einer ganzheitlichen Auseinandersetzung mit der Lebens- und Lerngeschichte. Behandlungsschwerpunkt bei Typ III ist Psychotherapie der psychischen Grunderkrankung im Zusammenhang mit medikamentöser Therapie, bei Typ IV steht neben der Anbahnung von stabilen Beziehungen eine gute Tagesstruktur und Aufklärung im Mittelpunkt. Aufschlussreich scheint die behandlungsprognostische und therapeutische Schwerpunktsetzung, wobei die Verschränkung von ärztlicher und psychotherapeutischer Therapie Standard geworden ist (vgl. Kapusta, Walter, et al, 2004).

4 Psychodynamik der Sucht

Begreift man „Sucht“ bzw. Alkoholabhängigkeit (siehe 2.1.) mit ihren Symptomen als eine krankheitswertige Störung, die weder in der Ätiologie (siehe 2.1.2) noch im Verlauf oder in der Symptomatik einer Vereinheitlichung unterworfen werden kann, so muss nach der Dynamik im Hintergrund gefragt werden. Allgemein formuliert beschäftigt sich die Psychodynamik der Sucht damit, „wie eine pathogene Außenwelt in der Innenwelt ihren Niederschlag findet, wie jene so entstandenen inneren Repräsentanzen sich mit den dort bereits vorhandenen psychischen Strukturen verbinden und wie sich daraus eine psychische Störung entwickelt (Bilitza, 2008, S. 21).

In Bezugnahme auf Rost (2003) beschreibt Bilitza (2008) ein Eisbergmodell, wonach die sichtbare Spitze des Eisbergs durch das Symptom „Sucht“ gebildet wird und *Konfliktpathologie*, *Psychotraumatologie* und *Strukturelle Störung* die darunter liegenden Faktoren darstellen:

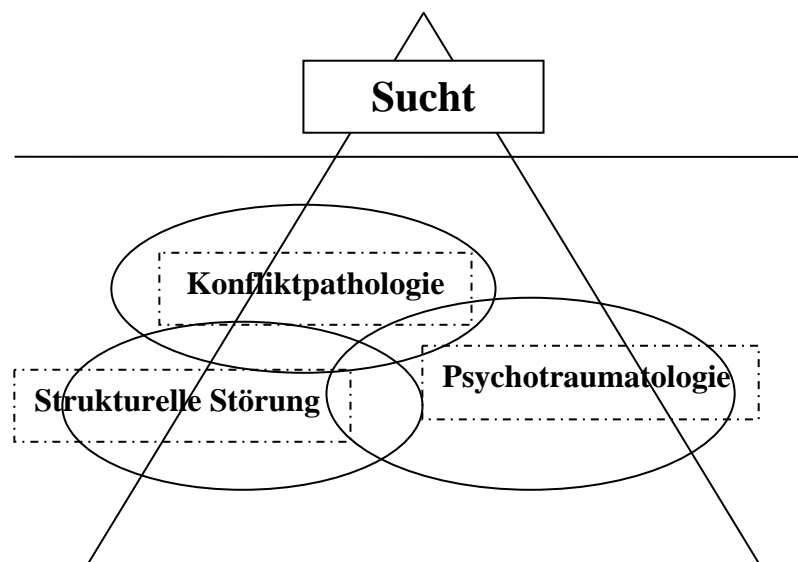


Abbildung nach Bilitza (2008, S 22)

Aus der Abbildung geht schematisch hervor wie „tief“ die zugrunde liegenden, verursachenden Faktoren unter der Symptomatik liegen und dass diese gleichzeitig miteinander verwoben sind.

Unter diesem Blickwinkel wird deutlich, dass nicht das Suchtmittel (hier: Alkohol) an sich, den Erwerb und Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung bzw. die psychische Pathologie bestimmt, sondern dass das zugrunde liegende Strukturniveau maßgeblichen Einfluss auf den Krankheitserwerb und -verlauf hat.

Aufgrund uneinheitlicher Denkströmungen und Ansätze innerhalb psychoanalytischer Theorien scheint besonders bei dem komplexen Thema der Suchterkrankung eine Differenzierung hinsichtlich verschiedener Paradigmen notwendig. Bilitza (2008, S.18f) schlägt in diesem Zusammenhang folgende Unterteilung vor:

- Konflikt und Triebpsychologischer Ansatz
- Ich-Psychologie
- Objektbeziehungstheorie

Die drei genannten psychodynamischen Theorien zur Sucht unterscheiden sich zusätzlich zur Entwicklungs- und Konfliktpathologie auch hinsichtlich Strukturniveau, welches – wie unten (6.1.3) ausgeführt – für die differenzialdiagnostische Einschätzung des Suchtsyndroms wesentlich ist.

Vorwegnehmend sei erwähnt, dass es von großer Bedeutung ist, ob dem Suchtgeschehen ein neurotisches Symptom zugrunde liegt und somit eine Abwehr im Sinne einer neurotischen Konfliktregulierung vorliegt, oder ob ein Defizit im Rahmen einer basalen Störung vorhanden ist, welches ein eingeschränkt funktionsfähiges Ich bedingt.

Die „Psychodynamik der Sucht“ in Bezug auf Bilitza (2008) und Rost (2001) dient in dieser Arbeit als tiefenpsychologisches Grundgerüst bezüglich Ätiologie der Alkoholabhängigkeit und Voraussetzung für das Verständnis der unterschiedlichen Entwicklungs- und Konfliktpathologien.

4.1 Konflikt- und Triebpsychologischer Ansatz

Frühe psychoanalytische Ansätze sahen die Entstehung von Alkoholabhängigkeit in Zusammenhang mit einer Störung in der oralen Phase bzw. in Verbindung mit Unlustvermeidung. Zusätzlich ist der Aspekt eines Instanzenkonflikts bedeutsam, wonach vor allem ein massiv rigides Über-ICH den Triebwünschen des ES keine Befriedigung ermöglicht, wodurch das Aufweichen durch enthemmende Substanzen notwendig werden kann. Der Alkohol wird als Mittel zur sofortigen Lösung der Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach Lustbefriedigung und dem Realitätsprinzip gesehen oder als Ersatzobjekt eingesetzt. (vgl. Freud 1905; Rado 1934)

Freud selbst hat keine eigene Arbeit zur Suchterkrankung verfasst, allerdings immer wieder Bezug zu dieser Thematik genommen. Möglicherweise ergibt sich die ambivalente Haltung des Gründers der Psychoanalyse zu diesem Themenbereich aus der eigenen Nikotonabhängigkeit und fehlgeschlagenen Suchttherapieversuchen (Therapie von Morphinabhängigkeit mittels Kokain) (vgl. Nitschke in Bilitza, 2008). Einige Jahrzehnte später fasst Lürßen (vgl. Lürßen, 1976; Rost, 2001) Grundannahmen zu einer Suchttheorie, welche von Freud vorgezeichnet wurden, zusammen:

- Masturbation als Ursucht und Trinken als Ersatz für sexuelle Handlung (ist später in den Hintergrund getreten)
- Aufhebung von Hemmungen und Verdrängung als Folge innerpsychischer Konfliktlage besonders innerhalb der Instanzen
- Oralerotische Fixierung
- Rausch als Realitätsverweigerung bzw Fluchtmöglichkeit
- Alkohol als Idealobjekt und Liebesersatzobjekt

Vor allem in Freuds „Unbehagen in der Kultur“ (1930, 2001) wird immer wieder Bezug auf die Thematik Suchterkrankung hergestellt und bereits eine Überleitung zu Ich-psychologischen Ansätzen geschaffen. Freud sieht dort „den Suchtmittelmissbrauch als einen gefährlichen, meist zum Scheitern verurteilten Selbstheilungsversuch ..., mit dessen Hilfe sich das Individuum gegen bedrohliche, vom Ich nicht bewältigbare Reize aus der inneren wie aus der äußeren Welt zu schützen versucht“ (Rost, 2001, S33).

Die in den früheren Schriften vertretene These der Fixierung auf die orale Zone gilt als nicht haltbar, da dem Abhängigen die Zufuhr der Substanz eher als ein Mittel zum Erreichen eines bestimmten Zustandes dient, wobei keine gesteigerte Oralität bei Alkoholkranken nachweisbar ist. Interessant bleibt das Konzept der Oralität bezüglich Beziehungsmodalität, welche sich bei Alkoholkranken in ihrer Regression tatsächlich auf frühe Entwicklungsphasen beziehen kann.

Fernecci (1911) sprach von einem hohen Grad der Genussunfähigkeit, welche dem Süchtigen innewohne. Der Alkohol werde dazu verwendet, dass Lustbefriedigung angepeilt werde, da aus sich heraus eine Produktion von Lust schwer möglich sei. Es stehe – nach dieser These – nicht die Triebhaftigkeit im Vordergrund, sondern die mangelnde Genussfähigkeit.

Rado (1934) prägte in seiner triebtheoretischen Auseinandersetzung den Begriff der „Pharmakothymie“, der meint, dass der Antrieb in seiner Zielstrebigkeit sich eines Suchtmittels zu bedienen, die Suchterkrankung ausmache, wobei die Wahl des Suchtmittels weitgehend austauschbar scheint. Einerseits werde Lust erzeugt, andererseits geht es auch um Bekämpfung von Unlust. Für die Suchtentstehung sei eine „Initialverstimmung“ auslösend, welche eine hohe Unlustspannung, also eine Intoleranz gegenüber Unlust bedeute. Unlustspannung wird mit Hilfe der Substanz gelöst, der Rausch führe zudem zu einem Anstieg des Selbstgefühls. Im Hintergrund stehe ein schwaches Ich, welches beeinträchtigt sei, ein stabiles Selbstgefühl herzustellen. „Zugleich ist der Rausch auch die Regression des Ichs auf seine narzisstische Urgestalt. Das Ich des Süchtigen ist in seiner Leistungsfähigkeit zu schwach, um eine unbeeinträchtigte realistische Steuerung oder ein stabiles Selbstgefühl herzustellen“ (Rost, 2000, S. 42). Diese erlebte Ohnmacht steht im Vergleich mit dem Selbst-Ideal (narzisstische Urgestalt) und verursacht Spannung, welche mit dem Suchtmittel dahingehend zu lösen versucht wird, dass ein Selbstgefühl gesteigert werde. Somit kommt es zu einem pharmakogenen Lustgefühl, welches vom Subjekt als eigene Leistung betrachtet wird. Mit der Zeit sinkt allerdings die Rauschintensität, wodurch immer größere Mengen der Substanz zugeführt werden müssen und eine Abhängigkeitssymptomatik die Folge ist.

Zusammenfassend kann betont werden, dass die geschwächte Instanz des Ichs, welche besonders in der Auseinandersetzung mit der Außenwelt bezüglich Realitätsprüfung Mängel aufweist und in der Regulation der Innenwelt - also gegenüber den Triebwünschen des Es - versagt, maßgeblich an der Suchtentstehung beteiligt ist. Zudem sind Über-Ich Defekte, im Sinne einer schwachen oder überstrengen Instanz, welche entweder den Triebansprüchen wenig entgegenzusetzen habe oder im Alkohol aufgelöst werden müsse, wirksam.

4.2 Struktur- oder Ich-psychologischer Ansatz

Die Entwicklungspathologie des Ich-psychologischen Ansatzes beleuchtet Sucht aus dem Blickwinkel von Ich-Funktionsstörungen, besonders in den Bereichen Affektdifferenzierung und Selbstfürsorge. Der Alkoholmissbrauch wird weniger auf Unlustvermeidung oder Regulierung von Triebspannungen zurückgeführt, sondern stellt sich als Regression der Anpassungsleistung des Ichs dar. Die durch Schädigungen in der Entwicklung hervorgegangenen Defizite in der Ich-Organisation, müssen einer Kompensation zugeführt werden, um die Lebensbewältigung aufrecht zu erhalten. „Neben anderen Symptombildungen ist eine dieser in Frage kommenden Kompensationsmöglichkeiten der Gebrauch der Droge Alkohol. Der *Selbsteilungscharakter der Droge für ein in seiner Struktur geschwächtes Ich* ist somit die zentrale Aussage der ich-psychologischen Theorie über die Bedeutung der Sucht“ (Rost, 2000, S. 52).

Die gestörte Entwicklung der Ich-Struktur wird als Grundlage für den Erwerb von Alkoholabhängigkeit gesehen. Dem Alkohol wird eine stützende Funktion für nicht vorhandene oder defizitäre Ich-Funktionen zugeschrieben.

Krystal & Raskin (1983) haben – historisch betrachtet - einen der meist beachteten Beiträge zur Suchtentstehung geliefert (Drug – Dependence, 1970), wobei sie hervorheben, dass es drei Dimensionen für die Aufrechterhaltung und Entstehung von Sucht gibt:

- Das Ich und die Affekte, insbesondere Angst und Depression

- Zu schwacher Reizschutz, Affekte können nicht genügend differenziert und bewältigt werden und werden daher als beängstigend erlebt, was zur Regression führt
- Objektrepräsentanz und Selbstrepräsentanz
 - Selbstrepräsentanzen (Unbewusste Vorstellungen, Erinnerungen, Phantasien von sich selbst) bleiben durch zu wenig Stützung in der Kindheit schwach, Realitätssinn und Differenzierung Innen-Außen, bzw Selbst – Nicht Selbst nur eingeschränkt möglich. Objektrepräsentanzen (Frühes Liebesobjekt wird entweder als zu stark frustrierend oder als zu stark verwöhnend erlebt, nicht konsistent, Droge als Substitut für stabiles Liebesobjekt, als Ersatzobjekt, das zuverlässig einverleibt werden kann, dann aber doch wieder versagt.
- Bewusstseinsveränderung als Mittel zur Affektabblockung mit spannungsreduzierender Wirkung, aber Einschränkungen in der Realitätsprüfung.

Ein wesentlicher Aspekt in der Suchtentstehung unter dem Ich-strukturellen Gesichtspunkt betrifft Störungen der affektiven Ich-Funktionen. Affekte, welche in frühen Lebensphasen einer Unzuordenbarkeit unterworfen sind und somit keine Einordnung der Handlungsweisen nach sich ziehen, können durch Drogen gedämpft oder aufgrund euphorisierender Wirkung überdeckt werden. König (in Bilitza, 2008) weist in diesem Zusammenhang auch auf Affektleere, welche mit Unlust gekoppelt ist, hin. „Solche Leeregefühle scheinen etwas mit frühen Formen der Isolierung vom Affekt zu tun zu haben, wie man sie prägnant bei zwanghaften Persönlichkeiten findet (König in Bilitza 2008, S. 104).“ In Notsituationen kann es durchaus sinnvoll sein, Affekte zu isolieren, da sie für die Handlung im Moment unbrauchbar oder zu belastend wären. Die Affekte werden vorerst vom Erleben ferngehalten. Der Frühgestörte empfindet diesen Zustand aber als unerträglich und versucht ihn durch Drogenkonsum zu beeinflussen.

Die Affektregulation spielt auch in der weiter unten thematisierten Behandlung der Strukturniveaus eine Rolle (siehe u.a. Kapitel 6.1.3., 6.2.).

Weitgehend beeinträchtigt scheinen bei Suchtkranken die Ich-Funktionen der Selbstregulation und Selbstfürsorge. „Diese Ich Funktionen können konflikthaft eingeschränkt sein, regressiv vorübergehend nicht zur Verfügung stehen oder wegen früher Beziehungserfahrungen gar nicht erst in genügender Weise ausgebildet worden sein“ (Dally in Bilitza, 2008, S 115). Selbstfürsorge meint jene Ich-Funktion, welche davor schützt sich selbst Schaden zuzuführen und mit Realitätsprüfung, Urteilsvermögen aber auch mit Affekt- insbesondere Angstregulation, zusammenhängt. Bei groben Vernachlässigungen, Zurückweisungen oder Misshandlungen kann die Selbstfürsorge eingeschränkt werden. Der Betroffene erfährt früh, dass Angst und Schmerz vergeht, indem auf Kosten der Selbstvernachlässigung die eigenen Gefühle nicht ernst genommen werden, und man sich selbst nicht als lebens- und schützenswert empfindet.

Wumser (1997, 2003) versucht im Rahmen eines Ich-psychologischen Modells die Prädisposition zur Sucht auf verschiedene Grundfaktoren zurückzuführen:

- Affektabwehr ist defizitär
- eingeschränkter und verminderter Selbstwert
- Hyposymbolisation (der Betroffene ist nicht in der Lage auszudrücken, woran er leidet)
- Objektersatz
- Selbstzerstörungstendenzen
- Regressivität

Wurmser (1997, 2003) nimmt an, dass dem Suchtmittelmissbrauch eine narzisstische Krise zugrunde liegt, da das Ich-Ideal mit dem Real-Selbst in einer großen Diskrepanz erlebt wird. Es wird auf primitive Abwehrmechanismen zurückgegriffen, um Schutz vor den überfluteten Affekten zu erreichen. Die Einnahme der Substanz – in diesem Fall Alkohol – wird als aggressives Geschehen begriffen, was allerdings zu einer Spaltung des Über-Ichs führt, da dies den moralischen Normen widerspricht. „Verbunden mit diesen psychischen Mechanismen, kann die Drogenwirkung für eine gewisse Zeit das gestörte narzisstische Gleichgewicht wiederherstellen und eine teilweise Befriedigung ermöglichen. Die Illusion der wieder gewonnenen narzisstischen Omnipotenz kann jedoch nur so lange

aufrechterhalten werden, wie die Wirkung der Droge anhält, so dass der Kreislauf bald von neuem beginnt“ (Rost, 2000, S66).

Wurmser (in Thomasius, 2000) vermutet, dass die oben erwähnte narzisstische Krise eine überwältigende Spannung oder ein Bündel an Affekten, welche als Reaktion auf reale Gefahren oder als Resultat einer früh erfolgten Schädigung gesehen werden kann, zur Basis hat. Bezüglich Psychodynamik der Identitätsstörung werden besonders zwei häufig auftretende Affekte genannt:

- *Scham* resultierend aus einer Angst vor Bloßstellung, welche durch Minderwertigkeitsgefühle, einem Ideal nicht entsprechen zu können, entsteht.
- *Schuld* begründet in der Annahme, in der Eigen- und Fremdverantwortlichkeit versagt zu haben und anderen Schaden zugefügt zu haben

„Gewöhnlich beziehen sich diese bewussten ängstlich-depressiven Versionen von Scham und Schuld lediglich auf Deckgeschehnisse, screen-events. Deren wirkliche Ursachen sind versteckt, unbewusst“ (Wurmser in Thomasius, 2000, S. 43). Alkohol hat in diesem Zusammenhang die Funktion, sich gegen die innere Autoritätsfigur aufzubäumen, die Substanz hilft entschieden bei der Verleugnung von Scham und Schuld und verhindert somit Unlustgefühle. Bei nachlassender Wirkung schwindet die Affektblockierung, es kommt zu erhöhten Versagensgefühlen und Selbstverurteilungen, wodurch von einem selbstzerstörerischen Konfliktlösungsversuch durch Drogenkonsum gesprochen werden kann, welcher in einen Teufelskreis mit zahlreichen Rückfällen mündet.

Aus Ich-psychologischer Perspektive kann Suchtverhalten als Selbstmedikation in Folge einer massiven Störung der Selbstregulation gesehen werden. Betroffene „geraten in schwer erträgliche innere Zustände seelischen Schmerzes, heftiger Gefühle, die zur impulsiven Entladung drängen, oder quälender innerer Leere. Im Versuch einen Weg zu finden, diese Zustände aushaltbar zu machen, wird die Wirkung der Droge genutzt“ (Dally in Bilitza, 2008, S 125).

4.3 Objektpsychologischer Ansatz

Die frühe Kontaktaufnahme des Kleinkindes mit den Umweltgegebenheiten zwecks Identitätsaufbaus und gesicherten Bindungen¹ legt nach objektpsychologischen Annahmen einen Grundstein für die Vulnerabilität einer Abhängigkeitserkrankung. Ob ein Ausbruch einer solchen verhindert wird, hängt von verschiedenen Nachreifungsprozessen und, im Laufe der Entwicklung erworbener, protektiver Faktoren ab. Kommt es zu einer Suchterkrankung, spiegelt diese die Ambivalenz einer frühen Mutter-Kind-Beziehung wider, „...die ständige Vermischung einer unintegrierten und undifferenzierten Hassliebe, von Trennungswunsch und Trennungsangst, Sehnsucht nach und Angst vor der Verschmelzung [...] (Rost, 2001, S 89).“ Der Alkohol kann später in selbstdestruktiver Weise als Surrogat oder Wiedererleben einer frühkindlichen Interaktion eingesetzt werden. Die Substanz Alkohol wird als Ersatz für Objekt Konstanz, das heißt als Ersatz für die nicht konstant vorhandene Mutter (Bezugsperson), angesehen.

Rost (2001) hebt unter anderem zwei Bedeutungen der Substanz hervor:

- Alkohol habe die Fähigkeit Lücken in der Ich-Struktur zu überdecken, sowie unerträgliche Affekte zu mildern und übernimmt Funktionen, die beim gesunden ICH von Abwehrmechanismen übernommen werden.
- Objektbeziehungsstörung: Es kommt zu einer Identifizierung mit sadistischen Teilobjekten – Sucht wird als Selbstzerstörung begriffen, der Suchtstoff als Mittel dafür, destruktiven Selbsthass zu leben.

Heigl-Evers (1991) betont in Bezug auf Abhängigkeitserkrankung:

- Psychische Abhängigkeit wird als Resultat einer Entwicklungsstörung im Bereich der Objektbeziehungen gesehen, sie entsteht aus der Identifizierung mit einer leeren, unempathischen Mutter, die auf Signale des Kindes mit Befriedigungsangeboten antwortet, nach denen kein Bedürfnis besteht

¹ Der Begriff „Bindung“ wird hier nach der Bindungstheorie Bowlbys (1975) verwendet und dient als Grundlage der Entwicklung von emotionaler Beziehung des Säuglings zur Mutter. Bindung meint die emotionalen Erlebnisse mit der Bezugsperson, welche ein Anknüpfen an das Objekt ermöglicht und einflussreich für die spätere Beziehungsgestaltung ist. Mary Ainsworth et al. (1978) hat hierzu in einer Untersuchungsreihe (Die fremde Situation) verschiedene Bindungstypen unterschieden (sicher, unsicher bzw. ambivalent gebunden sowie desorganisiert).

- Als Folge wird eine Schwächung der Ich-Funktionen angenommen: z.B. mangelhafte Binnenwahrnehmung, geringe Affektdifferenzierung, unzureichende Prüfung der äußeren Realität, Verlagerung der Befriedigungserwartung auf Ersatzobjekte...
- Der Kontrollverlust gehe mit der unzureichenden Vorstellung von der richtigen, der angemessenen Befriedigungsform von Bedürfnissen einher
- Narzisstische Besetzung von Oralität (Sättigung und Befriedigung wird nur durch Zufuhr von „Außen“ möglich, kann nicht innerpsychisch entwickelt werden)

Unter diesem Gesichtspunkt wird im tiefenpsychologischen Sinne die Beziehung zur Flasche als Ersatz für die Beziehung zur Umwelt gesehen. Auch die Rolle des Alkohols als Übergangsobjekt (vgl. Winnicott, 1974) wird in diesem Zusammenhang thematisiert (vgl. Rost, 2001). Hier geht es um *die Umwandlung des guten Mutter-Objekts in ein inneres Objekt*, welches schützend und beruhigend einwirken kann und somit förderlich für die Erlangung von Autonomie ist. Den Unterschied der Droge zu Winnicotts Übergangsobjekt unterstreicht hingegen Rost: „Die Droge bleibt nicht an der Grenze von Innen und Außen wie das Übergangsobjekt, sondern wird immer aufs Neue verschlungen, ist viel zu eng an orale Mechanismen gekoppelt, als dass man ihr eine entwickelte Funktion beim Übergang zur Autonomie und zur eigenen Identität zubilligen könnte“ (Rost, 2001, S89).

Sucht als Resultat einer frühen traumatisierten Mutter (Bezugsperson-) Kind-Beziehung kann eine Fragmentierung des Selbst zur Folge haben (vgl. Burian in Bilitza, 2008). Traumatisierung wird mit süchtigen Phantasien begegnet, um sie abzuwehren, um die Verschmelzung mit dem Objekt, welches hier gleichbedeutend mit der Droge ist, zu erreichen. Die süchtige Phantasie vermag dem Subjekt all jene Gefühle zu ermöglichen, welche von einem idealisierten mütterlichen Objekt ersehnt werden. Durch die aversive Wirkung der Droge und die tatsächlich reale Zurückweisung durch den Substanzmissbrauch, wird das Objekt als böse und gefährlich erlebt. Es folgt die Selbstzuschreibung des bösen Subjekts und Bestrafung, nicht zuletzt durch körperliche Schädigung gegen sich selbst und aggressive Handlungen gegen andere.

„Die süchtige Phantasie ist die Voraussetzung für die süchtige Beziehung. Der Drogenabhängige kann die Spaltung zwischen gut und böse nicht ertragen, weil er alle dystonen Aspekte seiner Selbst abspalten muss, diese erinnern ihn an die ursächliche Traumatisierung. Der Süchtige wird alle Beziehungen entsprechend seinem Modell der Drogeneinnahme gestalten“ (Burian in Bilitza, 2008, S. 144).

In diesem Sinne wird es eines der Hauptanliegen in der Psychotherapie sein, eine Entwicklung von der süchtigen Beziehung hin zu einer realen Beziehung zu vollziehen.

4.3.1 Zusammenfassung und Synthese

Um die oben abgehandelten unterschiedlichen psychodynamischen Zugänge in der Suchtentstehung zusammenzufassen, kann festgehalten werden, dass jeder der drei Annahmen eine spezifische Entwicklungs- und Konfliktpathologie zugrunde liegt.

Während die *triebtheoretischen Ansätze* den Fokus schwerpunktmäßig auf Unlustspannung und Triebbefriedigungsaspekte legen, beschreiben *Ich-psychologische* Anschauungen mehr Ich-funktionelle Beeinträchtigungen unter dem Gesichtspunkt der Affektregulation, narzisstischer Krisen und Selbstmedikation. Die *objekt-psychologischen* Ansätze schließlich sehen frühe Bindungsstörungen und Entwicklungsstörungen im Bereich der Beziehungsinteraktion als Grundlage für den Suchterwerb. Keines der Modelle kann Anspruch auf alleinigen Wahrheitsgehalt erheben, in der Regel liegen individuell unterschiedliche Verursachungsaspekte vor. Aus dem Blickwinkel der Ich- und Strukturpsychologie steht beispielsweise der Selbstheilungsversuch aufgrund von beeinträchtigten Ich-Funktionen im Mittelpunkt. Bei Objekt-Beziehungs-Modellen in Bezug auf Suchterkrankung wird wiederum in der Tradition nach Melanie Klein (vgl. Rost, 2001) der Selbstzerstörungsaspekt unter dem Gesichtspunkt böser Introjekte zentral behandelt. Je klarer und eingrenzbarer hingegen ein Triebkonflikt als Ursache für den Suchterwerb auszumachen ist, desto weniger schwerwiegend und progredient erscheint die Erkrankung, vorausgesetzt der Konflikt wird erkannt,

psychotherapeutisch bearbeitet und es ist eine „relativ gesunde“ Ich- und Persönlichkeitsentwicklung gegeben.

Rost versucht eine Übersicht der Modelle auf entwicklungspsychologischer Zeitachse zu geben:

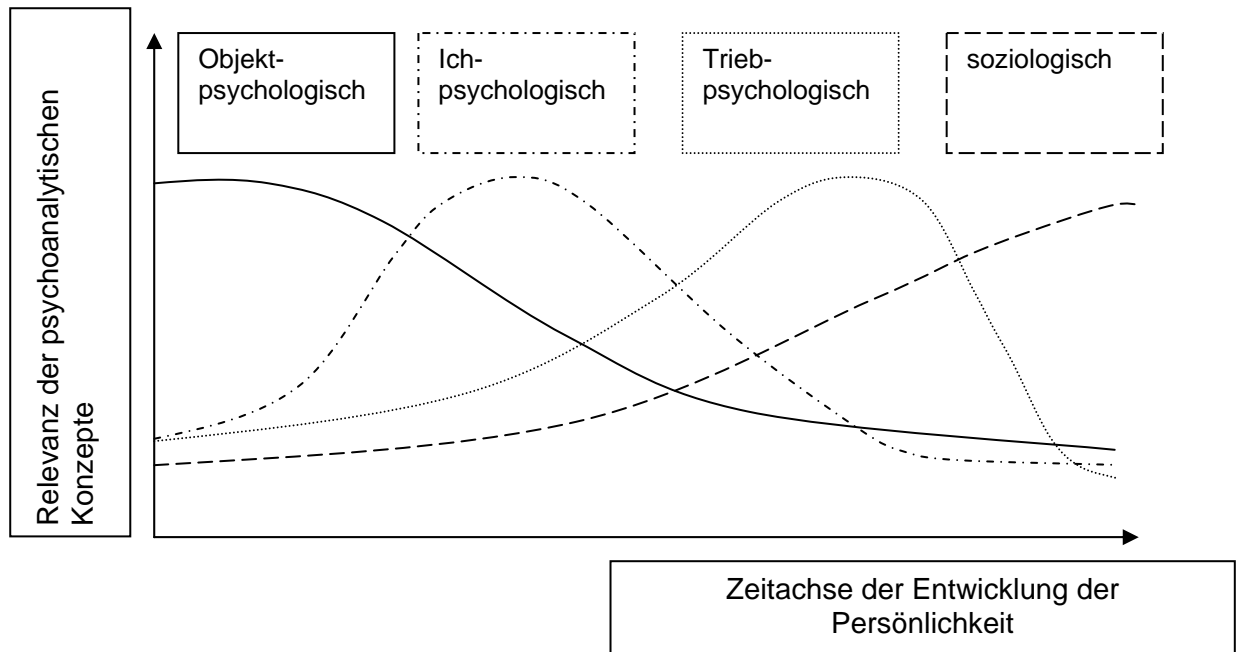


Abbildung nach Rost (2001, S. 126)

Abhängigkeitserwerb, der ätiologisch mit einer maladaptiven Bindung zu den näheren Objekten in Zusammenhang steht, bildet sich in der Entwicklung früh heraus, danach erfolgt schwerpunktmäßig die Vulnerabilität für Ich-Funktions-Beeinträchtigungen und schließlich werden Triebkonflikte als spätere Form der Verursachung wirksam. Soziologische Faktoren können ein reaktives Trinkmuster aufgrund von Umweltbelastungen bei einer relativ ungestörten Persönlichkeitsentwicklung hervorrufen und auch in späterer Entwicklung zu einer Abhängigkeitserkrankung führen. Es wird davon ausgegangen, dass jedes psychoanalytische Konzept einen Beitrag zum Verständnis einer Entwicklungsphase leisten kann, wobei je nach Modellannahme die Perspektive auf eine bestimmte Entwicklung (Triebkonflikte, Ich-Funktionen, Objekt-Beziehungs-Prozesse) spezifisch gelegt wird. Wichtig erscheint, einen möglichst differenzierten und individuell auf die zugrunde liegenden Ursachen abgestimmten Zugang zum Betroffenen zu finden, um eine adäquate psychotherapeutische Behandlung anbieten zu können.

5 Behandlungsspezifika bei Alkoholabhängigkeit

Die in diesem Kapitel thematisierten Besonderheiten in der Therapie mit Alkoholabhängigen sind nicht nur auf die zugrunde liegenden Störungen oder Fehlanpassungen wie sie im oberen Abschnitt erläutert werden zurückzuführen, sondern ergeben sich aufgrund der Langzeitwirkung, welche die Substanz Alkohol psychisch bewirken kann. Diese Wechselwirkung der zugrunde liegenden Beeinträchtigungen einerseits und der substanzinduzierten Folgeschädigungen andererseits ist oftmals schwer differentialdiagnostisch zu erfassen. Bei einer multiperspektivischen Betrachtungsweise, die den Menschen mit seiner möglichen, früh manifestierten strukturellen Einschränkung immer in einer Interaktion mit der Umwelt und deren sozialen Bedingungen sieht, werden in der Alkoholismustherapie zudem gewisse Merkmale wie spezifische Abwehrmechanismen, Denkmuster oder Verhaltensauffälligkeiten aufgrund des Alkoholabusus und dessen Folgewirkung berücksichtigt.

5.1 Abwehrmechanismen und Widerstände

Zu den Behandlungsspezifika bei Alkoholabhängigkeit gehören häufig auftretende Widerstände und pathologische Denkmuster, welche aus der Suchterkrankung über eine lange Zeitspanne hinweg zu verstehen sind.

