

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

2. Jahrgang

Heft **4·2013**

Themenschwerpunkt:

Psychotherapie und Sucht



Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Herausgeber

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek
michael.musalek@api.or.at

Dr. Martin Poltrum

martin.poltrum@api.or.at

Dr. Oliver Scheibenbogen

oliver.scheibenbogen@api.or.at

Chefredakteurin

Mag. Irene Schmutterer

irene.schmutterer@api.or.at

Verlag

Pabst Science Publishers

Eichengrund 28

D-49525 Lengerich

Tel. +49 (0)5484 308

Fax +49 (0)5484 550

<http://www.pabst-publishers.de>

<http://www.psychologie-aktuell.com>

Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst

wp@pabst-publishers.com

Erika Wiedenmann

wiedenmann@pabst-publishers.com

Administration

Silke Haarlammert

haarlammert@pabst-publishers.com

Herstellung

Bernhard Mündel

Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise und Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro,

Ausland 50,- Euro; Einzelausgabe: 15,- Euro.

Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bestellservice:

vahrenhorst@pabst-publishers.com

Tel. +49 (0)5484 97234

Fax +49 (0)5484 550

Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Titelbild: Ordination von Mag. Helga Kalmár (1020 Wien), fotografiert von Sonja Bachmayer

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

2. Jahrgang · Heft 4-2013

Themenschwerpunkt:

Psychotherapie und Sucht

Inhalt

- 226 Editorial
Irene Schmutterer, Martin Poltrum
- 227 Psychoanalyse der Sucht
Alfred Springer
- 242 Die Selbstmedikationshypothese für Suchtstörungen mit Schwerpunkt auf Heroin- und Kokainabhängigkeit
Edward Khantzian
- 250 Kognitive Verhaltenstherapie und Sucht
Monika Vogelgesang
- 262 Möglichkeiten der Verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie im ambulanten und stationären Setting
Aron Kampusch
- 270 Personenzentrierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen
Senta Feselmayer & Wolfgang Beiglböck
- 277 Ars Therapeutika. Atmosphären der Behandlung
- 281 Bildstrecke
Atmosphären der Behandlung
Fotos von Sonja Bachmayer
- 289 Die Zauberlehrlinge des Seins.
Suchtverständnis und Suchtbehandlung vor dem Hintergrund der psychotherapeutischen Daseinsanalyse
Charlotte Spitzer
- 298 Achtsamkeitsbasierte Verfahren in der Suchtbehandlung
Wolfgang Beiglböck, Maria Mayr & Sandra Waigmann-Pölzl
- 306 Aspekte der Scham in der therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen
Kathrin Grechenig
- 314 Tempel im Gehör.
Über die Heilkraft des Hörens
Nicolai Gruninger
- 322 Heilung im Film?
Eine Miniatur über NARCOTICA und ORLAC'S HÄNDE
Thomas Ballhausen
- 328 Bildstrecke
NARCOTICA
- 334 Bildstrecke
ORLAC'S HÄNDE

Editorial

Aufgrund der sedierenden Wirkung der sich verdichtenden vorweihnachtlichen Räusche – des Geruchs, der Melodien, der Nahrungs- und Genussmittelkonsumation und nicht zu vergessen des Kerzenscheins – gekoppelt mit noch vor Weihnachten oder gar vor Jahreswechsel zu Erledigendem, wird unser Editorial diesmal kürzer als gewohnt. Dennoch wollen wir Ihnen hier einen komprimierten Überblick über die zu erwartenden Themen geben.

Der Schwerpunkt der Ausgabe liegt – wie der Titel schon sagt – auf Psychotherapie und Sucht. Wie erklären die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen das Phänomen Sucht, wie definieren sie Sucht, was sagen sie zu deren Entstehung, deren Funktion, deren Behandlungsbedarf und deren Behandlungsmöglichkeiten? Welche Art von Behandlung und Behandlungszielen bieten sie Süchtigen an? Mit Beiträgen vertreten in diesem Heft: die Psychoanalyse – mit interessanten Einblicken in sucht-relevante Aspekte psychoanalytischer Theorien (A. Springer) und einem Wiederabdruck von E. Khantzians Selbstmedikationshypothese für Suchtstörungen aus den 1980er Jahren, die Personenzentrierte Psychotherapie (S. Feselmayer et al.), die Psychotherapeutische Daseinsanalyse (Ch. Spitzer) und die Verhaltenstherapie (M. Vogelgesang; A. Kampusch).

Außerdem thematisiert werden die Möglichkeit des therapeutischen Einsatzes von achtsamkeitsbasierten Verfahren (W. Beiglöck

et al.), in der therapeutischen Arbeit zu beachtende Aspekte der Scham (K. Grechenig) und Möglichkeiten der Heilkraft des Hörens (N. Gruninger).

Zudem zu finden in diesem Heft ist ein Beitrag von Thomas Ballhausen vom Filmarchiv Austria über warnende und verstehende filmische Unternehmungen der Auf- bzw. Erklärung von Sucht, Psyche und Gewalt am Beispiel der beiden österreichischen Stummfilme NARCOTICA und ORLAC'S HÄNDE. Dazu Schwarzweiß-Bildstrecken mit Ausschnitten aus den beiden Filmen.

Die Farbbildstrecke wurde in dieser Ausgabe von der Fotografin Sonja Bachmayer gestaltet. Sie hat atmosphärische Momente in acht verschiedenen psychotherapeutischen Praxen in Wien fotografisch festgehalten und zeigt hier eine Auswahl davon. Ihr Fotoprojekt ist Teil eines Atmosphären-Projekts der European Society of Aesthetics and Medicine, im Rahmen dessen auch die zu den Räumen gehörigen psychotherapeutisch tätigen „Heiler“ gebeten wurden, Gedanken und Überlegungen zu Fragen der Bedeutung von Atmosphäre im Rahmen der Psychotherapie zu verschriftlichen. Diese spannenden Zitate finden Sie einleitend zur Farbbildstrecke.

In diesem Sinne ein angenehmes Jahr 2014!

**Irene Schmutterer
und Martin Poltrum**



Psychoanalyse der Sucht

Alfred Springer

Vorbemerkung

Die psychoanalytische Interpretation und Theoriebildung zur Problematik der Süchtigkeit umfasst viele Aspekte. Entsprechende Untersuchungen und Erkenntnisse stammen aus der Triebtheorie, der psychoanalytischen Ich- und Strukturtheorie, der Narzissmustheorie und der Objekttheorie. Rost hat 2009 diese Vielschichtigkeit nachgezeichnet. Ein Artikel begrenzten Umfangs kann dieser Fülle nicht entsprechen. Es ist nur möglich, bestimmte Theorien nachzuzeichnen und sich auf Teilaspekte zu beschränken, aus denen sich einerseits psychotherapierrelevante Erkenntnisse ableiten lassen und andererseits die besondere gesellschaftspolitische Position der Psychoanalyse deutlich hervorgeht.

1 Einleitung: Sigmund Freud

Drogenbezogene Fragestellungen und das Phänomen der Süchtigkeit beschäftigten Sigmund Freud bereits, bevor er das Konzept der Psychoanalyse entwickelte. Er setzte sich zunächst in seiner vor-analytischen Karriere in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts intensiv mit der Droge Coca auseinander, wobei er zunächst eine umfassende „Schreibtischarbeit“ vorlegte: die erste deutschsprachige Überschau über die Geschichte und die aktuelle medizinische Verwendung der Substanz. Seine Quellen bezog er überwiegend aus den USA. Etwa gleichzeitig experimentierte er mit der Substanz, indem er einen Selbstversuch durchführte und dann auch andere Probanden einbezog. Seine Untersuchung war physiologisch ausgerichtet und hatte zum Ziel, die Art der Leistungssteigerung durch Koka zu ergründen, die in der populären und wissenschaftlichen Literatur immer wieder beschrieben wurde. Freud, der selbst auch Kokain als Arzneimittel gegen seine Kopfschmerzen verschrieben bekam und gleichzeitig Freizeitgebrauch betrieb, der damals üblich gewesen zu sein scheint, stand der Substanz

positiv gegenüber und empfahl sie unter anderem auch als Adjuvans bei Morphinentzügen. Diese Auffassung hatte er ursprünglich aus der amerikanischen Literatur übernommen, zum andern schloss er sich aber auch der Auffassung von H. Obersteiner, dem Begründer des Neurologischen Instituts der Universität Wien, an. Dadurch, dass er die Substanz auch zur Behandlung der Melancholie empfahl, klinkte er sich in den damals aktuellen Diskurs über die Behandlung von affektiven Psychosen ein. Erlenmayer, der deutsche Papst der Morphinismus-Behandlung und Hauptvertreter der Opium-Behandlung der Melancholie, bezichtigte ihn daraufhin 1887 in seinem Standardwerk mit Kokain eine neue Geißel auf die Menschheit losgelassen zu haben. Insgesamt veröffentlichte Freud in den Jahren 1884 bis 1887 sechs Texte, die sich mit Koka befassten, die ihn als einen Vorläufer der Psychopharmakologie erkennen lassen.

Freud zog sich bald aus dieser Forschungsaktivität zurück. Die Erfahrungen, die er in ihrem Kontext gemacht hatte, hatten aber wohl einigen Einfluss auf sein späteres Theoriegebäude und seine Bewertung der Rauschmittel und ihres Gebrauchs. Daher ist es notwendig, sich diese Wurzeln des Freud'schen Denkens zu vergegenwärtigen.

2 Freuds psychoanalytische Konzepte als Ausgangsbasis der umfassenden psychoanalytischen Suchttheorie

Freud maß in allen Phasen seiner Konzeptentwicklung den psychoaktiven Stoffen hohe Bedeutung zu. Nicht nur für die Individuen, sondern auch für das soziale Gefüge, „die Kultur“. 1926 beschrieb er in seiner kritischen Betrachtung „Unbehagen in der Kultur“ die hohe psychoökonomische Bedeutung der Suchtmittel im „menschlichen Glücksstreben“. Dabei ging er von der aus der Libidotheorie abgeleiteten These aus, dass der Mensch in seiner tiefs-

ten Schicht zeitlebens der Zielvorstellung des Lustprinzips verpflichtet ist und dass es daher „des Menschenlebens Zweck und Absicht ist“ nach dem Glück zu streben. Unter „Glück“ verstand Freud dabei einerseits die Abwesenheit von Schmerz und Unlust und andererseits das Erleben starker Lustgefühle. Da allerdings die Konstitution des Menschen seine Glücksmöglichkeit beschränkt und grundsätzlich die Absicht, dass der Mensch „glücklich“ sei, im Plan der „Schöpfung“ nicht enthalten ist, bedarf er wirksamer „Linderungsmittel“. Zu diesen zählte Freud „mächtige Ablenkungen, die uns unser Elend gering erscheinen lassen“, Ersatzbefriedigungen, die es verringern – und, in besonderer Weise, Rauschstoffe, die uns „für das Elend unempfindlich“ machen können. Freud erkannte, dass diese Stoffe in beide Richtungen des Glücksverlangens wirken: Sie verschaffen direkte unmittelbare Lustempfindung, verändern aber auch die „Bedingungen des Empfindungslebens“ in einer Weise, dass man Unlustregungen nicht mehr aufnehmen kann. Freud meinte, dass diese beiden Wirkungen nicht nur gleichzeitig erfolgen, sondern miteinander innig verknüpft scheinen.

Darüber hinaus erfasste Freud auch eine soziokulturelle Dimension der Frage, die eng mit der individuellen Bedürftigkeit verknüpft ist. Er meinte, dass die Leistung der Rauschmittel im Kampf um das Glück und zur Fernhaltung des Elends so sehr als Wohltat geschätzt werde, dass „Individuen wie Völker ihnen eine feste Stellung in ihrer Libidoökonomie eingeräumt haben“. Danke man ihnen doch nicht nur den unmittelbaren Lustgewinn, sondern auch ein heiß ersehntes Stück Unabhängigkeit von der Außenwelt: „Man weiß, dass man mit Hilfe des ‚Sorgenbrechers‘ sich jederzeit dem Druck der Realität entziehen und in einer eigenen Welt mit besseren Empfindungsbedingungen Zuflucht finden kann.“

Gerade in diesen so hochgeschätzten Eigenschaften der Rauschmittel erkannte Freud jedoch auch ihre Gefahr und Schädlichkeit. Er stellte zur Diskussion, dass sie unter Umständen die Schuld daran tragen, dass „große Energiebeträge, die zur Verbesserung des menschlichen Loses verwendet werden könnten, nutzlos verloren gehen“. Prohibition allerdings empfand er als illusionäre Lösung, wie aus seiner Schrift „Die Zukunft einer Illusion“, 1927, hervorgeht: „Wer durch Dezennien Schlafmittel genommen hat, kann natürlich nicht schlafen, wenn man ihm das Mittel entzieht. Dass die Wirkung der religiösen Tröstungen der eines Narkotikums gleichgesetzt werden darf, wird durch einen Vorgang in Amerika hübsch erläutert. Dort will man jetzt den Menschen – offenbar unter dem Einfluss der Frau-

enherrschaft – alle Reiz-, Rausch- und Genussmittel entziehen und übersättigt sie zur Entschädigung mit Gottesfurcht. Auch auf den Ausgang dieses Experiments braucht man nicht neugierig zu sein.“

Diese Haltung Freuds ist wichtig, da sie sich wohl auch seinen Mitarbeitern mitteilte. In der kurzen Zeit ihrer Zusammenarbeit waren sich auch Freud und C. G. Jung in dieser Frage einig. Das Zerwürfnis zwischen Jung und Bleuler, das nicht ohne Folgen für die Integration der Psychoanalyse in die Schweizer Psychiatrie blieb, baute darauf auf, dass Jung die strikte Abstinenzforderung Bleulers ablehnte. Diese frühe gesundheitspolitische Positionierung ist weiter wirksam und bildet die ideologische Grundlage dafür, dass die Psychoanalyse eine gewisse Resistenz dagegen aufweist, sich in den Dienst von Abstinenzideologien zu stellen und sich für die Zwecke des Krieges gegen Drogen vereinnahmen zu lassen.

3 Freuds thematische Überlegungen

3.1 Süchtiges Begehren und Suchtverhalten als Masturbationsäquivalent

„Es ist mir die Einsicht aufgegangen, dass die Masturbation die einzige große Gewohnheit, die ‚Ur-sucht‘ ist, als deren Ersatz und die Ablösung erst die anderen Süchte nach Alkohol, Morphin, Tabak etc. ins Leben treten“, schrieb Freud am 22. Dezember 1897 an Fliess.

Bereits einige Jahre früher hatte er in seinem Aufsatz „Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen“ (1888) eine Beziehung zwischen dem Lustmechanismus, der sich im abhängigen Verhalten manifestiert und der Masturbation hergestellt und der Sucht den Rang eines sexuellen Substituts zuerkannt: „Genaue Untersuchungen weisen in der Regel nach, dass diese Narkotika zum Ersatz direkt oder auf Umwegen des mangelnden Sexualgenusses bestimmt sind, wo sich normales Sexualleben nicht mehr herstellen lässt, da darf man den Rückfall des Entwöhnten mit Sicherheit erwarten“.

Freud beschränkte sein Interesse nicht auf die Bedeutung psychoaktiver Stoffe für die libidinösen Prozesse. Er spürte auch anderen lustsuchenden Verhaltensweisen nach, die auf vergleichbaren libidinösen Fundamenten entstehen und vergleichbare Einflüsse auf die libidinöse Struktur haben. Interessant und von überdauernder Bedeutung sind in dieser Hinsicht seine analytischen Ausführungen über das abhängige Spielverhalten (Springer, 2010). Auch für diese „nicht stoffgebundene Lustsu-

che“ erkannte er eine vergleichbare sexuelle Entsprechung. Wieder war es die Masturbation, die er in seiner Dostojewski-Studie in Verbindung mit inzestuösen Fantasien als triebhafte Basis der Spielabhängigkeit identifizierte: „Die Analyse lehrt aber, dass ihre Erfindung auf dem Urgrund einer Wunschfantase der Pubertätszeit ruht, die bei manchen Personen selbst als bewusst erinnert wird. Die Fantasie lautet, die Mutter möge selbst den Jüngling ins sexuelle Leben einführen, um ihn vor den gefürchteten Schädlichkeiten der Onanie zu retten. ... das „Laster“ der Onanie ist durch das der Spielsucht ersetzt, die Betonung der leidenschaftlichen Tätigkeit der Hände ist für diese Ableitung verräterisch. „Wirklich ist die Spielwut ein Äquivalent des alten Onaniezwanges, mit keinem anderen Wort als ‚Spielen‘ ist in der Kinderstube die Betätigung der Hände am Genitale benannt worden“. „Die Unwiderstehlichkeit der Versuchung, die heiligen und doch nie gehaltenen Vorsätze, es nie wieder zu tun, die betäubende Lust und das böse Gewissen, man richte sich zugrunde“, das eventuell einen Selbstmord motiviert, sind wesenhafte Züge des Abwehrkampfes gegen Masturbation und der Aufrechterhaltung des Suchtmechanismus und seiner destruktiven Konsequenzen: „Wenn die Spielsucht mit ihren erfolglosen Abgewöhnungskämpfen und ihren Gelegenheiten zur Selbstbestrafung eine Wiederholung des Onaniezwanges ist, so werden wir nicht verwundert sein, dass sie sich im Leben Dostojewskis einen so großen Raum erobert hat“.

Mit dieser Interpretation ging Freud einen Schritt weiter in der Analyse süchtigen Verhaltens, die in später formulierten Suchtheorien zentralen Stellenwert gewann. Einerseits gelang ihm eine Darstellung der Bedeutung des unbewussten Schuldgefühls – bzw. des sadistischen Über-Ichs – für die Entwicklung der Spieleidenschaft. Damit hat er die Aufmerksamkeit zunächst auf die libidinös-triebhaft und partialtriebhaft (masochistische) Wurzel der Pathologie des Glücksspiels gerichtet. Zum andern hat er aber gleichzeitig erfasst, dass dem pathologischen Spiel eine psycho-ökonomische Funktion zukommt. Es dient als Abwehrleistung gegenüber einem Verfall in eine tiefe Depression, es bindet destruktive Kräfte, indem es sie symbolisch zum Ausdruck bringt und es befreit quasi als Nebeneffekt – im Falle Dostojewskis – die schöpferische Potenz.

3.2. Freud und die Objekte der Sucht, 1912

In seinem Aufsatz über die Erniedrigung des Liebenslebens lieferte Freud 1912 eine wegweisende Darstellung der Beziehung des Drogenkonsumenten zu seinem täglichen Gift, die wir den LeserInnen nicht vorenthalten wollen: *„Wenn man die Äußerungen unserer großen Alkoholiker, z.B. Böcklins über ihr Verhältnis zum Wein anhört, es klingt wie die reinste Harmonie, ein Vorbild einer glücklichen Ehe. Warum ist das Verhältnis des Liebenden zu seinem Sexualobjekt so sehr anders?“*

Man denke zum Beispiel an das Verhältnis des Trinkers zum Wein. Ist es nicht richtig, dass das Getränk dem Trinker immer die gleiche toxische Befriedigung bietet?

Hat man je davon gehört, dass der Trinker genötigt ist, ständig sein Getränk zu wechseln, weil ihm das gleichbleibende bald nicht mehr schmeckt? Im Gegenteil die Gewöhnung knüpft das Band zwischen dem Mann und der Sorte Wein, die er trinkt, immer enger. Kennt man beim Trinker ein Bedürfnis, in ein Land zu gehen, in dem der Wein teurer oder der Weingenuss verboten ist, um seiner sinkenden Befriedigung durch die Einschiebung solcher Erschwerungen aufzuhelfen? Nichts von alledem.“

Die psychoaktive Substanz erscheint hier als ein idealeres Objekt als jenes Objekt, das geschlechtliche Bedürfnisse befriedigt, wobei es in dieser Phase der Freud'schen Konzeptualisierung noch unklar bleibt, woraus sich diese Sonderstellung ergibt. Zum tieferen Verständnis bedurfte es der „Einführung des Narzissmus“ (1914) und des Todestrieb-Konstrukts.

3.3 Schmerz, Trauma, Todestrieb

Bereits in der frühen Gestalt des Theoriegebäudes der Psychoanalyse lassen sich aus den Untersuchungen und Beobachtungen über den Zusammenhang zwischen traumatischer Erfahrung, Trauer, Hilflosigkeit und Schmerzempfindung Erkenntnisse ableiten, die unser Verständnis der Suchtentwicklung fördern können. Auch für die Arbeitshypothesen dieses Forschungsbereichs hatte Freud einen breiten Rahmen eröffnet.

In „Jenseits des Lustprinzips“, 1920, führte Freud sein aus dem Homöostase-Konzept abgeleitetes Reizschutz-Konzept wie auch den Mechanismus des Wiederholungszwangs ein und beschrieb die Bedeutung dieser Phänomene für das Trauma: *„Solche Erregungen von außen, die stark genug sind, den Reizschutz zu durchbrechen, heißen wir traumatische. Ich glaube, dass der Begriff des Traumas eine solche Beziehung auf eine sonst*

wirksame Reizabhaltung erfordert. Ein Vorkommnis wie das äußere Trauma wird gewiss eine großartige Störung im Energiebetrieb des Organismus hervorrufen und alle Abwehrmittel in Bewegung setzen. Aber das Lustprinzip ist dabei zunächst außer Kraft gesetzt. Die Überschwemmung des seelischen Apparates mit großen Reizmengen ist nicht mehr hintanzuhalten; es ergibt sich vielmehr eine andere Aufgabe, den Reiz zu bewältigen, die hereingebrochenen Reizmengen psychisch zu binden, um sie dann der Erledigung zuzuführen. In dieser Situation tritt der Mechanismus des Wiederholungszwanges in Funktion. Er dient der Aktualisierung des traumatischen Erlebnisses mit dem Ziel, die überflutende Erregungsmenge zu binden oder abzureagieren – und damit das Lustprinzip wieder in Kraft zu setzen und das seelische Gleichgewicht wieder herzustellen. Das gleiche Ziel verfolgen Wiederholungsträume und immer wiederkehrende Symptome.“

Bedeutsam erscheint hier nicht nur die Klarstellung, dass die Unmöglichkeit der Auflösung der traumatischen Situation diese definiert, sondern vielmehr die Beobachtung der Retraumatisierung durch Wiederholungen und die Erkenntnis, dass psychische Strukturen der Abwehr und der Selbstbewahrung über eine Antwort auf das Trauma verfügen: Mittels einer Art „Abreaktion des Traumas“ wiederholt das Ich, welches das Trauma passiv erlebt hat, aktiv eine abgeschwächte Reproduktion desselben, in der Hoffnung, den Ablauf selbsttätig leiten zu können.

In „Hemmung, Symptom und Angst“ (1926) betonte Freud dann, dass eine traumatische Situation sowohl durch innere, übermäßige Triebregungen als auch durch äußere, reale Ereignisse entstehen kann. Das traumatische Erleben durchbricht den Reizschutz, die anstürmenden Quantitäten von Erregung sind zu groß, um gemeistert und psychisch gebunden zu werden. Das Misslingen der Bindungsversuche durch den Wiederholungszwang sah Freud als Repräsentanten des Todestriebes, als dessen energetisches Prinzip er den Wiederholungszwang auffasste.

In seinen Bemerkungen zum Phänomen der Trauer stellte er klar, dass Trauer eine Schmerzkomponente besitzt, ja dass **der Schmerz die eigentliche Reaktion auf den Objektverlust** ist. Der schmerzliche Charakter der Trennung, der in der Trauer zum Ausdruck kommt, ergibt sich aus der hohen und unerfüllbaren „Sehnsuchtsbesetzung“ des Objekts während der Reproduktion der Situationen, in denen die Bindung an das Objekt gelöst werden soll. Die intensive, infolge ihrer Unstillbarkeit stets anwachsende Sehnsuchtsbesetzung des vermissenen (verlorenen) Objekts schafft die gleichen ökonomischen Bedingungen, wie die Schmerz-

besetzung einer verletzten Körperstelle. Beim inneren seelischen Schmerz wird daher die Empfindung des Objektverlusts dem körperlichen Schmerz gleichgestellt.

In der Beziehung zur traumatischen Situation, gegen die man hilflos ist, treffen demnach äußere und innere Gefahr, Realgefahr und Triebanspruch zusammen. Mag das Ich in dem einen Fall einen Schmerz, der nicht aufhören will, erleben, im andern Fall eine Bedürfnisstauung, die keine Befriedigung finden kann, die ökonomische Situation ist für beide Fälle die nämliche und die motorische Hilflosigkeit findet in der psychischen Hilflosigkeit ihren Ausdruck.

Die Konzepte und Ausführungen Freuds bildeten den Rahmen für die Theorien, die noch zu Lebzeiten Freuds von weiteren psychoanalytischen Autoren entwickelt wurden, wobei zunächst vor allem die Klärung des Zusammenhangs zwischen Substanzgebrauch, gebrauchsbedingten Störungen und den Entwicklungsstörungen der Libidofunktion im Zentrum stand. In diesem Kontext sind neben Freud Abraham, Tausk, Schilder und Hartmann zu nennen. Darüber hinaus entwickelten einige Zeitgenossen des späten Freud komplexe theoretische Konstruktionen über Sucht. So hat z.B. Sandor Rado Freuds Formulierung über den Reizschutz aufgegriffen und zur Grundlage seiner Suchttheorie gemacht, indem er den Drogeneffekt auf seine Reizschutz-Qualität und seine Fähigkeit, die Überwältigung durch ein traumatisches Erleben abzuwehren, untersuchte. Ebenfalls von Rado stammte der erste Versuch, progrediente Suchtentwicklungen als Ergebnisse der Verschränkung von Narzissmus und Todestrieb zu verstehen. In dieser Interpretation wurde auch die Bedeutung des Wiederholungszwanges innerhalb des Suchtmechanismus verständlich gemacht.

Den damals entworfenen Annahmen und zu ihrer Bestätigung gewonnenen Erkenntnissen kommt auch heute noch überdauernde Bedeutung im Bestreben zu, den dynamischen Hintergrund der süchtigen Entwicklung zu erfassen. Viele der damals veröffentlichten Beiträge erweisen sich als zukunftsweisend. Sie sind heute erstaunlich aktuell und scheinen durchaus geeignet, als Korrektiv der einseitigen neurowissenschaftlichen Suchttheorie zu dienen.

4 Freuds Zeitgenossen

An anderer Stelle habe ich bereits ausführlich über die Beobachtungen und Thesen berichtet, die die Wiener Zeitgenossen Stekel und Federn

in den Zwanziger und Dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts veröffentlichten. Hier sei daher nur kurz rekapituliert, dass damals Konzepte entstanden, die der Begrifflichkeit der aktuellen Suchttheorie und den aktuellen klassifikatorischen Zuordnungen nahekommen. Die psychoanalytische Suchttheorie folgte den Spuren Freuds und ist eine Theorie, die für alle Erscheinungsformen süchtigen Begehrens gilt. Federn definierte „Süchtigkeit“ als einen „Reaktionshabitus“, der in einem „auflebenden Bedürfnis nach sofortiger Erleichterung von quälenden Seelenzuständen durch Einverleibung bestimmter Medikamente oder Hingabe an bestimmte Funktionen“ besteht und von einem Zwangsmechanismus vorangetrieben wird: das Individuum kann der Bedürfnisspannung, die es verspürt, nicht anders als durch diese Form der Erleichterung Herr werden. Die folgenden Sätze könnten auch heute geschrieben worden sein: *„Analog zur Schlafmittelsucht werden auch normale Funktionen und Betätigungen zu Süchten, zum Beispiel zur Esslust, Schlafsucht, Kauf- und Herumlauf-, auch Unterhaltungssucht. Als Zwang bezeichnen wir nur, was zeremoniell und ichfremd auftritt... Dass auch manches Rauchertum als gewöhnlichste für normal geltende Sucht anzusehen ist, sei nur erwähnt.“*

Festgehalten werden muss, dass in diesem Stadium der klinischen Beschreibung und Theoriebildung der „Süchtigkeit“ nicht der Rang einer eigenständigen Krankheit zugeordnet wurde. Sie wurde als eine Struktur des Begehrens erfasst, die zwanghafte Züge aufweist. In nosologischer Hinsicht galten Suchtphänomene als prinzipiell sekundäre Erscheinungen in einem komorbiden Geschehen: *„Manche der Medikamente wirken als Angstgifte, das heißt sie beseitigen die Ängste, die sonst als Anfall, als Phobie oder als frei flottierende und Erwartungsangst auftreten würden. In anderen Fällen erfährt man von schweren Entfremdungszuständen oder von Zwangsvorgängen erst, wenn man die Kranken vermocht hat, das Mittel auszusetzen oder die Einnahme zu verschieben. In anderen Fällen sind es Depressionen mit tiefer und weiter Begründung, die das Medikament zudeckt, oder sexuelle Tendenzen, insbesondere auch schuldvoller oder perverser Art; auch Fälle mit kannibalistischen Fantasien wurden mitgeteilt“* (Federn, 1935).

4.1 Sandor Rado

Die umfassendste Suchttheorie entwickelte vor dem Zweiten Weltkrieg der Berliner Psychoanalytiker Sandor Rado. Er ging von einem vergleichbaren Verständnis wie Federn aus, vertiefte jedoch seine libidotheoretische Ana-

lyse und erweiterte sie um strukturanalytische Aspekte.

Er stellte zunächst Reflexionen über die psychischen Wirkungen der Rauschgifte an und erkannte unter Anwendung der Reizschutz-These von Freud den Stoffen die Fähigkeit zu, mit ihren analgetischen, sedativen, hypnotischen und narkotischen Wirkungen einen „Reizschutz nach Innen“ zur Verfügung zu stellen. Den stimulierenden Wirkungen schrieb er die Fähigkeit zu, die Ichfunktionen zu fördern und das Ich nach Innen im Dienste der Realität zu entlasten. Diese Beobachtungen und Reflexionen galten dem Drogeneffekt ganz allgemein. Sie waren und sind nicht an Sucht und Krankheit gebunden.

In seinen Überlegungen zur Suchtkrankheit ging Rado von der ihm fundamental erscheinenden psychogenetischen Annahme aus, dass nicht das Suchtmittel selbst, sondern der zunächst zielbewusste Antrieb, sich seiner zu sehr spezifischen Zwecken zu bedienen, das Individuum zum Süchtigen macht. Rauschgiftsuchte sind in diesem Verständnis psychisch bedingte, artifiziell bewirkte Erkrankungen; sie werden durch das Vorhandensein von Rauschgiften ermöglicht, dass sie aber überhaupt erworben werden, hat psychische Beweggründe. Die Suchttheorie von Rado postulierte dementsprechend einen einheitlichen Impuls, der den verschiedenen Gestalten der Suchtkrankheit zugrunde liegt, und begriff alle Arten von Rauschgiftsucht als Abwandlungen einer einzigen krankhaften Disposition, die Rado mit dem Begriff „Pharmakothymie“ belegte.

In seiner Lehre von der Pharmakothymie versuchte er die Lösung von vier Fragestellungen mittels der Anwendung psychoanalytischer Konzepte:

- Wie ist die psychologische Situation beschaffen, die das Verlangen nach Rauschgift zeitigt?
- Welchen Einfluss übt sein Genuss auf das Seelenleben aus?
- Was macht dabei den Kranken leiden?
- Warum kann er trotz des durch die Rauschgifte bedingten Leidens nicht von seinem Tun lassen?

4.1.1 Rados Theorie 1: Drogen-Lust

Als die Basis des fortgesetzten und abhängigen Drogenverlangens imponierte Rado das spezifisch geartete Lustbedürfnis des Pharmakothymen. Ihm erschienen jene Menschen zur süchtigen Entwicklung prädestiniert, die auf die Triebversagung im Leben mit einer besonderen,

als „gespannt“ zu kennzeichnenden Verstimmung reagieren, die auch in andere Formen der Depression übergehen kann. Diese „Initialverstimmung“ zeichnet sich durch hohe Unlustspannung und gleichzeitig eine hochgradige Intoleranz gegen Unlust aus. Der von ihr ausgelöste Zustand erschien Rado als die günstigste Bedingung dafür, dass ein Rauschmittel besonders attraktiv erscheint: die Initialverstimmung sensibilisiert für den pharmakogenen Lusterfolg. Dabei ist es einerlei, ob dem Rauschbedürftigen der Zufall das Gift in die Hände spielt, ob es ihm der Arzt als Medikament verschreibt, ob er verführt wird oder aus eigenen Stücken einen Versuch macht: Er erlebt aus seiner Grundverstimmung heraus einen pharmakogenen Lusterfolg, dessen Größe seiner Sehnsucht nach Erlösung proportional ist, als äusserst eindrucksvolles Erlebnis in der Erinnerung verbleibt und den weiteren prozesshaften Verlauf der Erkrankung definiert. Allerdings: Der Suchtprozess wird auch davon eingeleitet und aufrechterhalten, dass das pharmakothyme Ich auf den pharmakogenen Lusterfolg mit einem pharmakogenen Rausch reagiert, der durch sprunghaften Anstieg des Selbstgefühls und der Stimmung charakterisiert ist. Diese Reaktion des Ich ist die wesentliche Grundlage dafür, dass süchtiges Verlangen entsteht, und ist der Beleg dafür, dass eine pharmakothyme Grundstörung besteht. Anders gesagt: Wie die tägliche ärztliche Erfahrung beweist, löst nicht jeder „pharmakogene Lusterfolg“ einen Rausch aus und führt daher auch nicht zu einer süchtigen Entwicklung.

Die Rauscherfahrung steuert den Verlauf der Suchtkrankheit und verleiht ihr ihre individuellen und speziellen Charakteristika. Rado meinte, dass Rauscherlebnisse im Seelenleben tiefe Spuren hinterlassen. Sie setzen hemmungslose Lusttendenzen frei und verschieben das fragile Gleichgewicht zwischen neurotischen und narzisstischen Mechanismen, Bedürfnissen und Leistungen.

Insgesamt entwickelte Sandor Rado ein Konzept, nach dem die verschiedenen Suchtmittel eine einschneidende Veränderung der libidinösen Prozesse und der Triebstruktur bewirken. Die Auswirkungen auf die Ichstruktur sind verschränkt mit einer Umgestaltung der Sexualität. Die pharmakogene Lustgewinnung leitet ein künstliches Sexualregime ein, das autoerotisch ist und sich an das Vorbild der infantilen Onanie anlehnt. An die Stelle der genitalen Lust tritt der pharmakogene Lusterfolg, der nach und nach zum dominierenden Sexualziel wird.

4.1.2 Rados Theorie 2: Das erotische Metasystem der Sucht (Meta-Erotik)

Rado begründete die Leichtigkeit, mit der sich diese Substitution vollzieht, damit, dass sie auf genetisch präformierten Elementarabläufen beruht, altes Empfindungsmaterial zu einer neuen Kombination verwertet.

Dieser Rückgriff auf präformierte Abläufe baut auf dem Phänomen des „pharmakogenen Orgasmus“ auf, in dem das Individuum eine neue Art der erotischen Befriedigung kennenlernt, die mit den natürlichen Modalitäten der Sexualbefriedigung in Wettbewerb tritt. Die Fixierung an diesen Befriedigungsmodus wieder ist umso stärker, je mehr die normalen Befriedigungsmöglichkeiten durch Neurose oder missliche äußere Umstände beeinträchtigt sind. Die entscheidende Wendung tritt ein, wenn sich das Ich auf den Rauschwunsch einstellt und so dem Erleben des pharmakotoxischen Orgasmus mit seiner ganzen libidinösen Bereitschaft entgegenkommt. Ist einmal der toxische Rausch zum Sexualziel geworden, dann ist das Individuum der Sucht verfallen; nur selten bringt es jemand fertig, die weitere Entwicklung hintanzuhalten. Die Tendenz zum pharmakogenen Orgasmus baut auf einer allgemeinen Erfahrung auf; repräsentiert dieser doch eine Regression auf die Erfahrung des „alimentären Orgasmus“ der oralen Periode. Rado meinte, dass im alimentären Orgasmus mit seinem psychischen Überbau die spezifische Fixierungsstelle besteht, die zur Süchtigkeit disponiert. Der pharmakotoxische Orgasmus erweist sich als eine Neuauflage des alimentären, mit dem er den gestreckten Verlauf und vieles andere gemeinsam hat, den er aber sonst in seinen Lustcharakteren weit aus übertrifft. Die in den Krankheitsbildern hervortretenden prägenitalen Erotismen sind auch nichts anderes als die „psychischen Einkleidungen des alimentären Orgasmus aus der Infanzitzeit“.

Diese regressive pharmakotoxische Lustbefriedigung beeinträchtigt das gesamte psychische und somatische Verhalten der betroffenen Personen. Sie wirkt sich nicht nur auf den Libidohaushalt aus, sondern auf die biologische Sexualorganisation. Da sie den ganzen peripheren Sexualapparat umgeht und die erregenden Reize nach Art eines „Kurzschlusses“ direkt auf das Zentralorgan einwirken lässt, schlug Rado schlug vor, diese Umgestaltung des erotischen Lebens als „Meta-Erotik“ zu bezeichnen.

Die Meta-Erotik ist davon charakterisiert, dass in ihr nicht nur die genitale Potenz ausser Kraft gesetzt wird, sondern dass sie auch alle anderen natürlichen Wege der Lustgewinnung

entwertet und regressiv wiederbelebte prägenitale Fantasien und den pharmakotoxischen Orgasmus als Befriedigungsinstrument an ihre Stelle einsetzt. Darin wieder erkennt Rado die Entsprechung der Psychosexualität des Süchtigen zur Masturbation. Der pharmakotoxische Orgasmus besorgt die Abfuhr der gesamten psychosexuellen Erregung in ähnlicher Weise wie beim Kinde die Onanie.

Mit diesem Prozess zerstört die Pharmakothymie den psychischen Aufbau des Individuums, lange bevor sie seinem physischen Substrat größere Schädigungen zufügt.

4.1.3 Rados Theorie 3: Die Droge und der Narzissmus des Todes

Rado kam aufgrund seiner Beobachtungen und Interpretationen zum Schluss, dass die Suchterkrankung eine narzisstische Störung ist, eine mit artifiziellen Mitteln vollzogene Zersetzung der natürlichen Ichorganisation.

Die ganze Lebensführung des Süchtigen ist davon betroffen, dass die Droge einen zentralen und strukturierenden Stellenwert gewinnt und sich prozesshaft das Ich von einer realistischen umwelts- und erfahrungsbezogenen Steuerung auf die „pharmakothyme Steuerung“ umstellt. Daraus folgt eine Verarmung des Ich, das in seiner Bewegungsfreiheit immer mehr eingeengt wird und sich auf die Verstimmung und ihre Bekämpfung durch Giftzufuhr beschränkt.

Charakteristisch für die Bedeutung des Narzissmus in diesem Prozess ist, dass innerhalb der Stimmungsschwankungen des Abhängigen die Megalomanie der pharmakothymen Gehobenheit als Manifestation narzisstischer Regression imponiert. Ähnlich wie bei der regressiven Wiederbelebung früher oralerotischer Erfahrungen im pharmakogenen Orgasmus basiert diese narzisstische megalomane Empfindung auf einer Reaktivierung einer frühen narzisstischen Konstellation, die als „primordiales Selbst“ bezeichnet wird. Darunter versteht man in der psychoanalytischen Entwicklungstheorie den Zustand des ersten Selbstbildes, in dem das Kind sich omnipotent fühlt, weil es die ersten Erfahrungen darüber macht, die Gliedmaßen bewegen zu können.

Rado stellte die These auf, dass die Befriedigungserfahrungen in der Sucht, insbesondere die durch die Akutwirkung vermittelten „narkotischen Größenerfahrungen“ bei dem Abhängigen, die Allmachtsgefühle des primordialen Selbst reaktivieren.

Die narzisstische Komponente wird auch dadurch verstärkt, dass das Ich sich den Rauschzustand selbst bewusst vermitteln kann.

In bösartigen Suchtverläufen glaubte Rado die Wirksamkeit entkoppelter masochistischer Tendenzen im Sinne des Todestriebes am Werk. Der maligne Prozess wird durch die Interaktion der Energie des Todestriebes und eines kranken Narzissmus vorangetrieben. Es geschieht eine paradoxe Wendung: Zuerst hatte der Narzissmus dazu beigetragen, dass die Droge gewählt wurde, um dem masochistischen Sog in der Initialverstimmung zu begegnen. In der Folge aber beschert die pharmakogene Steuerung eine „gehaltlose Inflation des Narzissmus“ der seine schützenden Fähigkeiten einbüßt und das Ich der anstürmenden masochistischen Energie überlässt.

Die „gehaltlose Inflation des Narzissmus“ beinhaltet eine Reaktivierung des Glaubens an Unverletzlichkeit und Unzerstörbarkeit. Unter dem Ansturm des Masochismus bricht der narzisstische Schutz schließlich ein, der Rausch bleibt aus oder gewinnt eine neue Dimension. Den Suchtkranken führt dieser Prozess in die pharmakothyme Krise, aus der es drei Ausgänge gibt:

- die Flucht in das freie Intervall,
- den Selbstmord und
- die Psychose.

Rado beschreibt, dass alle drei Möglichkeiten unter dem Diktat des Masochismus stehen. Besonders interessant ist Rados Interpretation des Suizids des Süchtigen, den er als „Werk des selbstzerstörenden Masochismus“ auffasst und der in diesem Verständnis aus einer malignen Verschränkung der Energie des Todestriebes (des Masochismus) mit narzisstischen Strebungen resultiert: *„Der Kranke nimmt die letale Dosis, weil er die Verstimmung endgültig durch einen Rausch bannen will, der ewig dauert. Er tötet sich nicht, er glaubt an seine Unsterblichkeit. Ist einmal der Dämon des infantilen Narzißmus entfesselt, dann vermag er das Ich in den Tod zu schicken“* (Rado, 1934).

5 Frühe Objekttheorie und erste Annahmen über die Koping-Funktion der psychoaktiven Stoffe

5.1 Die Drogen-Sucht und die inneren Objekte

Edward Glover, der den Konzepten nahestand, die von Melanie Klein entwickelt wurden, stellte bereits in den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts Überlegungen an, die die Grundlage für

eine objektpsychologische Interpretation des zwanghaften Drogengebrauchs bilden. Gemäß seiner Interpretation erlaubt der zwanghaft ritualisierte Umgang mit Drogen eine symbolische Dramatisierung primitiver unbewusster Fantasien von Liebes- und Hass-Beziehungen zu den elterlichen Objekten. Das unbewusste Sexualsystem, das in der Sucht aktiviert wird, entspricht einem prägenitalen Niveau und ist verbunden mit exzessiver sadistischer Ladung. Sadistische Elemente kommen dabei von allen Libidostufen. Dieser Sadismus wird dann projiziert, fokussiert und lokalisiert in der Droge.

Je stärker und primitiver diese unbewusste sadistische Komponente ist, umso maligner verläuft die Suchtkrankheit. In solchen Fällen repräsentiert die Droge für das Unbewusste ein externes Objekt, das mit den liebenden und hassenden Charakteristika versehen wird, die ursprünglich an die Eltern gebunden waren. Eine gefährliche Substanz wird gewählt, weil entsprechend der Projektion des infantilen Sadismus des Individuums die Elternobjekte einst als gefährlich erfahren wurden. Die Drogeneinnahme repräsentiert Kontrolle über die gefährliche Substanz durch Inkorporation. Gleichzeitig vermittelt die Drogeneuphorie und die drogenbeeinflusste Befreiung von Angst und Schuldgefühlen dem Unbewussten den Beweis, dass sie zuverlässigere Quellen von Lust und daher auch von Liebe sind, als es die Eltern einst waren. Aufgrund dieser frühinfantilen Verankerung des Symptoms ist die Beziehung des Individuums zu seiner Droge ambivalent: Sie ist voll Hass, wird aber auch als notwendig erkannt. Notwendig deshalb, weil das Individuum in sich etwas „Böses“ spürt. Die Droge anästhesiert entweder dieses innerliche „Böse-Sein“ oder schlägt es nieder.

Eine starke Ausprägung unbewusster Kastrationsängste vermeinte Glover besonders bei jenen Süchtigen zu erkennen, die sich ihre Droge injizieren.

5.2 Psychoökonomische Überlegungen – Plombenfunktion

Glover (1939) versuchte aber auch, Drogengebrauch in seinen vielgestaltigen Ausprägungsformen als Ausdruck einer individuellen Konfliktlage zu verstehen. Er vertrat dabei den Standpunkt, dass man Süchte als spontane Versuche werten sollte, unbewusste Konflikte zur Lösung zu bringen, die hinsichtlich ihrer Ätiologie in der individuellen kindlichen Entwicklung später als neurotische, aber früher als psychotische verankert werden. Die Zwischen-

position geht daraus hervor, dass die zwanghaften und selbst-schädigenden Anteile des Suchtmechanismus weitgehend „autoplastisch“ orientiert sind. Darunter ist zu verstehen, dass die Lösung des Konfliktes durch eine Veränderung der endopsychischen Funktion gesucht wird. Diese Position bringt es mit sich, dass die Entwicklung einer Sucht eventuell geeignet ist, psychotischen Entwicklungen vorzubeugen. Glover grenzte mit dieser Zuschreibung den Abhängigen klar von der „psychopathischen“ oder „soziopathischen“ Persönlichkeit ab, die „alloplastische“ Methoden einsetzt, um ihre Konflikte mittels einer Umgestaltung der Umwelt nach ihren unbewussten Triebwünschen zu lösen.

5.3 Theorieentwicklung ab den 1970er Jahren

In den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurden dann von Autoren, wie Khantzian, Krystal, Raskin und Wurmser weitere Beiträge entwickelt. Diese entstammen dementsprechend verschiedenen Feldern der modernen analytischen Theorieentwicklung: Narzissmus und Psychologie des Selbst (Kohut, Khantzian), Persönlichkeitsstörungen (Kernberg), Trauma und Affekt (Krystal, Raskin), Über-Ich-Konflikt, Scham und Schamkrankheit (Wurmser). Ältere trieb- und objektpsychologische (Freud, Rado, Glover) Zugänge bleiben von überdauernder Bedeutung.

5.4 Eine komplexe Objekttheorie 1984

Als Beispiel dafür, wie ältere Theorien aktualisiert zu neuen Konstruktionen verarbeitet werden können und damit ihren Aktualitätswert beweisen, kann die Theorie über den Drogengebrauch gelten, die 1984 der argentinisch-französische Analytiker Fernando Geberovich in seinem Text „Une douleur irrésistible“ veröffentlichte. Er brachte Thesen und Interpretationen aus der Objekttheorie in Zusammenhang mit libido-theoretischen Interpretationen und entwarf auf diesem Weg eine tiefeschürfende Analyse der Analogie zwischen Drogenabhängigkeit und Eltern-(v.a. Mutter-)Beziehung unter dem Diktat des Todestriebs bei Entkopplung der Partialtriebe innerhalb eines metaerotischen Systems.

Wesentlich erschien ihm für die „pharmakothyme Grundstimmung“ eine im Vorfeld der Suchtentwicklung als typisch erscheinende Mutter-Kind-Beziehungsstruktur: die Idolisie-

rung des Kindes. Diese Struktur entsteht dadurch, dass der Mutter das Kind als Oberfläche dient, auf die sich künstlich ein allmächtiges „orthopädisches“ Ich-Ideal aufpropft. Das Kind wird in diesem Prozess zum Idol. Ein gefährdetes Idol der Mutter, das in sich als inhärente Bedrohung im Dienste der Ambivalenz eine weitere identifikatorische Projektion trägt: das gehasste Objekt, das vernichtet werden muss.

Um sich zu schützen, versucht das Kind, sich mit der Position des Idoles zu identifizieren. Diese Identifikation ist gespalten, da die Begierde einen geheimen Aspekt einschließt, der seinen Preis fordert: Wie jedes Objekt der Trauer wurde dieses Idol aufgebaut, um zerstört zu werden, es besetzt den Platz eines Objekts, das verloren geht.

Dieser tödliche mütterliche Pakt geht stumm vor sich. Die geheime Formel/Klausel kann sich als „Du bist mein Idol, daher mein Opfer“ lesen lassen. Zunächst jedoch schützt die Idolisierung das Kind vor der Zerstörung und die Mutter vor der Schuld.

Aus diesem dynamisch wirksamen Hintergrund entwickelt sich eine bestimmte Umgangsform mit traumatischer Erfahrung. Geberovich, der die Einwirkung der Droge als ein repetitiv selbst zugefügtes Trauma begreift, kommt zum Schluss, dass der süchtige Prozess von der „Traumatophilie“ des Kranken vorangetrieben wird. Der Konsum der Droge stellt eine Möglichkeit dar, das Trauma abzureagieren, es ständig in abgeschwächter Form zu wiederholen und gleichzeitig eine Lösungsstrategie bei der Hand zu haben, indem der seelische Schmerz wie ein körperlicher „medikamentös behandelt“ wird.

In diesem Prozess nimmt der „Flash“, die direkte rauschhafte Erfahrung, eine Schlüsselposition ein. Die Lustersuche und Lusterfahrung im Flash spielen sich jenseits des Lustprinzips ab. Er vermittelt daher ein Lustgefühl jenseits der Sexualität und „der Differenz“. Nicht Lust im Sinne des Abbaus triebhafter Spannung wird gesucht, sondern „Jouissance“ als ein lustvoller Zustand, dessen Qualität aus dem Nirvana-Prinzip abgeleitet ist und der sich den Bedingungen der genitalen und reproduktiven Erotik entzieht.

Die narzisstische Position des Flash setzt ein „meta-autoerotisches“ System in Gang, das zwei Komponenten beinhaltet: Reflektierten sadistischen Narzissmus, der durch die „Allmacht des (Selbst)Sehens“ und reflektierten masochistischen Narzissmus, der durch die „Allmacht der (Selbst-)Destruktion“ charakterisiert ist.

Auf dem Boden einer anderen psychoanalytisch-theoretischen Ausrichtung hat auch Bu-

rian dem Aspekt der Droge als „mütterlichem Objekt“ bestimmende Bedeutung zugemessen. Nach ihm ist die Droge stets ein Symbol für das mütterliche Objekt und seine versorgenden und hilfreichen Funktionen. Allerdings war der Süchtige nicht in der Lage, seine gesplante Beziehung zu diesem Objekt zu überwinden. Die daraus resultierende Ambivalenz spiegelt sich in der Beziehung zur Droge: Der Süchtige begehrt sie und fürchtet sie, wie er die Verschmelzung mit dem mütterlichen Objekt begehrt und fürchtet (Burian, 1994).

5.5 Die „verborgene Dimension“: Schuld, Scham und Sucht

Besondere Bedeutung gewannen im psychoanalytischen Diskurs um Drogengebrauch und Abhängigkeit im späten 20. Jahrhundert Reflexionen über die Verbindung zwischen Schamaffekten und den Entstehungsbedingungen von Sucht, Autodestruktivität, Destruktivität und Gewalt.

Nach Wurmser (1978, 1997, 2000) zielt der Drogengebrauch darauf ab, Schuld- und Schamgefühle, Gefühle von Enttäuschung, Leere und Sinnlosigkeit, Minderwertigkeit und Wertlosigkeit zu dämpfen. In seinem grundlegenden Text „Die verborgene Dimension“ versuchte Wurmser die ätiologischen Faktoren der Sucht zu identifizieren und die Steuerung des Kreislaufs der Sucht durch sieben emotionale Zustände und Abwehrformen, die miteinander in Beziehung stehen und auf einander aufbauen, nachzuzeichnen. In Übereinstimmung mit den frühen Überlegungen Freuds resultiert auch bei Wurmser die grundlegende Entwertung des Selbst der Drogengebraucher aus der Wirksamkeit eines rigiden strafenden Über-Ich. Besondere katalysatorische Funktion kommt für Wurmser im Prozess der Suchtentwicklung dem Affekt der Scham zu, wobei er von einer Spaltung der Über-Ich-Instanz ausgeht. Ein Teil des Über-Ich soll demnach Scham produzieren, die, aufbauend auf Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber ihren eigenen Ideal-Ich-Ansprüchen, Selbstverachtung entwickelt

Eine ähnliche Auffassung wie Wurmser vertraten Meehan und Mitarbeiter (1996). Sie meinten, dass Menschen dadurch abhängig werden, dass in ihnen von Kindheit an pathogen wirksame „Glaubenssätze“ bestehen, die daran beteiligt sind, dass Zielvorstellungen nicht erreicht werden können. Scham resultiert daraus, dass negative Ereignisse mit der eigenen Person unangemessen und ausufernd in Verbindung gebracht werden. Meehan erkannte in der Entwicklung der Drogenabhängigkeit

eine Auswirkung übersteigter irrationaler Schuldgefühle und ortete bei Abhängigen eine Persönlichkeitsstruktur, die in außerordentlicher Weise Schuld- und Schamgefühle entwickelt und zusätzlich davon belastet ist, dass irrationale Gefühle von Verantwortung ebenso bestehen, wie eine ausgeprägte Furcht, andere Personen (insbesondere die nächsten Bezugspersonen) zu verletzen.

Diese späteren Darstellungen bestätigen die vorhin dargestellte Auffassung von Edward Glover. Suchtkranke sind autoplastisch und dieses Charakteristikum unterscheidet sie von den „Psychopathen“. Sucht und aggressive dissoziale Lösungsstrategie vertragen sich nicht. Nicht, weil die Droge das Verhalten beeinträchtigt, sondern weil die zugrunde liegenden Persönlichkeitsstrukturen differieren.

Die wissenschaftlichen Interpretationen, die beschreiben, wie sich in einem positiven Feedback-Mechanismus Schuld und soziale und individuelle Scham verstärken und zu infausten Suchtverläufen führen können, fanden in Hubert Selbys Roman „Requiem for a dream“ (1978) und in der kongenialen filmischen Übersetzung des Textes durch Darren Aronofsky (2000) eine eindrucksvolle literarische und filmische Umsetzung (Springer, 2008).

6 Das Objekt der Sucht

Wir haben früher darauf hingewiesen, dass das Verständnis narzisstischer Mechanismen und destruktiver Triebregungen der Schlüssel für das Verständnis für das Wesen des Objekts der Süchtigkeit wurde. Wir gehen heute davon aus, dass die von Drogeneffekten bedingte narzisstische Zufuhr wesentlich dafür verantwortlich ist, dass das Selbst des Süchtigen zum Objekt libidinöser und destruktiver Triebziele konfiguriert wird. Dieser schlagartig einsetzende Prozess, den der Kontakt mit der Droge bei entsprechender Grundverstimmung auslöst, soll in der Folge durch ein ausführlich wiedergegebenes Beispiel aus der Biographik berühmter Süchtiger illustriert werden.

„... ganz plötzlich, verschwanden die Dämonen und die Teufel, das Wandern und Wundern und alle die Frustrationen und sie existierten auch gar nicht mehr, denn ich hatte endlich Frieden gefunden...“

Ich fühlte diesen Frieden wie eine Art Wärme. Ich fühlte, wie sie in meinem Amen ihren Ausgang nahm. Ich fühlte, wie sich in meinem Körperinneren Ruhe ausbreitete. Es war so entspannend. Es war so großartig. Sheila sagte: ‚Schau dich im Spiegel an! Schau in den Spiegel‘. Und das war es was ich immer getan hatte. Ich hatte mich hingestellt, mich im Spiegel angesehen und zu mir gesprochen

und mir gesagt, wie elend ich doch wäre. ‚Warum hassen dich die Menschen? Warum bist du alleine? Warum fühlst du dich so elend?‘ Und darum dachte ich: ‚Oh nein, das will ich nicht tun. Ich möchte das Gefühl, das in mir aufsteigt, nicht beschmutzen!‘ Ich fürchtete mich davor, dass wenn ich in den Spiegel blickte, ich mein ganzes vergangenes Leben sehen würde und dass dann das wunderbare Gefühl versiegen würde. Aber sie sagte immer wieder: ‚Schau dich an. Schau, wie schön du bist! Schau deine Augen an. Schau auf deine Pupillen!‘ Ich schaute in den Spiegel und sah mich als einen Engel. Ich betrachtete meine Pupillen. Sie waren Stecknadelköpfe. Sie waren kleine, zarte Punkte. Es war, als ob ich in ein Universum von Freude, Glück und Zufriedenheit blicken würde.

Ich liebte mich, alles an mir. Ich liebte mein Talent. Ich verlor den sauren Geschmack des schmutzigen Alkohols, der mich erbrechen ließ, und das Gefühl der Schlafmittel, die die Kälte in meinem Rückenmarkt auf und ab jagten. Ich schaute mich selbst im Spiegel an und schaute auf Sheila und ich schaute auf die wenigen Straßen von Heroin, die noch geblieben waren und nahm die Dollarnote und sog sie alle in mich hinein. Ich sagte: ‚Das ist es. Das ist die einzige Antwort für mich. Wenn es das ist, das sein muß, dann werde ich es tun, was immer es mich auch kosten mag...‘ Und ich wußte, dass ich verhaftet werden würde, und ich wußte, dass man mich einsperren werde, und ich wußte, dass ich nicht schwach und kein Verräter werden würde...