Scholz (1996) unterscheidet drei Gruppen an Abwehrmustern

- Konventionelle Abwehrmechanismen zum Schutz der durch die Abhängigkeitsentwicklung bedrohten „Ich“-Integrität
- Für den Alkoholismus charakteristische Verleugnungstaktiken und Behandlungswiderstände in der Motivationssituation
- Chronische Grundhaltungen, Denkstrategien und Verhaltensmuster bei manifester Alkoholabhängigkeit (Scholz, 1996, S. 48)

Bezüglich konventioneller Abwehrmechanismen nimmt der Autor Anleihe an „das gesamte von Anna Freud beschriebene Arsenal von Abwehrmechanismen“ (Scholz, 1996, S 49). Besonders *Verdrängung* und *Verleugnung* (Gefährdeter Konsum wird nicht wahrgenommen, Abhängigkeitstendenzen nicht realisiert, Symptome verdrängt, durch

neuerliche Zufuhr des Alkohols verleugnet, etc.) *Ungeschehenmachen* und *Abspalten* (im Sinne einer inneren, dissoziativen Reaktion, einer aus dem Bewusstsein geschobenen Realitätsverkenning, etc.) finden häufig Anwendung. Zumeist handelt es sich um ein Geflecht aus verschiedenen Abwehrmechanismen, wo neben den oben genannten Mechanismen auch Projektionen mit nach außen gerichteten Schuldzuweisungen nicht selten vorzufinden sind.

Bezüglich charakteristischer Behandlungswiderstände sind unter anderem die Verlagerung des Alkoholproblems hinter andere Schwierigkeiten oder grundsätzliche Behandlungsbereitschaft ohne Bereitschaft zur Abstinenz² zu nennen. Durchgängige Denkstrategien oder Handlungsmuster nach langer Suchtgeschichte können sich nach Scholz (1996) in Ungeduld oder Aggression in Zusammenhang mit dem Wunsch nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung, in extremen Auf- und Abwertungsvorgängen oder in einer mit Affektverflachung gekoppelter Passivität bemerkbar machen.

5.2 Defizitäre Ich-Funktionen

Wie schon in Kapitel 4.2. erwähnt, sind bei Suchtkranken häufig mehrere Ich-Funktionen defizitär. Die Patienten verfügen nicht immer über hinreichende Fähigkeiten zur Lebensbewältigung. Es handelt sich dabei vor allem um Einschränkungen folgender Fähigkeiten:

- Realitätsprüfungsfunktion

Die Realitätsprüfungsfunktion beschreibt die Fähigkeit, zwischen Innenwelt und Außenwelt und den dazugehörigen Reizquellen, zwischen Subjekt und Objekt, zwischen Ich und Du verlässlich zu unterscheiden. Dazu gehört auch die Binnenwahrnehmung, speziell die Funktion der Affektdifferenzierung.

- Urteilsfunktion

Urteilsfunktionen meinen die Fähigkeit zur Antizipation, d. h. das Vermögen, die interaktionellen Folgen des eigenen Tuns vorwegzunehmen,

² Der Begriff *Abstinenz* wird in dieser Arbeit im Sinne eines völligen Verzichts auf eine Konsumation von Alkohol verwendet. Eine erneute Einnahme von Alkohol wird als Rückfall bezeichnet und entspricht einem Abstinenzverletzungssyndrom.

sich also eine Vorstellung darüber zu bilden, welche Wirkung man durch das eigene Verhalten bei den Mitmenschen auslöst.

- Frustrationstoleranz

Die Frustrationstoleranz beschreibt die Fähigkeit, Spannungen, Enttäuschungen, Kränkungen, depressive Verstimmungen und Konflikte zu ertragen und insbesondere Triebbefriedigungen aufzuschieben.

- Impulskontrolle

Die Funktion der Impulskontrolle bezieht sich hier auf aggressive und libidinöse Impulse und Affekte, wobei Einschränkungen vor allem bei Patienten mit präpsychotischer Persönlichkeitsstruktur oder bei Patienten auf Borderline-Organisationsniveau vorkommen (vgl. Heigl-Evers 1991, 2002).

Durch den jahrelangen Alkoholkonsum können als Folgewirkung alle diese Funktionen beeinflusst werden, ohne dass sie primär defizitär ausgebildet sind. Die Wechselwirkung, die die Substanz im Bereich der Affektregulation, des Realitätsbezugs, der Urteilsfähigkeit und Impulskontrolle auslöst, ist von den strukturellen Einschränkungen der Persönlichkeitsorganisation betreffend zu unterscheiden und muss im therapeutischen Prozess einer Nachreifung oder Wiederherstellung unterworfen werden.

5.3 Spezifische Therapieschwerpunkte

Die Frage, ob es in der Behandlung Alkoholabhängiger spezifische Therapieschwerpunkte oder sogar Ziele gibt, welche sich von denen anderer psychischer Erkrankungen abheben, ist nicht eindeutig zu beantworten. Aus psychodynamischer Sicht wird ein Vorgehen, das sich primär auf das Beziehungsgeschehen, die Ich-Funktionen und die inneren Konfliktprozesse bezieht, notwendig. Zusätzlich liegen einige Besonderheiten in der therapeutischen Schwerpunktsetzung vor, die sich aufgrund der Spezifität des langjährigen Alkoholabusus ergeben können. Hierzu können nach verschiedenen Autoren (Scholz, 1996, Heigl-Evers, 1991, Rost, 2001) genannt werden:

- Erkennen von Abhängigkeitsstrukturen und Auseinandersetzung mit den Suchtmechanismen

- realistische Selbsteinschätzung
- Akzeptanz der eigenen Grenzen
- Lernen am Erfolg, d. h. Entwurf einer konkreten Lösung für ein Problem, die sich als erfolgreich erweist; Übertragung des Lösungsweges auf andere Probleme
- Akzeptanz und Einhalten von Pflichten und Absprachen
- Entdeckung und Entwicklung der Fähigkeit zu tieferen Beziehungen
- Angemessener Umgang mit Konflikt- und Krisensituationen
- angemessene Affekt- und Impulskontrolle
- ausreichende Frustrationstoleranz
- ausreichende Antizipationsfähigkeit
- angemessene narzisstische Selbstwertregulation
- Kritik annehmen und eigenes Verhalten konstruktiv ändern
- Verantwortung übernehmen
- Erkennen und Ausdrücken eigener Wünsche und Gefühle

Ebenfalls bedeutend für den therapeutischen Fortschritt sind nach „außen“ gerichtete Entwicklungsprozesse, die dem sozialtherapeutischen Bereich zugerechnet werden können:

- Entdecken und Entwickeln neuer Fähigkeiten, z. B. auf kreativem Gebiet
- Erkennen, dass "Arbeit" Freude, Befriedigung und Selbstbestätigung bedeuten kann
- Belastungen des Arbeitsmarktes bewältigen
- Erhaltung des Arbeitsplatzes/Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt
- Erarbeitung einer selbstbestimmten Lebensperspektive unter Berücksichtigung notwendiger Abhängigkeiten
- aktive Gestaltung der Freizeit.

Bleibt noch zu erwähnen, dass selbstverständlich die somatische Herstellung der Körperfunktionen auf medizinischer Ebene und die Wiederherstellung der kognitiven Leistungsfähigkeit für die psychische Rehabilitation unabdingbar sind.

6 Alkoholabhängigkeit in Bezug auf Strukturbezogen Psychotherapie

Wie bereits in Kapitel 3.1 angedeutet ist es notwendig, bei der Auseinandersetzung mit einer psychischen Erkrankung den Zusammenhang zwischen psychodynamischen Faktoren und strukturellen Ursachen möglichst genau zu erfassen. Da die Diagnose Alkoholabhängigkeit einen breiten Deckmantel für verschiedene psychische Einschränkungen und zugrunde liegende Erkrankungen darstellt, ist ein genauer Blick auf mögliche strukturelle Einschränkungen notwendig. Wie Bilitza (2008) anführt eröffnet dies die Diskussion nach dem „Verhältnis von Symptom und Struktur“. Ganz allgemein gilt ein neurotisches Symptom als eine Kompromissbildung zwischen Triebansprüchen und Über-Ich-Forderungen, dient im Zusammenhang mit der Abwehr der neurotischen Konfliktregulierung und setzt ein funktionsfähiges Ich voraus. Anders verhält es sich bei den strukturellen Störungen, hier verstehen wir Symptombildung zur Regulierung struktureller Defizite [...]“ (Bilitza 2008, S.21). Diese zuletzt genannten Defizite können auf eine basale Entwicklungsstörung durch eine maladaptive Beziehungsgestaltung in der frühen Kindheit oder/ und durch eine schwer zu verarbeitende Traumatisierung bedingt sein (siehe Eisbergmodell, Kapitel 4).

Die strukturbezogene Psychotherapie leitet also die Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur von der frühen psychischen Entwicklung ab, wobei Affektwahrnehmung und -regulierung eine wichtige Rolle einnimmt. In den folgenden Abschnitten wird eine Kurzeinführung in die strukturbezogene Psychotherapie gegeben, sowie ein Kontextbezug zur Diagnose Alkoholabhängigkeit hergestellt, um schließlich praktische Überlegungen zu therapeutischen Herangehensweisen anzustellen.

6.1 Strukturbezogene Psychotherapie

Strukturbezogene Psychotherapie ist der gleichnamige Titel eines Leitfadens zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen von Gerd Rudolf (2006). Das Konzept ist angelehnt an die Entwicklung der Operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD, 2006), welches eine Unterteilung des Integrationsniveaus der Persönlichkeitsstruktur vornimmt, ohne es mit

spezifischen Diagnosen in direkte Verbindung zu setzen. Man kann dieses Konzept als eine Weiterentwicklung des Kernbergschen Schemas (Kernberg, 1992, 2000) des Organisationsniveaus (neurotisch, borderline und psychotisch) der Persönlichkeit betrachten, wobei die strukturbezogene Psychotherapie sich enger an frühe Entwicklungsstörungen unter dem Aspekt der Affektregulation bindet und versucht daraus therapeutische Interventionen abzuleiten. Differenziert nach Strukturniveau wird die therapeutische Haltung adaptiert und auf das strukturelle Funktionsniveau abgestimmt. Bezüglich ätiopathogenetischer Erklärung wird auf die Säuglingsforschung (Lichtenberg 1991, Stern 1992) und auf die empirische Entwicklungsforschung – der sich das folgende Unterkapitel widmet – zurückgegriffen.

6.1.1 Entwicklung der strukturellen Fähigkeiten

Rudolf (2006) fasst vier Hauptziele der frühkindlichen Entwicklung zusammen: Im ersten Viertel-Lebensjahr steht die Entwicklung des Systems der **Nähe und Beziehung** im Vordergrund:

- Die adäquate Reaktion der Bezugsperson auf die Primärbedürfnisse des Säuglings im Sinne eines Versorgt-werdens, gilt als Voraussetzung für die Internalisierung guter Objekte. Weiters wird die Emotionsregulierung durch die Bezugsperson ermöglicht und die Fähigkeit einer späteren Selbstregulation ebenso wie die Fähigkeit zur Nähe-Distanz-Regulation angebahnt.

Im 1. bis 2. Lebensjahr liegt der Schwerpunkt der Entwicklung auf der **Objektbindung**: (1.-2. Lj.)

- Grundbedürfnisse wie Sicherheit, Beruhigung und Geborgenheit stehen im Mittelpunkt, Kommunikation und Interaktion stellen eine Voraussetzung für die Fähigkeit zur Selbst-Objektbeziehung dar. Eine Einübung von emotionalen Bezugsmustern wird als Grundlage für die spätere Möglichkeit, Affekte zu regulieren und ein emotionales Selbstverständnis zu erwerben, angesehen.

Im 2.-4. Lebensjahr ist das zentrale Thema die Entwicklung von **Autonomie**:

- Durch die vollzogene Verinnerlichung von Beziehungserfahrungen, kann sich das Kleinkind unabhängig erleben, obwohl das reale Objekt nicht immer anwesend ist. Zudem stehen Regulation eigener Handlungsimpulse und Herausbildung des psychischen Binnenraums, in dem Emotionen adäquat ausgetragen werden können, im Mittelpunkt. Für die reifende strukturelle Fähigkeit bedeutet dies die Anbahnung der Möglichkeit sich als autonomes Selbst zu erleben, sowie Impulssteuerung, Selbstwertregulation und Antizipation zu erwerben.

Im 4.-6. Lebensjahr schließlich ist die primäre Aufgabe die Entwicklung von **Identität**:

- Ein Identitätssystem mit der realistischen Vorstellung von sich selbst und der eigenen Stellung zu anderen wird aufgebaut. Selbst- und Fremdwahrnehmung, emotionale und kognitive Auseinandersetzung mit der Welt, Interaktion mit der Fähigkeit sich mitzuteilen und variable Bindungen aufzubauen, sowie die Anbahnung von Rollenübernahme nehmen eine zentrale Stellung ein.

In der Folge gibt Rudolf drei Zielrichtungen an, die die strukturellen Funktionen verfolgen:

- „Sie **differenzieren**, indem sie Ganzheiten auf Unterschiedlichkeiten hin kognitiv untersuchen (zB.: Affektdifferenzierung, Selbst-Objekt-Differenzierung, variable Bindung, Loslösung)
- Sie **integrieren**, indem sie Teilaspekte zu jeweils neuen Gesamtgefügen verknüpfen, dadurch Kohärenzen und Sinnstrukturen schaffen (z.B. ganzheitliche Objektwahrnehmung, Gewinnung von Selbstbild und Identität, Internalisierung von Beziehungserfahrungen)
- Sie **regulieren**, indem sie Systemgleichgewichte herstellen oder wiederherstellen (z.B. bezüglich Selbstwertregulierung, Impulssteuerung, Affekttoleranz)“ (Rudolf, 2006, S.14f).

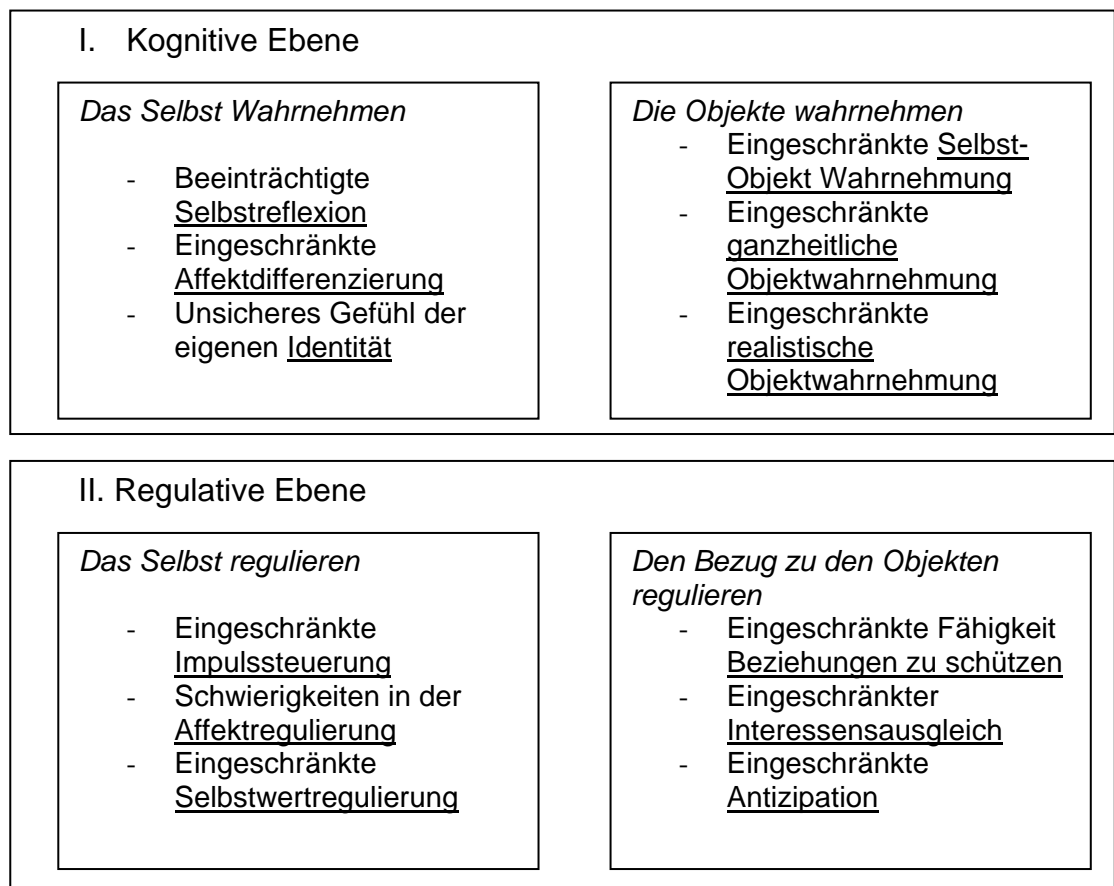
Gemäß der Objektbeziehungstheorie ist das Kind von Geburt an Teil des Beziehungsgeflechts und es erfolgt im Laufe der Entwicklung die Differenzierung des Selbst, sowie das In-Beziehung-treten zu den Objekten. Durch die oben genannten Aufgaben der Differenzierung, Integration und

Regulierung erfolgt die Stabilisierung des Selbst und die Gestaltung der Beziehung zu den anderen.

6.1.2 Strukturelle Merkmale

Die Operationalisierung struktureller Funktionen erfolgt in vier Dimensionen, wobei unterteilt wird in Funktionen die sich auf das Selbst beziehen und solche, die auf das Objekt Bezug nehmen.

Die vier Ebenen (Dimensionen) mit den dazugehörigen Items bilden gemeinsam die Strukturmerkmale und werden wie folgt dargestellt:



III Emotionale Ebene

Emotionale Kommunikation nach innen

- Eingeschränkte Affektgenerierung
- Eingeschränkte Fantasietätigkeit
- Eingeschränktes Körperselbst

Emotionale Kommunikation mit anderen

- Eingeschränkte Kontaktfähigkeit
- Eingeschränkter Affektausdruck
- Eingeschränkte Empathiefähigkeit

IV Bindungsebene

An innere Objekte gebunden sein

- Eingeschränkte Internalisierung
- Fehlende positive Introjekte
- Eingeschränkte Variabilität der Bindung

An äußere Objekte gebunden sein

- Eingeschränkte Bindungsfähigkeit
- Unfähigkeit, Hilfe anzunehmen
- Eingeschränkte Fähigkeit, sich zu lösen

zusammengefasst nach Rudolf, 2006, S.60f

Auf diesen vier Ebenen wird untersucht, inwieweit eine strukturelle Einschränkung vorhanden ist, die die Vulnerabilität der Persönlichkeit abbildet und bei Ausbruch eines Krankheitssymptoms, einen maßgeblichen zugrunde liegenden Faktor darstellt. Zudem beeinflusst die Krankheitsdisposition aufgrund der strukturellen Einschränkung den Umgang mit Konflikten aufgrund der inneren und äußeren Belastungserfahrungen beträchtlich. Die Aufgabe in der psychotherapeutischen Prozessdiagnostik ist es folglich, eine Einschätzung des Strukturniveaus, welches sich aus den Einschränkungen in den strukturellen Merkmalen herauskristallisieren lässt, vorzunehmen. Damit sollen die psychotherapeutischen Interventionen an die jeweiligen strukturellen Einschränkungen und Bedürfnisse angepasst werden können.

6.1.3 Strukturniveau

„Struktur ist definiert als die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, die für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind“ (Rudolf, 2006, S. 58).

Bei strukturellen Störungen sind wesentliche psychische Funktionen nicht verfügbar oder unzureichend entwickelt. (z.B. Affektregulation, Selbst-Objekt-Differenzierung, Impulssteuerung, etc.).

Zumeist handelt es sich um die Folge frühkindlicher Beziehungsstörungen. In der Feststellung struktureller Störungen kann auf die operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD 2, 2006), welche auf Achse IV Qualitäten bzw Insuffizienzen psychischer Strukturen abbildet (z.B. innere Abgrenzung, Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, usw.) Bezug genommen werden. Als klinisches Material zur Einschätzung der Struktur gibt der Arbeitskreis OPD –2 folgende Aspekte an:

- Interaktionen und Erfahrungen, die vom Patienten berichtet werden
- Strukturelle Fähigkeiten, die sich im diagnostischen / therapeutischen Prozess zeigen
- Gegenübertragungsprozesse
- Selbsteinschätzung des Patienten, welche nach und nach introspektiv gewonnen wurde

Die Identifizierung stabiler, gut eingrenzbarer Konflikte wird umso schwieriger, je reduzierter das Strukturniveau ist – bis hin zum Ausbleiben eines erkennbaren Konflikts bei desintegriertem Strukturniveau.

Aus den oben aufgelisteten Strukturmerkmalen mit den dazu gehörigen Items werden Niveaus der strukturellen Integration abgeleitet, welche sich wie folgt darstellen lassen (Vgl. OPD-2, 2006, Rudolf, 2006):

Strukturniveau: Gute Integration

Psychisches Erleben (Kognitionen, Affekte, Erinnerungen, etc...) kann differenziert wahrgenommen werden und in einem ausreichend strukturierten psychischen Binnenraum durchgespielt werden.

Das Selbst ist ausreichend autonom, Distanz und Nähe zu den Objekten kann reguliert werden.

Konflikte können innerpsychisch ausgetragen werden, die innere Welt kann selbstreflexiv, die Umwelt realitätsgerecht wahrgenommen werden. Gute Objekte sind ausreichend internalisiert.

Strukturniveau: Mäßige Integration

Die Verfügbarkeit über Fähigkeiten und Funktionen (siehe oben) ist herabgesetzt aber prinzipiell erhalten. Dementsprechend eingeschränkt sind Erfahrungen von Nähe, Bindung, Autonomie und Identität möglich. Die Steuerung der Bedürfnisse und Konflikte stellt sich als schwierig dar. Eine Einengung der Bilder der Objekte auf wenige Muster ist vorhanden. Bedürftigkeit und Kränkbarkeit des Selbst sind gegeben. Konflikte werden nur erschwert innerpsychisch ertragen und meistens in das Interpersonelle getragen.

Strukturniveau: Geringe Integration

Impulsivität, massive Bedürftigkeit und Kränkbarkeit sind stark ausgeprägt. Positive Erfahrungen von Nähe, Bindung, Autonomie und Identität fehlen beinahe zur Gänze. Das Bild der Objekte erweist sich als bedrohend, zerstörend, verfolgend, ausschließlich böse (oder als Sehnsuchtsobjekt ideal gut). Fehlende Empathie und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeiten zu anderen sind gegeben, Affekte sind selten objektbezogen. Erfahrung der Konflikte findet interpersonell statt und nicht intrapsychisch.

Strukturniveau: Desintegration

Fehlende Kohärenz des Selbst und emotionale Überflutung besonders durch negative Affektzustände ist kennzeichnend. Konfundierende Objektbilder sind gegeben. Es sind keine guten inneren Objekte verfügbar, Handlungen werden teilweise in dissoziative Zustände gesetzt. Verantwortung für impulsives Handeln kann nicht übernommen werden. Es fehlt eine empathische Objektwahrnehmung.

Die jeweiligen Strukturniveaus werden durch spezifische Ängste dominiert: Während die zentrale Angst bei guter Integration hauptsächlich die

Gefährdung der Beziehung zwischen Selbst und Objekt, um Liebesverlust und Zurückweisung beinhaltet, wird bei mäßiger Integration die Angst vor den eigenen heftigen Impulsen und dem Verlust von Steuerungsmöglichkeiten, sowie vom Objekt verlassen zu werden charakteristisch. Bei geringem Integrationsniveau dominieren Ängste, von Objekten verfolgt und zerstört zu werden bzw Bedrohung durch die eigene impulshafte Triebhaftigkeit. Zentrale Ängste bei desintegriertem Strukturniveau beziehen sich auf Selbstauflösung und Selbstverlust und stehen in Zusammenhang mit unheimlichen und massiv bedrohenden Objekten.

Im OPD-2 (2006) wird zusätzlich auf Gegenübertragungsprozesse in Bezug auf verschiedene Strukturniveaus hingewiesen, welche diagnostische Hinweise darstellen und wie folgt zusammengefasst werden

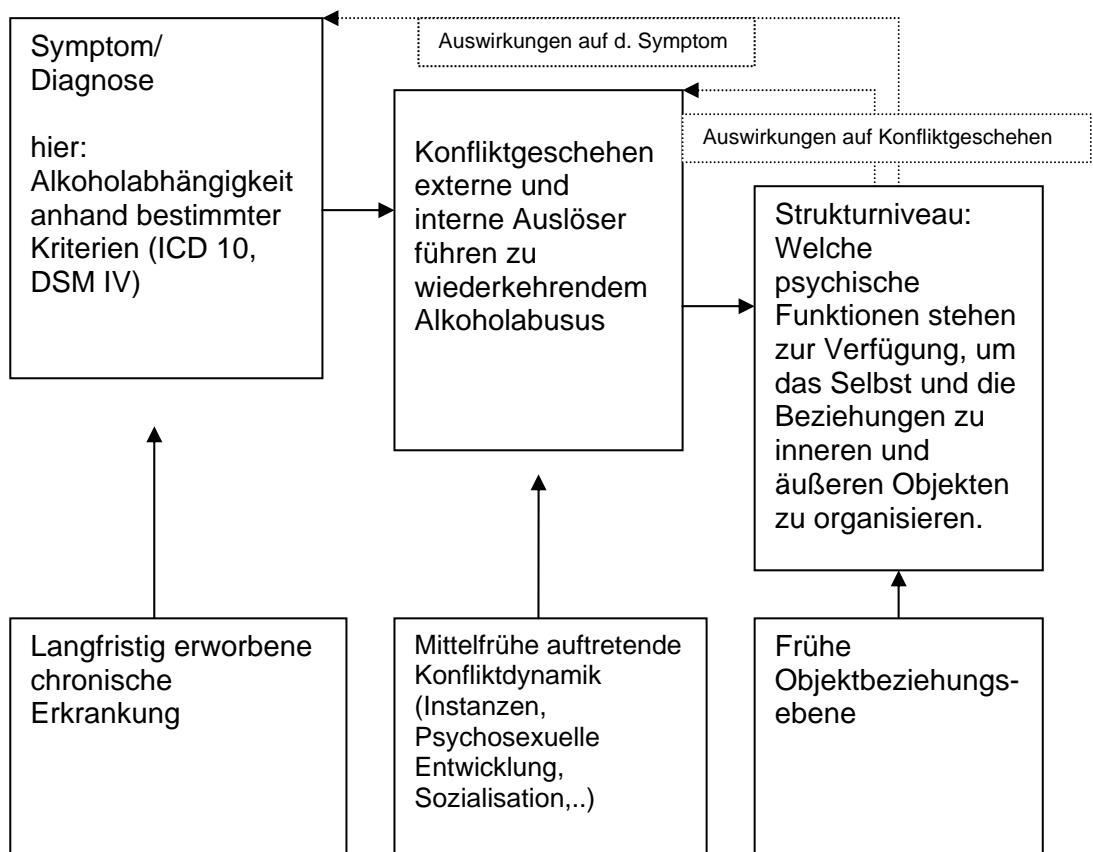
Strukturniveau	Vorherrschende Gegenübertragung
Gut integriert	Gewahrwerden von Gefühlsregungen, die sich auf die Wiederbelebung biographisch relevanter Erfahrungen mit historisch erlebten Personen beziehen.
Mäßig integriert	Punktuell schwer zu ertragendes Erleben, das aber durch konsequente therapeutische Selbstreflexion immer wieder auf die für den Patienten relevanten Beziehungserfahrungen zurückgeführt werden kann.
Gering integriert	Heftigkeit, Abruptheit des Erlebens, Gefühlsreaktionen wirken über die Realpräsenz des Patienten nach. Es werden nicht biographisch relevante Konflikte in der therapeutischen Situation wiederholt, sondern durch Inszenierung psychischen Erlebens mittels projektiver Identifikation erzeugt.
Desintegriert	Erleben des Unverständlichen, Befremdlichen und bedrohlich Unheimlichen.

vgl. Arbeitskreis OPD-2, 2006, S.257f

6.2 Alkoholabhängigkeit im Kontext struktureller Störungen

Wie schon eingangs erwähnt, basiert diese Arbeit auf der These, dass das Symptom lediglich den sichtbaren Teil eines komplexen psychodynamischen Geschehens darstellt. Dementsprechend verbirgt sich hinter der Diagnose Alkoholabhängigkeit - mit den oben (3.1.1) ausgeführten Merkmalen des Kontrollverlusts, der Entzugssymptome, des Toleranzerwerbs etc. – ein unterschiedliches Konfliktgeschehen, welchem wiederum ein unterschiedliches Strukturniveau zugrunde liegt.

Ein Versuch einer graphischen Darstellung könnte zu folgender Umsetzung gelangen:



Grafik C.Reiserer

Es wird in dieser Darstellung deutlich, dass sowohl das Konfliktgeschehen als auch die strukturelle Beeinträchtigung in Form des Strukturniveaus Wechselwirkungen auf das Symptom haben. Entwicklungsbezogen frühe

Schädigungen oder Bedingungen haben zudem weitreichende Auswirkungen auf Krankheits- und Therapieverlauf.

Bezüglich zeitlicher Faktoren ist zu erwähnen, dass ein früher Eintritt einer manifesten Alkoholabhängigkeit - also etwa schon in der Adoleszenz – auf eine strukturelle Störung hinweist, während bei Menschen mit einem gut integrierten Strukturniveau der Verlauf des Abhängigkeitssyndroms oftmals über die Stationen *Genuss – Gewöhnung – Abhängigkeit* vollzogen wird und der Erwerb dementsprechend spät nach einer mehrjährigen Entwicklung eintritt.

In der traditionellen Alkoholismustherapie wird oft der therapeutische Ansatz am Symptom angelegt, wodurch es zu verschiedenen Behandlungsschwerpunkten kommt. Diese können sein:

- Wirkung des Alkohols (medikamentös, euphorisierend, betäubend, enthemmend, etc)
- Abstinenzmotivation
- Soziale Verhältnisse, die durch den Krankheitserwerb geschaffen wurden
- Suchtdruck/ Craving
- Alkoholismusbezogene Abwehrmechanismen
- Rückfallsgefahren
- Umgang mit Rückfall
- Emotionale Befindlichkeit in der Abstinenz
- Abschied von der Substanz
- Aufarbeitung des Krankheitserwerbs und der Alkoholismus-anamnese
- Umgang mit diversen Folgeerkrankungen
- etc

Die Auseinandersetzung mit diesen Themenbereichen ist oftmals Voraussetzung, um eine Stabilisierung in der Abstinenz als Therapiebasis herzustellen. Dennoch scheint der Therapieansatz ergänzungsbedürftig, wenn die oben genannten frühen, zugrunde liegenden psychodynamischen Prozesse nicht ausreichend Bestandteil der Psychotherapie sind. In der Praxis stehen die basalen Objektbeziehungserfahrungen bei niedrigem

Strukturniveau mehr die im therapeutischen Mittelpunkt. Jene Bereiche, die in Kapitel 6.1.2 unter strukturelle Merkmale angeführt werden, bilden in Bezug auf den Grad des Integrationsniveaus Schwerpunkte in der Therapie. Hierzu wären unter anderem hervorzuheben:

- Affektdifferenzierung
- Ganzheitliche und realistische Objektwahrnehmung
- Abgrenzung und Ich- Grenzen
- Affektregulierung
- Kontaktfähigkeit
- Nähe-Distanz-Regulierung
- Körperselbst
- Bindung und Loslösung
- etc

Selbstverständlich sind diese Grundbereiche nicht getrennt von der Aufarbeitung alkoholspezifischer Bereiche zu verhandeln, da eine Festigung auf der Bindungsebene beispielsweise auch anhand von behutsamer, nicht wertender Thematisierung von symptombezogenen Inhalten vollzogen wird. Vor dem Hintergrund einer prozessorientierten Abklärung der strukturellen Voraussetzung kann die Therapie in der Haltung unterschiedliche Zugänge ermöglichen, der Alkoholabhängige muss beispielsweise mehr bei der Beziehungsanbahnung und -gestaltung gestützt werden, oder kann bei entsprechend gutem strukturellen Integrationsniveau stärker in der Konfrontation einer inhaltlichen Auseinandersetzung gefordert werden.

Alkoholabhängigkeit ist deshalb einer äußerst komplexen therapeutischen Herangehensweisen unterworfen, da einerseits verschiedene Symptome wie Entzugserscheinungen, Rückfälligkeit, Suchtdruck, Auftreten sozialer Folgeschäden immer wieder in aktualisierter Form auftreten und Priorität in der Behandlungsbedürftigkeit einfordern, andererseits die zugrunde liegende strukturelle Störung nicht außer Acht gelassen werden darf.

6.3 Theoretische Überlegung zur therapeutischen Praxis

Finden nun aufgrund von pathogenen Bedingungen strukturelle Entwicklungsstörungen statt (z.B. durch fehlende Empathie, nicht ausreichende Bindungsfähigkeit der Eltern, Vernachlässigung), hat das eine direkte Bedeutung für die therapeutische Intervention. „Die therapeutischen Interventionen der strukturbezogenen Psychotherapie, das Containen, Spiegeln, Antworten, korrespondieren mit frühen Beziehungsangeboten. Jedoch führen sie nicht zu einer regressiven Verkindlichung des erwachsenen Patienten, da sie zugleich stets an die erwachsenen Seite appellieren, an seine Erfahrungen, seine bisher erworbenen Bewältigungsstrategien ... Rudolf (2006, S. 22)“

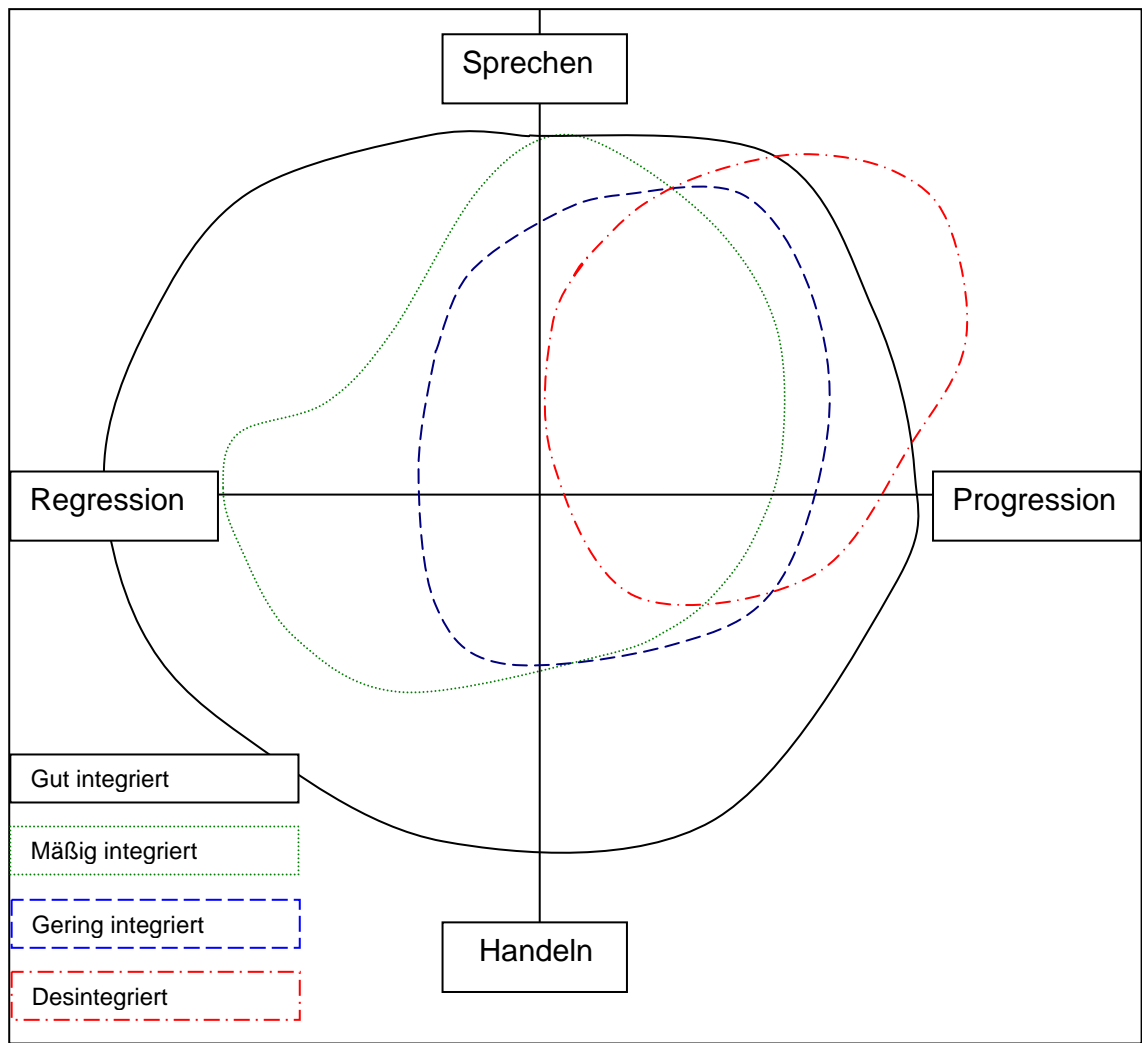
Es muss die Frage gestellt werden, was Psychotherapie generell leisten kann.

Hier sind drei Bereiche der Reihenfolge nach hervorzuheben

- Holding function (Winnicott, 1974) und Containing (vgl. Bion, 1990, Wöller, 2007, S.58)
- Korrigierende Erfahrungen
- Klärung und Deutung

Das Auffangen, Speichern und Aufheben nach außen gelagerter Emotionalität und psychisch getönter Inhalte kann als eine der wichtigen Grundfunktionen von Psychotherapie angesehen werden. Besonders Menschen mit strukturell geringem Integrationsniveau (z.B. emotional instabile, dissoziale oder narzisstische Persönlichkeitsstörungen) benötigen einen stabilen, stützenden Rückhalt. Dadurch sind in der Folge im Beziehungsbereich im therapeutischen Setting korrigierende Erfahrungen möglich. Der Schwerpunkt wird in der therapeutischen Arbeit auf der Konfliktbewältigung liegen, also die Progression fördern.

Die folgende Darstellung veranschaulicht die Behandlungsschwerpunkte der verschiedenen Strukturniveaus graphisch:



nach: Hochgerner, M., MMSc, Seminarunterlagen zu „Handeln und Sprechen“, Ausbildung zur Konzentrativen Bewegungstherapie

Durch diese Graphik wird dargestellt, in welchem Maße der therapeutische Schwerpunkt zwischen den Polen Regression und Progression bzw. Sprechen und Handeln anzusiedeln ist. Je besser das Strukturniveau, desto breiter die Behandlungspalette und angemessener ist es, im Sinne der Aufarbeitung in die Regression zu gehen bzw. viel Erfahrung auf der Handlungsebene auszutragen. Je desintegrierter das vorliegende Strukturniveau ist, desto mehr wird auf der ordnenden, sprachlichen Begegnung im Sinne eines Containings in stützender und klärender Progression behandelt. Diese – mit Sicherheit ein wenig vereinfachende - Grobeinteilung weist in der Praxis (siehe Kapitel 8) durchaus einige Unschärfen auf, da es unter Bedingungen der gefestigten therapeutischen Beziehung und stabiler Phasen durchaus zu methodisch

veränderten Behandlungsschwerpunkten kommen kann, wenn es die Situation und der Zustand des zu Behandelnden erfordert.

Rudolf (2006, S. 182f)) führt in einer Übersicht zur praktischen Anwendung strukturbezogener Psychotherapie Behandlungszugänge in Verbindung mit unterschiedlichen Störungstypen an, welche wie folgt zusammengefasst werden:

Typ 1 : Neurotischer Konflikt auf gutem Strukturniveau:

Das therapeutische Vorgehen ist schwerpunktmäßig konfliktorientiert und beziehungsorientiert unter Einbeziehung des Übertragungsgeschehens. Bearbeitung struktureller Themen mittels Aufdeckung ist möglich und sinnvoll. Konflikthaft-dysfunktionale Verhaltensmuster können thematisiert und auf ihre unbewusste Dynamik untersucht werden

Typ 2: Neurotische Konflikte kompliziert durch einzelne strukturelle Ausfälle:

Das therapeutische Vorgehen ist geprägt durch fürsorglich-stützende, annehmende und entwicklungsfördernde Atmosphäre. Strukturbezogenes Vorgehen ist ein bedeutsames Element der Therapie: „Die strukturbezogenen Interventionen zielen darauf hin, die defizienten oder vulnerablen strukturellen Fähigkeiten als `Werkzeuge´ der Interaktion, des Selbstverständnisses und der Selbstregulation zu verbessern. Auf diese Weise können schließlich auch besser die ebenfalls bedeutsamen Konflikte bearbeitet werden“ Rudolf, 2006, S 183).

Typ 3: Bewältigung struktureller Störungen durch Charakterabwehr:

Um eine Destabilisierung aufgrund eines Ausgeliefertseins an innerer Störbarkeit, Kränkung und Orientierungslosigkeit zu verhindern, wird auf regressives, analysierend-deutendes Vorgehen verzichtet. Stützendes Vorgehen, welches aber nicht Eigeninitiative übernimmt, ermöglicht die strukturellen Defizite im Konsens mit dem Patienten herauszuarbeiten und in der therapeutischen Beziehung Nachreifungsprozesse sowie korrigierende Erfahrung zu gewährleisten.

Typ 4: Bewältigung struktureller Störungen durch symptomwertiges Verhalten:

Stützung der Selbstregulierung und Selbstberuhigung, da symptomwertiges Verhalten nicht primär auf Bedürfniskonflikte zurückzuführen sind, sondern durch den Versuch der Affektregulation und

Selbststeuerung hervorgerufen werden. Aktuelle Entwicklungsaufgaben stehen im Vordergrund im Sinne einer stützenden Progression.

Typ 5: Strukturelle Störungen auf mäßig bis gering integriertem Niveau:

Vergleiche oben Typ 4 jedoch mit stärkerer Akzentuierung auf Wahrnehmung und Steuerung von Affekten und Impulsen (z.B. Borderline-Patienten, posttraumatische Belastungsstörung). Die Einbeziehung positiver äußerer und innerer Objekte ist gleichermaßen notwendig wie beelternde strukturierende Entwicklungsaufgaben sowie Grenzen setzendes und Halt gebendes therapeutisches Vorgehen.

Typ 6: Strukturelle Störungen auf desintegriertem Niveau:

Basale affektregulatorische und steuernde therapeutische Interventionen im Sinne von Unterstützung bei Entwicklungsaufgaben und Bewältigung von Alltagsproblemen. (Rudolf gibt an, dass außer im forensischen Bereich – hier wenig therapeutische Erfahrung bezgl. strukturbezogener Psychotherapie vorläge)

Verknüpft kann festgehalten werden, dass das Vorliegen eines neurotischen Konflikts ein konfrontatives und aufdeckendes therapeutisches Vorgehen ermöglicht und unter Umständen auch erfordert. Je mehr das Symptom durch die strukturelle Einschränkung bestimmt ist, desto stützender, begleitender und Halt gebender müssen die therapeutischen Interventionen gesetzt werden.

7 Konzentrierte Bewegungstherapie

Die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) ist eine psychodynamisch fundierte Therapierichtung, die körperorientiert ausgerichtet ist und Wahrnehmung sowie Bewegung als Grundlage des Erlebens und Handelns sieht. Es werden Erfahrungen über Körpererleben im Inneren und durch Bewegung im Raum im Äußeren gemacht, wobei besonders bei den hier thematisierten Störungsbildern Erfahrungsbereiche wie Körperbild, Selbstwahrnehmung, Körpergrenzen und abgegrenztes subjektives Erleben, sowie die Beziehungserfahrungen in der Begegnung von zentraler Bedeutung sind.

Hauptzugang zum Psychischen und den damit verbundenen Prozessen, die ihre Auswirkungen im inneren Erleben und äußeren Verhalten haben, ist bei dem vorliegenden methodischen Zugang die Wahrnehmung und das Bewegen. Stolze (1972) meint hierzu plastisch: „Die Chance des Menschen, sich am Leben zu erhalten und sein Leben zu entfalten, gründet in seiner Fähigkeit, sich zu bewegen, zu atmen, zu saugen, zu schlucken, zu greifen. ‚Greifen‘ meint aber mehr als nur Zufassen, Zupacken, also das *Ergreifen*; es meint auch das *Begreifen*, also das Wahrnehmen, Aufnehmen und Erfassen“ (Stolze, 1972, S. 72). Gleichzeitig wird über Verbalisation und kognitive Prozesse ein Transfer zwischen Wahrnehmung und Sprechen hergestellt, welcher sich wechselseitig ablöst und ergänzt. Stolze (1972) spricht in diesem Zusammenhang von *therapeutischen Wegen (Kreisbögen)* (1972, S. 81), welche verfolgt oder beschrritten werden. „Probleme können in der Bewegung auftauchen und wahrgenommen werden, und diese Wahrnehmung kann wieder in der Bewegung verarbeitet werden. Das Bewegungserlebnis kann aber auch berichtet werden und dann über die Wahrnehmung des Gesprochenen zur Bewegungsverarbeitung zurückführen, wenn es nicht vorher verbal durchgearbeitet wird. Probleme können aber auch im verbalbewussten Bereich auftauchen und dann auf die eine oder andere [...] Weise im Feld von Wahrnehmung und Bewegung therapeutisch gestaltet werden“ (Stolze 1972, S.81).

In der KBT wird über den Weg bestimmter Körperempfindungen oder Bewegungsabläufe und deren Aufmerksamkeitsfokussierung ein Zugang zu lebensrelevanten und lebensgeschichtlich bedingten Erinnerungen geschaffen, sodass eine bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie in einer verbalisierten, somit auch distanzierten und Ordnung schaffenden Form möglich wird.

Im Verlauf einer Therapie beziehen sich bestimmte Erfahrungsangebote auf Entwicklungsphasen, um Nachreifungsprozesse zu ermöglichen. „In der konzentrativen Bewegungstherapie geben wir Angebote oder Anregungen zum experimentellen Umgang mit dem eigenen Körper und der Umwelt (Gegenständen und Personen), um sich selbst körperlich wahrzunehmen und auftauchende Gefühle sowie Assoziationen und Erinnerungen ins Bewusstsein zu lassen“ (Betker W. in Schmidt E. (2006, S. 71). Durch körperliche Erfahrungen in der Gegenwart wird der Erlebnisbereich bezogen auf die motorische und emotionale Entwicklung reaktiviert. Besonders die intrapsychischen Repräsentationen sozialer Beziehungen, welche sich in der frühkindlichen Entwicklung auf der Bindungsebene über Bewegung und Ausdruck entwickeln, können in der Therapie durch Bewegungsangebote und deren Versprachlichung bearbeitet werden. „Die Beschreibung von Empfindungen und Gefühlen, ergänzt durch die Beobachtung der sich einfühlenden und mitfühlenden Therapeutin, kann eine Rekonstruktion früher Handlungsdialektik mit dem affektiven Geschehen ermöglichen“ (Betker W. in Schmidt E., 2006, S. 71).

Die Konzentrierte Bewegungstherapie versucht im Spannungsfeld zwischen Handeln und Sprechen einen Erfahrungsraum zu öffnen, der das unmittelbare Erleben zum Gegenstand der Auseinandersetzung macht. Je nach Strukturniveau bzw. vorliegender Persönlichkeitsorganisation kann der Schwerpunkt mehr auf der Regression oder auf der Progression liegen.

7.1 Methodische Zugänge

Die Konzentrierte Bewegungstherapie versucht in der Aufarbeitung der Lebens- und Lerngeschichte der Klienten/ Patienten eine Verbindung zwischen Bewegung und Wahrnehmung auf der einen Seite und Denken und Sprechen

auf der anderen Seite zu schaffen. Oft wird dieser Weg über die Verbalisierung beschritten.

„Im Gespräch auftauchende Problembereiche werden über ein Bewegungsangebot *ins Körperliche übersetzt*, um ein Begreifen im umfassenden Sinn möglich zu machen“ (Schmitz, 2004, S. 16).

Ein Bewegungsangebot kann aber auch eine Erfahrung und damit eine affektgetönte Erinnerung hervorrufen, die über die Verbalisierung zu einer Distanzierung und reflexiven Betrachtungsmöglichkeit überführt werden kann.

„Dem *Verwörtern* der dabei gemachten Erfahrungen fällt große Bedeutung zu. Eine Vielzahl von Interventionen kann Zwischenschritte im Symbolisierungsprozess anregen, wenn zunächst kein sprachlicher Ausdruck für die Erfahrung zur Verfügung steht“ (Schmitz, 2004, S.16).

Die Bereiche Sprechen, Symbolisieren³ bzw. Bewegen und Wahrnehmen bilden, sich wechselseitig ergänzend, methodische Zugänge. Durch diese Methode ist es unter anderem möglich, über Bewegungsangebote in präverbale Bereiche vorzustoßen, welche Erinnerungen des Körpergedächtnisses auslösen, wobei die therapeutische Zielsetzung hierbei eine Ermöglichung eines reiferen Verarbeitungsvorgangs beinhaltet.

Durch den Vorgang der Symbolisierung kann handlungsorientiert, über Erfahrungen und taktile Sinnesempfindungen, eine äußere Repräsentation innerer psychischer Vorgänge ermöglicht werden.

„In der KBT kommt das Erleben oft über den Weg der symbolischen Handlung und Gestaltung als Ausdruck innerlichen Befindens ins Denken und Sprechen. Die symbolische Handlung hat eine vermittelnde Funktion zwischen unbewussten Regungen, Bedürfnissen, Affekten, Trieben und Konflikten und dem unbewussten Erleben“ (Pokorny et al 2001, S.32).

³ Symbolisierung meint in dieser Arbeit den Einsatz von Gegenständen und deren Bedeutungsgebung im Sinne einer szenisch-symbolischen Darstellung. „Der Prozess der Symbolisierung über die Bedeutungsgebung am Gegenstand schließt an die Nahtstelle des Erlebens und der Bedeutungsgebung zwischen sensumotrischem, amodalem Erleben und der sprachlich-symbolischen Ebene des Selbsterlebens an. Eine Brücke des Begreifens (...) entsteht, die das Erleben des Patienten wieder mit früherem Erleben verknüpft und der Bearbeitung im therapeutischen Prozess zugänglich macht.“ Hochgerner (2007, S 42)

7.2 KBT bei Alkoholabhängigkeit

Wie schon in Kapitel 5 und insbesondere in 5.3 in Bezugnahme auf defizitäre Ich-Funktionen ausgeführt, ist die therapeutische Auseinandersetzung mit Menschen mit Alkoholabhängigkeit verschiedenen Spezifika unterworfen. Daraus leiten sich unterschiedliche Therapieschwerpunkte ab, die durch die Konzentrative Bewegungstherapie gut abgedeckt werden können. Durch jahrelangen Substanzmissbrauch entsteht allzu oft eine Wahrnehmungsverzerrung bezüglich der eigenen Körperlichkeit. Betroffen sind vor allem Körper-Funktionalität, Körpergrenzen und die taktilkinesthetische Wahrnehmung. Zusätzlich sind in der Entzugs- bzw. Entwöhnungsphase Unruhe, welche auch in der Bewegung zum Ausdruck kommt, Verspannungen, die an verschiedenen Körperregionen geortet werden kann und Einschränkungen der Funktionalität (Tremor, Einschränkungen in der Mobilität, Polyneuropathien, etc.) sehr häufig gegeben. Zusätzlich betrifft die therapeutische Aufarbeitung auch anlassbezogene Empfindungen und Ereignisse wie Suchtdruck oder Rückfälligkeit.

Für die Praxis ergeben sich eine Reihe von konkreten Angeboten, welche – differenziert je nach Strukturniveau – aus eigener therapeutischer Erfahrung in adaptierter Form wiederholt zum Einsatz gelangen. Die folgende Auflistung ist eine exemplarische und wird mit Verweis auf die unten angeführten Fallverläufe kurz und prägnant gehalten:

- Mit dem Therapieraum vertraut machen, Wahl der Sitzmöglichkeit: Die Ausrichtung auf die Wahrnehmung des äußeren Raums ist bei Alkoholkranken wichtig, da sich die Aufmerksamkeit in vielen Phasen des Lebens auf die Regulation des Suchtkreislaufs reduzierte, die Wahl der Sitzmöglichkeit schließt ein exemplarisches Eröffnen von Entscheidungsmöglichkeit ein, welche in der Aufrechterhaltung des Alkoholspiegels eingeschränkt ist
- Basale Körperwahrnehmung: stabilisierend. Die Füße am Boden (Oberschenkel an der Sitzfläche, Rücken an Lehne, etc.) spüren, ermöglicht einerseits eine erste geführte Wahrnehmungsdifferenzierung, andererseits eine immer wieder

notwendige Stabilisierung bis hin zu einer Verhinderung von Retraumatisierung

- Bewegung im Raum: Die Emotionalität in Bewegung verbessert zu erfassen bzw ihr durch Bewegung Ausdruck zu verleihen, ist von großer Bedeutung, zumal die Wahrnehmung und Regulation anamnestisch häufig durch Substanzen beeinflusst bzw. vorgenommen wurde.
- Körpergrenzen: Vielfach diente der Alkohol oder andere psychotrope Substanzen als eine Art Schutzwall gegenüber äußeren Bedrohungen. Der Patient ist in der Abstinenz vielfach einer Unabgegrenztheit und Verwundbarkeit bezüglich äußeren Umwelteinflüssen ausgesetzt. Durch Abtasten, Abklopfen, Abrollen mit Ball, Auflegen von Sandsäckchen etc, werden die Körpergrenzen verbessert wahrgenommen. Zudem ergibt sich häufig der Übertrag, welchen Einfluss Abgegrenztheit bzw. deren Einschränkung auf die generelle und aktuelle Lebensgestaltung ausübt.
- Motivationsarbeit: Mittels Symbolisierung (Gegenstände legen, welche Ziele und Motivationsschritte von Bedeutung sind) kann Abstinenzorientierung gefestigt werden. Eulenpesch (in Schmidt 2006, S. 258ff) erwähnt hierzu das Angebot „Lebensinhalte versus Suchtinhalte“: „Stecken Sie Ihr ‚Lebensfeld‘ mit Seilen und Stäben ab. Teilen Sie ein, wie viel Raum darin Ihre Sucht einnimmt und wie viel Raum andere Inhalte Ihres Lebens einnehmen. Gestalten Sie dies mit Gegenständen.“ Im weiteren Vorgehen können mögliche Veränderungen – etwa das Wahrnehmen ungelebter Lebensinhalte – im Dialog entwickelt und auch provoziert werden“ (Eulenpesch in Schmidt 2006, S. 261). Der Patient muss für die Abstinenzmotivation mit Bildern und Inhalten unterstützt werden.
- Autonomie versus Abhängigkeit: Bei der vorliegenden Symptomatik eine schwerpunktmäßige Auseinandersetzung, umgesetzt durch Angebote wie *Geben und Nehmen* (Ball , Gegenstand geben, nehmen, Beziehung in Interaktion autonom steuern) *Führen und Geführt werden* (mit Stab durch den Raum führen, mit Seil ziehen)

oder *Entscheidungen treffen* (Wo soll die Geschichte weitergehen, wann sage ich stopp, etc)

- Nähe – Distanz: Die Regulation von Nähe und Distanz ist bei Alkoholabhängigen oftmals eingeschränkt, da vielfach eine Vereinsamung und extreme Distanzierung durch jahrelanges Missbrauchsverhalten eingetreten ist. In der Realbeziehung zum Therapeuten wird beispielsweise durch Bewegung eine „gute“ Distanz hergestellt und bei dieser Regulation die einhergehenden Affekte verbalisiert.
- Spannungsregulation und Selbstfürsorge: Diese Bereiche sind immer wiederkehrende Therapieschwerpunkte, da dem Patienten hierfür nicht mehr Alkohol zu Verfügung steht. Angebote hierzu sind: Körperstelle wahrnehmen, wo Spannung zu spüren ist, Sandsäckchen, Polster, Decke, etc. darauf legen; Einen guten, geschützten Platz im Raum gestalten, wo Wohlfühlen möglich ist; In-Bewegung kommen um Spannung zu regulieren, sich beruhigen im Sprechen, etc
- Symbolisierung der Suchtgeschichte: Mittels Seil (als Zeitlinie) wird die Suchtgeschichte gelegt, Einschnitte und live-events werden mit Gegenständen symbolisiert. Dadurch wird eine Aufarbeitung im Sinne einer Ordnung und Distanzierung über Versprachlichung möglich
- Aufarbeiten von Rückfällen: Häufiges, aktuelles Thema, Vorgang mittels einer „Zeitlupenschau“ (mit oder ohne Symbolisierung), um die auslösenden Faktoren und Ereignisse im Zusammenhang mit der Affektlage betrachten zu können.

Dies ist ein kleiner Ausschnitt aus Behandlungsangeboten, welche die KBT ermöglicht. Selbstverständlich, muss in der Setzung des Angebotes (wenig strukturiert – stark strukturiert, mit Symbolisierung oder ohne, konfrontativ in der Verbalisierung oder stützend, bestärkend, etc) – wie schon mehrfach in dieser Arbeit angeführt – auf das Strukturniveau und die zugrunde liegende Basisstörung des zu Therapierenden Rücksicht genommen werden.

8 Fallverläufe

Wie bereits in der Einleitung (Kapitel 2) erwähnt, behandelt diese Arbeit die Frage, inwieweit therapeutische Interventionen und Haltungen bei Patienten/ Klienten mit unterschiedlichen Strukturniveaus in differenzierter Form Anwendung finden sollen. Dies wird bei übergeordneter Diagnose der Alkoholabhängigkeit, welche eigene Behandlungsspezifika erfordert, anhand von Fallverlaufsdarstellungen untersucht.

8.1 Untersuchungsdesign

Exemplarisch werden hierzu vier Patienten und deren therapeutischer Prozess beschrieben, sowie die Interventionen in der psychotherapeutischen Methode der Konzentrativen Bewegungstherapie untersucht.

Da bei allen Patienten eine langfristige psychotherapeutische Behandlung stattfindet, welche bis dato anhält, wird der Fokus auf die ersten 20 Therapieeinheiten gelegt. Die Patienten befinden sich in der Regel 12 Wochen in stationärer Therapie und wechseln danach in ein ambulantes Betreuungssetting, welches eine langfristige Psychotherapie ermöglicht.

Je Patient (allesamt stationär und ambulant in einer psychiatrischen Rehabilitationsabteilung vom Autor psychotherapeutisch im Einzelsetting behandelt) wird eine Übersichtsanamnese, die psychotherapeutische Ersteinheit, drei aufeinanderfolgende (im Abstand von je einer Woche) Therapieeinheiten um die 10. Sitzung, sowie die 20. Therapieeinheit angeführt. Die therapeutischen Einheiten sind in einem Rahmen, mit den Spalten *Inhalt/ Methodik*, *Therapieverlauf* und *Therapeutischer Hintergrund*, beschrieben.

Der Verlauf *zwischen* den beschriebenen Therapieeinheiten wird mit therapeutischen Anmerkungen detailliert dargestellt.

Im Anschluss (Kapitel 8.2.) wird anhand von verschiedenen Parametern - gestützt durch die im theoretischen Teil formulierten Annahmen zur differenzierten therapeutischen Haltung - eine Gegenüberstellung vorgenommen.

8.1.1 Fallverlauf Hr. E. oder die Begegnung mit dem inneren Konflikt

Herr E., geb. 1954 tritt mit der Motivation „mit sich ins Reine zu kommen und vom restlichen Leben noch etwas erwarten zu können“ die Langzeitalkoholentzugsbehandlung an.

Kurzanamnese: Am Land bei den Eltern aufgewachsen. Volks-, Hauptschule, Polytechnischer Lehrgang, Lehre als Hafner abgeschlossen, 2 J. darauf Meisterprüfung, danach Führung des elterlichen Hafnerbetriebes, danach Übernahme. 5 J. später Konkurs. Zu diesem Zeitpunkt habe der Pat. seinen Alkoholkonsum im Griff gehabt. In erster Linie wegen der Vorbildwirkung für sein Personal. 1987 erfolgte gleichzeitig zum Firmenkonkurs die Scheidung von seiner Frau, mit der der Pat. z.Z. in Lebensgemeinschaft steht. Danach folgte Alkoholkonsum mit Kontrollverlust und Regelmäßigkeit.

In den Jahren darauf ist der Pat. zum Teil arbeitslos und zum Teil angestellt als Hafner gewesen bis 2004. Damals erfolgte der Eintritt in die Fa. seines Neffen als Mechaniker.

Zur Zeit AMS. Pat. kann den Job jederzeit wieder annehmen, hat aber noch ein anderes Angebot für eine Arbeit in der Fa. seines Bruders, welcher aber mit der Bedingung belegt ist, dass er nichts mehr trinkt. Den Job bei seinem Neffen empfindet der Pat. als sehr fordernd, vor allem, da der Pat. an sich selbst sehr hohe Ansprüche stellt und sich damit überfordert. Die Kalibrierung seiner Ansprüche und seiner eigenen Forderung betrachtet der Pat. selbst als wichtiges Ziel zur Wiederaufnahme eines normalen Arbeitsverhältnisses.

Eltern: Beide gesund, Kontakt ist vorhanden.

Geschwister: 3 Geschwister, 1 Bruder, 2 Schwestern. Zum Bruder und zu einer Schwester habe er guten Kontakt, zur anderen Schwester aufgrund von Meinungsverschiedenheiten im Zusammenhang mit dem Erbe, weniger Kontakt.

Alkoholprobleme wer?: Vater, derzeit relativ gut im Griff.

Geisteskrankheiten in der Familie: Nicht bekannt.

Suizide/Suizidversuche in der Familie: Nicht bekannt.

Vorläufige Diagnosen:

Chron. Alkoholkrankheit F10.20

Strukturniveau: Gut Integriert

<p>Inhalte/ Methodik</p>	<p><u>Therapieeinheit</u> Nr. 1.</p> <p><u>Therapieverlauf</u></p>	<p><u>Therapeutischer Hintergrund</u></p>
<p>Gesprächs- führung</p>	<p>Hr. E. kommt mit etwas gebückter Haltung ins Einzelsetting. Die Situation ist ungewohnt und der Pat. betont seine Unsicherheit. Therapeut fordert den Pat. auf, sich im Raum umzusehen und einen Platz im Raum zu suchen. Der Pat. entscheidet sich rasch für eine von mehreren Sitzgelegenheiten. Abklärung des Settings (Rahmenbedingungen, Frequenz, Nachbetreuung, Verschwiegenheit, etc) Den Weg zur Therapie kann der Pat. relativ klar beschreiben Erwartungshaltungen, wirtschaftlicher Leistungsdruck, Konkurs und eheliche Probleme haben den Alkoholkonsum entgleisen lassen. Pat: „Mir ist die Situation entglitten, ich habe die Abhängigkeitsentwicklung nicht gesehen und Alkohol als Problemlöser eingesetzt.“</p>	<p>Die Wahl des Sessels erfolgt relativ entschieden, der Pat wendet den Blick erwartungsvoll dem Therapeuten zu, hält Blickkontakt und ist aufmerksam bei der Abklärung des Settings. Der Pat. wirkt ernst, in seiner Artikulation deutlich und kann die Problemlage klar auf den Punkt bringen.</p>
<p>Körper- Wahrnehm- ungs- angebot</p>	<p>Der Pat. wirkt leicht angetrieben, mit dem Oberkörper wippt er von der Sessellehne vor und zurück, die Hände streichen an den Oberschenkeln auf und ab. <i>Therapeut: „Achten Sie einen Augenblick auf ihre Körperhaltung und Bewegung, ohne sie zu unterbrechen.“</i> Pat. hält inne und nimmt seine Unruhe wahr. <i>Therap.: „Lenken Sie nun ihre Wahrnehmung auf die Füße.“</i> Danach – Überleitung in strukturiertes Angebot: Füße am Boden, Zehen, Ballen und Fersen üben unterschiedlichen Druck auf den Boden aus, Hände streichen langsam und bewusst an den Oberschenkeln auf und ab, Kontakt zur Lehne mit Rücken wahrnehmen. Der Pat lässt sich gut auf das Angebot ein, wird, nach Unterbrechung des Sprechens, ruhiger, richtet sich im Sitzen auf und kann Blickkontakt gut halten.</p>	<p>Mit dem Wahrnehmungs-angebot wird intendiert, dass der Pat. seine Angetriebenheit wahrnimmt und über die bewusste Aufmerksamkeit diverser Körperregionen zur Ruhe gelangen kann.</p>
<p>Gesprächs- führung</p>	<p>Pat. spricht ohne Aufforderung an, dass der Zustand der Spannung im Alltag mit Frustration gekoppelt war und die Spannungslösung durch Alkohol erfolgte. Dies gelang einige Jahre aus dem subjektivem Erleben recht zufriedenstellend, danach setzte aber das Bedürfnis nach mehr Alkoholmenge ein, welches körperliche Probleme (Entzugssymptome, die anfänglich als „Kater“ herabgespielt wurden) und soziale Konflikte (Partnerschaftsprobleme) mit sich brachte.</p>	<p>Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und innerer Unruhe kann von selbst hergestellt werden.</p>
<p>Wahrnehm- ungsübung</p>	<p>Nochmalige bewusste Wahrnehmung der Füße am Boden, Oberschenkel auf Sitzfläche, Rücken an Lehne, Sandsäckchen in Händen zum Zwecke der körperlichen Spannungsregulation.</p>	<p>Pat wirkt gegen Ende der Einheit erleichtert, er habe bisher kaum die Möglichkeit gehabt, diese Probleme und Zusammenhänge zu besprechen.</p>

In den Folgesitzungen wirkt der Pat. immer wieder angespannt. Über Körperwahrnehmung kann ein Bewusstsein hierfür geschaffen werden. Es wird ohne Umschweife von Problemen bezüglich Pflege der Mutter (nach Schlaganfall pflegebedürftig und geistig eingeschränkt) gesprochen. Besonders blockierend und ohnmächtig mache die Rolle des Vaters in diesem Zusammenhang, da dieser in Sturheit und Eigenüberschätzung die professionelle Pflege abwerte, ebenso wie den Patienten. Im Rollenspiel führt der Pat. vor, wie der Vater in wutentbrannter Art mit dem Sohn rede. Der Pat. nimmt hier die Rolle des Vaters ein.