Alles, was ich sagen kann, ist, dass ich in diesem Moment meine Seelenruhe gefunden hatte. Synthetisch hergestellt, aber nach all dem, das ich durchgemacht hatte, und nach all dem, das ich getan hatte, war dies das einzige, all das Elend gegen totale Glückseligkeit einzutauschen. Ich erkannte das alles. Ich erkannte, dass ich von diesem Augenblick an, wenn ihr dieses Wort gebrauchen wollt, ein Junkie sein würde. Das ist das Wort, das sie gebraucht haben und das sie immer noch gebrauchen. Das ist es, was ich in diesem Augenblick wurde. Das ist's, was ich praktiziert habe; und das ist es, das ich immer noch bin. Und als das ich sterben werde – ein Junkie.“

Dieses Zitat ist der Autobiographie des bedeutenden Jazzmusikers Art Pepper entnommen, von dem wir wissen, dass er das Vorhaben, die Junkie-Existenz zu leben, konsequent umsetzte.

In ihm wird die erste bestimmende Erfahrung des Zusammentreffens eines Drogeneffekts und einer „pharmakothymen Grundstimmung“ in exemplarischer Weise beschrieben. Dieser Text kann uns als Ausgangspunkt für weiterführende Reflexionen über die Stimulierung der „Pharmakothymie“ dienen und stellt uns den Beleg dafür zur Verfügung, dass in derart gelagerten Fällen das Objekt der Sucht ein exquisit narzisstisch-autoerotisches ist. Die

erste Drogenerfahrung verführt Art Pepper dazu, sich in sein eigenes Spiegelbild zu verlieben. Die Veränderungen, die die Droge bewirkt, machen es ihm möglich, die Erniedrigungen und Qualen des früheren Lebens hintanzustellen und sich voll zu akzeptieren; sein Ich, erweitert durch die Fusion mit der Droge, wird zum Liebesobjekt. Das autoerotische Objekt ist ein neues Objekt, es kann nicht mit dem Objekt der Masturbation gleichgesetzt werden. Es ist Teil der „Metaerotik“ im Sinne Rados, da die Droge in den libidinösen Ablauf fest verankert ist. Das metaerotisch-autoerotische Objekt ist zwar wesentlich das eigene Ich, ist es gleichzeitig aber auch wieder nicht, da es dadurch verändert und in seinen Ich-Grenzen erweitert ist, dass es ein „anderes Objekt“ – die Droge – in sich aufgenommen hat.

Eine wichtige Komponente dieser metaerotisch veränderten narzisstischen Struktur ist die Erfahrung, dass das Subjekt sich immer wieder selbst in diesen Zustand versetzen kann und über die nötigen Strategien Bescheid weiß, es sich als souveräner Herrscher im Raum der Lustbefriedigung erfahren kann. Und mehr als das: Es ist für sich selbst Herr über Leben und Tod, kann sich dem körperlichen Tod ebenso spielerisch annähern wie auch dem Zustand der Psychose und todesnahen Erfahrungen.

Die gesellschaftliche Verwerfung der Suche nach drogenbezogener Lusterfahrung baut wohl zu einem guten Teil auf einem dumpfen Verständnis dieser Zusammenhänge auf: Der Süchtige entzieht sich der Leistung, der Produktion, er ist „unfruchtbar“, masturbatorisch, der Verschwendung verschrieben, das süchtige Verlangen erscheint als desexualisiertes Analog der Perversion.

7 Zusammenfassung

Die psychoanalytischen Beiträge zur Beschreibung, Erkenntnis und zum Verstehen der menschlichen Süchtigkeit haben im Lauf der Jahrzehnte der Theorieentwicklung und klinischen Beobachtung einen beachtlichen Umfang angenommen.

Die komplexe psychoanalytische Suchttheorie wurde auf der Basis einer umfassenden Untersuchung libidinöser (Bedeutung der Partialtriebe, des Narzissmus und des Todestriebs), struktureller und psycho-ökonomischer Bedingungen süchtiger Entwicklungen und der Konfliktmatrix unter Berücksichtigung der Einflüsse aus dem kulturellen Raum entwickelt. Sie schließt Überlegungen zum wechselseitigen Einfluss zwischen Persönlichkeit und Droge, Überlegungen zur Funktionalität/Dysfunktionalität süchtigen Verhaltens, zur Bedeutung von Konsummuster und zur destruktiven Komponente der Sucht ein. Auf diesem Weg gelangte sie zu der Definition primärer und sekundärer Krankheitsprozesse, einer dynamischen Auffassung der „Komorbidität“, zur Bewertung der Funktionalität der Sucht und zur Diagnostik und Prognostik des Schweregrades und des Risikos auf struktureller Basis.

Wie aus dieser oberflächlichen Auflistung deutlich hervorgeht, unterscheidet sich der psychoanalytische Zugang dadurch von anderen psychologischen und medizinischen Konzeptualisierungen und Theorien, dass den Drogen und dem Drogenverlangen ebenso wie „stoffungebundenen“ Suchtphänomenen eine ambivalente Funktion zuerkannt wird. Im Theoriegebäude der Psychoanalyse wird angenommen, dass süchtiges Verhalten ein Entwicklungsdefizit signalisiert, das der frühen Ich-Entwicklung entspringt und einen zugrundeliegenden innerseelischen Konflikt entweder repräsentiert, symbolisiert oder als Symptom agierend zum Ausdruck bringt. Damit wird die Ursache des Drogengebrauches und auch der Abhängigkeit in den seelischen Raum des Individuums verlagert. Es wird aber gleichzeitig nicht übersehen, dass die Symptomentwicklung nicht unabhängig von Bedingungen der Außenwelt ist; die Erscheinungsform des Suchtverhaltens und die Wahl der Mittel sind geprägt von jeweils epochentypischen Merkmalen. Dem Verhalten selbst wird anfänglich der Wert eines psychopharmakologischen Anpassungsprozesses zuerkannt. Drogengebrauch und -abhängigkeit erleichtern nach diesem Verständnis den Umgang mit innerseelischen Problemen. Drogengebrauch kann für das seelische Gleichgewicht sogar zentralen Stellenwert haben. In diesem Verständnis stellt er eine Art „Selbstheilungsversuch“ dar, einen Versuch, seelische Balance zu gewinnen. Er dient der Abwehr schlimmerer Zustände, wie etwa psychotischer Zusammenbrüche und der Beruhigung der überdauernden Auswirkung in der frühen Kindheit erfahrener schwerer Traumatisierungen, die zu einer „Lückenbildung in der Ichstruktur“ und zu schweren Störungen der affektiven Reaktion und der Fähigkeit zur Selbsterhaltung geführt haben. Diese Lücke vermag dann der Drogengebrauch im Sinne einer „Plombe“ zu schließen.

Die psychoanalytische Arbeit kann ihren Beitrag zum Verständnis liefern, warum die Schutzfunktion der Drogen und der anderen Suchtentwicklungen nur bedingt wirksam und weitgehend dysfunktional ist. Wir können erkennen, dass sie oftmals um den Preis einer Beschädigung des Selbst und der Beziehungs-

fähigkeit erkaufte scheint. Analytisch lässt sich darüber hinaus die kontinuierliche Wechselwirkung innerer und äußerer Bedingungen erfassen und verstehen: Der Selbstheilungsversuch erscheint oftmals dadurch zum Scheitern verurteilt, dass gleichzeitig die primäre psychische Problematik kontinuierlich durch reale äußere Ereignisse verstärkt wird und der fortgesetzte Drogengebrauch die libidinöse Struktur auf ein verändertes Niveau bringt. Dadurch kann aus dem Drogengebrauch Sucht entstehen. Dann wird die Persönlichkeit weiter destabilisiert, indem die Partialtriebe entkoppelt und aus schützenden Fusionen gelöst werden, die Konfliktmatrix auf regressives Niveau verlagert wird und autodestruktiven Prozessen der Weg bereitet wird.

Die Suchtentwicklung kann demnach zwar den Mechanismus einer weitgehenden Selbstzerstörung zuerst aufschieben, beteiligt sich aber in der Folge selbst an der Steuerung des Zerstörungsprozesses.

Der Schweregrad des Suchtverlaufs wird von der Psychoanalyse als Ausdruck einer primär gegebenen Störung der libidinösen Strukturen und der Ichentwicklung verstanden. Die primäre Störung bedarf der Droge als „Heilmittel“ und die Droge bedarf der Störung, um den Krankheitsprozess einzuleiten. Der Verlauf, den in der Folge die Suchtkrankheit nimmt, ist als meta-neurotischer Prozess zu verstehen, der auf Elementen der primären Störung aufbaut und die Konfliktverarbeitung auf ein neues regressives Niveau verlagert.

Im modernen psychoanalytischen Diskurs wird betont, dass in diesem sekundären Prozess nicht nur Triebkonflikte, sondern auch die Forderungen eines strengen Über-Ichs zum Ausdruck kommen und im Hintergrund des Geschehens moralischer Masochismus mit heftigen Bestrafungstendenzen dynamisch wirksam ist. Es kommt auf diesem neuen Niveau den psychischen Kategorien Onnipotenz und Masochismus – und damit einer fatalen Verschränkung narzisstischer und Todestriebbezogener Mechanismen besondere Bedeutung zu.

Aus der psychoanalytischen Theorie lässt sich dementsprechend kein Abstinenzgebot ableiten, aber auch keine kritiklose Befürwortung des Drogengebrauchs. Süchtige Entwicklungen versteht sie als Fehlanpassung und fehlgeschlagene Selbstbehandlung. Aus ihrer Krankheitslehre kann aber die Forderung abgeleitet werden, dass die Behandlung Drogenabhängiger sich sinnvoll nicht auf die Beseitigung des Symptoms „Drogengebrauch“ oder „Drogenabhängigkeit“ beschränken darf, sondern sich der Auflösung der zugrundeliegenden Prob-

leme und Konflikte widmen muss. Darauf hat Freud schon 1889 hingewiesen: *„Eine ganz analoge Bemerkung gilt übrigens auch für alle anderen Abstinenzkuren, die solange nur scheinbar gelingen werden, solange sich der Arzt damit begnügt, dem Kranken das narkotische Mittel zu entziehen, ohne sich um die Quelle zu kümmern, welcher das imperative Bedürfnis nach einem solchen entspringt. Gewöhnung ist eine bloße Redensart ohne klärenden Wert; nicht jedermann, der eine Zeitlang Morphinum, Kokain, Chloralhydrat und dergleichen zu nehmen Gelegenheit hat, erwirkt jedoch die Sucht nach diesen Dingen.“*

Zu den vornehmsten Aufgaben der Behandlung zählt es, dass für bestehende Defizite in der Ich-Struktur Kompensationsmöglichkeiten gefunden werden, die die Plombenfunktion der Drogeneffekte ersetzen. Insbesondere erfordert der erneute Verzicht auf den „infantilen Größenwahn“, dass den Patienten neue Wege der Befriedigung in ihrer Lebenswelt eröffnet werden, die sowohl den Triebbedürfnissen wie auch dem Narzissmus Rechnung tragen. Schwere Defizite würden andererseits nach der Auffassung vieler Psychoanalytiker eine schadensbegrenzende Vorgangsweise rechtfertigen und ein möglichst unbeschädigtes „Leben mit der Sucht“ für zunächst unbegrenzte Zeit als Therapieziel akzeptabel erscheinen lassen.

7.1 Psychoanalyse, Psychiatrie und behavioristische Neurowissenschaft

Das psychoanalytische Interpretationsmuster stellt in seiner Komplexität die Vereinfachungen der biologischen Suchtheorie und der klinischen Psychiatrie infrage. Diese wissenschaftliche Position kann auf lange Tradition zurückblicken. Bereits Freud und Rado haben darauf hingewiesen, dass die psychiatrischen Interpretationen zu kurz greifen. Freud meinte, dass die psychiatrische Sichtweise auf Leerformeln aufbaue, Rado entwickelte seine Theorie ausdrücklich als Gegenmodell zur psychiatrischen Lehre, wobei er kritisierte, dass sich diese fälschlich und oberflächlich an einem „Infektionsmodell“ orientiere. Es scheint an der Zeit, sich dieser Kritik zu besinnen und sie wieder aufzugreifen. Die reduktionistische Sichtweise der aktuellen Suchtheorie (z.B. Volkow, Goldstein & Volkow, 2002) versteht die Sucht als artefizielle Hirnkrankheit, die auf einer drogenbedingten Störung der Neurotransmission in bestimmten Hirnarealen beruht. Die Diagnostik der „Gehirnkrankheit“ verzichtet dabei weitgehend auf die Beobachtung klinischer Manifestationen, die für eine organische Hirn-

krankheit sprechen würden. Eine entscheidende Schwäche dieser Interpretation besteht darin, dass sie nicht erklären kann, wieso die gleiche psychoaktive Substanz im gleichen somatischen Substrat heilende oder zerstörerische Wirkung entfalten kann. Die psychoanalytische Erkenntnis ist in vielen Aspekten ein direkter Kontrahent dieses Zuganges. Seitens der Psychoanalyse wird der süchtigen Prozess als gewaltige Leistung des psychischen Apparats mit paradoxem und eventuell tragischem Ausgang beschrieben, in dem die Umstrukturierung der psychischen Instanzen zu einer Metaneurose führt. Dieser Prozess bedarf einer psychischen Grundstörung, aber gleichzeitig eines funktionierenden Gehirns. Diese Auffassung wurde in der Konzeptualisierung von Sandor Rado am klarsten formuliert. Deshalb wurde Rados Beitrag in diesem Aufsatz ausführlich ins Bewusstsein gerufen.

Dabei wird auch seitens der Psychoanalyse die direkte Giftwirkung bestimmter psychoaktiver Substanzen natürlich nicht übersehen. Die toxischen Effekte auf das Gehirn werden jedoch, nicht anders als in der klinischen Psychiatrie, von Art der Substanz, Dosis und Dauer der Giftzufuhr abhängig gemacht. Die psychischen Auswirkungen werden nicht als direkte Widerspiegelung einer Beeinträchtigung des Gehirns interpretiert, es wird ihnen ein eigenständiger Stellenwert zuerkannt. Rado kann auch hier als repräsentativer Autor gelten, indem er pharmakogene Schäden zunächst in den psychischen Raum verlagerte und schrieb, dass die Pharmakothymie den psychischen Aufbau des Individuums prozesshaft zerstört, lange bevor sie seinem physischen Substrat gröbere Schädigungen zufügt.

7.2 Gesundheitspolitische Aspekte des psychoanalytischen Zuganges

In den psychotherapeutischen Versorgungskonzepten, aber auch im professionellen Diskurs wird zunehmend die Bedeutung psychoanalytischer Behandlung suchtkranker Menschen infrage gestellt. Sie gilt als zu teuer, zu zeitaufwendig, ihre Wirksamkeit wird prinzipiell infrage gestellt. Wenn nicht der Wert psychotherapeutischer Interventionen grundsätzlich bezweifelt wird, werden andere Methoden günstiger beurteilt. In State of the art-Papieren und Richtlinien werden zumeist kognitive Methoden empfohlen. Diese Empfehlung erscheint zunehmend als Stehsatz und ist auch eher ein Beispiel für die Effizienz von Lobbying als eine Schlussfolgerung, die aus

den Ergebnissen sorgfältig durchgeführter psychotherapeutischer Vergleichsuntersuchungen abgeleitet ist.

Auch die Bewertung des Kostenfaktors ist fragwürdig. Bei medikamentösen Interventionen spielt er eine vergleichsweise geringe Rolle.

Wir behaupten andererseits auch gar nicht die Überlegenheit der psychoanalytischen Behandlungsmethode für alle Fälle von Suchtkrankheit. Aber wir wollen die Bedeutung der Psychoanalyse nicht auf die therapeutische Praxis beschränkt wissen. Wichtiger als die konkrete therapeutische Anwendung psychoanalytischer Methoden sind wahrscheinlich die Überlegungen, die von der Psychoanalytischen Lehre zur Verfügung gestellt werden. In ihrem Bestreben, ein fundamentales Verständnis der psychischen Prozesse zu vermitteln, die in der Sucht ablaufen, sind sie in ihrem Erkenntniswert auch für andere therapeutische Interventionen und therapeutische Zielvorstellungen von Nutzen. Die Erkenntnisse der Psychoanalyse lassen z.B. die Forderung von totaler Konsumabstinenz als höchstem Therapieziel ebenso fragwürdig erscheinen wie die lerntheoretisch begründete Suche nach einfachen Lösungen im Sinne der Verschiebung der Konfliktlösung auf oberflächliche soziale Kompetenzfelder.

Aus dem psychoanalytischen Verständnis lässt sich die Forderung ableiten, dass unabhängig von der Methode der Therapie die Behandlung auf jeden Fall auf die Bedingungen und Bedürfnisse des einzelnen individuellen Falles abgestimmt sein sollte. Manche der in diesem Aufsatz vorgestellten Konzepte scheinen geeignet bestimmte Probleme, die in der aktuellen Behandlung der Suchtkrankheit zu orten sind, in ihrer subjektiven Bedeutung und Bindung verstehbar zu machen.

Wir alle kämpfen mit bestimmten Schwierigkeiten, die die gebräuchliche Form der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger kennzeichnen. Als besonderes Problem gilt, dass etliche Patienten sich nicht an die Regel halten, ihr Mittel oral zu sich zu nehmen. Der übliche Respons auf dieses Problem besteht darin, dass versucht wird, die Einnahme zu kontrollieren und Zubereitungen der Substitutionsmittel zu entwickeln, die dieses „Missbrauchsverhalten“ verunmöglichen. Bedenken wir die Komplexität des „Objekts der Sucht“, wie sie vorhin beschrieben wurde, erscheint es nur allzu klar, dass die Art der Einnahme, zu der der Abhängige findet, mit der Erfahrung der „magischen Fähigkeiten“ verbunden ist. Wenn die Patienten darum kämpfen, ihre gewohnten Rituale aufrechtzuerhalten, geht es nicht einfach um einen Konsummodus, sondern darum, dass das narzisstische Bedeutungsgefüge und das meta-

erotische Selbstwertgefühl bedroht sind. Das Festhalten am gewohnten selbst gefundenen Ritual imponiert in dieser Lesart als Versuch, die Trauer über den Verlust des metaerotisch-autoerotischen Objekts zu überwinden.

Die Arzneimittel, die der opioidgestützten Behandlung zur Verfügung stehen, verschaffen bei verschreibungsgemäßer Einnahme Ruhe; diese Anwendung der Stoffe ist aber nur ein dürftiges „Substitut“ für das „pharmakothyme Verlangen“; sie entkleidet die Drogeneinnahme ihrer Magie. Sie wird von einem Anderen verordnet, die Änderung des Rituals gilt als Grundvoraussetzung für eine gelungene Behandlung, das Spiel mit dem Tod soll durch angepasste Dosierung vermieden werden, die Drogeneinnahme kurz gesagt, medizinisch versachlicht und gesundheitsfördernd stattfinden. Die Schweizer Kollegen, die das Zürcher Heroinprojekt begleiteten, haben diese Umgestaltung des drogenbezogenen Lebensstils und Selbstentwurfs kurz und bündig zusammengefasst: „From Heroin-chic to Heroin-sick“ und damit bestätigt, was einige Jahrzehnte vorher, ebenfalls in Zürich, der Jurist, Kriminalschriftsteller und Dadaist Walter Serner befürchtet hatte. Serner hatte in frühem antipsychiatrischen Geist therapeutische Tendenzen gegeißelt, die „den Säuer, dessen Berausung ihn einem großen Gram entwand, zum Philatelisten und den Narkotiker, der den 1.000 Schmerzen seiner Stunden entrann, zum Stadtschreiber kurieren“.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt, den die psychoanalytische Bearbeitung der Süchtigkeit erarbeitet hat, besteht in den Erkenntnissen der Pharmako-Psychoanalyse (Paul Schilder, 1938), wonach jede psychoaktive Substanz einschneidende Veränderungen in der libidinösen Struktur und Ökonomie und sowohl in der Trieb- wie auch der Ich-Struktur bewirkt. Dieser Effekt ist unabhängig vom legalen Status der psychoaktiven Substanz und schließt die psychiatrischen Arzneimittel ein. Die Tendenz, immer neue Substanzen zu erfinden, die gegen die Süchtigkeit gerichtet sind, sollte vor diesem Hintergrund hinterfragt werden. Welche Auswirkungen haben die neuen Substanzen, die mit dieser Zielsetzung eingesetzt werden? Darf man seine Überlegungen auf die Modifizierung neuroendokriner Regelabläufe beschränken? Ist das veränderte psychische Funktionsniveau, das sie bewirken, in jedem Fall tatsächlich weniger beeinträchtigend als jenes, das von der Substanz hergestellt wurde, deren Gebrauch bekämpft wird? Diese Fragestellung ist gerade in einer Zeit gerechtfertigt, in der der Einsatz von Mitteln propagiert wird, die durch ihre blockierende Wirkung im Endorphinsystem

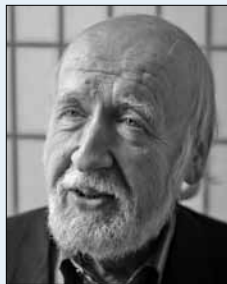
Veränderungen in wichtigen Regelkreisen bewirken, deren Art und Intensität bislang nicht eingeschätzt werden kann.

Im Kontext dieses dystopischen Gesundheits- und Gesellschaftsentwurfs sei als letztes noch erwähnt, dass aus psychoanalytischer Sicht derzeit aktuelle Konzepte wie Impfungen gegen Drogenabhängigkeit, die Entwicklung „missbrauchssicherer“ Substanzen und die Verhinderung der Sucht durch Manipulation wichtiger Hirnareale und Hirnprozesse als neue, äußerst aggressive Auswirkungen einer „Hirnmythologie“ imponieren, die wesentliche Aspekte des menschlichen Seelenlebens negieren und die unter „Behandlung“ verstehen, dass zur somatischen Krankheit umdefinierte Störungen der psychischen Struktur und der psychischen Dynamik des Abhängigen durch chemische Manipulation lediglich auf ein anderes, jetzt aber iatrogen bedingtes, regressives Niveau verlagert werden. Als Folge einer Interessensverschränkung von akademischen, politischen und ökonomischen Verschränkungen sind wir in eine therapeutische Sackgasse geraten. Vielleicht stehen wir gerade jetzt an einem Punkt in der Geschichte der Behandlung Abhängigkeitskranker, an dem es, wie in der Geburtsperiode der Freud'schen Psychoanalyse notwendig wird, die Behauptungen und Interpretationen der eindimensional biologisch ausgerichteten Forschung durch die Ergebnisse psychoanalytischer Forschung zu geistigen und psychischen Prozessen zu korrigieren und zu erweitern.

Literatur

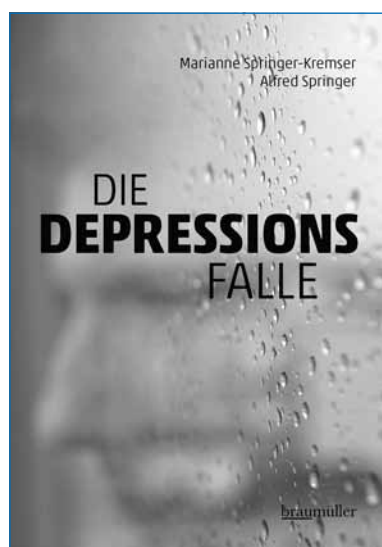
- Burian, W. (1994): *Die Rituale der Enttäuschung (Zur Psychodynamik der Sucht)*. Wien: Picus-Verlag.
- Byck, R. (Hrsg.) (1974): *Freuds Cocaine Papers, Notes Anna Freud*. New York: Stonehill.
- Erlenmayer, J. (2000): *Die Morphiumsucht und ihre Behandlung*, 1887. Reprint: Adamant Media Corporation.
- Federn, P. (1935): *Zunahme der Süchtigkeit*. Almanach der Psychoanalyse, Wien.
- Freud, S. (1884): „Über Coca“. *Zentralblatt f. d. ges. Therapie*, 289-314.
- Freud, S. (1889): *Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen*. (GW, I, S. 506).
- Freud, S. (1912): Über die allgemeinste Erniedrigung des Liebeslebens. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*, 4 (1): 40-50.
- Freud, S. (1920): *Jenseits des Lustprinzips*. Wien: IPA.
- Freud, S. (1926): *Das Unbehagen in der Kultur*. Wien: IPA.

- Freud, S. (1926): *Hemmung, Symptom und Angst*. Wien: IPA.
- Freud, S. (1927): *Die Zukunft einer Illusion*. Wien: IPA.
- Glover, E. (1939, 1941): *Psycho-Analysis*. London: Staples Press.
- Goldstein, R. Z. & Volkow, N. D. (2002): Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex. *Am J Psychiatry* 159: 10.
- Meehan, W., O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., Morrison, A., Acampora, A. (1996): Guilt, shame, and depression in clients in recovery from addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28: 125-134.
- Pepper, A. & Laurie (1994): *Straight Life*. New York: DaCapo Press.
- Rado, S. (1926): Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte. Versuch einer psychoanalytischen Theorie der Süchte. *Internat Zeitschr Psychoanalyse*, Bd. 12, 540-556.
- Rado, S. (1934): Psychoanalyse der Pharmakothymie. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, Bd. 10, Heft 1, 16-32
- Rost, W.-D. (2009): *Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung*. Buchreihe: Bibliothek der Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schilder, P. (1937): Zur Psychoanalyse der Benzhe-drinwirkung. *Int. Zeitschrift für Psychoanalyse*, Bd. 13, Heft 4.
- Selby, H. jr. (1986): *Requiem für einen Traum*. Hamburg: Rowohlt.
- Serner, W. (1915-1916): Hilfe. *Sirius*, Jg. 1915-16, Nr. 3, 33-36.
- Springer, A. (2002): Kokain, Freud und die Psychoanalyse. *Suchttherapie*, 3 (1), 18-23.
- Springer, A. (2008): Requiem für einen Traum. In: S. Döring & H. Möller (Hrsg.), *Frankenstein und Belle de Jour* (S. 27-50). Berlin: Springer.
- Springer, A. (2009): Suchtforschung in Wien. *Historischer Exkurs*, (32) 3/4.
- Springer, A. (2010): Wir spielen alle. Psychoanalytisches zur Spielsucht. In: M. Steiner (Hrsg.), *Brot und Spiele* (WAS 103, S. 10-28). Graz: Leykam.
- Stekel, W. (1922): *Impulshandlungen*. Wien: Urban und Schwarzenberg.
- Volkow, N. (2012): *Understanding the Etiology of Drug Abuse & Addiction. Implications for preventing and treating addiction*. nhsn.med.miami.edu/documents/Volkow.pdf
- Wurmser, L. (1978): *The Hidden Dimension. Psychodynamics in compulsive drug use*. New York: Aronson.



Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer

Psychotherapeut, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, ehem. Leiter des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung (Wien) und Herausgeber der Wiener Zeitschrift für Suchtforschung
alfred.springer@meduniwien.ac.at



Marianne Springer-Kremser, Alfred Springer

Die Depressionsfalle

Fast jeder fünfte Bürger in den OECD-Staaten leidet mindestens einmal in seinem Leben darunter: Depressionen. Bis 2030, so die Prognose von Experten, werden psychische Leiden zu den am häufigsten diagnostizierten Krankheiten zählen. Als Gründe dafür werden Stress, Vereinsamung und die Auflösung der traditionellen Familienverbände, aber auch körperliche Erkrankungen genannt.

Marianne Springer-Kremser und Alfred Springer, renommierte Fachärzte für Psychiatrie und Psychoanalytiker, wenden sich mit ihrem Buch *Die Depressionsfalle* an ein Publikum, das an einem kritischen Zugang zu diesem Problem interessiert ist. Sie sprechen aber auch Personen an, die unter depressiven Verstimmungen leiden oder mit einer bereits begonnenen Behandlung nicht zufrieden sind. Ihr Standardwerk *Die Depressionsfalle* bietet einen Überblick über den Stand der Forschung, über Behandlungsmethoden und Heilungschancen und ist eine wertvolle Informationsquelle nicht nur für jene Betroffenen, die angesichts dieser oft zermürenden Erkrankung nicht klein beigeben wollen.

Mit dem Motto „Wissen ist Macht“ treten die Autoren an, ihre Leser mit möglichst umfangreichem Wissen über Depressionen auszustatten und Auswege aus der gefürchteten Depressionsfalle anzubieten.

braumüller · ISBN 978-3-99100-088-4 · 312 Seiten · 24,90 Euro

Die Selbstmedikationshypothese für Suchtstörungen mit Schwerpunkt auf Heroin- und Kokainabhängigkeit*

Edward Khantzian

Die Entwicklungen in der Psychoanalyse und der Psychiatrie in den letzten fünfzig Jahren haben hilfreiche Erkenntnisse und Ansätze sowohl zum Verständnis von psychischen Störungen als auch für die Therapie geliefert. In der Psychoanalyse hat es eine Verschiebung von der Schwerpunktsetzung auf Triebkonflikte zu einer größeren Betonung der Bedeutung des Ego und seiner Strukturen bei der Regulierung von Emotionen, Selbstwertgefühl, Verhalten und Anpassung an die Realität gegeben. In der Psychiatrie haben wir die Einführung psychotroper Medikation erlebt, ein genaueres Verständnis der cerebralen Neurobiologie und die Entwicklung standardisierter Diagnostik zur Erkennung und Klassifikation psychischer Störungen. Solche Entwicklungen hatten eine Bedeutung für das Verständnis und die Behandlung von Abhängigkeit, vor allem angesichts der dramatischen Zunahme des Drogenmißbrauchs in allen Sektoren der Gesellschaft und einer zunehmenden Tendenz, unsere drogenabhängigen Patienten in Praxen, in sozial-psychiatrischen Einrichtungen und Methadon-Substitutions- oder Selbsthilfeprogrammen zu behandeln, in enger Nachbarschaft zu der Umgebung, in der sich die Abhängigkeit entwickelte.

Populäre oder einfache Vorstellungen Anfang der siebziger Jahre betonten den Druck der Peergruppen, Flucht, Euphorie oder autoaggressive Themen, um die zwingende Natur der Drogenabhängigkeit zu erklären. Dagegen hat die Arbeit zahlreicher Psychoanalytiker in den sechziger und siebziger Jahren zu Beobachtungen, theoretischen Formulierungen und darauf folgenden Studien geführt, die eine deutliche Abkehr von vorherigen Vorstellungen und Erklärungen bedeutet. Auf der Basis einer modernen psychodynamischen Perspektive konnten

diese Analytiker erfolgreicher die Natur der psychologischen Risiken und Störungen sowie Schmerzen identifizieren, die bestimmte Individuen für Drogenabhängigkeit prädisponieren. Diese Perspektive, die zu einer Serie von diagnostischen Studien im letzten Jahrzehnt führte, betont, daß der starke Bezug und kontinuierliche Konsum von illegalen Drogen (z.B. Individuen, die abhängig werden und bleiben) mit einer starken und signifikanten Psychopathologie korreliert. Außerdem ist die ausgewählte Substanz kein zufälliges Phänomen.

Auf der Basis neuer psychodynamischer und psychiatrischer Perspektiven und Ergebnisse will ich eine Selbstmedikationshypothese für Suchtstörungen ausbauen, mit einer Betonung der Probleme bei Heroin- und Kokainabhängigkeit. Diese Sichtweise suggeriert, daß die spezifischen psychotropen Wirkungen dieser Drogen mit psychiatrischen Störungen und schmerzvollen affektiven Zuständen in eine Interaktion treten und damit attraktiv für vulnerable Individuen werden.

Psychodynamische Ergebnisse

Eine ausführliche Untersuchung der psychoanalytischen Literatur zu Sucht würde die Grenzen dieser Arbeit überschreiten. In einer anderen Arbeit habe ich die frühe psychoanalytische Literatur zu Sucht untersucht, die hauptsächlich die angenehmen Aspekte des Drogenkonsums betont (Khantzian, 1974; Khantzian & Treece, 1977). Psychoanalytische Berichte, die primär an dieser These festhalten, gehen zurück auf die Arbeit von Chein et al. (1964) und die früheren Arbeiten von Gerard und Kornetsky (1954; 1955), welche die ersten Gruppen wa-

* Es handelt sich hierbei um einen Wiederabdruck der Übersetzung des Artikels Khantzian, E. J. (1985): *The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence*. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264 von Christian Haasen, veröffentlicht in: Krausz, M., Haasen, C. (Hrsg.) (1996), *Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens* (S. 45-58). Freiburg i. Br.: Lambertus – mit im Rahmen des Wiederabdrucks getätigten Ausbesserungen von Grammatik- und Tippfehlern (letztere in Abstimmung mit dem englischen Original) von Irene Schmutterer.

ren, die Abhängige in der Gemeinde (New York City) studierten und die psychologische Wirkung von Opiaten, die Interaktion zwischen Ich und Über-Ich, narzißtische und andere Psychopathologien des Abhängigen zu verstehen suchten. Sie betonten, daß Individuen Drogen als Coping-Mechanismus mit überwältigender (jugendlicher) Angst in Erwartung der Erwachsenenrolle bei fehlender adäquater Vorbereitung und ohne Erfahrungsmodelle einnahmen. Da sie nicht die Vorteile einer modernen psychopharmakologischen Perspektive hatten, verwiesen sie auf generelle „beruhigende oder ataraktische“ Eigenschaften der Opiate und zogen nicht in Betracht, daß die Anziehungskraft der Drogen möglicherweise auf eine spezifische Wirkung der Opiate zurückzuführen sei. Zusätzlich waren die Studien auf Opiatabhängige beschränkt, so daß es kaum möglich war, diese mit Abhängigen anderer Drogen zu vergleichen. Um 1970 begannen einige Psychoanalytiker über Ergebnisse ihrer Arbeit mit Abhängigen zu berichten, da diese in zunehmenden Zahlen in ihre Praxen und zu einer Vielfalt von sozialen Einrichtungen kamen. Im Gegensatz zu der anfänglichen Betonung der Trieb- und topographischen Psychologie in der Psychoanalyse wurde in ihren Arbeiten, ähnlich wie in parallelen Entwicklungen der modernen Psychoanalyse, der Schwerpunkt stärker auf strukturelle Faktoren, Ich-Zustände, Selbst- und Objektbeziehungen bei der Untersuchung der Störungen von Abhängigen gesetzt, um deren Leiden zu verstehen. Insbesondere unterstrich diese Literatur, daß schmerzliche Affekte abhängig von Störungen der psychologischen Struktur sind und Objektbeziehungen in einer Interaktion mit der psychopharmakologischen Wirkung der Suchtmittel stehen.

Trotz einer oberflächlichen Ähnlichkeit mit früheren Formulierungen, die den regressiven angenehmen Drogenkonsum betonten, war die Arbeit von Wieder und Kaplan (1969) ein wichtiger Fortschritt und die Ausarbeitung einer Tendenz, die durch Gerard und Kornetsky in den fünfziger Jahren in Gang gesetzt wurde. Wieder und Kaplan benutzten neuere Entwicklungen der Ich-Theorie, wodurch sie annehmen konnten, daß Individuen von selbst unterschiedliche Drogen auf der Basis ihrer Persönlichkeitsorganisation und Ich-Störungen aussuchen. Ihre Betonung des Drogenkonsums als „Prothese“ und ihr Fokus auf Entwicklungsmerkmale, Anpassungen und das Ich führte zu einer klaren Abgrenzung dieser Arbeit von früheren einfacheren Formulierungen auf der Basis der Ich-Psychologie.

Auf der Grundlage dieser und anderer Arbeiten, die sich mit Ich- und Anpassungs-

problemen bei Abhängigen beschäftigen, und in Anlehnung an die von Wieder und Kaplan verfolgten Linien untersuchten Milkman und Frosch (1973) empirisch die Hypothese, daß die Selbstauswahl von spezifischen Substanzen einen Zusammenhang mit dem bevorzugten defensiven Stil aufweise. Mit dem Bellak und Horwich-Interview und der Rating Skala für Ich-Funktionen wurden Heroin- und Amphetamin-Abhängige sowohl nüchtern als auch unter Drogeneinwirkung verglichen. Die vorläufigen Ergebnisse unterstützen die Hypothese, daß Heroinabhängige die beruhigende und dämpfende Wirkung der Opiate bevorzugten und diese Drogenwirkung scheinbar zur Stärkung der zarten Abwehr benutzten, um eine Tendenz zum Rückzug und zur Isolation zu verstärken, während die Amphetamin-Abhängigen die stimulierende Wirkung der Amphetamine zur Unterstützung eines überheblichen Selbstwertgefühles und trotz eines defensiven Stils zu aktiver Konfrontation mit der Umgebung benutzten.

Die Arbeiten von Wurmser (1972; 1974) und Khantzian (1972; 1974; 1980; 1982) wiesen darauf hin, daß die Betonung der regressiven Wirkung von Opiaten in früheren Studien gerechtfertigt war und daß die spezifische psychopharmakologische Wirkung der Opiate eine gegenteilige, „progressive“ Wirkung hat, wo regressiv Zustände umgekehrt werden können. Wurmser glaubte, daß Opiate von Abhängigen zur Kompensierung von Störungen der Affektabwehr, vor allem gegen Gefühle von „Wut, Verletztheit, Scham und Einsamkeit“, konsumiert werden. Khantzian betonte die Triebabwehr und glaubte, daß Opiate regressiv Zustände durch die direkte antiaggressive Wirkung umkehren, indem sie dem desorganisierenden Einfluß von Wut und Aggression auf das Ich entgegenwirken. Beide Thesen kommen zu dem Schluß, daß die psychopharmakologische Wirkung der Drogen gestörte oder nichtexistente Ich-Abwehrmechanismen ersetzen kann. Wie auch andere Forscher gingen Wurmser und Khantzian davon aus, daß Entwicklungsstörungen, schwere vorherrschende Psychopathologie und Probleme bei der Anpassung die zentralen Bereiche für die Erklärung der Sucht sind. Radford et al. (1972) brachten detaillierte Fallbeschreibungen, die die These von Wurmser und Khantzian unterstützten, daß Opiate eine antiaggressive und antiregressive Wirkung haben könnten. Sie beobachteten außerdem, daß Opiatkonsum nicht exklusiv mit einem bestimmten Muster von inneren Konflikten oder phasenspezifischen Entwicklungsstörungen korreliert.

Krystal und Raskin (1970) formulierten weniger präzise die spezifische Wirkung der ver-

schiedenen Substanzen, räumten jedoch ein, daß sie entweder zur Vermeidung oder Förderung der Regression konsumiert werden könnten. Ihre Arbeit beschrieb jedoch präziser das Verhältnis zwischen Schmerz, Depression und Angst einerseits, sowie Substanz- und Placebowirkung andererseits. Sie untersuchten und erklärten weitgehend die Schwierigkeiten des Abhängigen im Erkennen und Aushalten von schmerzvollen Affekten. Sie wiesen darauf hin, daß die Tendenz bei Abhängigen, Depressionen und Ängste zu somatisieren, nicht zu verbalisierten und undifferenziert zu lassen, zu einer gestörten Stimulibariere führe und solche Individuen dadurch schlecht vorbereitet im Umgang mit Gefühlen seien und dies letztendlich zu einer Prädisposition des Drogenkonsums führe. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit standen außerdem die großen Probleme der Drogenabhängigen mit positiven und negativen Gefühlen zu sich selbst und gegenüber anderen. Krystal und Raskin waren der Meinung, daß Drogenabhängige größere Probleme haben, sich selbst zu schützen und mit positiven und negativen Gefühlen gegenüber anderen umzugehen, wegen ihrer rigiden und massiven Abwehr z.B. durch Spaltung und Verleugnung. Ihrer Meinung nach werden Drogen nicht nur konsumiert, um bei der Abwehr ihrer Gefühle mitzuwirken, sondern auch um kurz (und daher ungefährlich) Gefühle wie die Fusion (Einheit) mit geliebten Objekten zu erfahren, welche normalerweise wegen der rigiden Abwehr von Aggressionen unterdrückt werden.

Diagnostische und Behandlungsstudien

Teilweise als Erweiterung und Ausbau psychodynamischer Studien und zum Teil als Ergebnis der Entwicklung der standardisierten diagnostischen Verfahren zur Klassifizierung und Beschreibung von psychischen Erkrankungen konnten einige Berichte im letzten Jahrzehnt die Koexistenz einer Psychopathologie bei Drogenabhängigen dokumentieren. Einige dieser Forscher berichteten auch über Ergebnisse konventioneller psychiatrischer Behandlung inklusive Psychotherapie bei Drogenabhängigen. Obwohl die Ergebnisse dieser Studien bisher inkonsistent erfolgreich oder nicht überzeugend waren, implizieren sie genügend Material, um das Konzept zu unterstützen, das Drogenabhängigkeit mit einer koexistenten Psychopathologie assoziiert.

In einer placebokontrollierten Studie behandelten Woody et al. (1975) eine Reihe Opiatabhängiger mit dem Antidepressivum Doxepin

und dokumentierten eine signifikante Symptomreduzierung. Ihre Studie implizierte, daß diese Gruppe von Patienten unter einer ängstlichen Depression litt und nach der Remission der Depression durch die Therapie auch eine korrespondierende Reduzierung im Drogenkonsum und eine Verbesserung der gesamten Anpassung erfolgte. Diese Gruppe von Untersuchern (McLellan et al., 1979) berichtete auch über eine Querschnittstudie an von Psychostimulantien, Sedativa-Hypnotika oder Opiaten Abhängigen, wobei konstatiert wurde, daß Abhängige möglicherweise eine zugrundeliegende Psychopathologie selbst medizieren. Diese Studie implizierte, daß solche Individuen möglicherweise auf eine Anwendung von geeigneten Psychopharmaka gegen bestimmte phobische und depressive Symptome positiv reagieren könnten.

Dorus und Senay (1980), Weissmann et al. (1976) und Rounsaville et al. (1982a; 1982b) untersuchten größere Stichproben von Opiatabhängigen und dokumentierten unter Anwendung standardisierter diagnostischer Verfahren eine signifikante Inzidenz von schweren depressiven Störungen, Alkoholismus und antisozialen Persönlichkeiten. Rounsaville et al. (1982a; 1982b) schlossen daraus, daß die Ergebnisse konsistent mit klinischen Theorien von Wurmser und Khantzian sind, z.B. daß depressive Abhängige Opiate konsumieren als Versuch einer Selbstbehandlung gegen untragbare dysphorische Gefühle.

Bei einer Konferenz der New York Academy of Sciences über Opiate bei psychischen Störungen trugen Khantzian, Wurmser, McKenna, Berken, Millman, Vereby und andere ihre klinischen Ergebnisse und theoretischen Überlegungen vor, die eine Selbstmedikationshypothese bei Abhängigen unterstützen (Vereby, 1982). Die Sponsoren dieser Konferenz sowie die Teilnehmer besprachen die Rolle sowohl von exogenen Opiaten als auch Endorphinen bei der Regulierung von Gefühlen. Ein Ergebnis dieser Befunde war, daß das langwirkende Opiat Methadon möglicherweise ein effektives psychotropisches Agens in der Behandlung von schweren Psychosen sein könnte, speziell in Fällen, die refraktär gegen konventionelle Medikamente und deshalb mit Gewalt und Wutausbrüchen verbunden waren.

Treece und Nicholson (1980) publizierten unter Anwendung der diagnostischen Kriterien von DSM-III Ergebnisse, die einen Zusammenhang zwischen einigen Typen von Persönlichkeitsstörungen und der für die Stabilisierung notwendigen Methadon-Dosis implizierten. Sie untersuchten die gleiche Stichprobe und verglichen die Probanden mit hohem und die

mit niedrigem Beikonsum (zusätzlich zur verschriebenen Methadon-Dosis) und konnten zeigen, daß diejenigen mit hohem Beikonsum signifikant gestörter in der Qualität ihrer Objektbeziehungen waren als die mit niedrigem Beikonsum (Nicholson & Treece, 1981). Khantzian und Treece (im Druck) untersuchten 133 Opiatabhängige aus drei Stichproben (aus einem Methadonprogramm, einer Wohngruppe und einer Zufallsstichprobe auf der Straße) und dokumentierten unter Anwendung von DSM-III Depressionen bei über 60% der Untersuchten und eine Reihe von Persönlichkeitsstörungen (inklusive, aber nicht nur antisoziale Persönlichkeitsstörungen) bei über 65%. In einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose untersuchten wir auch die möglichen Zusammenhänge zwischen dem gestörten/störenden Verhalten von Abhängigen und dem schmerzvollen Affekt, unter dem Abhängige leiden, was sich auch in der Depressionsdiagnose widerspiegelt. Blatt et al. (1984) untersuchten ausführlich 99 Opiatabhängige mit dem Loewinger Sentence Completion, dem Bellak Ego Function Interview und dem Rorschach-Test in einem Vergleich mit normalen Probanden. Ihre Ergebnisse stützen zusätzlich die These, daß Opiatabhängige schwer an ihren interpersonellen Beziehungen und an der Affektbewältigung leiden. Die Autoren weisen darauf hin, daß Abhängige ihre Drogen in Zusammenhang mit ihrer Isolation und Zurückgezogenheit konsumieren.

In zwei methodisch exakten Studien (Rounsaville et al., 1983; Woody et al., 1983), die von der Hypothese eines Zusammenhanges zwischen Opiatabhängigkeit und Psychopathologie ausgehen, wurde die Effektivität von Psychotherapie im Hinblick auf die Psychopathologie und die vermutlich damit zusammenhängende Drogenabhängigkeit bei 72 und 110 Opiatabhängigen untersucht. Rounsaville et al. (1983) fanden keinen Hinweis, daß Psychotherapie in nennenswerter Weise den Behandlungsverlauf beeinflusste. Woody et al. (1983) dagegen zeigten, daß Abhängige nach einer Psychotherapie eine größere Stabilität vorweisen konnten als Abhängige, die nur eine Drogenberatung bekamen. Außerdem brauchten die mit Psychotherapie weniger Methadon und hatten einen niedrigeren Beikonsum.

Abschließend gibt es vorsichtig ausgeführte Studien aus den frühen siebziger Jahren, welche spezielle Fälle und Beispiele von drogenabhängigen Individuen dokumentieren, bei denen Zielsymptome und Psychopathologie erfolgreich mit psychotropen Substanzen behandelt wurden (Woody et al., 1975; Butterworth, 1971; Overall et al., 1973; Quitkin et al., 1972; Grawin, 1984).

Klinische Beobachtungen – Opiat- und Kokainabhängigkeit

Klinische Arbeiten mit Opiat- und Kokainabhängigen haben eindeutige Beweise erbracht, daß die ausgewählte Substanz keine Zufallswahl ist. Obwohl Abhängige mit multiplen Substanzen experimentieren, wird von den meisten nur eine davon bevorzugt. Weider und Kaplan (1969) nannten diesen Prozeß das „drug-of-choice-Phänomen“, Milkman und Frosch (1973) beschrieben es als den „bevorzugten Konsum von Drogen“, und ich (Khantzian, 1975) habe dies den „Selbstselektionsprozeß“ genannt. Ich glaube, daß die Berichte von Opiat- und Kokainabhängigen über ihre subjektiven Erfahrungen mit und Reaktionen auf diese Drogen sehr lehrreich sind. Sie geben uns einen Einblick in das Leid der Abhängigen, die überwältigenden Affekte, Beziehungen und Verhaltensstörungen und wie ein kurzfristiger Konsum der bevorzugten Droge ihnen bei dem Kampf gegen diese Störung hilft.

Opiatabhängigkeit

Obwohl Opiate benutzt werden, um eine Reihe menschlicher Probleme wie Schmerz, Streß und dysphorische Zustände zu bewältigen und zu überwinden (Khantzian et al., 1974), hat es mich beeindruckt, daß die antiaggressive und wuthemmende Wirkung der Opiate einer der Hauptgründe für ihre Anziehungskraft ist. Ich beziehe mich bei dieser Schlußfolgerung auf Beobachtungen von über 200 Abhängigen, deren Anamnesen lebenslange Schwierigkeiten mit Wut und Gewalt vor der Abhängigkeit vorwiesen, meistens gekoppelt mit extremer Aggression und Gewalt im frühen Familienleben und der Umwelt außerhalb des Hauses. Diese Erfahrungen sind einerseits die des Opfers und andererseits die des Täters von physischer Gewalt, Brutalität, gewaltsamen Streitereien und Sadismus. Im Verlauf der Evaluation und Behandlung der Patienten beschrieben sie häufig, wie Opiate ihnen halfen, sich normal, ruhig, cool, sanft und entspannt zu fühlen. Zusätzlich konnten Abhängige in Gruppentherapie beobachtet werden, deren Unruhe und Aggressivität, die sich vor allem in ihrer beschimpfenden und beleidigenden Benutzung von Obzönitäten zeigte, nach einer Stabilisierung mit Methadon nachließ (Khantzian, 1972; 1974; 1980; 1982). Beindruckend war auch, daß viele Opiatabhängige die wuthemmende Wirkung von Opiaten im Kontext von aggressiven Gefühlen bis hin zu mörderischen Ambitionen entdeckten, die durch Sedativa und Alkohol bei ihnen ausge-

löst wurden oder sich aufgrund von Amphetaminen oder Kokainkonsum manifestierten (Khantzian, 1979).

Fallbeschreibung 1:

Ein neunundzwanzig Jahre alter Ex-Verbrecher, aufgenommen auf einer geschlossenen psychiatrischen Station wegen zunehmender Unfähigkeit, seinen Alkohol- und Kokainkonsum zu kontrollieren, zeigte auf dramatische Art dieses spezielle Verhältnis zwischen Gewalt und Drogenkonsum und warum Opiate seine Droge der Wahl waren. Ich sah diesen Patienten bei der Visite an einem Tag, an dem er sehr erregt und ängstlich reagierte, als er mitbekam, wie eine stark gestörte Patientin gegurtet werden mußte. Ein aufmerksamer Mitarbeiter, der auch ehemaliger Verbrecher war, erkannte bei dem Patienten, daß diese Szene Panik und aggressive Reaktionen ausgelöst hatte, ähnlich denen, die er erfahren hatte, als er im Gefängnis von den Wachen wegen seiner Aggressivität angegriffen wurde. Als ich ihn ansprach, war ich überrascht über seine Zurückhaltung. Ich sagte ihm, daß ich seinen Drogen-Alkohol-Konsum verstehen wolle, um zu erfassen, ob diese Station OK (sicher) für ihn war. Er entschuldigte sich sofort für seine Überreaktion bei der gegurteten Patientin und erklärte, wie sehr dies ihn an seine Gefängniserfahrungen erinnert hatte. Sein Alkohol- und Kokainkonsum führe zunehmend zu unkontrollierten Ausbrüchen von verbal angreifendem Verhalten, was als Konsequenz eine zunehmende Tendenz des Opiatkonsums zur Beruhigung seiner aggressiven Reaktionen erfordere.

Er bekannte sich offen zu vergangenem gewalttätigem Verhalten, meistens mit Messerstechereien, wenn er sich bedroht, provoziert oder eingeschüchtert fühlte. Er kam immer wieder zurück auf die Konfrontation und Gurtung der Patientin, entschuldigte sich für seine Reaktion, erklärte aber auch, wie destabilisierend und bedrohlich dies für ihn sei. Er sagte, daß es eine Zeit gegeben habe, wo Angriff in so einer Situation der Reflex gewesen wäre, aber er wolle mir und dem Personal versichern, daß er wirklich verstehen würde, warum wir so vorgehen müßten. Er schien dafür zu plädieren, bleiben zu können, und wollte Hilfe für sein Alkohol- und Drogenproblem. Eine Nachfrage zu seinem Drogenkonsum und seine Wirkung auf ihn zeigte, daß er Opiate bevorzugte, so sehr, daß er wußte, daß er sie vermeiden sollte. (Er erklärte, daß er zu viele Leute kennen würde, die hoffnungslos abhängig geworden seien oder wegen Opiaten gestorben waren.) Alkohol oder Stimulantien könnten dagegen gewalttätige Ausbrüche erzeugen, erklärte er, so daß er mit Opiaten – und alle wurden korrekt genannt – solche Reaktionen kontrollieren oder ihnen entgegensteuern müsse. Die einzige Person, auf die er sich verlassen könnte, wäre seine Mutter, aber sie sei sehr krank und im Krankenhaus. Er habe sehr unter dem Alkoholismus

des Vaters gelitten, unter der dazugehörigen Gewalt und dem frühzeitigen Tode (alkoholische Komplikationen), als der Patient in der Pubertät war. Die Nicht-Verfügbarkeit und der frühe Tod des Vaters ließen ihn ohne Orientierung und Supervision. Mit Bitterkeit lamentierte er, daß ein fünf Jahre älterer Bruder für ihn „nutzlos“ gewesen sei für eine Orientierung darüber, wie er seinen Drogen- und Alkoholkonsum oder sein impulsives und aggressives Verhalten kontrollieren könne.

Sowohl seine Beschreibung der gewalttätigen Seite vor und während des Gefängnisaufenthaltes als auch die Bestätigung durch den Mitarbeiter, der auf das Verhalten aufmerksam geworden war, waren erschreckend und überzeugend zugleich. Ebenso detailliert war seine Beschreibung der vielen Angriffe durch sadistische Gefängniswächter und andere Insassen. Was deutlich wurde, egal ob er Täter oder Opfer war, die Gewalt war ein sich wiederholender und normaler Teil seines Erwachsenenlebens. Ich habe daraus geschlossen (Khantzian, 1980; 1982), daß solche Individuen die Wirkung von Opiaten begrüßen, da sie unkontrollierte Aggression dämpfen und die Bedrohung von sowohl innerer psychologischer Desorganisation als auch externer Gegenaggression u.a. bekämpfen, Ängste, die nicht selten sind bei Menschen, die mit Wut- und Gewaltimpulsen kämpfen. Die Erkenntnis, daß Opiate die desorganisierenden und fragmentierenden Wirkungen von Wut und Aggression erleichtern und umdrehen, ist nicht begrenzt auf Individuen, die aus einem depravierten, extremen und offen gewalttätigen Zuhause kommen.

Fallbeschreibung 2:

Ein erfolgreicher 35 Jahre alter Arzt beschreibt, wie defensiv und verächtlich er seit dem frühen Erwachsenenalter geworden sei, als Konsequenz der unsensiblen Mutter und der geringschätzigen Meinung des Vaters gegenüber ihm und seiner Familie, trotz des signifikanten Wohlstandes. Er wurde opiatabhängig, als die Abwehr gegen seine Selbstunsicherheit im Kontext einiger enttäuschender Beziehungen mit Frauen und durch viel Streß und Frust bei der Arbeit mit schwerkranken Patienten nachließ. Mehr als alles andere spürte er die beruhigende Wirkung dieser Drogen auf seinen bitteren Ärger und die zunehmende Wut. Diese Wirkung der Substanz hob sein Selbstwertgefühl und half ihm paradoxerweise dabei, aktiv und konzentriert bei der Arbeit zu bleiben.

Ich habe ähnliche Patienten aus privilegierten Schichten beschrieben (Khantzian, 1979; 1982), wo sadistische und unverantwortliche Eltern eine Prädisposition zu Gefühlen von Wut und

Gewalt gegen sich selbst und andere verstärkten.

Kokainabhängigkeit

Von einer psychodynamischen Perspektive her haben einige Untersucher über die Anziehungskraft von Stimulanzien und vor allem Kokain spekuliert. Für einige Patienten sind die erregenden Wirkungen dieser Drogen unwiderstehlich, da sie ihnen helfen, die bei Depressionen auftretende Müdigkeit und Erschöpfung zu überwinden (Khantzian, 1975). In anderen Fällen führte der Konsum der Stimulanzien zu einem erhöhten Gefühl von Zuversicht, Selbstwertgefühl und Frustrationstoleranz (Wieder & Kaplan, 1969) und zur Vermeidung von Gefühlen wie Langeweile und Leere (Wurmser, 1974). Ich habe festgestellt, daß einige Individuen Kokain konsumieren, um „einen hyperaktiven, unruhigen Lebensstil und ein übertriebenes Bedürfnis an Selbstsuffizienz zu erhöhen“ (Khantzian, 1979, S. 100). Spotts und Shontz (1977) untersuchten ausführlich die Merkmale von neun repräsentativen Kokainabhängigen und dokumentierten Ergebnisse, die größtenteils konsistent sind mit den psychodynamischen Beschreibungen von Personen, die kokainabhängig sind.

Wir haben einige Faktoren aus einer psychiatrisch/diagnostischen Perspektive hervorgehoben, die eine Prädisposition für Individuen sein können, die kokainabhängig werden und bleiben (Khantzian et al., 1984; Khantzian & Khantzian, 1984):

- 1) vorherbestehende chronische Depressionen;
- 2) Depressionen durch Kokainabstinenz;
- 3) hyperaktives, unruhiges Syndrom oder Aufmerksamkeitsstörung;
- 4) Zykllothymie oder bipolare Störung. Leider existieren noch keine Studien mit größeren repräsentativen Stichproben von Kokainabhängigen, um diese Möglichkeiten zu untermauern.

Fallbeschreibung 3:

Ein dreißigjähriger Mann mit einer zehnjährigen Anamnese von multiple Drogenkonsum beschrieb die einmalig hebende Wirkung des Kokain, das seine bevorzugte Droge geworden war. Im Gegensatz zu einem andauernden Gefühl, nicht attraktiv, sozial und körperlich merkwürdig zu sein, welches sich bis in die Jugend zurückverfolgen ließ, hatte er entdeckt, daß Kokain „Power gab und glücklich machte. Es war angenehm euphorisch; ich konnte reden und mich erotisch fühlen“. Es zu spritzen intensivierte diese Gefühle, aber mehr als alles half ihm das Ko-

kain, sich keine Gedanken darüber zu machen, was andere Leute über ihn dachten.

Es ist beeindruckend, wie diese erregende und aktivierende Wirkung des Kokain solchen Leuten, die chronisch depressiv waren, dabei hilft, ihre Anergie zu überwinden, Aufgaben zu erledigen und besser mit anderen zu kommunizieren. Dies hat zur Konsequenz, daß sie eine vorübergehende Unterstützung des Selbstwertgefühls erfahren (37).

Fallbeschreibung 4:

Im Gegensatz dazu beschrieb ein vierzig Jahre alter Buchhalter eine gegenteilige, paradoxe Wirkung beim Kokainsniefen. Zunächst, als ich diesen Mann beurteilte, dachte ich, daß er die stimulierende Wirkung der Droge als einen Verstärker für seine übliche hyperaktive, expansive Art der Kommunikation benutzte. Er überzeugte mich aber vom Gegenteil, als er mir vormachte, wie er morgens die Droge einnahm und dann beruhigt durchatmete. Er beschrieb, wie er dann still sitzen konnte, sich auf seine Arbeit konzentrieren und sie auch bewältigen konnte.

Diese Fallbeschreibung, ein weiterer dramatischer und extremer Fall (Khantzian, 1983) und zwei andere Berichte (Khantzian et al., 1984; Khantzian & Khantzian, 1984) deuten darauf hin, daß Kokainabhängige sich möglicherweise gegen affektive und Verhaltensstörungen, inklusive schon bestehender oder daraus entstandener Aufmerksamkeitsdefizite bzw. hyperaktiver Störungen selbst medizieren. Der extreme Fall sprach sehr gut auf Methylphenidatbehandlung an. Ich habe erfolgreich mehrere andere Patienten mit Methylphenidat behandelt. Diese Patienten sind weitere Beweise zur Unterstützung einer Selbstmedikationshypothese für Drogenabhängigkeit. Zu diesem Zeitpunkt wäre es aber noch verfrüht, daraus zu schließen, welche Störung oder Störungen es sind, die Kokainabhängige selbst medizieren. Aber diese Einzelfälle und meine früheren klinischen Erfahrungen sprechen für mehrere Möglichkeiten. All diese Patienten haben gemeinsam lebenslange Schwierigkeiten mit impulsivem Verhalten, emotionaler Labilität, akuter und chronischer Dysphorie (inklusive akuter Depressionen) und Störungen des Selbstwertgefühls vor dem Kokainkonsum. Alle Patienten empfanden eine Erleichterung der Dysphorie und Stärkung des Selbstwertgefühls durch Kokain; sie erfuhren auch erhöhte Aufmerksamkeit, die zu einer verbesserten Beziehungsinteraktion mit besserer, zielgerichteter Aktivität und höherer Kapazität für ihre Arbeit führte. Die Substitution des stabileren, länger wirkenden, stimulierenden Methylphe-

nidat gab mir die Möglichkeit, diese Patienten klinisch zu beobachten und die stabilisierende Wirkung der Stimulanzien zu bestätigen.

Zusammenfassung

Es gibt mit Sicherheit andere Erklärungen für Sucht, jedoch ist das Selbstmedikationsmotiv eine durchaus nachvollziehbare Erklärung für Überkonsum von Drogen und Drogenabhängigkeit. Klinische Ergebnisse auf einer psychoanalytischen Basis komplementieren und sind konsistent mit diagnostischen und Therapiestudien, die diese Hypothese unterstützen, welche ermöglichen könnte, daß Forscher und Kliniker Suchtverhalten besser verstehen und behandeln. Statt nur Flucht, Euphorie oder Selbstzerstörung zu suchen, versuchen Abhängige, sich aufgrund einer Reihe von psychiatrischen Problemen und schmerzvollen emotionalen Phasen selbst zu medizieren. Obwohl die meisten dieser Selbstbehandlungsversuche wegen der Risiken und Komplikationen eines langdauernden instabilen Drogenkonsums letztendlich versagen, erfahren Abhängige, daß die Kurzzeitwirkung der von ihnen ausgewählten Drogen ihnen hilft, mit streßvollen subjektiven Phasen und einer externen Realität, die als nicht handhabbar und übermächtig empfunden wird, umzugehen. Ich glaube, daß die Perspektive, die durch die Selbstmedikationshypothese geliefert wird, es mir und anderen erlaubt hat, die Natur des compulsiven Drogenkonsums besser zu verstehen und eine nützliche Erklärung in der Überlegung hinsichtlich alternativer Behandlungen geboten hat. Der heuristische Wert dieser Hypothese könnte uns auch helfen, effektiver die Kokainabhängigkeit zu verstehen und zu behandeln.

Literatur

- Blatt, S. J., Berman W., Bloom-Feshback, S. et al. (1984): Psychological assessment of psychopathology in opiate addicts. *J Nerv Ment Dis*, 172, 156-165.
- Butterworth, A. T. (1971): Depression associated with alcohol withdrawal: imipramine therapy compared with placebo. *Q J Stud Alcohol*, 32, 343-348.
- Chein, I., Gerard, D. L., Lee, R. S. et al. (1964): *The Road to H: Narcotics, Delinquency, and Social Policy*. New York: Basic Books.
- Dorus, W., Senay, E. C. (1980): Depression, demographic dimension, and drug abuse. *Am M Psychiatry*, 137, 699-704.
- Gawin, F. H., Kleber, H. D. (1984): Cocaine abuse treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 41, 903-908.
- Gerard, D. L., Kornetsky, C. (1954): Adolescent opiate addiction: a case study. *Psychiatr Q*, 28, 367-380.
- Gerard, D. L., Kornetsky, C. (1955): Adolescent opiate addiction: a study of control and addict subjects. *Psychiatr Q*, 29, 457-486.
- Khantzian, E. J. (1972): A preliminary dynamic formulation of the psychopharmacologic action of methadon. In: *Proceedings of the Fourth National Methadone Conference, San Francisco, 1972*. New York, National Association for the Prevention of Addiction to Narcotics.
- Khantzian E. J. (1974): Opiate addiction: a critique of theory and some implications for treatment. *Am J Psychother*, 28, 59-70.
- Khantzian, E. J. (1975): Self selection and progression in drug dependence. *Psychiatry Digest*, 10, 19-22.
- Khantzian, E. J. (1979): Impulse problems in addiction, cause and effect relationships. In: H. Wishnie (Hrsg.), *Working with the Impulsive Person*. New York: Plenum.
- Khantzian E. J. (1980): An ego-self theory of substance dependence: a contemporary psychoanalytic perspective. In: D. J. Lettieri, M. Sayers, H. W. Pearson (Hrsg.), *Theories on Drug Abuse: NIDA Research Monograph 30*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Khantzian, E. J. (1982): Psychological (structural) vulnerabilities and the specific appeal of narcotics. *Ann NY Acad Sci*, 398, 24-32.
- Khantzian, E. J. (1983): An extreme case of cocaine dependence and marked improvement with methylphenidate treatment. *Am J Psychiatry*, 140, 784-785.
- Khantzian, E. J., Gawin, F., Kleber, H. D. et al. (1984): Methylphenidate treatment of cocaine dependence – a preliminary report. *J Substance Abuse Treatment*, 1, 107-112.

- Khantzian, E. J., Khantzian, N. J. (1984): Cocaine addiction: is there a psychological predisposition? *Psychiatric Annals*, 14 (10), 753-759.
- Khantzian, E. J., Mack, J. E., Schatzberg, A. F. (1974): Heroin use as an attempt to cope: clinical observations. *Am J Psychiatry*, 131, 160-164.
- Khantzian E. J., Treece, C. (1977): Psychodynamics of drug dependence: an overview. In: J. D. Blaine, D. A. Julius (Hrsg.), *Psychodynamics of Drug Dependence: NIDA Research Monograph 12*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Khantzian, E. J., Treece, C. (im Druck): DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: recent findings. *Arch Gen Psychiatry*.
- Krystal, H., Raskin, H. A. (1970): *Drug Dependence: Aspects of Ego Functions*. Detroit: Wayne State University Press.
- McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. (1979): Development of psychiatric illness in drug abusers. *N Engl J Med*, 201, 1310-1314.
- Milkman, H., Frosch, W. A. (1973): On the preferential abuse of heroine and amphetamine. *J Nerv Ment Dis*, 156, 242-248.
- Nicholson, B., Treece, C. (1981): Object relations and differential treatment response to methadone maintenance. *J Nerv Ment Dis*, 169, 424-429.
- Overall, J. E., Brown, D., Williams, J. D. et al. (1973): Drug treatment of anxiety and depression in detoxified alcoholic patients. *Arch Gen Psychiatry*, 29, 218-221.
- Quitkin, F. M., Rifkin, A., Kaplan, J. et al. (1972): Phobic anxiety syndrome complicated by drug dependence and addiction. *Arch Gen Psychiatry*, 27, 159-162.
- Radford, P., Wiseberg, S., Yorke, C. (1972): A study of „main line“ heroin addiction. *Psychoanal Study Child*, 27, 156-180.
- Rounsaville, B. J., Weissman, M. M., Kleber, H. et al. (1982a): Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry*, 39, 161-166.
- Rounsaville, B. J., Weissmann, M. M., Crits-Crispoph, K. et al. (1982b): Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts: course and relationship to treatment outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 39, 151-156.
- Rounsaville, B. J., Glazer, W., Wilber, C. H. et al. (1983): Short-term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 629-636.
- Spotts, J. V., Shontz, F. C. (1977): *The Life Styles of Nine American Cocaine Users*. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse.
- Treece, C., Nicholson, B. (1980): DSM-III personality type and dose levels in methadone maintenance patients. *J Nerv Ment Dis*, 168, 621-628.
- Vereby, K. (Hrsg.) (1982): Opioids in Mental Illness – Theories, Clinical Observations, and Treatment Possibilities. *Ann NY Acad Sci*, 398, 1-512.
- Weissmann, M. M., Slobetz, F., Prusoff, B. et al. (1976): Clinical depression among narcotic addicts maintained on methadone in the community. *Am J Psychiatry*, 133, 1434-1438.
- Wieder, H., Kaplan, E. H. (1969): Drug use in adolescents: psychodynamic meaning and pharmacogenic effect. *Psychoanal Study Child*, 24, 399-431.
- Woody, G. E., O'Brien, C. P., Rickels, K. (1975): Depression and anxiety in heroin addicts: a placebo-controlled study of doxepin in combination with methadone. *Am J Psychiatry*, 132, 447-450.
- Woody, G. E., Luborsky, L., McLellan, A. T. et al. (1983): Psychotherapy for opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 639-645.
- Wurmser, L. (1972): Methadone and the craving for narcotics: observations of patients on methadone maintenance in psychotherapy. In: *Proceedings of the Fourth National Methadone Conference, San Francisco, 1972*. New York: National Association for the Prevention of Addiction to Narcotics.
- Wurmser, L. (1974): Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *J Am Psychoanal. Assoc.*, 22, 820-843.

Edward John Khantzian, M.D.
Clinical Professor of Psychiatry

Kognitive Verhaltenstherapie und Sucht*

Monika Vogelgesang

Einleitung

Die kognitive Verhaltenstherapie bildet in vielen Kliniken und ambulanten Einrichtungen einen wesentlichen Bestandteil der Entwöhnungstherapie. Diese wird in Deutschland mit sehr guten Erfolgen hinsichtlich der Erreichung einer dauerhaften Suchtmittelabstinenz durchgeführt. Missel et al. (2013) teilen mit, dass die Katamneseuntersuchungen des Fachverbands Sucht, der mit ca. 14.000 Fällen jährlich etwa ein Viertel aller Entwöhnungen in Deutschland mit Einjahresnachbefragungen evaluiert, eine Abstinenzquote von ca. 60% ergeben. Mit der nachhaltigen Abstinenz einher gehen in der Regel ein Gewinn an Lebensfreude, eine Herstellung positiver sozialer Kontakte, insbesondere bessere familiäre Beziehungen, verbesserte Chancen auf eine berufliche Wiedereingliederung, körperliche Erholung sowie ggf. eine Rückbildung von suchtassoziierten körperlichen Erkrankungen.

Sucht entsteht durch das komplexe Zusammenwirken körperlicher, seelischer und sozialer Faktoren.

Im Zentrum der kognitiven Theorie der Sucht steht die Beobachtung der Auswirkungen, die gedankliche Einstellungen auf abhängigkeitskorrelierte Gefühle und Handlungen haben. Der „therapeutische Hebel“ setzt an der Veränderung dieser Gedanken an, um hierdurch sekundär Emotionen und Handeln zu modifizieren. Dieser konzeptuelle Hintergrund sollte nicht aus den Augen verloren werden, wenn der Begriff der „kognitiven Umstrukturierung“ gebraucht wird. Der kognitive Ansatz sieht durchaus die Bedeutung des Fühlens und Handelns, er operiert nicht in einem rein kognitiven Kosmos, wobei alles andere als nebensächlich eingestuft wird. Vielmehr betont die kognitive Theorie lediglich die zentrale Stellung, die dem Denken bei der Entstehung von

Emotionen und Aktionen zukommt. Auch sind die Kognitionen wesentlich einfacher als die Emotionen einer direkten Einflussnahme zugänglich. Demzufolge bilden Vorgehensweisen, die auf die Veränderung des Denkens bezogen sind, den wichtigsten Therapiebestandteil, jedoch nicht nur um der Kognitionen willen, sondern um hierdurch mittelbar auch Gefühle und Handeln zu beeinflussen.

Der Hauptansatzpunkt der kognitiven Therapie der Sucht ist dementsprechend die Motivierung und Anleitung des Betroffenen, eine Veränderung der subjektiven Bedeutungsgeburgen vorzunehmen, damit so eine bessere Anpassung an die Realität erfolgen kann. Ist dieser wesentliche Schritt getan, können hierauf aufbauend Veränderungen der Gefühle und des Verhaltens in Richtung einer zufriedenen Abstinenz vorgenommen werden.

Kognitives Modell des Suchtverhaltens

Schon früh in der individuellen Entwicklung bilden sich zeitüberdauernde Grundüberzeugungen über die eigene Person und die Welt. So können frühe Erfahrungen des Verlustes oder der Ausgrenzung zu der Überzeugung führen: „Ich bin alleine, niemand möchte mit mir zu tun haben.“ Ein misshandeltes Kind kommt evtl. zu den Grundannahmen: „Ich bin nicht liebenswert“, bzw. „Ich bin hilflos“ oder auch „Alle sind gegen mich“.

Diese in der frühen Entwicklung entstandenen Grundüberzeugungen bilden ein Interpretationsschema zum subjektiven Verständnis der weiteren Lebensereignisse. Auf dieser Basis steuern sie die Emotionen und, damit in Verbindung stehend, die Handlungen der Personen. So wird ein Mensch mit der Grundüberzeugung „Ich bin alleine“ es möglicherweise als

* Dieser Beitrag basiert in wesentlichen Teilen auf dem Kapitel „Das kognitive Modell der Sucht“ von M. Vogelgesang, in: Psychotherapie der Sucht (2010), Seite 48-51, herausgegeben von M. Vogelgesang und P. Schuhler, erschienen bei Pabst Science Publishers, Lengerich.

überdurchschnittlich belastend finden, wenn niemand während einer Diskussion seine Meinung teilt. Die Einsamkeitserfahrungen seiner Kindheit können in diesem Zusammenhang wieder lebendig werden. Hierdurch können bezüglich der real vorliegenden Situation unangepasste Gefühle der Einsamkeit und des Allein-gelassenseins auftreten.

Vor diesem Hintergrund kann es dann zu Verhaltensweisen kommen, die für den Außenstehenden nicht nachvollziehbar sind oder zumindest stark überzogen wirken (wie z.B. zu weinen) oder auch zu unangemessen aggressiven Äußerungen bzw. zu der Flucht in den vermeintlichen Trost durch Alkohol.

Eine Situation kann also zum Risiko für die Einnahme von Suchtmitteln werden, wenn durch sie Grundüberzeugungen wachgerufen werden, die sich im Rahmen von schmerzlichen Erfahrungen in der Kindheit (oder Jugend) herausgebildet hatten und umgekehrt dann auch im Erwachsenenleben ähnliche Gefühlszustände hervorrufen können. Diese sind so unangenehm, dass der Betroffene bestrebt ist, sie möglichst schnell zu überwinden. In diesem Zusammenhang treten dann suchtmittelbezogene automatische Gedanken auf, wie z.B.: „Alkohol ist der einzige wahre Freund“ bei einer Person mit Einsamkeitsproblematik. Diese automatischen Gedanken lösen Verlangen nach der Suchtmittelleinnahme aus, parallel dazu werden erlaubnisgebende Gedanken aktiviert, wie z.B. „Du bist den anderen sowieso egal, dann kannst du dich ja auch betrinken“. Diese Gedanken steigern das suchtmittelbezogene Verlangen. Gedanken und Verlangen führen dazu, dass Handlungspläne zur Suchtmittelbeschaffung und zu deren Einnahme entworfen werden, die dann schlussendlich zu dem Suchtmittelkonsum führen.

Kurzfristig führt dieses Verhalten zur Erleichterung: Die zuvor wieder lebendig gewordenen, von schmerzlichen Gefühlen begleiteten Grundüberzeugungen verblassen, möglicherweise stellt sich sogar vorübergehend ein Glücksgefühl ein und das Erleben dessen, was schmerzlich entbehrt wurde (in dem obigen Fall also möglicherweise Wärme, Trost und Geborgenheit). Diese als äußerst positiv erlebte Erfahrung der schnellen Umwandlung eines sehr unangenehmen Zustandes in eine diesem völlig entgegengesetzte Verfassung gräbt sich tief in die Erinnerung ein und wird im Rückblick immer wieder durchgespielt. Zumindest in ähnlichen Situationen wird, wegen der positiven Wirkungserinnerung und damit im Zusammenhang stehend, der positiven Wirkungserwartung, ein erneuter Suchtmittelkonsum noch wahrscheinlicher.

Selbstverständlich hat dieser auch negative Folgen, dies spürt der Betroffene jedoch erst nach dem Abklingen der kurzfristig als positiv erlebten Wirkungen: So sinken z.B. das Selbstwertgefühl sowie die Überzeugung, selbst das eigene Schicksal in die Hand nehmen und verändern zu können, denn es wurde nichts sinnvoll Zielgerichtetes dafür getan, die ursächlichen Schwierigkeiten zu beheben. Weiterhin entstehen mit der Zeit eine Gewöhnung an das Suchtmittel, soziale und körperliche Folgeprobleme und Entzugserscheinungen, die zum erneuten Suchtmittelkonsum nötigen. Nach den kurzfristig als positiv erlebten Folgen werden mittel- und langfristig erneute Risikosituationen bewirkt. Gleichzeitig lässt die Fähigkeit des Betroffenen nach diese ohne die Einnahme von Suchtmitteln zu meistern. Problemlösefähigkeiten nehmen ab. Es wird immer weniger versucht, der Suchtmittelleinnahme Kontrollstrategien entgegenzusetzen, so schraubt sich die Spirale der Suchtmittelleinnahme immer weiter.

Interessanterweise werden die beschriebenen negativen Folgen im Nachhinein als Erinnerung kaum abgerufen. Aufgrund dieser Vermeidungsstrategie entfalten sie auch keine nennenswerte präventive Wirksamkeit hinsichtlich der Verhinderung einer erneuten Suchtmittelleinnahme. Im Gegenteil, jedmögliche negative Emotion bewirkt den Wunsch nach schneller Verbesserung des psychischen Zustandes durch erneuten Einsatz des Suchtmittels.

Über die geschilderten Mechanismen hinausgehend können bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Substanzabhängigkeit auch noch andere Risikofaktoren eine Rolle spielen, wie z.B. das Modelllernen am Beispiel substanzabhängiger Bezugspersonen, primär positive Wirkungserwartungen, mangelnde Impulskontrolle, mangelnde Fähigkeit, sich soziale Unterstützung zu holen, und geringe Frustrationstoleranz.

Wesentliche Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie bei Suchterkrankungen

Unter Berücksichtigung der dargestellten Risikofaktoren setzt die kognitive Verhaltenstherapie der Sucht bei allen Punkten der oben beschriebenen Abläufe an. Über eine Veränderung der individuellen gedanklichen Bedeutungsgebungen soll den Betroffenen mehr Handlungskontrolle hinsichtlich der Verhinderung des Suchtmittelkonsums ermöglicht werden. Es können maßgebliche Hilfestellungen in Richtung einer zufriedenen Suchtmittelabstinenz

gegeben werden, jedoch keine Patentrezepte zur länger als kurzfristigen Aufrechterhaltung eines sogenannten „kontrollierten“ Trinkens, es sei denn, die Schwelle zur Substanzabhängigkeit war noch nicht überschritten und es lag bislang lediglich ein riskanter oder schädlicher Gebrauch vor. Da diese Darstellung sich jedoch auf die voll ausgebildete Sucht (Abhängigkeitsyndrom nach ICD-10, WHO, 1994) bezieht, sind die Vorgehensweisen bei riskantem oder schädlichem Gebrauch hier kein Thema.

Im Folgenden werden Grundelemente der kognitiven Verhaltenstherapie der Sucht übersichtsartig aufgeführt. Manche sind durchgängige Therapiebestandteile, andere überlappen sich ggf. passager. Je nach auftretenden Schwierigkeiten bezüglich der Zielerreichung muss immer wieder auch auf vorangegangene Therapieschritte zurückgekommen werden, deshalb ist die dargestellte Reihenfolge nur bedingt als Wiedergabe einer zeitlichen Abfolge während der Therapie zu verstehen.

Positive therapeutische Beziehung

Selbst die aufwändigsten Behandlungsmethoden wären erfolglos, wenn der Patient aufgrund eines mangelnden Vertrauens zu seinem Therapeuten nicht engagiert mitarbeiten würde. D.h. ohne die überzeugende Vermittlung von positiver Wertschätzung, ohne menschliches Einfühlungsvermögen und Vertrauenswürdigkeit wäre die kognitive Verhaltenstherapie eines wesentlichen Wirkfaktors beraubt. Nach Beck et al. (1997) entspräche es keinesfalls ihrer Konzeption, auf ihren rein technischen Aspekt reduziert zu werden.

Die therapeutische Beziehung beinhaltet immer auch die Chance einer neuen positiven sozialen Lernerfahrung. Hierbei sollte der Therapeut als positives Modell für zwischenmenschlichen Respekt, für Hilfe und Echtheit stehen. Durch das Feedback, das der Therapeut dem Patienten auf der Beziehungsebene gibt, lernt der Patient etwas über die Regeln eines positiven menschlichen Miteinanders. Die Bedeutungsgebung, die der Patient dem jeweiligen Therapeutenverhalten beimisst, muss immer wieder erfragt und diskutiert werden. Hierin liegt die Chance, aktuelle fehlangepasste Gedanken (wie z.B. „Durch die Alkoholkontrollen will der mich ja nur klein machen“) aufzudecken, auf ihre Verhaltenswirksamkeit hin zu untersuchen (hier z.B. den Impuls, die Therapie sofort zu beenden) und sie nach Möglichkeit zu verändern. Eine alternative Kognition könnte dann z.B. wie folgt lauten: „Der Therapeut, der

sich blind auf die Beteuerung eines Patienten verlässt, dass dieser nichts getrunken habe, ist ja naiv. Ein naiver Therapeut nutzt mir nichts. Durch den Alco-Test kann ich meine Abstinenz beweisen.“

An diesem Beispiel wird deutlich, dass die Arbeit an der therapeutischen Beziehung sehr gut mit den Grundelementen der kognitiven Therapie durchgeführt werden kann und muss. Suchtpatienten kommen häufig aus einer anderen Schicht, meist aus einer anderen Lebenswelt als der Therapeut. Sie haben völlig andere soziale Lernerfahrungen als dieser gemacht, sehen in ihm evtl. den Repräsentanten eines feindlichen Systems oder einen weltfremden Theoretiker. Sie machen aus Misstrauen, Angst, Scham oder sogar krimineller Verstrickung falsche bzw. unvollständige Angaben bezüglich ihrer Vorgeschichte. Suchtpatienten kommen fast nie gerne und nicht selten fremdmotiviert zur Therapie, sie gelten gemeinhin als schwierige Patienten. Alle diese Punkte führen dazu, dass viele Therapeuten nicht gerade bevorzugt mit ihnen arbeiten.

Es ist für den Therapeuten unabdingbar, immer wieder die eigenen Ansichten bezüglich der Therapie mit Suchtkranken zu überprüfen und ggf. zu verändern.

Darüber hinausgehend ist es notwendig, die Vorurteile der Patienten gegen die Therapie zu kennen und zum Therapiegegenstand zu machen. Gelingt dies, so ist schon ein die kognitive Therapie charakterisierender, wichtiger Schritt zum Beziehungsaufbau getan.

Wissensvermittlung

Die Vermittlung von Wissen bildet durchgängig ein wesentliches Therapieelement in der kognitiven Verhaltenstherapie der Sucht. Dabei gilt das Grundprinzip, dass der Patient nicht nur umfassend über alle relevanten medizinisch-psychologischen Fakten, die ihm helfen, seine Störung zu verstehen, informiert wird, sondern dass er auch ausreichende Kenntnisse über den kognitiven Therapieansatz selbst und die jeweils eingesetzten Techniken vermittelt bekommt. Die kognitive Therapie kann nur bei einem Patienten zum Erfolg führen, der dazu befähigt wird, therapierelevantes Wissen zu erwerben und dieses dann auch aktiv umzusetzen.

Die notwendige Wissensvermittlung ist eine sehr anspruchsvolle Aufgabe für den Therapeuten, denn er muss deren Art und Umfang jeweils an die intellektuellen und persönlichkeitsbezogenen Fähigkeiten seiner Patienten sowie auch die situativen Gegebenheiten an-

passen. Keinesfalls ist die kognitive Therapie nur für begabte Patienten konzipiert.

Rückfragen und die Bitte an den Patienten, das Gehörte zusammenzufassen, geben ein Feedback darüber, wie viel der Information bei dem Patienten „angekommen“ ist. Ganz wesentlich ist die Übertragung des neu erworbenen Wissens auf die Handlungsebene, meistens durch „Hausaufgaben“.

Zielorientierung

Frühzeitig ist mit dem Patienten abzuklären, was dessen Ziele bezüglich der Therapiemaßnahme sind. In diesem Zuge sollte auch der Therapeut seine Zielvorstellungen offenlegen und ggf. den Patienten bezüglich des Wunsches nach der Erreichung relevanter, von ihm bislang nicht abgestrebter, Ziele motivieren. Meist wird man sich auch bei vorliegenden Differenzen auf von beiden gleichermaßen gültige Ziele einigen können. Dieses Vorgehen reduziert Misstrauen, schafft Klarheit und bildet die Grundlage für ein kooperatives Arbeitsbündnis, bei dem alle Beteiligten an einem Strang und in die gleiche Richtung ziehen.

Die Formulierung von Zielen beinhaltet die Zuversicht bezüglich deren Erreichbarkeit. Somit geht von ihnen für den Patienten, der häufig schon alle Hoffnung auf Besserung aufgegeben hatte, eine nicht zu unterschätzende Ermutigung aus. Die Zielorientierung bringt Verbindlichkeit in das therapeutische Gespräch, dient als Richtschnur und stellt ein wesentliches Beurteilungs- und Strukturierungselement dar. Ansonsten unverbunden nebeneinanderstehende Vorgehensweisen werden durch das gemeinsame Ziel integriert. Ohne eine ständige Bezugnahme auf das letztendlich Wesentliche besteht gerade bei Suchtkranken die Gefahr, dass die Therapiesitzungen vor dem Hintergrund eines chaotischen Denk- und Lebensstiles von ständig wechselnden, vordergründig dominanten, jedoch letztendlich nur wenig relevanten Themen beherrscht werden.

Es empfiehlt sich eine Hierarchisierung der Ziele. Hierdurch lernt der Patient Probleme schrittweise anzugehen. Wenn er sich mit einem Thema beschäftigt, kann er dies in Ruhe tun vor dem Hintergrund des Wissens, dass danach auch an der Erreichung eines anderen, ihm wichtigen Zieles gearbeitet wird.

Therapieziele, die erreicht wurden, ermutigen den Patienten erheblich auf seinem Weg in Richtung einer dauerhaften, zufriedenen Abstinenz. Die Ziele sollten deshalb klar, konkret, verhaltensbezogen und auch vor dem Hintergrund der gegebenen Zeitperspektiven

realistisch erreichbar formuliert werden. Die Zielerreichung sollte vom Therapeuten deutlich gewürdigt werden. Im Bereich der Suchttherapie sollte das Therapieziel nicht ausschließlich die Suchtmittelabstinenz sein. Unterziele können in den verschiedensten bezüglich einer Suchtmittelleinnahme relevanten Lebensbereichen gefunden werden, wobei die jeweiligen Bezüge immer konkret herzustellen sind.

Strukturierung

Eine gute Strukturierung der Sitzung empfiehlt sich schon wegen der Notwendigkeit, die immer knapper bemessene Therapiezeit optimal zu nutzen. Hierdurch können eine Arbeitsatmosphäre hergestellt, eine Konzentration auf relevante Probleme erreicht, ein ständiges Abschweifen verhindert, sowie eine Kontinuität zwischen den Sitzungen hergestellt werden.

Die genaue Strukturierung liegt sicher im Ermessen des jeweiligen Therapeuten. Es gibt allerdings einige wesentliche Punkte, die immer Strukturierungselemente einer kognitiven Suchttherapiesitzung sein sollten:

1. *Gemeinsame Tagesordnungserstellung:* Nur triftige Gründe sollten von der Durchführung dieser gemeinsam festgelegten Strukturierung wegführen. Selbstmordgefährdung, fremdgefährdendes Verhalten sowie eine (drohende) Rückfälligkeit haben immer absoluten Vorrang, auch falls sich diese Punkte erst im Gesprächsverlauf ergeben. Das durch das aktuelle Problem hintangesetzte Thema sollte dabei neu terminiert werden.
2. *Feststellung der Befindlichkeit:* Hierzu gehört die Erfassung der momentanen Stimmungslage des Patienten sowie dessen derzeit vorliegendes Suchtmittelverlangen. Es empfiehlt sich, den Patienten sowohl Stimmung als auch Verlangen jeweils auf einer Skala angeben zu lassen, damit eine Vergleichbarkeit hergestellt werden kann.
3. *Bezugnahme zur letzten Sitzung und zu den letzten Hausaufgaben:* Eine Bezugnahme zur vorangegangenen Sitzung sowie eine Besprechung der Hausaufgaben sind für einen kontinuierlichen Therapieprozess und zur letztendlichen Zielerreichung unabdingbar.
4. *Durcharbeiten der festgelegten Therapie Schwerpunkte:* Hier kommen Vorgehensweisen zum Einsatz, die weiter unten näher dargestellt werden. Dieser Punkt sollte immer den zentralen und größten Teil der Therapie in Anspruch nehmen.
5. *Gemeinsame Festlegung von Hausaufgaben:* Wichtig ist, dass die Hausaufgaben gemein-

sam gestellt und diesbezügliche Vorurteile diskutiert bzw. mögliche Schwierigkeiten bei der Durchführung vorbesprochen werden.

6. *Abschließende Befindlichkeitserhebung/Rückmeldungen über die Therapiesitzungen:* Auch am Ende der Therapie sollen Stimmung und Suchtmittelbegehren kurz erhoben und skaliert werden. Bei vorliegender Selbstmordgefährdung oder hohem Suchtmittelverlangen müssen Notfallmaßnahmen zur Sicherheit des Patienten eingeleitet werden. Der Therapeut sollte sich immer dezidiert Rückmeldung verschaffen, wie die Therapie bei dem Patienten in emotionaler und kognitiver Hinsicht „angekommen“ ist. Selbstverständlich wird das therapeutische Vorgehen nicht hauptsächlich danach ausgerichtet, ob der Patient die jeweiligen Interventionen angenehm findet. Es ist jedoch notwendig, dass die Feedback-Informationen dem Therapeuten verfügbar sind und im Sinne der erforderlichen kooperativen Zusammenarbeit bei der Planung und Durchführung in der nächsten Therapiesitzung berücksichtigt werden.

Individuelles Fallkonzept

Eine zentrale Aufgabe für den Therapeuten stellt die Ableitung eines individuellen Fallkonzeptes dar. Hierzu ist es notwendig, die individuelle Lebens- und Lerngeschichte des Patienten zu erheben und das spezifische Bedingungsgefüge des pathologischen Verhaltens zu analysieren. Dabei sind insbesondere die einzelnen Elemente der kognitiven Abläufe so detailliert wie möglich zu erfassen und deren Auswirkungen auf Emotionen, Suchtmittelbegehren und Verhalten darzustellen. Die kognitive Theorie der Sucht geht zwar von einer generell gültigen, besonderen Wichtigkeit kognitiver Abläufe, nicht jedoch von einem uniformen, für jeden Betroffenen geltenden Verursachungsmodell der Abhängigkeit aus. Deshalb sind auch die Therapieinhalte nicht für jeden Abhängigen gleich, sondern resultieren spezifisch aus dem individuell erarbeiteten Fallkonzept. Folgende Fragen sind dabei zu beantworten:

- **Welche prägenden Sozialisationsfaktoren, Lernerfahrungen, Traumatisierungen liegen vor?** (z.B. soziale Randschicht, Hänseleien, früher Verlust von Bindungspersonen).
- **Welche „Überzeugungen und Regeln bildeten sich im Laufe der Lebens- und Lerngeschichte?** (z.B. „Ich bin nichts wert“, „Ich muss das tun, was andere von mir wollen, um von ihnen akzeptiert zu werden“, „Wenn ich mich nicht um jeden Preis anpasse, bin ich verloren“)
- **Was charakterisiert die Modellpersonen?** (z.B. Alkohol- und Drogeneinnahme in Verbindung mit männlichem Imponiergehabe bei bewunderten anderen Jugendlichen)
- **Welche biologisch-medizinischen Faktoren sind relevant für den Substanzkonsum?** (z.B. genetische Disposition, suchtbedingte Folgeerkrankungen, andere medizinische Faktoren).
- **Was sind die suchtbetragenen Risikosituationen als interne und externe Auslösesituationen?** (z.B. die Aufforderung von Angehörigen der Peer-Group, mit ihnen Suchtmittel einzunehmen).
- **Welche Grundannahmen und Regeln werden durch die Risikosituation aktiviert?** (z.B. „Eigentlich bin ich nichts wert, bin ich nicht liebenswert. Um von anderen dennoch gemocht zu werden, muss ich mich ihnen anpassen und tun, was sie von mir wollen“).
- **Welche Gefühle sind damit verbunden?** (z.B. Angst vor Demütigungen und Einsamkeit, Erfahrungen, die der Betroffene in seiner Lerngeschichte auf Grund seines Außenseiterstatus machen musste).
- **Was sind die dabei auftretenden suchtspezifischen Gedanken?** (z.B. „Wer nicht mittrinkt, gehört nicht dazu.“).
- **Wann tritt Suchtmittelverlangen in welcher Stärke auf?** (Skala von 0 bis 10).
- **Wie entwickelt sich das Suchtmittelverlangen im Laufe der kognitiven Abfolge weiter?** (z.B. deutliche Steigerung des Suchtmittelverlangens nach dem Auftreten der suchtspezifischen Gedanken „Wer nicht trinkt, gehört nicht dazu“).
- **Wie lauten die Erlaubnis erteilenden Gedanken?** (z.B. „Ich kann es nicht ertragen, wieder ausgestoßen zu werden, das wäre viel schlimmer als wieder etwas zu trinken“, das Suchtmittelbegehren erhöht sich parallel dazu beispielsweise auf 7).
- **Welches Handeln setzt nun zur Suchtmittelbeschaffung ein?** (z.B. es wird Geld geborgt, um Suchtmittel kaufen zu können o.Ä. Die begleitenden Gedanken sind nun rein auf die Suchtmittelbeschaffung und Einnahme konzentriert, alles Störende wird ausgeblendet).
- **Wie sind Art, Umfang und zeitliche Abfolge der Suchtmittelaufnahme?** (z.B. könnte zuerst ein kleines Bier, dann noch ein kleines Bier getrunken werden. Nun wird der

im Rahmen der Erlaubnis erteilenden Gedanken gemachte Vorsatz, nur wenig zu trinken, aufzugeben, dies führt zur Bestellung eines Bieres mit einem Schnaps, weiteres Trinken bis zum Vollrausch).

- **Was sind die kurzfristigen positiven Folgen der Suchtmittleinnahme im Bereich des Denkens, Fühlens und Handelns?** (z.B. die Ängste, nicht dazuzugehören, verschwinden, der Betroffene empfindet ein angenehmes Wir-Gefühl, er glaubt sich von den anderen angenommen und gemocht).
- **Was sind die mittel- und langfristigen Konsequenzen der Suchtmittleinnahme im Denken, Verhalten und Fühlen?** (Nach Abklingen der positiven Folgen stehen nach der Substanzeinnahme häufig Schuld- und Schamgefühle).
- **Welche Konsequenzen stellen auch im Sinne eines Teufelskreislaufes Risikosituationen für eine erneute Suchtmittleinnahme dar?** (z.B. fungiert das miserable Gefühl am Morgen nach einer alkoholrauschbedingten tätlichen Auseinandersetzung als Risikosituation, da durch die Vergegenwärtigung des sozial inakzeptablen Verhaltens des Vorabends die Grundüberzeugungen des Nichtdazugehörens sowie die Einstellung, diese Gefühle nicht ohne erneute Suchtmittleinnahme aushalten zu können, aktualisiert werden).

All diese erhobenen Faktoren müssen letztendlich in ein stimmiges, auch für den Patienten logisch nachvollziehbares, sinnvolles Ganzes integriert werden. Denn das Fallkonzept soll sich für den Therapeuten und den Patienten handlungsleitend auswirken.

Darüber hinausgehend entspricht eine nachvollziehbare Erklärung des bislang den Patienten chaotisch und unerklärbar, ja vielleicht sogar verrückt erscheinenden Erlebens und Handelns einem menschlichen Grundbedürfnis nach Verstehbarkeit. Hieraus resultiert eine Zunahme der Zuversicht, das Handeln auf Grund der Kenntnisse seiner zu Grunde liegenden Gesetzmäßigkeiten zukünftig besser steuern und kontrollieren zu können. Diese durch Verstehbarkeit entstandene Zunahme an Selbstvertrauen und interner Kontrollattribution wirkt sich im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung in vielen Fällen sehr positiv auf die weitere eigenbestimmte Lebensgestaltung aus.

Kognitive Umstrukturierung

Vor der Veränderung ist jedoch noch ein weiterer Schritt notwendig: Die Überprüfung der

Kognitionen auf ihre Gültigkeit, also ihre Bewertung. Erst wenn eine Übereinkunft darüber zwischen Therapeut und Patient besteht, dass bestimmte innere Bedeutungsgebungen unrichtig, irrational und nicht der Realität entsprechend sind, kann daran gearbeitet werden, diese kognitiven Fehlannahmen in Richtung einer besseren Realitätsanpassung zu verändern. Schließlich kann es notwendig sein, neben der Veränderung fehlangepasster Kognitionen weitere betont abstinenzorientierte Einstellungen zu installieren. Es ist ein ernst zu nehmender Irrglaube, dass nach eingetretenem Kontrollverlust ein kontrollierter Konsum im Bereich eines harmlosen Suchtmittelkonsums zu halten sei.

Im optimalen Fall bewirkt die kognitive Umstrukturierung Folgendes: Die geänderten Kognitionen wirken einem Aufsuchen von Suchtrisikosituationen entgegen. Da die Grundüberzeugungen modifiziert worden sind, stellen diese nun im Reaktivierungszustand keine Risiken für erneuten Suchtmittelkonsum mehr dar. Suchtbezogene Kognitionen werden durch abstinenzorientiertes Denken ersetzt. Abhängigkeitsrelevante automatische Gedanken werden erkannt und es werden ihnen abstinenzorientierte Kognitionen entgegengesetzt. Erlaubnis erteilende Gedanken bezüglich einer Suchtmittleinnahme werden zurückgewiesen und durch Selbstkontrollgedanken ersetzt. Planen und zielgerichtetes Handeln gehen nicht in Richtung von Suchtmittelbeschaffung und Konsum, sondern in Richtung eines Verlassens der Risikosituation, eines Aufsuchens von suchtmittleinnahmeinkompatiblen Situationen und der Ablenkung.

Jede Stufe der kognitiven Abläufe, die vor dem Suchtmittelkonsum stattfinden, bietet eine weitere Chance, durch ein abstinenzorientiertes Denken die Weichen im Sinne einer suchtbezogenen Deeskalation umzustellen. Selbst das Glas Bier in der Hand kann noch durch Veranlassung entsprechender internaler Kontrollkognitionen abgesetzt werden. Falls es doch zu einem Suchtmittelkonsum kommt, kann auch bei erfolgter Einnahme ein verändertes Denken zu einer schnelleren Beendigung des Konsums bzw. zu einer schnelleren Inanspruchnahme von Hilfsmöglichkeiten führen.

Neben der kognitiven Umstrukturierung bieten sich zur Verbesserung des Umgangs mit negativen Emotionen bzw. zum Aufbau von positiven Gefühlszuständen Entspannungs- und Genusstraining, der Aufbau von körperlicher Bewegung und Kreativität sowie eine Alltagsstrukturierung an. Hier kommen Interventionen zum Einsatz, die nach entsprechender Motivation direkt auf eine Verhaltensänderung

abzielen. Die Implementierung erfolgt häufig in Hausaufgabenform. Deren Ergebnisse werden immer wieder in die Therapie integriert. Der Patient soll verstehen können, warum er die entsprechenden Verhaltensänderungen durchführen soll und lernen, sich hierfür auch adäquat zu loben.

Rückfallprävention

Das kognitive Modell der Auslösung und Aufrechterhaltung von substanzbezogenem Abhängigkeitsverhalten lässt sich ebenso auf das Rückfallgeschehen anwenden (Petry, 1998). Die gesamte kognitive Suchttherapie ist im Wesentlichen auch eine Rückfallprophylaxe. Der Rückfall ist kein Tabu, über das nicht geredet werden darf. Er ist eine ganz individuell ausgestaltete, prinzipiell kontrollierbare, jedoch gefährliche und deshalb unerwünschte Handlung mit spontan recht hoher Auftretenswahrscheinlichkeit. Es gilt „dem Feind ins Auge zu blicken“ und möglichst viele Informationen über erfolgte bzw. Hypothesen über potentiell mögliche Rückfälle zu sammeln, um sich spezifisch und adäquat davor schützen zu können.

Eine Rückfallhandlung wird dann durchgeführt, wenn die rückfallbegünstigenden Faktoren und Kognitionen in ihrer subjektiven Bedeutsamkeit im Vergleich zu den abstinenzorientierten Faktoren und Kognitionen überwiegen. Wenn man davon ausgeht, dass immer beide Tendenzen bei einem Abhängigen vorliegen, so kann nachvollzogen werden, dass bei jeweils fast ähnlich starken Gewichtungen schon eine minimale Veränderung der Balance eine große Wirkung haben kann. Es zählen hierbei also auch scheinbare Kleinigkeiten, so z.B. auf den ersten Blick irrelevante Entscheidungen, die den Betroffenen, ohne dass er bewusst auf einen Rückfall zusteuern würde, in die Nähe von Risikosituationen manövrieren (z.B. Besuch eines Freundes, der Suchtmittel konsumiert, weil „Man sich da auch mal wieder blicken lassen muss“). Wenn der Betroffene seine individuellen Risikosituationen kennt, sollte er das Auftreten der Impulse, diese aufzusuchen, als Hinweise nehmen, seine Lebenssituation und sein Denken auf eine Tendenz zur Suchtmittelleinnahme zu überprüfen und ggf. Gegenmaßnahmen einzuleiten. Diesen Impulsen sollte auch dann widerstanden werden, wenn der Betroffene keine sonstigen Hinweise für eine drohende Rückfälligkeit bei sich entdecken kann.

Wichtig ist es, schon im Vorfeld zwischen einem kurzen Ausrutscher und einem voll

ausgebildeten Rückfall zu differenzieren. Dies wirkt dem rückfallbezogenen Alles-oder-Nichts-Denken entgegen. Ansonsten besteht die große Gefahr des Erlebens des Abstinenzverletzungseffektes (Marlatt, 1985). Mit der sich selbst erfüllenden Kognition: „Da ich jetzt etwas getrunken habe, ist sowieso alles aus, dann kann ich auch weiter trinken“, werden immer größere Mengen des Suchtmittels eingenommen und die Fähigkeit, den Konsum zu stoppen, wird dadurch immer weiter verringert.

Eine kurze Suchtmittelleinnahme als Ausrutscher einzustufen soll jedoch keine unzulässige Verharmlosung darstellen. Es muss dem Patienten verdeutlicht werden, dass die Aufrechterhaltung der Abstinenz wesentlich einfacher ist als die Beendigung einer auch noch so kurzen Suchtmittelleinnahme. Diese stellt eine zumindest potentiell gefährliche Verhaltensweise dar, die mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln verhindert und bei ihrem Auftreten schnellstmöglich abgebrochen werden sollte.

Entwicklung eines ausgeglichenen und selbstbestimmten Lebensstiles

Eine erfolgreiche Suchttherapie bewirkt nicht nur einen Symptomverzicht bezüglich der Suchtmittelleinnahme. Es ist, wie oben dargestellt, notwendig, weitere schädliche, sich evtl. auch aus einer begleitenden weiteren Erkrankung ergebenden Denk- und Verhaltensweisen zu verändern. Negatives Erleben wie Angst, Ärger und Depressivität sollen abgebaut, positive Emotionen sowie Selbstbewusstsein, Selbstkontrolle und Selbstverstärkung sollen etabliert werden.

Ausgewählte Therapietechniken

Imaginative Verfahren

Zum geleiteten Nacherleben von relevanten Ereignissen (z.B. Situationen, in denen Verlangen aufgetreten ist) und auch bei der Rückfallanalyse werden Imaginationstechniken eingesetzt. Hierfür wird dem Patienten zuerst Ziel und Zweck der Vorgehensweise erklärt und es wird seine Einwilligung und Versicherung der Mitarbeitsbereitschaft eingeholt. Dann wird eine leichte Entspannung eingeleitet. Der Patient wird im Folgenden dazu angeleitet, sich die Situation mit möglichst vielen dazu gehörenden Sinneseindrücken (Geruch, optische Eindrücke, Geräusche etc.) und Körpersensationen (z.B. Druck auf der Brust, Herzklopfen, wäss-

riger Mund) zu vergegenwärtigen. Dabei sollte sorgsam darauf geachtet werden, keine Suggestivfragen zu stellen. Je leb- und sinnhafter die Situation von dem Patienten erlebt wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass er sich die damals aktualisierten Kognitionen und die damit in Zusammenhang stehenden Emotionen vergegenwärtigt, was auch das Ziel dieser Art der Imagination ist (typische Frage: Was ging dabei in Ihnen vor?). Mit den so gewonnenen Informationen kann dann z.B. im Rahmen der sokratischen Dialogführung (s.u.) weiter operiert werden.

Eine fast identische imaginative Vorgehensweise dient neben dem Wiedererleben real geschehener Begebenheiten der vorwegnehmenden Vergegenwärtigung zukünftig potentiell möglicher Ereignisse. Also z.B. der Vorstellung von Katastrophen, Rückfallszenarien u.Ä. Auch hier sind Suggestivfragen kontraproduktiv, denn es geht darum, die mit der anvisierten Situation in Verbindung stehenden internen Dialoge, Bedeutungsgebungen und Emotionen zu erhalten. Selbstverständlich sind diese Vorgehensweisen ohne eine ausreichende Vertrauensbasis nicht möglich. Die Ergebnisse dieser Art der Zukunfts- und Katastrophenimagination (typische Frage: Was wäre, wenn ...?) beleuchten unrealistische Katastrophenbefürchtungen, die Gegenstand einer kognitiven Umstrukturierung werden müssen, ebenso wie sie detailliert Aufschluss über einen potentiell durchaus möglichen Rückfall geben können. Die nächsten Schritte müssen im Anschluss daran in Richtung einer Rückfallprävention abzielen.

Schließlich ist die Imagination im Sinne eines mentalen Trainings von unschätzbarem Wert beim Aufbau neuer, erwünschter Verhaltensweisen. Nachdem ein Konsens über das neue Denken und Handeln erreicht ist, soll dieses, möglichst plastisch ausgemalt, dargestellt und innerlich durchgespielt werden. Es ist wichtig nach dabei auftretenden störenden Gefühlen, Körperempfindungen und Handlungsimpulsen zu fahnden und im weiteren Therapieverlauf darauf einzugehen. So können potentielle Störfaktoren schon im Vorfeld erkannt und ausgeräumt werden. Neues, erwünschtes Verhalten ist nach dieser Vorbereitung vertrauter und später leichter in vivo durchführbar.

Protokollierung

Diese dient in der kognitiven Therapie der kontinuierlichen alltagsbegleitenden Erhebung der vorliegenden handlungsleitenden und emotionsgenerierenden Kognitionen. Sie wird

sinnvollerweise mit einer Modifikation der Kognitionen kombiniert. Ein Beispiel hierfür ist die Aufzeichnung des vorliegenden Suchtmittelverlangens. Hierzu wird der Patient dazu angeleitet, zu bestimmten Zeiten, im Wachzustand falls möglich stündlich, die vorliegende Situation und auf einer festgesetzten Skala (z.B. von 0 bis 10) sein derzeitiges Suchtmittelverlangen zu registrieren. Daneben werden aktuelle Kognitionen (mit dem Grad der Wahrscheinlichkeit ihrer Realitätsentsprechung) vermerkt sowie die vorliegende(n) Emotion(en) mit ihrem jeweiligen Stärkegrad. In einer weiteren Spalte sollen dann alternative Gedanken mit dem derzeit angenommenen Grad der Wahrscheinlichkeit ihrer Realitätsentsprechung protokolliert werden. Am Ende der Sequenz werden nochmals der Grad des Glaubens an die Richtigkeit der primären automatischen Gedanken, die Intensität der aus diesen Gedanken resultierenden Gefühle sowie zuletzt wieder der Grad des Suchtmittelverlangens vermerkt.

Diese Art der Protokollierung dient einer Datenerhebung über die während des Verlangens aktuell vorliegenden Gedanken und Gefühle, sie leitet den Patienten dazu an, kontinuierlich nach alternativen Gedanken zu suchen. Die abschließende Einschätzung zeigt in der Regel, dass negative Gedanken und Gefühle sowie das Suchtmittelbegehren nach der Ausarbeitung funktionaler Kognitionen reduziert sind.

Die durchgängige Protokollierung, auch zu Zeiten, an denen das Zielsymptom (hier das Suchtmittelverlangen) weniger oder gar nicht vorliegt, gibt Informationen darüber, welche Situationen, Kognitionen und Gedanken weniger oder gar nicht risikobehaftet bezüglich der Symptomausbildung sind. Das Ausfüllen der Protokollrubriken stellt Anforderungen an die Konzentration, Introspektion und Reflexivität. Es kommt so per se zu einer gewissen Ablenkung von der erlebten völligen Vereinnahmung durch das Suchtmittelbegehren. Die Protokollierung fordert Zeit, in der nicht dem Wunsch, sich Suchtmittel zu besorgen, nachgegangen werden kann, und schafft Abstand dazu. Die Beschäftigung mit alternativen Denkmöglichkeiten unterbricht die kognitive Kaskade, die ansonsten ungehindert in Richtung eines erneuten Suchtmittelkonsums ablaufen würde.

Die sokratische Dialogführung

Ratschläge können von manchen Abhängigen als schulmeisterliche Belehrungsversuche empfunden werden und kontraproduktiven Widerstand hervorrufen. Eher passiv-depen-

dent strukturierte Substanzabhängige nehmen Tipps von ihren Therapeuten zwar scheinbar veränderungsbereit entgegen, häufig fehlt dann jedoch die konkrete Umsetzung auf der Verhaltensebene. Bewährt hat sich in diesem Zusammenhang die sokratische Dialogführung. Durch diese nichtdirektive Art der geleiteten Befragung hat der Therapeut ein Mittel an der Hand, den Patienten vorsichtig dazu zu bringen, wesentliche Einsichten selbst zu gewinnen und mögliche Lösungswege aktiv zu erarbeiten.

Beispiel:

Therapeut: Was ging Ihnen so durch den Kopf, als sie an diesem Sommerabend ihre Bekannten mit den Bierflaschen in der Hand vor Ihrer ehemaligen Stammkneipe stehen sahen?

Patient: Es täte gut, da mit dabei zu sein.

Therapeut: Können Sie versuchen, etwas genauer zu sagen, was sie damit meinen?

Patient: Ja, wenn ich wieder mit denen trinken würde, dann wäre ich wieder einer von ihnen.

Therapeut: Warum ist Ihnen das so wichtig, einer von denen zu sein?

Patient: Dann würde ich mich nicht mehr einsam fühlen.

Therapeut: Früher haben Sie doch ständig mit diesen Leuten getrunken, dann waren Sie also damals nie einsam?

Patient: Oh doch, und wie!

Therapeut: Wie passt das zusammen?

Patient stutzt: Ja, wie passt das zusammen? Vielleicht ist es, weil man unter Alkohol für eine ganz kurze Zeit die Einsamkeit nicht spürt und meint, zu den anderen dazuzugehören. Aber dann wird es umso schlimmer, wenn man verkatert am nächsten Morgen erwacht und es kotzt einen alles an. Dann ist man wieder der einsamste Mensch auf der Welt und man weiß, dass es eigentlich eine Lüge ist, dass der Alkohol die Einsamkeit vertreibt.

Therapeut: Sie hatten vorhin den Gedanken geäußert „Wenn ich mit diesen Leuten trinken würde, wäre ich nicht mehr alleine“. Nun kommen Ihnen offensichtlich Zweifel, ob diese Annahme auch wirklich so stimmt. Wie könnten Sie diesen Gedanken so umformulieren, dass er mehr der Realität entspräche?

Patient nach einer Pause des Nachdenkens: Alkohol ist ein falscher Freund, er macht dir Versprechen, die er nicht hält, und lässt dich einsamer zurück als je zuvor.

Therapeut: Wird es Ihnen also wirklich gut tun, bei den Trinkern vor der Kneipe zu sein?

Patient spontan: Nein, nicht wirklich.

Therapeut: Können Sie diese Aussage in einem Satz formulieren?

Patient denkt nach, seufzt: Letztendlich tut nichts gut, was mich wieder näher ans Trinken bringt.

Verhaltensexperimente

Diese werden zur Überprüfung von Annahmen auf der Handlungsebene und zu deren Modifikation eingesetzt. So könnte ein Handelsvertreter, der der Meinung ist: „Ohne Alkohol kann ich meine Kunden nicht überzeugen, dann kauft mir keiner was ab“, dazu aufgefordert werden, zu überprüfen, wie viele Verkäufe er ohne Alkohol tätigt. Nun soll er diese mit der Zahl der letzten unter Alkoholeinfluss abgeschlossenen Verkäufe vergleichen. Dieses Verhaltensexperiment könnte z.B. ergeben, dass der Verkäufer, obwohl er sich dann nicht so verkaufstüchtig fühlt, entgegen seiner Annahme dennoch mehr Verkäufe ohne Alkohol tätigen konnte als in letzter Zeit unter Alkoholeinfluss. Im Folgenden kann dann geklärt werden, worin die Gründe hierfür zu sehen sind.