„Du hast nicht zu bestimmen, wie deine Mutter gepflegt wird, du kommst ja mit deinem eigenen Leben nicht zurecht. Hättest du mit der Firma auf mich gehört, wäre nicht alles den Bach runtergegangen.“ Der Pat. stellt sich hierbei als unsicheren Sohn dar, der das Bedürfnis hat zu revoltieren, aber überfordert ist, aufgrund der drückenden Autorität.

In weiteren Therapieeinheiten können Kernsätze formuliert werden, welche an den Vater adressiert werden:

- *Du hast mich nie wertgeschätzt*
- *Meine Leistungen wurden nie anerkannt*
- *Du lässt keine andere Meinung gelten*
- *Jahrelang hast du die Mutter betrogen und wir Kinder haben das mitbekommen*

Die Sätze werden notiert und symbolisch „in der Therapie“ gelassen, was bedeutet, dass sie in eine verschließbare Schachtel gelegt werden.

Anknüpfend an vorhergehende Therapieeinheiten wird immer wieder das Verhältnis zum Vater, welches nach wie vor belastet ist, thematisiert. Die Kernsätze haben nachgewirkt, der Pat. habe sie nochmals in sein Tagebuch notiert und sich damit auch ein wenig Distanz verschaffen.

In einer neuerlichen Auseinandersetzung mit der Verwandtschaft, konnte der Pat verbessert seine innere Spannung und Wut wahrnehmen und kontrollieren, wenngleich er noch immer häufig in die Verteidigerposition gedrängt wird, wenn er vom Vater angegriffen werde. Oft werde der äußere Druck ungefiltert im Inneren fortgesetzt. Aus diesem Umstand initiiere ich (Anm.. Therapeut) ein Wahrnehmungsangebot, welches die Intention innehat, verbessert zwischen äußeren Einflüssen und innerem Erleben zu differenzieren. Arbeit an Außen und Innen:

Abklopfen des Körpers mit Händen im Stehen, der Pat steigt zaghaft (das Abklopfen erfolgt anfangs leicht und langsam) in das Angebot ein. Körpergrenzen wahrnehmen, Augen schließen, nachspüren, danach - mit wieder geöffneten Augen - Dinge die „draußen“ sind wahrnehmen (taktile Wahrnehmung der Möbelstücke, der Wand, Gegenstände,..) ohne zu interpretieren. Innerlich nachspüren („Was geht in mir vor?“. Nochmaliges Abklopfen und Abtasten der Körpergrenzen.

Persönliche Reflexion: Ich sehe zittrige Hände, ein wiederholtes Übereinanderschlagen der Beine und fahriges Bewegungen der Unterarme des Patienten. Dies erzeugt auch auf meiner Seite eine Unruhe, welche ich durch Abklopfen der eigenen Oberschenkel reguliere. Dadurch entsteht in der Interaktion mit dem Patienten eine Beruhigung.

Patient spricht direkt und klar fassbar Konflikt innerhalb der ersten Therapieeinheiten an.

Pat. ordnet in der Folge den Grundbedürfnissen, die in den Kernsätzen stecken, Gegenstände zu (Stein = Wertschätzung, Zapfen = Anerkennung, Ast = Toleranz, Schneckenhaus = Sicherheit und Vertrauen). Somit wird in symbolischer Darstellung „begreifbar“, wonach Hr E. bedarf.

Selbstinitiatives Anknüpfen an Inhalte und Problembereiche aus vorhergehenden Einheiten gut möglich.

Relativ rasche Verbesserung in der Affektwahrnehmung und – regulation.

Angebot dient zur Differenzierung von äußeren und inneren Eindrücken, bei gleichzeitiger Wahrnehmung der Körpergrenzen.

Pat kommt in den Folgesitzungen immer wieder zielgerichtet mit dem „Vaterthema“ in die Therapieeinheit. Der Vater suche Koalitionen mit der großen Schwester, welche wiederum auf das Familienerbe zurückgreifen will. Der Pat ist aufgebracht und hat das Gefühl: „*Ich werde übers Ohr gehauen.*“

In der Symbolisierungsarbeit (szenische Darstellung und Bedeutungsgebung mittels sensumotorischer und sprachlicher Möglichkeiten) wird für den Vater ein großer Stein (*dominant und stur*) genommen, die Schwester wird als Schnur (*Schlange*) dargestellt, der Bruder als Schnecke (*verzieht sich*), die andere Schwester ist eine verwelkte Blume (*keine eigene Meinung mehr*) und er selbst als Plüschaaffe (*wird verschaukelt*) dargestellt.

Der Pat. vermag detailliert die einzelnen Charakteren zu beschreiben und kann am Ende der Einheit auch die Kernforderung an den Vater richten: „*Nimm mich ernst und übersehe mich nicht.*“

Anknüpfende Themen in Folge sind Altlasten in der Familie - der Vater sei zehn Jahre lang „fremdgegangen“ bzw. hat sich überhaupt aus der Ehe verzogen – und eigene Emotionen hierzu.

Pat.: „*Mein Vater ist streng und moralisch, aber nur was die anderen betrifft. Sich selbst hat er immer ausgenommen.*“

Th.: *Sie meinen, er hat seine engen Maßstäbe nur auf andere angewandt.*“

Pat.: „*Ja, genau, selbst ist er fremd gegangen, hat meine Mutter belogen und jahrelang hintergangen, aber von uns Kindern wollte er immer Ehrlichkeit und Hörigkeit.*“ (Stimme des Pat. wird zittrig, Hände ballen sich zu Fäusten)

Th.: *Dass der Vater mit zweierlei Maß gemessen hat, macht sie ärgerlich.*

Pat.: *Ja, wenn ich mir das nüchtern anschau, kommt mir der kalte Zorn hoch.*

Th.: *Spüren sie genauer, wo sich der Zorn körperlich bemerkbar macht.*

Pat.: *Meine Hände verkrampfen sich, ich mache eine Faust, mein Oberkörper wippt nervös und im Gesicht bemerke ich ein verkrampftes Verziehen der Mundregion, es ist als ob ich lächeln müsste, aber es ist mir nicht zum Lächeln.*“

Th.: *So ähnlich wie: Gute Miene zum schlechten Spiel.*

Pat.: *Genau und das habe ich satt.*

Th.: *Lenken sie die Aufmerksamkeit nochmals auf die Hände, verstärken Sie die Faust (...) lassen sie wieder locker. (...) richten Sie die Aufmerksamkeit auf die Haltung des Oberkörpers. (...) verstärken Sie das Wippen (...) schwächen Sie es ab.*

Pat.: *Ist es möglich meine Gefühle über den Körper zu beeinflussen ?*

Persönliche Reflexion: Nach anfänglicher Unsicherheit gelange ich vermehrt zur Überzeugung, dass dem Patienten auch in der konfrontativen Vorgangsweise etwas zuzutrauen sei. Meine Haltung ist immer wieder von Zuversicht, aber auch von dem Drang den Patienten zu aktivieren getragen. Ich sehe mich teilweise als Mentor, kann mich aber auch gegebenenfalls zurückziehen. Hr. E wird im Laufe der ersten Therapieeinheiten lockerer, kann auch gelegentlich Humor einfließen lassen, schüttelt aber immer wieder ungläubig den Kopf über seinen Suchterwerb, den er erst so spät abschätzen konnte. Durch seine moralische Haltung und Selbstverurteilung entsteht meinerseits gelegentlich Unruhe und das Bedürfnis, die Aufmerksamkeit des Patienten auf den neurotischen Grundkonflikt, im Sinne eines rigiden Über-Ichs, zu lenken.

Nach anfänglichem Zögern kann Symbolisierungsangebot gut angenommen werden, Pat findet relativ zielgerichtet Gegenstände, Assoziationen entstehen frei. Symbolisierung im Sinne einer Möglichkeit des Phantasierens statt Ausagierens auf der Beziehungsebene.

Der neurotische Konflikt wird immer klarer und für den Therapeuten gut fassbar.

Hr. E. nimmt Emotionen wahr und benennt sie.

In der Gegenübertragung entsteht Verständnis und gleichzeitig ein wenig Ärger über die „allzu“ späten Erkenntnisse. Diese Gefühle motivieren mich (Anm.: Therapeut)aktiv zu werden und über Körperwahrnehmung den Emotionen des Pat. einen höheren Stellenwert einzuräumen und die Regulation zu fördern.

<p><u>Inhalt/ Methode</u></p> <p>Symbolisierung Anhand von Vergegen- ständlichung von Prozessen mit dem Ziel der Reflexion und Distanzierung</p> <p>Verbalisierung</p>	<p><u>Therapieeinheit</u> Nr. 10</p> <p><u>Therapieverlauf:</u></p> <p>Hr. E. hat kein Problem abstinent zu sein, dennoch ist es ihm ein Bedürfnis die bisherige Abstinenzzeit zu reflektieren.</p> <p>Mit einem Seil wird die Wegstrecke dargestellt, wobei der Pat längere Zeit braucht, um den Weg darzustellen und fast perfektionistische Ansprüche stellt.</p> <p>Dargestellt wird ein vorerst sehr gerader Weg, bei dem „alles stetig“ bergauf geht. Eine kleine Schlinge schleicht sich in dem Moment ins Muster, als der Pat. bemerkt, dass die Aussicht bzgl. Arbeit eine Umorientierung erfordert, er nicht mit dem gleichen Anspruch und Ehrgeiz am Arbeitsmarkt Fuß fassen kann und er unschlüssig wird. Eine immer wieder begleitende Hürde sind die Konflikte mit dem Vater, die in der Therapie eine Auseinandersetzung darstellen aber vor allem in der realen Begegnung hohe Abgrenzung erfordert. Symbolisiert wird die „innere“ (wütend und laut) und „äußere“ (<i>kleinlaut</i>) Begegnung mit dem Vater mit Steinen unterschiedlicher Dimension und Beschaffenheit.</p> <p>Während den Wochenendausgängen und nach der stationären Therapie markieren verschiedene Belastungen den Weg, auch gibt es Versuchungen bzgl. Alkoholkonsums. Er stellt dafür einen glitzernden Stein als Symbol für Verlockung aber auch als Selbstaufwertung für <i>Widerstehen können</i> an die Stelle des Seiles.</p> <p>Schließlich werden noch stützende Personen (Partnerin, Bruder, Kollege in der Therapie) und Umstände (stat. Therapie, Schuldenregelung, Gesundheitszustand, etc) in Form von Symbolen dargestellt und in die Gesamtdarstellung eingefügt.</p>	<p><u>Therapeutischer Hintergrund</u></p> <p>Pat entwickelt einen hohen Ehrgeiz bezüglich Aufarbeitung seines Abhängigkeitserwerbs.</p> <p>In der Gegenübertragung entsteht gelegentlich das Gefühl einer Leistungseinforderung, das heißt der Pat scheint auf mich (Anm. Therap.) Druck zu machen, mehr Tempo in der Aufarbeitung vorzugeben. In der Körperresonanz entsteht Unruhe. Auf die eigene Unruhe aufmerksam geworden, folgt ein betont langsames Vorgehen, um nicht die Problematik der Leistungsorientierung des Pat. zu übernehmen.</p> <p>Pat. vermag Kernthemen herauszuarbeiten und einzelne Problembereiche gut abgegrenzt darzustellen.</p> <p>Die Dynamik der Suchterkrankung mit Reizkoppelung und Rückgriff auf alte Bewältigungsmuster kann aus guter innerer Distanz auch in realen Situationen reflektiert werden</p> <p>Ressourcenorientierte Arbeit: Pat. zeigt sich positiv gestimmt und empfindet Stolz über die Veränderungen, die er auch seiner Eigeninitiative zuschreibt.</p>
--	---	--

<p>Körperwahrnehmung</p> <p>Verbalisierung</p> <p>Bewegungsangebot</p>	<p><u>Therapieeinheit</u> Nr. 11</p> <p><u>Therapieverlauf:</u></p> <p>Hr. E. wirkt ein wenig angetrieben und ist laut eigenen Angaben etwas unruhiger als sonst. Der Pat. wird aufgefordert, Platz zu nehmen, sodass er bewusst eine entspannte Sitzposition einnehmen kann. Mehrmals werden die Haltung und die Körperwahrnehmung auf der Sitzfläche überprüft.</p> <p>Der Pat wird etwas ruhiger und beginnt zu erzählen, dass er sich mit seiner Schwester überworfen habe, ein Umstand, der mit dem Vater zusammenhänge, da die jüngere Schwester immer massiv zu diesem gehalten hätte. Der Pat. hatte ihr vorgeworfen, dass sie wegen des Hauses am Land zur „Erschleicherin“ geworden wäre und keinen Charakter habe. Er sei auch zornig geworden und habe sich im Ton vergriffen.</p> <p>Früher hätte er sich nach einem solchen Vorfall massiv betrunken, da die Spannung im nüchternen Zustand nicht regulierbar gewesen wäre. Diesmal sei er nach Hause gefahren und habe alles seiner Frau erzählt. Diese habe ihm geraten, den Kontakt bis auf weiteres abubrechen.</p> <p>Hrn. E. falle dies schwer, da er seine Schwester prinzipiell mag, dies aber nicht artikulieren kann, wiewohl er nie gelernt habe, Emotionen in seiner Herkunftsfamilie zum Ausdruck zu bringen - außer in Form von Wut und Anspannung.</p> <p>Im weiteren Gesprächsverlauf wird deutlich, dass es dem Patienten unzureichend gelinge, Verantwortung abzugeben und sich von der Schwester abzugrenzen.</p> <p>Im Bewegungsangebot wird dem Patienten ein Ball gegeben, mit der Aufforderung ihn nach taktiler Wahrnehmung wieder zurückzugeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ „Geben und Nehmen“ als Körperwahrnehmung ○ Innehalten und Körperresonanz nachspüren ○ Emotionale Befindlichkeit wahrnehmen und verbalisieren <p>Pat. stellt fest, dass das „Abgeben“ generell eine Überwindung aber auch eine Erleichterung darstelle, er fühle sich ruhiger und zuversichtlich.</p>	<p>Unruhe wird körperlich verbessert wahrgenommen und geortet.</p> <p>Der Patient steuert selbständig das Gespräch, kann Gedanken gut formulieren, ist affizierbar und hält inne, um Blickkontakt mit Therapeuten zu suchen.</p> <p>In der Gegenübertragung sehe ich mich (Therapeut) leicht unter Druck gesetzt, der Pat wirkt fordernd, um Ratschläge bittend. Da es aber für den Pat. einen Entwicklungsschritt bedeute, Selbstverantwortung zu übernehmen, wird den unausgesprochenen Forderungen nach Tipps und Bewältigungsstrategien nicht nachgegeben. Zudem ermöglicht das gute Strukturniveau eine Konfrontation mit der Eigeninitiative. Der Umstand eigensinnig zu agieren und Verantwortung nicht abgeben zu können, führt zum Bewegungsangebot : „Geben und Nehmen“</p> <p>Bewegungsangebot kann gut angenommen werden, der Pat stellt sich auf die Körperwahrnehmung verbessert ein und kann ausgelöste Emotionen verbalisieren.</p>
--	--	---

<p>Inhalte/ Methodik</p> <p>Gesprächs- führung</p> <p>Bewegungs- angebot</p> <p>Wahr- nehmung</p> <p>Gesprächs- führung</p>	<p><u>Therapieeinheit</u> Nr. 12</p> <p><u>Therapieverlauf</u></p> <p>Hr. E. reflektiert seine Krisenzeiten in Zusammenhang mit „Trinkentgleisungen“. Vielfach habe er sich „gehen lassen“ und keine Lust mehr empfunden, zu funktionieren. Im nüchternen Zustand ist er penibel und möchte alles „richtig“ machen.</p> <p>Zwei Kreise (mit Seilen am Boden skizziert) werden aufgelegt, der Pat stellt sich in den „Funktionieren-Kreis“ und in den „Ich bin für mich verantwortlich – Gelassenheits“ Kreis. Der Pat. muss bei dem Angebot schmunzeln, es entsteht eine zunehmend entspannte Atmosphäre.</p> <p>Der Pat nimmt die Haltung des „Funktionierens“ ein und verkrampft sich sofort, er habe das Gefühl, Haltung bewahren zu müssen und sich aufrecht zu halten. Verspannungen werden im Bereich des Rückens, der Schultern und auch im Gesichtsbereich spürbar.</p> <p>Im anderen Kreis kann der Pat. eine lockerere Haltung einnehmen. Die angespannte Haltung wird aufgelöst, das Gewicht eher auf das rechte Standbein verlegt. Er fühle sich leichter, aber auch ein wenig müde.</p> <p>Der Pat wechselt in der Folge mehrmals von Kreis zu Kreis und ist selbst verblüfft, wie veränderbar Haltung und das Körpergefühl bei bewusster Steuerung erscheint.</p> <p>Thematisiert wird unter anderem, dass die Müdigkeit in dem - an sich - entspannten Bereich deutlich zum Vorschein kommt, dass das „Funktionieren“ keine Erschöpfung zulässt. Die jahrelange Überlastungssituation in Verbindung mit Anspannung und Alkoholmissbrauch wird deutlich, der Pat. formuliert diesbezügliche Bedrückung.</p>	<p><u>Therapeutischer Hintergrund</u></p> <p>Das „Funktionieren“ scheint ein wichtiges Thema für den Pat. zu sein. In der Körperhaltung wird deutlich, mit welcher Anspannung dies verbunden ist. In der eigenen (Anm.: Therapeut) Körperresonanz ist leichte Anspannung, ob der korrekten aber verkrampften Herangehensweise des Pat. spürbar. Dies veranlasst, nicht im Gespräch zu „verharren“, sondern ein Angebot zu setzen.</p> <p>Dem Pat. wird schlagartig bewusst, wie sich seine Rolle bzw. Haltung im körperlichen Bereich bzgl. Verspannung auswirkt.</p> <p>Auseinandersetzung mit Verkrampfung im Alltagsleben und Trinkverhalten, welches Entspannung hervorrufen sollte.</p> <p>Erkenntnisgewinn über Bewegungsangebot und Auswirkungen auf Emotionalität für Pat. sichtbar. Die Stimmung gegen Ende der Einheit ist freudig erregt. Auch auf meiner Seite (Anm.: Therapeut) kann ich Erleichterung spüren, die Reaktion verdeutlicht mir, dass die Intervention passend war.</p>
---	---	---

Hr. E. zeigt sich in der Folge stabil, er finde sich auch mit der Nikotinabstinenz gut zurecht und kann selbst nicht nachvollziehen, warum er erst jetzt in fortgeschrittenem Alter begonnen hat, Suchtmittel konsequent abzusetzen.

Bisher hatte er sich immer wieder von äußeren Belastungen „überrollen“ lassen und sich in die Enge getrieben gefühlt, sodass er im Alkohol subjektive Auszeit gesucht hatte.

Aus dem subjektiven Erleben von Engegefühl entwickelt sich folgendes Bewegungsangebot: der Pat. nimmt nach Anleitung eine lockere Haltung ein: Platz suchen im Raum, Abstand zu Wand und beengenden Elementen wird abgeschätzt, ausprobiert. Schütteln, ausklopfen, Bewegungsimpulsen wird nachgegeben.

Im Kontrast wird eine starre Haltung in der Ecke (in die Enge getrieben) eingenommen und Gefühle (Ohnmacht, Ärger, Wut) dazu assoziiert. Pat. verfügt immer noch über eine leicht getriebene, nervöse Grundhaltung, Enge und bedrohliche Umwelt bleiben ein Thema in Zusammenhang mit geringer Selbstgestaltungsmöglichkeit.

Anschließend: wieder offene Haltung, guter Stand, Bewegungsfreiheit.

In der Reflexion wird der größere Handlungsspielraum ohne Suchtmittel erkannt.

Hr. E. berichtet in Folgesitzungen von einem belastenden, innerfamiliären Konflikt, es handle sich um die Obsorge der Mutter und die störrische Haltung des Vaters, welcher mit Verfolgungstendenzen seine Umwelt belastet und immer wieder die Betreuer der behinderten Mutter verjagt.

In der Familie wird die Besachwalterung des Vaters diskutiert, eine Schwester des Pat. war allerdings über diese Überlegung empört, sodass ein wilder Streit entfachte.

Zur Symbolisierung (szenische Darstellung zur Vergegenständlichung und Ordnung von Handlungsabläufen und Interaktionen) werden Gegenstände für die Protagonisten gewählt, der Pat. legt die Gegenstände (Holzhaus, Schachtel, Ast, Stein, Glitzermurmeln), ordnet sie den Familienmitgliedern zu, nimmt sie einzeln in die Hand, spricht über das Verhältnis und ordnet die Symbole wieder neu an. Der Bruder scheint eine wichtige Rolle einzunehmen und wird als größte Stütze hervorgehoben.

In der Auseinandersetzung geht es auch um die richtige Distanz zu Problemstellungen, der Pat. habe sich immer stark involviert, wobei ihn fehlende Abgrenzung nervlich stark belastet hatten.

Benennung der Umstände, die eine Distanzierung möglich machen:

- Abstinenz
- Aufbau eigener Freizeitstruktur
- Bewegung, um Kopf frei zu bekommen
- Einnehmen einer Beobachterrolle

Pat. tritt als „Experte“ für Suchtzusammenhänge auf, und kommt mit Erkenntnissen in die Therapieeinheit.

Körper- bzw Bewegungsangebote stoßen immer wieder auf eine gewisse Hemmungen, der Pat. hat nach wie vor Defizite im taktilkinästhetischen und propriozeptiven Wahrnehmungsbe- reich.

Gespräch entlastet den Pat. und schafft Möglichkeit der Distanzierung.

Pat. beschleunigt den Sprechduktus und zeigt ambivalente Gefühle gegenüber verschiedenen Familienmitgliedern. Symbolisierung dient durch taktile Wahrnehmung und Assoziationen zur Temporeduktion in der Auseinandersetzung mit Beziehungsrelationen

Konkretisierung von Handlungsschritten gut möglich.

<p>Inhalte/ Methodik</p> <p>Gesprächs- führung</p> <p>Symboli- sierung</p>	<p><u>Therapieeinheit</u> Nr. 20</p> <p><u>Therapieverlauf</u></p> <p>Hr. E. berichtet von seinen Zukunftsplänen, er möchte nicht mehr schwer arbeiten, als gelernter Fliesenleger und Hafner war er über Jahrzehnte gewohnt, sich körperlich zu verausgaben. Zusätzlich hatte er Bier getrunken, um häufig über die Belastungsgrenze gehen zu können - „<i>Um Schmerz nicht zu spüren.</i>“</p> <p>Thema: Wiederholte Vorsätze vs. neue Ansätze</p> <p>Zur Symbolisierung werden für die wichtigen Zukunftspläne Gegenstände gewählt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Stein</u> – Beziehung: langjährige Beziehung braucht von Zeit zu Zeit neue Perspektiven, zumal nach dem Wegfall des Alkoholproblems auch ein bindendes Problemthema ausgeräumt scheint. Auch der Bereich der Sexualität muss neu entdeckt werden. ○ <u>Ast</u> – Beruflich habe der Pat konkrete Pläne, sich an einer Firma mit seiner Konzession zu beteiligen und nur mehr organisierende Tätigkeiten zu übernehmen ○ <u>Muschel</u> – Reisen, der Pat habe in den letzten Jahren viele Entdeckungsmöglichkeiten vernachlässigt und möchte mehr reisen ○ <u>Kleine Schachtel</u> – Innere Distanz zum Vater und dessen projizierten Leistungsansprüchen <p>Der Pat betrachtet die symbolische Darstellung aus der Distanz, kann ein „inneres Foto“ speichern.</p>	<p><u>Therapeutischer Hintergrund</u></p> <p>In der Gegenübertragung macht sich Langeweile und Abnützung breit, ob der Wiederholungen. Der Pat. scheint aber neue Tatkraft zu schöpfen und wirkt angetrieben. Somit handelt es sich um eine komplementäre Gegenübertragung, der Therapeut reagiert auf die Ankündigung wie sein äußeres Umfeld: mit Übermüdung. Als Konsequenz wird der Pat. damit konfrontiert und kann die Rückmeldung humorvoll aufnehmen sowie als hilfreich erkennen.</p> <p>Symbolisierung der Zukunftsfelder, als nochmalige äußere Ordnung innerer Gedanken und Vorhaben, welche über visuelle und taktile Wahrnehmung begreifbar, gegenständlich werden.</p>
--	--	---

In der Folge werden verschiedene Inhalte schwerpunktmäßig bearbeitet.

Thema: Wut und Regulation

Wie kann ich mich artikulieren, wann sag ich was, wem?

Pat sucht sich einen Gegenstand, um den Vater zu symbolisieren. Der gewählte Stein wird aus großer Distanz betrachtet.

Symbolisierung fällt dem Pat. deutlich leichter, taktile und optische Wahrnehmung werden ohne Anregung vollzogen.

Pat spricht über Sturheit und das Unvermögen des Vaters auf den Sohn einzugehen, Kindheitserlebnisse werden thematisiert auch Ignoranz ist immer wieder Thema.

Pat kann ohne Anstoß für sich beschließen, dass er dem Vater seine bewusste Distanz sachlich erklären wird.

Thematisierung der Partnerschaft: Hr. E. habe sich durch sein jahrelanges Trinkverhalten eine eher defensive Rolle angeeignet. Er sei seiner Frau oft aus dem Weg gegangen und habe zeitweise zu wenig Initiative gezeigt. Ein Gespräch über dieses Verhalten sei selten möglich gewesen, da er immer wieder in Rechtfertigungsmuster aufgrund der Vorhaltungen verfallen war.

Verbesserte Möglichkeit der Selbstreflexion in der Beziehung zu anderen.

Thema: Schuld und Defensive:

Im Bewegungsangebot soll aus einer Reihe von Gegenständen etwas „angeboten“ werden. Der Pat hat die Aufgabe eine kleine Sequenz anzuregen, einen Gegenstand „herzugeben“, etwas zu gestalten.

Offene, wenig strukturierte Angebote auf der Handlungsebene möglich und sinnvoll.

Der Pat. zögert lange und verharrt in Regungslosigkeit. Schließlich legt er mit Muscheln ein Muster und reicht die Schachtel mit Muscheln dem Therapeuten, sodass dieser eine Muschel hinzufügen kann.

Nach anfänglichen Unsicherheiten entsteht ein non-verbaler Dialog, Pat. ist überrascht wie wenig es braucht, um etwas zu initiieren.

Verbesserte Initiative und Selbstsicherheit in der Kommunikation.

Persönliche Reflexion: Meine therapeutische Beziehung dem Patienten gegenüber hat sich von einer anfänglich etwas verkrampften und durch Hemmung getragenen Haltung hin zu einer vertrauten und aktiven Interaktion entwickelt. Die oftmals thematisierten Vorsätze und Selbstvorwürfe des Hrn. E. haben bei mir eine Ungeduld aufkommen lassen, die über eigene Körperberuhigung (Oberschenkel abklopfen, abstreichen) aufgelöst werden konnte. Gelegentlich gelang es mir über ein Bewegungsangebot in die nonverbale Interaktion zu treten.

Trotz des tatsächlichen Altersunterschieds haben sich immer wieder väterliche Gefühle dem Patienten gegenüber ergeben, was ich dahingehend interpretiere, dass die Loslösung vom autoritären, „nicht ausreichend guten“ Vater nicht gelungen sei und eine Ersatzvaterrolle bezüglich empathischer Fürsorge zeitweise gesucht wurde. Die Arbeit mit Hrn. E. war fruchtbringend und besonders im Wahrnehmungs- und interaktiven Erfahrungsbereich kam es immer wieder zu vertieften Erkenntnissen.

Der Pat ist weiterhin in psychotherapeutischer Behandlung, die Besuchsfrequenz wurde nach einem Jahr auf vierzehntägig erweitert. Der Pat blieb über die gesamte Behandlungszeit rückfallsfrei. Inhalte wurden aktiv eingebracht, eine Außenansicht innerer Konflikt ist gesichert möglich.

8.1.2 Fallverlauf: Hr. O oder die Verzweiflung an den anderen

Herr O., geb. am xx.xx.1964, kommt vereinbarungsgemäß und nüchtern zur bislang ersten stationären Langzeitalkoholentwöhnungs-behandlung.

Als Motivation wird angegeben, dass zuletzt die Beziehung stark gelitten habe und der Pat. „Filmrisse“ und Verhaltensentgleisungen nicht mehr erleben will.

Kurze Anamnese: Der Patient kam in OÖ zur Welt, verbrachte sein Kindheit hin und her gerissen zwischen Heimen, Internaten und dem Elternhaus (mit einem älteren Bruder), da die Eltern sich scheiden ließen. Die Mutter heiratete erneut, als der Patient 12 J. alt war, er kam nach Hause zurück, zeigte sich verhaltensauffällig und kam in der Folge in ein heilpädagogisches Kinderheim für Schwererziehbare. Dort wurde er über die Dauer eines ¾ J. von einem Heimerzieher sexuell missbraucht (dieser Fall sei auch in den Medien gewesen – er selbst habe dazu damals keine Angaben gemacht).

Nach diesem Heimaufenthalt kam Hr. O. wieder ins Elternhaus zurück, von dort in ein Lehrlingsheim in Wien.

Mit 17 J. hätte er sich vom Jugendamt „großjährig“ schreiben lassen, er habe keinen Beruf ausgelernt, sein Leben lang gejobbt, bis er Anfang der 90er eine Ausbildung im EDV-Bereich absolvierte.

Der Patient war 2 x verheiratet, die erste Frau verstarb nach 4-jähr. Ehe an Leukämie, mit der zweiten Frau verband ihn lediglich eine Staatsbürgerschaftsehe, die nach 5 J. geschieden wurde.

Seit 7 J. hatte der Patient eine Lebensgemeinschaft, die vor 2 W. zu Bruch ging. Er hat keine Kinder.

Seine Kindheit beschreibt er insgesamt als gewaltbesetzt und autoritär, schildert Szenen wie den oben erwähnten ersten Rausch, wobei ihn seine Mutter zum Schnapstrinken gezwungen habe und in der Folge dazu gezwungen habe, das Erbrochene selbst aufzuwischen.

Aus diesen und anderen Gründen habe er im Alter von 17 J. seinen ersten (und bislang einzigen) SMV mit Pfefferminztee und 50 Tab. Tegretol unternommen.

Familienanamnese bez. psychiatrischer Erkrankungen, Suchterkrankungen:

Soweit negativ.

Vorläufige Diagnosen:

Chron. Alkoholkrankheit

Nikotinabhängigkeit

V.a. narzisstische Persönlichkeitszüge

Strukturniveau: Mäßig integriert

<u>Inhalte/ Methodik</u>	Therapieeinheit Nr. 1	<u>Therapeutischer Hintergrund</u>
Erst- gespräch	<u>Therapieverlauf</u> Hr. O wirkt etwas angespannt, er trage die gesamte Anfangszeit der stat. Therapie über Abbruchgedanken mit sich herum. Die therapeutischen Interventionen finden für den Pat. zu zaghaft statt. Es gibt keine Ausruhfelder, das Klima sei belastend, innerliche Unruhe wechsele mit resignativer Stimmung.	Pat. wirkt sehr misstrauisch, Entwertungstendenzen sind spürbar, lösen in meiner (Anm.: Therapeut) Körperresonanz Anspannung aus. In der Sitzhaltung verharre ich in unbequemer, schräger (an der Sessellehne vom Pat. weggereicht) Stellung. Als Konsequenz wird das Angebot an den Pat. gestellt sich einen geeigneten Sitzplatz zu suchen.
Bewegungsan- gebot	Der Pat wird aufgefordert sich langsam einzufinden und einen geeigneten Sitzplatz auszusuchen. Hr. O. probiert nur einen Sessel aus, verrückt diesen aber. Der Therapeut versucht sich auch einzurichten und die Distanz zu regulieren. Durch die Körpergröße des Pat (2m) wird eine größere Distanz in der Diagonale des Raumes gewählt, der Pat. kann den Abstand korrigieren, rückt den Sessel ein wenig vor und zurück. Danach wird eine entspannte Körperhaltung „gesucht“, der Pat wird mit ruhiger Stimme begleitet, um die Wahrnehmung auf Fußsohlen, Unterseite der Oberschenkel und Rücken zu lenken.	Der Pat rückt mir (Anm.: Therapeut) ein wenig „zu Leibe“, was der fordernden Haltung entspricht. Daher ist es von Beginn an wichtig, die Nähe-Distanzregulierung zu steuern.
Therapiege- spräch	Er möchte gar nicht so viel über seine Person erzählen, da ihn die aktuellen Sorgen zu stark belasten, wird dann aber zugleich ganz „persönlich“, indem er schildert dass seine Beziehung aufgrund von nicht vollzogener Sexualität im Begriffe des Scheiterns ist. Pat wird schneller im Redefluss und kann sich schwer einbremsen. Aktuell sei er mit Obdachlosigkeit belastet, auch körperlich gebe es eine Menge Beschwerden, wobei Entzugssymptomatik auffällig klar verneint wird.	Pat kommt nur kurzfristig zu mehr Ruhe.
Bewegungsan- gebot	Dem Patienten wird ein Ball gegeben, mit dem Angebot, diesen die Unterarme hinauf- und hinunter zu rollen. Der Pat reagiert anfänglich ablehnend, zögert und kann erst in das Bewegungsangebot einsteigen, als der Therapeut an den eigenen Unterarmen ebenfalls einen Ball auf und abrollt. Eine ergänzende Erklärung für das Angebot (dass nämlich bei dem Auf- und Abrollen Vorsicht und langsames Vorgehen notwendig ist) wirkt auf den Pat. entschleunigend. Der Pat. wirkt gegen Ende der Einheit ein wenig ruhiger, vereinbart werden für die nächste Einheit, kleine und langsamere Schritte in der Aufarbeitung, welche sicherer scheinen.	Es wird thematisch eingelenkt, sodass der Pat Themen der Intimität nicht näher im Erstgespräch ausführt. Bewegungsangebot zur Abgrenzung und verbesserten Selbstwahrnehmung. Dem Pat. droht das Gespräch auszufern: nur Überschriften haben in der Erstbegegnung Platz, langsames Spüren von Körpergrenzen anstatt ausufernder Ausführungen.