Analyse der Vor- und Nachteile

Nach Beck et al. (1997) halten Süchtige typischerweise an solchen Annahmen fest, die die Nachteile ihrer Sucht minimieren und deren Vorteile maximieren. Demzufolge ist die Analyse der Vor- und Nachteile des Abhängigkeitsverhaltens eine nützliche Technik, um die Konsequenzen des Suchtmittelkonsums realitätsadäquat zu würdigen. Hierbei wird der Patient dazu angeleitet, die Vor- und Nachteile seines Suchtmittelkonsums aufzulisten und zu bewerten. Am besten benutzt man dazu eine Vierfeldermatrix, in der jeweils die Konsequenzen des Konsums von bzw. des Verzichtes auf Alkohol eingetragen werden sollen. Zwar etwas weniger differenziert, jedoch noch prägnanter für den Patienten Erinnerungswürdig ist es, wenn die Vor- und Nachteile des Suchtmittelkonsums sehr knapp zusammengefasst auf der Vorder- bzw. Rückseite eines kleinen Kärtchens notiert werden. Dieses Kärtchen sollte im Portemonnaie immer von dem Betroffenen bei sich getragen werden, damit er es in „Notfällen“ bezüglich einer potentiellen Rückfallgefahr schnellstmöglich in der Hand hat und so die ihm dann kognitiv nicht direkt zur Verfügung stehenden Informationen sofort zugänglich sind.

Veränderung interner Dialogstrategien

Letztendlich dienen die Identifikation und die Veränderung fehlangepasster Kognitionen sowie deren Einüben immer auch der Verände-

rung interner Dialogstrategien. Diese können jedoch zusätzlich explizit eingeübt werden. So kann die Argumentation des personifizierten Suchtmittels oder, falls das in den entsprechenden Denkkosmos des Patienten passt, des „Suchtteufelchens“ nachvollzogen werden. Die Argumentation richtet sich nach den oben dargestellten kognitiven Abläufen vor einer Suchtmittleinnahme. Dieser Stimme der Versuchung kann dann eine Stimme der Abstinenz oder ein „Abstinenzengelchen“ entgegengesetzt werden. Der Dialog wird zunächst erarbeitet, hierzu kann auch der Einsatz eines Rollenspieles zweckdienlich sein. Dann werden Argumentation und Gegenargumentation schriftlich fixiert und dem Patienten mitgegeben. Wichtig ist dabei, dass die Abstinenzargumentation letztendlich erfolgreich und für den Betroffenen wesentlich plausibler als die Stimme des „Advocatus diaboli“ ist.

Beispiel:

Suchtteufel: „Lass die Alte doch einfach reden, komm wir gehen zusammen einen trinken.“

Abstinenzengel: „Du bist jetzt zu Recht über deine Frau verärgert, aber wenn du nun auch noch trinken würdest, würdest du ihr genügend Munition liefern, damit sie dir die Kinder endgültig wegnimmt.“

Suchtteufel: „In letzter Zeit waren die Kinder frech und aufsässig, die mögen dich sowieso nicht, dann kannst du auch trinken. Komm, verlass die Wohnung, geh in die Wirtschaft.“

Abstinenzengel: „Wenn Kinder frech sind, heißt das noch lange nicht, dass sie einen nicht lieben, das müsstest du doch selbst am besten wissen. Außerdem haben sie es nicht leicht gehabt, so oft wie sie dich schon betrunken erlebt haben. Vorhin hat der Kleine dich gebeten, mit ihm Fußball zu spielen. Nutze die Gelegenheit, tobe dich einmal so richtig mit ihm aus. Das wird euch beiden gut tun. Heute Abend kannst du noch einmal in Ruhe und weiterhin nüchtern versuchen, mit deiner Frau zu reden. Fußball spielen hat dir doch immer solchen Spaß gemacht!“

Patient: „Komm Jan, hole deine Fußballschuhe, wir gehen auf den Bolzplatz!“

Die Stimme der Abstinenz hat hier dem Patienten geholfen, den drängenden Aufforderungen des Suchtmittelverlangens nicht nachzugehen, sie hat die Argumentation des „Suchtteufels“ entkräftet und dem Betroffenen Ziele vor Augen gehalten, für die es sich lohnt abstinenz zu bleiben. Schließlich hat sie eine positive Aktivität vorgeschlagen, die der Spannungsreduktion dient, dem Patienten Spaß macht und ihm seinem Ziel, eine gute Beziehung zu seinen Kindern aufzubauen, näher bringt. Darüber hinausgehend ist die vorgeschlagene Aktivität für

den Betroffenen inkompatibel mit einer Suchtmittleinnahme. Für die diversen Risikosituationen können in dieser Form verschiedene innere Dialoge erstellt werden. Vielen Patienten macht die spielerische Form der Entwicklung der Dialoge großen Spaß, was die Implementierung dieser neuen Art des Denkens wesentlich erleichtert.

Problemlösestrategien

Das Problemlöserepertoire der meisten Suchtkranken ist defizitär, da sie über weite Zeiträume Problemen aus dem Weg gegangen sind, indem sie bei deren Auftreten Suchtmittel eingesetzt haben. Problemlösen ist definiert als ein Prozess, bei dem Informationen verarbeitet werden, um einer Person zu helfen, ein Ziel zu erreichen, das zuvor durch eine Behinderung versperrt blieb (D’Zurilla & Goldfried, 1971). Einzelne Schritte hierbei sind allgemeine Orientierung, Problemdefinition, Erörterung möglicher Lösungswege, abwägende Entscheidungsfindung für eine Lösungsmöglichkeit sowie deren Planung, Einübung, Durchführung und abschließende Evaluation. Falls erforderlich kann in jedem Stadium des Problemlöseprozesses auf grundlegendere Stufen zurückgegangen werden. Bei der Vermittlung von Problemlösefertigkeiten ist es wesentlich, dass der Therapeut darauf achtet, dem Patienten möglichst viel Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume zu überlassen. Bei Alkoholabhängigen fallen häufig deutlich defizitäre soziale Problemlösefertigkeiten auf. Dabei kennen sie nicht selten jeweils die adäquaten und Erfolg versprechenderen Problemlösestrategien, sie sind jedoch nicht in der Lage, diese in die Praxis umzusetzen. Deshalb muss auf die Erprobung und Einübung des Praxistransfers unter Würdigung gegebener Hindernisse besonderer Wert gelegt werden.

Umgang mit Schuldgefühlen

Die günstige Beeinflussung von Schuldgefühlen ist in vielen Fällen von grundlegender Wichtigkeit. Gerade in der Phase, in der Suchtpatienten lernen, ihre Eigenverantwortlichkeit bezüglich ihrer Lebensführung und die negativen Konsequenzen ihres Suchtmittelkonsums vor sich selbst einzugestehen, treten oft überwältigende Schuld- und Schamgefühle auf. Falls diese realitätsadäquat sind, ist eine Modifikation nicht sinnvoll. Dem Patienten kann das schmerzliche Erleben der auf einer realen Basis beruhenden Schuldgefühle nicht erspart wer-

den. Es sollte ihm jedoch im Rahmen der sokratischen Dialogführung aufgezeigt werden, dass diese nicht in eine Sackgasse der Passivität führen dürfen. Falls das Leid an der Schuld als mit der Zeit abzutragende „Wiedergutmachung“ und die weiteren Lebensaufgaben als aus dem Geschenk des abstinenter Weiterleben-Dürfens erwachsende Verpflichtung angesehen werden können, ist auch in Fällen, in denen eine ernsthafte Schuld vorliegt, ein wichtiger Therapieschritt getan. Hilfreich kann es hierbei sein, die Patienten zu Gesprächen mit imaginierten Personen, denen gegenüber Schuldgefühle bestehen, anzuleiten und sie wesentliche Fragen im Rollenspiel selbst beantworten zu lassen. So wurde zum Beispiel ein Mann, der seine Frau unter Alkoholeinfluss schuldhaft bei einem gemeinsamen Verkehrsunfall verlor, dazu angeleitet, seine Partnerin zu imaginieren und sie zu fragen „Hättest Du es denn gerne gehabt, wenn auch ich gestorben wäre?“ „Was meinst Du, wie mein zukünftiges Leben aussehen soll?“ Weiterhin kann die imaginierte Person um Verzeihung gebeten werden, evtl. in Verbindung mit einer möglichst sinnvollen Selbstverpflichtung.

Meistens bestehen die Schuldgefühle gegenüber den direkten Angehörigen, da hier in der Regel der größte Teil des suchtmittelkonsumbedingten Schadens angerichtet wird. Evtl. können Familien- und Paargespräche sinnvoll in die Therapie integriert werden. Bezüglich des Umgangs mit Kindern ist es wichtig, dass der Patient zu erkennen lernt, dass ein aus Schuldgefühlen geborenes, überzogenes Verwöhnungsverhalten auch eine Schädigung der Kinder darstellt.

Eine weitere Intervention im Umgang mit Schuldgefühlen besteht darin, in Form einer Zweispaltentechnik den Patienten aufschreiben zu lassen, wo er sich bislang in seinem Leben als Benachteiligter, als Opfer, als Geschädigter gesehen hat bzw. wo er an anderen Personen bzw. an sich selbst schuldig geworden ist. Häufig verdeutlicht eine derartige Auflistung, dass der Betroffene zwar in vielen Bereichen andere bzw. sich selbst geschädigt hat, dass er jedoch (und dies ist in seiner Lebensgeschichte in der Regel primär der Fall) in einem großen Ausmaß auch durch andere Schaden zugefügt bekommen hat, viel Pech hatte, benachteiligt war. Zwischen beiden Bereichen gilt es nun eine kognitive Brücke zu schlagen, sie gegeneinander abzuwägen und in gewissem Sinne zu verrechnen. In der Regel führt dieses Aufrechnen von Schuld und Geschädigt-worden-Sein zu einer Reduktion der Schuldgefühle, ohne dass der Betroffene hierdurch zu einem passiven Opfer gemacht wird. Der beste Neuanfang in Rich-

tung einer lang andauernden Suchtmittelabstinenz gelingt, wenn die oben dargestellte Bilanz von dem Betroffenen als einigermaßen ausgeglichen angesehen werden kann.

Aktivitätenplanung

Es gehört zu dem neuen, selbstverantwortlichen Lebensstil der Abstinenz, sich nicht mehr plan- und wahllos treiben zu lassen, sondern Entscheidungen bezüglich gewünschter Ziele und hierauf bezogener Aktivitäten zu treffen. Darüber hinausgehend ist eine vorgeplante Strukturierung des Alltags notwendig, insbesondere bezüglich der Freizeit, die nun nicht mehr durch Suchtmittelkonsum und Beschaffung ausgefüllt wird. Bei der Planung der Aktivitäten ist darauf zu achten, dass diese einerseits sinnvoll und zielorientiert sind, dass andererseits jedoch auch genügend Raum für Vergnügen und Spaß bleibt, denn das Leben, das ohne Suchtmittel zu einer einzigen Abfolge abzuleistender, aversiver Pflichten wird, birgt eine große Gefahr der Rückfälligkeit.

Es gilt, die Tätigkeiten wiederzubeleben, die die Patienten vor der Suchtmittelleinnahme mit Freude bzw. mit Können ausgeübt haben, abstinenzfördernde soziale Aktivitäten mit einzubeziehen, ebenso Kreativität und körperliche Bewegung. Solche Vorgehensweisen haben nach Beck et al. (1997) verschiedene Ziele: Einige können den Patienten helfen, kurzfristig und in unmittelbaren Krisen mit ihrem Verlangen umzugehen. Andere können langfristige Alternativen zu ihrem Suchtverhalten darstellen, es erfordert jedoch eine längere Übung und Praxis, bis dieser Effekt sich einstellt, ganz im Gegensatz zur Suchtmittelleinnahme, deren Wirkung ohne Anstrengung für jeden unmittelbar eintritt. Vor dem Hintergrund dieser Suchterfahrungen sind deshalb bei der Aktivitätenplanung entsprechende Widerstände vor auszusehen und mit einzubeziehen.

Weiterhin sollten dezidiert genussorientierte Maßnahmen mit in den Aktivitätsplan eingebaut bzw. zuvor eingeübt werden. Die substanzinduzierte Stimulation des körpereigenen Belohnungssystems bei Suchtverhalten des Patienten führt auf biochemischem Wege dazu, dass außerhalb des Suchtmittelkonsums eine Aktivierung dieser Hirnregionen mit Ausschüttung entsprechender Neurotransmitter drastisch reduziert bis fast gänzlich aufgehoben ist. Damit einher geht eine Abnahme der Genussfähigkeit der Betroffenen. Viele müssen unter Abstinenzbedingungen wieder bewusst an ein genussorientiertes Hören, Sehen, Schmecken, Riechen und Fühlen herangeführt wer-

den. Hierzu bieten sich Maßnahmen aus dem Genusstraining nach Koppenhöfer (2005) an. Gerade im Hinblick auf die hohe Komorbidität von Suchterkrankungen mit depressiven Störungen und Angststörungen ist der Aufbau eines positiven Erlebens besonders wichtig.

Entspannungstraining

Die Aneignung entspannungsfördernder Techniken dient ebenfalls der Herbeiführung positiver innerer Zustände ohne den Einsatz von Suchtmitteln. Man kann hierbei unter den verschiedensten Möglichkeiten der Entspannung das Verfahren auswählen, das bei dem betreffenden Patienten am ehesten Erfolg versprechend ist. Imaginative Techniken können zur Vorstellung von inneren Orten der Ruhe und der Sicherheit genutzt werden. Die modifizierten situationsangemessenen Kognitionen können in diese Entspannungsbilder mit eingewoben werden, so dass diese in Verbindung mit angenehmen Gefühlszuständen repetitiv immer mehr verinnerlicht werden. Diese Verfahren führen unter regelmäßiger Anwendung zu einer Verbesserung der Frustrationstoleranz und so zu mehr Gelassenheit sowie zu einer Zunahme von Lebenszufriedenheit und der Selbstkontrollfähigkeit. Insgesamt unterstützen sie eine zufriedene abstinenten Lebensführung.

Es ist Bestandteil der therapeutischen Kunst, aus der Fülle der aufgeführten Möglichkeiten die zum gegebenen Zeitpunkt für den jeweiligen Patienten passende Vorgehensweise auszuwählen.

Fazit

Die kognitive Verhaltenstherapie ist eine langjährig bewährte und vielseitig anwendbare Vorgehensweise zum Erreichen einer nachhaltigen Abstinenz.

Literatur

- Beck, A., Wright, F., Newman, C. & Liese, B. (1997): *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz-PVU.
- D’Zurilla, T. & Goldfried, M. (1971): Problem solving and behavior modification. *J Abnormal Psychol*, 78, 107-126.
- Koppenhöfer, E. (2005): *Kleine Schule des Genießens*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Marlatt, G. A. (1985): Relapse Prevention: General overview. In: G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Hrsg.), *Relapse prevention* (S. 3-70). New York: Guilford.
- Missel, P., Bick, St., Bachmeier, R., Funke, W., Herder, F., Kersting, St., Kluger, H., Lange, N., Medenwaldt, J., Schneider B., Verstege, R., Weissinger, V. (2013): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell*, 1, 13-25.
- Petry, J. (1998): Alkoholismus. In: M. Hautzinger (Hrsg.), *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen* (S. 185-210). Weinheim: Beltz-PVU.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (1994): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10*. Bern: Huber.



Dr. Monika Vogelgesang

Fachärztin für Psychiatrie, für Neurologie und für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Chefärztin der AHG-Klinik Münchwies,
Zentrum für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und Suchtmedizin
in Neunkirchen/Saar
mvogelgesang@ahg.de

Möglichkeiten der Verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie im ambulanten und stationären Setting

Aron Kampusch

Dieser Artikel hat zum Ziel, eine Lanze für die verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie zu brechen. Verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie (VTGT) kann so viel mehr sein als das zu Recht oftmals kritisierte stoische Abarbeiten von Therapiemanualen. Ich möchte Ihnen demonstrieren, dass sich die VTGT in einem Spektrum bewegen kann, vom manualisierten über das zieloffene bis hin zum verhaltensanalytischen Design. Jedes dieser Designs hat seine Berechtigung in der Arbeit mit PatientInnen, in eleganter Weise sollten sich Therapeutinnen und Therapeuten die verschiedenen Stärken jedes dieser Settings zu Nutze machen können. Dazu bedarf es einer theoretischen Möglichkeit der wissenschaftlichen Einordnung und trennscharfen Unterscheidung der drei Konzepte. Alle drei Formen der heutigen VTGT können in ihrer Wirkungsweise verstärkt werden, wenn sich die Therapeutinnen und Therapeuten mit der räumlichen Umgebung, in welcher die Gruppenpsychotherapie stattfindet, wie auch mit der Art und Weise, wie die PatientInnen in diesem Raum verteilt sind, bewusst auseinandersetzen. Schließen soll dieser Artikel mit dem Versuch einer Implementierung von gezieltem Priming in den Ablauf psychotherapeutischer Gruppen.

Verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie ist **nicht** Gruppendynamik, dies gilt es gleich am Anfang klarzustellen. Ich unterstütze die Meinung Fiedlers (2005), der ganz offen davon spricht, dass ein gezieltes Antriggern gruppendynamischer Effekte in einer verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie den Stellenwert eines therapeutischen Kunstfehlers einnimmt. Wo immer Menschen in Gruppen aufeinandertreffen, passiert Gruppendynamik, das steht außer Frage, im besonderen Kontext einer VTGT muss es jedoch vielmehr das Ziel der Therapeuten sein, die TeilnehmerInnen vor diesen Effekten zu schützen und sie behütet im Bereich der Skills wachsen zu lassen.

„Bevor Du jemanden mit Herzstillstand behandelst, miss Deinen eigenen Puls“

Diesen Ratschlag gibt Samuel Shem in seinem schwarzhumorigen Buch „the house of god“ den Internisten in Ausbildung. Ich übernehme und adaptiere diesen Ratschlag für die Leiter und Leiterinnen einer Gruppenpsychotherapie, „bevor Du der Gruppe gegenübertrittst, sei Dir über deine eigene Verfassung im Klaren“. Die Gruppe übernimmt sehr schnell die Stimmungen des Leiters, ich bin fast dazu geneigt zu sagen, je gestörter bzw. psychisch beeinträchtigt, desto schneller. Für mein persönliches Qualitätsempfinden ist es nicht notwendig, als erster im Gruppenraum zu sein, unumgänglich scheint es mir aber zu sein, diesen pünktlich zu betreten und diesen auf jeden Fall als Letzter zu verlassen. Dies lässt der Gruppe gegenüber Wertschätzung ausdrücken und die Einheit harmonischer ausklingen, ganz anders als es der Nachhall eines zu spät kommenden, aber dafür am Ende fluchtartig davonstürmenden Leiters zum nächsten Termin bei den PatientInnen hinterlässt. Sehr oft ergeben sich noch wichtige Gespräche in der weniger formellen Umgebung einer sich auflösenden Gruppe, manch einer fasst sich im letzten Moment doch noch ein Herz und öffnet sich der Gruppenleitung, manch andere bedürfen einer Stütze, weil sie im Rahmen der Stunde auf schmerzliche Erinnerungen oder Erkenntnisse gestoßen sind.

Arten von Gruppen in der psychosozialen Versorgung

Fiedler (2005) stellt das Feld der Gruppen sehr anschaulich dar. Klar und trennscharf unterscheidet er zwischen Selbsthilfegruppen, präventiven Aufklärungsgruppen, Encountergruppen und Psychotherapiegruppen. Arbeiten die PatientInnen in den Selbsthilfegruppen mehr oder weniger alleine an der Linderung oder Lösung ihrer Problematiken und un-

terstützen einander durch Erfahrungen mit Therapiemethoden, TherapeutInnen, Behandlungen oder Behördenwegen, werden präventive Aufklärungsgruppen in rhythmischen Abständen von Professionisten besucht, die über Neuerungen berichten und die Strukturen gegebenenfalls nachschärfen. Encountergruppen entstanden in den 1970ern als „Therapie für Normale“, sie sind jetzt viel mehr unter der Bezeichnung „Selbsterfahrungsgruppe“ bekannt und bei den Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung oftmals leider gefürchtet. Dabei ist gegen Gruppendynamik als Mittel zur Selbsterfahrung im Prinzip nichts einzuwenden, sofern den Teilnehmern die Wahl gelassen wird, sich für genau diese Art des Weges zu entscheiden. Wie ich mit Peter Gowin in einem gerade entstehenden Artikel zeigen werde, gibt es einige Möglichkeiten, um den Gang zur Selbsterfahrung beschreiten zu können. Weil es so wichtig ist, erwähne ich es noch einmal: Am Anfang muss die freie Wahl stehen. Wie wir zeigen werden, sehen wir drei trennscharf abgegrenzte und praktikable Möglichkeiten zur Selbsterfahrung, den philosophischen, den psychologisch-psychotherapeutischen wie auch eben den gruppendynamischen Weg. Dazu aber mehr in einem anderen Artikel.

Unterschiede von Psychotherapiegruppen

Die gegenwärtige psychosoziale Versorgung von psychisch erkrankten Patienten in chronisch unterfinanzierten Ambulanzen und Kliniken stützt sich zum immer größeren Teil auf Gruppentherapien. Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen aller 23 in Österreich anerkannten Psychotherapiemethoden tun ihr Bestes, um ihre jeweilige Ausbildung in die Arbeit mit Leidenden einfließen zu lassen. Ebenso unterschiedlich im Paradigma, wie Psychotherapiemethoden sich zu einander verhalten, sind die Weltbilder auch in der gruppenpsychotherapeutischen Zielsetzung. Erlauben Sie mir bitte an dieser Stelle eine kurze Kritik an den Curricula von Klinischen Psychologen und PsychotherapeutInnen in Österreich, die eine künftige Tätigkeit ihrer Kandidaten und Kandidatinnen im Feld der Gruppentherapie anscheinend nicht in Betracht ziehen und die realen personell unterbesetzten Arbeitsumfelder, die nun Mal aus der Not heraus gruppentherapeutisch orientiert sein müssen, schlichtweg zu ignorieren scheinen.

Zwei Cluster, zwei Welten

Die psychotherapeutische Gruppentherapie ist zweipolig gestaltet, es gibt zwei große Cluster, die im Bereich ihrer Zielsetzung bei der Arbeit mit Gruppen unterschiedlicher nicht sein könnten. Da wäre zum Einen der Cluster der „Konflikt-, Beziehungs- und Interaktionsorientierten Gruppentherapie“. Diesem Cluster wohnen die psychoanalytischen, klientenzentrierten, interpersonellen und tiefenpsychologischen Richtungen inne. Da es über jede dieser Richtungen viel zu erzählen gäbe, kann das folgende Statement nur ungenau sein, zur genaueren Abgrenzung zum nächsten Cluster postuliere ich aber dennoch: Ziel dieser Richtung der Gruppenpsychotherapie ist die Weiterentwicklung der gesamten Gruppe. Dies ist somit eine trennscharfe Abgrenzung zum Cluster der „Störungs-, Methoden- und Einzelfallorientierten Gruppentherapie“, zu welchen das Psychodrama, die Gestalttherapie und die Verhaltenstherapie gehören. Ziel dieser Methoden im Cluster ist, bei ähnlichem Risiko einer Simplifizierung, wie bereits gewagt, die Weiterentwicklung des einzelnen Patienten, der einzelnen Patientin.

Die Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie

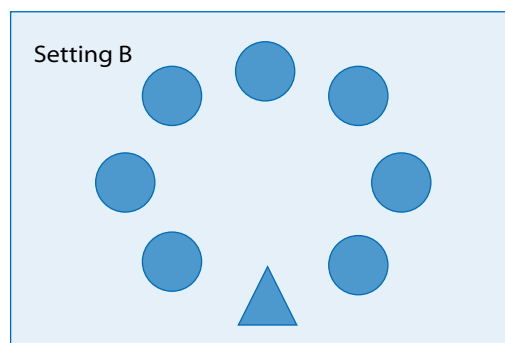
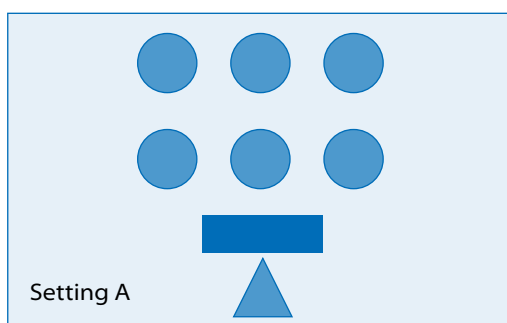
Der Vollständigkeit halber erwähne ich an dieser Stelle noch einmal die generellen Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie, wie sie bei Yalom (2005), Angermaier (2010) und Fiedler (2005) dezidiert dargestellt sind. Dazu gehören beispielsweise die Prinzipien der Zusammengehörigkeit, der Offenheit, des Vertrauens, des Sich-Einlassen auf Neues, der Möglichkeit, Feedback zu geben und auch annehmen zu können, der sichtbaren Gewissheit, dass auch Andere unter denselben Problemen leiden, der Hoffnung etc. und den speziell im Bereich der verhaltenstherapeutischen Gruppen bestimmenden Wirkfaktoren, welche die Folgenden sind: Angstreduktion und Habituation – die Gruppe wird zum angstfreien Raum, in welchem man über tabuisierte Themen sprechen und sich so an einen Umgang damit gewöhnen kann. Verstärkungsprozesse – der Therapeut kann im Sinne der operanten Konditionierung erwünschtes Verhalten verstärken und unerwünschtes Verhalten ignorieren. Kognitive Umstrukturierung – die Gruppe bietet die Möglichkeit, die Welt und die mitmenschlichen Zusammenhänge auf neue Art und Weise erfahren und interpretieren zu können. Selbstregulation und Selbstwirksamkeit – der Patient beginnt sich im Sinne der Attributionstheorie

anders und differenzierter zu sehen und macht die Erfahrung, dass er auf wichtige Aspekte seines Lebens gezielt Einfluss nehmen kann.

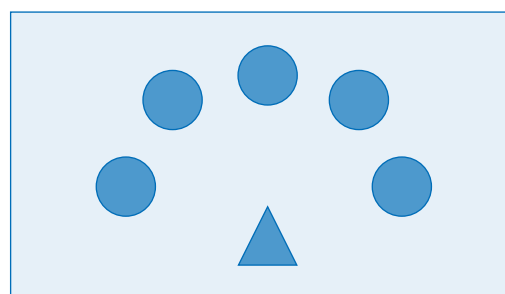
Struktur und Interaktion – wie das Setting mit dem Erreichen von therapeutischen Zielen in Psychotherapiegruppen zusammenhängt

Gruppenräume in Kliniken oder Ambulanzen stellen für die Gruppenleiter oftmals eine Herausforderung dar. Diese werden meist von vielen Personen benutzt und zeichnen sich daher im Rahmen einer allgemeinen Verantwortungsdiffusion durch eine besondere Art an Lieblosigkeit aus. Schmucklos und kalt, viel zu klein oder groß, mit unpassender Einrichtung oder manchmal auch gar keiner bestückt, wirken kahle Wände nicht gerade einladend. Hier und da sind auch ein paar Versuche von beherzten Patientinnen und Patienten zu bemerken, mit Hilfe von Postern oder sonstigem verfügbarem Schmuckwerk, der Tristesse ein wenig Ambiente abzutrotzen. Meine Idee ist unerhört, trotzdem schlage ich vor, dass jede Institution, die Gruppenpsychotherapie anbietet, auch eine verantwortliche Person für das Raumklima bestimmt und dies nicht dem Zufall oder gar dem natürlichen Zerfall überlässt. Im weiteren Verlauf dieses Artikels möchte ich mich nun mit der Art der Sitzordnung befassen, welche meiner Meinung nach unmittelbar mit dem Erreichen des Therapieziels in Zusammenhang steht. Das Dreieck steht für die Gruppenleitung, der Kreis für die PatientInnen und das Rechteck soll Tische darstellen.

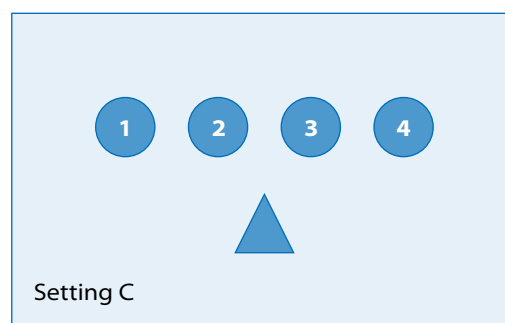
Stellen Sie sich folgendes Szenario vor: Sie übernehmen zum ersten Mal eine neue Therapiegruppe, vielleicht im geschlossenen oder halboffenen Setting. Die Botschaft lautet: „Wir sind für die nächsten Wochen eine Gemeinschaft“. Das Ziel für diese Einheit: „Versuche ein Wir-Gefühl zu erzeugen“. Ich demonstriere nun zwei Settings, um den Zusammenhang von Sitzordnung, Botschaft und Ziel zu verdeutlichen.

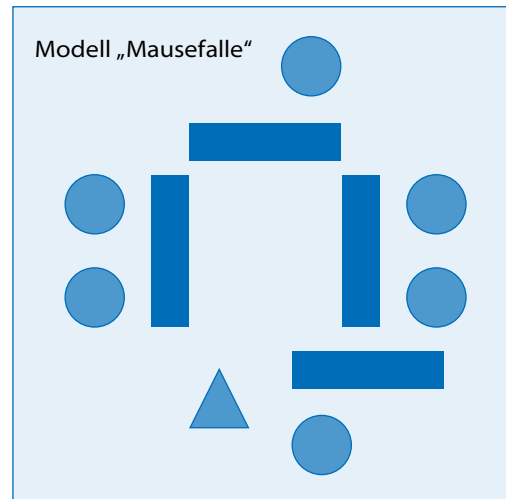
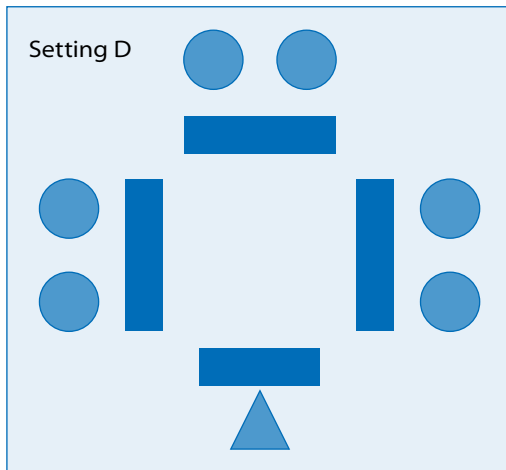


Wie unschwer zu erkennen ist, hat das Setting A gravierende Nachteile. Die Gruppenleitung ist von den Patienten durch eine Barriere getrennt und kann die zweite Reihe nicht sehen. Die Patienten in der vorderen Reihe können die hinteren nicht sehen, diese haben wiederum eine eingeschränkte Sicht nach vorne. Das Kreismodell im Setting B hingegen, ist geradezu dazu geschaffen, um Kohärenz zu schaffen. Es gibt keine Barrieren und alle Teilnehmer können einander sehen. Generell tendiere ich zum Kreismodell, wenn ich mit statischen Sitzordnungen arbeite; auf den Unterschied von statischer und dynamischer Sitzordnung gehe ich zu einem späteren Zeitpunkt noch genauer ein. Eine weitere sinnvolle Form des Settings, welches ich mir zu obiger Aufgabenstellung vorstellen könnte, wäre jene des Halbkreises.

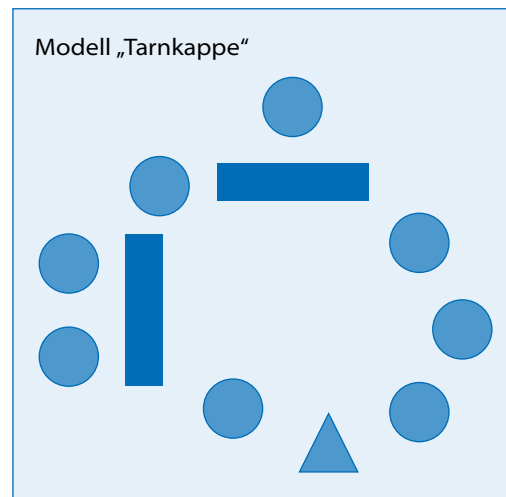


Ich bitte Sie, sich ein weiteres Szenario vorzustellen. Das Thema der Einheit lautet: „Was die Anderen über mich wissen sollten“. Das Ziel: „Die Teilnehmer sollen ein Bild von einander bekommen“.



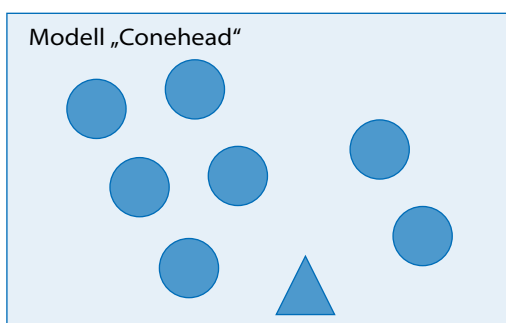
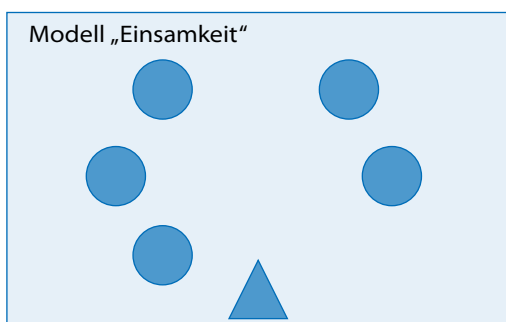


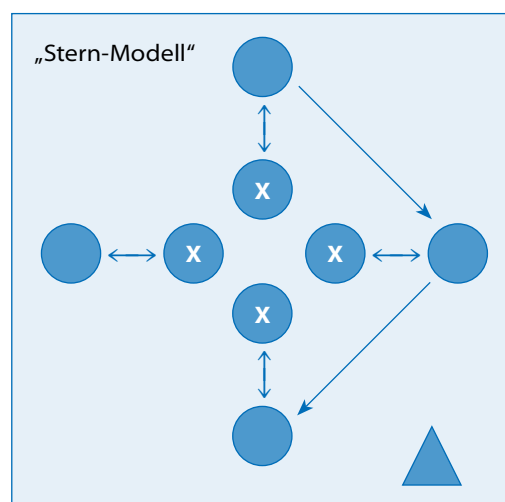
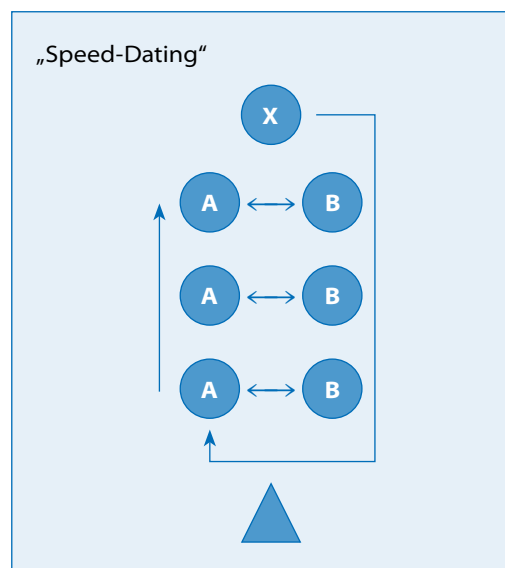
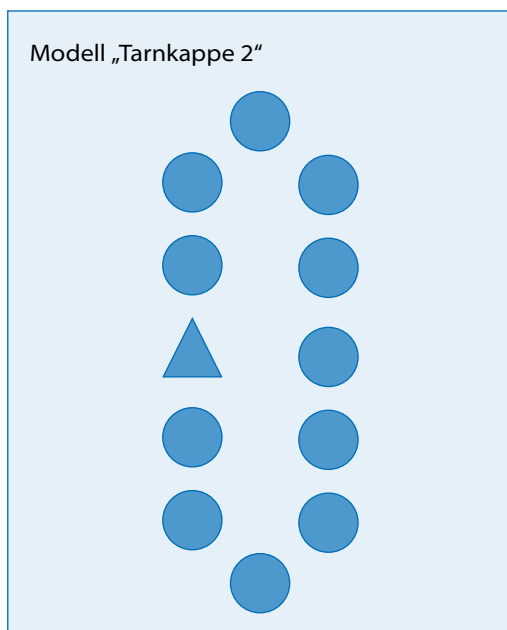
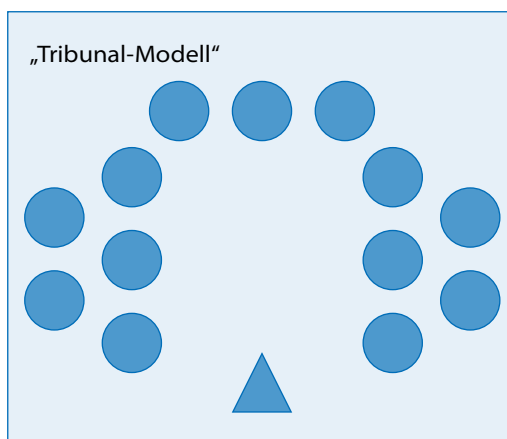
Beide Szenarien eignen sich nicht für die Aufgabenstellung oder die Erreichung des Ziels. Bei C sieht Patient 1 die Patienten 3 und 4 nicht, Patient 4 die Patienten 2 und 1 nicht. Die Patienten 2 und 3 sehen jeweils die Außenpositionen nicht. Bei D sitzen alle Teilnehmer hinter einer Barriere, was sich wohl auf die Bereitschaft, sich zu öffnen, auswirken wird. Es stellt sich auch die Frage, ob auf Seite des Therapeuten die Offenheit entsteht, sich wirklich den individuellen Besonderheiten der gegenüber sitzenden Menschen anzunehmen. Bleiben wir gleich bei der Person des Psychotherapeuten. Jede Art der Sitzordnung hat auch eine Art von Rückkopplung, Gruppenpsychotherapien sind anstrengend, folgende Sitzordnungen bieten sich an, wenn man noch ein bisschen mehr Energie investieren, sich als Gruppenleiter einsam und unsicher fühlen oder Teilnehmer aus den Augen verlieren will.



Bei dieser Gelegenheit möchte ich erwähnen, dass diese Modelle der exotischen Varianten keine Phantasieprodukte meinerseits sind. Ich habe als Student und dann als Ausbildungspsychologin selbst in solchen Systemen gegessen und später, als mir die Mechanismen noch nicht klar waren, zugelassen, dass meine Patienten sich ebenso positionieren. Machen Sie einfach einen Selbsttest. Beobachten Sie, wie eine Gruppe von Therapieneulingen sich ohne Einflussnahme durch eine vorbereitete Bestuhlung im Raum verteilt. Das Modell „Mausefalle“ scheint wie geschaffen dafür zu sein, dass die Gruppenleitung viel Energie investiert, die dann in einem Leerraum zwischen den Patienten verpuffen kann. Im Modell „Tarnkappe“ schaffen Sie zwei Arten von Patienten, jene die Ihnen offen gegenüber sitzen, und solche, die hinter den Tischen in Deckung gehen können.

Die beiden folgenden Modelle zähle ich auch zu den exotischen Varianten: Beim Modell „Tarnkappe 2“ bleibt, je nach Sitzplatz, mindestens ein Teilnehmer, meistens zwei, unsichtbar.





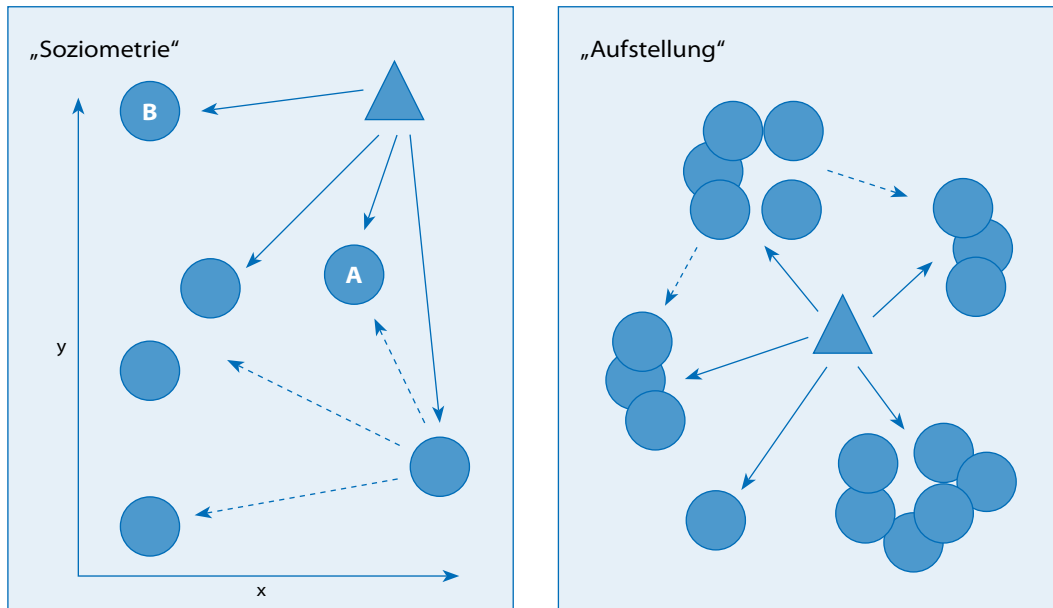
Statische und Dynamische Modelle im Setting der Gruppenpsychotherapie

Die bisher gezeigten Setting-Modelle waren ausschließlich statischer Natur. Das dynamische Setting bietet sich an, wenn man es mit erschöpften Gruppen zu tun hat (z.B. durch Hitze), mit Patienten, welche ihre Nachtmedikation noch nicht verstoffwechselt haben und jenen, die gerade vom Mittagessen kommen. Generell bemerke ich bei Gruppen, die sich im Raum bewegen, auch eine gesteigerte geistige Beweglichkeit. Diese Settings mögen an anderer Stelle bereits ähnlich und unter anderem Namen publiziert worden sein, ich erhebe nicht den Anspruch, diese erfunden zu haben. An den Schöpfer des „Kaffeehaus-Modells“, Peter Holzapfel, ergehe an dieser Stelle die wohlverdiente Wertschätzung.

Das Modell „Speed-Dating“ eignet sich gut dazu, einander im Rahmen eines Interviews kennenzulernen oder untereinander Meinun-

gen zu einem Thema auszutauschen. Bei einer ungeraden Anzahl von PatientInnen nimmt die Position X eine Beobachterrolle ein. Die Reihe A stellt dem Gegenüber der Reihe B eine Frage und interviewt dieses. Nach dem Ablauf einer Zeitspanne von ca. drei Minuten wechselt A einen Stuhl nach links, wird dann aber von seinem B-Gegenüber interviewt. Den Wechsel kann man durch eine laute Trillerpfeife einleiten, die bis dahin versteckt gehalten wurde. Durch eine zusätzliche Verkürzung der Zeit um jeweils 30 Sekunden entsteht eine aktivierende Dynamik, die sich auch am steigenden Geräuschpegel erkennen lässt.

Beim „Stern-Modell“ handelt es sich eigentlich um eine teilstatische bzw. teildynamische Variante, da die Patienten auf den Positionen X auf ihren Plätzen bleiben und von den Anderen umkreist werden. Das Wechseln wie auch den regressiven Zeitcharakter kann man wie beim vorherigen Modell einsetzen. Sinnvoll ist dieses Setting, wenn die inneren 4 (X) Meinungen und



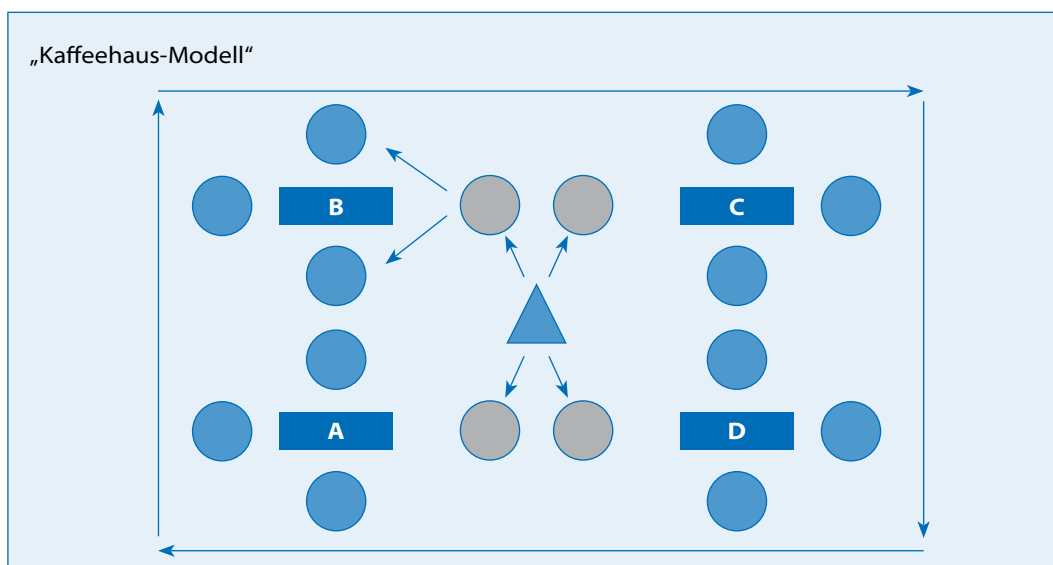
Aussagen zu einem Thema sammeln sollen. Folgende zwei Settings eignen sich für die Arbeit mit normal großen, aber auch sehr großen Gruppen.

Bei der „Soziometrie“ müssen als Erstes die beiden Achsen definiert werden, nach denen sich die PatientInnen ihren passenden Platz suchen sollen. Nehmen wir folgendes Beispiel: Wir wollen wissen, inwieweit die Patienten ihre Behandlung als hilfreich empfunden haben. Die Y-Achse wird als „Fortschritt bei meiner Genesung“, die X-Achse als „Entsprach die Therapie meinen Erwartungen“ definiert. Patient A bezeichnet mit seiner Position, dass er sich mit seiner Genesung schon auf mehr als über der Hälfte des Weges empfindet, die Therapie aber anders verlief als erwartet. Patient B sieht sich schon als beinahe geheilt an und es kam auch

ungefähr so, wie er es erwartet hat. Auf diese Informationen kann der Therapeut dann eingehen, mit Fragen wie: „Woran erkennen Sie, dass Sie schon fast geheilt sind?“ „Was kam in der Therapie anders, als Sie erwartet haben?“

Die „Aufstellung“ eignet sich sehr gut als „ice breaker“. Man bittet die Teilnehmer darum, sich nach dem Alter, dem Herkunftsort oder dem Beruf, der Beschwerde, der Therapiedauer etc. zusammenzufinden. Somit erhält man sehr schnell einen ersten Eindruck über spezifische Gruppenausprägungen. Wichtig ist dann immer die Interaktion mit den Mitgliedern der diversen Cluster. Man kann die Cluster auch mit einander kommunizieren lassen.

Im „Kaffeehaus-Modell“ bewegen sich die Patienten und Patientinnen zwischen mehreren Stationen, in diesem Fall A, B, C und D. Ein



Patient pro Station wechselt nicht und verbleibt als Daten- und Meinungssammler bei der Station (dies kann ein Tisch, eine Ecke im Raum etc. sein) und hilft den nach einer bestimmten Zeit im Uhrzeigersinn durchwechselnden Anderen, die Ideen der Vorgänger weiterzuentwickeln. Ein schönes Beispiel aus dem Bereich des ressourcenorientierten Arbeitens wäre das Folgende: Die Aufgabenstellung lautet: „Wann in Ihrem bisherigen Leben haben Sie Stärken entwickelt, die Ihnen nun bei der Lösung Ihres Problems helfen können?“ Die Stationen werden als „Kindheit (A)“, „Jugend (B)“, „Erwachsenenalter (C)“ und „gerade jetzt (D)“ definiert. Der Wechsel soll langsam erfolgen, da, je nach Startposition, manche der Patienten sich im Zeitstrahl vorwärts, manche aber zwangsläufig rückwärts bewegen (Wechsel von D nach A). Die Sammler präsentieren dann die gefundenen Ressourcen der Gruppe.

Die drei Settings verhaltenstherapeutischer Psychotherapiegruppen

Fiedler (2005) zeigt sehr schön die Unterschiede zwischen einem modularen, zieloffenen und verhaltensanalytischen Setting. Ich habe bis zu diesem Punkt in diesem Artikel meine persönliche Meinung zum räumlichen Umfeld, diversen Verhaltensvorschlägen für die Therapeutinnen und Therapeuten, statischen und dynamischen Sitzordnungen und deren möglichen Auswirkungen auf die Erreichung von Zielen demonstriert. Zusätzlich dazu lade ich nun dazu ein, zwischen diesen drei unterschiedlichen Abläufen verhaltenstherapeutischer Therapiegruppen strategisch zu wählen.

Die modulare Therapiegruppe

Es gibt eine große Anzahl von fertigen Therapiekonzepten zu allen möglichen Problemfeldern, sei es nun Alkohol, Depression, Borderline, Internetabhängigkeit etc. Der Vorteil von modularen Konzepten ist eine Art von Sicherheit sowohl für Therapeut als auch für Patient, Sicherheit hinsichtlich der Dauer, der Abfolge der Themen und der Zielsetzung jeder einzelnen Stunde. Als nachteilig zeigt sich hierbei jedoch, dass ein Eingehen auf den einzelnen Patienten nicht möglich ist, da sonst der gesamte Fahrplan durcheinanderkommt. Wenn Patienten einen Termin verpassen, fällt es diesen dann manchmal schwer, wieder Anschluss zu finden.

Die zieloffene Therapiegruppe

Dieses Design bietet sich an, um Patienten über einen längeren Zeitraum hinweg in einer geschlossenen, halboffenen oder offenen Gruppe zu betreuen. Der Gruppenleiter bringt zu einem speziellen Thema eines der Module anderer Therapiekonzepte mit und bearbeitet dies mit den Teilnehmern, wobei aktuellen Problemen immer der Vorrang gegeben wird. Der Vorteil dabei ist, dass die Therapeuten unter einer Vielzahl fertiger modularer Konzepte wählen und trotzdem dem Einzelpatienten nah bleiben können. An dieser Stelle ein kurzes Beispiel aus dem Ambulatorium des Wiener Anton-Proksch-Institutes. Auf einem der Gruppenpläne könnte stehen: heutiges Thema „Umgang mit Enttäuschungen und Frustrationen“ – wo sich die Gruppenleitung Modulen eines Aggressionskonzeptes bedient; nächste Woche: „Genießen lernen“ – wo der Therapeut mit der Gruppe eine Übung aus der Achtsamkeit entlehnt und genüsslich Erdbeeren isst.

Die verhaltensanalytische Therapiegruppe

Dieses Setting eignet sich vor allem für bereits erfahrene Patientinnen und Patienten und ist im ambulanten Bereich gut aufgehoben. Der Therapeut beginnt mit folgender Frage an alle Teilnehmer: „Was erwarten Sie sich von der heutigen Gruppe?“ Reihum, jedoch ohne Zwang, sich zu äußern, definieren die Anwesenden ihre Erwartungen. Daraus ergibt sich dann schnell ein Themengebiet, welches im Interesse der meisten steht. Dann gilt es, exemplarisch einen Fokuspatienten anzusprechen, mit ihm an dessen Problem zu arbeiten. Es werden sich noch mehrere Andere, die Ähnliches erlebt haben, als weitere Fokuspatienten zu Wort melden, die Verbliebenen lernen als Zuhörer am Modell. Um nachhaltig zu sein, überlegt sich die Gruppe eine Aufgabe bis zum nächsten Termin, um den Transfer der Erfahrung von der Gruppe in die reale Umwelt zu erleichtern. Dann folgt die Abschlussrunde und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer geben sich selber und der Gruppenleitung Feedback, wie hilfreich sie die Sitzung empfunden haben.

Priming

Kahnemann (2012) demonstriert in seinem Buch „thinking fast, thinking slow“ auf sehr anschauliche Weise, wie wir unser Verhalten dadurch verändern, weil unsere Aufmerksam-

keit kurz zuvor auf etwas Bestimmtes gelenkt wurde. Er demonstriert, dass sich Probanden, die vorher auf alte Menschen geprimt wurden, später auf dem Weg zur Cafeteria auch langsamer bewegt haben als jene, die auf Jugend geprimt waren. Priming-Mechanismen sollten gezielt am Ende der Stunde eingesetzt, Ressourcen angesprochen werden. Ein wesentlich besserer Abschluss als „ich wünsche Ihnen bis zur nächsten Stunde viel Kraft im Kampf gegen Ihre Angst“ wäre „ich bin schon gespannt darauf, was Sie alle beim nächsten Mal für mutige Geschichten zu erzählen haben werden“. Somit primen wir die PatientInnen am Ende der Einheit auf Mut und lassen sie die Welt als mutige Menschen wahrnehmen und nicht als Angstpatienten.

So bleibt mir nun am Ende nur zu hoffen, dass Sie aus diesem Artikel etwas Nützliches zur Thematik der verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie erfahren konnten, etwas, das Sie neugierig gemacht hat und das Sie sobald wie möglich ausprobieren möchten. Fühlen Sie sich geprimt.

Literatur

- Angermaier, M. (2010): *Lösungsorientierte Gruppentherapie*. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. (2005): *Verhaltenstherapie in Gruppenpsychologische Psychotherapie in der Praxis*. 2. Auflage. Weinheim: Beltz-PVU.
- Kahnemann, D. (2012): *Schnelles Denken, Langsames Denken*. München: Siedler.
- Shem, S., (2007): *The house of god*. München: Droemer Knauer.
- Yalom, I. (2005): *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Yalom, I. (2005): *Im Hier und Jetzt – Richtlinien der Gruppenpsychotherapie*. 2. Auflage. München: btb.



Mag. Dr. Aron Kampusch

Suchttherapeut am Anton-Proksch-Institut,
Wien

Klinischer Psychologe und Gesundheits-
psychologe, Psychotherapeut (VT),
Kommunikationswissenschaftler
aron.kampusch@api.or.at

Personzentrierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen

Senta Feselmayer & Wolfgang Beiglböck

1 Was ist personzentrierte Psychotherapie?

Carl R. Rogers, der Begründer der „client-centered therapy“, versteht unter Gesprächspsychotherapie (so die damalige deutsche Übersetzung) das Beziehungsangebot an einen Klienten, der sich in einem Zustand der Inkongruenz befindet und in einer Therapie persönlichkeitsverändernde bzw. korrigierende Erfahrungen machen soll: „Klientenzentrierte Orientierung ist eine sich ständig weiterentwickelnde Form der zwischenmenschlichen Beziehung, die Wachstum und Veränderung fördert. Sie geht von folgender Grundhypothese aus: Jedem Menschen ist ein Wachstumspotential zu eigen, das in der Beziehung zu einer Einzelperson (etwa einem Therapeuten) freigesetzt werden kann. Voraussetzung ist, dass diese Person ihr eigenes reales Sein, ihre emotionale Zuwendung und ein höchst sensibles, nicht urteilendes Verstehen in sich selbst erfährt, zugleich aber dem Klienten mitteilt. Das Einzigartige des therapeutischen Ansatzes besteht darin, dass sein Schwerpunkt mehr auf dem Prozess der Beziehung selbst als auf den Symptomen oder ihrer Behandlung liegt“ (Rogers, 2002, S. 17).

Als Rogers diesen Ansatz zu Beginn der 1950er Jahre des vorigen Jahrhunderts veröffentlichte, war dieser humanistische Ansatz in einer vom Behaviorismus dominierten wissenschaftlichen Landschaft geradezu revolutionär. Mittlerweile sehen jedoch viele therapeutische Schulen diesen beziehungsorientierten Ansatz als grundlegende Notwendigkeit der therapeutischen Beziehungsgestaltung an. Selbst die Verhaltenstherapie bedient sich mittlerweile – und zu Recht – dieses Ansatzes, allerdings meist ohne ihn explizit zu nennen. Es ist also mittlerweile „state of the art“ die Beziehungsebene zwischen Therapeut und Klient als einen der wesentlichen Wirkfaktoren des psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen Handelns zu sehen. Wenn dies gelegentlich auch recht polemisch diskutiert wird (vgl.

Hentze, 2011) so ist andererseits auch zu beachten, dass gerade in der Arbeit mit Suchtkranken, der rein „gesprächstherapeutische“ Ansatz ebenfalls auf Schwierigkeiten stößt und sich anderer Interventionsformen bedienen muss, wie weiter unten noch gezeigt werden soll.