In der Folgesitzung berichtet der Pat. in Eigeninitiative, dass er bis kurz vor der Aufnahme noch ca. 20 Fl. Bier täglich getrunken habe, gelegentlich auch Schnaps, er habe sich hinter dem PC hinter einer rein virtuellen Welt verschanzt, um sich nicht mit den „äußeren“ Problemen auseinandersetzen zu müssen.

Wahrnehmungsübung: Raum - Bewegungsangebot: Abtasten der Wände, wie wirkt das Außen auf mein „Innen“ – der Pat findet schwer Worte für Befindlichkeiten, tendiert immer wieder dazu, ausufernd und ausschweifend von verschiedenen Sorgen zu sprechen.

Pat wird im Redefluss gestoppt es wird vereinbart, das Tempo – welches er sich unter Druck selbst vorzugeben scheint – zu drosseln.

Hr. O berichtet aktuell von schwierigen Telefongesprächen mit der Freundin, welche sich trennen wolle. Er habe geglaubt durch seinen Schritt in die Therapie, wieder einen Zusammenhalt bzw. eine Weiterführung der Beziehung erreichen zu können. Der Pat wirkt einerseits gedrückt, spricht andererseits abwertend über die Freundin. Narzisstische getönte Aussagen, wie „die hat so was wie mich ohnehin nicht verdient“, dringen in Nebensätzen immer wieder durch.

Hr. O versucht in den Folgeeinheiten in groben Zügen einen biographischen Überblick zu geben, wobei er mehrmals eingebremst werden muss und gewisse Verständnisfragen notwendig sind.

Besonders die verwaorloste Kindheit und massive Zeichen der Verhaltensauffälligkeit werden thematisiert. Mehrere Jugendheime und abgebrochene Schul- bzw. Berufsausbildungen folgten, der Pat konnte sich nicht integrieren, phasenweise wurde er zuhause wieder aufgenommen, dort aber massiv eingeschränkt, schon als Kind viel geschlagen. Der Pat erzählt dies und versucht Emotionen deutlich zurückzuhalten, ein Zittern an den Händen ist bemerkbar. Stabilisierendes Bewegungsangebot über Sandsäckchen und Bälle diverser Oberflächenbeschaffenheit und Konzentration auf taktile Wahrnehmung, sowie Erspüren der Körpergrenzen.

Thematisiert werden in der Folge fehlende intakte Bindungen zu anderen, der Pat sei in seiner Bedürftigkeit nie wahrgenommen worden und habe immer eine tiefe Einsamkeit und Verzweiflung gespürt.

Der Pat. wird in der Folge emotional betroffener und wundert sich selbst über seine – wie er betont - „Übersensibilität“.

Entlastung kann über Bewegungsangebot im „sicheren Stand“ hergestellt werden.

Hr. O. kommt in der achten Therapieeinheit auf das Thema zu sprechen, warum die Sexualität eingeschränkt sei und die Beziehung beeinträchtigt hatte. Er müsse sich einer Fimosenoperation unterziehen und schiebe dies schon Jahrzehnte auf. Der Grund für die Hemmung liegt in den sexuellen Missbrauchserfahrungen im Heim. Hier bebte der Pat und wird zusehends unsicherer und flacher in der Atmung – bisher habe er dieses heikle Thema nie ernsthaft artikulieren können. Der Pat setzt zu detaillierten Ausführungen an, wird

Offenbar existiert bei dem Pat. eine strikte Trennung zwischen Innen und Außenwelt, wobei Verbindungen nur eingeschränkt herstellbar sind. Aus dieser Vermutung leitet sich das Angebot „Innen – Außen „ ab.

Therapeut sieht sich veranlasst, den Pat. immer wieder zu leiten, ein Tempo vorzugeben, Wahrnehmungsangebote strukturiert vorzugeben.

In der Gegenübertragung entsteht Verwirrung und leichte Anspannung aufgrund der unklaren Ausführungen. Die Konkordanz der Gegenübertragung liegt in der gleichartigen Verwirrung des Patienten, der immer wieder sprunghaft und nervös imponiert.

Mehrfach Körperangebote zur Stabilisierung indiziert.

Mir (Anm.: Therapeut) wird bewusst wie wichtig die Beziehungsanbahnung für eine therapeutische Aufarbeitung wird, daher höchst mögliche Aufmerksamkeit und Empathie im Sinne der Möglichkeit einer korrigierenden Erfahrung .

Affektregulation eingeschränkt möglich.

jedoch von der therapeutischen Seite gebremst, da eine Retraumatisierung zu befürchten ist.

Stützendes Bewegungsangebot: An der Wand lehnen, Knöchel an Unter- und Oberarmen abtasten, Rücken spüren, Stab als zusätzliche Stütze. Arbeit mit Stab im Raum: Der Patient wählt einen langen Stab, mit der Möglichkeit Gewicht abzugeben und Stütze zu erfahren. Therapeut hält zusätzlich Stab, sodass für den Patienten erfahren wird, dass er auch von seinem Therapeuten gestützt wird: auf Stand achten und Boden gut wahrnehmen.

Therapeutische Abfederung in der Auseinandersetzung mit traumatisierenden Erfahrungen notwendig. Hohes Maß an Aufmerksamkeit und Konzentration auf den Pat. notwendig.

Persönliche Reflexion: In dieser Phase war meine Aufmerksamkeit sehr wichtig und das genaue Achten auf körperliche Reaktionen (Pat. begann zu zittern) war vertrauensbildend, da der Patient die Erfahrung machte, dass er in seiner Thematik ernst genommen wird, ohne dass eine „Katastrophe“ ausbrechen muss. Es ist mir anfänglich ein wenig schwer gefallen, gleich zum Bewegungsangebot überzuleiten, besonders das zusätzliche Halten des Stabes kostete Überwindung, da eine spezifische Nähe zu dem Patienten entstand. Da diese aber in keiner Weise übergriffig war, konnte Hr. O. das Bewegungsangebot als stützend und die therapeutische Beziehung als gefestigt erleben.

Ich habe meine Unsicherheit und Ungeduld (der Pat. war besonders anfänglich sehr überprüfend) immer wieder reguliert, indem ich die Füße ausreichend gut am Boden wahrgenommen habe, um auch den Halt des festen Bodens zu spüren – stellvertretend Boden unter den Füßen zu behalten.

<p><u>Inhalte/ Methodik</u></p> <p>Gesprächs- führung</p> <p>Körperan- gebot</p>	<p>Therapieeinheit Nr. 9</p> <p><u>Therapieverlauf</u></p> <p>Hr. O. berichtet von der Entscheidung, sich einer Fimosenoperation zu unterziehen. Er möchte dies noch während der stat. Therapie durchführen lassen und ist der Ansicht, dass dieses heikle Thema auch gut in der Einzeltherapie besprechbar wird.</p> <p>Pat. berichtet, dass er für seine Operation nächste Woche eingeschoben werden kann. Er sei ein wenig aufgeregt und sehe dies aber als große Chance an, „Altlasten“ loszuwerden. Zum Thema werden die „heiklen Traumatisierungen“ im Jugendheim, der Pat. fühle sich jetzt gestärkt, um darauf einzugehen, dh. er möchte den geschützten Bereich der Therapie nutzen, um die quälenden Konflikte zu besprechen. Er sei systematisch von den Heimerziehern sexuell missbraucht worden, wobei ein perfides System des Wegschauens und Deckens gegriffen habe und all jene, denen er sich anvertrauen wollte, ihn zusätzlich gepeinigt hätten.</p> <p>Zwischendurch Achtung auf Sitzposition und Atmung, sowie Stand. Der Pat kann die Körperwahrnehmungsangebote durchaus brauchbar integrieren, benötigt aber verbale Strukturierung.</p> <p>Tränen, die kommen, können zugelassen werden, ohne dass der Patient überflutet wird. In Bezug auf frühere Therapiesequenzen wird dem Pat. ein Sandsäckchen gereicht, welches auf Oberarme und Oberschenkel wechselnd aufgelegt wird.</p>	<p><u>Therapeutischer Hintergrund</u></p> <p>Vertrauensbasis zwischen Klient u. Therapeut hergestellt, Pat. kann deutlich von Abwertungen in der Therapie abgehen.</p> <p>In der konkordanten Gegenübertragung entsteht leichte Ängstlichkeit, ob des genauen Abwägens des Zustands des Pat. Auch der Pat. wirkt verunsichert-ängstlich, da er die sexuellen Übergriffe bisher noch nicht zum Thema gemacht habe. Als Konsequenz wird dem Patienten versichert, dass rechtzeitig eingelenkt wird, falls eine psychische Destabilisierung drohe. Zusätzlich wird der Pat. durch Körperwahrnehmung stabilisiert.</p> <p>Aufarbeitung traumatisierender Erlebnisse im Gespräch. Bewegungsangebot kann aufbauend auf bisherige Erfahrungen selbstständig genutzt werden. Körpergrenzen wahrnehmen, im Sinne der Abgrenzung von inhaltlichen Erinnerungen.</p>
--	--	---

<p>Inhalte/ Methodik</p> <p>Gesprächs- führung</p> <p>Symboli- sierung mit der Intention der Distanzierung und des „Begreifbar- machens“ der irrationalen Substanz- obsession.</p>	<p>Therapieeinheit Nr.11</p> <p><u>Therapieverlauf</u></p> <p>In Bezugnahme auf die vorletzte Einheit wird nochmals auf den Umgang mit dem Umstand, dass der Pat von traumatisierenden Heimübergriffen und sexuellem Missbrauch berichtet habe, eingegangen. Der Pat. betont dass er immer wieder Szenen vor Augen habe, welche er aber vorbeiziehen lassen könne. Vorwiegend spüre er aber Erleichterung, schließlich habe er nie das Vertrauen gehabt, mit jemandem über eine solch intime und schambesetzte Problematik zu reden. Zusätzlich sei dies der Grund gewesen, warum er jahrelang mit Alkoholmissbrauch seine emotionellen Schwankungen zu kompensieren versucht habe.</p> <p>In der Folge spricht Hr. O. die Wirkung von Alkohol, sowie gelegentlichen Trinkdruck an. Verschieden Symbole, welche für Alkohol stehen werden gewählt: Stein = Mühlstein Edelstein = Geheimnis, wertvolle Zeit Zerbrochener Ast = somatische Krankheiten Abgerissener Faden = Lebensbrüche Murmel = „im Hinterkopf“ Kleines Männchen = immer wieder Versuchung vorhanden, innerer Dialog: Pat ringt immer wieder mit den Fragen „Soll ich trinken, um zu vergessen?, Ein Bier kann ja nicht schaden, So krank bin ich ja nicht. Was kann schon passieren? Die anderen trinken ja auch.“ Dem kann entgegengesetzt werden: „Nütze deine Chance auf Wiederherstellung, stelle dich deinen Konflikten, lerne das Leben nüchtern zu genießen.“ Die Symbole werden aus verschiedenen Perspektiven betrachtet, der Pat wird aufgefordert sie nochmals in die Hand zu nehmen, was eher widerwillig bis nicht getan wird. Das Bild könne jedoch „ innerlich gespeichert“ werden“.</p>	<p><u>Therapeutischer Hintergrund</u></p> <p>Therapeutische Beziehung scheint gefestigt, der Pat erfährt, dass er angenommen werden kann ohne Repressalien zu befürchten.</p> <p>Pat kann ernsthafter und verbessert Themen einbringen und die Therapie autonomer gestalten</p> <p>Deutlich wird der emotionale und kognitive Kampf, der die Suchterkrankung begleitet. Das Wissen um die Schädigung und Zerstörung verhindert nicht das Bedürfnis nach Rausch, das Bedürfnis wiederum ist rational schwer zu erklären.</p>
--	--	---

Hr. O. bringt in den Folgeeinheiten verschiedene Themen ein, welche ihn bewegen. Unter anderem gebe es Konflikte auf der Station, er wird oft als dysphorisch und vorlaut beschrieben, niemand sehe aber seine Bemühungen um die Gruppe.

Pat. weiterhin leicht kränkbar, fühlt sich teilweise in seiner Integrität bedroht.

Es handle sich durchaus um eine narzisstische Kränkung (der Pat. formuliert dies auch so) er werde nicht ausreichend geschätzt, ein Umstand, den er zwar kenne und mit dem er auch kognitiv umzugehen gelernt habe, der ihn aber emotional immer wieder schmerze.

Der Pat. spricht in dritter Person über sich und versucht sich darzustellen. Ich (=Therap.) stelle mich bewusst in den Hintergrund. Pat wechselt den Sessel und spricht in Ich-Form über sich.

Anschließend wird der Prozess analysiert, Rückmeldung als Fremdwahrnehmung: „Sie gehen mit sich und anderen relativ scharf um, suchen manchmal offensiv die Nähe.“ Der Pat wirkt ernst und kann Distanzproblem, bzw. narzisstische Störung wahrnehmen.

Hr. O. wird aus der stationären Therapie regulär entlassen und wechselt in das Tagespatientensetting

Resümee:

- Neue Erfahrungen im sozialen Bereich, Interaktion mit Mitpatienten und Kontakten außerhalb der Station wurde generell intensiver erlebt.
- Distanz zum Alkohol ist groß, gute Erfahrungen bei Wochenendausgängen.
- Aufarbeitung massiver innerer Konflikte va. Heim- und Missbrauchserfahrungen als wichtig und hilfreich erlebt.
- Verbesserte Regulierbarkeit in Bezug auf Stimmungsschwankungen.
- Größere Stabilität bzgl. Impulskontrolle.

In einer weiteren Therapieeinheit wirkt der Pat gedrückt, er ist - nachdem er in ein Männerwohnheim gezogen ist - über seine soziale Isolation und Schwierigkeiten Beziehungen aufzubauen verzweifelt. Das Umfeld im Obdachlosenmilieu sei deprimierend und mache bewusst, nirgendwo zugehörig zu sein.

Die Beziehungslosigkeit begann, als seine Frau vor vielen Jahren verstorben war. Danach erreichten die Beziehungen nicht mehr die Tiefe, die er sich erwarte.

Zur Symbolisierung wird für die verstorbene Frau ein Gegenstand gesucht, der Pat braucht sehr lange für die Wahl, verwirft diese auch immer wieder und wird emotional ein wenig unruhig. Schließlich fällt die Wahl auf eine rote Glaskugel. Für sich selbst wählt der Pat einen kleinen Stein. Für die Beziehung (in Erinnerung) einen Ast

In einer längeren Sequenz findet eine Auseinandersetzung mit folgenden Schwerpunkten statt:

- Taktilen Wahrnehmen der Symbole
- Emotionale Verbindung (Pat fühle sich der Verstorbenen noch immer sehr nah, „auch wenn alles soweit weg ist, unerreichbar und matt in der Erinnerung“
- Inhaltliche Auseinandersetzung
 - Nähe Distanz in der Partnerschaft
 - Pflege bei Krankheit
 - Tod und Flucht in Alkohol

Rückblick ist möglich, Pat scheint die Bedeutung der therapeutischen Auseinandersetzung für sich zu erkennen, weniger Widerstand als zu Beginn

Die Sicherheit im sozialen Umgang, wird in der realen Umwelt zur Verunsicherung, Selbstzweifel und emotionale Schwankungen werden im außerstationären Bereich rasch sichtbar.

Symbolisierung im Sinne der Schaffung eines Übergangsobjekts zu Integration der Erinnerung.

Strukturierung des Angebots notwendig.

In der Affektregulation auf Stütze angewiesen. Sensible Themen erfordern immer wieder stabilisierendes Beziehungsangebot.

Hr. O. thematisiert in Folgesitzungen sein „Abgeschobenwerden“ in der Kindheit, die Mutter habe ihn nur schwer ertragen, er habe sich keinen geschützten Bereich schaffen können. Es sei oft zu Zornausbrüchen gekommen. Weihnachten war er nicht immer zu Hause. Phasenweise verbrachte er die Feiertage im Heim, während fast alle anderen Zöglinge von Verwandten abgeholt worden waren. Wenigstens an diesen Tagen hatten die Erzieher Zeit für ein gelegentliches Kartenspiel, sonst war die Disziplinierung im Vordergrund.

Pat. wirkt teilweise unruhig, die Hyperaktivität der Kindheit scheint aufzublitzen. Meine (Anm.:Therapeut) Haltung ist ruhig und stützend zugewandt.

Pat erzählt, dass er sich früh innerlich abgekoppelt habe, allerdings auch nirgends anders andocken konnte, es blieb das Einzelkämpfertum. Der Pat. ließ sich mit 17a volljährig schreiben.

Massive Schwierigkeit in der äußeren Umgebung mit Abgrenzung. Die Selbsteinschätzung, als Regulativ im Wohnheim zu fungieren zu können, bedeutet eine Selbstüberschätzung, die den Pat. in Ohnmachtssituationen führt.

Hr. O berichtet von einer aktuell sehr belastenden Situation im Männerwohnheim. Er habe versucht mehrfach Konflikte zwischen alkoholisierten Mitbewohnern zu lösen, bis die Situation außer Kontrolle geriet und es wiederholt zu Handgreiflichkeiten kam. Der Pat habe sich in weiterer Folge an die zuständigen Sozialarbeiter gewandt, mit der Bitte, um Klärung und dem Verhängen eines Alkoholverbots. In weiterer Folge kam es zu massiven Drohungen seitens der Mitbewohner. Gefängnismentalität und Gewaltandrohungen belasten den Pat., er stehe dennoch zu seiner Aktivität. Aus der aktuellen Belastungssituation ergibt sich ein Bewegungsangebot zum Thema Abgrenzung:

- Körpergrenzen abklopfen
- Grenzen um sich legen (Seile, Bälle, Tücher)
- Raum um sich - vergrößern - verändern
- Aus den Grenzen heraustreten
- Therapeut stellt sich an die Grenzen, geht über die Grenzen
- Emotionen artikulieren

Einschränkungen in der Körperwahrnehmung, Pat wirkt verloren mit der Aufgabe, selbständig Grenzen zu legen. Ungeduld in der Gegenübertragung, da viele Hilfestellungen und Anregungen notwendig.

Der Pat spürt bei Übertritt der Grenzen, dass er in eine Ohnmachtshaltung verfällt, welche er mit übertriebener Überheblichkeit zu überspielen versucht

Hr. O beschreibt, dass er seit letzter Einheit immer wieder versucht habe, sich besser und vermehrt abzugrenzen. Diverse Konflikte konnte er an die Sozialarbeiter im Wohnheim abgeben.

Thematisierung der Heimerfahrungen und des sexuellen Missbrauchs: Der Erzieher habe lang versucht, die Gunst des Pat. als Kind zu erringen und habe ihm immer wieder eine Sonderstellung gegeben, wobei dieses Muster nicht konsistent war, da er auch zeitweise übergebüß bestraft wurde für nicht nachvollziehbare Kleinigkeiten. In jedem Fall ist eine starke Bindung erzielt worden, aus der sich der Pat nicht lösen konnte. Bei der Schilderung der sexuellen Übergriffe wirkt der Pat affektlabil aber nicht retraumatisiert. Tränen müssen nicht unterdrückt werden.

Stützende Bewegungsangebote (Wahrnehmen der Füße am Boden und der knöchernen Struktur,..) als immer wiederkehrende, weil notwendige, Intervention.

Stützendes Angebot: Guter Stand, Halt suchen an Wand, Körpergrenzen, Abgrenzung, Bild von letzter Einheit in Erinnerung holen.

<u>Inhalte/ Methodik</u>	Therapieeinheit Nr. 20	<u>Therapeutischer Hintergrund</u>
Therap. Gespräch	<u>Therapieverlauf</u> Hr. O thematisiert den (aktuellen) Tod seiner Mutter nach den Feiertagen: Sein Bruder habe ihn kontaktiert, ob er die Mutter nochmals sehen möchte, der Pat habe zugesagt, obwohl er den Kontakt abgebrochen hatte und sich seit einem guten Jahrzehnt radikal distanziert hatte. Als der Pat. mit seinem Bruder im Krankenhaus ankam, war die Mutter bereits nicht mehr bei Bewusstsein. Sie verstarb wenige Stunden später, Stiefvater, Bruder und er hätten sich bei der Begleitung abgewechselt. Hrn. O. gelang es zwar nicht mehr, sich mit seiner Mutter zu versöhnen, er habe aber dennoch einen besseren Zugang zu seiner Familie gefunden. Die Phase der Trauer konnte der Pat mit einer, ihn schützenden Distanz erleben, er habe sich nicht instabil erlebt. In Gesprächen in seinem Elternhaus – zu dem er einen gespaltenen Bezug hat – konnte er sich gegenüber der Restfamilie deklarieren, warum es zu seinem Bruch mit der Familie gekommen war und wie sich die Missbrauchsgeschehnisse in Heimen auf seine Entwicklung ausgewirkt hätten. Der Pat. spricht ungewohnt warmherzig von seiner Mutter, habe das Bedürfnis nach innerer Versöhnung.	Pat hatte sich gleich nach dem Todesfall telefonisch gemeldet und seine Abwesenheit in den Vorwochen begründet, da er an den Trauerfeierlichkeiten teilnahm. Ordnen der Dinge im Sprechen als stützende und hilfreiche Intervention Todesfall führt nicht zu Rückfall: Abkoppelung zwischen emotionaler Belastung und Alkoholmissbrauch gegeben.
Symbolisierung	Als Gegenstand, welcher für die Mutter stehe, wird eine Glaskugel (eine andere, als die für die verstorbene Ehefrau) mit einem Sprung gewählt, der Pat empfinde diese als edel aber auch als glatt und fehlerhaft (Sprung). Der Gegenstand wird taktil erfasst, Pat versucht die Glaskugel zu wärmen, was schwer möglich ist und fügt hinzu: „ <i>Wir sind halt nicht richtig warm miteinander geworden.</i> “	Symbolisierung im Sinne eines Übergangsobjekt: Was bleibt von der Mutter, wie werde ich sie in Erinnerung bewahren?
Gesprächs- führung	Er sei oft an eine Wand gelaufen, sei nicht durchgedrungen. Die Mutter sei aber auch ein feuriger, kreativer Mensch gewesen, habe Bauchtanzen später erlernt, wie er vom Bruder erfahren habe. Oft war sie früher überarbeitet in der Gastronomie und habe nicht die Geduld für einen schwierigen Sohn wie den Pat. gehabt. Für den Gegenstand wird ein „guter“ Platz in einem Körbchen gefunden.	Pat kann sich über Rationalisierung beruhigen und durch ausschweifende Beschreibungen distanzieren

Der Pat. steht weiterhin in meiner psychotherapeutischer Behandlung, er blieb über den Behandlungszeitraum rückfallsfrei.

Persönliche Reflexion:

Meine therapeutische Beziehung zu Hrn. O. war von Beginn an von einem vorsichtigen Herantasten geprägt, wobei eine häufige Überprüfung der Tragfähigkeit der Beziehung seitens des Patienten stattfand. Meine gleichschwebende Aufmerksamkeit war der Schlüssel für ein konstantes Vertrauen. Es war eine Herausforderung dem fordernden und narzisstischen Verhalten, keine pädagogisierende Haltung entgegenzubringen. Mit Fortdauer der Therapie war es mir verbessert möglich, eine entspannte Haltung einzunehmen, wenngleich die eigene Körperresonanz (Anspannung, Unruhe, häufiges Wechseln der Sitzposition) ein wichtiger Parameter war, der mich auf erhöhte Aktivitätsbereitschaft hinwies. Vielfach erfolgte dann ein stützendes Angebot.

Die narzisstischen Züge des Patienten konnten innerhalb der Einzeltherapie abgemildert werden, indem der Pat. den Raum zunehmend als schützend erleben konnte. Die gewohnte Entwertung fand nicht statt, eine wertschätzende Beziehung war eine Basis für die therapeutische Aufarbeitung. Die Ungeduld und zeitweise aufkommender Ärger in der Gegenübertragung wurden meinerseits in ein herausforderndes – teilweise auch sanft konfrontatives – Angebot überführt, wodurch nicht Stillstand sondern Bewegung in die Therapie einfluss.

In meiner Vorstellung tauchte bei der Auseinandersetzung mit frühen Lebensphasen deutlich ein desorientiertes Kind auf, welches nach Anerkennung ringt, daraus resultierte für mich die Notwendigkeit einer korrigierenden, wertschätzenden Erfahrung in der therapeutischen Beziehung.

8.1.3 Hr. M. oder die Allgegenwart der Angst

Herr M., geb. am xx.xx.1977, gelangt zur stationären Aufnahme zur Langzeitalkoholentwöhnungsbehandlung.

Als Motivation gibt der Patient an, dass er nicht aufgeben wolle, auch wenn er schon mehrmals vor dem „Ende gestanden“ sei. Er habe Angst, dass ihn „der Alkohol auflösen könnte“.

Kurze Anamnese: Patient bei Vater aufgewachsen, in xx, Volks-, Hauptschule, 1 J. Lehre als Einzelhandelskaufmann abgebrochen, Zeit seines Lebens viele Auseinandersetzungen mit dem leiblichen Vater (systematische Gewalt, ordinäre Anspielungen). Der örtliche Pfarrer hat ihn daraufhin bei sich aufgenommen und ihn in der Kirche sowie in der Jugendgruppe arbeiten lassen. Im 14. LJ ist der Patient von seiner eigenen Familie von zu Hause endgültig aus dem Haus gewiesen worden. Daraufhin war Herr M. zur Gänze unter der Obhut des örtlichen Pfarrers. Es folgte eine, u.a. auch über die Medien ausgetragene Missbrauchsverdächtigung gegenüber dem Pfarrer. Der Patient entwickelt hierzu ein unklares Bild (zwischen Bestätigung und empörter Ablehnung). Die Medienberichte darüber haben den Patienten psychisch stark belastet, was letztendlich in einem SMV endete.

In dieser Zeit besuchte der Patient auch ein Priesterseminar während 2 J. Lt. seinen Angaben sei er zw. dem 18. und 20. LJ. von einer Krise in die nächste gerutscht, chron. Alkoholkonsum war die Folge. Bewusstwerdung über homosexuelle Orientierung

Der oben genannte Pfarrer wurde berufsbedingt in der Zwischenzeit nach Deutschland versetzt, der Patient zog mit, erhielt in Deutschland seine erste Alkoholentzugstherapie. Als der Pfarrer in Deutschland starb, häuften sich Selbstverletzungstendenzen und Alkoholexzesse. Pat zieht nach Wien, seine erste Wohnmöglichkeit erhielt er bei einem angehenden Sozialarbeiter. Von diesem wurde er in weiterer Folge vergewaltigt. Diese in Serie stattgefundenen Traumatisierungen haben den Patienten erneut zu einem Suizidversuch geführt, diesmal mit Medikamentenüberdosierung kombiniert mit Alkohol. Der Patient hat eine Halbschwester (kein Kontakt), der Vater (kein Kontakt) war 5 x verheiratet, die Mutter habe er erst im 19. LJ gesehen, sie ist psychisch krank, lebt nicht selbstständig.

Der Pat. wirkt affektlabil, frei flottierende Ängste sind bestimmend, Orientierungslosigkeit und Defragmentierungserlebnisse zeitweise gegeben.

Vorläufige Diagnosen:

Chron. Alkoholkrankheit

Persönlichkeitsstörung (V.a. Borderline)

Generalisierte Angststörung

Strukturniveau: Gering Integriert

<p>Inhalte/ Methodik</p> <p>Gesprächs- führung</p> <p>Bewegungs- angebot</p>	<p>Therapieeinheit Nr. 1</p> <p><u>Therapieverlauf</u></p> <p>Hr. M. ist zum wiederholten Male in therapeutisch-psychologischer Nachbetreuung, nachdem die stationäre Therapie diesmal regulär abgeschlossen wurde. Thematisiert wird die Kindheit und die krisenhafte Jugend, die von überautoritären Erziehungsmustern geprägt war. Die leibliche Mutter ist psychisch erkrankt und konnte sich nie um den Pat. kümmern, der Vater war nach einem Schädel-Hirntrauma gewalttätig, emotionale Vernachlässigung machten dem Pat. zu schaffen.</p> <p>Pat. zeigt sich ein wenig aufgeregt und verlegen. Verliert zeitweise den Gesprächsfaden und kann seiner Hilflosigkeit Ausdruck verleihen.</p> <p>Hr. M. ist motiviert seine Alkoholabhängigkeit therapeutisch zu bearbeiten, wenngleich die Zuversicht bezüglich Abstinenz eingeschränkt ist. Thematisiert wird die letzte Begegnung mit der Mutter, die er vor einem halben Jahr aufgesucht hatte, nachdem er auf der Straße beraubt wurde. Die Mutter hatte ihn teilnahmslos empfangen und ihn nicht als Sohn sondern als Fremden wahrgenommen, nach einem kurzen Gespräch verließ der Pat. fluchtartig die Wohnung und konsumierte unkontrolliert Alkohol.</p> <p>In der Mitte der Stunde wirkt der Pat. plötzlich sehr erschöpft und kann sich nicht mehr orientieren, welcher Teil seiner Ausführungen ihm zu schaffen mache.</p> <p>Aus der Orientierungslosigkeit wird in die Körperwahrnehmung übergegangen.</p> <p><i>Th: Ich mache Ihnen das Angebot, aufzustehen...</i></p> <p>Übergang zu Bewegungsangebot:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufstehen, ausschütteln, Füße am Untergrund wahrnehmen ○ Gehen im Raum, Abrollen: Ferse, Rist, Ballen, Zehen ○ Vereinbarung „kleinerer Schritte“ in der Nach-Therapie 	<p><u>Therapeutischer Hintergrund</u></p> <p>Das hohe Funktionsniveau bezüglich Verbalisierung biographischer Eckdaten lässt in der Gegenübertragung unrealistische Erwartungen aufkommen. Mich (Anm.: Therapeut) beschäftigt mein eigener Erfolgsdruck gegenüber dem Pat. und reduziere als Konsequenz meine Erwartungen. Zwischenzeitlich wird durch plötzliche Stimmungsumbrüche eine massive Labilität merkbar.</p> <p>Erschöpfungstendenzen haben nicht nur Müdigkeit oder körperliche Erschlaffung zur Folge, sondern gleichen einer inneren Erschütterung, die orientierungslos macht</p> <p>Bewegungsangebot benötigt sehr strukturierte Anleitung und ein Mitgehen im wörtlichen Sinne</p> <p>Beruhigung vorübergehend mit Hilfe möglich, Selbstregulation kaum möglich</p>
--	--	--

Hr. M. fühlt sich noch in der Orientierungsphase bezüglich Einleben in der Heilsarmee (Obdachloseneinrichtung) und hat das Bedürfnis sich stärker abzugrenzen. Reflektiert wird die emotionale Befindlichkeit, wobei Gefühle wie Angst, Wut,

Emotionsdifferenzierung nur sehr schwer möglich

Trauer und Frustration nicht in Beziehung zu bestimmten Lebensereignissen gesetzt werden können.

Derzeit sei eine gewisse Affektverflachung vorhanden, der Pat. berichtet, sich nicht wirklich freuen zu können und zeitweise an depressiven Verstimmungen zu leiden.

Ein Angebot, einzelne Gefühlszustände mittels Symbolen im Raum darzustellen, kann nicht gut angenommen werden, offenbar ist derzeit die depressive Stimmungslage hinderlich.