2 Wirkfaktoren und Einschränkungen personenzentrierter Psychotherapie bei Suchtkranken

Wie dargestellt sieht Rogers die Beziehungsgestaltung als den wesentlichen Faktor erfolgreicher therapeutischer Arbeit. Bereits hier ergeben sich allerdings die ersten Einschränkungen des alleinigen Einsatzes der personenzentrierten Psychotherapie bei Suchtkranken. Wie wir bereits 1985 (Feselmayer & Heinzl) darstellen konnten, können suchtkranke Patienten mittels der personenzentrierten Psychotherapie nur dann erreicht werden, wenn sie fähig sind Beziehungen zu ihren Erfahrungen und Gefühlen aufzunehmen, zu erleben und zu reflektieren. Also Inkongruenz nicht nur haben können, sondern ansatzweise auch erleben zu können. Dieses Erleben widersprüchlicher intrapsychischer Tendenzen (vgl. Bense, 2003; 2012) wird jedoch durch die ständige Einnahme des Suchtmittels weitgehend reduziert und somit ist der Suchtkranke (auch aufgrund der neurotoxischen Wirkung der jeweiligen Substanz) therapeutisch nicht dauerhaft erreichbar.

Das Erleben der Inkongruenz, d.h. das Erleben von Erfahrungen, die mit dem eigenen Selbstkonzept unverträglich sind, äußert sich in intrapsychischen Spannungszuständen, die sich in einer krankheitswertigen Symptomatik manifestieren können (Angst, Depression, Stressfolgeerkrankungen). Im Rahmen dieses sekundären Abhängigkeitssyndroms (vgl. z.B. Schuckit, 1985, Alkoholabhängigkeit als Folge psychiatrischer Grunderkrankungen, im Gegensatz zum primären Verlauf, bei dem Alkoholabhängigkeit ohne zugrundeliegende

psychische Symptomatik lediglich aus einem normausnützendem Hintergrundstrinken entsteht) wird nunmehr das Suchtmittel dazu verwendet, diese Inkongruenz zu beseitigen, wobei letztendlich gar keine Veränderungsmotivation entstehen kann. Bense (2012, S. 50) beschreibt in weiterer Folge auch noch das Konzept der sekundären Inkongruenzen, „d.h. Widersprüchlichkeiten, die aus dem Suchtverhalten selbst resultieren“, wie z.B. Entzugsercheinungen, Kontrollverluste, körperliche Erkrankungen etc. D.h. auch bei einem primären Verlauf nach Schuckit werden aller Voraussicht nach Inkongruenzen entstehen, die jedoch ebenfalls durch die fortgesetzte Einnahme des Suchtmittels weitgehend reduziert werden können.

Das bedeutet daher, dass ein Wahrnehmen der Inkongruenz eigentlich erst mit dem Absetzen des Suchtmittels (Abstinenz) wahrgenommen werden kann. Der Patient ist also erst im abstinenter Zustand für eine personenzentrierte Psychotherapie erreichbar. Dieser Umstand sollte auch im Zusammenhang mit dem in den letzten Jahrzehnten immer wieder auftretenden Konzept des kontrollierten Substanzkonsums diskutiert werden (z.B. Kökel, 2013), das wohl bei manifester Substanzabhängigkeit nach ICD-X zu einer eingeschränkten Psychotherapiemöglichkeit führen könnte. Dieser Umstand könnte wohl auch eine Herausforderung für Therapeuten im Rahmen einer Psychotherapie mit substituierten Patienten darstellen.

Diese Herausforderung besteht in der Art der Beziehungsgestaltung. Diese muss einerseits eine besonders empathische sein, um eben Gefühle erfahrbar zu machen und das Vertrauen in das eigene Wachstumspotential zu fördern (Selbstaktualisierungstendenz nach Rogers), andererseits konfrontierend in Bezug auf die Folgeerscheinungen süchtigen Verhaltens (Förderung der Wahrnehmung der Inkongruenz). Diese besondere Art des Beziehungsangebotes wird oft zum zentralen Thema in der Therapie, denn es muss Klarheit darüber herrschen, dass die Empathie der Person des Patienten gilt, seiner Sucht jedoch keinerlei Empathie entgegengebracht wird (Beiglöck & Feselmayer, 1991), d.h. ein

JA zur Person, NEIN zur Sucht.

In der Begegnung mit Alkohol- und Drogenabhängigen setzt die immer wieder beobachtbare emotionale Kommunikationsschwäche und Phantasiearmut vieler Patienten Therapeuten in Erstaunen (vgl. Croissant et al., 2002). Dieses Phänomen wird im Regelfall als „Alexithymie-

konzept“ beschrieben. Burian (1985) versteht darunter die Schwierigkeit bzw. Unfähigkeit Gefühle zu benennen, zu differenzieren und auszudrücken. Die Phantasie der Patienten ist gering entwickelt, die Sprache ist eingeeengt und sehr häufig an gegenständliche, konkrete Details gebunden. Gerade diese Definition lässt erahnen, wie schwierig Rogers Prämissen im Umgang mit Suchtkranken umzusetzen sind.

Eine weitere Besonderheit in der Therapie der Suchtkranken ist die Tatsache, dass Suchtmittel im Regelfall, auch wenn oft nur vorübergehend (vgl. Feselmayer et al., 1983), neurotoxische Folgeschäden nach sich ziehen. Beeinträchtigungen von Gedächtnis, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit sowie Beeinträchtigungen des Gedankenductus und von Exekutivfunktionen sind eine direkte Folge der Drogenwirkung und nicht in Zusammenhang mit der psychodynamischen Situation des Patienten zu sehen (vgl. Batra et al., 2012). Daher ist im Regelfall die Rückbildung dieser Schäden abzuwarten bzw. mit einem neuropsychologischen Funktionstraining anzugehen, ehe mit einer personenzentrierten Therapie begonnen werden kann.

Beim Annehmen des Beziehungsangebotes im Sinne der personenzentrierten Therapie ergeben sich in der Arbeit mit Suchtkranken für den Therapeuten noch weitere Schwierigkeiten: Es ist eine immer wieder beobachtbare Tatsache, dass der Patient seine Beziehung zum Therapeuten oft wie zu seiner Droge gestaltet. Der Therapeut hat genauso wie die Flasche jederzeit verfügbar zu sein und nur Wohlbefinden herzustellen. Hier gilt es für den Therapeuten klare Grenzen zu ziehen und trotz aller Empathie die Eigenverantwortlichkeit des Klienten zu beachten. Eine weitere Beziehungsfalle liegt darin, dass die Abhängigen sehr oft einer „Opferideologie“ unterliegen (externale Attribution, vgl. Beiglöck & Feselmayer, 1987) und sich selbst als Opfer ihrer Umwelt und sich nicht als Gestalter ihrer Umwelt erleben. Dieses Verhalten wird derart perfektioniert, dass der Therapeut oft ungewollt in die Rolle des „Helfers“ gerät und die Selbstaktualisierungstendenz des Patienten damit nicht zum Tragen kommen kann. D.h. der Therapeut übernimmt oft Funktionen, die der Patient selbst zu übernehmen hätte und lässt sich dazu „verführen“ die Vereinbarung der Abstinenz fallen zu lassen. In der Arbeit mit Abhängigen ist es also, nicht nur für den personenzentrierten Therapeuten, wichtig Grenzen zu setzen und vermehrte Aufmerksamkeit auf die den Klienten eigene Beziehungsgestaltung zu richten (Beiglöck & Feselmayer, 1991).

3 Der therapeutische Prozess bei Suchtkranken auf der Grundlage der personenzentrierten Psychotherapie

Der therapeutische Prozess lässt sich unter zwei Aspekten beschreiben: von außen als eine Reihe von Phänomenen, die sich aus der Therapeut-Klient-Beziehung ergeben, von innen als Perspektiven, die sich aus der Wahrnehmung des Klienten ergeben.

Rogers (2012) beschreibt diesen Prozessverlauf in sieben Stufen. Der Patient beginnt die Therapie auf irgendeiner Stufe des Kontinuums und sollte sich im günstigsten Fall in Richtung Endpunkt der „Skala“ verändern:

Stufe 1

Der Patient lebt in einer Welt starrer Konstrukte, die sämtliche außerhalb seines Selbst liegen; der Patient ist von seinem gegenwärtigen Erleben weit entfernt. Der Wunsch nach Änderung ist noch nicht bewusst.

Stufe 2

Der Patient kann über äußere Vorgänge sprechen. Diese werden jedoch als außerhalb des Selbst liegend wahrgenommen. Persönliche Einstellungen sind starr und nicht veränderbar. Gefühle werden als fremd und in der Vergangenheit liegend erlebt.

Stufe 3

In dieser Stufe suchen Patienten meist den Therapeuten auf. Der Patient kann sich schon etwas freier über sein Selbst äußern, das als Objekt gegeben ist. Es werden Gefühle und persönliche Bedeutung aus rückschauender Sicht mitgeteilt.

Stufe 4

Auf dieser Stufe beginnt der Patient sich der eigenen Anteile an seinen Problemen bewusst zu werden. Enge Beziehungen werden immer noch als gefährlich empfunden, doch gelegentlich wagt es der Patient sich bis zu einem gewissen Grad emotional mitzuteilen. Ein Großteil des therapeutischen Geschehens bewegt sich auf dieser Stufe. Der Patient beginnt erstmals seine Gefühle wahrzunehmen. Dies macht ihm Angst und verwirrt ihn.

Stufe 5

Auf diese Ebene gelangt der Patient nur dann, wenn er sich in der therapeutischen Beziehung angenommen und sicher fühlt und den Zugang zu seinem Selbst weniger angstbesetzt erlebt. Folgende Verhaltensmerkmale treten auf: Gefühle werden unmittelbar mitgeteilt, es

kommt zu einer wachsenden Einsicht in die Diskrepanz zwischen dem aufgebauten Selbstbild und dem tatsächlichen Erleben. Der Patient beginnt zu spüren, dass die Gültigkeit seines Selbstbildes, das er nach außen hin verkörpert, überprüft werden muss.

Stufe 6

Hier erlebt der Patient Gefühle, die dem Bewusstsein vorher nicht zugänglich waren, und akzeptiert sie auch. Das Selbst ist gleichbedeutend mit dem fortlaufenden Prozess des Erlebens, der sich dauernd wandelt.

Stufe 7

Diese Stufe ist eine Wunsch- und Leitvorstellung für das, was sich je erreichen ließe. Sie repräsentiert den sich voll entfaltenden Menschen („fully functioning person“, Rogers, 1951)

Beim Lesen dieses Stufenprozesses werden wohl viele Leser an das Stufenmodell von Prochaska und DiClemente (1995) erinnert werden. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als dieses „transtheoretische Modell“ auch Ansätze der humanistischen Psychologie inkludiert – v.a. darin, dass fehlende Veränderungsbereitschaft nicht als pathologisches Phänomen zu betrachten ist, sondern als nicht ausreichende Ausrichtung des Therapeuten an den Bedürfnissen des Patienten. Prochaska und DiClemente (1995) beschreiben in ihrem ursprünglich als „Phasenmodell“ bezeichneten Konzept verschiedene „Phasen“ der Motivation, das trotz kritischer Betrachtung in den letzten Jahren noch immer eine wertvolle Handlungsanweisung darstellt. In einer späteren Phase durchaus angebrachte Interventionstechniken können z.B. am Beginn einer motivationalen Entwicklung kontraproduktiv sein. Zu Beginn kann die alleinige Vermittlung von Information über die Krankheit und das Aufzeigen kognitiver Dissonanzen (Inkongruenzen) den Patienten verhelfen aktiv zur Veränderung beizutragen. Es würde zu weit führen das Modell an dieser Stelle ausführlicher darzustellen, jedoch liegt der Verdienst der beiden Autoren darin, den Therapeuten klare Handlungsanweisungen v.a. für den Beginn einer Therapie mit Suchtkranken zu geben.

Eine Erweiterung dieses Ansatzes findet sich bei Miller und Rollnick (2002), die in ihrem Ansatz von der humanistischen Psychologie kommend eine Art der nicht-konfrontativen Gesprächsführung im Umgang mit Ambivalenz und „Widerstand“ vorstellen und empirisch überprüft haben. Wie Fiedler (2012, S. 78) anmerkt, beziehen sich „die Basisinformationen der motivierenden Gesprächsführung

darauf empathisches Verstehen zu verwirklichen, mit Inkongruenzen zu arbeiten, mit Widerstand umzugehen und das Empfinden von Selbstwirksamkeit zu fördern.“

Diese beiden Ansätze lassen sich somit gut in ein personenzentriertes Modell des therapeutischen Prozesses bei Suchtkranken integrieren. Im Sinne der ersten Stufen Rogers sollten derartige Interventionen v.a. zu Beginn einer Therapie mit Suchtkranken stehen, um die o.a. Abstinenz als Grundlage einer sinnvollen personenzentrierten Therapie zu erreichen.

Allgemein verstehen wir den therapeutischen Prozess – auch bei Suchtkranken – als Antwort des Patienten auf das Beziehungsangebot des Therapeuten. Wenn der Patient feststellt, dass ihm jemand zuhört und ständig akzeptiert, wie er seine Gedanken und Gefühle äußert, lernt er nach und nach dem zuzuhören, was in seinem Inneren vorgeht. Er lernt wahrzunehmen, was er bisher verleugnet hat und empfindet erstmals schmerzlich, dass er sich in einem Widerspruch befindet. Allmählich kann er die Angst vor diesem Erleben verspüren und damit auch langsam abbauen. Es gelingt ihm authentische Gefühle, die er bisher aus seinem Bewusstsein verbannt hatte, zuzulassen und zu verbalisieren. Er erlebt, dass sich an der akzeptierenden Haltung des Therapeuten ihm gegenüber nichts ändert (allerdings bei einer gleichzeitig nicht-akzeptierenden Haltung gegenüber dem Suchtmittelkonsum). Dadurch verändert sich langsam seine Einstellung zu seinem Therapeuten und auch zu sich selbst.

Im Mittelpunkt der Therapie steht das Bemühen, dem Patienten die Bedingungen anzubieten, unter denen er sich ohne Abwehrhaltungen mit seinen authentischen Gefühlen und Erfahrungen auseinandersetzen kann, d.h., dass er sich nicht mehr an sein inkongruentes Selbstbild klammern muss. Der Patient soll also in einem Prozess, den man „Nachreifung“ nennen könnte, darin unterstützt werden seine angeborene Fähigkeit zur Selbstentfaltung zu entdecken. Der wichtigste Aspekt im Therapieprozess ist, dass der Patient über seine Erlebnisse und Gefühle nicht nur spricht, sondern unmittelbar erlebt und sie auch zulassen kann. Aus diesen direkten Empfindungen ergeben sich für ihn neue Lösungsmöglichkeiten.

Feselmayer und Heinzl (1985) beschreiben den Ablauf der Therapie in 2 Bewegungen, die zeitlich nicht unbedingt voneinander zu trennen sind. Zum einen geht es darum, dass Empfindungen, die bisher als gefährlich und bedrohlich erlebt wurden, zugelassen und akzeptiert werden – also das ansatzweise Zulassen von Inkongruenz bis zum intensiven Erleben eben dieser. Der Patient plagt sich mit

„ich komme nicht damit zurecht suchtkrank zu sein“, „wie soll ich in unserer Gesellschaft abstinent leben“, „ich kann mir nicht vorstellen nie mehr in meinem Leben ein Suchtmittel zu konsumieren“.

Die „Abwehr“ wird geringer und die Toleranz für das Zulassen von Gedanken wie „eigentlich schadet mir das Suchtmittel und doch richte ich mich nicht danach“ wird größer. Das bisherige Selbstbild des Patienten und die rigide „Abwehr“ sind nunmehr bereits durchlöchert. Es können nunmehr neue Wahrnehmungen und Erfahrungen, die dem Organismus kongruent sind, gemacht werden. Ein zentraler Punkt dieser Wahrnehmungen ist es, sich selbst als „krank“ zu verstehen („Krankheitseinsicht“).

Wenn der Patient seinem neuen und kongruenten Selbstbild zustimmen kann, beginnt die zweite Bewegung in der Therapie. Vom neuen Selbstbild aus werden positiv gestimmte Erlebnisse und Verhaltensmöglichkeiten gefunden und geprüft. Die Patienten berichten erstmals von einem intensiven Erleben verschiedenster realer Situationen ohne Suchtmittel. Neben der therapeutischen Beziehung als externe Ressource (Willutzki & Teismann, 2013) kann nunmehr auch vermehrter Kontakt zu bisher verschütteten Ressourcen hergestellt werden. Das bedeutet, die Selbstaktualisierung wird in bisher ungeahntem Ausmaß möglich.

Das Ressourcenkonzept findet in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken zunehmende Beachtung (vgl. Feselmayer et al., 2008). In der theoretischen Fundierung psychotherapeutischer Arbeit kommt nach Grawe (2004) der Ressourcenaktivierung besondere Bedeutung zu. Dies bedeutet, unter der Vielzahl möglicher Ressourcen jene aufzufinden, die für die individuelle Person im therapeutischen Prozess hilfreich sind und unterstützend eingesetzt werden (= personenzentriert). Dazu gehören Ressourcen, die motivational stark besetzt sind und sich steigernd auf das Selbstwertgefühl und damit das Selbstkonzept auswirken. Diese sind besonders geeignet, den Veränderungsprozess zu mobilisieren. Je stärker die individuellen Ressourcen aktiviert werden, umso mehr wird sich der Patient in der Therapie wiederfinden und im Selbst aufgewertet fühlen. Je mehr sich die PatientIn im Zuge einer „gelungenen Ressourcenaktivierung“ (ebd., S. 35) in der Therapie neben der Problembearbeitung auch in den positiven Seiten unterstützt fühlt, umso mehr fühlt sich die Person angenommen. Der Erfolg von Therapiesitzungen ist nach Grawe (2004) davon abhängig, wie viel an Ressourcenaktivierung stattfindet. Durch die Ressourcenaktivierung erfolgt die Hemmung negativer Emotionen wie

z.B. Angst. „Eine Angsthemmung aufzubauen erfordert, dass das Gehirn in einem möglichst wenig angstbereiten Zustand ist. Das wichtigste Mittel des Therapeuten ist die Herbeiführung „bedürfnisbefriedigender Erfahrungen“ (ebd., S. 399). Die Ressourcenaktivierung geht mit positiven Emotionen einher, die der Therapie zugeschrieben werden und einen positiven Rückkoppelungsprozess in Gang setzen. Diese positiven Rückkoppelungsprozesse unterstützen die Problembewältigung maßgeblich. Positive Emotionen stoßen die Aufwärtsspirale positiver Entwicklungen an (Fredrickson & Joiner, 2002) und sind daher in der Psychotherapie, aber auch im alltäglichen Leben für die Problembewältigung und die Abstinenz unverzichtbar.

Dies stimuliert weitere Schritte im therapeutischen Prozess zu übernehmen und somit ihr neues kongruentes Selbstbild zu verfestigen. Es kommt zu einer freien Entwicklung von innen heraus.

Diese zweite Bewegung ist erst dann voll wirksam, wenn die Grundstörung, die Auslöser für die Suchterkrankung war, zum Thema wird. Dies gilt vor allem für die sekundären Krankheitsverläufe nach Schuckit (siehe oben).

Davon ausgehend sehen wir eben v.a. bei sekundären Suchterkrankungen die personenzentrierte Psychotherapie bei Suchtkranken aufgegliedert in diese zwei nur teilweise unabhängige Therapieverläufe mit jeweils eigener Indikationsstellung, eigenen Therapiekontrakten und Therapiezielen: In der ersten Therapie ist das Erzielen der Abstinenz das zentrale Thema. Kongruenz ist dann erreicht, wenn sich der Patient als abstinent gut erleben kann und sein Selbst in diese Richtung gut umstrukturiert und gefestigt hat. Dann ist der Weg für eine neue Indikationsstellung offen. Hier erarbeiten wir neue Therapieziele, die sich aus den Komorbiditäten (Inkongruenzen) ergeben, die einen Auslöser für die Suchterkrankung darstellen. Auch hier können wir nun die beiden in der Therapie wirksamen Bewegungen sehen: Zum Ersten geht es darum das eigene selbstschädigende Verhalten zu erkennen (Inkongruenz zu spüren und zuzulassen), zum Anderen die von einem neuen organismisch stimmigen Selbstbild ausgehenden positiven Möglichkeiten (Ressourcen, Selbstaktualisierung) zu entdecken.

Auch wenn – trotz vielfacher Diskussion – das Ziel ein stabiles abstinentes Selbstbild ist, handelt es sich bei der Suchterkrankung um ein chronisches Krankheitsgeschehen. Daher muss der Umgang mit einem eventuellen Rezidiv ebenfalls Bestandteil der Therapie sein. Auch

hier kann wieder auf die personenzentrierte Vorgangsweise im Sinne des transtheoretischen Modells nach Prochaska und DiClemente (1995) verwiesen werden. Der Rückfall gilt in diesem Modell nicht als „Betriebsunfall“, sondern als zu erwartender Bestandteil dieses Modells. Im Regelfall muss bei einem Rückfall der Motivationsprozess von Neuem durchlaufen werden. Dies gilt es auch dem Patienten zu vermitteln, da Rückfälle oft mit Schuld und Scham besetzt sind und die Behandlung ausgesetzt wird. Auch hier kommt der nichtwertenden Haltung des „JA zur Person und NEIN zur Sucht“ ein bedeutender Stellenwert zu. Eine Intervention in dieser Phase muss vor allem darauf ausgelegt sein, die Angst und Panik des Patienten zu unterbinden, eine selbstverzeihende Haltung sich selbst gegenüber einzunehmen (Bensel, 2012). Ebenso sollten Schuldzuweisungen, die auch oft der Patient und seine Angehörigen vornehmen, vermieden werden.

In einer Abhandlung zum Thema personenzentrierte Therapie bei Suchtkranken darf – wie immer bei der Therapie Suchtkrankter – das Thema Gruppentherapie nicht außer Acht gelassen werden. Allein aus ökonomischer Sicht ist die Gruppentherapie das überwiegende psychotherapeutische Setting in der Behandlung Suchtkrankter. Aber nicht nur aus ökonomischer Sicht spricht einiges für diese Therapieform. Neben den üblichen Wirkfaktoren der Gruppe (Yalom, 2003) kommt – wie Bensel (2012, S. 292) festhält – „über das Erleben mitfühlenden Verstehens durch einzelne Gruppenmitglieder oder idealerweise durch die Gruppe als Ganzes (kommt) das personenzentrierte Therapieprinzip der Empathie auf besonders eindrückliche Weise zum Ausdruck“. Weiters geht Bensel (2003) davon aus, dass auch die Gruppe in ihrer Gesamtheit – vergleichbar mit dem Individuum – über eine Aktualisierungstendenz verfügt. Dies bedeutet, dass „eine der Gemeinschaft inhärente wachstumsfördernde Energie frei werden kann, deren Präsenz deutlich erkennbar wird an den Äußerungen und dem Verhalten der Gruppenmitglieder“ (ebd., S. 73).

4 Abschließende Bemerkungen

Aus diesen Ausführungen wird ersichtlich, dass die personenzentrierte Psychotherapie mit Suchtkranken – möglicherweise mehr als bei anderen Störungsbildern – auf die Besonderheiten der spezifischen Erkrankung Rücksicht nehmen muss. Dies ergibt sich nicht nur aus den o.a. Fakten, sondern auch aus dem wissenschaftlich anerkannten bio-psycho-sozialen Entstehungsmodell, d.h. der multifaktoriellen

Genese der Suchterkrankung (vgl. Feuerlein, 1986). D.h. ein erfolgversprechender Therapieansatz hat allen drei Einflussfaktoren gerecht zu werden (Feselmayer & Heinzl, 1985). Das bedeutet auch, dass neben dem oben beschriebenen psychotherapeutischen auch eine soziale und körperliche Stabilisierung zu erfolgen hat. Dies meist zu Beginn der Therapie. Ein unterstandloser Patient mit massiven finanziellen Problemen und Entzugsepilepsie kann zwar vielleicht seine Inkongruenz wahrnehmen, ist jedoch einer Psychotherapie kaum zugänglich. Ein Nichtbeachten dieser Umstände führt u.A. auch zu dem Unbehagen, das viele Psychotherapeuten im Umgang mit Suchtkranken befällt, diese zum „ungeliebten Klienten“ werden und zu dem Mythos, dass Suchtkranke in der Ordination nicht behandelbar seien (vgl. dazu Beiglböck & Feselmayer, 1991).

- Feselmayer, S. & Heinzl, K. (1985): Die klientenzentrierte Psychotherapie mit Suchtkranken. *W. Zf. f. Suchtforschung*, 8, (1/2), 49-56.
- Feselmayer, S., Poltrum, M., Cervinka, R. (2008): Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Suchtkranken am Beispiel der Natur und der Naturverbundenheit. *W. Zf. f. Suchtforschung* 31, 1, 49-53.
- Feuerlein, W. (1986) *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit*. Stuttgart: Thieme.
- Fiedler, D. (2012): Ein personenzentriertes Störungs- und Interventionsmodell bei Suchtproblemen. In: W. Bense & D. Fiedler, *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen* (S. 65-81). Köln: GwG-Verlag.
- Fredrickson, B. L., Joiner, T. (2002): Positive Emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13, 172-175.

Literatur

- Batra, A. & Bilke-Hentsch, O. (Hrsg.) (2011): *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter*. Stuttgart: Thieme.
- Batra, A., Gouzoulis-Mayfrank, E., Heinz, A., Scherbau, N. (2012): *Neurobiologie der Abhängigkeit. Grundlagen und Konsequenzen für Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beiglböck, W. & Feselmayer S. (1991): Der ungeliebte Klient – Aspekte der Psychotherapie mit Abhängigen. *personenzentriert*, 2, 48-63.
- Beiglböck, W. & Feselmayer, S. (1987): Suchtspezifische Attributionsstile des Alkoholkranken und deren therapeutische Relevanz. *W. Zf. f. Suchtforschung*, 10, 3/4, 85-91.
- Bense, W. (2003): *Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* (S. 67-74). Stuttgart: Trias-Verlag.
- Bense, W. (2012) Die personenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. In: W. Bense & D. Fiedler, *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Burian, W. (1985): Das Alexithymiekonzept in der Suchttherapie. *W. Zf. F. Suchtforschung*. 8, 1/2, 33-37.
- Croissant, B., Hölzl, M. & Olbrich, R. (2002): Alexithymie bei Alkoholkranken nach Entzug. *Sucht* 48, 2, 265-270.
- Feselmayer, S., Marx, R., Hofleitner, I., Beiglböck, W. (1983): Kritische Untersuchung zum organischen Psychosyndrom. *W. Zf. f. Suchtforschung*, 6, 4, 3-14.

- Frohburg, I. & Eckert, J. (Hrsg.): *Gesprächspsychotherapie heute – eine Bestandsaufnahme*. Köln: GwG-Verlag.
- Grawe, K. (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hentze, K.-O. (2011): Die Gesprächspsychotherapie in der Gesundheits- und Berufspolitik. In: I. Frohburg & J. Eckert (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie heute – eine Bestandsaufnahme*. Köln: GwG-Verlag.
- Körkel, J. (2013): *Kontrolliertes Trinken – damit Alkohol nicht zu Sucht wird*. 2. Auflage. Stuttgart: Trias-Verlag.
- Lindenmeyer, J. (2011): Cue-Exposure. In: A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (S. 51-55). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002): *Motivational Interviewing – preparing people to change*. New York: Guilford Press.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1995): *The Transtheoretical Approach. Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Malabar: Krieger Publishing.
- Rogers, C. R. (1951): *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (2002): *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. 17. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Rogers, C. R. (2012): *Entwicklung der Persönlichkeit*. 18. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schuckit, M. A. (1985): The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 42 (11), 1043-1049.
- Willutzki, U. & Teismann, T. (2013): *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Yalom, I. (2003): *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. 7. Auflage. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.



Dr. Senta Feselmayer

Univ.-Lektorin, Klinische Psychologin,
Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin



Dr. Wolfgang Beiglböck

Univ.-Lektor, Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut
Arbeitspsychologe im Anton-Proksch-Institut,
Wien und in freier Praxis; Lehrtätigkeit an der
psychologischen Fakultät der Universität
Wien sowie Sigmund-Freud-Privatuniversität
Wien.
wolfgang.beiglboeck@api.or.at

Ars Therapeutika. Atmosphären der Behandlung

Die European Society of Aesthetics and Medicine, die ihren Sitz im Anton-Proksch-Institut hat, beschäftigt sich seit ca. acht Jahren mit den Themenfeldern Ästhetik, Psychiatrie und Behandlung. Seit 2012 spielt die theoretische und praktische Auseinandersetzung mit dem Thema der Behandlungsatmosphäre eine wichtige Rolle. Die Fotografin Sonja Bachmayer, die schon öfter für die Zeitschrift **rausch** tätig war, hat acht psychotherapeutische Behandlungsräume namhafter Experten der Wiener Psychotherapieszene fotografiert. Dabei ging es ihr nicht darum, die Interieurs der jeweiligen Ordination (des jeweiligen Behandlungsraumes) im Sinne von „Schöner Wohnen“ zu zeigen, sondern durch einen gezielten Ausschnitt das Spezifische der jeweiligen Atmosphäre zur Geltung zu bringen. Sehen Sie selbst!

Begleitend zum Fotoprojekt haben die acht ausgewählten Professionisten ihre ganz persönliche Stellungnahme zu folgenden zwei Fragen abgegeben:

- Was ist Psychotherapie?
- Welche Rolle spielt die Atmosphäre für die psychotherapeutische Behandlung?

Passend zum Schwerpunktthema dieser Ausgabe „Psychotherapie und Sucht“ kommt damit das Mannigfaltige dessen, was Psychotherapie war, ist und sein kann, zur Sprache. Anbei die Expertenstatements und anschließend die Fotos von Sonja Bachmayer.

Stephan Doering

Univ.-Prof. Dr. med., Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytiker, Leiter der Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

Was ist Psychotherapie?

Auf diese Frage gibt es eine Antwort von meinem Vor-Vorgänger, Prof. Strotzka, der von 1971 bis 1987 die Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie (damals: Institut für Tiefenpsychologie und Psychotherapie) der Medizinischen Universität Wien (damals: Universität Wien) geleitet hat:

Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die im Konsens von Patient, Therapeut und sozialer Bezugsgruppe als behandlungsbedürftig angesehen werden.

Psychotherapie bedient sich psychologischer Mittel und wird meist verbal, aber auch a verbal in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimierung und/oder Veränderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens durchgeführt (Strotzka, 1978).

Ich habe bislang keine bessere Definition von Psychotherapie gefunden.

Aus heutiger Sicht erscheint es mir besonders wichtig, einer gewissen Inflationierung des Begriffs Psychotherapie entgegenzuwirken.

In diesem Sinne möchte ich Strotzkas Definition hervorheben, dass jede Psychotherapie in einer schlüssigen Theorie des zu behandelnden Problems bzw. der zu behandelnden Störung gegründet sein muss, und dass die Technik lehr- und lernbar sein muss. Der/die PsychotherapeutIn soll also jederzeit wissen, was er/sie tut, und warum er/sie es tut.

Welche Rolle spielt die Atmosphäre für die psychotherapeutische Behandlung?

Bezieht man den Begriff Atmosphäre auf den Raum und das Umfeld der Psychotherapie, so würde ich sagen, dass sie nur eine untergeordnete Rolle spielt – vorausgesetzt bestimmte Voraussetzungen sind erfüllt. Natürlich geht es nicht ohne Ruhe und Schutz vor dem Eindringen störender Einflüsse, seien es Pressluftschlämmer, Telefone, KollegInnen oder Familienmitglieder. Und natürlich muss die Vertraulichkeit der Psychotherapie sichergestellt sein. Ob aber der Raum so oder anders eingerichtet ist, ob die Möbel vom Designer oder vom Flohmarkt sind, ob die Bilder abstrakt, figürlich, grau oder bunt sind oder fehlen – das ist meiner Erfahrung nach wenig relevant. Ich bin überzeugt, dass die Gestaltung des Raumes, in dem die Psychotherapie stattfindet, regelmäßig zum Auslöser von Übertragungsphantasien des/der PatientIn wird, was dann Material für die therapeutische Arbeit abgibt. Je nach Struktur und Persönlichkeit wird der/die PatientIn annehmen, ich sei reich, da ich eine Mies van der Rohe-Couch besitze, ich sei bedeutend, weil mein Klinikbü-

ro so groß ist, oder ich sei bedauernswert, weil ich in einem so armseligen kleinen Zimmer mit Ikea-Möbeln mein Dasein friste. Jede dieser Phantasien ist für die Therapie gleichermaßen wertvoll. Für das Gelingen der Therapie ist aber nicht das Mobiliar, sondern die Qualität des psychotherapeutischen Prozesses entscheidend.

Ganz anders freilich wäre die Frage zu beantworten, wenn wir den Begriff Atmosphäre auf die zwischenmenschliche Situation in der Psychotherapie beziehen. Hier ist das Atmosphärische von höchster Bedeutung, wissen wir doch, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung einer der wichtigsten Wirkfaktoren überhaupt ist. Nur wenn eine Psychotherapie in einer zwischenmenschlich grundsätzlich tragfähigen und positiven Atmosphäre stattfindet, kann die Psychotherapie gelingen.

Rainer Gross

Prim. Dr. Rainer Gross, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytiker, Leiter der Sozialpsychiatrischen Abteilung am LK Hollabrunn

Was ist Psychotherapie?

Sie werden verzeihen, wenn ich hier weder mit einer „Textbook-Definition“ noch mit einem längeren Aufsatz antworte: Abgesehen von allen verschiedenen Therapie-Schulen und den dementsprechend unterschiedlichen Settings sollte Psychotherapie für mich primär eine Behandlungsmethode sein, bei der im Rahmen einer zwar asymmetrischen, aber gleichwertigen Beziehung ein (laut Freud) „Austausch von Worten“ erfolgt.

Prinzipiell fällt mir zur Beantwortung solch großer Fragen immer der von mir verehrte Kollege Anton Tschechow ein: Tschechow wurde von seiner Frau Olga Knipper brieflich gefragt, worin denn der Sinn des Lebens bestünde? Seine Antwort (ungenau, weil aus dem Gedächtnis zitiert):

Liebe Olga! Du fragst mich: Was ist der Sinn des Lebens? Ich frage Dich: Was ist eine Mohrrübe? Bei den Fragen kann ich nicht beantworten...

Welche Rolle spielt die Atmosphäre für die psychotherapeutische Behandlung?

Prinzipiell ist die Atmosphäre wohl wesentlich wichtiger, als wir uns TherapeutInnen zugestehen (wollen)! Dies betrifft sowohl „Atmosphäre“ im Sinne einer zwischenmenschlichen Atmosphäre zwischen Analytiker und Patient als auch „Atmosphäre“ als Ambiente, als durch Charakteristik des Behandlungsraums vermittelte „Grundstimmung“:

Natürlich macht es für PatientInnen einen massiven Unterschied, ob sie das Ordinationszimmer als warm oder kalt empfinden (ungeachtet der Beheizung), ob dieser Raum konsequent „neutral“ und fast klinisch leer und kühl gehalten ist oder aber durch viele beobachtbare Einrichtungsgegenstände/Bücher/Bilder etc. Rückschlüsse auf den Therapeuten/die Therapeutin zulässt.

Daher ist mein Ordinationszimmer bewusst nicht neutral gehalten – inkludiert eine vollgestopfte Bücherwand, auch am Schreibtisch jeweils kleinere oder größere Stöße von Büchern/Zeitschriften, meist auch irgendwo Kunstpostkarten etc. etc... In vielen Fällen konnten PatientInnen (speziell in tastenden Anfangsphasen einer Therapie) auf diese Gegenstände Bezug nehmen, die dann kurzfristig als ein Distanzregulierendes „gemeinsames Drittes“ Thema werden konnten...

Außerdem sehen all meine PatientInnen (besonders aber die auf der Couch liegenden) durch die Fenster oberhalb der gegenüberliegenden Häuser den Himmel – was viele von ihnen als entspannend bzw. angenehm erleben.

Nicolai Gruninger

Univ.-Prof. Mag., Psychologe und Psychotherapeut, Konservatorium Wien Privatuniversität

Was ist Psychotherapie?

... und ich möchte Sie, so gut ich es kann, bitten (...), Geduld zu haben gegen alles Ungeklärte in Ihrem Herzen und zu versuchen, die Fragen selbst liebzuhaben wie verschlossene Stuben und wie Bücher, die in einer sehr fremden Sprache geschrieben sind. Leben Sie jetzt die Fragen. Vielleicht leben Sie dann allmählich, ohne es zu merken, eines fernen Tages in die Antwort hinein.

R. M. Rilke, Briefe an einen jungen Dichter

Doch sehnt sich nicht jeder, der einen Psychotherapeuten aufsucht, nach Antworten? Antworten auf oftmals große Lebensfragen? Antworten darauf, wie es ihm oder ihr besser gehen kann? Wie Angst, Trauer, Einsamkeit überwunden, und seelische Wunden heilen können? Wie Potentiale und Spontaneität besser gelebt, und Lebendigkeit und Kreativität ins Leben zurückkehren können?

Psychotherapie ist Fragen stellen. Den Fragen begegnen, bei den Fragen verweilen und über die Fragen den Weg zum Hören finden. Hören auf Wünsche, Blockaden, Widerstände, Ängste und Hoffnungen. Hören, bis das Leben

zu rufen und zu sprechen beginnt. Hören, bis das Leben antwortet.

Welche Rolle spielt die Atmosphäre für die psychotherapeutische Behandlung?

Therapeut und Patient teilen eine Resonanzsphäre, in der das Sagen, das Fühlen, das Wahrnehmen und Innehalten klingt, pausiert und manchmal dröhnt. In der Schwebel schaukeln Aufmerksamkeit, Sprache und Hören. Sie ziehen konzentrische Kreise in die Stimme und Bewegung hinein, die ausspricht, mitteilt und berührt. Der Therapieraum bildet den Resonanzkörper, in dem die Stimme und Stimmung ihren Widerhall findet, in dessen akustischem Fluidum die Seele schwingt und vibriert. Er ist das Instrument, auf dem das therapeutische Gespräch spielt und erklingt. Ein Instrument, auf dem zarte und intime Saiten ebenso erklingen wie wuchtige Gefühlswirbel sich trommelnd Gehör verschaffen.

Die Atmosphäre – die Stimmung – bedarf einer Einstimmung und einer Gestimmtheit. Zuhören und Zugehörigkeit sind ihre Koordinaten.

Michael Musalek

Prim. Univ.-Prof. Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut, Ärztlicher Direktor des Anton-Proksch-Instituts

Was ist Psychotherapie?

Lebensneuinterpretation – Lebensneuentwurf – Lebensneugestaltung.

Daraus ergeben sich als Hauptaufgaben des Therapeuten:

- Hilfestellungen geben bei der Entfaltung und Entwicklung einer neuen Lebensinterpretation, eines neuen Lebensentwurfs und der Lebensneugestaltung des Einzelnen.
- Der Therapeut hat als dafür „Sorge-Tragender“ (vgl. *θεραπεία* – griech.: dienen, pflegen, sorgen) die Funktion des Stütze-Seins und des Unterstützung-Gebens. Im Sinne eines „Geländer-Werdens“ (siehe Nietzsche: Also sprach Zarathustra) stellt er jene Spielräume und Atmosphären bei, in denen Lebensentwurf und Neugestaltung Platz greifen kann und hilft dabei mit seinem therapeutischen Wissen das für den Einzelnen Mögliche möglich zu machen. In keinem Fall kann er die Funktion des Erziehers („Psychoedukation“ würde eine Pädagogikausbildung erfordern) oder die des Trainers („Lebensstraining“ würde das Wissen um das für jeden Einzelnen jeweils „richtige“ Leben erfordern) einnehmen.

Welche Rolle spielt die Atmosphäre für die psychotherapeutische Behandlung?

Eine ganz zentrale: ohne entsprechende Spielräume und Atmosphären, die dem einzelnen Raum und Zeit öffnen, um das Mögliche möglich zu machen, keine Möglichkeit zu einer für den Einzelnen adäquaten und nachhaltigen Lebensneugestaltung.

Martin Poltrum

Dr. phil., Philosoph und Psychotherapeut, Koordinator der Akademie des Anton-Proksch-Instituts

Was ist Psychotherapie?

Pierre Janet, der große Gegenspieler Freuds, hat einmal gemeint, dass Psychotherapie eine Art „mentale Desinfektion“ sei. Freud und Breuer haben, den Wiener Katharsis-Diskurs ihrer Zeit aufnehmend, ihre therapeutischen Bemühungen anfänglich mit dem Begriff Kathartische Therapie gekennzeichnet. Katharsis heißt Reinigung – gemeint war die Vergegenwärtigung, Aktualisierung und reinigende Entladung aufgetauter Affekte. Psychotherapie hat, nimmt man diese metaphorischen Felder ernst, offensichtlich etwas mit Reinigung, Entleerung und Desinfektion zu tun. Im Laufe des Lebens, das scheinen diese semantischen Verweise nahe zu legen, bleibt an der Seele alles Mögliche kleben und haften, was ihr nicht zugehört. Psychotherapie wäre demnach etwas, das mit Entrümpelung, Befreiung und Entladung zu tun hat. Anna O., das Orakel der Psychoanalyse, nannte ihre Psychotherapie-Erfahrung im Übrigen *chimney sweeping* – Rauchfangkehren.

Wahrscheinlich übersetzt man das griechische Wort Psyche – *ψυχή* (*psychē*) – frei nach Aristoteles und den alten Griechen am besten mit dem Begriff der „Weltoffenheit“, denn die Seele ist ja nichts anderes als die Öffnung, durch welche die Welt da ist. Ist diese Öffnung verstopft, dann ist möglicherweise nur der Weltausschnitt zugänglich – das Traurige, das Schreckliche, das Beängstigende –, der die Seele lahm legt. Die Seele muss dann reingefegt werden.

Die erste Wissenschaftsdisziplin, die sich im Abendland für die Auslegung der Psyche interessierte und für therapeutische Angelegenheiten der menschlichen Innenwelt zuständig wähnte, war die Philosophie. Nach Platons Bestimmung ist Philosophie die Liebe zum Schönen, und die Aufgabe des philosophischen Psychotherapeuten wäre demnach, die in der Höhle (siehe Platons Höhlengleichnis) eingesperrte Seele durch den Eros des Schönen zu

verführen, so dass sie neugierig und erotisiert die Enge der Höhle verlässt und ins Freie gelangt –, um dort den Glanz und das Leuchten der Dinge zu sehen.

Welche Rolle spielt die Atmosphäre für die psychotherapeutische Behandlung?

Die Behandlungsatmosphäre spielt für die Arzt-Patienten-Beziehung eine sehr wesentliche Rolle. Atmosphären können ein Gespräch öffnen oder verschließend wirken. Insbesondere die ästhetische Erfahrung des Schönen kann eine heilende Atmosphäre und Gestimmtheit schaffen, welche die Compliance des Patienten erhöht. Die kalte und distanzierende Atmosphäre der modernen, funktionellen Krankenhäuser ist meistens nicht neutral und bietet oft keinen vertrauenserweckenden Kommunikationskontext. Umgebungen und Dinge verbreiten emotionale Qualitäten und laden zu Gefühlen ein, die in der Folge Beziehungen fördern oder verhindern. Atmosphären sollen in der Behandlung so eingesetzt werden, dass Stimmungen möglich werden, welche eine missgestimmte oder verstimmte Seele umstimmen und die Seele wieder offen macht für den Blick auf die schönen Dinge des Lebens.

Brigitte Sindelar

Univ.-Doz. Dr., Klinische Psychologin und Psychotherapeutin, Vizerektorin Forschung der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien

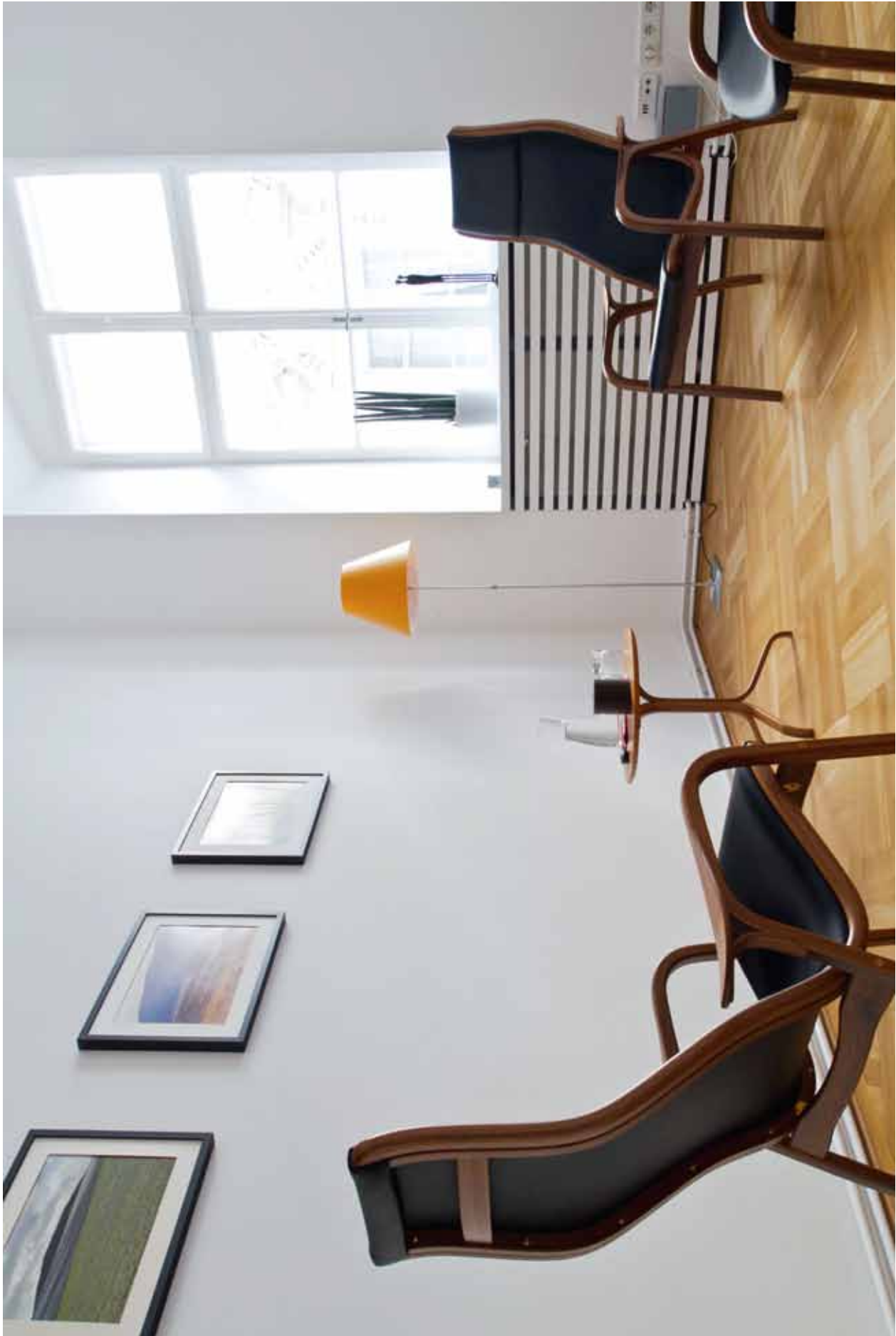
Was ist Psychotherapie?

Psychotherapie ist die fachkompetente interaktionelle und intersubjektive Einflussnahme auf das Seelenleben von Menschen, die unter seelischen Störungen leiden. Der Anspruch von Psychotherapie geht über das Erreichen von Symptommfreiheit hinaus. Sie hat zum Ziel, PatientInnen von seelischen Leiden zu befreien und sie in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu unterstützen. Dies erreicht sie durch korrigierende Beziehungserfahrungen einerseits, durch

Hilfestellung zum Verstehen des eigenen Seins und Gewordenseins des Patienten und der Patientin im Pathogenetischen andererseits, womit der Patient und die Patientin ihren Lebensstil korrigieren können und ihm und ihr dadurch Alternativen in der Lebensgestaltung im salutogenetischen Sinn möglich werden. Psychotherapie ist bestrebt, die Liebes- und Beziehungsfähigkeit, Gemeinschaftsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit der Patientin und des Patienten zu wecken oder zu entfalten, um die emotionale Sicherheit, die Selbstwirksamkeit und das Selbstwertgefühl zu entwickeln und zu festigen.

Welche Rolle spielt die Atmosphäre für die psychotherapeutische Behandlung?

Die Atmosphäre in der psychotherapeutischen Behandlung, verstanden als die Stimmung, in der die psychotherapeutische Behandlung stattfindet, wird wesentlich von der „Beziehungsatmosphäre“ zwischen Patient und Psychotherapeut im psychotherapeutischen Prozess als interaktionelles und intersubjektives Geschehen bestimmt, aber auch vom räumlichen Ambiente mitgestaltet. Das räumliche Ambiente hat einerseits so geschlossen zu sein, dass es die Sicherheit des geschützten Raumes zu vermitteln vermag, andererseits so offen zu sein, dass es dem Patienten die Freiheit bietet, seinen Platz darin zu finden, an dem er sich angenommen und willkommen fühlt. Selbstverständlich trägt die Raumatmosphäre die Handschrift der Persönlichkeit des Psychotherapeuten, und diese hat Klarheit ohne Nüchternheit, Struktur ohne Einengung, Wärme ohne Bedrängung, Willkommen ohne Werbung und Kompetenz ohne Überlegenheit zu markieren, und dieses in reproduzierbarer Form, also in ähnlicher Wirkung auf die verschiedenen Persönlichkeiten von PatientInnen. Die Ästhetik der Atmosphäre spielt somit in der psychotherapeutischen Behandlung eine wesentliche, unterstützende Rolle. Fehlt sie, so hemmt ihre Abwesenheit den Fluss der Entwicklung im psychotherapeutischen Prozess.



Univ.-Prof. Mag. Nicolai Gruninger, 1010 Wien



Prim. Dr. Rainer Gross, 1040 Wien



Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Doering, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie AKH, Wien



Dr. Martin Poltrum, 1030 Wien



Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, 1070 Wien



Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger, Mödling



Univ.-Prof. Dr. Alfred Pritz, Sigmund-Freud-Universität Wien

Die Zauberlehrlinge des Seins.

Suchtverständnis und Suchtbehandlung vor dem Hintergrund der psychotherapeutischen Daseinsanalyse

Charlotte Spitzer

*Hat der alte Hexenmeister
Sich doch einmal wegbegeben!
Und nun sollen seine Geister
Auch nach meinem Willen leben.
Seine Wort' und Werke
Merkt' ich, und den Brauch,
Und mit Geistesstärke
Tu' ich Wunder auch.
[...]
Und sie laufen! Naß und nässer
Wird's im Saal und auf den Stufen.
Welch entsetzliches Gewässer!
Herr und Meister! hör' mich rufen! –
Ach, da kommt der Meister!
Herr die Not ist groß!
Die ich rief, die Geister,
Werd' ich nun nicht los...*

Aus „Der Zauberlehrling“
von Johann Wolfgang von Goethe

Was kann nun der Anfang eines solchen Unternehmens sein, das Suchtverständnis und die Suchtbehandlung aus daseinsanalytischer Sicht darzustellen? Wie versteht sich das mit Goethes Zauberlehrling? Wohl scheint mir, der beste Anfang ist tatsächlich das Fragen und einiges spricht dafür, dass selbst der beste Schluss, die beste Conclusio sozusagen, wieder in einer Frage bestehen könnte, das heißt darin, in das angemessene, das richtige Fragen zu finden, besser noch, überhaupt ins Fragen zu finden. Wie kommen wir nun also auf den Weg in dieses Fragen, in eine Offenheit, die etwas *fragwürdig* werden zu lassen vermag? Denn „Jedes Fragen ist ein Suchen. Jedes Suchen hat sein vorgängiges Geleit aus dem Gesuchten her“ (Heidegger, 1993, S. 5).

Bevor wir nun aber in dieses Fragen finden, uns auf die Suche machen nach dem Wesen der Sucht, dem Wesensvollzug des süchtigen Menschen, nach den Einschränkungen, die ein süchtiges Weltverhältnis im freien Austrag der eigenen Existenzmöglichkeiten aufweist und überlegen, was das mit der menschlichen Frei-

heit überhaupt zu tun haben könnte, soll in aller hier gebotener Kürze zu den Grundzügen der Daseinsanalyse etwas gesagt sein.

Wie lässt sich die Daseinsanalyse von den Phänomenen anblicken?

„Auf welche Weise sieht die Daseinsanalyse?“, wäre eine erste mögliche Frage, vielleicht besser formuliert, in welcher Weise ist die den Phänomenen gegenüber offen. Dahinter steht im Grunde eine Haltung, die nach Edmund Husserl „zu den Sachen selbst“ vordringen möchte (Helting, 1999) und die vom Husserl-Schüler Martin Heidegger weiterentwickelt und in folgender Weise als phänomenologische Maxime formuliert wurde: „Das, was sich zeigt, so wie es sich von ihm selbst her zeigt, von ihm selbst her *sehen lassen*“ (Martin Heidegger, 1993, S. 34; Hervorhebung durch die Verfasserin). Die Daseinsanalyse versteht sich als tief in der Existenzphilosophie Martin Heideggers verwurzelte philosophische und psychotherapeutische Denkschule, Haltung und Praxis, die nach dem *Sein des Seienden* und nach dem *Sinn von Sein* fragt und in der Weise dieses Fragens das menschliche Dasein in seinem Wesen zu verstehen trachtet. An die Stelle des Begriffes der Psyche wird der von Heidegger verwendete Begriff Dasein gesetzt. Dies gründet in dem Versuch, das neuzeitliche Subjektdenken zu hinterfragen und an dessen Stelle einen angemesseneren, dem tatsächlichen Phänomen gerechter werdenden Blick auf das Wesen des Menschen zu erlangen.

Der Mensch wird als Dasein ausgelegt, welches sich wesentlich konstituiert in seiner Offenheit der Welt gegenüber. Dasein ist welt-offen, ist In-der-Welt-Sein, d.h. dieses „Gegenüber“ wird nicht im Sinne einer Subjekt-Objekt-Beziehung verstanden, sondern als „In-Sein“. Das Sein dieses Da, das Ausstehen dieses je eigenen Da, also auch für „Dinge“ und „Mitmenschen“ da zu sein, ist das, worum es dem Dasein im Wesentlichen geht. Dieses Sein ist

kein Ding, es ist vielmehr ein sich zeitigendes Geschehen, ein Anwesen; es ist also transitiv zu verstehen.

Das Dasein nun ist sich selbst erschlossen in den Stimmungen, das heißt in der Weise, wie es sich je in seinem Da befindet. „*Die Stimmung hat je schon das In-der-Welt-sein als ganzes erschlossen und macht ein Sichrichten auf ... allererst möglich*“ (ebd., S. 137). In dem Wort „Weise“ klingt ja auch eine alte Bezeichnung für das Lied mit an, welches stets in einer bestimmten Stimmung erklingt. Die Stimmung wird als Art verstanden, wie einem ist. „Das Dasein wird durch die Stimmung angehbar, berührbar. Es wird betroffen, angegangen von Welt“ (ebd.). Unsere Stimmung bestimmt die Weise, wie wir für die Welt offen sind. In der Trauer zum Beispiel sind wir für ganz anderes offen als in der Langeweile, im Staunen oder in der Angst. In der Verstimmung dagegen ist das Dasein sich selbst gegenüber blind, die Umwelt, der seine Sorge (seine Fürsorge) gilt, verschleiert sich. So spricht die Daseinsanalyse beispielsweise von einer depressiven Verstimmung, etwa im Gegensatz zur Stimmung der Trauer und der Melancholie. „Auch wenn das Dasein im Glauben seines ‚Wohin‘ ‚sicher‘ ist oder um das Woher zu wissen meint in rationaler Aufklärung, so verschlägt das alles nichts gegen den phänomenalen Tatbestand, daß die Stimmung das Dasein vor das Dass seines Da bringt, als welches es ihm in unerbittlicher Rätselhaftigkeit entgegenstarrt“ (ebd., S. 136). Dieses Phänomen, dass wir zu sein haben, bestimmt den Lastcharakter des Daseins. In bestimmten Stimmungen wird dieser *Lastcharakter* besonders offenbar, in der Angst beispielsweise, in der Leere und dem Hingehaltensein der tiefen Langeweile und in der anhaltenden, ebenmäßigen, faden Ungestimtheit. „Und wiederum kann die gehobene Stimmung der offenbaren Last des Seins entheben; auch diese Stimmungsmöglichkeit erschließt, wenngleich enthebend, den Lastcharakter des Daseins“ (ebd., S. 134).