Der Pat. kann an Körperstellen (Magen, Brust und Kopfgegend) eher vage zeigen, wo gewisse Gefühle (Angst, Wut, innere Spannungen) stärker spürbar sind.

Der Pat wirkt immer wieder erschöpft und psychisch instabil.

Er thematisiert Ängste, die auf ein Erlebnis in der Straßenbahn zurückzuführen seien, wo eine Frau von Gewalttätern zusammengeschlagen wurde. Der Pat habe sich sehr ohnmächtig gefühlt. Immer wieder tauchen auch schwere Lebenskrisen (nach Tod des Dechants, SMV) als Erinnerungsrückblenden auf.

Der Pat. wird über Körperwahrnehmung (Füße am Boden spüren, Temperaturwahrnehmung, sanft abklopfen) stabilisiert.

Hr. M. ist zeitweise dysphorisch und hat oft das Bedürfnis, sich zurückzuziehen. Die vergangenen Ereignisse (Tod und Verlust von Bezugspersonen, Selbstmordversuche) müssen geordnet werden und sind nach wie vor aufarbeitungsbedürftig.

Trauer und Wut belasten nach wie vor in einem Übermaß.

Teilweise ergibt sich ein sehr dichter Redefluss, der den Pat. aber nicht zu entlasten scheint: Als Intervention und zur Ordnung der Eindrücke wird zum Wahrnehmungsangebot übergegangen: Beschreiben der Sitzposition, „wie sitzt der Pat auf dem Sessel, wie spürt sich die Unterlage an“ - Aufliegeflächen, Temperatur, Druckstellen, Veränderungswünsche, angenehme Haltung.

In einer Folgeeinheit wird die Erinnerung eines Mitpatienten an dessen Vater Anlass, nochmals die gewaltbesetzte Abhängigkeitsbeziehung zwischen Vater und Pat. zu beleuchten.

Hr. M. erhält das Angebot, ein Symbol für den Vater und eines für sich selbst zu wählen, wobei für den Vater ein großer Stein und für sich selbst ein zarter Ast ausgesucht wird, als Versinnbildlichung der Schwäche und Zerbrechlichkeit. Der Pat. wird aufgefordert, nur in die taktile Wahrnehmung zu gehen und die Gegenstände anzugreifen. Der Stein wird schließlich nicht angegriffen und verächtlich beiseite geschoben, der Ast wird, nach anfänglicher Bemühung ihn taktil zu erfassen, zerbrochen.

Defizite in der Möglichkeit sich mittels Symbolisierung vom „Durchagieren zum Durchphantasieren“ zu bewegen. In der Gegenübertragung spüre ich leichte Ohnmacht, da Angebote nicht angenommen werden können, daher Konzentration auf basale

Pat kann sich schwer abgrenzen, eigene Erfahrungen überfluten im Sinne von Erinnerungsschleifen, welche schwer reguliert werden können und unerträglich sind. Daher Stabilisierung durch Körperwahrnehmung indiziert.

Der Inhalt der Gespräche ist von geringer Bedeutung, es geht nicht um ein klar abgrenzbares Konfliktgeschehen. Im Zentrum stehen Affektregulation und stabilisierendes Beziehungsangebot

Symbolisierung mit Schwerpunkt auf Veranschaulichung in einer szenischen Darstellung mit dem Ziel der Distanzierung. Gegenstand wird aber hauptsächlich als Realobjekt erfasst.

Thematisierung: *Mein Zerbrochen-Sein, wie zerbrechlich war ich als Kind, wie zerbrechlich bin ich jetzt, was kann ich tun um mich vor Verletzungen zu schützen?*

Pat. nimmt einen Bindfaden und bindet – nach Anregung - den zerbrochen Ast wieder zusammen. Versinnbildlichung der Tatsache, dass es Heilungsprozesse gibt.

Hr. M. erscheint rückfällig zum Gespräch (0,79‰) die Stimmung stellt sich als dysphorisch und depressiv dar. Er schaffe es nicht, mit seinen - teilweise ganz unberechenbar auftretenden - Angstzuständen umzugehen. Geschildert werden Situationen, in denen er Angst bekomme, jemand stürme in sein Wohnzimmer und möchte ihn tätlich verletzen. Ein anderes Bild zeigt den Pat auf einer Parkbank, auf der er plötzlich Angst bekommt einzuschlafen und zu erfrieren. (Dies durchaus auch bei warmen Temperaturen).

Die Angstzustände hängen auch damit zusammen, dass ein Psychiatertermin versäumt wurde und er von der Apotheke keine Medikamente ausgehändigt bekommen habe. Das Trinkmuster war kontrollverlustig und dauerte in etwa drei Tage an. Selbstmordgedanken werden verneint.

Im Verlauf des Gespräches beruhigt sich der Pat. ein wenig, scheint die vertraute Atmosphäre im Einzelsetting als Schutz zu sehen.

Körperwahrnehmung zur Stabilisierung im Sinne des Wiedererlangens eines Haltes, da Hr. M. der Boden unter den Füßen entzogen scheint: Füße am Boden spüren, Waden, Schienbein, leicht abklopfen, Knie, Oberschenkel, Sandsäckchen, Bälle auf Unterarm rollen.

Strukturierung der nächsten Schritte: Anruf sofort in Heilsarmee, Termin mit Psychiater dort Termin für selben Nachmittag ausmachen, direkter Weg ins Heim.

Hr. M. erscheint in der Folgeweche wieder abstinenz zur Therapieeinheit und betont gleich zu Beginn, er habe große Schuldgefühle. Alle erwarten sich von ihm eine längere Abstinenz aber er schaffe es nicht. Zudem habe er einen Mitpatienten ziemlich belastet, da er ihn getroffen hatte und damals ziemlich alkoholisiert war, sich von ihm Geld geliehen hätte, welches er nicht zurückzahlen könne.

Im Gespräch werden alte Muster deutlich. Der Pat bringt sich immer wieder in Schwierigkeiten, manövriert sich in die Opferrolle, um eine innere Rechtfertigung zu erlangen, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Th.: Sie scheinen bedrückt.

Hr. M.: Da gibt es keinen Platz für mich, immer wenn ich glaube jemanden vertrauen zu können tappe ich in die Falle. G. (Mitbewohner, Anm.) hat gesagt er könne mir helfen und wird versprechen, dass ich ein Einzelzimmer bekomme und könne mir auch Geld borgen.

Th.: Sie haben Ihren Mitbewohner um Hilfe gebeten, sich für Sie stark zu machen ?

Hr. M.: Ja, anstatt dessen hat er mir erst einmal Tabletten gegeben.

Th. Sie haben die Tabletten genommen ?

Hr. M.: Ja, G. war so vertrauensvoll und endlich einer der mich ernst nehmen wollte. Ich habe die Tabletten genommen und dann war ich

Das Selbst bleibt bedürftig und kränkbar. In der komplementären Gegenübertragung taucht Ungeduld auf, da Beziehung ständig überprüft wird. Der Pat. hingegen wirkt ruhiger. Containing als Wirkfaktor wird realisiert..

Emotionale Instabilität findet in Rückfälligkeit Ausdruck.

Zentrale Angst bezieht sich auf die Auflösung des Selbst.

Rascher Kontrollverlust charakteristisch bei Rückfälligkeit

Krisenintervention erfordert Strukturierung auf der Handlungsebene

Schuld und Scham als zentrale Emotionen als Folge von strafenden Introjekten

Die unbewusste Inszenierung als Opfer ist eine Möglichkeit für den Pat. dass sein Ringen um Anerkennung hörbar wird. In seinem Umfeld (Sozialarbeiter, Betreuer) löst er Unverständnis aus.

irgendwie benebelt. (Pat blickt zu Boden, verliert die Körperspannung, rückt ein wenig an den Sesselrand) ... Ich habe mich später hingelegt und am nächsten Tag habe ich bemerkt, dass meine letzten 20 Euro weg waren...

Dem Pat. wird in der Folge vermittelt, dass trotz fahrlässiger Handlung, die Akzeptanz ihm gegenüber erhalten bleibt.

Containing und geleischschwebende Aufmerksamkeit als therapeutische Grundhaltung

Herausarbeitung wie sich Pat. sonst noch erfahren kann:

Thematisiert werden die Verwahrlosungstendenzen, des Pat. der ansonsten auf sein Äußeres durchaus viel Wert lege.

In der Symbolisierung werden zwei Gegenstände gewählt: für den ordentlichen, „intakten“ Hrn. M. und für den ungepflegten, „versandelten“ Hrn. M.

Aufgabe ist die Frage an die jeweiligen symbolisierten „Gestalten“ zu richten, was sie wollen:

Erfahrbar-machen eigener Bedürfnisse durch basale Symbolisierungsarbeit im Sinne von spiegelnden Intermediärobjekten

Der funkelnde Stein (ordentliche Anteil) möchte gesehen werden, angesprochen werden, zur Geltung kommen, angenommen sein.

Der gebrochene Ast („versandelter“ Anteil) möchte betäubt sein, gepanzert vor den Umwelteinflüssen, unerkant und zurückgezogen.

In der Verbalisierung wird deutlich, dass dem Leidensdruck bzgl. Einsamkeit nur in der „ordentlichen, ansehnlichen“ Form abgeholfen werden kann.

Verbesserte Möglichkeit in der Therapie innere Ordnung herzustellen

Pat ist in einer Folgesitzung verärgert über sich und die Welt, er finde keinen Platz, die Mitbewohner belasten ihn und er fühle sich beengt. Enge sei generell ein Thema, er brauche mehr Luft und beschreibt Panikattacken-zustände in U-Bahn und im Zweibettzimmer.

Enge als Synonym für Beklemmung und Angst, welche den Pat seit der Kindheit verfolgt und vielfach existenzbedrohende Ausmaße annimmt.

Angebot mit dem Pat. in den Fitnessraum zu wechseln und in Bewegung zu kommen. Der Pat schreitet den Raum ab variiert unterschiedliche Tempi. Der Therapeut leitet genau an, sodass Hr. M. die Wahrnehmung auf Fußsohlen (Ferse, Rist, Ballen, Zehen) deren Abrollen und Druckdosierung fokussieren kann.

Danach wird der Stab miteinbezogen: verschiedene Angebote mit den Füßen auf den Stab: Druck ausüben, rollen, balancieren, abwechselnd rechten Fuß, Unterschied spüren, linken Fuß, etc.

Bewegungsangebot als Möglichkeit der begleiteten Selbstberuhigung sowie zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung - welche defizitär ist. Mir wird immer wieder das eingeschränkte Strukturniveau bewusst, sodass ich mich selbst im Tempo der Aufarbeitung einschränken muss.

Der Pat wird ruhiger, verbalisiert aber im Gesprächsteil auch seine Ängste vor der Welt „draußen“, solange sich jemand um ihn kümmere, sei es erträglich, draußen jedoch fühle er sich verloren.

Bezüglich Ressourcen wird herausgearbeitet, dass der Pat. sich gut artikulieren könne und vermehrt darauf achten sollte sich mitzuteilen, bevor bedrohliche Situationen in Form von Gewalt und Affektüberflutung zur Destabilisierung führen.

	Therapieeinheit Nr. 12	
<u>Inhalte/ Methodik</u> Gesprächsführung Körperwahrnehmungsangebot	<u>Therapieverlauf</u> Hr. M. wirkt unruhig. Er wird gleich zu Beginn aufgefordert, im Gehen zu bleiben: Raum durchschreiten, Abgrenzungen ertasten, fühlen, Überleitung zu verschiedenen Arten des Gehens und hin zur Körperwahrnehmung: Ferse, Rist, Fußballen. Der Pat wird aufgefordert, nochmals in den Stand zu kommen, einen <i>guten Stand</i> zu finden, Beine abklopfen und selbst einen Zeitpunkt finden, sich zu setzen. Im Sitzen wird der Pat gebremst, da er sofort sein soziales und finanzielles Leid beklagen möchte, er soll noch nachspüren und bewusst ein wenig Ruhe zulassen. Im Gespräch wird thematisiert, was Ruhe auslöse. Der Pat habe zwischenzeitlich Ruhe als Bedrohung erlebt und erzählt von den Kindheitserlebnissen, als der Vater aus der Stille im alkoholisierten Zustand ins Zimmer gestürzt war und den Pat. als Buben geschlagen habe. Der Pat kann einigermaßen distanziert und nachvollziehbar von diesen Erlebnissen berichten und verfällt nicht in eine Retraumatisierung, wobei zwischenzeitliche Wahrnehmung bezogen auf den körperlichen Bereich stützend ist. Thematisierung der inneren Spannungen im Zusammenhang mit äußerer Ruhe. Der Pat. berichtet von der ländlichen Atmosphäre, in der er aufgewachsen war und in der äußerlich scheinbar alles in Ordnung schien, durch die feindliche Gesinnung ihm gegenüber (z.B.: durch die Bekanntschaft mit dem Pfarrer oder später durch die deklarierte Homosexualität) jedoch ständig subtile Gewalt ausgeübt wurde.	<u>Therapeutischer Hintergrund</u> Der Pat kann sich einigermaßen gut auf das bereits bekannte Angebot einlassen, spricht zwischenwährend von Schmerzen im Wirbelsäulenbereich, kann aber doch wieder auf die geleitete Wahrnehmung zurückgeführt werden.
Gesprächsführung		Das Thema „Innen und Außen“ ist unter dem Aspekt der fehlenden Außenperspektive innerer Konflikte und der Abgrenzungsproblematik wiederholt aktuell. Angst vor verfolgenden und quälenden Objekten

	Therapieeinheit Nr. 13	
<u>Inhalte/ Methodik</u>	<u>Therapieverlauf</u>	<u>Therapeutischer Hintergrund</u>
Gesprächsführung	<p>Hr. M. berichtet von einem neuerlichen Rückfall. Er habe auf der Straße die Orientierung verloren, plötzliche Angstzustände erlitten, zu zittern begonnen und sei in den Supermarkt gegangen, um Wein zu kaufen. Diesen habe er in hastigen Zügen getrunken und konnte sich kurzfristig beruhigen, danach sei aber Panik aufgetreten, er könne sich keinen Wein mehr leisten. Die Unmöglichkeit mit den inneren Spannungen umzugehen, lasse den Pat. oft verzweifeln, er habe keine Handhabe, mit der Fülle an Bedrohungen umzugehen.</p>	<p>Pat scheint stark destabilisiert und benötigt stützendes Gespräch. Angebote scheinen in diesem Zustand wichtig, auf Stabilisierung zugeschnitten zu sein</p>
Bewegungsangebot	<p>Ball wird Pat gegeben, an welcher Stelle ist Spannung zu spüren, wie kann ich Spannung auf Ball übertragen, Kneten, Drücken, Ball an die Wand quetschen, verschiedene Stärken des Drucks werden angeleitet.</p>	<p>In der Gegenübertragung entsteht leichte Überfrachtung, welche konkordant zur neuerlichen Affektüberflutung des Pat. auftritt Dieser Umstand veranlasst mich zur Überleitung zum Wahrnehmungsangebot bezüglich Spannungsmodulation.</p>
Gesprächsführung	<p>Pat legt den Ball auf den Bauch, geht im Raum, setzt sich, spricht von Schutz, die Spannung sinke, wenn mehr Schutz vorhanden wäre. Im Verlauf des Gespräches (Thema vorwiegend Rolle im Obdachlosenheim, Angst vor Verletzungen, fehlende soziale Integration) wird der Redeductus langsamer. Pat. fühlt sich ernst genommen, genügend Redezeit steht zu Verfügung, die Reizarmut der Umgebung scheint stabilisierend.</p>	<p>Erfahrung der Spannung im „Hier und Jetzt“ Modulationsmöglichkeiten ausloten, begleitende Wahrnehmung</p>
Wahrnehmung	<p>Kurze Stabilisierung im Sinne der Wahrnehmung von Halt unter den Füßen im Kontakt mit dem Boden: Fester Tritt, fester Stand am Boden, Sohlen, Fersen, Ballen spüren, Kontakt zum Boden herstellen.</p>	<p>Schwerpunkt im Gespräch nicht auf inhaltliche Problemlösung gerichtet sondern auf innere Regulation und Entlastung</p>

<u>Inhalte/</u> <u>Methodik</u>	Therapieeinheit Nr.: 14 Therapieverlauf	<u>Therapeutischer</u> <u>Hintergrund</u>
Gesprächs- führung	Hr. M. habe in der Zwischenzeit „kleinere Alkoholrückfälle“ erlitten. Zusätzlich habe er ein großes „Durcheinander“ bei der Medikation, der Psychiater im Wohnheim habe selten Zeit und die Rezepte werden in der Apotheke nicht genommen. Nicht selten komme es zu massiven Angstzuständen, die nicht aufzulösen sind.	Wahrheitsgehalt der Aussagen ist nicht überprüfbar, der Pat habe von Zeit zu Zeit das Bedürfnis sich stabiler darzustellen, aus Angst Zuwendung zu verlieren.
Körper- angebot	Der Pat verliert schnell den Faden und neigt zur Übergeneralisierung. So empfinde er kleine Ereignisse (Ampel schaltet zu schnell auf rot, Portier blickt böse, Mann in Straßenbahn trinkt aus der Dose Bier) als Hinweise, dass die Umwelt ihn systematisch benachteilige. Der Umstand, dass <i>generell überall getrunken werde</i> , komme für den Pat. fast einer Aufforderung gleich, ebenfalls Alkohol zu konsumieren. Hr. M. könne sich nur schwer abgrenzen.	Pat. sehr durchlässig also unabgegrenzt bzgl. äußeren Einflüssen, die als Bedrohungen erlebt werden.
Gespräch und Wahr- nehmung	Körpergrenzen wahrnehmen als Angebot im Sinne einer Probehandlung auf taktile und gestalterischer Ebene: Der Pat streicht mit den Händen die Konturen ab: Beine Innenseite, Außenseite Rumpf, Bauch, Rücken - Abgrenzung mittels Anlehnen an Wand, Arme abwechselnd an Wand stemmen, Kopfbereich leicht an Wand lehnen, Gegenstände „außerhalb“ des Körpers ertasten, schließlich hüllt sich Hr. M. in eine Decke ein, zur Betonung der Abgrenzung und als Schutz vor der Außenwelt. Der Pat kommt ein wenig zu Ruhe, atmet mehrmals ruhig durch, setzt sich danach mit Decke wieder, als spontaner Impuls werden die Beine über eine Sessellehne gelegt. Im weiteren Gesprächsverlauf, wird deutlich, dass der Pat. zuviel Angst hat, den Psychiater zu konsultieren und sich lieber Medikamente auf der Straße besorgt, sich dafür jedoch wieder schämt.	Abgrenzung und Differenzierung zwischen Außenwelt und Innenwelt wird durch „Erfassen“ der eigenen Körpergrenzen gefördert. Die lockere Haltung steht im Kontrast zu der Scham, über die gesprochen wird. Dieser Umstand wird angesprochen, der Umgang mit Scham werde dort leichter, wo Schutzraum vorhanden sei.

In einer der Folgeeinheiten berichtet Hr. M. von einer Begegnung mit einem Ex-Freund, mit welchem er eine Beziehung hatte. Dieser wollte relativ aggressiv eine sexuelle Begegnung, bzw. den Pat. auffordern, sich zur *Verfügung zu stellen*.

Erneut taucht das Thema der Opferrolle bei Hrn. M. auf. Der Pat. thematisiert viele Missbrauchserlebnisse im Homosexuellenmilieu und teilweise auch die Hoffnung, sich Liebe zu „erwerben“.

Angst vor Auslöschung und Missbrauch gekoppelt mit der eigenen Angst vor der eigenen impulsiven Triebhaftigkeit.

In den Folgesitzungen erscheint der Patient immer wieder gedrückt und angespannt. Teilweise kann Entlastung durch das Sprechen erzielt werden. Hr. M. leide derzeit wieder an massiver Einsamkeit. Dieser Umstand war in der Vergangenheit immer wieder ein Grund „Zuwendung“ zu suchen. Er sei von seinen Liebhabern mit Alkohol und Tranquilizern versorgt worden, habe immer auch wieder Gedächtnisverlust erlitten, vielleicht auch im Nachhinein nichts mehr wissen wollen.

Abspaltung und Ungeschehenmachen als primitive Abwehrmechanismen finden Anwendung

Hr. M. spricht in einer Folgetherapieeinheit von seiner Angst vor dem betreuenden Sozialarbeiter im Männerwohnheim. Er habe das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden. Dieses Gefühl findet zeitweise eine Steigerung in Verfolgungsgefühlen, von denen sich der Pat. schwer distanzieren kann. Einmal wurde er in seinem Zimmer zu Unrecht verdächtigt, rückfällig geworden zu sein und wurde aus dem Bett „geschmissen“.

Übersteigerte Angst vor Verfolgung und Vernichtung, welche der realen Bedrohung nicht entspricht und den Kindheitsbedrohungen entspringen.

In Erinnerung kam in diesem Zusammenhang die Art, wie sein Vater ihn als Kind nächtelang aufgeweckt habe, ihn angeschrien und attackierte hatte. Die Übergriffe hatten für den Pat keine Nachvollziehbarkeit, zeitweise sei er wirklich „schlimm“ gewesen, phasenweise lag es an den Launen des Vaters.

Der Vater war immer ein fremder, bedrohlicher Mann, dem sich der Pat nicht anvertrauen konnte.

Pat kann durch die Verbalisierung eine bessere innere Distanz zu dem Vater herstellen.

In der Symbolisierung wird ein Stein (als Intermediärobjekt für Vater) in einen Kreis (Seil) gelegt und in der Bewegung (Entfernung im Raum) eine möglichst große Distanz hergestellt.

Frühe Beeinträchtigung auf der Bindungsebene aufgrund fehlender, ausreichend guter Objekte.

In der Folge bleiben Arbeit an Körpergrenzen und Stabilisierung die zentralen Zugänge in der Therapie. Die Haltung des Therapeuten ist klar unterstützend, der Pat überprüft laufend, ob die Aufmerksamkeit gesichert ist und der Therapeut den Ausführungen folgen könne.

Inhalt/ Methodik	Therapieeinheit Nr. 20 <u>Therapieverlauf</u>	Therapeutischer Hintergrund
Gesprächs- führung	<p>Hr. M. spricht über Phasen der Unzugehörigkeit. Durch seine massive Entwurzelung, weiß er nicht wo er „hingehöre“.</p> <p>Er sehe sich ständiger Belastungen ausgesetzt, jeder erwarte von ihm, dass er dem Druck in der Konsumgesellschaft standhält, dass er ohne Geld sich etwas aufbaue und ohne Sozialkontakte stützende Gespräche in seiner Wohnumgebung (Obdachlosenmilieu) suchen solle.</p>	<p>In der konkordanten Gegenübertragung stellt sich immer wieder ein Gefühl der Ermattung und Ohnmacht ein, da Fortschritte selten sichtbar werden.</p>
Symbolisierung	<p>Sicher fühle er sich in manchen Tagträumen, wenn sie nicht durch negative Außeneinflüsse (Hunger, Streit, Termine) gestört werden.</p> <p>Pat beschreibt sich in einem solchen Tagtraum auf einer griechischen Insel auf einem Stein sitzend und Einfluss auf die Gezeiten des Meeres ausübend.</p> <p>Pat. legt – nach Anregung des Therapeuten - mit Gegenständen ein Bild, welches dem beschriebenen gleichkommt. Sich selbst stellt er als beschädigten Tannenzapfen dar,</p> <p>Pat nimmt Gegenstände immer wieder in die Hand und verrückt sie auf der Decke, das Gestalten scheint nach anfänglicher Überwindung, Lust zu bereiten. Der Pat. vertieft sich, es wird nachgefragt, welcher Gegenstand für welche Person oder Gegebenheit steht. Schließlich nimmt Hr. M. einen Glasstein hinzu, welcher den verstorbenen Dekan symbolisiert. Es stellt sich heraus, dass es sich um eine kleine Trauerzeremonie handelt, für den Verstorbenen wird ein „guter Platz“ auf der Decke gesucht. Hat M. betont, dass er sich nicht wirklich von seinem „wichtigsten Menschen“ verabschiedet hatte, er wolle dies hiermit tun.</p> <p>Der Pat wirkt gefasst, das Bild kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und besprochen werden.</p>	<p>Reale Ohnmacht (massive tatsächliche soziale Probleme) im Gegensatz zu imaginiertes Allmacht, wenig Differenzierungsmöglichkeit</p> <p>Symbolisierung im Zuge ressourcenorientierter Förderung innerer, stützender Bilder zur Selbstberuhigung und Affektregulation. Annahme der Symbolisierungsangebote mit weniger Misstrauen, Pat befindet sich in der Therapie auf sicherem Terrain.</p> <p>Stützendes Gespräch, um eine Destabilisierung zu verhindern</p>

Persönliche Reflexion:

Die durchgehende Hilflosigkeit und Zerfahrenheit des Patienten bringt mich wiederholt in eine persönliche Betroffenheit. Hr. M. tritt als verwundetes Kind in Erscheinung und ist nicht in der Lage mit den Mitteln Erwachsener für eine Selbstberuhigung zu sorgen. Daher kommt es immer wieder zu einer großen Anstrengung von meiner Seite, Druck abzunehmen und Affektregulation mit stützenden Maßnahmen einzuleiten. Die Inhalte erzielen in mir teilweise Unverständnis und scheinen im Muster austauschbar, immer wieder bin ich in meiner Aufmerksamkeit gefordert, seitens des Patienten diesbezüglich überprüft. Die sichere Schutzzone im therapeutischen Raum scheint für Hr. M. vorrangig. In meiner Körperresonanz taucht zeitweise das Gefühl des „Eingeschnürt-seins“ auf, die gleiche Enge, der Hr. M. in der Außenwelt ausgesetzt ist, mit dem Unterschied, dass mir eine Regulation möglich ist, die ich wiederum dem Patienten in Form von Artikulation und Wahrnehmung anbieten kann.

Der Patient ist nach wie vor in psychotherapeutischer Behandlung, wobei ein regelmäßiges Setting in den Folgeeinheiten aufgrund von rezidivierenden Rückfällen und somatisch bedingten Krankenhausaufhalten nicht durchgehend eingehalten werden konnte.

8.1.4 Hr. B – oder die Auflösung des Alltags

Herr B., geb. am XX.XX.19XX, gelangt zur stationären Aufnahme zur Langzeitalkoholentwöhnungsbehandlung.

Motivation: Der Pat gibt an: „Es wird Zeit, dass ich es nochmals mit dem Leben versuche.“

Kurze Anamnese:

Herr B. ist nach wenigen Jahren von seiner Mutter, welche als Prostituierte arbeitete, zu Pflegeeltern gekommen. Er hat keinen Kontakt zum Vater, kann sich an ihn nicht erinnern, hat aber später von der Großmutter gehört, dass er gewalttätig war. Die Pflegeeltern missbrauchten Hrn. B ab dem Schulalter als Knecht, er war für die grobe Stall- und Holzarbeit zuständig und erhielt Prügel, wenn er nicht gehorchte. Ein Halbbruder war kränklich und wurde für die häusliche Arbeit eingesetzt. Nach der Volks- und Hauptschule ließ er sich vom Jugendamt wieder zu seiner leiblichen Mutter nach Wien überstellen. Er begann eine Lehre als Automechaniker, hat diese aber nach 2 J. abgebrochen aufgrund eines Autounfalls, den er selbst verursacht hat. Er war ½ J. im Krankenstand, nach Verurteilung in Haft.

Zuvor war er ziemlich radikal ins Drogenmilieu abgeglitten, fehlende emotionale Wärme wurde in Opiaten gesucht, Antrieb in Kokain, Alkohol immer begleitend.

Immer wieder selbstverletzende Handlungen, massive Schnittverletzungen an Unterarmen und Oberschenkel. Arbeit als Vertreter unter antreibenden Drogen, zeitweise auch Drogenhandel, zeitweise hoher Lebensstandard. Zwei Kinder im Alter von 12 und 14 a, leben nach Trennung bei Mutter. Zuletzt Selbstentzug von Benzodiazepinabhängigkeit mit Hilfe von Alkohol, schwere Delirzustände führten zu Akutaufnahme im psychiatrischen Krankenhaus.

Vorläufige Diagnosen:

Chron. Alkoholkrankheit
Instabile Persönlichkeitsstörung
V.a. Psychotische Basisstörung
Harnverhalten
Osteopenie

Strukturniveau : 3,5 – 4 : Gering bis desintegriert

<p>Inhalt/ Methodik</p>	<p>Therapieeinheit Nr. 1</p> <p><u>Therapieverlauf:</u></p>	<p>Therapeutischer Hintergrund</p>
<p>Exploration Problem- abklärung</p>	<p>Abklärung der Rahmenbedingungen und des Settings der psychotherapeutischen Behandlung. Explizite Erörterung bezüglich Verschwiegenheit und multiprofessioneller Zusammenarbeit.</p> <p>Der Pat äußerst sofort seinen Unmut bzgl. sozialarbeiterischer Betreuung und ist hierbei sichtlich erregt. Er fühle sich zu wenig wahrgenommen und könne in wichtigen Dingen nicht warten. Die Formulierung des Anliegens wirkt wirr, der Pat verliert mehrmals den Faden und kann das Problem nicht auf den Punkt bringen.</p> <p>Bei genauer Betrachtung wird festgestellt, dass der Pat. bei einer anderen Kollegin in sozialarbeiterischer Betreuung steht, folglich ziemlich überzogen reagierte. Er sei desorientiert und habe noch keine Übersicht bezüglich Abläufe auf der Station.</p>	<p>Pat wirkt äußerst angespannt, kann Blickkontakt nicht halten, verliert Gesprächsfaden, ist schwer affizierbar. Aus therapeutischer Sicht bleibt abzuwarten, ob dies auf die Entzugssymptomatik zurückzuführen ist</p>
<p>Körperwahr- nehmung</p>	<p>Das Angebot der Körperwahrnehmung wird behutsam angeleitet, sodass der Pat die Aufmerksamkeit auf Fußsohlen, Unterseite der Oberschenkel und Rücken (an Lehne) lenken sollte. Der Pat kann sich erst nach großer Überwindung auf das Angebot einstellen.</p>	<p>Pat löst in der konkordanten Gegenübertragung Unruhe und leichte Nervosität aus, eine Stabilisierung auf Körperebene zur Beruhigung folgt als Konsequenz.</p>
<p>Gespräch</p>	<p>In einer ersten Exploration schildert der Pat. in groben Zügen seinen Werdegang, im speziellen seine Suchtanamnese, welche als polytoxikoman beschrieben werden kann. Früher Cannabismisbrauch und Heroinkonsum führten bald in Abhängigkeiten, immer wieder Suchtverschiebung auf andere Drogen (Kokain, Benzodiazepine, Alkohol) und nicht medizinisch begleitete Entzüge in Eigenregie unter tlw. verwehrten Bedingungen.</p> <p>Nochmaliger Hinweis auf Verschwiegenheit und die Möglichkeit, sich in der Therapie Zeit zu lassen, als vertrauensbildende Maßnahme</p>	<p>Schwierigkeiten in der Wahrnehmung, Pat benötigt klare und strukturierte Anleitung</p> <p>Es wird bewusst im verbalen Bereich eine erste Beziehungsanbahnung angeboten, da der Pat. ziemlich gespannt und überprüfend imponiert.</p>

Pat. zeigt sich in den Folgesitzungen nach wie vor angespannt, und fühle sich zeitweise beengt. Teilweise spricht er sehr undeutlich und schafft in seine Sätze keine Ordnung. Gedankenabriss sowie Faseln treten zeitweise auf

Hr. B. bringt von sich aus das Thema Vaterschaft ein, sowie die Beziehung zu Sohn (13a) und Tochter (10a), mit welchen prinzipiell Kontakt bestehe. Derzeit wolle die Tochter jedoch keinen Kontakt, da es bei der letzten Übernachtung beim Vater zu einem Streit zwischen Vater und Sohn kam, für die Tochter

Erster Verdacht einer psychotischen Symptomatik, wobei diese auch auf Entzugssymptomatik rückführbar sei.

scheint dies zu belastend zu sein. Der Pat berichtet, dass er immer versucht habe, sich um die Kinder zu kümmern, jedoch in der exzessiven Alkoholzeit keine Kontrolle über sich gehabt habe. Es sei ihm nicht erinnerlich, ob er Gewalt ausgeübt habe.

Pat. löst in diesem Zusammenhang das Gefühl aus, dass es sehr wohl Gewaltüberschreitungen gab, was für mich (Anm.: Therapeut) ärgerbetontes Unbehagen erzeugt, zumal die starre Gesichtsmaske des Pat. eine eher aggressive Ausstrahlung hat. Daher: sehr strukturiertes therap. Vorgehen.

Pat. möchte zuerst einen klaren Blick bekommen, bevor Kontakt zur Tochter wieder möglich werde.

Frage: Was gehört zu einem klaren Blick / Was gehört angeschaut?