Das Dasein als gestimmtes In-der-Welt-Sein ist *verstehend*, es versteht sich *auf* sein Sein. Dies ist ein Grundzug des Daseins, d.h. einem jeden Dasein im Grunde möglich. Der Mensch kann sich unmittelbar selbst verstehen und auch die ihm begegnenden Mitmenschen und Dinge in der „Einheit des Da, in der Weltoffenheit seiner Horizonte, die er seiner *ekstatischen Wesensverfassung* nach ist“ [sic!] (Heidegger, zit. in Boss, 1957, S. 70; Hervorhebung durch die Verfasserin). Weitere solche dem Dasein wesensmäßig zugehörige Grundstrukturen, von Heidegger Existenzialien genannt, sind die Leiblichkeit, die Sterblichkeit (das Sein zum Tode), die Sorge (das Dasein sorgt sich um sein Sein, nicht im

Sinne einer Furcht, sondern im Sinne einer Fürsorge, einer Sorge für sein Da), das Mitsein mit anderen Menschen, die Räumlichkeit, die Zeitlichkeit und einige mehr.

Die wesentlichen Grundzüge des daseinsanalytischen Menschen- und Welt- und Krankheitsverständnisses fundieren, wie die Daseinsanalyse sich von den Phänomenen anblicken, ansprechen und leiten lässt. Was sich zeigt, wird phänomenologisch, in seinem eigenen Bedeutungsgehalt ausgelegt und ist immer auf das Ganze einer Lebensgeschichte zu beziehen. „Wesentlich ist [...] insgesamt in der therapeutischen Arbeit der Vorblick auf den ‚ganzem‘, gesunden Menschen“ (Vetter & Foerster, 1994). Martin Heidegger äußerte sich in den Zollikoner Seminaren in dem Sinne, dass wir, wenn wir es mit der Krankheit zu tun haben, es in Wahrheit mit der Gesundheit zu tun haben, im Sinne von fehlender, wiederzugewinnender Gesundheit (Heidegger, 2006).

In der daseinsanalytischen Psychotherapie kommt der faktische, also tatsächliche Vollzug des In-der-Welt-Seins des Klienten in den Blick. Es geht nicht um die hinter diesen Phänomenen liegenden Strebungen, sondern um die Phänomene selbst. „Kernstück und tragendes Fundament“ der Therapie ist aber die Beziehung des kranken Menschen zum Therapeuten. „Von allem Anfang sind Therapeut und Analysand in eine ursprüngliche, mitmenschliche Beziehung eingelassen, zu der jeder das Seine beiträgt. Analytiker und Analysand sind aus dem Ganzen einer Welt eingefügt in ein Geschehen, das die Entwicklung der Beziehung beider bestimmt, den Analysanden zur Eigenständigkeit führt und ihm seinen Ort in der Welt zuweist“ (Foerster & Vetter, 1994, S. 194). Die Entwicklung, welche der Patient in seinem bisherigen Leben vollziehen konnte, ist „gestört“, d.h. in Hinsicht auf den ursprünglich als frei angelegten Vollzug seiner ureigenen Möglichkeiten im Austrag eingeschränkt. Es geht folgerichtig in der Therapie um die Befreiung zum eigentlichen Selbst. Die dem Klienten, wie jedem Menschen im Grunde gegebenen freien Möglichkeiten sind eingeschränkt, und das zeigt sich in neurotischen, psychosomatischen und psychotischen Störungen. „Aufgabe des Analysanden ist es, sich in die entstehende Beziehung zum Therapeuten einzulassen, um in dieser nachzureifen. Aufgabe des Therapeuten ist es

1. einen Einblick in die gelebten und leibhaften Austragungsweisen jener dem Menschen gegebenen Möglichkeiten zu erhalten, die konstitutiv für sein Wesen sind und von Heidegger als „Existenzialien“ bezeichnet wurden, und

2. der sich entwickelnden Beziehung zum Analysanden zu entsprechen“ (ebd.).

Ein fundamentaler Bestandteil der daseinsanalytischen Psychotherapie, die mehrmals die Woche im Liegen stattfindet, ist die Traumauslegung. Hier wird ausschließlich bei dem geblieben, was sich zeigt und keine Symboldeutung vorgenommen. Es wird weder auf die Unterscheidung von manifestem und latentem Trauminhalt noch auf die Annahme, der Traum sei eine Wunscherfüllung, zurückgegriffen. Da es der Daseinsanalyse um Weltoffenheit, um gestimmtes, verstehendes In-der-Welt-Sein geht, fragen wir den Träumer nach der Welt, in die er sich träumt (es ist ein großer Unterschied, ob in der Traumwelt Krieg herrscht oder ein blühender Garten auftaucht, ob der Träumende sich stets allein, ohne andere Menschen träumt oder eingelassen in Beziehungen etc.). Wesentlich in der Traumauslegung ist die Frage nach der Stimmung, der Befindlichkeit im Traum, denn das gibt Auskunft über die Gestimmtheit des Weltverhältnisses des Träumers. Was sagen wir beispielsweise zu einem Traum, wo der Träumende die geliebte Frau vor sich sieht, aber nicht zu ihr gelangen kann, sich ängstlich, hilflos, wie gelähmt fühlt? Weitere wichtige Fragen zur Auslegung eines Traumes sind, was oder wer dem Träumenden begegnet und in welcher Weise er entsprechen kann, das heißt damit stimmig und eigenständig umgehen. Oft zeigt sich Entwicklung in der Psychotherapie zuerst in den Träumen, wo auf einmal etwas möglich wird, was bisher undenkbar schien, wo dem Träumer neue Vernehmens- und Verhaltensmöglichkeiten aufgehen und er *Umstimmung* erfährt.¹

¹ Die Bezeichnung Daseinsanalyse wurde erstmals von dem Schweizer Psychiater Ludwig Binswanger verwendet. Es handelt sich um eine Wortbildung, die Heideggers Daseinsanalytik und Freuds Psychoanalyse verbinden möchte. Die Züricher Schule der Daseinsanalyse, der sich auch das Österreichische Institut für Daseinsanalyse (ÖDAI) zuschreibt, geht jedoch wesentlich auf Medard Boss (u.a.: *Grundriss von Medizin und Psychologie*, 1971) und Gion Condrau (u.a.: *Sigmund Freud und Martin Heidegger. Daseinsanalytische Neurosenlehre und Psychotherapie*, 1992) zurück. Wichtige Heidegger-Schriften zum Thema sind „Sein und Zeit“ (1993) und die von Medard Boss transkribierten „Zollikoner Seminare“ (2006), welche Heidegger in Boss' Haus in Zollikon über ein Jahrzehnt lang regelmäßig gehalten hat, sowie eine große Anzahl weiterer Texte des Philosophen. Die Daseinsanalyse ist eine seit 2004 in Österreich vom Bundesministerium für Gesundheit anerkannte psychotherapeutische Richtung und Schule. Auch in der Schweiz, wo ihr Ursprung liegt, ist die Daseinsanalyse anerkannt (Züricher Schule). Dort gibt es auch noch eine weitere daseinsanalytische Schule um Alice Holzhey-Kunz, die sich auf Heideggers „Sein und Zeit“ konzentriert und dessen späteres philosophisches Werk nicht in dem Ausmaß einbezieht, wie die Züricher Schule das tut. Die Denk- und Blickrichtung dieser weiteren daseinsanalytischen Schule lässt sich in Alice Holzhey-Kunz' Werk „Leiden am Dasein. Die Daseinsanalyse und die Aufgabe einer Hermeneutik psychopathologischer Phänomene“ (1994) studieren.

„Und mit Geistesstärke tu ich Wunder auch“. Wer ist der Zauberlehrling?

Der Zauberlehrling. Was ist das für ein Mensch? Er ist jung, ein Lehrling, also ein noch Lernender, Auszubildender, der demzufolge noch nicht fertig ist, nicht ausgereift. Er braucht noch einen Meister, der ihn die Dinge lehrt. Nun aber meint er, da der Meister aus dem Hause ist, er könnte das bereits geradeso gut wie jener. Die Geister rufen und beherrschen, Macht ausüben und Kräfte kontrollieren, dabei fest auf beiden Beinen stehen, sicher und gelassen. Der Zauberlehrling maßt sich etwas an. Er überschätzt sich, d.h. er überspringt etwas, kann eine Entwicklung nicht abwarten, das Hingehalten-Sein, Sich-Zeit-Lassen nicht durchstehen, denkt, er sei schon so weit. Er übergeht damit, was wirklich ist, er vergisst, wo er steht, wo er sich in seinem Sein *befindet*. Und tatsächlich, es scheint, er beherrscht den Besen genauso gut wie sein Meister, es scheint, dass er der Sache gewachsen sei. So ist die Freude groß, vielleicht sogar *berauschend* groß. Und als, was er bewirken wollte, gelungen und vollendet scheint, stellt er fest, die Situation ist ihm entglitten, das rechte Wort will ihm nicht einfallen. Der Besen ist außer Kontrolle geraten, der Zauberlehrling ist von einem Moment auf den anderen hilfloser Zuschauer geworden eines Geschehens, dem er gänzlich ausgeliefert ist, das er nicht mehr in den Griff bekommen kann und dem er in (fast!) keiner Hinsicht mehr gewachsen ist. Es scheint, nun ist er in der größten Unfreiheit, hat die Macht verloren. Aber dem ist vielleicht gar nicht so, denn hierin, im Auge des Sturmes, geht ihm auf, wo er steht, *sich befindet* also, was er schon kann und was er noch nicht kann, es geht ihm auf, wer er *ist*. Er erkennt sich als das, was er ist, und im Annehmen dieser Gewissheit, wird er wieder frei, das hier und jetzt Richtige zu tun, nämlich den Meister um Hilfe zu rufen. „Herr die Not ist groß!/Die ich rief, die Geister,/Werd' ich nun nicht los...“ Und wirklich, der Meister kommt, hilft, beendet das wütende Geschehen. Und, er macht dem Zauberlehrling keinen Vorwurf, wie es scheint. Das lässt sich jedenfalls hoffen, denn Goethe erzählt uns die Geschichte nicht über den Punkt des rettenden Eingreifens des Meisters hinaus.

Der Zauberlehrling meint schon weiter zu sein, als er wirklich ist. Er überspringt etwas. Das ist ein erster Hinweis auf einen Aspekt, der sich auch im Phänomen des süchtigen Weltverhältnisses finden lässt. Es scheint ein *Mangel* zu bestehen, ein Mangel, der durch das Herstellen der Situation, die in die Berausung führt, und das Gleiten in diese kompensiert zu wer-

den vermag. Dabei gibt es keinen vorstellbaren Weltbezug, der nicht süchtigen Charakter annehmen könnte (Condrau, 2000). Diesem Mangel nun gilt es weiter *nach zu denken*. Um dies zu tun, betrachten wir zuerst einmal den Zustand der Berauschung, die Stimmung, die Befindlichkeit im rauschhaften Existieren, denn das Verstehen dieser Weise in der Welt zu sein, hilft uns, dem auf die Spur zu kommen, was das Wesen des Mangels sein könnte, den sie zu überdecken, lösen, scheinbar auszugleichen oder gar zu betäuben vermag. Der Rausch ist zum einen ein *stillendes Phänomen*, er stillt Unruhe und Sehnsucht, erlöst uns zeitweise von der Unausweichlichkeit unser Leben, wie es jetzt eben ist, leben zu müssen. Er hilft zu vergessen oder uns noch mehr in der Selbstvergessenheit zu halten, er entlastet uns von der Stimmung, in der wir uns befanden, bevor wir in den rauschhaften Zustand gelangten, er versetzt uns, nicht immer, aber meistens, in gehobene Stimmung. Im Rausch ist etwas Freilassendes.

Entgegen der Last: Auf den Schwingen der berauschten Existenz

Einer der hellseherischen Denker des Rausches ist Friedrich Nietzsche. Er meint in der „Geburt der Tragödie“, im Dionysischen finden wir jenes Phänomen umfassend ans Licht gebracht, „das uns am nächsten noch durch die Analogie des Rausches gebracht wird. Entweder durch den Einfluß des narkotischen Getränks, von dem alle ursprünglichen Menschen und Völker in Hymnen sprechen, oder bei dem gewaltigen, die ganze Natur lustvoll durchdringenden Nahen des Frühlings, erwachen jene dionysischen Regungen, in deren Steigerung das Subjektive zu völliger Selbstvergessenheit hinschwindet“ (Nietzsche, 1994, Band 1, S. 23; Hervorhebung durch die Verfasserin). Bei Rüdiger Safranski lesen wir Folgendes zu Nietzsches Geburt der Tragödie und dem Dionysischen – dem bekanntlich das Apollinische gegenübergestellt ist: „Das Dionysische liegt vor der Zivilisation und unter ihr, es ist die zugleich bedrohliche und verlockende Dimension des Ungeheuren. Verlockend am Dionysischen ist eine dreifache Entgrenzung, eine dreifache Überwindung des principium individuationis... Der Mensch entgrenzt sich zur Natur hin, er fühlt sich eins mit ihr. Er entgrenzt sich zum Mitmenschen hin, im Orgasmus, in der Liebe und im Rausch der Masse. Und die dritte Schranke wird im Inneren des Individuums niedergelegt. Das Bewusstsein öffnet sich für sein Unbewusstes“ (Safranski, 2002, S. 59).

So enthebt uns der Rausch einer bestimmten Stimmung und auch dem Erleben von Welt wie es sich in dieser Stimmung ausprägt. Der Rausch bewirkt häufig eine Steigerung der gehobenen Stimmung. In der Berauschung kann aber im Grunde jede Stimmung eine Verstärkung erfahren, bzw. in ihrem Erleben losgelassener sein. Man kann geradezu ekstatisch außer sich geraten. So kann im Rausch tatsächlich ein Offenbarungserleben möglich werden. Der Rausch birgt aufschließende Kraft in sich und ist nicht nur krankhafte Erscheinung. Solchen ekstatischen Rauscherfahrungen muss das Dasein allerdings gewachsen sein, denn, wie oben bereits erwähnt, hier werden wir offen für das *Ungeheure*. Im Rauscherleben ist zudem zugleich ein lethargisches Moment enthalten, welches den Anschein erweckt, die Zeit bliebe stehen, könne angehalten werden. Das Raum- und Zeitvernehmen wandelt sich, wird weiträumiger, entgrenzter. „Die Zeit erscheint in einem ‚stehenden Jetzt‘, einer stehenden Gegenwart stillzustehen. Sie findet in sich selber ein volles ‚Genüge‘ in einem Gefühl der Unabänderlichkeit des augenblicklichen Zustandes. Vergangenheit wird nicht mehr als lastend und die Zukunft nicht mehr als drohend empfunden. Die Gegenwart dehnt sich gleichsam ins Grenzenlose, sie wird in sich selbst zur Unendlichkeit“ (Bollnow, 1956, zitiert in Condrau, 2000, S. 148). Auch das Realitätsbewusstsein verändert sich im rauschhaften Erleben. In der gehobenen, ekstatischen Stimmung erlebt sich das Dasein leicht, der Lastcharakter, das „nackte Dasein“ wird sozusagen aufgehoben oder zumindest ein Stück gehoben. Einschränkungen im Vollzug unserer Wesensmöglichkeiten können sich weiten. So erleben wir uns befreit im Rausch, befreit *von* etwas aber auch *zu* etwas. Im berauschten Sein fällt vieles leichter: Dinge auszusprechen, etwas zu wagen, sich herauszubewegen aus der möglicherweise zumeist als eng empfundenen alltäglichen Existenz, Hemmungen fallen zu lassen. Im Rausch ist das Über-sich-selbst-Hinausschreiten, aber auch das Sich-selbst-Überholen naheliegend. Die Realität wird also nicht mehr als so einschränkend empfunden. Im Rausch liegt eine weltöffnende Kraft. Man „sieht die ‚Realität‘ oder die Welt im Rausch nicht mehr als einen das Leben einschränkenden Widerstand, sondern sie verwandelt sich in den tragenden Untergrund, dem sich der Mensch tief innerlich verbunden fühlt“ (ebd.). Der Rausch ist aber zeitlich begrenzt, der Zustand ist vergänglich, d.h. es folgt früher oder später die Ernüchterung. Beides, Faszination und Vergänglichkeit lassen schon ahnen, wie dieser Zirkel der Sucht entstehen könnte, wo der freie Austrag der existenziellen

Möglichkeit des Rausches in eine tiefe Unfreiheit, in ein Wiederholen-Müssen abgeleitet und zu Abhängigkeit und Siechtum führt.

Sich ansprechen lassen vom Wesen der Sucht und vom Wesen des süchtigen Menschen

Heinz-Peter Röhr beschreibt sehr eindrücklich die Entwicklung des süchtigen Geschehens, das Fortschreiten, den zunehmenden Freiheitsverlust, die Einengung der gesamten Welt des Süchtigen auf jenen Bereich seines Existenzvollzugs, der sich in der Sucht verselbstständigt hat, wie der Besen des Zauberlehrlings: „Das Suchtmittel vermittelt in der Anfangsphase die Illusion von Beschwerdefreiheit, Glück, Zufriedenheit, Rausch – Bedürfnisbefriedigung sofort! Später dominiert der Zwang, die Droge unter allen Umständen und im Übermaß konsumieren zu müssen. Aus scheinbarer Freiheit werden totale Abhängigkeit, Siechtum, körperlicher und geistiger Verfall. Die Droge zwingt den Betroffenen immer wieder in die Knie und mit immer wiederkehrender und immer wieder aufgebrachter Energie kämpft der Suchtkranke dagegen an. Entgiftungsbehandlungen, Zusammenbrüche, Krampfanfälle, Verlust des Arbeitsplatzes. Verlust wichtiger Beziehungen – etwa des Partners –, immer schwerere körperliche Folgeschäden lassen allmählich die Erkenntnis wachsen, dass es so nicht mehr weitergehen kann“ (2011, S. 58).

Es ist oft ein weiter Weg, bis ein suchtkranker Mensch einsehen kann, wie es um ihn in Wahrheit steht. Er ist zumeist von der Sucht fasziniert und die Krankheitseinsicht fällt schwer. Das ist zudem sicherlich auch ein „moralisches“ Problem, weil Suchtverhalten, je nach Ausprägung und Art des „Stoffes“ in der Gesellschaft als unerwünscht und schlecht gilt. Niemand gibt wohl gerne zu, dass er in diesen Kreislauf geraten ist, auch wenn er es selbst bereits erkannt hat oder zumindest ahnt. Im Gegenteil, alles nur Erdenkliche wird unternommen, um die Krankheit zu verbergen, geheim zu halten, wie es um einen steht. Hinzu kommt, dass ein Zugeben der Sucht notwendig mit dem Anspruch von Außen zusammenfällt, etwas dagegen zu unternehmen, also vom Suchtgegenstand zu lassen. Das scheint jedoch undenkbar.

Der Terminus Sucht kommt, wie immer wieder gern geschrieben wird, von „Siechen“, was ein alter Ausdruck für das Kranksein ist. Siechen heißt aber auch vegetieren, die eigenen Existenzmöglichkeiten brach liegen lassen, dahinsiechen, daniederliegen, nicht gedeihen, nicht florieren, sich selbst vieles, ja, fast alles

schuldig bleiben (müssen). Ein Siechender lebt nicht mehr eigenständig, er *wird* gelebt, d.h. er ist jemand, dem sein Leben aus der Hand genommen scheint, der nichts mehr will und nichts mehr kann, der aufgegeben hat.

Im Gegensatz zum Teufelskreis der Sucht, steht das nicht-süchtige Genießen und das Verweilen-können. Der Süchtige braucht immer mehr „Stoff“, Futter für die Gier, die seine Sucht nun geworden ist. Der primär gesunde Genuss – wenn nicht mehr ausreichend und daher unbefriedigend – artet aus in sein Gegenteil, in Habgier. Um diese Gier, dieses Lechzen nach dem Suchtmittel oder nach der durch ein bestimmtes Verhalten induzierten Befriedigung *stillen* zu können, braucht es immer mehr. Das süchtige Weltverhältnis trägt etwas Unstillbares in sich, verweist auf einem Mangel, eine Not des Daseins, der so beizukommen versucht wird. Allen Süchtigen fehlt also etwas Entscheidendes, was mit Hilfe der Sucht ausgeglichen werden soll (Condrau, 1962). Der Mangel bedeutet, daseinsanalytisch, eine Einschränkung des freien Vollzuges des ureigenen Existenzmöglichkeiten des Daseins. Es besteht ein Unvermögen, das eigene Sein entschlossen auszutragen, zu sein, was man im Grunde seines Wesens ist. Hinzu kommt, dass „man sich nicht Zeit lassen kann und keine Zeit hat, das Defizit durch Versagungen, Auseinandersetzungen, durch langsames Reifen auszugleichen. Bei der Sucht ruft ein Bedürfnis imperativ danach, mit Hilfe eines Suchtmittels [...] befriedigt zu werden. Doch kommt es nur zu einer Scheinbefriedigung, weil das Suchtmittel meist nur verdecken hilft, was es zu befriedigen gäbe“ (Erpen, 1987, zitiert in Condrau, 2000, S. 149).

Auffällig ist, dass suchtkranke Menschen ein eingeschränktes Erleben ihres Körpers und vor allem ihrer Leiblichkeit haben. Toleranzentwicklung, Dosissteigerung und Gesundheitsschädigung weisen in den Bereich der Leiblichkeit, die nicht mehr frei und offen erfahren werden kann, sondern sich selbst zunehmend entfremdet wird. Überlastung, Überforderung, Vergiftung, Schmerz werden nicht mehr adäquat gespürt. Über den Leib ausgetragene Einschränkungen des Existenzvollzuges sprechen von einer gewissen Verfestigung und Vertiefung der Verstimmung, die das Dasein erfasst hat.

Dem Menschen, auch dem kranken Menschen, geht es um sein Sein. Dies ist die Weise, wie das Dasein für sich Sorge trägt. „Die eigentliche Sorge gilt der Zukunft des Gewesenen, die gegenwärtig entschieden wird“ (Helting, 1999, S. 74). Das bedeutet, das Dasein erstreckt sich in drei zeitlichen Ekstasen, in das Gewesene, das es war und das ins Jetzt hineinreicht, in das

Zukünftige, in das es vorläuft, auf das hin es sich entwirft, und im Gegenwärtigen Sein-bei. Menschliches Sein ist insofern ausgezeichnet, weil es jederzeit, jeden Augenblick des Lebens, das Gewesene, das es ist, in eine einzigartige Zukunft verwandeln kann. Die Zukunft des Gewesenen wird gegenwärtig entschieden. *Eigentlich* zu entscheiden heißt, sein Sein primär aus seiner ureigenen Seinsweise zu verstehen und zu vollbringen. Der Mensch ist frei für das eigenste Seinkönnen und damit auch für die Möglichkeit von Eigentlichkeit und Uneigentlichkeit. Wir sind sogar meist eher uneigentlich, weil das die Seinsweise des Alltags ist, die Seinsweise des „Man“, wo es um Anpassung, Funktionieren, Verdurchschnittlichung und Nivellierung der Unterschiede, um das ständige Vergleichen mit anderen geht. „... Und es listet die Seele/Tag für Tag der Gebrauch uns ab...“, sagt uns Hölderlin in seinem Gedicht „Der Abschied“ (2008, S. 118). Demgegenüber ist im eigentlichen Sein das Dasein zu sich selbst befreit. Auch ein Mensch, der sich selbst fremd geworden ist, geht dieser Möglichkeit, frei zu werden, nie verlustig. Selbst im Wünschen, im Hang (z.B. zu Alkohol oder zum Spielen) und im Drang ist die Sorge um das eigene Seinkönnen präsent und vollzogen, wenn auch insuffizient, d.h. uneigentlich. In dem Bedürfnis, welches der Süchtige durch sein Verhalten zu befriedigen sucht, ist die Sorge um sein Sein präsent, wenn er ihr auch auf unzureichende und selbstzerstörerische Weise nachgeht.²

Heidegger spricht folgerichtig von einer *existenziellen* Schuld, der sich jener Mensch ausgesetzt sieht, der seine Daseinsmöglichkeiten nicht ergreift und ausschöpft, der sich also etwas schuldig bleibt. Der Gewissensruf ist still, er ruft das Dasein in sein Selbstsein. Er ist leicht zu übertönen und zu fliehen, aber er hört nicht auf zu rufen, so lange unser Herz schlägt. So könnte man sagen, der Süchtige läuft vor sich selbst davon, er ist dem innerweltlich Begegnendem, den Ansprüchen und Erfordernissen, dem Ruf des Gewissens nicht gewachsen. Schon *vor* dem „hergestellten“, das heißt gemachten, durch welches Verhalten auch immer erzeugten Rausch, ist das in eine Einengung geratene Dasein im Grunde *verstimmt*. Es wird sich selbst gegenüber blind und es ist überfordert. Auf Grund seiner persönlichen Entwicklung und den Einschränkungen, die sein freier Existenzvollzug dabei erfahren hat, ist es nicht in der Lage dem, was ihm im Leben begegnet, wodurch es herausfordert wird, gerecht zu wer-

den. Es erträgt die Stimmungen nicht mehr, in die es gerät: Angst, Trauer, Langeweile, Leere... Der suchtgefährdete Mensch, ebenso wie der bereits Süchtige, beide sind mit dem Leben überfordert. Von daher ist auch nachvollziehbar, wie es kommt, dass so viele Menschen, die an einer Suchterkrankung leiden, auch andere psychische und physische Erkrankungen haben. Die Sucht ist schließlich eine von vielen Strategien, mit dem Leiden am Dasein, einem Dasein, das sich selbst fremd geworden ist, umzugehen, und die Geister, die der Mensch am Anfang seiner Sucht rief, und denen er im Grunde ebenso nicht gewachsen ist, wie seinem gegenwärtigen Leben überhaupt, wird er nun nicht mehr los. Was so als Schwäche gelesen werden könnte, kann aus anderer Perspektive äußerste Zartheit und Empfindungstiefe bedeuten, eine Sensitivität, die schon den herkömmlichen Alltag unerträglich werden lässt und darin vielleicht besonders helllichtig ist. Das Leben aber mutet sich uns zu. Heidegger spricht von der „äußersten Zumutung an den Menschen schlechthin“, nämlich, „daß dem Menschen das Dasein als solches zugemutet wird, daß ihm aufgegeben ist – da zu sein...“ Und weiter führt er aus: „Aber wissen wir das nicht alle? Ja und nein. Wir wissen es nicht, sofern wir vergessen haben, daß der Mensch, wenn er werden soll, was er *ist*, je gerade das Dasein sich auf die Schultern zu werfen hat; [...] daß das Dasein nichts ist, was man gleichsam im Wagen spazieren fährt, sondern etwas, was der Mensch eigens übernehmen muß“ (Heidegger, 2004, S. 246). Um die Ermöglichung genau dessen, das eigene Dasein eigens zu übernehmen, geht es der Daseinsanalyse.

Nach wem aber ruft der Zauberlehrling? Ist der Therapeut der Meister?

Es könnte ja leicht so verstanden werden, dass der Therapeut das wuchtende Drängen des Suchtgeschehens mit einem „Zauberwort“ abstellen könnte. Sicherlich ist es für einen Sucht-Patienten, wenn er sich zu einer Therapie entscheidet, wichtig, nun einen Menschen zu haben, der ihm zuhört, ihm hilft, sich besser zu verstehen und anzunehmen. Es wäre nicht verwunderlich, wenn das bereits eine erste Linderung bedeuten würde, und oft ist es ja auch so. Der Begriff „Zauberwort“ verweist auf die Sprache selbst, d.h. im Beisein des Therapeuten zur Sprache kommen zu lassen, was dieser Mensch im Grunde ist, so dass ihm aufgehen kann, wo er nun steht und was seine eigenste Seinkönnen ist. Ein wichtiger Bestandteil der

² In der Daseinsanalyse gehen wir demzufolge nicht von einer kausalen, sondern von einer motivischen (also auf die Freiheit der Existenz bezogenen) Ätiologie und Genese von Störungen aus.

Analyse sind die Träume des Klienten, die sorgsam gemeinsam ausgelegt werden und eine unschätzbare Hilfe sind, das Existieren des Menschen, seine Einschränkungen und Möglichkeiten, die Weise seines Weltaufenthaltes sichtbar werden zu lassen. In der Therapie holt der Analysand nach, was er bisher in seiner Entwicklung versäumt hat. Dies geschieht innerhalb der lebendigen Beziehung zum Therapeuten, für die viel Zeit genommen wird, so dass alles in seiner eigenen Weise wachsen kann. Beide, Therapeut und Analysand sind auf dieses Beziehungsgeschehen, auf dieses Mitsein in Beziehung eingelassen. Der Klient zeigt sich – häufig erstmals – einem anderen Menschen ohne Einschränkung in seinem ganzen Wesen und in seiner ganzen Not. Die Grundregel der Analyse besagt demzufolge auch, alles, was einem in den Sinn kommt, ohne Einschränkung durch Scham- oder Schuldgefühle und ohne Rücksicht auf den Analytiker auszusprechen. Es geht um ein Angenommen-Werden des Menschen als Ganzes, es geht um ein Sehen-Lassen, wie er von sich selbst her ist und um ein Gesehen-Werden, das heißt, es geht um Liebe. Heidegger (2000, S. 8) schreibt im „Brief an den Humanismus“ Folgendes: „Sich einer ‚Sache‘ oder einer ‚Person‘ in ihrem Wesen annehmen, das heißt: sie lieben: sie mögen. Dieses Mögen bedeutet, ursprünglicher gedacht: das Wesen schenken“. Die Haltung des Therapeuten, den „psychotherapeutischen Eros“, finden wir bei Medard Boss eindrücklich beschrieben: Er hat sich „...durch eine sonst nie geübte Selbstlosigkeit, Selbstzucht und Ehrfurcht vor dem Eigenwesen des Partners auszuzeichnen, die sich weder durch ein entgegenkommendes noch durch ein gleichgültiges noch durch ein feindseliges Verhalten des Analysanden in ihrer Dauerhaftigkeit und Stabilität beirren lässt... Nur wenn der Psychotherapeut solches vermag, lässt die Offenheit eines derartigen mitmenschlichen Raumes unsere Kranken die Bereitschaft gewinnen, ihre Fühlhörner wieder auszustrecken und sich in eigenständiger Verantwortlichkeit in immer freiere und weitere Weltbezüge einzulassen“ (Boss, 1962, S. 59).

Die Grundlage jeglicher gesunder Entwicklung des Menschen ist, dass er angenommen wird als das, was er im Grunde ist, sein darf, was er ist, sich nicht länger selbst verleugnen oder verstellen muss, um die Liebe der anderen zu erringen. Ein jegliches, das ist, kann sich nur als Geliebtes zu seinem vollen Wesen entfalten (Boss, 1957). Das ist es, was die Menschen tatsächlich rettet, in dem es sie in der liebenden, annehmenden Offenheit der Beziehung zum Therapeuten zu sich selber kommen lässt. Der Patient reift, wenn es gelingt, zu einem Men-

schen heran, der seine Existenz auszuhalten und auszustehen (ex-sistere) vermag, der dem, was ihm das Leben entgegenbringt, gewachsen ist, auf eigene Weise entsprechen kann und sei es auch zuerst nur so, dass er sagen kann: Ich schaffe es nicht allein, hilf mir!

Es geht in der Psychotherapie wesentlich um *Umstimmung*. Dies bedeutet auch, dass im besten Fall eines Tages kein Suchtmittel mehr benötigt wird. Es verändert sich während des therapeutischen Prozesses, *wie einem ist*, d.h. die *Weise*, wie das Dasein sein Sein auszutragen vermag. „Umstimmung erfordert Einsicht und Erkenntnis, und auch dies mag ein Erfühlen sein. Mit Erkenntnis meine ich den Aufgang von Wahrheit, welche nicht allein mit Vernunft zu erfassen ist [...] Stimmung ist Erfahrung von Welt und gehört in den Bereich der Sorge. Sorge meint hier Sorge um sich selbst und Anspruch an sich selbst. Umstimmung benötigt ein Sich-Zuwenden, eine Besinnung auf eigenes Angesporensein, ein in Anspruch genommen werden“ (Condrau, 2006, S. 120). Umstimmung bedeutet, den eigenen Gewissensruf wieder zu vernehmen. Es bedeutet aber auch, überhaupt wahrnehmen zu lernen, *wie einem ist*, Angst zuzulassen, jegliche andere Stimmung, die belastend erlebt wird, aushalten zu lernen und zu verstehen. In der Sucht geht es ja auch um das Jagen nach Stimmungsveränderung, sei es nun Betäubung oder Euphorisierung, Enthemmung oder Dämpfung. In der Therapie erlebt der Klient in langsamen, kleinen Schritten, wie es ist, das gegenwärtige, echte Befinden zuzulassen und dem zu folgen. Er lernt, vielleicht mithilfe vieler Rückschläge und Irrtümer, dass er nicht mehr ausweichen muss, zum Beispiel vor einer Verfassung unerträglicher Leere, oder vor der Nähe zu einem anderen Menschen.

„Der Süchtige tritt auf der Stelle, weil die Befriedigung, die er sucht, nicht im Suchtgebiet zu finden ist, weshalb immer ein Rest von Unbefriedigtsein wirksam bleibt, der zur Wiederholung des süchtigen Verhaltens zwingt“ (ebd., S. 125). Es dauert oft sehr lange, bis der Süchtige von seinem Muster lassen kann. Denn im Verlauf der Sucht schwächt sich das ohnehin nicht voll ausgereifte Dasein immer weiter selbst. Hinzu kommen Scham und Schuldgefühle, wegen der eigenen Hilflosigkeit und dem Wiederholen-Müssen der selbstzerstörerischen Verhaltensweise. So tut sich unter der süchtigen Existenz ein immer größerer Abgrund auf. Ein Abgrund, in den es zu blicken gilt, allerdings auch für das vermeintlich gesunde Dasein, welches sich vielleicht sicher wähnt. Die Abgründigkeit und Rätselhaftigkeit des menschlichen Daseins bleibt bestehen, für jeden von uns.

Zu Hörigen der Herkunft werden: Vom Meistern des Daseins

Wir alle stehen vor einem Abgrund. Was soll das heißen? Steht der suchtkranke Mensch am Ende nach einer langen, schmerzlichen Flucht vor sich selbst wieder vor dem Abgrund, dem er entkommen hatte wollen, gerade mit Hilfe der Sucht? Ist er nun nicht in aller gnadenlosen Heftigkeit nach einem langen Weg voller Scheitern und Schmerz mit sich selbst konfrontiert, mit dem, was ist und wo er nun steht. Ist dies nicht der Moment, wo Therapie und Hilfe überhaupt erst angenommen werden können? Für Sucht und vor allem Abhängigkeit wird heute manchmal noch das alte Wort „Hörigkeit“ verwendet. Darin klingt das Hören an, das Hören auf, das Zu- und Hinhören, das Ge-hören, Angehören, aber auch das Gehörige. Diese zwei Worte nun, Abgrund und Hörigkeit, stehen am Ende dieser, meiner Ausführungen, sie weisen ins Fragen zurück, sie führen heraus aus der Gewissheit, mit Gedanken und Argumenten, mit Hinzuziehen vieler anderer, die schon darüber nachdachten, Boden zu gewinnen und über das Thema Sucht und Suchtbehandlung Bescheid zu wissen und sich in dieser Gewissheit Halt zu suchen. Zwei Worte, denen noch ein drittes zugrunde liegt, von dem alles, was ist, von dem alles Wirken ausgeht: Sein. Der Abgrund der menschlichen Existenz, vielleicht durch die Stimmung am ehesten erfahrbar, ist auch ein Grund, d.h. etwas, in dem wir gründen. Dies ist ein Gründen, welches ein Geschehen ist und welches weder herstellbar, noch unter naturwissenschaftlich-technischem Blick erklär- und damit beherrschbar wird. Es ist allerdings ein Gründen, in dem alles Begründen letztlich fußt. Aus diesem Grund heraus ereignet sich unser Dasein. Es ist ein abgründiger Grund, weil wir seiner nicht habhaft werden können. Es bleibt nur, sich diesem Geschehen anzuvertrauen und zu „hören“, was uns der Gewissensruf still zu vernehmen gibt. Diese Stille stillt uns. Wer diesen Ruf der Stille nicht vernimmt, nicht mehr vernehmen kann, der verirrt sich, der leidet Mangel, wird unstillbar in seinem Sehnen nach dem eigenen Sein-Können, der fällt aus seinem Weg, wird unfrei und oft auch krank. Der Ruf reicht von dort her, wo wir unseren Ursprung haben und ruft uns ins Eigene. In dieser Hinsicht gilt es letztlich eine einzige Hörigkeit zu leben, nämlich die der eigenen Herkunft, des eigenen ursprünglichen Seins. Wir sollen *Hörige der Herkunft* (Heidegger, 2006) werden. Wer hinhört, wer diesen stillen Aufruf versteht und sich entschließt, ihm zu folgen, der ist frei zu sein, was er ist, und wird sich vom Wissenden zum Staunenden entwickeln, von dem, der al-

les im Griff zu haben scheint, zum Fragenden, der sich ansprechen und tragen lassen kann vom ewigen Geheimnis des Seins, ohne es unbedingt ergründen zu wollen, zu einem Menschen, der den Abgrund als Grund erfahren kann. Dies bedeutet sein Dasein zu *meistern*. Nicht von ungefähr sind die Bezeichnungen für Existenz (exsisto [lat.]: heraustreten, erscheinen, sich zeigen) und Ekstase (ekstasis [griech.]: aus sich gestellt sein, Begeisterung, Verzückung) einander in der Bedeutung so nahe. Denn ist nicht der größte Rausch das Leben selbst, das *freie Sein des Da?*

Widmung

Für meinen Papa, Martin Modlmayr, 1940-2010.

Literatur

- Bollnow, O. F. (1956): *Das Wesen der Stimmungen*. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann.
- Boss, M. (1999): *Grundriss der Medizin und Psychologie. Ansätze zu einer phänomenologischen Physiologie, Psychologie, Pathologie und Therapie und zu einer daseinsgemäßen Präventiv-Medizin* (Ersterscheinung 1971). Bern: Hans Huber.
- Boss, M. (1962): *Lebensangst, Schuldgefühle und psychotherapeutische Befreiung*. Bern: Hans Huber.
- Boss, M. (1957): *Psychoanalyse und Daseinsanalytik*. Bern: Hans Huber.
- Condrau, C. (2000): Zur Phänomenologie des Rausches und der Sucht. *Daseinsanalyse* 16, 146-150.
- Condrau, G. (1976): *Angst und Schuld als Grundprobleme der Psychotherapie* (Ersterscheinung Verlag Hans Huber, 1962). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Condrau, G. (1992): *Sigmund Freud und Martin Heidegger. Daseinsanalytische Neurosenlehre und Psychotherapie*. Freiburg (Schweiz): Universitätsverlag; Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- Condrau, G. F. (2006): Ich fühle, also bin ich. *Daseinsanalyse* 22, 118-126.
- Erpen, H. (1987): Bulimia Nervosa. *Daseinsanalyse*, 4, 285-213.
- Foerster, H.-D. & Vetter, H. (1994): Daseinsanalyse. In: G. Stumm & B. Wirth (Hrsg.), *Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis* (S. 193). 2. Auflage. Wien: Falter.
- Goethe, Johann Wolfgang von (2007): *Sämtliche Gedichte* (S. 119 ff.). Frankfurt am Main, Leipzig: Insel.
- Heidegger, M. (2006): *Der Feldweg*. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann.

- Heidegger M. (2000): *Über den Humanismus*. 10. Auflage. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann.
- Heidegger, M. (1993): *Sein und Zeit*. (Ersterscheinung 1926). Tübingen: Max Niemeyer
- Heidegger M. (2004): *Die Grundbegriffe der Metaphysik: Welt – Endlichkeit – Einsamkeit* (Wintersemester 1929/30) Gesamtausgabe 2. Abt. Bd. 29/30. 3. Auflage. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann.
- Heidegger, M. (2006): *Zollikoner Seminare*. Hrsg. Medard Boss. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann.
- Helting, H. (1999): *Einführung in die philosophischen Dimensionen der psychotherapeutischen Daseinsanalyse*. Aachen: Shaker-Verlag.
- Hölderlin, F. (2008): *Gesammelte Werke*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Holzhey-Kunz, A. (2001): *Leiden am Dasein. Die Daseinsanalyse und die Aufgabe einer Hermeneutik psychopathologischer Phänomene*. Wien: Passagen-Verlag.
- Nietzsche, F. (1994): *Die Geburt der Tragödie oder Griechentum und Pessimismus*. In: *Werke in drei Bänden, Band 1* (S. 5-152). Köln: Könnemann Verlagsgesellschaft.
- Röhr, H.-P. (2011): *Sucht – Hintergründe und Heilung. Abhängigkeit verstehen und überwinden*. 4. Auflage. Ostfildern: Patmos.
- Safranski, R. (2002): *Nietzsche. Biografie seines Denkens*. Frankfurt am Main: Fischer.



Charlotte Spitzer

Soziologin und daseinsanalytische
Psychotherapeutin in eigener Praxis
in Wien
charlotte.spitzer@chello.at

Achtsamkeitsbasierte Verfahren in der Suchtbehandlung

Wolfgang Beiglböck, Maria Mayr & Sandra Waigmann-Pölzl

Wie oft haben Sie beim Durchblättern dieses Heftes oder beim Lesen des letzten Beitrages an etwas Anderes als an diesen Beitrag gedacht?

Woran genau denken Sie jetzt gerade?

Hat das etwas mit diesem Artikel zu tun?

Geschieht es öfters, dass Sie an etwas Anderes denken als an die Aktivität, die Sie gerade durchführen?

Falls Sie auf einige dieser Fragen „doch öfters“ oder „kann schon vorgekommen sein“ antworten mussten, so ist dies im Regelfall kein Zeichen einer Konzentrationsstörung, sondern ein Hinweis auf Ihren ausgezeichneten kognitiven Entwicklungsstand. Killingsworth et al. (2010) berichten im Rahmen einer groß angelegten Untersuchung, bei der über 2.250 Personen mittels einer App regelmäßig und zufällig nach ihren Aktivitäten, ihren momentanen Gedanken und ihrem aktuellen Gefühlszustand gefragt wurden, dass in 47% aller unserer Aktivitäten unsere Gedanken „wegwandern“ und nicht bei der im Moment durchgeführten Aktivität sind. Die Art der Aktivität (angenehm oder unangenehm) hat nur wenig Einfluss auf diese Tatsache, allerdings sind wir, unabhängig von der Qualität der gerade durchgeführten Aktivität, signifikant glücklicher, wenn unsere Gedanken nicht wandern! Daher kommen die Autoren zur Schlussfolgerung: „In conclusion, a human mind is a wandering mind, and a wandering mind is an unhappy mind. The ability to think what is not happening is a cognitive achievement that comes at an emotional cost.“ (Killingsworth et al., 2010, S. 932).

Unachtsamkeit ist also eine zutiefst menschliche Eigenschaft, die es uns erst ermöglicht hat, unsere Welt zu planen und zu gestalten. Wären wir immer nur in der Gegenwart unseres Handelns, gäbe es keine Häuser, keine PCs, keine Philosophie und auch dieses Heft, das Sie eben in Ihren Händen halten, wäre nicht gedruckt worden. Leider scheint diese Eigenschaft allerdings sehr zur „Depressionsepidemie“ unserer

post-postmodernen Gesellschaft beizutragen. Unachtsamkeit ist also eine „Nebenwirkung“ oder „Komorbidität“ des menschlichen Seins und nicht nur einer Suchterkrankung. Vielleicht sollten wir uns diesen Umstand gelegentlich in Erinnerung rufen, wenn wir unseren PatientInnen Aufmerksamkeits- und/oder Konzentrationsstörungen diagnostizieren.

1 Achtsamkeit als therapeutisches Prinzip

Diese Erkenntnisse sind jedoch nicht so neu, wie es in der westlichen Psychologie erscheinen mag – nur die Erhebungsmethoden haben sich verfeinert und die individuelle Erfahrung als hypothesengenerierendes Verfahren des Erkenntnisgewinns ist statistischen Methoden gewichen. Die Erkenntnis, dass unachtsames Leben Leiden schafft, entstammt der buddhistischen Psychologie und findet sich bereits in den ersten Buddha zugeschriebenen Lehrreden, die vor knapp 2.000 Jahren in den Tripitaka-Kanons schriftlich erfasst wurden.

Die Ursprünge des Begriffes „Achtsamkeit“ finden sich in der buddhistischen Vipassana-Meditation (vipassana = ist ein Paliwort und bedeutet: klares Sehen, Einsicht, Klarsicht), die als Ausweg aus dem menschlichen Leiden, als Weg ins Nirvana (= Sanskrit „verwehen“, i.S. von Erlöschen des Verlangens, der Gier der Ich-Sucht – sic!) gesehen wird. Am Radikalsten wurde dieser Ansatz im Zen(-Buddhismus) umgesetzt: Wir sind im „Sein“ in der Gegenwart des Wahrnehmens und stören uns beim „Sein“ nur durch Gedanken, Bewertungen etc. Falls das aber als zu östlich und fern unserer westlichen Kultur bewertet werden sollte: Auch in unserem Kulturkreis gibt es ähnliche Aussagen, die dem christlichen Mystiker Meister Eckehardt (1260-1328) zugeschrieben werden: „Die wichtigste Stunde in unserem Leben ist immer der gegenwärtige Augenblick“, „Setz Dich hin und lass Dich – das ist Dein Bestes“. Er endete allerdings nicht als hochgeehrter Meister, sondern

entging nach einer päpstlichen Bulle als „homo seductus“ wegen seiner „Irrlehren“ vermutlich dem Scheiterhaufen nur dadurch, dass er sich entschloss, vorher zu sterben.

Daraus folgt also, dass Heilung i.S. des Aus tretens aus dem Kreislauf des Leidens nur im Nicht-Tun, in der Wahrnehmung des unmittelbaren Augenblicks liegen kann – nicht gerade ein einfach zu verschreibendes Rezept für psychisch Kranke.

Daher hat die westliche Psychologie versucht, diesen Ansatz in eine westlich-wissenschaftliche Terminologie zu fassen und in therapeutische Verfahrensrichtlinien umzusetzen. Diese „Achtsamkeitsbasierten Ansätze“ zur Behandlung psychischer Leidenszustände und Erkrankungen gerieten vor ca. 25 Jahren zunehmend in das Blickfeld psychologischer Forschung. In der westlichen Psychologie wird Achtsamkeit üblicherweise als eine besondere Art der Aufmerksamkeitszuwendung beschrieben und zwar als eine absichtliche, bewusste Fokussierung auf die unmittelbare, gegenwärtige Wahrnehmung (d.h. nicht auf Vergangenes oder Zukünftiges), nicht bewertend hinsichtlich Gedanken und Gefühlen und gekennzeichnet von Offenheit und Neugier (Bishop et al., 2004).

Obwohl achtsame Wahrnehmung in vielen Therapieformen eine große Rolle spielt, wie z.B. in der Psychoanalyse die freie Assoziation und die gleichschwebende Aufmerksamkeit des Analytikers, im Prinzip der „awareness“ in der Gestalttherapie oder in der Akzeptanz- und Commitmenttherapie in der Verhaltenstherapie und nicht zu vergessen in der dialektisch-behavioralen Therapie nach Linehan (die Liste ließe sich noch fortsetzen), war es erst Kabat-Zinn (1990), der Anfang der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts diese Art der Meditation v.a. zu Behandlung von Stresserkrankungen einsetzte (MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction). Mittlerweile findet das Prinzip der Achtsamkeit Eingang in die Behandlung einer großen Anzahl psychiatrischer (Heidenreich et al., 2004), aber auch internistischer Erkrankungen (David et al., 2008).

2 Achtsamkeit als therapeutisches Prinzip in der Suchtbehandlung

Im Bereich der Suchtbehandlung fanden diese Überlegungen allerdings erst recht spät Beachtung, obwohl sich achtsamkeitsbasierte Ansätze nicht nur in wissenschaftlichen Ergebnissen, sondern auch in den Überlegungen von Selbsthilfegruppen wiederfinden lassen. So in dem von den Anonymen Alkoholikern verwendeten „Gelassenheitsgebet“, das in seinen

Grundzügen allerdings zumindest auf Schiller zurückgeht (1879, S. 732): „Wohl ihm [dem Menschen] also, wenn er gelernt hat, zu ertragen, was er nicht ändern kann, und preiszugeben mit Würde, was er nicht retten kann“. Im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung zeigte Rohsenow bereits 1994, dass die Höhe der Aufmerksamkeit stark mit dem Erfolg eines Expositionstrainings bei Alkoholkranken korreliert. Ebenso liegen eine Reihe indirekter Hinweise vor, die für den Einsatz achtsamkeitsbasierter Verfahren in der Suchtbehandlung sprechen: So konnte z.B. gezeigt werden, dass Achtsamkeitsmeditation zu einer höheren Aktivität im Präfrontalen Cortex (PFC) und einer verminderten Aktivität in der Amygdala führt (Creswell et al., 2007; Modinos et al., 2010). Wobei Boyce (2012) annimmt, dass alle achtsamkeitsbasierten Therapieansätze generell die Neuroplastizität im Allgemeinen stimulieren und nicht nur in bestimmten Hirnarealen. Die vermehrte Aktivität im PFC bei verminderter Aktivität in der Amygdala ist jedoch insofern von Bedeutung, als der PFC v.a. bei Alkoholabhängigkeit beeinträchtigt erscheint (vgl. Mohsely et al., 2010) und eine wesentliche Funktion zur Verhaltensinhibition ausübt, und die Amygdala nicht nur zur Affektsteuerung, sondern auch bei der Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen eine bedeutsame Rolle spielt (vgl. Makris et al., 2004; Wrase et al., 2008). Diese Ergebnisse scheinen auch in einem direkten Zusammenhang mit der Verhaltensebene zu stehen. Bei Alkoholkranken konnten Murphy et al. (2012) zeigen, dass Alkoholkonsum in starkem Zusammenhang mit impulsiven Verhaltenstraiten steht und der Trait „Achtsamkeit“ v.a. durch eine gute Impulskontrolle gekennzeichnet bzw. beeinflusst erscheint. Hill et al. (2012) konnten auch bei einer nicht suchtkranken Stichprobe zeigen, dass ein erhöhter Trait „Achtsamkeit“ mit einer höheren Fähigkeit Emotionen zu differenzieren, einhergeht bzw. dass damit auch u.a. eine verringerte emotionale Labilität einhergeht.

Westbrook et al. (2013) lieferten Belege dafür, dass das achtsame Betrachten nikotinasoziierten Bilder im Verhältnis zu neutralen Bildern zu einer reduzierten Aktivität des subgenualen anterioren Gyrus cinguli und somit zu einem reduzierten subjektiven Craving führt. Dadurch lässt sich auch erklären, warum ein Cue-Exposure-Training umso erfolgreicher ist, je höher die Aufmerksamkeitszuwendung ist (Rohsenow et al., 1994) – bei gleichzeitig reduzierter physiologischer Reagibilität auf Alkohol-Cues (Garland et al., 2010). Witkiewitz et al. (2013) konnten in diesem Zusammenhang zeigen, dass ein spezifisches achtsamkeitsbasiertes Rückfallpräventionsprogramm (MBRP s.u.)

zu einer deutlichen Reduzierung des subjektiv erlebten Cravings bei Alkohol und Drogenabhängigen führen kann, Westbrook et al. (2013) konnten ähnliche Ergebnisse bei Nikotinabhängigen nachvollziehen. Die weitere klinische Bedeutung ergibt sich u.a. auch daraus, dass Achtsamkeitstraining Stress bei Suchtkranken reduziert (Achtsamkeitsmeditation reduziert nicht nur physiologische Stresserscheinungen im Allgemeinen, sondern auch die physiologische Reaktion auf Auslösereize im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, Garland et al., 2010; vgl. auch Bodenlos et al., 2013), eine klinisch bedeutsame Wirksamkeit bei Depressionen zeigt, die ja die häufigste Komorbidität bei Suchterkrankungen darstellt (Brewer et al., 2009), sowie generell positiv auf kognitive Beeinträchtigungen wirkt (Jha et al., 2010; Zeidan et al., 2010). Auch im präventiven Bereich scheint dem Konzept „Achtsamkeit“ eine nicht unwesentliche Bedeutung zuzukommen: Je höher der Trait Achtsamkeit, desto geringer der Alkoholkonsum nicht nur in Hochrisikogruppen (Smith et al., 2010; Fernandez et al., 2010).

Obwohl vereinzelt auch kontradiktorische Ergebnisse vorliegen (z.B.: eine positive Korrelation zwischen Binge-Drinking und Achtsamkeit, Fernandez et al., 2010), kommen Zgierska et al. (2009) in einer Übersichtsarbeit über 25 Studien zum Schluss, dass verschiedene achtsamkeitsbasierte Meditationsverfahren wirksame, nebenwirkungsarme zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten für eine große Gruppe von Suchterkrankungen bei verschiedenen Populationen darstellen könnten. Skanavi et al. (2011) unterstützen im Rahmen einer Übersicht über die vorliegende Literatur diese Einschätzung. Neuere Einzelstudien konnten befriedigende Ergebnisse im Rahmen der Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen (Bowen et al., 2009; Witkiewitz et al., 2013) sowie Nikotinabhängigen nachweisen (Brewer et al., 2011), wobei auch erste ermutigende Ergebnisse bei Glücksspielabhängigen vorliegen (Shonin et al., 2013).

Trotz des Vorliegens einiger durchaus ermutigender Ergebnisse wurde lange Zeit kein spezifisches, d.h. auf Suchterkrankungen spezialisiertes Achtsamkeitstraining entwickelt, sondern verschiedene Meditationsverfahren angewendet. Erst Marlatt und MitarbeiterInnen begannen vor einigen Jahren ein spezifisches achtsamkeitsbasiertes Trainingsprogramm zu entwickeln (MBRP – Mindfulness Based Relapse Prevention Program, Bowen et al., 2011) und legten einige Studien zur Wirksamkeit des Programms vor. So konnte z.B. gezeigt werden, dass eine Steigerung der Achtsamkeit im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Achtsam-

keitstraining mit mehr abstinenter Tagen bzw. einem verringerten Gebrauch illegaler Substanzen und einem verringerten Craving einhergeht (Bowen et al., 2006; Bowen et al., 2009).

3 Das Mindfulness-Based Relapse Prevention Programm (MBRP)

Das Mindfulness-Based Relapse Prevention Programm (MBRP) ist ein 8-wöchiges ambulantes Behandlungsprogramm und das derzeit elaborierteste und am besten theoretisch fundierte Programm zur Behandlung von Suchterkrankungen. Es kombiniert Interventionen aus dem Mindfulness-Based Stress Reduction Programm (MBSR) von Kabat-Zinn, der Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) von Segal et al. und dem Relapse Prevention Program von Daley und Marlatt. Das MBRP verbindet kognitiv-behaviorale Strategien der klassischen Rückfallprävention mit Achtsamkeitsübungen. An dieser Stelle gilt es unserem mittlerweile leider verstorbenen Kollegen und Freund Alan G. Marlatt zu danken, dass er uns uneigennützigerweise sein Behandlungsprogramm zwei Jahre vor der Veröffentlichung in den USA zur deutschsprachigen Übersetzung zukommen ließ.

Zu den Zielen des MBRP-Programms zählt die Entwicklung von Achtsamkeit und Akzeptanz gegenüber Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen, um diese Haltung als Bewältigungsstrategie auch in Rückfallsituationen einsetzen zu können, und das frühzeitige Erkennen von Warnsignalen für einen Rückfall. Des Weiteren sollen Wissen über Craving, d.h. Verlangen nach Substanzeinnahme, und der Einsatz von Bewältigungsstrategien vermittelt werden. Die Teilnehmer werden in der Identifikation von Hochrisikosituationen geschult und üben im gegenwärtigen Moment statt im Autopilotenmodus zu leben. Durch die wiederholte Erfahrung, Hochrisikosituationen achtsam zu erleben, soll es auch zu einer Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung kommen.

Das Programm findet über einen Zeitraum von 8 Wochen mit je 2-stündigen Sitzungen statt. Die kontinuierliche Anwesenheit der Teilnehmer ist äußerst wichtig, da die Sitzungen aufeinander aufbauen. Die Teilnehmer bekommen nach jeder Sitzung ein Handout mit den Übungen für die kommende Woche, eine Zusammenfassung der jeweiligen Sitzung und CDs mit den zu übenden Meditationen. Der Übungsaufwand beträgt in etwa eine halbe Stunde täglich. Das regelmäßige Üben zwischen den Sitzungen ist ein wesentlicher Bestandteil des Programms.