Punkte werden notiert:

- Schulden
- Krankheitszustand
- Angst-/Paniksymptomatik
- Gefühle
- Soziale Vernetzung

Orientierung an lebenspraktischen Bereichen im Sinne einer Ordnung.

Der Pat. thematisiert jeden Bereich einzeln, eine therapeutisch strukturgebende, unterstützende Haltung scheint notwendig, wenig Struktur im Gespräch bringt den Pat. in Spannung.

In Folgesitzungen berichtet Hr. B. immer wieder von massiven Stimmungsschwankungen, er habe zeitweise das Gefühl, es zerreiße ihn. Dies kenne er von einer früheren Abstinenzphase und habe in der Vergangenheit immer wieder zu Rückfällen geführt.

Abstinenz untersteicht die innere Leere. Nur Spannungszustände sind für den Pat. spürbar.

Hr. B. wird gefragt, wo diese Spannung im Körper spürbar wäre, er zeigt auf die Bauchgegend, die Hände kann der Pat. erst nach Aufforderung kurz auf die Stelle legen. Körperwahrnehmungsangebot: Legen von Sandsäckchen auf Bauch und verschiedene Stellen des Oberkörpers, wobei der Pat die Lage des Säckchens immer wieder korrigieren soll, um in der Zwischenzeit auch nachzuspüren, welchen „Eindruck“ das Säckchen hinterlässt. Schließlich wird eine Position an der Schulter gefunden, die als angenehm erlebt wird und den Pat. beruhigt.

Unzureichende bis fehlende Kohärenz des Selbst – Pat. verfügt über defizitäre Wahrnehmung der Körperzusammenhänge und über eine fehlende Empfindung der Ganzheit, daher Arbeit an Konturen.

Der Pat berichtet an dieser Stelle, dass er nach einer Prostataoperation auf eine Dauerkatheterisierung angewiesen sei. Er wechsele täglich ca. 2-3 mal, da der Restharn nicht abgelassen werden kann. Die Operation sei vor drei Jahren vollzogen worden, der Pat. war anfänglich sehr verzweifelt. Begonnen hatte das Problem, indem der Vorgang des Urinierens nicht mehr kontrolliert werden konnte. Der Pat. schreibt dies dem langjährigen Benzodiazepinabusus zu.

Nach Rücksprache mit dem Arzt sei die Dauerkatheterisierung nicht notwendig. Der Pat verfügt über ein fehlendes Vertrauen in die körperliche Steuerungsfähigkeit und ein defragmentiertes Körperbild.

Pat kommt mit dem Problem in die Therapieeinheit, dass seine Tochter noch immer keinen Kontakt zu ihm wolle. Der Sohn, welchen er im Rahmen eines Sozialausgangs getroffen habe, wisse nichts über die Motive der Tochter.

Der Pat wird aufgefordert seine Gefühle in diesem Zusammenhang zu äußern. Anfänglich scheint der Pat ein wenig zu blockieren und antwortet in Sätzen wie: „Ist mir egal, sie wird schon wieder kommen“ oder „das ist der Lauf der Dinge“. Hr. B. strahlt eine resignative Haltung aus.

Aufforderung auf seine Körperwahrnehmung zu achten, der Pat fühle sich schwach und antriebslos. Erst allmählich kann

nochmals auf eine Verbalisierung der Gefühle zurückgekommen werden. Hier wird Enttäuschung und das Gefühl von Zurückweisung genannt, gleichzeitig betont Hr. B. Gleichgültigkeit und Leere. Er habe das Gefühl, immer für die Familie gesorgt zu haben, (vor allem für das finanzielle Auskommen) und nun werde er fallengelassen, aber eigentlich sei das alles egal, es löse sich *ohnehin alles auf*.

Der Pat wirkt kurzfristig weinerlich, kann sich aber sofort unter der rationalen Erklärung schützen: *Möglicherweise hängt dies mit der Therapie zusammen, der Tochter könnte es peinlich sein, wenn ihr Vater in einer „Entziehungsanstalt“ sei.*

Diffuse und ambivalente Gefühlslage. Der Pat scheitert immer wieder an der Differenzierung der Affekte. Angst vor genereller Auflösung.

Bezug nehmend auf die letzte Einheit, sei die Kränkung über die fehlende Kontaktaufnahme der Tochter wie verfliegen. Der Pat. habe nachgedacht, könne aber nicht nachvollziehen, weswegen die Tochter keinen Kontakt mehr wolle. Im Verlauf des Gespräches wird mehr und mehr klar, dass es – als der Familienverband noch bestand – häufig Spannungen zwischen den Erwachsenen gegeben hatte, er als Vater war immer wieder unkontrolliert alkoholisiert, habe die Ex-Frau beschimpft, diese habe schließlich einen Geliebten gehabt.

In der Gegenübertragung ist Mitgefühl spürbar, welches mich verleitet als Therapeut ein väterliche Rolle einzunehmen. Der Pat wirkt regressiv, daher immer wieder ein bewusster Appell an den erwachsenen Hr. B. Das konkordante Gegenübertragungsgefühl der Hoffnungslosigkeit, deckt sich mit dem Empfinden des Pat. Um als Therapeut nicht handlungsunfähig zu werden, setze ich Angebote auf der Handlungsebene.

Angebot: An die Wand lehnen. Therapeut stellt sich neben Pat., spüren des Rückens an der Wand, Auflageflächen, dagegen drücken, nachlassen, in welcher Qualität (Wärme, Druck, Gewicht, etc.) sind die Fußsohlen spürbar. Was stützt, was gibt Halt? Eine Verbalisierung erfolgt nicht, da die Erfahrung im Mittelpunkt steht.

Der Pat kommt etwas verwirrt in eine Folgeinheit, meint es gehe ihm besser, wobei die Medikationsdosis auf eigenen Wunsch ein wenig erhöht wurde, da zwischenzeitlich vermehrte Angstzustände eingetreten waren, zusätzlich habe er optische Wahrnehmungen gehabt, die er nicht einordnen könne.

Interventionen ausschließlich auf stützende Angebote ausgerichtet.

Am Wochenendausgang konnte der Pat. zuhause nur fernsehen, wobei er stundenlang zwischen den Kanälen umschaltete, ohne sich inhaltlich einlassen zu können. Dies spiegle die innere „Zerfahrenheit“ wieder.

Der Pat strahlt diese Unruhe auch während des Gespräches aus. Angeboten wird, eine entspannte Sitzhaltung einzunehmen, die Fußsohlen gut auf dem Boden zu spüren, die Wahrnehmung auf Unterschenkel, Oberschenkel, Becken und Bauch zu richten. Der Pat. legt die Hände auf den Bauch, fühle sich ein wenig ruhiger.

Immer wieder Anzeichen von halluzinatorischen Symptomen.

Hr. B. wirkt in der Folge immer wieder verloren, spricht unaufgefordert von einem Stimmungstief und einer gewissen Bedrücktheit, für die er keine schlüssige Erklärung finden kann. Die Wochenenden seien unbefriedigend und zerfahren, der Kontakt mit der Tochter nach wie vor abgerissen.

Wiederholung stabilisierender Körperangebote notwendig. Nicht allzu viel Neues, da dies wieder bedrohlich wirken könnte.

Pat. spricht von körperlich spürbarem Druck. Um dies zu verdeutlichen wird nach längerer Unschlüssigkeit auf Brust und Schultern gedeutet. Wahrnehmung des Schulterbereichs (*wie schwer, wie beweglich, wie wirkt sich die Haltung der Arme aus,..*) Der Pat kommt von sich aus ein wenig in Bewegung (Schulter kreisen, anheben, fallenlassen). Anschließend das Angebot die Hände auf den Brustkorb zu legen und den Atem zu spüren. Der Pat. wirkt ein wenig kurzatmig und verspürt den Impuls, die Hände weiter weg zu halten, wodurch er sich weniger beengt fühle.

Körperorientierte Arbeit im basalen Bereich. Pat. kann nur kleine Anleitungen und einfache Hinweise entgegennehmen. Schwerpunkt ist stützendes Angebot.

Hr. B. spricht über seine Kindheit, in der er sich immer wieder extrem beengt gefühlt habe, zumal er als „Arbeitstier“ von seinen Pflegeeltern ausgenutzt wurde.

Er wird mit Fortdauer des Gespräches ruhiger und bleibt im Kontakt erreichbar.

Der Pat artikuliert diverse Beschwerden, besonders die chronische Atemwegserkrankung mache ihm zu schaffen.

Es bleibe oft die Luft zum Atmen weg. Dieser Satz wird aufgegriffen, um zu analysieren, welche Beklemmungen in der derzeitigen Situation den Pat. belasten.

Hiezu wird versucht mittels Symbolisierung eine Ordnung herzustellen.

Der Pat. ist nur schwer motivierbar, Symbole aus drei verschiedenen Körben auszuwählen. Es ist immer wieder ein Handlungsansatz erkennbar, der Pat verfällt aber bald wieder in eine passive Haltung.

Dem Pat. werden gezielt verschiedene Dinge angeboten, ehe er sich für ein paar kleinere Steine entscheidet. Die Aufforderung, die Symbole taktil wahrzunehmen, kann nur reduziert angenommen werden.

Schließlich legt der Pat die Steine auf den Tisch (nicht wie angeboten, auf den Boden) und benennt, für welche Bereiche sie stehen:

- Innere Spannung
- keine erhellenden Gedanken, eher diffuse Ängste
- kein Kontakt zur Tochter
- Einsamkeit und
- Langeweile

Neben diesen Symbolen werden nun Murmeln gelegt, die positive Aspekte der derzeitigen Situation darstellen sollen. Sie stehen für

- Abstinenz
- psychisch verbesserte Grundverfassung
- Unabhängigkeit und Autonomie
- Kommunikation mit anderen wieder möglich

Pat. setzt sich mit den einzelnen Bereichen auseinander. Transfer auf Gefühlswahrnehmung nicht möglich.

Hr. B. kann sich die dargestellte Ordnung aus der Distanz anschauen und findet das Bild nicht mehr so „dramatisch“ sagt affektleer: „*Es wird schon wieder werden.*“

Da die emotionale Belastbarkeit des Pat. reduziert ist, immer wieder stützendes Gespräch und mein Versuch den Pat. aus der Regression auf die Erwachsenenenebene zu führen.

Symbolisierungsarbeit nur beschränkt möglich und wenn, im Sinne von Realobjekten einer optisch differenzierbaren Übersicht von Belastungsfaktoren. In der konkordanten (Hr. B. ist ebenfalls verunsichert) Gegenübertragung kommt Unsicherheit auf, da der Pat. ein wenig dissoziiert. Deshalb wird dazu übergegangen jeden einzelnen Schritt und Handgriff genau anzuleiten und zu kommentieren, um ein gedankliches Abdriften bzw Aufkommen psychotischer Empfindungen zu verhindern.

Hr. B. habe am Wochenende Cannabis konsumiert und wird aufgrund der Stationsordnung aus der stationären Behandlung entlassen. Der Pat. könne die Entscheidung nur teilweise einsehen. Bezüglich Suchtverschiebung und Anwendung illegaler Drogen scheint eine bagatellisierende Einstellung vorhanden zu sein.

Die Rückfallsanalyse ergibt, dass der Pat. außerhalb der Station doch vermehrt unter kaum regulierbaren Spannungen gelitten habe und Cannabis als Selbstmedikation verwendete. Dies habe ihn ruhig gemacht, Rauschzustand sei keiner eingetreten. „Das Zeug könne gar nicht so viel, diese Zeiten seien vorbei.“

Auseinandersetzung mit Risiken von Suchtverschiebung, mit möglichen destabilisierenden bis psychotischen Folgewirkungen.

Der Pat. scheint zu Beginn sehr zögerlich und kann dann auch seine Enttäuschung und Wut über die Entlassung artikulieren. Hier wird auch in der Körperwahrnehmung eine Spannung in Kopf und Bauchgegend festgestellt.

Schließlich scheint der Pat. das Angebot einer weiteren ambulanten psychotherapeutischen Behandlung annehmen zu können.

Der Pat. erscheint in der Folgewoche in die ambulante Nachtherapie.

Er fühle sich derzeit sehr alleine und meint, zu abrupt in die Einsamkeit entlassen worden zu sein. Wut wird spürbar und kann artikuliert werden

Im Gespräch wird angeregt, dass der Pat. zu einer klareren Formulierung seines Ärgers gelangt. Dieser weicht jedoch aus und reagiert mit einer Handbewegung, die vermittelt, dass ohnehin alles egal wäre.

In Bezug auf Körperwahrnehmung wird Hr. B. aufgefordert, die Handbewegung nochmals zu vollziehen, und dem Impuls zu einer Überzeichnung nachzugeben. Dem Pat. gelingt es im Sitzen und hernach auch im Stehen, die Arme kräftig abzuschütteln und den Ärger in einem Satz zu formulieren:

Pat.: „Ich fühle mich nicht ernst genommen!“

Th.: Ich höre , was sie sagen, es ist bei mir angekommen.

Rückfälligkeit durch Suchtverschiebung aufgrund von fehlenden alternativen Stimmungsregulationsmöglichkeiten. Einsicht bezüglich eigener Urhebererschaft nicht gänzlich gegeben. Pat habe sich wie „fremdgeleitet“ gefühlt. Dissoziative Zustände in der Einsamkeit.

Artikulation der Wut mit Unterstützung meinerseits (Anm.: Therapeut) (Hilfs-Ich : Ich habe ziemliche Wut, fühle mich nicht ernst genommen“) möglich - stützende Haltung und korrigierende Erfahrung

<p><u>Inhalte/Methodik</u></p> <p>Gesprächsführung</p> <p>Symbolisierte Darstellung</p> <p>Wahrnehmung</p> <p>Gesprächsführung</p>	<p>Therapieeinheit Nr. 11</p> <p><u>Therapieverlauf</u></p> <p>Der Pat. sei seit dem letzten Gespräch abstinent geblieben, wirkt aber bezüglich Stimmung instabil.</p> <p>In einem Angebot wird die Stimmungslage der letzten drei Tage mit einem Seil gelegt.</p> <p>Der Pat zeigt sich vorerst ein wenig überfordert, legt das Seil mehrmals hin und hebt es wieder auf. Auf Kärtchen werden die Wochentage So, Mo, Di geschrieben, um so Klarheit über gleiche Zeitabstände zu schaffen.</p> <p>Der Pat einigt sich darauf Stimmungskrisen mit Steinen zu kennzeichnen.</p> <p>Sonntag abends sei eine heikle Phase, früher stand diese Zeit immer mit Nervosität vor Wochenbeginn in Verbindung.</p> <p>So. Nacht : Schlechter Schlaf, kreisende Gedanken</p> <p>Mo: Freundin nervt, da Distanz nicht eingehalten.</p> <p>Di: Stimmungskrise undefiniert.</p> <p>Mittels Symbolisierung (Gegenstände vorwiegend im Sinne von Realobjekten mit dem Schwerpunkt der taktilen Wahrnehmung sowie zur verbesserten Darstellung von Gefühlsqualitäten – „Über das „Fühlen“ zum „Gefühl“) wird versucht, für die Zustände Symbole zu finden</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Massageball = Nervosität ➤ Stück Jutestoff = zerrissener Schlaf ➤ Biegsamer Draht = Stimmungsschwankungen <p>Die Symbole werden durch haptische Wahrnehmung erfasst. Der Pat. erzählt kleine Episoden, welche nicht immer zusammenhängend sind.</p> <p>Bei „Schlaflosigkeit“ = Jutestoff - wird auf die Vergangenheit mit Kokainmissbrauch und Alkoholdämpfung zurückgeblickt und festgestellt, dass die Schlafqualität derzeit nicht wesentlich besser sei. Der Pat. sehe den Schwierigkeiten lediglich realistischer entgegen.</p>	<p><u>Therapeutischer Hintergrund</u></p> <p>Der Pat spricht unklar und scheint zeitlich schlecht orientiert. Um eine entsprechende Ordnung herzustellen, wird versucht die emotionalen Schwankungen anhand einer szenisch-symbolisierten Darstellung in eine Übersicht zu bringen. Symbolisierung dient zur Distanzierung im Sinne der Verhinderung einer Affektüberflutung.</p> <p>Krise kann nicht definiert werden, daher wird versucht, sie durch Symbolisierung zu konkretisieren, wobei konkret Gegenstände angeboten werden müssen, da die Auswahl dem Pat. große Schwierigkeiten bereite. Die Symbole haben Realobjektcharakter.</p> <p>Erinnerung wird durch taktile Wahrnehmung ausgelöst.</p>
--	---	---

<p><u>Inhalte/Methodik</u></p> <p>Gesprächsführung</p> <p>Körperwahrnehmung</p> <p>Basales Bewegungsangebot</p>	<p>Therapieeinheit Nr. 12</p> <p><u>Therapieverlauf</u></p> <p>Pat wirkt ein wenig sediert, er habe einen Benzodiazepinrückfall gehabt, konnte die Medikamente vor drei Tagen aber wieder absetzen. Die Realität und Nüchternheit sei an manchen Tagen unerträglich. <i>Pat.: „Da möchte ich den ganzen Tag im Kopf irgendwie innerlich ausreißen, bis es unerträglich wird und ich in die Notfalllade greife und Medikamente suche - oder auch nicht – ich weiß es nicht – wo war ich gerade ?“</i> Hr. B. sei nach Einnahme von Beruhigungstabletten innerlich ruhig gestellt und verlangsamt, vor allem die Spannungs- und Angstzustände werden aufgelöst. Zudem verschwinden optische und akustische halluzinatorische Wahrnehmungen.</p> <p>Der Pat. kenne aber auch die Abhängigkeitsentwicklung bei Tranquilizern und habe sie deshalb in einem vernünftigen Moment wieder abgesetzt, mit dem Preis, dass er nun äußerlich erschöpft sei und innerlich vermehrt angespannt. Dies wird aufgegriffen und eine Differenzierung zwischen „Außen“ und „Innen“ in der Erfahrung angeboten.</p> <p>Thema: Außen – Innen – Grenze am Körper: Abrollen der Körperkonturen mit Massageball, eigenen Handflächen, abklopfen, abstreichen, Augen geschlossen (zu langes Schließen wirkt bedrohlich – ist nur kurz möglich), wieder geöffnet. Innen wird als „Körper-Raum“ definiert und wahrgenommen, der Pat. tastet den Brustkorb ab und umfasst ihn, Vorstellung vom Innenraum und Beschreibung der inneren Organe wird von mir (Anm.: Therapeut) sprachlich begleitet. Außenwahrnehmung: Raum wird gemeinsam abgeschritten, Wände, Möbel, Gegenstände taktil wahrgenommen, Im Gehen soll Hr. B. Dimensionen abschätzen. Zurück zur Grenze: Körperkonturen abtasten, abklopfen, abschütteln. Pat wirkt gegen Ende der Einheit erschöpft, Kontaktaufnahme mit Stationsarzt erfolgt.</p>	<p><u>Therapeutischer Hintergrund</u></p> <p>Pat wirkt verzögert, verwirrt und bezgl. Gedanken inkohärent. Ein Zustand, der an den Therapiebeginn im Entzug erinnert.</p> <p>Die Anspannung auf einer Skala zwischen 1 und 10 angegeben, ergibt „, so ca. 9) Der Pat möchte auch mit dem Psychiater bzgl. Medikament sprechen</p> <p>Pat. habe offenbar fließende, unabgegrenzte und bedrohliche Empfindungen von Innen nach Außen und umgekehrt, da Grenzen und Filterfunktionen schwach ausgeprägt bzw. dysfunktional zu sein scheinen.</p>
---	--	---

<p><u>Inhalte/ Methodik</u></p> <p>Gesprächsführung</p> <p>Bewegungsan-gebot</p> <p>Körperwahrnehmung</p>	<p>Therapieeinheit Nr. 13</p> <p><u>Therapieverlauf</u></p> <p>Pat. erscheint halbwegs stabil, nach wie vor mache jedoch die innere Leere massiv zu schaffen. Er könne sich kaum konzentrieren und habe Probleme, wenn seine Bekannte zu lange bei ihm sei. Zwar finde er die Beziehung (Freundschaft, Bekanntschaft – Pat ist hier unklar) prinzipiell als Stütze, es erzeuge aber innere Spannungen, wenn er zu nahe und zu viel mit einem Menschen zusammen sei. Mit mehreren Menschen sei ihm dies ohnehin nicht möglich.</p> <p>Nähe wird immer wieder bedrohlich erlebt, was in Zusammenhang mit Gewalterfahrungen durch den Ziehvater steht.</p> <p>In der bewegungsorientierten Auseinandersetzung wird der Pat. aufgefordert, eine gute räumliche Distanz zum Therapeuten zu finden.</p> <p>Der Pat. wirkt unsicher und beginnt zaghaft, im Raum einen guten Abstand zu finden, rückt ein wenig weiter weg, wahrt immer sicher Distanz, kann gelegentlich Blickkontakt aufnehmen und ist schlagartig wieder sehr zurückgezogen.</p> <p>Der Pat findet das Angebot ziemlich anstrengend und sucht sich einen Sitzplatz mit möglichst großer Distanz. Als er erneut sitzt und aufgefordert wird, sich eine gute Haltung zu suchen, driftet der Pat. plötzlich gedanklich ab und hat eine kurze Absence: Einige Minuten später sagt Hr. B., dass er wirre Stimmen vernommen habe. Auf den Inhalt der Stimmen wird bewusst nicht eingegangen, stattdessen wird dem Pat. ein Ball in die Hand gegeben, der wenig nachgibt: Abrollen und Halten des Balles als Körperwahrnehmung und zur Herstellung des Realitätsbezugs sowie zur begleitenden Beruhigung.</p> <p>Der Pat meint am Ende der Einheit, er habe die Situation zuvor gar nicht so stark belastend empfunden, war aber deutlich weggetreten.</p>	<p><u>Therapeutischer Hintergrund</u></p> <p>Beziehung ist keine Partnerschaft, die Freundin (eine wesentlich ältere Dame -ebenfalls alkoholabhängig, derzeit abstinent) unterstützt im Alltag.</p> <p>Inhaltlich wird nicht näher auf Traumatisierungen eingegangen, sondern aufgrund der strukturellen Einschränkungen der Schwerpunkt auf die Regulation gelegt.</p> <p>Therapeut fungiert als Hilfsobjekt, um exemplarisch auszuloten, dass Distanz und Nähe regulierbar ist. Immer wieder ist Rückversicherung notwendig, dass der Pat. das Angebot steuern könne.</p> <p>Halluzinationen stellen sich bei Überlastung ein, der Verdacht auf desintegriertes Strukturniveau verhärtet sich. Verunsicherung in der konkordanten Gegenübertragung macht bewusst, dass Therapeut für Stabilität zu sorgen hat.</p>
---	---	--

Hr. B. berichtet in der Folgeinheit von einem Rückfall, welcher drei Tage andauerte, ehe es ihm möglich war, „die Notbremse zu ziehen.“

In der Ursachenanalyse stellt der Pat. fest, dass plötzlich eine unerträgliche Leere auftrat, eine Art „schwarze Gedanken-Überflutung“, durch die der Pat. wie ferngesteuert unter

Erneut Wiederholung der gleichen Muster, Stützung laufend notwendig.

Ausschaltung jeglicher Vernunft zum Supermarkt ging und sich harte Getränke besorgte.

Zusätzlich habe er mit Valium versucht, seinen Zustand zu bekämpfen, wobei Gedächtnislücken über weite Strecken die Folge waren. Auseinandersetzung mit Bremsmechanismen und Möglichkeiten der präventiven Erkennung solcher Zustände im Vorfeld.

Der Pat. kann nach längerer Denkpause durchaus realisieren, dass mangelnde soziale Kontaktaufnahme und verminderte Aktivität in Zusammenhang mit Auftreten von depressiven Episoden stehen.

Der Pat. habe seit seiner Kindheit - in der er unter massivem Druck seitens des überautoritären Stiefvaters stand - Probleme, Angebote anderer wertfrei anzunehmen. Er fühle sich zumeist gezwungen oder „überfahren“. Durch diese – wie der Pat. formuliert – neue Erkenntnis, sei der Widerstand eigentlich schon fast unsinnig geworden.

Körperwahrnehmung: Abklopfen des rechten Beines, anschließend Vergleich mit dem anderen Bein. Vergleiche in der Wahrnehmung, Fokussierung auf intakte Bereiche.

Hr. B. berichtet, dass er seiner Bekannten (die sich doch offenbar eine Partnerschaft erhofft hatte) gesagt habe, eine enge Beziehung sei für ihn nicht möglich. Hernach habe die Freundin geweint und sei sehr enttäuscht gewesen, worauf Hr. B. die eigene Aussage so unangenehm gewesen war, dass er sie zurückgenommen hätte. Er wollte sie nicht verletzen und sie habe ihm leid getan.

Auf die Frage, wie die eigene Gefühlslage war, ob es ihm leid getan hätte, wenn die Beziehung beendet worden wäre, kann der Pat keine klare Antwort geben, er glaube aber eher nicht.

Bei Hr. B. findet oft eine vollkommene Vermischung und diffuse Unklarheit zwischen den eigenen Gefühlen und den Gefühlen anderer statt.

Hr. B. beschreibt seine Einsamkeit, welche auch vorhanden sei, wenn die Freundin anwesend ist. Er habe das Gefühl, nicht richtig mit Menschen in Kontakt treten zu können und weiche gleichzeitig der Nähe aus.

Bewegungsangebot: Begrüßungsszene: der Pat wird aufgefordert aufzustehen – ich (Anm.: Therapeut) gehe auf ihn zu, begrüße ihn mit Handschlag und halte Blickkontakt.

Danach gebe ich Rückmeldung, dass ich Unsicherheit seitens des Patienten spüre, aber auch selbst in der Kontaktaufnahme leicht unsicher bin, da ich immer wieder das Gefühl habe ich begegne einer „sehr zerbrechlichen Persönlichkeit“.

Bezug genommen wird in der Folge auf die Kindheit des Hr. B., welche als Leibeigenschaft und Gefängnis reflektiert wird. Die Identifikation als Kind mit dem Landwirt als Ersatzvater sei aber doch sehr hoch gewesen.

Psychoedukative Elemente immer wieder hilfreich, bei Bestehen einer ausreichend belastbaren, therapeutischen Beziehung.

Leichte Erschöpfungserrscheinungen in der konkordanten Gegenübertragung spiegelt den Zustand des Pat wider. Daher immer wieder Anregung zu aktiver Körperwahrnehmung

Stützendes Bewegungsangebot in der Progression.

Pat. stark bindungsbeeinträchtigt, er vermag nicht selbst zu entscheiden, wo seine Grenzen sind. Wahrnehmung und Artikulation der eigenen Affekte nicht möglich.

Die Unfähigkeit mit anderen – ohne dem Bindeglied der Drogen - in Kontakt zu treten, besteht seit der traumatisierenden Kindheit.

Pat. lächelt bei dieser Sequenz ein wenig, was bis dato kaum passierte.

„Ich habe nicht aus können.“ Viel Arbeit war noch der beste Weg sich freizuspielen, Angst vor Repressalien allgegenwärtig.

Auf die Frage, welche Gefühle heute zum Vorschein kommen, wenn diese Dinge thematisiert werden, antwortet der Pat zuerst mit: „Nichts“ und später mit: „Schwere“

Bewegungsangebot: Stab: Im Raum stehen, sich abstützen, festhalten, Halt finden und Gewicht (*Wie viel schwere kann ich auf den Stab übertragen?*) abgeben. Das Angebot wird verbal genau begleitet, damit Hr. B. nicht verunsichert wird.

Der Schwere und dem „Nichts“ wird ein stützendes Bewegungsangebot entgegengesetzt, kein konfrontatives Vorgehen.

Hr. B. ist in der Folgeinheit etwas durcheinander, er könne sich nicht gut konzentrieren, fühle sich aber dennoch nicht rückfallgefährdet. Der Umstand, dass er sich abstinert hält, scheint Halt zu geben.

Abstinenz als wichtiges Thema, Bestärkung im psychoedukativen Sinn.

Der Pat wählt ein Symbol für die Abstinenz – er braucht sehr lange, um einen Gegenstand auszuwählen und widerruft immer wieder seine Wahl. Schließlich fällt die Entscheidung auf eine rote Glaskugel:

- Gegenstand anfassen
- verschiedene Qualitäten fühlen (Temperatur, Aussehen, Gewicht, Oberflächenbeschaffenheit,)
- auf verschiedene Körperstellen legen
- damit in Bewegung kommen
- Sprechen

Arbeit mit Gegenständen ist stark strukturiert, Symbolisierung im Sinne einer Verbindung zwischen sensumtorischer Erfahrung und sprachlich-symbolischer Vergegenständlichung

Die Abstinenz habe viel Gewicht bekommen, Hr. B. sehe eine deutliche Verbesserung in der Wahrnehmung. Aufrecht sind massive Stimmungsschwankungen, gelegentlich halluzinatorische Sinneseindrücke und eine frei flottierende Angst.

<p><u>Inhalte/ Methodik</u></p> <p>Gesprächs- führung</p> <p>Körperwahr- nehmung</p> <p>Therapie- gespräch</p>	<p>Therapieeinheit Nr. 20</p> <p><u>Therapieverlauf</u></p> <p>Hr. B. ist verwirrt und erwähnt, dass er sein Neuroleptikum in der Früh vergessen habe. Er fragt, ob er hier auf der Station nicht diesbezüglich versorgt werden könne. Pat. wird von therapeutischer Seite beruhigt und die Situation wird dazu genutzt, um genauer zu reflektieren, wie sich der Zustand in geschützter Umgeben darstellt.</p> <p>Als Körperreaktion zeigt der Pat ein leichtes Zittern, der Fokus wird auf die Füße und die Wahrnehmung des Untergrundes gelegt. Der Pat. hat das Bedürfnis, die Schuhe auszuziehen, was als Vertrauensbeweis zu werten ist. Das Abklopfen der Unterschenkel und Streichen über die Körpergrenzen kann als Angebot angenommen werden. Der Pat wird ruhiger.</p> <p>Im Gespräch kann der Pat. keine innere Ursache oder seelischen Konflikt für sein Unwohlsein festmachen. Lediglich die schlechten finanziellen Bedingungen, die Enge der Partnerschaft, das fehlende Medikament, die Bedrohungen durch Ämter und gesellschaftliche Zwänge werden als verursachend angesehen. Im nächsten Satz werden diese Punkte aber relativiert, weil in Wirklichkeit ohnehin alles egal sei. Vielfach gibt es auch Suizidgedanken, jedoch keine Einengung, der Pat, betont, dass er keine konkreten Selbstmordabsichten habe.</p> <p>Gleichzeitig gibt der Pat. unumwunden zu, dass er psychisch sehr krank sei. In Bezug auf die letzten Einheiten wird nochmals die Abstinenz als Säule der inneren Stabilität herausgearbeitet.</p>	<p><u>Therapeutischer Hintergrund</u></p> <p>Deutliche Bemühung um mehrfache Zuwendung und Überprüfung, ob sein Zustand ernst genug genommen wird.</p> <p>Kleine therapeutische Erfolge, da Körperwahrnehmung besser angenommen werden kann und Beruhigung hergestellt werden kann. Unklarheit bzgl. Stimmungskrisen, keine Außenperspektive auf innere Konflikte</p> <p>Diffuse, unklare Bilder über verursachende Faktoren, die Welt wirkt bedrohlich, wenig Grenzen zwischen Innen und Außen.</p> <p>Suizidalität anamnestisch mehrfach vorhanden, derzeit keine akute Gefahr.</p> <p>Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft konnten gefestigt werden.</p>
--	--	---

Persönliche Reflexion:

Die Arbeit mit Hrn. B. war für mich von Beginn an eine Herausforderung, da eine unübersehbare Verwundung Betroffenheit bei mir auslöste. Das Gefühl einem extrem zerbrechlichen Menschen zu begegnen, der von Auflösungsängsten und überflutenden Konflikten eingeschränkt ist, löste in mir besonders zu Beginn der Therapie eine körperliche Enge aus. Oft entdeckte ich mich in einer gewissen Erstarrung, sodass meine Bewegungsfreiheit eingeschränkt schien. Sehr bewusst musste ich die Wortwahl setzen und immer in einer unterstützenden Zuwendung Hrn. B. zu erreichen versuchen. Dennoch geschah es mehrmals, dass der Patient in eine Inkohärenz der Handlungen und des Denkens zurückfiel, sodass meine Aufgabe in äußerer Beruhigung im sprachlichen Dialog lag. Inhaltliche Themen streiften allzu oft die Retraumatisierungsgefahr, wodurch die Stabilisierung auf der Körperwahrnehmungsebene von großer Bedeutung war. Schwierig war die Überbringung der Nachricht, dass die stationäre Therapie aufgrund von Cannabiskonsum abgebrochen werden muss, da ich einen Therapieabbruch befürchtete. Dennoch konnte der Patient die Therapie weiterverfolgen, bis es auch schließlich zu einer Verbesserung des Funktionsniveaus in den Bereichen: Kontaktaufnahme, Affizierbarkeit und Ordnung durch verbale Auseinandersetzung kam. Im Bewusstsein, dass es immer wieder zu Zusammenbrüchen und subjektiv erlebten „Auflösungen des Alltags“ kommen kann, ist der Handlungsspielraum und die Bewegungsmöglichkeit in der Therapie auch meinerseits größer geworden.