In der ersten Sitzung erfolgt eine Einführung in die Idee des Modus „Autopilot“. Dieser beschreibt die Tendenz, automatisch auf Sinneseindrücke, Gefühle und Gedanken zu reagieren, ohne sich diese bewusst zu machen. Bei Suchtdruck wird häufig der Modus „Autopilot“ aktiviert, d.h. der Suchtkranke gibt dem Verlangen nach, ohne dass ihm wirklich bewusst ist, was geschieht und welche Konsequenzen daraus folgen. Achtsamkeit beginnt mit dem Erkennen der Tendenz, in den Modus „Autopilot“ zu gehen. Verdeutlicht wird dies durch die *Rosinenübung*. Bei dieser Übung wird eine einzelne Rosine sehr langsam nacheinander mit jedem Sinneskanal wahrgenommen und schließlich gegessen. Des Weiteren wird in der ersten Sitzung der *Bodyscan* eingeführt, eine Körperwahrnehmungsübung, bei der die Aufmerksamkeit langsam durch den ganzen Körper wandert (bzw. gelenkt wird) mit der Idee, alle Erfahrung so anzunehmen, wie sie gerade sind, ohne sie zu verändern.

In der zweiten Sitzung sollen die Teilnehmer die automatische Tendenz, Erfahrungen ständig zu interpretieren und zu bewerten, erkennen. Dieses häufige Bewerten hindert daran, im Hier und Jetzt zu sein. Des Weiteren soll der Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen, Empfindungen und Verhalten verdeutlicht werden. Achtsamkeit und Bewusstheit können für eine Pause in diesen typischen automatischen Prozessen sorgen und die Möglichkeit schaffen, anders zu handeln. Übungen in dieser Sitzung sind die *Straßenübung* und das *Suchtdrucksurfing*. Die Straßenübung soll veranschaulichen, wie die unterschiedliche gedankliche Interpretation einer neutralen Situation zu völlig verschiedenen Gefühlen und Empfindungen führen kann. Beim Suchtdrucksurfing sollen sich die Teilnehmer das Verlangen als Welle und sich selbst als Surfer vorstellen, der die Welle ausreitet, bis sie wieder abnimmt, d.h. das Verlangen aushält, bis es wieder aufhört.

In der dritten Sitzung steht die Beachtung der Atmung im Mittelpunkt. Da die Atmung immer eine momentane Erfahrung ist, führt die Beachtung der Atmung dazu, dass auch das Bewusstsein im jeweiligen Moment präsent ist. Die Teilnehmer lernen die *Atempause*; hierbei wird die Aufmerksamkeit auf die Atmung gerichtet, die Wahrnehmung wird im Hier und Jetzt verankert. Dadurch können Entscheidungen stärker und klarer gefällt werden. Des Weiteren wird in dieser Sitzung das *achtsame Gehen* eingeführt. Dadurch soll die Achtsamkeit auf alltägliche Tätigkeiten ausgeweitet werden. Durch die *Bergmeditation* soll ein Gefühl dafür entwickelt werden „mit“ verschiedenen auftretenden körperlichen Empfindungen zu sein,

auch mit solchen, die mit Verlangen und Suchtdruck verbunden sind. Die Person an sich (der Berg) bleibt stabil, was auch immer geschieht, welches Wetter auch herrscht, es geht darum sich mit der Kraft und Festigkeit des Berges zu verbinden und sich diese anzueignen.

In der vierten Sitzung geht es um das Erlernen von neuen Fertigkeiten, um in Situationen mit starkem Suchtdruck gegenwärtig bleiben zu können und diesem nicht automatisch nachgeben zu müssen. Durch die Achtsamkeit lernen die Teilnehmer, intensive Gefühle zu erkennen und mit ihnen zu sein, ohne diese loswerden oder ihnen nachgeben zu müssen. Neben einer weiteren *Sitzmeditation* lernen die Teilnehmer in dieser Sitzung leichte *Yogaübungen*. Auch die Yogaübungen sind eine weitere Variante der Meditationsübungen. Es geht darum sich wieder bewusst mit dem Körper zu verbinden. In Folge der Suchterkrankung ist der Körper lange Zeit vernachlässigt worden, gar nicht wahrgenommen, „gespürt“ worden, die Selbstfürsorge kam lange Zeit zu kurz. Die Übungen dienen dazu, die Signale des Körpers wieder wahrnehmen zu lernen und sich wieder um ihn zu kümmern. Damit soll die Körperwahrnehmung trainiert werden, um besser erkennen zu können, wie sich Suchtdruck im Körper anfühlt, bzw. welche Empfindungen, Gedanken und Gefühle damit verbunden sind.

In der fünften Sitzung wird das Akzeptanzprinzip eingeführt. Dinge dürfen so sein, wie sie sind, ohne sie zu bewerten, ohne sie zu verändern. Diese akzeptierende Haltung macht es leichter, klar zu sehen, was verändert werden muss. Eine *Sitzmeditation* mit einem anschließenden *Gedicht* („Das Gästehaus“ von Dschalal ad-Din Muhammad Rumi, 1207-1273) soll die Idee vermitteln, alle Erfahrungen willkommen zu heißen, egal ob sie angenehm, unangenehm oder neutral sind. In dieser Sitzung wird die *Atempause* als Möglichkeit, mit problematischen zwischenmenschlichen Interaktionen umgehen zu können, geübt.

In der sechsten Sitzung wird die Idee, dass Gedanken nur Worte und Bilder im Geist und keine Fakten sind, eingeführt. Mithilfe einer weiteren *Sitzmeditation*, bei der die Teilnehmer Gedanken in der Vorstellung in einem Fluss vorbeiziehen lassen, werden die Gedanken zum Objekt der Aufmerksamkeit gemacht. Dadurch lernen die Teilnehmer, sich von ihren Gedanken zu distanzieren und zu erkennen, dass Gedanken nur Gedanken sind, auch wenn sie sich wahr anfühlen. Danach wird der Zusammenhang zwischen Gedanken und Rückfällen mit Hilfe der *Rückfallkette* erarbeitet.

In der siebten Sitzung lernen die Teilnehmer, ihre persönlichen Rückfallrisiken zu

identifizieren und bearbeiten ihre persönliche *Copingkarte*, auf der Copingstrategien, Notfallnummern, Gründe für die Abstinenz und der Ablauf der Atempause festgehalten sind. Die Teilnehmer üben wohltuende Aktivitäten für ein befriedigendes und ausgeglichenes Leben zu planen und damit das Rückfallrisiko zu senken. Eine weitere *Meditationsübung* soll die Teilnehmer anregen, eine liebevolle, selbstfürsorgliche und gewährende Haltung sich selbst und anderen gegenüber einzunehmen.

In der achten Sitzung werden die Teilnehmer ermutigt, soziale Netzwerke aufzubauen, um Probleme besser bewältigen zu können und Balance ins Leben zu bringen. Wie zum Beginn des Kurses wird nochmals gemeinsam der *Bodyscan* durchgeführt, um danach die Veränderungen durch das Üben zu reflektieren. Inhalt der *Rückschauübung* ist die Reflexion des Gelernten. Bei der *Vorschauübung* geht es um die Entwicklung eines Plans, wie die Praxis der Achtsamkeit in den Alltag integriert werden kann.

Da uns Alan Marlatt sein Behandlungsprogramm noch vor der deutschen Veröffentlichung (Bowen et al., 2012) zur Verfügung stellte, konnten wir, in einer eigenen Übersetzung, seit nunmehr drei Jahren mit diesem Programm durchaus positive Erfahrungen sammeln.

Im Rahmen einer explorativen Pilotstudie versuchten wir (Beiglböck et al., 2013) daher abzuklären, ob eine deutsche Übersetzung des MBRP nach Marlatt in der Behandlung von alkoholabhängigen Patienten und Patientinnen zusätzlich zur üblichen Entwöhnungstherapie (TAU – treatment as usual) sinnvoll eingesetzt werden kann. Bei dem TAU handelt es sich um eine übliche Entwöhnungstherapie über 8 Wochen. Die Beschreibung der einzelnen Behandlungsschritte würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen (Näheres siehe: <http://www.api.or.at/typo3/klinikum-beratung-und-behandlung.html>, abgefragt am 09.07.2013). In Anlehnung an bestehende Evaluationsstudien (Bowen et al., 2006 & 2009; Garland et al., 2010) aus dem angloamerikanischen Raum wurde v.a. versucht, den Einfluss des MBRP nicht nur auf Achtsamkeit, sondern auch auf Craving, Attribution und Ressourcenaktualisierung zu erheben.

Insgesamt nahmen 30 Patientinnen und Patienten an der Studie teil. Zusätzlich zu TAU nahmen sie über 8 Wochen wöchentlich an je 2-stündigen Gruppensitzungen des MBRP teil. Die Teilnahme erfolgte freiwillig nach Zuweisung durch den behandelnden Arzt. Neun Teilnehmer verweigerten die Teilnahme, da ihnen das Programm als zu aufwändig erschien.

Zu Beginn und am Ende des Behandlungsprogrammes wurden die Alcohol Respon-

sibility Scale (ein Fragebogen zur Erfassung alkoholspezifischer externaler bzw. internaler Attribution, Worell et al., 1985; Beiglböck et al., 1987), der Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (Walach et al., 2006) und die deutsche Fassung der Obsessive Compulsive Drinking Scale (ein Selbstbeschreibungsverfahren zur Erfassung des subjektiv empfundenen Alkoholverlangens, Mann et al., 2000) vorgelegt. Weiters fand der Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (Jack, 2007) Verwendung. Eine genauere Beschreibung der Methodik, aber auch der Auswertung findet sich in Beiglböck et al. (2013).

Der Kontrollgruppe konnte, da diese gleichzeitig an einer anderen Studie teilnahm, leider nur ein Achtsamkeitsfragebogen zu Beginn und in der achten Woche der Behandlung vorgegeben werden.

Insgesamt konnte beobachtet werden, dass sich alle Zielvariablen, Craving (OCD), Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS), interne Attribution (ARS) und Achtsamkeit (FFA) nach der Durchführung des MBRP in die erwartete Richtung verändert haben. Allerdings ergab sich eine statistisch signifikante Veränderung nur in der Gruppe der stationären Patientinnen und Patienten, die vor Beginn des MBRP nicht abstinent war.

Die Hauptzielvariable Achtsamkeit zeigte auch in der Kontrollgruppe (also jener Gruppe, die lediglich TAU, aber kein Achtsamkeitstraining erhielt) eine signifikante Veränderung Richtung vermehrte Achtsamkeit.

Um den Effekt des MBRP zu erheben, wurde eine korrigierte Effektstärke, d.h. unter Berücksichtigung des Effekts in der Kontrollgruppe, berechnet. In Hinsicht auf die Variable Achtsamkeit (FFA) ergab sich eine mäßig bis mittlere Effektstärke hinsichtlich des MBRP-Programms.

Eines der interessantesten Ergebnisse dieser Studie besteht unserer Ansicht nach darin, dass die Variable Achtsamkeit sich auch durch eine Standardbehandlung der Suchterkrankung statistisch signifikant erhöht, ohne dass spezifische Interventionen gesetzt werden. Allein abstinent zu werden könnte also bedeuten, dass man achtsamer wird – was aber als durchaus theoriekonform interpretiert werden kann. Die kognitive Wirkung psychoaktiver Substanzen verhindert die achtsame Wahrnehmung der Realität, da diese Substanzen zumeist zur „Realitätsflucht“ eingesetzt werden. Außerdem setzen eine Reihe psychotherapeutischer Verfahren, die in der Standardtherapie von Suchterkrankungen Anwendung finden, an der Schulung der Selbst- und Realitätswahrnehmung an (vgl. Daley et al., 2006, bzw. Gmerek, 2009). Aller-

dings konnte auch gezeigt werden, dass ein zusätzliches Achtsamkeitstraining eine mäßige bis mittlere Effektstärke aufweist und somit, unter Berücksichtigung vorliegender Arbeiten aus dem angloamerikanischen Raum (siehe oben), als zusätzliches Behandlungsmodul in der Behandlung Suchtkrankter Sinn haben könnte. Somit weist auch eine deutschsprachige Übersetzung des MBRP nach Marlatt befriedigende Effektstärken hinsichtlich der Zielvariable Achtsamkeit auf. Trotz des Fehlens entsprechender Daten kann u.A. mit aller gebotenen Vorsicht davon ausgegangen werden, dass auch andere relevante Zielvariablen (Craving, Selbstmanagmentfähigkeiten, interne Attribution) positiv beeinflusst werden könnten. Die mangelnde statistische Signifikanz in der Gruppe der ambulanten, bereits seit mehreren Monaten abstinenten Patientinnen und Patienten, könnte einerseits auf einen Deckeneffekt aufgrund der bereits erhaltenen TAU, andererseits auch auf die kleine Stichprobe zurückzuführen sein.

„Nebenwirkungen“ des Programms konnten aus den Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten nicht festgestellt werden, außer dass einige Patienten den erlebten Aufwand (2-stündige Sitzungen über acht Wochen mit Hausaufgaben) als überhöht erlebt haben, was dazu führte, dass drei Patienten das Programm nach der zweiten Sitzung abgebrochen haben. Insgesamt konnten jedoch nur positive Rückmeldungen verzeichnet werden („habe gelernt, auf mich zu achten“, „lebe nun bewusster“, „habe gelernt, dass Vergangenheit und Zukunft nicht so wichtig sind, sondern das Leben in der Gegenwart“ u.ä.)

4 Abschließende Anmerkungen

Unachtsamkeit ist nicht nur eine „Komorbidität“ des Seins, bzw. Achtsamkeit ist nicht nur in der buddhistischen Psychologie ein Weg zur „Aufhebung des Leidens“ aus dem Leid, sondern stellt auch im Bereich der Suchterkrankungen einen nicht zu vernachlässigenden Faktor dar, der allerdings auch positiv beeinflusst werden kann.

Achtsamkeitsbasierte Therapieverfahren könnten in der Behandlung Suchtkrankter eine wertvolle Bereicherung der therapeutischen Möglichkeiten darstellen, da durch Achtsamkeit bisher bekannte therapeutische Wirkfaktoren offensichtlich günstig beeinflusst werden können. Wie diese Wechselwirkungen im Konkreten aussehen und welche Suchtkranken von einem spezifischen Achtsamkeitstraining am meisten profitieren, muss die weitere Forschung zeigen.

Literatur

- Beiglböck, W. & Feselmayer, S. (1987): Suchtspezifische Attributionsstile des Alkoholkranken und deren therapeutische Relevanz. *Wr. Zf. f. Suchtforschung*, 3/4, 85-91.
- Beiglböck, W., Mayr, M. & Waigmann-Pözl, S. (2013): Achtsamkeitsbasierte Suchttherapie – Möglichkeiten und Grenzen. Erste Ergebnisse einer Pilotstudie zur Evaluierung einer deutschsprachigen Version des Therapieprogrammes „Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)“ nach Marlatt. *Suchttherapie*, 14, 16-21.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro & Devins, G. (2004): Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clin Psychol Sci Prac*, 11, 230-241.
- Bodenlos, J. S., Noonan, M., Wells, St. Y. (2013): Mindfulness and Alcohol Problems in College Students: The Mediating Effects of Stress. *Journal of American College Health*. Published online 23 May 2013, <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07448481.2013.805714>
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M. et al. (2006): Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 343-347.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E. et al. (2009): Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Subst Abuse*, 30 (4), 295-305.
- Bowen, S., Chawla, N. & Marlatt, G. A. (2011): *Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- Bowen, S., Chawla, N. & Marlatt, G. A. (2012): *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Boyce, J. (2012): Stimulating neuroplasticity: Mindfulness and mindsight/interpersonal neurobiology in the treatment of co-occurring disorders. *Journal of Addictive Disorders*. 06.07.2013 www.breining.edu/JAD12JaB.pdf
- Brewer, J. A., Bowen, S. & Smith et al. (2012): Mindfulness-Based Treatments for Co-Occurring Depression and Substance Use Disorders: What Can We Learn from the Brain? *Addiction*, 105 (10), 1698-1706.
- Brewer J. A., Mallik, S., Babuscio, T. A. et al. (2011): Mindfulness Training for smoking cessation: results from a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend.*, 119 (1-2), 72-80.
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I. & Lieberman, M. (2007): Neural Correlates of Dispositional Mindfulness During Affect Labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69, 560-565.
- Daley, D. C. & Marlatt, G. A. (2006): *Overcoming your alcohol or drug problem. Effective recovery*

- strategies. *Therapist guide*. Oxford: University Press.
- David, S. L. & Kabat-Zinn, J. (2008): Mindfulness in Medicine. *JAMA*, 300 (11), 1350-1352.
- Fernandez, A. C., Wood, M. D., Stein, L. A. R. & Rossi, J. S. (2010): Measuring Mindfulness and Examining its Relationship With Alcohol Use and Negative Consequences. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24 (4), 608-616.
- Garland, E. L., Gaylord, S. A., Boettiger, C. A. & Howard, M. O. (2010): Mindfulness Training Modifies Cognitive, Affective and Physiological Mechanisms Implicated in Alcohol Dependence: Results of A Randomized Controlled Pilot Trial. *J. Psychoactive Drugs*, 42 (2), 177-192.
- Gmerek, St. (2009): *Achtsamkeitsbasierte Ansätze in der Psychotherapie von Abhängigkeitsstörungen*. Bachelorarbeit; Universität Magdeburg.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.) (2006): *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hill, C. L. M. & Updegraff, J. A. (2012): Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12 (1), 81-90.
- Jack, M. (2007): *Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Jha, A. P., Stanley, E.A. & Ling Wong, A. K. (2010): Examining the Protective Effects of Mindfulness Training on Working Memory Capacity and Affective Experience. *Emotion*, 10 (1), 54-64.
- Makris, N., Gasic, G. P. & Seidman, L. J. et al. (2004): Decreased absolute amygdala volume in cocaine addicts. *Neuron*, 44 (4), 729-640.
- Mann, K. & Ackermann, K. (2000): Die OCDS-G: Psychometrische Kennwerte der deutschen Version der Obsessive Compulsive Drinking Scale. *Sucht*, 46/2, 90-100.
- Modinos, G., Ormel, J. & Aleman, A. (2010): Individual differences in dispositional mindfulness and brain activity involved in reappraisal of emotion. *Soc Cogn Affect. Neurosci.*, 5 (4), 369-377.
- Moshely, H. F., Georgiou, G. & Kahn, A. (2010): Frontal lobe changes in alcoholism: a review of the literature. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 357-368.
- Murphy, C. & MacKillop, J. (2012): Living in the here and now: interrelationships between impulsivity, mindfulness and alcohol misuse. *Psychopharmacology*, 219 (2), 527-536.
- Kabat-Zinn, J. (1990): *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell.
- Killingsworth M. A. & Gilbert, D. T. A. (2010): Wandering Mind Is an Unhappy Mind. *Science*, 330, 932.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A. V. et al. (1994): Cue reactivity as a predictor of drinking among male alcoholics. *J. of Consulting and Clinical Psy.*, 62, 620-626.
- Schiller, F. (1879): *Über das Erhabene*, Schillers sämtliche Werke, Band IV (S. 726-738). Stuttgart: Cotta'sche Buchhandlung.
- Shonin, E., van Gordon, W., Griffiths, W. (2013): Buddhist philosophy for the treatment of problem gambling. *Journal of Behavioral Addictions*, 2 (2), 63-71.
- Skanavi, S., Laqueille, X., Aubin, H. J. (2011): Interventions basées sur la pleine conscience en addictologie (Mindfulness based interventions for addictive disorders: A review. *L'Encéphale*, 37 (5), 379-387.
- Smith, B. W., Ortiz, J. A., Steffen, L. E. et al. (2011): Mindfulness Is Associated With Fewer PTSD Symptoms, Depressive Symptoms, Physical Symptoms, And Alcohol Problems in Urban Fire Fighters. *J. consulting and Clinical Psychology*, 79 (5), 613-617.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V. et al. (2006): Measuring Mindfulness – the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Pers. and Individual Diff.*, 40, 1543-1555.
- Westbrook, C., Creswell, J. D., Tabibnia, G. et al. (2013): Mindful attention reduces neural and self-reported cue-induced craving in smokers. *Soc Cogn Affect Neurosci.*, 8 (1), 73-84.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H. & Hsu, S. H. (2013): Mindfulness Based Relapse Prevention for Substance Craving. *Addictive Behaviors*, 38 (2), 1563-1571.
- Worell, L. & Tumilty, T. N. (1985): The measurement of locus of control among alcoholics. In: H. M. Lefcourt (Hrsg.), *Research with the locus of control construct – Vol. 1* (S. 15-59). New York: Acad. Press.
- Wrase, J., Makris, N., Braus, F. D. et al. (2008): Amygdala Volume Associated With Alcohol Abuse Relapse and Craving. *Am. J. Psychiatry*, 165, 1179-1184.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J. et al. (2010): Mindfulness Meditation Improves Cognition: Evidence of Brief Mental Training. *Consciousness and Cognition*, 19, 597-605.
- Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N. et al. (2009): Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Subst. Abus.*, 30 (4), 266-294.

**Dr. Wolfgang Beiglböck**

Univ.-Lektor, Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut, Arbeitspsychologe im Anton-Proksch-Institut, Wien und in freier Praxis, Lehrtätigkeit an der psychologischen Fakultät der Univ. Wien, sowie Sigmund-Freud Privatuniversität Wien.
wolfgang.beiglboeck@api.or.at

**Mag. Sandra Waigmann-Pölzl**

Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie, Hypnotherapie, Traumatherapie), Notfallpsychologin, Arbeitspsychologin, Langjährige psychotherapeutische Tätigkeit im Anton-Proksch-Institut. Derzeit Psychotherapeutin in freier Praxis (Einzel- und Gruppentherapien, Achtsamkeitstrainings), Durchführung suchtpreventiver Workshops in Schulen.
praxis@baden-psychotherapie.at

**Mag. Maria Mayr**

Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie, Traumatherapie). Psychotherapeutische Tätigkeit im Anton-Proksch-Institut und in freier Praxis.
mayr@api.or.at

Aspekte der Scham in der therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen

Kathrin Grechenig

Die Scham ist ein universeller menschlicher Affekt, und obwohl jeder von uns Situationen kennt, in denen wir uns geschämt haben, errötet sind oder am liebsten im Erdboden versunken wären, ist sie dennoch wenig in unserem Bewusstsein. Über die Scham redet man nicht, man zeigt sie besser auch nicht, sondern verbirgt sie. Und oft verbirgt sie sich auch hinter anderen Affekten, wie zum Beispiel der Angst oder der Wut, zeigt sich also in einer verhüllten Form (Marks, 2007). Sie wird auch das „Aschenputtel“ im Reich der Gefühle genannt.

Yontef (1996) bezeichnet sie, ebenso wie die Schuld, als negative Bewertung und emotionale Reaktion auf das eigene Sein, eine erlernte Weise, sich nicht mit dem Selbst, wie es ist, zu identifizieren. Während die Scham meist mit einem Gefühl einhergeht, nicht in Ordnung, nicht gut genug zu sein und die ganze Person als Fehler empfunden wird, bezieht sich die Schuld auf einen spezifischen Fehler, auf das Erleben, etwas Schlechtes getan oder jemanden anderen verletzt zu haben.

Die Scham kann sich auf die bloße Existenz des Menschen beziehen („existenzielle Scham“), aber auch durch ein Nicht-Entsprechen bestehender Normen, Erwartungen oder Werte anderer Menschen oder Gesellschaften ausgelöst werden („Anpassungsscham“). Das kann sowohl den eigenen Körper betreffen, der als Makel empfunden wird, als auch persönliche Eigenschaften oder Fähigkeiten.

Die Intimitätsscham hingegen hat eine schützende Funktion und achtet darauf, was und wie viel wir von dem, was uns wichtig ist, anderen Menschen zeigen oder lieber verbergen möchten. Leon Wurmser (2007) bezeichnet sie als eine „unentbehrliche Wächterin der Privatheit und der Innerlichkeit, eine Wächterin, die den Kern unserer Persönlichkeit schützt – unsere intensivsten Gefühle, ...“ (ebd., S. 74).

Im Unterschied zur natürlichen Scham, kommt das Beschämtwerden von außen. Wenn Menschen andere verletzen, erniedrigen oder ihre Grenzen des intimen Raums missachten, kann dies oftmals zur Beschämung der be-

troffenen Person führen. Bei Kindern und Jugendlichen zum Beispiel ist eine häufige Form des Beschämtwerdens das Auslachen. In der Arbeitswelt das Mobbing. Dabei kann Beschämung in Form von verbalen Drohungen, Kritik oder Gerüchte verbreiten stattfinden, in sozialer Isolierung oder öffentlicher Demütigung von KollegInnen, aber auch im Entziehen von bestimmten Aufgaben und Entscheidungskompetenzen (Marks, 2007).

Beschämung wird üblicherweise als besonders schlimm empfunden, wenn sie von Menschen ausgeht, die stärker und mächtiger sind als das Opfer. Ursache für die Erniedrigung anderer ist nicht selten die Abwehr von eigener unerträglicher Scham. Andere zu beschämen ist noch immer leichter als selbst Scham zu ertragen. Die Beschämung habe nach Marks zudem eine gesellschaftliche Funktion, denn erst durch sie entstehen Macht und Hierarchien. Der Verhöhrende gewinnt dadurch Macht über den Verhöhnnten.

Sucht und Scham

Auch in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken sind wir mit Scham und Beschämung in unterschiedlicher Weise konfrontiert.

Sie können als Vorläufer eines Substanzmissbrauchs fungieren, wenn jemand viel Scham und Beschämung erlebt hat, und mittels Konsum die Erfahrung macht, dass unangenehme Gefühle dadurch leichter erträglich werden. Dabei unterliegen Betroffene bekanntlich der Gefahr, die entsprechende Substanz immer häufiger zu konsumieren, und schließlich eine Abhängigkeit zu entwickeln. In weiterer Folge können Scham und Beschämung dann durch Stigmatisierung, den Verlust der eigenen Kontrolle, durch das Gewahrwerden, dass andere Zeugen der Sucht werden, auftreten. Dies endet oftmals wiederum im Konsum.

Es scheint daher nahe liegend, die Verbindung zwischen Sucht und Scham als einen Art Zyklus zu betrachten. In der Literatur findet

man dazu die Begriffe *primäre* und *sekundäre* Scham (vgl. Kaufman, 1996; Wiechelt, 2007). In der Folge sollen verschiedene Aspekte dazu näher erläutert werden.

Primäre Scham

Entwicklungspsychologische Aspekte

Die Vorläufer von Schamgefühlen können sich bereits in den ersten Monaten eines Neugeborenen entwickeln. Das ist jene Zeit, in der ein Kind mit seinen Eltern fast ausschließlich über Körperkontakt und Blickkontakt kommuniziert und sich nach Sehen und Gesehenwerden sehnt. Sie suchen nach dem liebevoll spiegelnden Glanz im Auge der Eltern (Kohut, 1992). Für diese frühe Eltern-Kind-Kommunikation ist es besonders wichtig, dass das Kind Vertrauen darin entwickeln kann, dass die Bezugsperson verlässlich präsent ist und es existenziell versorgt (vgl. Marks, 2010; 2007).

Wenn die frühe Eltern-Kind-Kommunikation gut gelingt und Eltern auch die Grenzen ihres Kindes ausreichend wahren können, kann das Kind ein gutes Bewusstsein für den eigenen Selbstwert sowie die eigenen körperlichen und psychischen Grenzen (gesunde Intimitätsscham) entwickeln. In der Säuglingsforschung wurde beobachtet, dass Kinder bereits mit zwei bis drei Monaten ein Gefühl für ihre Grenzen und Bedürfnisse haben und ihren Blick oder Kopf abwenden, wenn jemand zu dringlich ist oder auch wenn Bezugspersonen unberechenbar, einmal nahe, einmal fern sind. Diese Signale des Kindes feinfühlig wahrzunehmen und respektvoll darauf zu reagieren, ist eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung gesunder Scham (Hilgers, 1996).

Ist dieser frühe Austausch zwischen Eltern und Kind jedoch gestört, so kann das Selbstwertgefühl bzw. Bewusstsein eigener Grenzen stark beeinträchtigt, und Vorläufer von pathologischer, bis hin zu traumatischer Scham sein. Wenn ein Kind abgelehnt wird oder nicht den Wünschen der Eltern entspricht, wenn es nicht liebevoll gespiegelt, sondern abwertend und verächtlich gemustert wird, kann es mit tiefer Scham erfüllt werden. Wurmser (2007) nennt dieses Urgefühl, nichtig oder wertlos zu sein, den „Abgrund“ bzw. die „Urscham des Ungeliebtseins“.

Traumatische Scham kann sich in der Folge entwickeln, wenn im Verlauf des Lebens weitere Erfahrungen von Ohnmacht, Zurückweisungen, Erniedrigungen oder Grenzüberschreitungen gemacht werden. Die erfahrene Beschämung wird schließlich in sich aufge-

nommen und zur Selbstbeschämung und der abwertende Blick der anderen wird der abwertende Blick auf sich selbst.

Herkunftsfamilie, traumatische Erfahrungen

Der Zusammenhang zwischen Trauma und Substanzmissbrauch wurde bereits vielfach untersucht und bestätigt. Wiechelt (2007) sieht in der Scham eine mögliche Verbindung dieser beiden Faktoren. Sie nennt schwierige Familienverhältnisse, vor allem das Aufwachsen mit einem suchtkranken Elternteil, sowie traumatische Erfahrungen als zwei wesentliche Quellen für die Entwicklung tiefer Scham und in der Folge Ursache für einen späteren Substanzmissbrauch.

Die Induktion von Scham in der Herkunftsfamilie kann dabei durch Gewalt, Beschämung oder Demütigung sehr brutal und intensiv erfolgen, oder aber auf eine subtile Weise, zum Beispiel durch elterliche Kälte, Zurückweisung oder Abwertungen.

Die Bedeutung von Normen und Idealen

Nach der Auffassung von Lewis (1998) gelten Normen und Ideale für viele als Voraussetzung, um überhaupt Scham entwickeln bzw. empfinden zu können. Menschen können sich nicht schämen, ohne ihr eigenes Handeln mit den eigenen Normen oder Überzeugungen zu vergleichen. Und erst der Verstoß gegen eine Norm oder ein Ideal würde Scham auslösen. Während das Schuldgefühl durch eine Diskrepanz zwischen dem Ich und dem Über-Ich bzw. dem Gewissen entsteht, ist diese Instanz bei der Scham das Ich-Ideal, das einen idealen Zustand des Ich oder des Selbst bedeutet, an dem sich das reale Selbst messen lassen muss (vgl. Bohn, 2008).

Das Schamgefühl wird bei der Normverletzung durch einen plötzlichen Wechsel der Perspektive auf das eigene Handeln oder Unterlassen ausgelöst, also durch die tatsächliche oder vorgestellte Anwesenheit von anderen bzw. die Vorstellung einer möglichen Entdeckung. Nicht der Normbruch selbst führt demnach zum Erröten, sondern die Vorstellung, dass andere von ihm wissen (Neckel, 1993).

Bereits Jean Paul Sartre beschreibt bei der Entstehung der Scham die Wichtigkeit des Gesehenwerdens, den Blick des Anderen, wenn dieser etwas sieht, was er nicht hätte sehen sollen.

Die Scham tritt jedoch nicht nur als Angst vor dem Blick des Anderen auf, sie wirkt nach Schultheiss (1997) auch im Verborgenen. Wir können uns schließlich auch vor uns selbst schutzlos und nackt vorkommen. Wenn Menschen sich selbst Regeln aufstellen (zum Beispiel in Bezug auf ihren Alkohol- oder Zigarettenkonsum) und diese nicht einhalten können, kann auch die Verletzung privater Normen zur Entstehung mehr oder weniger starker Schamgefühle führen. Scham und Versagen hängen eng zusammen, unabhängig davon, ob es sich um die Normen und Erwartungen der anderen an die eigene Person handelt oder die Erwartungen und Ideale, die man an sich selbst stellt.

Sekundäre Scham

Stigmatisierung

Während die Diagnose einer psychischen Erkrankung generell nach wie vor einen etiketierenden bzw. stigmatisierenden Effekt haben kann, entsteht der Eindruck, dass eine Sucht, sei es eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, innerhalb dieses Spektrums nochmal eine besondere Stigmatisierung sowohl in der Gesellschaft als auch beim Einzelnen bedeutet. Das mag unter anderem daran liegen, dass die verbreiteten Meinungen über die Entstehung von Suchterkrankungen sehr unterschiedlich sind.

Weiner (1993) betont vor allem den Grad der zugeschriebenen Eigenverantwortung als wesentlich im Zusammenhang mit der Stigmatisierung. So wird zum Beispiel übergewichtigen Menschen eine deutlich höhere Eigenverantwortung zugeschrieben, als Menschen mit anderen Erkrankungen, da sie ihr Essen ja durchaus kontrollieren können.

Er beschreibt eine Studie, in der er den Zusammenhang zwischen Stigma, vermeintlicher Eigenverantwortung und Emotionen untersucht. Erwachsene sollten zehn verschiedene Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen nach ihrem Grad an Eigenverantwortung beurteilen, sowie nach damit einhergehenden Gefühlen, die entsprechende Erkrankungen auslösen würden. Während Herzkrankheiten, Krebs, Alzheimer, Blindheit etc. mit besonders wenig eigener Verantwortung gekoppelt waren und hauptsächlich ein Gefühl von Mitleid auslösten, wurde Aids, Drogenabhängigkeit und Übergewicht als besonders hoch mit Eigenverantwortlichkeit verbunden und löste weniger Mitgefühl, als vor allem Ärger aus.

Aber nicht nur die eigene Verantwortung, auch die Kontrolle über die Sucht wird deutli-

cher höher eingeschätzt als bei anderen Krankheiten (vgl. Livingston et al., 2011).

Im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen zeigt ein Überblick über mehrere Studien ebenso, dass die Stigmatisierung hinsichtlich unterschiedlicher Faktoren beim Alkoholismus deutlich höher ist als bei depressiven Menschen oder bei Personen mit einer Schizophrenie. So wurden alkoholabhängigen Personen signifikant öfter eigene Schuld an der Erkrankung, Willensschwäche, ein sogenannter „bad character“ und Stereotypen wie Unvorhersehbarkeit und Gefahr zugeschrieben. Außerdem wünschten sich mehr befragte Personen soziale Distanz zu Alkoholabhängigen als zu anderen und würden strukturellen Diskriminierungen, bis hin zu Zwangsmaßnahmen für Alkoholabhängige, zustimmen (Schoerner et al., 2011).

Diese kausalen Attributionen haben einen wichtigen Einfluss auf die Resonanz der Gesellschaft in Bezug auf den Umgang mit Suchtkranken, im Sinne von Vermeidung, Zwangsmaßnahmen, Ärger etc. Sie können außerdem einen wesentlichen Einfluss darauf nehmen, wie Betroffene selbst ihre Sucht wahrnehmen und dadurch einen durchaus stigmatisierenden Effekt haben.

Kontrollverlust und Rückfall

Der Kontrollverlust wird meist als ein zentraler Schlüsselbegriff zur Beschreibung eines Suchtverhaltens herangezogen. Die beeinträchtigte Eigenkontrolle, hinsichtlich der Menge und der Frequenz des Konsums, stellt sowohl in den gängigen Diagnosesystemen ein wichtiges Kriterium für eine Abhängigkeit dar, bildet aber auch ein gesellschaftlich relevantes Merkmal von Suchtverhalten, da der Kontrollverlust schlussendlich für das Krankhafte steht (Uchtenhagen, 2004).

Gölz (2004) beschreibt die Kontrolle von Affekten als eines der höchsten Persönlichkeitsziele im westlichen Kulturraum. Diese Kontrollfunktionen des Ichs werden im Rauschzustand aufgelöst und damit verstößt der oder die Süchtige gegen ein Grundprinzip des gesellschaftlichen Konsenses.

Während eine temporäre Beeinträchtigung der Selbstkontrolle in Form eines Rausches zunächst meist bewusst und willentlich herbeigeführt wird, wird die längerfristig verminderte Kontrolle über eine Substanz, wie sie bei Entstehung einer körperlichen oder psychischen Abhängigkeit auftritt, als bedrohlich und oft sehr schamvoll erlebt.

Der Zusammenhang zwischen dem Kontrollverlust und der damit einhergehenden Scham lässt sich, wie bereits an anderer Stelle erläutert, anhand der Verletzung eigener, wie auch gesellschaftlicher Normen erklären.

Das Gewährwerden der fehlenden Kontrolle über das Suchtmittel sowie der eigenen schleichenden Abhängigkeit bedeutet, die Sucht irgendwann nicht mehr verbergen zu können, weder vor sich selbst, noch vor anderen. Dieser Moment wird von vielen Klientinnen und Klienten als einer der beschämendsten im Verlauf der Suchterkrankung beschrieben.

Gleichzeitig sind es oft auch jene Momente, die schließlich dazu führen, dass sich Betroffene für eine Veränderung entscheiden und zum Beispiel in Behandlung begeben. Stellt sich die Frage, ob Beschämung unter diesem Aspekt auch als sinnvoll erachtet werden muss? Und was das wiederum für die therapeutische Arbeit mit Klienten wie Angehörigen bedeutet?

Ähnliches zeigt sich bei Rückfällen, nur dass es, sofern sich Betroffene bereits in Behandlung befinden, oft noch mehr Zeugen gibt. Entsprechend schwer wiegt auch hier die Kränkung, trotz allen Wissens um die Krankheit und Bemühung um die Abstinenz, erneut die Selbstkontrolle verloren zu haben und die Beschämung vor Therapeuten, Angehörigen oder anderen Gruppenteilnehmern. Der Umgang mit einem Rückfall gestaltet sich dabei bekanntlich sehr unterschiedlich. Während einige Klienten, sofern sie wieder in die Therapie kommen, sofort damit herausplatzen, dass sie etwas „beichten“ müssen, sprechen andere erst einige Stunden später sehr zögerlich darüber, andere erwähnen einen Rückfall in einem Nebensatz, als wäre er gar nicht wert, darüber zu sprechen. Eine gute Beziehung, sowohl zu Therapeuten als auch anderen Gruppenteilnehmern kann hier sehr förderlich sein, in einzelnen Fällen aber auch hinderlich dahingehend, dass die Scham umso größer ist und sich manche für eine andere Ambulanz oder andere Einrichtung entschließen.

Scham und Beschämung in der Therapie

Die Bedeutung der Scham in der therapeutischen Beziehung hat in den letzten Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen, und immer mehr Autorinnen und Autoren weisen auf die notwendige Sensibilisierung diesbezüglich hin (vgl. Yontef, 2004; Jacobs, 2008).

Bereits die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Hilfe kann eine Art Abhängigkeits- oder Inkompe-

tenzscham auslösen, wenn wesentliche Lebensbereiche oder Probleme nicht mehr selbst bewältigt werden können. Viele entscheiden sich auch für eine Therapie, aus dem Gefühl heraus, in ihrem Kern nicht in Ordnung zu sein.

Jacobs (2008) sieht eine potentielle Schamquelle in der therapeutischen Beziehung, in der ungleichen Enthüllung bzw. Preisgabe von Klient und Therapeut. Der Klient zeigt wesentlich mehr von sich als der Therapeut und bricht damit das „Gesetz der Gegenseitigkeit“, gleichzeitig sind Therapeuten für ihre Klienten meist wichtiger als umgekehrt. Das versetzt den Therapeuten automatisch in eine relativ mächtigere Position, da sie den Klienten durch eine Achtlosigkeit oder Abwehrhaltung leichter verletzen können. Ebenso auslösend für eine mögliche Beschämung beschreibt sie die Art des „Gesehenwerdens“.

Während dieser Art „Röntgenblick“, der Therapeuten immer wieder zugeschrieben wird, bei manchen Menschen die Befürchtung auslöst, sie könnten von ihrem Gegenüber durchschaut werden, sieht Staemmler (2009) dahinter den zentralen menschlichen Wunsch, „vom Anderen als die Person gesehen und wahrgenommen zu werden, die man seinem Wesen nach ist“ (ebd., S. 11). Es vermischen sich hier gleichermaßen Angst und Sehnsucht, „erkannt“ zu werden.

Die Erfahrung, von seinem Gegenüber so angenommen zu werden, wie man ist, beschreibt er jedoch, ähnlich wie viele andere, als den heilsamen Faktor in der Linderung von Scham. Nicht Techniken und Interventionen würden hierbei an erster Stelle stehen, sondern eine nicht urteilende Haltung dem Klienten gegenüber und eine wertschätzende Beziehung.

Nach den Grundannahmen der dialogischen Beziehung von Martin Buber (1995) entwickelt sich der Mensch erst in der Beziehung zum anderen, er wird erst „am Du zum Ich“. Er geht auch davon aus, dass Krankheiten der Seele meist Krankheiten der Beziehungen sind und erst durch die Erfahrung heilsamer Beziehung, Veränderung und Entwicklung möglich wird. Yontef (1999) nennt, angelehnt an Bubers Annahmen, den Begriff der *Umfassung* als ein respektvolles Eintreten in die Welt der Klientinnen und Klienten, ohne zu urteilen sowie die *Bestätigung* als Akzeptieren, aber auch Bestätigen verleugneter und abgespaltener Anteile. Klienten wägen anhand unserer Haltung und Interventionen ab, ob sie die Erlaubnis für ihre Gefühle und Bedürfnisse bekommen, nach Arnold Beisser (2009) die so genannte „patient permission“. Haben sie nicht das Gefühl, diese Erlaubnis zu bekommen, fühlen sie sich nicht

zugehörig zu dieser Welt. Darin sieht er die fundamentale Grundlage für Scham.

Zudem gibt es eine Reihe therapeutischer Variablen, die beim Klienten Scham auslösen können. Während einige Verhaltensweisen, wie sarkastischer, zynischer Humor oder Angriff sowie herablassende oder bloßstellende Bemerkungen offensichtlicher sind, können zum Beispiel Interpretationen von Seiten des Therapeuten oder gewisse therapeutische Haltungen auf eine weniger offensichtliche, subtilere Art beschämend wirken. Ein bekanntes Phänomen ist die Idealisierung des Therapeuten durch den Klienten. Wenn Therapeuten die Idealisierung unreflektiert zulassen oder unterstützen und dabei das Bewusstsein für ihre eigene Begrenztheit oder Defizite nicht mehr wahrnehmen, können Klienten in ihrem Selbstgefühl, weniger wert, weniger wissend oder inkompetent zu sein, bestätigt werden (Yontef, 2004).

An dieser Stelle sei auch auf die Scham der Therapeutinnen und Therapeuten hingewiesen. Die Bewusstheit und das Tolerieren eigener Schamgefühle, auch in Zusammenhang mit Übertragungsphänomenen, sind wesentlich, um die Gefahr für Beschämung in der Therapie möglichst gering zu halten.

Wurmser (2009) zum Beispiel hat sich speziell mit Übertragung und Gegenübertragung bei Klienten mit Suchtproblemen auseinandergesetzt. Er nennt unter anderem die Hilflosigkeit angesichts der Unveränderlichkeit des selbstdestruktiven Verhaltens, den Ärger darüber, dass wir uns immer wieder in unserem Vertrauen genarrt fühlen, und die Scham, dass wir uns getäuscht haben.

Wenn Therapeuten versuchen, die eigene Scham gänzlich zu vermeiden oder abzuwehren, besteht die Gefahr einer eher eingegengten therapeutischen Haltung, im Sinne von „korrekt“ oder „angemessen“, eine Art Autorität oder Expertenrolle, die wenig Selbstoffenbarung zulässt. Yontef (2004) betont in diesem Zusammenhang die erforderliche Bescheidenheit der Therapeuten, die eigene Sichtweise nicht objektiv wahrer anzunehmen als jene der Klienten.

Generell wären nach Jacobs (2008) Therapeuten, die Scham vermeiden, eher abgeneigt, ihre Arbeit zu zeigen und sie für Kollegen und Klienten transparent zu machen. Sie tendieren eher dazu, Klienten mit einer konfrontierenden Haltung, unter dem Deckmantel der „Konfrontation mit der Realität“, zu begegnen, die manchmal jedoch auch beschämend sein kann.

Wie aber zeigt sich nun die Scham und woran können wir erkennen, ob wir es mit besonders schamvollen Menschen in der Therapie zu tun haben?

Die Scham als solche stellt selten eine Motivation für Psychotherapie dar, es gibt keine Schamkrankheit im engeren Sinn. In weiterem Sinn vielleicht die Sozialphobie, jedoch auch da scheint die Angst im Vordergrund zu stehen und Auslöser für den Wunsch nach Hilfe. Vielmehr ist anzunehmen, dass die Scham kaum direkt angesprochen wird, sondern eher als Phänomen im Hintergrund auftritt, und erst von der Therapeutin oder dem Therapeuten bewusst und sichtbar gemacht werden muss.

Meist ist sie durch den Impuls markiert, sich verstecken und nicht gesehen werden zu wollen. Dieser kann sich körperlich sichtbar zeigen, durch Erröten oder eine gedrückte, zusammengeschrumpfte Körperhaltung, oder in der Unterbrechung bzw. Vermeidung des Blickkontakts. In Erstgesprächen wird dies oft besonders sichtbar, wenn Betroffene den Blick zunächst auf den Boden richten oder am Therapeuten vorbei. Oder erzählen, dass sie sich schon länger nicht mehr in den Spiegel schauen können aus Scham vor dem eigenen Blick.

Auch die Art des Sprechens kann verändert sein. Während manche dazu tendieren, sehr leise zu sprechen oder in ein Stottern zu geraten, kompensieren andere durch eine auffällig beschleunigte Sprache.

Eine mögliche Intervention wäre es, diese Beobachtung im Gespräch aufzugreifen, auf den unterbrochenen Blickkontakt oder eine vermeintlich veränderte Sprache im Hier und Jetzt aufmerksam zu machen, nachzufragen, ob es für den Betroffenen schwierig sei, darüber zu erzählen. Oftmals können Klienten dann Erwartungen oder Befürchtungen hinsichtlich Bewertung des Suchtverhaltens oder der eigenen Person (zum Beispiel durch den Therapeuten) ansprechen und ein guter Kontakt kann hergestellt werden. Ebenso kann es hilfreich sein, den kognitiven Stil der Klienten sowie ihr Selbstkonzept ins Gewährsein zu bringen, zu explorieren, wie jemand Ereignisse interpretiert, oder zu sich selbst spricht. Die Awareness zu erhöhen, das Freiwerden von automatischen und exzessiven Selbstattacken, nennt Yontef (1996) als wichtige Ziele in der Arbeit mit Scham und Schuld.

Soziale Interaktionen – sei es in der Gruppe oder in der Einzeltherapie – können sich gehemmt und unsicher gestalten, aber auch provokant und abwertend, wenn es darum geht, die eigene Scham abzuwehren oder eigene unaushaltbare Gefühle auf den Therapeuten oder andere Gruppenmitglieder zu projizieren.

Wurmser (2007) nennt die Bagatellisierung und Verleugnung im Sinne eines Nein zur Wahrnehmung, als wichtige Abwehrmechanismen bei Menschen mit Suchterkrankungen,

ebenso Rechtfertigung, Wut, Trotz und Projektion.

Besonders Projektion und projektive Identifikation seien häufige Phänomene gruppen-therapeutischer Behandlung. Mittels wechselseitiger Projektion eigener abgespaltener Selbstanteile fungieren andere Gruppenmitglieder (oder Therapeuten) als Container für nicht oder noch nicht akzeptierte Selbstanteile, da eigene beschämte Anteile zunächst oft nur am anderen wahrgenommen und auch nur dort bekämpft werden können.

Dazu ein Beispiel aus einer Gruppe:

Herr L., Anfang 60, kommt seit etwa 6 Monaten in eine ambulante Psychotherapiegruppe für alkoholabhängige Menschen und ist seit Beginn abstinent. Eines Tages meldet er sich, noch bevor alle richtig sitzen, zu Wort, er müsse heute beginnen und etwas „beichten“. Er berichtet von einem einmaligen Rückfall letzte Woche, bei dem er infolge diverser Auslöser eine Flasche Wodka getrunken habe. Da ihn seine Frau später nicht wecken konnte, rief sie den Notarzt, der ihm schließlich eine Infusion gab. Seitdem ist er wieder abstinent. Auffallend ist, dass er auf eine sehr belustigende, bagatellisierende Art erzählt, stets ein Lächeln auf dem Gesicht, zwischendurch kichert er regelrecht, der Blick ist dabei auf den Boden gerichtet. Er wirkt beschämt. Ich frage ihn, wie es ihm jetzt im Moment in der Gruppe gehe und ob er vielleicht ein paar Rückmeldungen hören möchte. Gleichzeitig schlage ich ihm vor, sich langsam in der Gruppe umzuschauen und wenn er möchte, mit Einzelnen wieder Blickkontakt aufzunehmen. Während fast alle TeilnehmerInnen seinen Mut und seine Offenheit ansprechen und ihren Respekt ausdrücken, bzw. einer den verharmlosend-witzigen Teil aufgreift, im Sinne einer Gefährdung, die er von sich selbst kenne, wirkt ein Teilnehmer zunehmend angespannter und ärgerlicher und als ich ihn darauf anspreche, sagt er: „Das hätte ich mir nie gedacht von dir. Jetzt hast du so lange durchgehalten und dann hast du erst wieder einen Rückfall, ich bin richtig enttäuscht von dir.“ Nach genauerem Nachfragen und Reflektieren, was denn diese Enttäuschung auslösen würde, geht es zunächst um Inkonsistenz, um das Nichtdurchhalten von etwas, das ich mir vorgenommen habe, und schließlich um seinen eigenen Konsum, der zwar nicht annähernd so exzessiv sei wie der Rückfall von Herrn L., aber zu bestimmten Anlässen würde er manchmal etwas trinken. Auf die Frage, ob diese Entscheidung auch stimmig sei für ihn, er mit dieser Entscheidung zufrieden sei, zögert er und meint dann, eigentlich nicht, da hier in der Gruppe niemand trinken würde und ihm jedoch die totale Abstinenz nicht so richtig gelingen würde.

Hilgers (1996) warnt in diesem Zusammenhang vor einer vorzeitigen Rücknahme der Projektion, da man mit einer Wendung der außerordentlichen Aggression gegen das Selbst

rechnen müsse, was sowohl die Stabilität und Hartnäckigkeit als auch die Häufigkeit der Projektionen plausibel erscheinen lässt. Eine vorläufige Zulassung solcher Externalisierungsprozesse, sofern die Steuerung des Therapeuten einzelne Gruppenmitglieder vor der Wucht der Affekte schützt, scheint seiner Ansicht nach oftmals sinnvoll. Eine Haltung der Neugierde gegenüber entwerteten Selbstaspekten sei aber auf jeden Fall zu fördern.

Die Identifikation mit abgespaltenen und verleugneten (zum Beispiel den süchtigen) Anteilen, sowie deren Integration, ist ein wichtiger Bestandteil der integrativen Gestalttherapie und soll abschließend als eine weitere Intervention in der Arbeit mit Scham dargestellt werden. Nach Perls & Baumgardner (1990) ist es Aufgabe des Therapeuten, die Versöhnung von miteinander im Widerstreit liegenden Teilen der Persönlichkeit zu erleichtern. Dafür bedarf es eines Dialogs, in dem zwei Seinsweisen des Patienten, die isoliert voneinander einen Kampf um die Kontrolle über die Persönlichkeit führen, miteinander in Kontakt gebracht werden.

Wenn sich Betroffene für eine Abstinenz entscheiden, möchten sich viele mit jenem Anteil, der über Jahre konsumiert hat, aus Angst und Scham gar nicht wirklich auseinandersetzen. Aus Angst, dieser Anteil könnte wieder stärker werden und vielleicht wieder die Kontrolle übernehmen, und aus Scham, dass es ihn überhaupt gibt.

Das In-Kontakt-Treten mit dem konsumierenden und süchtigen Anteil gestaltet sich daher häufig als schwierig, und ist oft erst nach einem längeren Therapieprozess möglich. Gleichzeitig scheint erst durch ein besseres Verständnis, durch eine Akzeptanz dieses Anteils im Sinne der paradoxen Theorie der Veränderung (Beisser, 2009) eine Versöhnung und in Folge eine Linderung der eigenen empfundenen Scham möglich.

Dazu ein kurzer Auszug aus einer therapeutischen Sequenz:

Frau W. ist eine sehr gepflegte und attraktive Frau, sichtlich auf ihre äußere Erscheinung bedacht, beruflich sehr erfolgreich, und hat zwei Kinder. Sie ist seit einigen Wochen wegen jahrelangem Alkoholkonsum in Therapie und hadert immer wieder sehr mit der Akzeptanz ihres Alkoholproblems und könne nicht verstehen, wie gerade ihr das passieren habe können. Einmal biete ich ihr dazu eine Übung mit dem leeren Stuhl an. Ich schlage vor, den trinkenden Anteil auf den Stuhl zu setzen.

Therapeutin: Wenn Sie nun da hinüber blicken, was sehen Sie da?

Frau W: Ich möchte da gar nicht hinschauen, ich hasse diesen Teil. Das bin nicht ich. (Ihr Gesichtsausdruck, ihre Mimik ist hart, sie wirkt erstarrt).

Th.: Im Moment ist jener Teil, der absolut nichts mehr trinken möchte, sehr präsent und Sie spüren diesen Teil viel stärker, aber diesen Teil hier gibt es auch noch, und ich denke, dass es wichtig wäre, mit diesem Teil in Kontakt zu kommen, um ihn vielleicht besser verstehen zu können. Möchten Sie vielleicht einmal hier auf diesem Stuhl Platz nehmen?

Sie zögert zunächst, wechselt dann den Platz.

Th.: Wie geht's Ihnen denn hier? Und was möchten Sie denn gerne Frau W. da drüben sagen?

Sie zögert wieder, ihre Gesichtszüge werden langsam etwas weicher, ihre Augen glasig.

Frau W.: Ich kann nicht immer nur stark sein, ich kann nicht. Es ist mir alles zu viel. Ich sehne mich danach manchmal einfach loszulassen, und die Kontrolle zu verlieren. Einfach nicht mehr nachzudenken...das ist so angenehm. (Sie lächelt) Hier bin ich irgendwie auch weicher.

Ich schlage ihr vor, den Platz wieder zu wechseln und frage, wie es ihr geht und wie das bei ihr ankomme.

Ihr Ausdruck wird wieder etwas härter.

Frau W.: Ja, irgendwie kann ich das schon verstehen. Aber irgendwie auch nicht. Ich bin sonst ein so kontrollierter Mensch, in allen Bereichen. Wenn es um die Arbeit geht, um Sport, ich halte fast alles ein, was ich mir vornehme. Nur mit dem Alkohol gelingt es mir nicht.

Th.: Ich habe Sie hier auf diesem Stuhl sehr weich und auch leichter erlebt. Wäre es möglich, dass Sie diesen Teil von Ihnen nur im alkoholisierten Zustand ausleben? Dass der nur unter Alkoholeinfluss zum Vorschein kommt?

Frau W.: Ja, das ist gut möglich. Früher nicht, aber jetzt eigentlich schon. Im Alltag bin ich immer sehr angespannt, alles ist organisiert und durchgeplant, damit ich alles unter einen Hut bringe, das kostet viel Anstrengung.

Th.: Ja, das kann ich gut verstehen. Daher ist es umso verständlicher, dass ein Teil von Ihnen auch mal los lassen möchte, nicht alles perfekt machen möchte.

Frau W.: Ohne Alkohol kann ich mich gar nicht mehr entspannen.

Th.: Sie haben sich an den Alkohol als Entspannung gewöhnt, und dabei sind andere Möglichkeiten in den Hintergrund getreten. Es könnte also nun darum gehen, diesen Teil von Ihnen auch ohne Alkohol wieder auszuleben?

Frau W. (wirkt traurig): Ja, das wäre schön. Aber manchmal habe ich Angst, dass er ganz verloren gegangen ist.

Während zunächst eine Hemmung bzw. Ablehnung, sich mit dem trinkenden Teil auseinanderzusetzen, spürbar ist, kann durch den Platzwechsel und die Identifikation verständlicher werden, wofür der Alkohol wichtig war und was er möglich gemacht hat.

Resümee

Wie bereits zu Beginn beschrieben, ist die Scham nicht das beliebteste aller Gefühle und viele möchten sie am liebsten einfach nur loswerden. Ziel der Therapie ist es jedoch nicht, die Scham zur Gänze loszuwerden, da sie, wie alle anderen Gefühle auch, wichtige Funktionen für unsere Persönlichkeit erfüllt. Neben der erläuterten Wahrung von körperlichen und psychischen Grenzen sind Scham und Verlegenheit auch wichtige Begleiter von Veränderungsprozessen, beim Übergang von etwas Altem zu etwas Neuem.

Im therapeutischen Prozess geht es vor allem darum, die Scham als solche zu identifizieren und die unterschiedlichen Auslöser und Schamqualitäten zu differenzieren, um dadurch schützende Funktionen zu würdigen und andererseits auch das Leiden an der Scham zu verringern.