Der Patient steht nach wie vor in meiner psychotherapeutischer Behandlung, die Rückfälligkeit ist seltener geworden, die Therapiefrequenz wurde auf vierzehntägig erweitert.

8.2 Unterschiede in der bewegungs-therapeutischen Herangehensweise

Bevor eine Gegenüberstellung der Fallverläufe vorgenommen wird, möchte ich die Unterschiede in der therapeutischen Arbeit aus dem Blickwinkel der konzentrativen Bewegungstherapie herausarbeiten.

Die oben beschriebenen Patienten verfügen über grundlegend unterschiedliche Voraussetzungen bzw. Niveaus auch betreffend „strukturbezogener Erfassung des Körpererlebens“ (vgl. Küchenhoff, 2006). Besonders hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die „Wahrnehmung des Körperselbst“, die „Steuerung des Körperselbst“ und „Körper als Mittel der Kommunikation“.

Bezüglich „Wahrnehmung des Körperselbst“ ist zu bemerken, dass Hr. E. seinen Körper als vital und einheitlich erlebt. Dies wird nach dem Abklingen von Entzugssymptomen und dem ersten Vertraut-werden mit dem eigenen Körperbild ersichtlich. Daher ist es in der bewegungs-therapeutischen Herangehensweise möglich, dass der Patient auf seine körperliche Unruhe konfrontativ hingewiesen werden kann, und Wahrnehmungsangebote zu einer tatsächlichen Beruhigung führen. Im Verlauf der Therapie kann der Patient auch selbstständig - beispielsweise durch Auflegen eines Sandsäckchens auf den Oberschenkeln – einen Bezug zu seinem Körper herstellen. Bei Hrn. O. spielt das Körperliche teilweise keine Rolle und ist auf das Funktionieren ausgerichtet. In den Interventionen bedeutet dies, dass der Schwerpunkt auf die basale Wahrnehmung (Haltung des Kopfes, Bewegungsspielraum der Arme, Rücken an Lehne etc) gelegt wird, welche auch verbal genau begleitet wird. Eine entspannte Sitzposition ist nicht von selbst erzeugbar, der Pat vermag lediglich den Sessel im Raum zu verstellen und die Haltung so einzurichten, dass es nicht schmerze. Bei Hrn. M. wird das Körperliche teilweise als nicht zum Selbst gehörig erlebt. Solche auftauchenden dissoziativen Zustände werden mittels stabilisierender Angebote, die das Spüren des festen Bodens unter den Fußsohlen, das Ertasten der knöchernen Körperteile als halt-gebende Strukturen oder das Stützen und Gewicht abgeben an den Stab ermöglichen. Bei Hrn. B., der seinen Körper als fragmentiert erlebt und sich oft fremdgesteuert fühlt, stehen – ähnlich wie bei Hrn. M. – stabilisierende Bewegungserfahrungen im

Vordergrund. Der Unterschied liegt in der geringeren Auswahlmöglichkeit, die Variation an Angeboten wirkt eher beunruhigend, die Wahrnehmung des Bodens unter den Füßen und die kohärente Empfindung der Körperstellen auf der Sitzgelegenheit bleiben zentrale therapeutische Herangehensweisen. Bezüglich „Steuerung des Körperselbst“ ist bei Hrn. E. von einer positiven Besetzung des Körperselbst in Bezug auf Selbstwertgefühl auszugehen. Auch eigene körperliche Bedürfnisse werden gut erkannt und können reguliert werden. Daraus aufbauend kann ein Angebot, wie „Suchen eines guten Platzes im Raum“ oder „Innen und Außen“ mit taktilem Wahrnehmung des äußeren Raums und Abklopfen der eigenen Körpergrenzen relativ offen – also ohne genaue verbale Vorgabe – gestellt werden. Der Erfahrungsgewinn ist für den Patienten groß, da der bewegungsorientierte Zugang neu ist. Hr. O. braucht für ähnliche Angebote mehr verbale Begleitung, die Gestaltung ist weniger experimentierfreudig, der therapeutische Beziehungsaspekt (Vertrauen) spielt eine größere Rolle. Selbstwertgefühl und Körperselbst sind brüchig, was besonders mit Missbrauchserfahrungen im Heim zusammenhängt. Beim „Anlehnen an der Wand“ ist es von Bedeutung, dass ich neben dem Patienten stehe und nicht in eine beobachtende – als bewertend wahrgenommene – Rolle gelange. Bei Hrn. M. besteht eine dauerhafte Funktionalisierung des Körpers zur Selbstwertregulation, dies macht sich anamnestisch besonders in der sexualisierten Opferrolle bemerkbar. Sinnvolle Intervention ist hier beispielsweise das Abführen von körperlicher Spannung über einen Ball. Dieser wird als Intermediärobjekt weitergegeben und wieder von mir zu Hrn. M. zurückgegeben, sodass dieser seine Muskelspannung über den Druck, den er auf den Ball abführt, erfahrbar machen kann. Hrn. B., der unter einem Verlust der Kontrolle über seinen Körper (Dauerkatheterisierung) leidet, kann nur in kleinen Sequenzen ein Zugang zur Körperlichkeit ermöglicht werden (zB. Schulter spüren, Bewegungsspielraum ausprobieren, hängen lassen – *was heißt das übertragen ?*, hoch ziehen, etc).

In Bezug auf „Körper als Mittel zur Kommunikation nach Innen“ werden besonders auf die Anwendung von Alkohol unterschiedliche Defizite betreffend der Einschätzung von körperschädigenden Folgen bemerkbar. Während Hr. E. einen klaren Zusammenhang seiner

Abhängigkeitserkrankung mit Körperschädigung sieht und auch im Angebot „in sich hinein horchen“ kann, gelingt dies Hr. O. nur mit Abstrichen. Bei Hr. M. und Hr. B. ist die Kommunikation mit dem Körperinneren nicht möglich oder sogar destabilisierend, wodurch in den Interventionen weniger in eine offene Körpererfahrung (*wie groß ist der Innenraum, was sagen mir meine Organe?*) gegangen wird, sondern strukturierte, nicht interpretierbare taktile Erfahrungen angeleitet werden. Zudem werden basale Erfahrungen bezüglich „Körper als Mittel zur Kommunikation“ nach außen angeregt. So wird bei Hr. B. der Blickkontakt, die Variation des Händedrucks, die korrigierende Erfahrung in einer Begrüßungsszene unter dem Gesichtspunkt der frühen Bindungsstörung zu einer wichtigen, bewegungstherapeutischen Intervention.

Die Konzentrative Bewegungstherapie hat bei den oben dargestellten Patienten verschiedene Möglichkeiten eröffnet:

Hr. E., dessen Körperlichkeit bisher in seiner Wahrnehmung vernachlässigt war, konnte eine weitaus höhere Sensitivität und Achtung in der (Körper)-Haltung und Bewegung erzielen. Weiters wurde es möglich über den Weg der Bewusstmachung und Lokalisation von Spannungen einen verbesserten Zugang zur Emotionalität zu erlangen. Auf der Symbolisierungsebene im Sinne von szenischen Probehandlungen wurde Hr. E. das Durchspielen seiner innerfamiliären Konfliktmuster ermöglicht. Daraus ergaben sich bessere Regulations- und Distanzierungsmöglichkeiten.

Hr. O., welcher aufgrund von Übergriffserlebnissen eine beeinträchtigte Wahrnehmung seiner Körperlichkeit hatte, konnte aufgrund von taktilen Erfahrungen (Sandsäckchen, Bällen, etc) einen – durch die geschützte Umgebung und in der Beziehung zum Therapeuten stehend – eine positivere Besetzung des Körperlichen aufbauen. Besonders die Fimosenoperation und die Ansprechbarkeit der Traumatisierungen mit begleitender bewegungsorientierter Abstützung waren für diesen Prozess sehr hilfreich. Bewegungsangebote konnten zur direkten Begegnungserfahrung genutzt werden. Hr. O. wurde es möglich in der Begegnung seine narzisstische Haltung zu regulieren.

Bei Hr. M. und Hr. B. fanden die bewegungstherapeutischen Interventionen vermehrt und hauptsächlich über Stabilisierung und

Spannungsregulation statt (Wahrnehmung in der Sitzhaltung, Füße am Boden, Gewicht an Stab abgeben, an Wand lehnen, knöcherne Strukturen erspüren, etc). Besonderen Stellenwert nahm bei beiden Patienten die Abgrenzung zwischen „Innen“ und „Außen“ mittels Abklopfen der Körperkonturen, Rollen von Bällen, Auflegen von Sandsäckchen etc ein. Durch die Methodik war es immer wieder möglich, aus der Leere und Ohnmacht mittels Aktivierung und Begegnung herauszugelangen. Hr. M. konnte Angebote besser annehmen, während Hr. B. häufig Widerstand erzeugte. Hr. B. blieb der erhoffte, verbesserte Zugang zu seinen Affekten über Bewegung und Körperwahrnehmung größtenteils verschlossen. Hr. M. konnte einen besseren Zugang zur Emotionalität über Bewegung und Körperwahrnehmung erreichen, blieb aber – nicht zuletzt durch Krisensituationen und Rückfälligkeit – im Transfer zwischen Wahrnehmung, emotionaler Empfindung und kognitiver Reflexion eingeschränkt.

8.3 Gegenüberstellung der Fallverläufe

Für die Gegenüberstellung der Fallverläufe wurden sowohl die Ebenen *struktureller Merkmale* (siehe Kap. 6.1.2, vgl. OPD, Rudolf, 2007) betreffend der Bereiche Kognition, Regulation, Emotion und Bindung herangezogen, als auch auf Körpererleben eingegangen, welches unter dem Gesichtspunkt einer Psychotherapierichtung mit körperorientiertem Zugang von Bedeutung ist. Ferner finden alkoholabhängigkeitsbezogene Spezifika Eingang in die Betrachtung, ebenso Gegenübertragungsprozesse. Schließlich wird sowohl auf Interventionen als auch auf die therapeutische Haltung Bezug genommen. Nachdem es sich bei der vorliegenden Vergleichsstudie nicht um eine quantitative Untersuchung handelt, sondern eine qualitative Längsschnittbeobachtung, ist es wichtig schwerpunktmäßige Behandlungsformen, sowie durchgängige therapeutische Vorgangsweisen zu betrachten und seltener auftretende therapeutische Zugänge oder Phänomene aus dem Aufmerksamkeitszentrum zu rücken.

Durch die theoriegestützten Annahmen (siehe Kapitel 6.3) ist es naheliegend, dass im Rahmen der Verlaufsdagnostik, welche erst nach einer gewissen Zeit eine Einschätzung des Strukturniveaus erlaubt, vorerst eine vorsichtig anbahnende und keine konfrontative therapeutische Herangehensweise angewandt wird. Es besteht eine Wechselwirkung aus theoretischen Überlegungen und praktischer Umsetzbarkeit, wobei es sich hierbei nicht um ein experimentelles Versuchssetting, welches eine therapeutische Intervention nach der Anwendung auf deren Tauglichkeit bzw. Sinnhaftigkeit untersucht, handelt, da dies ethisch nicht vertretbar wäre. Vielmehr wird anhand der Theorie-Praxis-Verschrankung eine behutsame, an die strukturellen Voraussetzungen und aktuellen Bedürfnisse der Patienten angepasste, therapeutische Haltung gewählt.

Im Folgenden wird versucht die Fallverläufe in einer Übersicht gegenüberzustellen, um eine interpretatorische Grundlage gemäß der Eingangsthese zu bieten:

Übersicht: Fallverläufe

	<i>Hr. E. Strukturturniveau: Gut integriert</i>	<i>Hr. O. Strukturturniveau: Mäßig integriert</i>	<i>Hr. M. Strukturturniveau: Gering integriert</i>	<i>Hr. B. Strukturturniveau: Gering bis des- integriert</i>
Kognitive Ebene	Pat.selbstreflexiv, Identität gefestigt, Selbst-Objekt Differenzierung möglich	Selbstreflexivität mit Einschränkung (narzisstische Abwehr) realistische Objektwahrnehm. eingeschränkt	Selbstreflexion beeinträchtigt, unsicheres Gefühl eigener Identität, Selbst-Objekt-Differenzier. eingeschr.	Identitätsdiffusion, kaum Selbstreflexivität, Affektdifferenzierung massiv beeinträchtigt
Regulative Ebene	Impulssteuerung u. Affektregulation möglich, Interessensausgleich kann aufgebaut werden	Impulssteuerung (anamnestisch) beeinträchtigt, Affektregulierung braucht Unterstützung	Impulssteuerung stark beeinträchtigt, Affektregulation unzureichend möglich, ebenso Selbstwertregulation	Affektregulation anamnestisch über Substanzen, gegenwärtig nicht möglich, kein Interessenausgleich
Emotionale Ebene	Affekte verbessert wahrnehm- und generierbar, Kontaktfähigkeit und Affektausdruck im Laufe der Therapie verbessert möglich	Eingeschränkte Kontaktfähigkeit (meist neg. Kontaktaufnahme), Affektausdruck eingeschränkt, Kränkbarkeit	Affektgenerierung und –ausdruck stark beeinträchtigt, Empathiefähigkeit und Kontaktfähigkeit massiv reduziert (innere Vereinsamung)	Affektgenerierung und –ausdruck massiv beeinträchtigt, Empathiefähigkeit und Kontaktfähigkeit unzureichend (innere und äußere Vereinsamung)
Bindungsebene	Ausreichend positive Beziehungserf., Vaterkonflikt klar abgrenzbar, Bindungsfähigkeit (Ehe, Arbeit, etc) aufrecht	Beziehungserfahrung (Heim, Institutionen, etc) nicht ausreichend gut, soziale Probleme, tlw eingeschränkte Variabilität der Bindung	Negative Beziehungserfahrungen, fehlende positive Introjekte, prosoziale Affekte können nur schwer aufgebaut werden	Negative Beziehungserfahrungen, fehlende positive Introjekte, prosoziale Affekte können nicht aufgebaut werden
Körpererleben	Körperliche Identität gegeben, eigener Körper kann emotional lebendig erlebt werden, Fürsorge bzgl. Körper Im Laufe der Therapie verbessert	Realistisches Bild des eigenen Körpers tlw. eingeschränkt, mittelgradig gute Selbstwahrnehmung, Fürsorglichkeit bzgl. Körperlichkeit verbesserungsbedürftig, Sexualität belastet	Gefühl der körperlich. Identität und Integrität (sexueller Missbr, Gewalt)beeinträchtigt, „fließende Körpergrenzen“, Körpervorgänge schwer erträglich	Gefühl der körperlich. Identität und Integrität (Gewalt) massiv beeinträchtigt Störung der Körpergrenzen, Körpervorgänge schwer erträglich (Dauerkatheder, Medikamente
Alkoholabhängigkeitsspezifika	Keine Rückfälle, wenig Craving, Nikotinabstinenz zusätzlich	Keine Rückfälle, zeitweise Rückfallsgedanken	Mehrfache Rückfälle mit Kontrollverlust, Zerstörungsgedanken mit Alkohol	Rückfälle auch mit Suchtverschiebung (andere Substanzen) Betäubungsmuster
Gegenübertragung	Ungeduld, Zufriedenheit, Überschätzung	Vorsicht, Ungeduld, Unsicherheit	Ohnmacht, Erschöpfung	Ohnmacht, Erschöpfung, Lethargie
Interventionen	Symbolisierung im Therapieverlauf verbessert möglich, Bewegungsangebot wird integriert, freies Assoziieren möglich, Arbeit in der Regression sinnvoll	Bewegungsangebot mit Widerstand, später verbessert integrierbar, Symbolisierung möglich, zumeist stützendes Gespräch. Aufarbeiten der Traumata vorsichtig möglich	Immer Stützend in Bewegungsangebot und Gespräch, Herstellung von Realitätsbezug bei Retraumatisierungsgefahr, Symbolisierung eingeschränkt möglich, „Hilfs-Ich Funktionen“	Immer stützend im Gespräch, Bewegungsangebote mit exakter Strukturierung, Symbolisierung kaum möglich, Haltgeben, Inhalte sekundär,
Therapeutische Haltung	Konfrontatives Vorgehen möglich, tlw. abstinente Haltung im Gespr.	Stützend, begleitend, aufarbeitend, Vertrauen laufend aufbauend	Immer stützend, Progression fördern, Schwerpunkt in Begegnung	Schwerpunkt in der Begegnung, Haltgebend, psychoedukativ

Die Gegenüberstellung ergibt auf der kognitiven Ebene eine weitgehende Übereinstimmung mit den auf Achse IV in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD 2, 2006, S 259 ff) beschriebenen strukturellen Beurteilungsfunktionen. Die Selbstreflexivität und Selbst-Objektdifferenzierung ist je nach Strukturniveau stufenweise mehr und mehr eingeschränkt.

Im Falle des Pat. Hr. O. (mäßig integriertes Strukturniveau) war eine längere Verlaufsdiagnostik notwendig, um die Selbstreflexivität einschätzen zu können, da aufgrund vieler Misstrauenserfahrungen auf der Bindungsebene über lange Zeit eine narzisstische Überhöhung als Abwehrmechanismus angewandt werden musste. Das Ausdifferenzieren des Selbstbildes war mit Fortdauer der Therapie eingeschränkt aber verbessert möglich. Auffallend war die Identitätsdiffusion und mangelhafte Selbstreflexion bei Pat. Hr. B., die auch nach dem Ausklingen psychischer Entzugssymptomatik aufrecht blieb.

Auf regulativer Ebene weichen die diagnostischen Merkmale von der OPD insofern ab, als die Impulskontrollstörungen bei den Patienten mit mäßiger und geringer Integration (Hr. O. und Hr. M.) besonders auf anamnestische Rauschzustände zurückzuführen sind. Im abstinenter Zustand bleibt allerdings die auffallend beeinträchtigte bzw. fehlende Affektregulation.

Auf der emotionalen Ebene ist generell eine längere Verlaufsdiagnostik notwendig, da substanzinduzierte Nebenwirkungen auch in der Entwöhnungsphase eine nicht unerhebliche Rolle spielen. Zudem war die Auseinandersetzung mit Affektwahrnehmung und –differenzierung für Hrn. E. (gut integriertes Strukturniveau) eine neue Erfahrung und musste erst stützend gefördert werden, ehe dazu übergegangen wurde, in einer stärker konfrontativen therapeutischen Haltung die emotionalen Prozesse einzubeziehen. Klar auffallend waren die Korrelationen zwischen komplexen Persönlichkeitsstörungen (Hr. M, Hr. B) und defizitärer Affektgenerierung bzw. massiv eingeschränkter Kontaktfähigkeit

Klare Zusammenhänge zwischen Strukturniveau und Bindungserfahrungen sind gegeben, wobei Pat Hr. O. trotz systematischer Missbrauchserfahrung (mehrfache sexuelle Missbrauchshandlungen von Heimerzieher) überraschend gute Variabilität in der Bindung erreichen konnte. Hier wird

möglicherweise der Umstand wirksam, dass der Eintrittszeitpunkt der Traumatisierung relativ spät in der Kindheit erfolgte.

Bezüglich Körpererleben und kinästhetischer Wahrnehmung ermöglicht die Konzentrative Bewegungstherapie einen vertieften diagnostischen Zugang. Bei allen Patienten ist die Körperwahrnehmung und des Erleben in Bewegung sowie auch die Differenzierungsmöglichkeit in den Bereichen Körpergrenzen und Fürsorglichkeit bezüglich Körperlichkeit massiv beeinträchtigt. Dies ist auf ein Spezifikum der Suchterkrankung zurückzuführen, dass nämlich die Substanz auf Dauer eine Wahrnehmungsverschiebung und eine sensorische Empfindungs-veränderung hervorruft. Erst eine Verlaufsdagnostik ermöglicht einen Einblick, welche Fähigkeiten und Defizite sich über die Zeit herauskristallisieren. Hr. E. hatte zu Beginn wenig Bezug zu seinem Körper in Form von emotionaler Besetzung und konnte erst in kleinen Schritten erfahren, dass die Körperlichkeit emotional lebendig erlebt werden kann. Bei einer zu früh festgelegten Diagnose wäre in diesem Bereich ein niedrigeres Strukturniveau nahe gelegen. Auf der anderen Seite des Spektrums blieb das Gefühl der körperlichen Integrität und Identität bei Hrn. M. und Hrn. B. auch nach Monaten weiterhin stark bis massiv beeinträchtigt. Besonders Körpergrenzen und Körpervorgänge werden als unklar und bedrohlich erlebt, woraus sich stützende Therapieangebote ergaben.

Die Rückfälligkeit als Parameter für den langfristigen Umgang mit dem Suchtmittel ergibt ein klares Bild: Hr. E. kann sowohl eine Alkohol- als auch eine Nikotinabstinenz aufweisen (eine mit Sicherheit eher idealtypische Entwicklung). Während Hr. O. im Therapieverlauf trotz widriger sozialer Bedingungen abstinent bleibt, wird Hr. M. unter vergleichbaren äußeren Bedingungen rezidivierend rückfällig. Hr. B. weist von der Anzahl her weniger häufig Rückfälligkeit auf, erleidet jedoch wiederholt Suchtverschiebung in Form von Benzodiazepinabusus.

Bezüglich therapeutischer Interventionen können nach Schaffung einer Vertrauensbasis bei Hrn. E. die gesamte Palette bezüglich Methodik angewendet werden. Die anfänglich supportive Gesprächsführung ist mit Fortdauer einer paraphrasierenden, weitgehend abstinenter Haltung im Gespräch gewichen. Nach anfänglichen Überwindungen in der Symbolisierung, konnte der Pat. zusehends verbessert eine innere Ordnung

durch äußere Darstellung von Erinnerungen und Affekten erzielen. Bei Bewegungsangeboten konnten die anfängliche Unsicherheit und die suchtspezifisch gegebenen Defizite in der sensumotorischen Wahrnehmung durch Angebote verbessert werden, ein Zugang zur Emotionalität wurde ebenfalls ermöglicht. Generell stand bei Herrn E. die Herausarbeitung des Konfliktgeschehens, welches als abgrenzbar und in seinen Ursprüngen und Auswirkungen deskriptiv erfassbar wurde, im Zentrum der Therapie.

Hr. O. dessen Einschränkungen sich durch die Persönlichkeitsstörung auf einem höheren Grad der Borderline Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg (1992, 2000) – explizit in einer narzisstischen Ausformung – ergibt, benötigt in der Therapie immer wieder vermehrt eine stützende Gesprächsführung, negative Bindungserfahrungen werden mit der therapeutischen Beziehung immer wieder abgeglichen. Misstrauen, welches Schutzfunktion gegenüber Enttäuschungen bietet, begleitet den therapeutischen Prozess. Verbessert wurde die Möglichkeit, über Symbole eine innere Repräsentation äußerer Umweltgegebenheiten und Belastungen darzustellen. Im Bereich der Körperwahrnehmung bleiben Einschränkungen besonders in der Funktionalität (Atmung, Sexualität) aber auch im Transfer zur Affektdifferenzierung erhalten.

Hr. M, welcher ein relativ niedriges Niveau in der Integration der Persönlichkeitsstruktur vorzuweisen hat, bleibt besonders in der Affektdifferenzierung und –regulation eingeschränkt. Reizüberflutungen und Affektlabilität überschatteten immer wieder die kontinuierliche Fortsetzung an inhaltlichen Schwerpunkten. Durch stabilisierende Bewegungsangebote konnte mehrmals eine Retraumatisierung aufgefangen werden. Der Pat. verfügt nicht über eine äußere Perspektive eines inneren Konflikts, zumal der psychische Binnenraum (vgl. Rudolf 2006, Heigl-Evers, 2002) wenig entwickelt ist. In den therapeutischen Interventionen stehen klar Stabilisierung und Arbeit in der Progression im Vordergrund. Dies geschieht unter anderem über Bewegungsangebote im sichernden Stand und anhand von gut strukturierten Wahrnehmungsübungen. Symbolisierung ist sehr eingeschränkt möglich, der Patient verliert bei zu hoher Abstraktion den Realitätsbezug und verarbeitet tendenziell psychotisch oder dissoziierend. Die schematische Darstellung in Kapitel 6.3. bezüglich Sprechen und Handeln in Bezug auf

regressive oder progressive Vorgangsweise in der Therapie weist insofern Abweichungen auf, als nicht ausschließlich in der Progression gearbeitet werden kann, da dem Patienten immer wieder die belastende Vergangenheit und gewaltbesetzte Kindheit in das Bewusstsein gelangt und dort nach Verbalisation verlangt. Das schematisch dargestellte Verhältnis *Sprechen zu Handeln* stimmt größtenteils mit der therapeutischen Praxis überein.

Herr B., welcher im Kernbergschen Sinn (2000, 1992) eine psychotische Persönlichkeitsorganisation aufweist, braucht für jedes Bewegungsangebot eine klar strukturierte und eingegrenzte Anleitung. Die Wahrnehmung, Bewegung, die Beschaffenheit der Materialien sowie mögliche auftauchende Affekte müssen vom Therapeuten begleitend benannt werden, da die Möglichkeit seitens des Patienten nicht gegeben ist, einen durchgehenden Realitätsbezug zum Erlebten herzustellen. Teilweise erfolgen Handlungen in dissoziativen Bewusstseinszuständen, im Gespräch kommt es zu Gedankenabriss und Inkohärenz. Psychoedukative Momente bezogen auf Abhängigkeitserkrankung sind hilfreich, der Schwerpunkt der Therapie liegt auf Erfahrung durch Begegnung im Sinne einer stützenden Bewahrung vor der *inneren und äußeren Auflösung des Alltags*.

Abschließend kann – wie oben auf betreffende Patienten bezogen beschrieben – die Eingangsthese bestätigt werden: Die Schwerpunktsetzung und Haltung in der therapeutischen Behandlung ändert sich je nach Strukturniveau, trotz übergeordneter Diagnose *Alkoholabhängigkeit*. Je geringer der zu Behandelnde vom Strukturniveau integriert ist, desto mehr werden stützende und die Progression fördernde therapeutische Interventionen notwendig.

9 Literatur

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Arbeitskreis OPD 2 (2006): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2, Verlag Hans Huber, Bern

Bandura, Albert (1976): Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial- kognitiven Lerntheorie. Klett- Verlag, Stuttgart

Bensel, Wolfgang (2003). Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. In: Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 34, 2, 67–74.

Bilitza K.W. (Hrsg) (2008): Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen

Bion W. (1990): Lernen durch Erfahrung. Shurkamp Verlag: Frankfurt and der Main

Böning J, Weijers H-G & Herrmann MJ (2002) Suchtgedächtnis und Cue-Reaktivität – eine neuro-psychobiologische Synopsis. Psychomed, 14, 74-80

Bowlby, J.. (1975). Bindung. München: Kindler.

Burian, W. (2008). Die süchtige Phantasie und die süchtige Beziehung. In: Bilitza K.W. (Hrsg) (2008): Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen

Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S. (1981) Inheritance of alcohol abuse – cross fostering analysis of adopted men. Arch Gen Psychiat 42, 1043-1049

Dally, A. (2008). Störung der Selbstfürsorge und süchtiges Verhalten. In: Bilitza K.W. (Hrsg) (2008): Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen

Ferenczi (1911). Alkohol und Neurosen. In: Bausteine zur Psychoanalyse, Bd I. Bern- Stuttgart (1964).

Feuerlein, W.: (2002): Alkoholismus. Mißbrauch und Abhängigkeit, Thieme Verlag, Stuttgart

Freud, S.: (1930) Das Unbehagen in der Kultur: Internationaler Psychoanalytischer Verlag , Wien. Zit aus: *Das Unbehagen in der Kultur und andere kulturtheoretische Schriften*, Fischer, 2001, S. 29–108

Heigl-Evers, Annelies (Hg.) (1991) : Suchttherapie, Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen

Heigl-Evers, Annelise, Helas Irene, C. Vollmer Heinz, Büchner Uwe (Hrsg.): (2002) Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische Therapie. Vandenhoeck und Ruprecht :Göttingen

Hochgerner, M (2007): Gegenstände in der Psychotherapie. Masterthese. Donau Universität Krems

Jellinek E. M.(1960). The Disease Concept of Alcoholism. College and University Press, New Haven

Kapusta N., Mattery S. und Walter H. (2004). Diagnose und Behandlung von Alkoholabhängigkeit. In Psychiatrie 2, Schattauer Verlag: Stuttgart

Kernberg, O.F. (1992): Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategien, Klett-Cotta, 4. Auflage: Stuttgart.

Kernberg O.F. (2000). Borderline-Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse R (Hrsg.). Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart.

Khantzian, E. J. (1999). Treating Addictions as a human process. Northvale a. New Jersey

König, K. (2008). Störungen der affektiven Ich-Funktionen. In: Bilitza K.W. (Hrsg) (2008): Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen

Krystal, H. & Raskin, H.A. (1970). Drugdependence – Aspects of Ego- Function. Detroit. Dt: Drogensucht (1983). Aspekte der Ich-Funktion. Göttingen

Krystal, H. & Raskin, H.A. (1983). Drogensucht - Aspekte der Ich-Funktion. Verlag für Medizinische Psychologie: Göttingen.

Küchenhoff, J (2006). Dies strukturbezogene Erfassung des Körpererlebens – eine Einführung. In Konzentrative Bewegungstherapie. Zeitschrift des DAKBT und ÖAKBT, H 37: 46-56

Lesch O.M (1991) Chronic Alcoholism: Subtypes useful for Therapy and Research. In: Alcoholism: A Molecular Perspective: Life Sciences Vol.206, 353-356, Ed: T.Norman Palmer, Plenum Press, New York

Lesch, O.M.; Walter, H. (1997): Alkoholabhängigkeit - Ihre Erkennung und Behandlung. Santias 2+3, 3, 4 15

Lichtenberg, J.D. (1991). Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Springer: Berlin, NewYork

Lindenmeyer, Johannes (2005): Alkoholabhängigkeit. Hogrefe Verlag ,Göttingen

Lürßen, E. (1976).Das Suchtproblem in neuerer psychoanalytischer Sicht. In: Psychologie des 20. Jahrhunderts. S 838-867. Zürich u. München

Mann, K. in: Gastpar, Kasper, Linden (2003): Psychatrie und Psychotherapie. Springer Verlag: Berlin

Möller H.J. , Laux G., und Deister A, (2001) Psychiatrie und Psychotherapie, Thieme Verlag: Stuttgart

Nitzschke, B. (2008). Sigmund Freud, Kokain und die Anfänge der Psychoanalyse. In: Bilitza K.W. (Hrsg) (2008): Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen

Petry, J.: (1996) Alkoholismustherapie, Psychologie Verlags Union: Weinheim

Rado, S. (1934) Psychoanalyse der Pharmakothymie. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 20, , S 16-32

Rost, Wolf-Detlef (2001) Psychoanalyse des Alkoholismus, Klett-Cotta, Stuttgart

Rudolf, Gerd (2006) Strukturbezogene Psychotherapie, Schattauer: Stuttgart

Saß, H.; Wittchen, H.; Zaudig, M. (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen

Scheiblich W, (Hrsg.) (1994): Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Lambertus Verl.: Freiburg

Schmied, Evelyn (2006). Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie. Grundlagen und klinische Anwendung. Schattauer: Stuttgart

Schmitz, Ulrike (2004). Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) zur Traumabewältigung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Scholz, Herwig (1996): Syndrombezogene Alkoholismustherapie, Hogrefe Verlag, Göttingen

Schwoon Dirk R (2004): Umgang mit alkoholabhängigen Patienten. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Stern D.N. (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta: Stuttgart

Stolze H. (1972). Selbsterfahrung und Bewegung. in: Die Konzentrierte Bewegungstherapie. Mensch und Leben: Berlin

Thomasius, R. (Hrsg) (2000). Psychotherapie der Suchterkrankung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart,

Tretter F, Müller A (Hrsg.) (2001) Psychologische Therapie der Sucht. Bern, Hans Huber

WHO, Internationale Klassifikation psychischer Erkrankungen, ICD 10,(2000), Dilling H., et al. .Hans Huber : Bern, Göttingen

Winnicott (1974). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler: München

Wittchen, H.-U., u. Argandona, M. (2000). Diagnostische Klassifikation der Substanzstörungen. In A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Eds.), *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (pp. 23-27). München: Urban & Fischer.

Wöller W., Kruse J. (2007). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Schattauer: Stuttgart

Wurmser, L. (1997). Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs. Göttingen

Wurmser, L. (2003). Ich und Über-Ich-Spaltung bei Suchtkranken. Psychotherapie im Dialog 2/4. S178-183

Zernig G. (Hrsg) et al (2000). Handbuch Alkoholismus. Verlag der Universitätsklinik Innsbruck