Literatur

- Beisser, A. (2009): *Wozu braucht ich Flügel? Ein Gestalttherapeut betrachtet sein Leben als Gelähmter*. Wuppertal: Peter-Hammer-Verlag.
- Bohn, C. (2008): *Die soziale Dimension der Einsamkeit. Unter besonderer Berücksichtigung der Scham*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Buber, M. (1995): *Ich und Du*. Stuttgart: Reclam.
- Gölz, J. (2004): Stigmatisierung Drogenabhängiger. *Suchttherapie*, 5/04, 167-171.
- Hilgers, M. (1996): *Scham. Gesichter eines Affekts*. Göttingen: Vandenhoeck& Ruprecht.
- Jacobs, L. (2008): Shame in the Therapeutic Dialogue. In: R. Lee & G. Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 297-315). New York: GestaltPress.
- Kaufman, G. (1996): *The psychology of Shame* (2. Aufl.). New York: Springer.
- Kohut, H. (1992): *Narzissmus: eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lewis, M. (1998): Shame and Stigma. In: P. Gilbert & B. Andrews (Hrsg.), *Shame. Interpersonal Behaviour, Psychopathology, and Culture* (S. 126-140). New York: Oxford Press.
- Livingston, J., Milne, T., Lan Fang, M. & Amari, E. (2011): The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107 (1), 39-50.
- Marks, S. (2010): *Die Würde des Menschen. Der blinde Fleck in unserer Gesellschaft*. München: Gütersloher.

- Marks, S. (2007): *Scham – die tabuisierte Emotion*. Düsseldorf: Patmos.
- Neckel, S. (1993): Achtungsverlust und Scham – Die soziale Gestalt eines existenziellen Gefühls. In: H. Fink-Eitel & G. Lohmann (Hrsg.), *Zur Philosophie der Gefühle* (S. 244-265). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Perls, F. S. & Baumgardner, P. (1990): *Das Vermächtnis der Gestalttherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A. et al. (2011): The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46 (2), 105-112.
- Schultheiss, C. (1997): Scham und Normen. Überlegungen aus sozialwissenschaftlicher und analytisch-philosophischer Sicht. In: R. Kühn, M. Raub & M. Titze (Hrsg.), *Scham – ein menschliches Gefühl* (S. 97-111). Göttingen: Westdeutscher Verlag.
- Staemmler, F.-M. (2009): *Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Uchtenhagen, A. (2004): Kontrollverlust und Verhaltenskontrolle. In: J. Rink (Hrsg.), *Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit. Beiträge zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe* (S. 14-34). Buchholz/Hamburg: Neuland.
- Weiner, B. (1993): On sin versus sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist*, 48 (9), 957-965.
- Wiechelt, S. (2007): The Specter of Shame in Substance Misuse. *Substance Use & Misuse*, 42, 399-409.
- Wurmser, L. (2009): Übertragung und Gegenübertragung bei Patienten mit Suchtproblemen. In: K. W. Bilitza (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis* (S. 145-159). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wurmser, L. (2007): *Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten*. Frankfurt am Main: Dietmar Klotz.
- Yontef, G. M. (2004): Zum Aspekt der Beziehung und Praxis der Gestalttherapie. *Gestalt-Kritik* 13/1, 30-59.
- Yontef, G. M. (1999): *Awareness, Dialog, Prozess. Wege zu einer relationalen Gestalttherapie*. Köln: EHP.
- Yontef, G. M. (1996): Scham und Schuld in der Gestalttherapie – Theorie und Praxis. In: R. Lee & G. Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 351-380). New York: GestaltPress.



Mag.^a Kathrin Grechenig, MSc

Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Integrative Gestalttherapie) im Anton-Proksch-Institut und in freier Praxis
kathrin.grechenig@api.or.at

Tempel im Gehör. Über die Heilkraft des Hörens

Nicolai Gruninger

*„Hören Sie denn nichts,
hören Sie denn nicht die entsetzliche Stimme,
die um den ganzen Horizont schreit,
und die man gewöhnlich die Stille heißt?“*
(Georg Büchner)

*„Alles schlürft heil an der Stille sich. –
Wie da die Seele sich schwellt,
daß sie als schimmernde Hülle sich
legt um das Dunkel der Welt.“*
(Rainer Maria Rilke)

Präludium

In einer Zeit der Ruhe- und Rastlosigkeit wird Stille zu Lärm. Sie schreit uns die Geschwindigkeit entgegen, mit der wir durch unser tägliches Leben jagen. Aktuelle Befunde an Erschöpften und von Sinnverlust geplagten Menschen verstärken diesen Schrei durch alle gesellschaftlichen Räume. Verloren und der eigenen Stimme gegenüber fremd haben die Menschen das Hören verlernt. Die Identitätssuche, einstmals im Fenster der Jugend vordergründig, wird zum lebenslangen Unternehmen. Kinder rufen nach Orientierung, der Ruf verhallt. Jugendliche rufen nach Zukunft, die Gesellschaft bleibt stumm. Kranke rufen nach Heilung, Ärzte röntgen anstatt zuzuhören. Einsame rufen nach Nähe, der Ruf hallt zurück.

Diese sonore philosophisch-psychologische Annäherung an das Ereignis Hören wird von der These geleitet, dass im Hören eine verborgene Heilkraft liegt. Die Psychotherapie, so gilt es im Folgenden anzustimmen, ist ein Ort des Hörens, ein Resonanzraum, in dem Selbst-Erfahrung und Heilung stattfinden, ein Ort, in dem Hören erfahren und wiedererlangt werden kann. Ruhe und Rast werden zur *conditio sine qua non* der Hör- und Selbsterfahrung. Die folgenden Gedanken verstehen sich als Anklänge und Variationen über Jean-Luc Nancy's Resonanztheorie, die er in seinem virtuoson Essay „zum Gehör“ gebracht hat (Nancy, 2010). In einem Zwischenstück wird uns Orpheus, als

Archetyp des Sängers und Heilers den Weg zu einem Tempel im Gehör weisen. Das Hören auf seinen eigenen Klang und auf seine eigene Musik führt ihn und seine Zuhörer zur Genesung. Exemplarisch am Rausch und der Sucht wird abschließend der Versuch unternommen eine Psychopathologie der Resonanz zu intonieren.

Das Bild erscheint, der Klang ruft

Sprache, Klang, Geräusch und Musik. Wie lässt sich ihr Wesen denken? Kaum sind sie erklingen tauchen, sie wieder ab. In die Stille. Verschwinden. Für immer. Sie entziehen sich unserer Untersuchung und lassen sich nur auf künstlichem Wege reproduzieren. Ein Kommen und Gehen. Ein Sterben und Werden. Kaum erklingen verliert sich ihr Klang in die Dauer hinein. Anders die Bilder und Gegenstände in ihren Farben und ihrer Form. Sie bleiben. Ihr Wesen ist ihre Evidenz und ihr Bestand. Der Mehrwert ihrer Haltbarkeit ist wohl eine der folgereichsten Auswirkungen auf die abendländische Geistesgeschichte. Auf Berechenbarkeit und Beständigkeit lässt sich eine äußeren und inneren Erschütterungen ausgesetzte Spezies am ehesten kultivieren und zähmen. Die Welt vergegenständlichen, das war wohl in den Bauplan der abendländischen Kultur- und Geistesgeschichte eingeschrieben. Denn unter Gegenständen lebt es sich am sichersten. Sie zu kontrollieren ist erheblich einfacher als mit Vergänglichkeit umzugehen. Doch ein Handicap hat sich in das Programm antiker und moderner Anthropologien eingeschrieben. Lautlos bildet es den Schatten, der der westlichen Kultur- und Geistesgeschichte bis heute anhaftet. Was tun, wenn die Vergegenständlichung der Welt auf den Menschen selbst übergreift? Was tun, wenn Menschen selber zu Objekten werden? Objekte, wie ein Tisch oder ein Kleidungsstück. Gebrauchsgegenstände, die käuflich und austauschbar sind. Typen, Charaktere und Persönlichkeiten, messbar, kopierbar und berechenbar.

Es würde zu kurz greifen den Hörsturz postmoderner Gesellschaften alleine auf die Ruhe- und Rastlosigkeit aktueller Individualmanien zurückzuführen. Ihr Stimm- und Hörverlust trägt ein konstitutives Moment in sich. Während für die homerische und vorsokratische Welt das Hören noch zentral war, verlieren sich spätestens am Ausgang der platonischen Höhle jeder Daseinsklang und seine Resonanz. Die geistige Welt wird von nun an geräuschlos, körperlos und taub bleiben. Den Griechen ist mit dem Begriff der *Theoria*, der geistigen Schau, eine Erfolgsgeschichte geglückt, die ihresgleichen sucht. Wir werden erst in über 2.000 Jahren abschätzen können, ob der analytischen Schule mit dem Begriff des *Unbewussten* Ähnliches gelungen ist.¹

Dem visuell geprägten Erkenntnisbegriff wurde lange nichts entgegengesetzt. Vereinzelt Versuche wurden von der Wucht und Macht dieser Grundannahme überrollt und weggespült. Ihr Vorteil der Distanzierung, Messbarkeit und Beständigkeit ließ keine Nebenbuhler im erkenntnistheoretischen Wettbewerb zu. Der Okulozentrismus blieb und bleibt bestimmend im Konzert der Sinnesorgane. Was wäre, wenn der theoretische Erkenntnisgewinn nur *ein-gebildet* ist? Ein vermeintliches Wissen, gegossen in Form und Bild. Platon hat darauf hingewiesen, wenngleich er in seiner Überwindung der sinnlich-leiblichen Schau hin zur theoretischen Erfahrung zwar die Tonart wechselt, aber immer noch ein Stück über den Blick, das Licht und die Sonne schreibt.

Wenn Goethe sagt, *man sieht nur was man weiß*, so klingt darin deutlich eine Grenze der okularen Weltaneignung an. Nur was ich schon weiß, das kann ich sehen. Was ich (noch) nicht weiß, das bleibt verborgen und unsichtbar. Anders im Modus des Hörens. Als Replik auf Goethe könnten wir im sonoren Register anstimmen, *man hört nur, wenn man versteht, was einen berührt*. Alles was uns in Schwingung versetzt, an und in uns vibriert, resoniert und sich dann mit dem sinnhaften Sinn vermischt, bahnt sich seinen Weg ins Bewusstsein und teilt sich in Form von Wissen mit. Das birgt ein Risiko in sich. Ins Offene hören, dem Sein ausgesetzt, das sich im Akt des Horchens zum Gehör bringt, das hieße ausgetretene Pfade zu verlassen, Bilder und Gegenstände hinter sich zu lassen und in dieser Gelassenheit empfänglich und gespannt zugleich dem *Noch-nicht* entgegen zu lauschen. Hörend würde uns die Welt auf den Leib rücken und in uns widerklingen. Innen und Außen würden im akustischen Register

ihre gegenständliche Beständigkeit verlieren und sich in jeder Klangsphäre neu konstituieren.

Das Risiko, hörend zu denken und das Potential einer horchenden und lauschenden Philosophie, hat der zeitgenössische französische Denker Jean-Luc Nancy in seinem kurzen, aber umso tiefgreifenderen Essay „zum Gehör“ gebracht (Nancy, 2010). In einer *ontologischen Tonart* überwindet er die Phänomenologie Husserls, die in ihrer Intentionalität und ihren Bewusstseinsakten immer vom phänomenologischen Subjekt und dessen *Blickpunkt* heraus operiert. Nancy dagegen moduliert und variiert virtuos um ein Selbst und ein Sein, die beide selbst Resonanz sind. Die große Transformationskraft in seinem Denken liegt im Registerwechsel vom sehenden in den hörenden Modus, vom Phänomen zur Resonanz.

Als Klang vernommen singt das Sein *das Lied von der Erde*. Es verkündet von seinem Sein und taucht wieder ab ins Schweigen, bevor es erneut anhebt zum Klingen und den Horcher ins Geschehen ruft. Gelauscht wird auf einen möglichen Sinn, noch nicht vernommen, noch nicht gewusst, noch nicht erkannt, aber spannungsvoll erwartet. Das Ohr, an den Nabel der Welt gelegt, horcht auf den Auftakt der Rede des Seins. *Schläft ein Lied in allen Dingen, / die da träumen fort und fort, / und die Welt hebt an zu singen, / triffst du nur das Zauberwort* ruft uns Joseph von Eichendorff aus fernen Zeiten zu.

Das Selbst bei Nancy streift seine gegenständliche Hülle ab und wird zum Resonanzraum, in dem sich Klang und potentieller Sinn mischen. Die Gangart der Resonanz ist ihr Verweisen. Ihr ureigenstes Wesen ist ihr Widerklang, ihr Verweis auf sich selbst. Diesen Raum des Verweisens teilen sich der Klang und der sinnhafte Sinn. Leiblich-sinnliches Hören und die intelligible Erfahrung von Sinn rufen in ihrer Resonanz ein Subjekt ins Geschehen. Das Subjekt wird zu einem Klangort, einem Ort als Selbstbezug, ein schwingender und widerklingender Raum. Die Struktur des Selbst wird zu einer Bewegung eines unendlichen Verweisens.

Selbsterfahrung meint immer zugleich in einen Hörraum eintreten, in dem das Selbst von sich selbst verkündet, singend, sich selbst spielend, rufend und zugleich horchend. In der Resonanz findet Selbst statt, als Kommen und Gehen, Ausdehnen und Durchdringen. Innen und Außen trennen sich in der rhythmischen Vibration, im Aufprall der Schallwellen in und an der Resonanzkammer, unserer leiblichen Sphäre.

Klingt der Ton aus, hören wir auf zu existieren. Sein und Selbst lösen sich auf, bevor sie ein neuer Auftakt in die Präsenz ruft. Erleben wir

¹ Wenngleich das Konzept des Unbewussten keine alleinige Errungenschaft von Freud war, wie dies Ellenberger eindrücklich nachgewiesen hat (Ellenberger, 2005).

uns Selbst nicht immer nur dann existent, wenn wir uns sinnlich-leiblich spüren und hören, sprechend und/oder denkend und uns gleichzeitig mit uns selbst ident fühlen, denkend und hörend? Ich höre, also bin ich.²

Psychotherapie, ein Resonanzraum für Selbst-Erfahrung

Wenn nun das Selbst keine objektive und gegenständliche Gestalt ist, sondern sich in seinem Wesen wie der Klang verhält und im Klang widerhallt, dann sind wir uns selbst am nächsten, dann werden wir Selbst im Modus des Hörens, genauer gesagt, im Modus des Horchens und Lauschens. Hörend und horchend auf die Resonanz des Verweisens bahnt sich Selbstpräsenz ihren Weg zum Gehör. Im Ohr sind wir bei uns angekommen. Da wo die Seele im Resonanzraum Körper schwingt und resoniert findet Selbst statt.

Haben Patienten das Hören verlernt und den Kontakt zu ihrer leiblichen Resonanzsphäre verloren, bedeutet dies für den Psychotherapeuten den Patienten seine Ohren und seinen Resonanzkörper zu leihen. In der Psychotherapie gilt es einen Hörraum zur Verfügung zu stellen, zu Ruhe und Rast zu kommen, und auf die Stille und die in ihr anklingenden Resonanzen zu lauschen. Das Selbst als *Ort der Resonanz* lässt sich nur in der Stille vernehmen. Sich selbst finden hieße, sich selbst hören, sich selbst spielen und sich selbst in die Zukunft zu rufen.

Wie muss das „Instrument Therapeut“ gestimmt sein, um die polyphone Gefühlswelt der Patienten zum Klingen zu bringen? Der Therapeut selber ist ein geschulter Hörer und Horcher. Er vermag in der Stille verweilen zu können. Die Stille auszuhalten. In die Stille zu lauschen. Stille, Schweigen und Pause erklingen im therapeutischen Raum als Dreiklang. Seine Obertöne loten die Grenzen von Musik und Sprache aus. Für Franz Schubert und John Cage war er gleichbedeutend mit der Musik. Sie komponierten eine Stille, in der sich die Musik selber abwürgt (man höre auf die schaurigen Klänge der Stille in Schuberts B-Dur-Klaviersonate) und eine Stille, die selber zur Musik wird, wie das Cage in seinem Werk 4'33" komponiert hat. Im menschlichen Register verlaublichbar sich

diese Stille als Schweigen. Literarisch wurde sie als Poesie des Verstummens verarbeitet.³

In der Stille, dem Schweigen und den Pausen wird der Therapeut zum artistischen Heilkünstler. Er wird zum Seiltänzer zwischen Geburtshelfer und Folterknecht. In seiner Kunst geht es um die Stille. Er vermag sie zum Brutkasten formen, in dem verstummte Klänge der Patienten zur Welt kommen und (wieder-)erwachen können. Sein Kunstfehler dagegen kann Patienten in die Sprachlosigkeit und quälerei-sche lautlose Vereinsamung zurückwerfen. Als Alchemist des Schweigens und der Stille kann seine Medizin heilsam und ebenso tödlich sein. Sie kann gleichermaßen in die Existenz sowie in die Inexistenz führen. Das Risiko einer Unter- oder Überdosierung von Stille und Schweigen und ihre potentiell gefährliche Transformationskraft darf nicht unterschätzt werden.

Das Schweigen findet seine Fortsetzung in der therapeutischen Verschwiegenheit außerhalb des Therapiezimmers. So durchklingt und durchströmt der Dreiklang aus Stille, Schweigen und Pause alle Sphären, die in und um den Therapieraum schwingen.

Methodisch horcht der Therapeut mit seinen Patienten auf die Stille und weist ihnen den Weg zur Resonanz. Er trägt mit seinen Ohren die Existenz seines Gegenübers. Er gleicht einem Resonanzraum, in dem das Narrativ der Patienten widerhallen kann. Dazu braucht er innerliche Ruhe, Weite und Gelassenheit. Er muss ein Hörspezialist, ein Hörarbeiter sein, einer, der es versteht die „eigenen Schwingungen“ zu identifizieren, zu entziffern und von „fremden Schwingungen“ zu differenzieren.⁴ Solange, bis die Patienten Akustiker ihrer selbst geworden sind und sich ihren eigenen Konzertsaal bauen können, in dem ihre Seele obertonreich zu schwingen beginnt. Auf diesem Weg kann er mit den Patienten Deutungen vornehmen, die sich im Resonanzraum der Therapie und in seinem eigenen Körper vernehmen lassen, ankündigen, zum Gehör bringen und an-

² Peter Sloterdijk weist in seiner Schrift „Wo sind wir, wenn wir Musik hören“ auf die existenzielle Bedeutung von Hören hin. Während Descartes den Menschen als ein „denkendes Ding“ in seiner berühmten und nachhaltigen Formel des *cogito ergo sum* festschreibt, diagnostiziert Sloterdijk in der cartesianischen Denkübung einen tauben Fleck. Der Denker überhört, „daß sein Zusichkommen von seinem Sichhören abhängt“ (Sloterdijk, 1993b, S. 311).

³ Die Verhörsituation in Stefan Zweigs Schachnovelle wächst zu einer quälenden Stille an, „man lebte wie ein Taucher unter der Glasglocke im schwarzen Ozean dieses Schweigens und wie ein Taucher sogar, der schon ahnt, daß das Seil nach der Außenwelt abgerissen ist und er nie zurückgeholt werden wird aus der lautlosen Tiefe“ (Zweig, 2012, S. 57).

⁴ Eine der Grundtechniken des therapeutischen Instrumentariums seit Beginn der Psychoanalyse ist die Arbeit mit der Übertragung und mit der Gegenübertragung. Sonor formuliert heißt das mit Patienten in Resonanz zu gehen. Übertragung und Gegenübertragung wird erst möglich, weil die Resonanz feste Körper durchdringen kann. Eine Theorie der Resonanz würde Übertragung und Gegenübertragung als Klangereignis von Gefühlen beschreiben, die jeweils im Patienten und Therapeuten widerklingen und je nach Art des Verweisens als selbst zugehörig oder als dem Gegenüber zugehörig erlebt werden. Beide, Patient und Therapeut, teilen sich demnach eine Klangsphäre die im therapeutischen Raum schwingt, nehmen an ihr teil und machen so wiederkehrend Selbst-Erfahrung.

rufen. Indem der Psychotherapeut diesen Raum zur Verfügung stellt, seine eigenen Resonanzen an- und ausspricht und den Patienten als Echo vergrößert, können die Patienten mit ihrem Selbst zunehmend in Kontakt kommen. Im Verlauf der Therapie steigt die Anwesenheit und Selbst-Präsenz der Patienten, bis sie, als klingender Körper, als Instrument, auf dem sich ihre Seele spielt, die Therapie hinter sich lassen können. Hören heißt, sich selbst in die Zukunft rufen und nicht die Begegnung mit einem fertigen Produkt, das sich Selbst nennt. Die Krise in der psychotherapeutischen Behandlung birgt Gefahr und Chance zugleich. Die Gefahr von Selbstverlust im gegenständlichen Sinne. Die Chance von Selbstfindung im ereignishaften und zukünftigen Erklängen. Die Heilkraft liegt im Hören. Im Hören auf die eigene innere Stimme und im Hören auf sein Gegenüber. „Hör mir zu“ heißt: Berühre mich, wisse, daß ich existiere“ (Barthes, 2006, S. 81).

Aber nicht nur der Psychotherapeut, auch der psychotherapeutische Raum verhelfen den Patienten den Klang ihrer Seele zu vernehmen. Die Stimme ist mit Lacan „die Alterität dessen was sich sagt“ (Nancy, 2010, S. 38). In ihr kann das Sagen widerhallen und so eigentlich erst sagen. Das „laute“ Aussprechen eigener Empfindungen, Gedanken, Bedürfnisse, Ängste und Hoffnungen ruft ein Selbst in die Gegenwart, das in der Stimme hallt und vernehmbar wird. Ein sich ängstigender Klangkörper zieht sich zusammen und ruft ein sich ängstigendes Subjekt in die Anwesenheit. Erst in der Resonanz dieses ängstlich engen oder freudig weiten Körpers findet Selbst-Erfahrung statt. Ein Sagen mit Stimme, in der Gestimmtheit der eigenen Stimmung. Eine Stimme im Kontakt zum eigenen Sagen, das ist der Ruf der Therapie.

Im Resonanzraum der Psychotherapie klingen Gefühle, Empfindungen und psychische Ereignisse wider, die teilweise auch im vorbegrifflichen Raum schwingen. Auch sie gilt es bewusst zu machen und ebenso ihren Widerstand gegenüber einer begrifflich eingegengten Welt nachzugeben. Das Hören im therapeutischen Raum muss somit den engen und anästhetischen Bedeutungsraum allgemeiner Kodierungen und Begrifflichkeiten erweitern. Der Schamane, als Personalunion eines Heilers, Tänzers und Musikers ruft sich in diesem Moment in die Gegenwart. Zu seiner Trommel tanzen klingende Körper, selber mit einer vibrierenden Membran bespannt. Sie hören auf das rhythmisierte Timbre seiner Schläge, horchen und spüren die Klänge widerhallen. Innen und Außen werden tracehaft durchdrungen. Ein rhythmischer Ritt, in dem verlorene Seelen angerufen, böse Geister vertrieben und geraubte

Seelenanteile zurückgeholt werden. Im Echo einer langen Nacht klingt eine Melodie nach, die von einem Selbst erzählt, das an- und abgeschwollen ist, das an- und abwesend war, gefunden und verloren, ein Selbst, das eingebettet in einen großen weltumspannenden Sinn an der Bewusstseinstür gerüttelt hat.

Interludium – Tempel im Gehör

*Da stieg ein Baum. O reine Übersteigung!
O Orpheus singt! O hoher Baum im Ohr!
Und alles schwieg. Doch selbst in der Verschweigung
ging neuer Anfang, Wink und Wandlung vor.*

*Tiere aus Stille drangen aus dem klaren
gelösten Wald von Lager und Genist;
und da ergab sich, daß sie nicht aus List
und nicht aus Angst in sich so leise waren,*

*sondern aus Hören. Brüllen, Schrei, Geröhr
schien klein in ihren Herzen. Und wo eben
kaum eine Hütte war, dies zu empfangen,*

*ein Unterschlupf aus dunkelstem Verlangen
mit einem Zugang, dessen Pfosten beben, –
da schufst du ihnen Tempel im Gehör*

(Rilke)

Orpheus, trakischer Sänger, der mit seinem Gesang die Götter milde stimmen konnte, die Argonauten vor den verführerischen Stimmen der Sirenen beschützt hat, die Strafen der Unterweltbewohner für kurze Zeit auszusetzen vermochte und der sich schließlich mit seinem Gesang von seinem großen Verlust seiner Geliebten Eurydike geheilt hat. Orpheus, Archetyp des Dichters und Heilers, der in seinem Gesang die Welt einigt. Er schuf uns mit seinem Gesang *Tempel im Gehör*. Er lehrt uns die Stille und das Hören. In seinem Lied werden wir an den Urgrund des redenden Seins versetzt (Bachelard, 2007, S. 13). In seinem dichterischen Raum kommt unsere Seele polyphon zum Schwingen. Er ruft ein Selbst zur Welt, sinnlich und sprachlich. Voller Widersprüche, unsagbar, alle Räume und Zeiten durchklingend.⁵ Sprache, Rhythmus und Timbre veredelt er zur Vollkommenheit. Er stimmt das Lied an, das uns zum Lauschen bringt. Im Tanz seiner Verse hebt die Welt an zu singen. Indem wir uns auf seinen Gesang einlassen, horchend auf seinen Widerhall und in den Tempel des Hörens eintreten, weist für kurze Zeit das Heilige

⁵ Stefan Nagel untersucht in einem lesenswerten Artikel die Vielschichtigkeit des dichterischen Raumes und seine Anschlussfähigkeit an psychische Ereignisse (Nagl, 2002, S. 9-28).

und Heile an. Gedicht, Seele, Dasein und Welt, ein gegenseitiges Verweisen, Widerhallen und Zurufen erklingt in seiner Melodie. So sagt das Sagen des Sängers „das heile Ganze des weltischen Daseins, das unsichtbar im Weltinnenraum des Herzens sich einräumt“ (Heidegger, 2003, S. 318).⁶

Von der Diagnose zur Resonanz

Ironisch könnten wir anstimmen, dass die Psychotherapie ein Verfahren ist, das im Dunkeln tappt. Die Ironie muss aber schnell dem Realitätsprinzip weichen. Tatsächlich finden psychische Ereignisse im Dunklen statt. Gefühle, Einstellungen, Motive, Aufmerksamkeit und Selbstwert lassen sich nicht direkt beobachten. Als Instrument der Erkenntnis wird dennoch versucht mittels Experimenten Verhaltensweisen zu erforschen und mittels Interviews auf das Innenleben von Menschen zu schließen.⁷ Die Psyche entzieht sich in ihren Ereignissen aber dem schematischen Denken und der Vermessungswut positivistischer Theorien.

In Anlehnung an eine ontologische Theorie der Resonanz, in der Sein, Welt und Subjekt klingen und einer existenziellen Theorie des Hörens, die hinter die cartesianische Formel des *cogito ergo sum* zurückgeht und die Selbstgenese in ein *sonores sum* umformuliert, gilt es im nächsten Schritt, dem Gedanken *nachzugehen*, *nachzuhören* und *nachzudenken*, wie der Raum beschaffen sein muss, in dem das Selbst und andere psychische Ereignisse zum Klingen und zum Sprechen kommen können.⁸ Hilfreich hierfür kann uns wiederum Nancy mit seinem Gedanken über die „Rhythmik der Affekte“ (Nancy, 2010, S. 51) sein. Demnach führt das Schlagen der Bewegung eines Affekts überhaupt erst zu einem Innen und Außen, einer rhythmischen Ein- und Entfaltung, einem Draußen und einem Drinnen, einem Hohl- und Echoraum, und zu einem daraus gebildeten Subjekt. Der rhythmische Schlag, der immer zugleich Gefühl ist, wird zu einem konstituierenden Moment der Selbstgenese.

Wenn psychische Ereignisse in einem rhythmisierten Timbre erklingen und in ihrer Resonanz ein Subjekt hervorbringen, ein Subjekt, das durch ein Innen und Außen charakterisiert ist, dann ließe sich daraus eine sonore Psychologie der Affekte ableiten. Wie klingen Gefühle und wie klingen psychische Ereignisse? Hat jeder Mensch in seiner rhythmischen Verfasstheit einen eigenen Klang? Lassen sich allgemeine Resonanzen von psychischen Störungen ableiten, wie diese in der visuell geprägten Diagnostik kategorisiert werden? Kann ein hörender und horchender Zugang psychische Ereignisse ergänzend verstehen und bei der Behandlung psychischer Erkrankungen neue Zugänge eröffnen? Wenn die Heilkraft laut unserer Grundannahme im Hören liegt, dann müsste es ja auch eine zugrundeliegende Psychopathologie geben, die sich in der Resonanz vermittelt.

Exemplarisch am Rausch und der Sucht wird im Folgenden auf die Frage nach einer allgemeinen Resonanztheorie von psychischen Ereignissen und Psychopathologien gelauscht.⁹

Resonanzstörungen im Rausch(en)

Das Ohr und der Rausch teilen einen Wesensbereich: Beiden ist es eigentümlich in prä-dichotomen Sphären zu schwingen. Innen und außen, oben und unten, vorne und hinten, räumliche Kategorien in visuelle Weltaneignungen eingeschrieben, heben sich im Klang und im Rausch auf. Musik, Drogen und Rausch lassen sich im dionysischen Kraftfeld verorten. Ozeanische Allverbundenheit, Selbstvergesessenheit und Indifferenz sind ihre Koordinaten.

⁶ In einer Widmung für Anita Forrer von 1921 setzt R. M. Rilke dieses Motiv in folgende Verse: Der Dichter einzig hat die Welt geeinigt,/die weit in jedem auseinanderfällt./Das Schöne hat er unerhört bescheinigt,/doch da er selbst noch feiert, was ihn peinigt,/hat er unendlich den Ruin gereinigt:/und auch noch das Vernichtende wird Welt.

⁷ Man bemerke an dieser Stelle die Begrifflichkeit des Interviews, die ebenso wie die Diagnose auf das visuelle Erkenntnisregister verweist. Michel Foucault hat nachdrücklich darauf hingewiesen, wie die Klinik aus dem ärztlichen Blick entstanden ist (vgl. dazu: Küchenhoff, 1998, S. 208.)

⁸ Re-konstruieren, re-sonieren, re-flektieren... Das Präfix „re-“ bleibt der Generalbass, der im Klang sowie im Hören und Denken das Verweisen intoniert.

⁹ Der Autor widmet sich in einem größeren Forschungsvorhaben dieser allgemeinen Fragestellung. Hier seien nur mögliche Resonanzen im Modus der freien Assoziation angedeutet. Eine Angst, deren Begrifflichkeit mit dem lateinischen *angustus* in Verbindung steht und Enge umschreibt. Wie klingen Resonanzkörper, die sich eng zusammenziehen? Entspricht die Depression einem „nieder gedrückten“ Klangkörper? Kann sich in ihm Klang überhaupt entfalten, rhythmisch ausdehnen und zur obertonreichen Resonanz gelangen? Die Psychose, eine psychische Erkrankung, in der sich Grenzen auflösen, das Innen lauter wird als das Außen. Eine Erkrankung, in der sich gar kein Resonanzkörper bilden kann? Der Weltinnenraum wird zum Resonanzkörper, die Rhythmik des Affekts kann jedoch kein Selbst konstituieren, weil der mächtige Trommelwirbel der Gefühle die dünne Membran eines Subjekts zerreißt und daher nur die Weltentrommel erklingt? Die narzisstische Persönlichkeitsstörung, die herkömmlich auf die Spiegelmetapher zurückgreift, einen Jüngling beschreibt, der sich in sein eigenes Spiegelbild verliebt. Die Nymphe Echo, die sich ähnlich vieler anderer Nymphen in Narciss verliebt und von ihm verschmäht wird, wird dabei überhört. Ihr Schicksal ist das Reden zu verdoppeln und nur Worte zurückzutragen, die sie vorher gehört hat. Lassen sich bei Störungen, die auf einen Selbstwertkonflikt zurückgehen, immer wieder dieselben Resonanzen vernehmen. Hört und horcht der Patient mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nur auf sein Echo und ist taub gegenüber der Stimme und den Resonanzen anderer Menschen?

Nicht umsonst betreten der Rausch und die Musik meist Hand in Hand die Bühne ritueller Initiationsbräuche. Auch in entritualisierten Drogenexzessen spielt die Musik nach wie vor eine zentrale Rolle.¹⁰ Das Ohr wird zum Hilfsorgan des Rausches. Friedrich Nietzsche hat in seinem Tragödienbuch von 1871 auf die Heilkraft des Rausches hingewiesen. Das Leiden, das mit der Individuation in die Welt gekommen ist, könne durch die Versöhnung zweier Kräfte überwunden werden, durch den Rausch und durch den Traum, denen Nietzsche die zwei Götter Dionysos und Apoll zur Seite stellt. Apoll verortet er in den bildenden Künsten, Dionysos in der Musik. Auf der einen Seite steht Dionysos, der wilde Gott der Ekstase und der Auflösung. Er vermag in den dunklen Stunden der Nacht seine volle Kraft zu entfalten. Er steht für das Ungeheure, das nicht begreifbare umgreifende Sein. Er ruft Gefühle ozeanischer Verschmelzung in uns wach, Entgrenzung von Bewusstem und Unbewusstem. Ganz im Gegenteil Apoll. Er hebt sich ab und löst sich aus der Dunkelheit. Er ist lichte Melodie und hält uns auf Distanz zu all dem Bedrohlichen und Vereinnahmenden der Welt. Er ist Gestalt, gibt uns Kontur und unsere Individualität. Er ist der helle Traum, der uns durch die Finsternis begleitet. Beide Kräfte und Sphären stehen in einer nie aufzulösenden Spannung und Polarität, sind zugleich Agonist und Antagonist, sind Natur und Kultur. Keine ist ohne die andere denkbar. Die Spielregeln dieses Ringens für uns Menschen liefert uns Nietzsche selbst. Es darf „von jenem Fundamente aller Existenz, von dem dionysischen Untergrunde der Welt, genau nur soviel dem menschlichen Individuum in's Bewusstsein treten, als von jener apollinischen Verklärungskraft überwunden werden kann (...)“ (Nietzsche, 2000, S. 183). Hier klingt ein Motiv an, das sich auch als Dialektik des Rausches formulieren ließe. Einer sich in die Zukunft entwerfenden Transformationskraft wirkt eine in die Vergangenheit zurückrufende Regressionskraft entgegen. Dem Rausch als Initiations- und Heilkraft steht der Rausch als Siechen und Tauchen in embryonalen Verschmelzungssehnsüchten entgegen.¹¹

Wir fragen an dieser Stelle nach dem Klang, nach der Resonanz vom Rausch, bevor er sich in diese zwei Kräfte teilt. Der Rausch in einem klanglichen Register vernommen, bleibt

in der Resonanz des Rauschens verhaftet. Im Rauschen klingt das Rauschen wider. Auch der Rausch teilt sich mit, auch in ihm klingt und erklingt ein Verweisen. Rhythmus und Timbre sind im Rauschen jedoch kaum mehr vernehmbar (im weißen Rauschen sind sie es gar nicht mehr) und somit bleibt die Resonanz rauschend, das ist ihr einziger Verweis. Physikalisch angestimmt stört das Rauschen die Nachrichtenübertragung. Ein unspezifisches Frequenzspektrum verzerrt Informationen bis zur Unkenntlichkeit.

Das Rauschen, als Restrisiko der Natur, wird in apollinisch programmierten Gesellschaften mit allen Mitteln versucht zu kontrollieren und zu eliminieren. Die ontologische Notwendigkeit von Rauschen wird jedoch in einem sonoren psycho-physikalischen Register besonders deutlich. Klänge enthalten immer einen Grundton, Obertöne und etwas Rauschen. Wird das Rauschen herausgefiltert (wie diese ernüchternde Erfahrung jeder Musikliebhaber machen musste, als der digitale Fortschritt die analoge Schallplatte verdrängt hat) wird die Tiefendimension des Klangs amputiert.¹² So kommt es bei rauscharmen Gesellschaften zur Verflachung der Affekte und des Denkens. Denken wird zur philosophischen Trockenübung, ohne Gefahr zu laufen sich im Rauschen zu verlieren. Ein Denken mit beiden Händen fest an das akademische Geländer geklammert. Nur wenige Denker riskieren das *Denken ohne Geländer*, wie Hannah Arendt es für sich treffend formulierte.

Wird das Rauschen im umgekehrten Fall aber zur einzigen Resonanz, verweist dies auf eine Störung. Im dionysischen Kult wird sich dieser Erfahrung ganz hingegen, eingelassen in die Kräfte des Unbewußten, in die Affekte und die Wogen des Ozeans. Die Folge ist eine abwesende oder gestörte Selbstpräsenz.

Bevor sich das Selbst in der Resonanz, in der Rhythmik der Affekte in die Anwesenheit ruft, ein Außen und Innen konstituiert, taucht es in einer Klangsphäre, die auf den Ein- und Anschlag, die Attacke des Sinns horcht (Nancy, 2010, S. 37). Diese Sphäre ist die Stille. Das Rauschen als Hörsturz verlässt die Stille, stört die Stille und stört den Klang des Selbst. Es ist nicht mehr vernehmbar, woher die Resonanz hallt. Nur so kann es dazu kommen, dass das „Innwendige“ von „außen“ zu sprechen beginnt. Innen und Außen werden an dieser Stelle konzeptuell formuliert. Sie kommen als solche weder zum Gehör, noch werden sie konstituiert. Ganz im Gegenteil: Alles beginnt im Rausch zu sprechen. Der Sender kann nicht

¹⁰ Zur Verbindung von Drogen- und Musikkonsum sowie dem Dilemma, in der Therapie den Patienten ihren womöglich einzigen Lustgewinn neben dem Drogenkonsum zu nehmen, während die Gefahr im Gewand der Musik lauert, Patienten auf emotionaler und kognitiver Ebene in die Drogensucht zurückzuführen, siehe auch Gruninger (2010).

¹¹ Etymologisch lässt sich der Begriff der Sucht auf Siechen zurückführen.

¹² Zur Dialektik medialer Erneuerungen und der Amputation durch Medien siehe auch McLuhan (1995).

mehr verortet werden. Im Baum kommt das Selbst zur Präsenz ebenso wie in den Lautsprechern, aus denen Techno-Beats dröhnen. Das Buch schreibt sich im Rausch wie „von selbst“. Im Klang der Buchstaben hallt ein Subjekt wider, Autor unbekannt. Im Rausch werden wir geleitet und geführt, *panta rei*, alles fließt, alles eins. Die Vorsorkatiker wussten noch von diesen Rauschereignissen zu berichten. Welt und Sein hat sich ihnen in enger Umarmung sinnlich erschlossen. In der rauschenden Resonanz wird die eigene Stimme in der Natur, im Universum und im *Weltinnenraum*¹³ vernommen. Selbst, als Resonanz eines Verweisens kommt in Form einer Universal-Verräumlichung zur Präsenz. Das hallende Glockengeläut verkündet von einer unio mystica.

Verliert sich der Rausch im dionysischen Meer, findet er ohne apollinische Verklärungskraft statt, dann versinkt der Berauschte im rauschenden Getöse. Siechend fristet er am Meeresboden sein Dasein. Werden die Götter zum Verstummen gebracht und der Rausch zur Privatunternehmung ohne Form und Ritual (ähnlich dem regellosen Geldrausch im Finanzsystem), laufen besonders jene Seelen Gefahr, in süchtiges Rauschverhalten zu verfallen, deren Resonanzkörper aufgrund von traumatisierenden Erfahrungen Risse bekommen haben. In potenziert und frequentierter Form werden verlorene Subjekte von sirenschen Stimmen gelockt, deren Versprechungen Heilung, Ruhm und Schmerzfreiheit sind, in deren Resonanz aber Tod, Verzweiflung und Auflösung hallen.¹⁴

Im visuell-gegenständlichen Register wird jeder Drogenkonsument irgendwann von seiner Droge genommen. Das Subjekt wird als Objekt von der Substanz konsumiert (Sloterdijk, 1993c, S. 156 ff.). Diese Umkehr des Machtverhältnisses und dieser Kontrollverlust bleiben auch in der klanglichen Intonierung erhalten. Im sonoren Register kommt die Fremd-Bestimmung zur Resonanz. Das Selbst klingt in die Präsenz als ein von außen bestimmtes. Die rauschige Resonanz verzerrt allerdings das Woher. Wesentlich ist das Bestimmende der Stimmen. Befehlende Stimmen. Diese bestimmenden Stimmen klingen oftmals weit in den Therapieraum hinein. Sie finden in ihrer Umkehrung

ihre Fortsetzung im Therapeuten. Er ist die Inkarnation der rausch- und suchthaften Fremdbestimmung. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird er Sätze wie folgt formulieren: „Du sollst diese Drogen nicht mehr nehmen“, „Du sollst weniger arbeiten“ oder „Du musst mehr essen“.

Wie kann es dazu kommen, dass der Resonanzkörper und die Rhythmik der Affekte gestört werden? Wie klingt eine Trommel, ein Instrument, dessen Membran und dessen Korpus Risse oder einen Sprung bekommen haben? Risse in der Membran oder im Resonanzkörper führen zu dumpfen Tönen und krachenden Geräuschen. Auf einer beschädigten Membran lassen sich nur sehr verzerrte Resonanzen vernehmen. Was hier erklingt ist ein rauschendes Selbst, das auf einen dumpfen Klang und gestörten Sinn verweist. Doch wie wird der Resonanzkörper brüchig, wie kann die Membran Risse bekommen und was lässt die Saiten reißen? Hier sind wohl gröbere oder lang anhaltende Schläge und Überspannungen von Nöten. In seiner frühen Entwicklung sind der Säugling und das Kleinkind auf den gemeinsamen Resonanzraum mit der Mutter und dem Vater angewiesen. Mit einem Schrei kommt das Kind zur Welt und erfährt im Echo das erste mal ein Selbst, das sich in die Welt ruft. Vereinfacht ließe sich sagen, dass der Resonanzkörper in seiner Ontogenese aus dem geteilten Klangraum mit der Mutter herauswächst. Resonanzen sind anfänglich vom Echo-Klang der Mutter abhängig und finden in der weiteren Entwicklung zu ihrem eigenen Instrument. Bleiben die Klänge der Mutter aus, oder finden zu harte rhythmische Affektschläge im zarten und dünn bespannten Korpus des Kleinkindes Widerhall, kann dies zu Verkümmern oder Verletzung des jungen Schallkörpers kommen. Eine gestörte und rauschhafte Selbstpräsenz wäre die Folge. Solche Verletzungen können natürlich während der gesamten Lebensspanne passieren. Umso wichtiger ist die Pflege und der Schutz des eigenen Instruments.¹⁵

Der Rausch in ritualisierter Form hat ein Beginn und Ende. Wenn der Rausch aufhört und im Rhythmus der Ernüchterung widerhallt, ruft sich ein apollinisch verklärtes Selbst in die Gegenwart. Auf einem durchgeputzten Resonanzrohr, einem frisch gestimmten Instrument, kommt ein transformiertes Subjekt zum Klingen. So war der Rausch in einer Zeit, in der die Allianz von Heiligen und Heilung in ritualisierter Form gefeiert wurde. Während dieser Zeremonien war für kurze Zeit der

¹³ In seinem Gedicht *Es winkt zur Fühlung fast aus allen Dingen* vertont Rilke ein wiederkehrendes Motiv vom Weltinnenraum. In ihm lässt sich besonders gut die klangliche Dimension seiner Dichtung lesen: Durch alle Wesen reicht der eine Raum:/Weltinnenraum. Die Vögel fliegen still/durch uns hindurch. O, der ich wachsen will,/ich seh hinaus, und in mir wächst der Baum./Ich Sorge mich, und in mir steht das Haus./Ich hüte mich, und in mir ist die Hut./Geliebter, der ich wurde: an mir ruht/der schönen Schöpfung Bild und weint sich aus (Rilke, 1986, S. 878).

¹⁴ Zur Mythenexegese und sirenschen Motiven der Sucht siehe auch Poltrum, Gruninger & Musalek (2011, S. 106 ff.).

¹⁵ Es ist wichtig, an dieser Stelle wiederholt darauf hinzuweisen, dass der Klangkörper, das „Instrument Mensch“, nicht gegenständlich gedacht wird. Der Klangkörper lässt sich am ehesten als leibliche Erfahrung von Resonanz beschreiben.

Klang des Universums vernehmbar, das Ohr wurde zum Organ der Welt, Individuation war vergessen, Wunden und Risse wurden im Verbund mit den Göttern und Geistern geheilt. Der Rausch als Auflösung von Subjekt und Objekt, als Klangsphäre, in der nur mehr der Rausch vernehmbar war, konnte in einer ritualisierten Form zur Genesung und Heilung führen.

Coda

Aufhören und Zugehörigkeit. Hier wechselt das sinnliche Hören sein Register. Leiblichkeit und sinnliche Erfahrung klingen in psychische Sphären hinein. Der Ruf nach Orientierung, der Ruf nach Zukunft, der Ruf nach Heilung und der Ruf nach Nähe findet in ihnen Resonanz und Heimat. Aufgespannt, auf einen möglichen Sinn lauschend, oszilliert und vermittelt das Hören zwischen einem vibrierenden Leib, einer klingenden Seele, einer vernehmenden Vernunft und einer erzählenden Gemeinschaft.

Aufhören ist Ausklingen und Nachklingen.

Aufhören ist auf die Pausen hören.

Aufhören ist die Stille belauschen.

Aufhören ist Ausatmen.

Und **Aufhören ist Auftakt**: Auftakt zu der „ununterbrochenen Nachricht, die aus Stille sich bildet“ (Rilke, 1986, S. 631).

Literatur

- Bachelard, G. (2007): *Poetik des Raumes*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Barthes, R. (2006): Zuhören als Haltung. In: V. Bernius et. al. (Hrsg.), *Der Aufstand des Ohrs – die neue Lust am Hören*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bernius, V. et al. (Hrsg.) (2006): *Der Aufstand des Ohrs – die neue Lust am Hören*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ellenberger, H. F. (2005): *Die Entdeckung des Unbewußten*. Zürich: Diogenes.
- Gruninger, N. (2010): KlangFormen – Mit Patienten auf Drogenentzug. *Gestalttherapie*, 24 (1), 102-114.

- Heidegger, M. (2003): *Wozu Dichter? Holzwege, GA5*. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann.
- Küchenhoff, J. (1998): Sprache, Symptom, Unbewußtes. In: Th. Vogel (Hrsg.), *Über das Hören*. Tübingen: Attempto.
- McLuhan, M. (1995): *Die magischen Kanäle. Understanding Media*. Basel: Verlag der Kunst.
- Nagl, S. (2002): O Orpheus sing! The healing power in Rilke's „Sonetts to Orpheus“. ... und Orpheus singt. *Zur Musik in der Musiktherapie*, Heft 13, 9-28.
- Nancy, J.-L. (2010): *Zum Gehör*. Zürich: Diaphanes.
- Nietzsche, F. (2000): *Die Geburt der Tragödie aus dem Geiste der Musik*. Frankfurt am Main: Insel.
- Poltrum, M., Gruninger, N. & Musalek, M. (2011): Musen und Sirenen – Orpheus als Psychotherapeut. In: R. Kühn & J. E. Schlimme (Hrsg.), *psycho-logik 6. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur: Aufklärung und neue Mythen*. Freiburg i. Br.: Karl Alber.
- Rilke, R.-M. (1986): *Die Gedichte*. Frankfurt am Main: Insel.
- Rilke, R. (2003): Die Sonette an Orpheus. In: M. Engel et al. (Hrsg.), *Gesammelte Werke in fünf Bänden*, 3. Bd. Frankfurt am Main: Insel.
- Sloterdijk, P. (1993a): *Weltfremdheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Sloterdijk, P. (1993b): Wo sind wir, wenn wir Musik hören? In: P. Sloterdijk, *Weltfremdheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Sloterdijk, P. (1993c): Wozu Drogen? Zur Dialektik von Weltflucht und Weltsucht. In: P. Sloterdijk, *Weltfremdheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Vogel, Th. (Hrsg.) (1998): *Über das Hören*. Tübingen: Attempto.
- Zweig, S. (2012): *Schachnovelle*. Frankfurt am Main: Fischer.



Univ.-Prof. Mag. Nicolai Gruninger
Forschung und Lehre an der Konservatorium
Wien Privatuniversität.
Arbeit in freier Praxis als Psychologe,
Psychotherapeut und Supervisor.
psychotherapie@gruninger.at

Heilung im Film? Eine Miniatur über NARCOTICA und ORLAC'S HÄNDE

Thomas Ballhausen

Die internationale Filmgeschichte bietet eine Vielzahl an Beispielen für die Verhandlung medizinischer, psychologischer und psychiatrischer Fallgeschichten; Möglichkeiten und Limits von Heilungsprozessen stehen dabei nicht selten im Vordergrund. Die österreichische Filmhistorie ist dahingehend keine Ausnahme, auch hier bietet die anthropozentrische Dimension des Filmischen die Option diskursiver Überblendungen.¹ Das Interesse am menschlichen Körper kennzeichnet bereits die Frühzeit des Mediums Film und des Aufführungskontexts Kino, in der sich ein Schub von der realen Präsentation zur medialen Repräsentation nachzeichnen lässt – der wiederum mit dem Erfolg von Film und Kino und deren zunehmender gesellschaftlicher Etablierung einhergeht. Trotz der massiven Kritik am damals noch jungen Medium und der damit einhergehenden, mannigfaltigen Versuche der Reform oder gar Zähmung – auf diese Aspekte wird an anderer Stelle in Form eines eigenen Beitrags einzugehen sein – setzt sich Film durch und zeitigt entsprechende Beispiele.

Zwei sehr unterschiedliche, auf ihre Weise aber durchaus verwandte österreichische Stummfilme sollen im Zentrum der folgenden Ausführungen stehen: einerseits der Aufklärungsfilm NARCOTICA – DIE WELT DER TRÄUME UND DES WAHNSINNS (1923), andererseits Robert Wienes Literaturverfilmung ORLAC'S HÄNDE (1925). Beide Exempel fallen in den Bereich einer historischen Nahtstelle, die, führt man eine entsprechende Recherche innerhalb der österreichischen Filmgeschichte durch, eine Vielzahl zentraler Arbeiten nationalen Filmerbes bietet: Neben den genannten Titeln findet man in diesem Zeitraum so unterschiedliche Arbeiten wie Max Linders Slapstik-Komödie DER ZIRKUSKÖNIG, Michael Kertész' Monumentalstummfilm DIE

SKLAVENKÖNIGIN oder Hans Karl Breslauer mit dystopischen Tönen durchzogenen Social-Fiction-Streifen DIE STADT OHNE JUDEN. Jeweils nur etwa eine Dekade vom Ausbruch des Ersten Weltkriegs und dem österreichischen Bürgerkrieg getrennt reflektieren diese Filme auf unterschiedlichste Weisen Vergangenheit, Gegenwart und Varianten möglicher Zukünfte. Im Sinne eines erweitert anzusetzenden Archivbegriffs, der sich von überkommenen Linearitäts- und Progressionsvorstellungen von Geschichte und Historiografie entkoppelt weiß, wird eine Kontextualisierung der genannten Hauptbeispiele über die von David L. Martin (2011) entlehnten Leitbegriffe der Sammlung, des Körperlichen und der Kartografie denkbar und möglich.

Moderne Laster

Leopold Niernbergers Film NARCOTICA, der passenderweise auch unter dem Titel MODERNE LASTER beworben und vertrieben wurde, steht ganz im Zeichen einer sich als volksbildnerisch begreifenden Kinematografie: Zahlreiche Produktionen der Stummfilmzeit bieten in einer Mischform aus Melodram und aufklärerisch angesetztem Dokumentarfilm anhand von Spielfilmhandlungen Fallbeispiele aus dem vielfältigen medizinischen Bereich. In diesen Streifen war es nicht nur möglich, sondern eben erwünscht, erzählerische Elemente mit belehrenden Passagen zu verbinden. Aufbauend auf der Macht und dem Schauwert des Bewegtbildes hatte man eine populäre Form gefunden, tabuisierte Themen aufzugreifen oder Behandlungsmethoden abseits von Lehrfilmen publikumswirksam in Szene zu setzen. Der in diversen Anzeigen als „Großfilm“ oder (weit weniger positiv gemeint) als „Großstadtfilm“ beworbene NARCOTICA ist ein besonders gutes Beispiel dafür. Produziert von der Staatlichen Film-Hauptstelle in Wien sollte der Film vor den Gefahren unterschiedlichster Suchtmittel warnen und einen filmisch überformten Einblick in die

¹ Für eine einschlägige, analytisch-systematische Filmografie vergleiche hierzu: Leslie Y. Rabkin: *The Celluloid Couch. An Annotated International Filmography of the Mental Health Professional in the Movies and Television, from the Beginning to 1990*. Lanham: Scarecrow Press 1998.

damals aktuelle Behandlung von Patienten bieten.² Eingebettet in eine dramatische Rahmenhandlung stehen medizinische Passagen, die, so einer der einleitenden Zwischentitel, mithilfe einschlägiger Spezialisten entstanden wären. Durch die Texttafel „Der vierten Versammlung der Delegierten des Völkerbundes und der Opiumkommission am 25. September 1923 im Atheneum in Genf vorgeführt.“ soll dem Film noch weitere Bedeutung und diskursives Gewicht zugeschrieben und die erhoffte Aufklärungswirkung unterstrichen werden.

Die Handlungsebene erinnert der Popularität willen aber eher an das Genre des Kriminalfilms: Der von einer zweijährigen Reise zurückkehrende Dr. Percy Barker, der einer morphiumsüchtigen Senatorengattin und der Witwe eines verstorbenen Alkoholikers zur Seite steht, erweist sich im Verlauf der Geschichte als helfender Tatmensch und als Vertreter gesetzlicher Strenge. Wie auch die Eröffnung des Films ist auch hier der entsprechende Zwischentitel zentral. Dort heißt es bei der Einführung der Figur Barkers: „Dr. Barker hat sein Leben dem Kampfe gegen die narkotischen Genußmittel gewidmet, denn er hat erkannt, daß durch sie mehr Leid über die Menschheit kommt, als durch irgend eine andere Volksseuche.“ Das Mittel zur Überwindung der Sucht sieht er nicht nur in den medizinischen Möglichkeiten und Heilanstalten, sondern vor allem im alles beherrschenden, lenkenden menschlichen Willen. Die Folgen der Sucht, also auch der menschlichen Schwäche, werden in dem Film mit nicht minder drastischen Bildern illustriert wie die Heilung oder die Verfolgung und Bestrafung der (in diesem Fall: gutbürgerlichen und erfolgreich vernetzten) Drogenhändler.

Ans Ende des belehrenden Streifens rückt nicht nur die Rettung der ehemals Süchtigen, die, so der Zwischentitel, „brauchbares Mitglied der Gesellschaft“ werden kann; nicht minder zentral wie die melodramatische Erzählung ist eine Reihe direkt an das Publikum gerichteter Texttafeln, deren Inhalt sich folgendermaßen liest: „Verehrtes Publikum! Dieser Film sollte Euch keine Sensationen zeigen, sondern nur in schlichten Bildern das Schicksal einiger Menschen vor Augen führen, die, narkotischen Genußmitteln verfallen, sich und ihre Angehör-

rigen schweres Unglück brachten. Geht an dem Schicksal dieser Menschen nicht achtlos vorbei, denn es geht Euch alle an! Mit erschreckender Schnelligkeit nimmt der Mißbrauch narkotischer Genußmittel zu! Furchtbare Gifte, denen früher nur einzelne Verirrte ergeben waren, besonders Morphium und Kokain, gewannen in den letzten zwei Jahren mehr Anhänger als in der ganzen früheren Zeit. Laßt Euch nicht von falschen Freunden verleiten, auch nur zum Scherz von diesen Giften zu nehmen, die ihre Opfer nimmer lassen! Laßt Euch das Gesehene eine Warnung sein! Möge Euch dieser Film vor einem entsetzlichen Abgrunde bewahren, dem heute Unzählige mit verbundenen Augen entgegen eilen!“³

Traumatisierte Körper

Willensstärke ist auch für das zweite gewählte Beispiel, den mit expressionistischen Zwischentönen durchzogenen Filmklassiker ORLAC'S HÄNDE zentral. Eine historische Beschreibung des Titels liest sich folgendermaßen: „Ein Klaviervirtuose wird bei einem Eisenbahnunglück des Gebrauchs seiner Hände beraubt. Der ihn behandelnde Arzt gibt ihm auf operativem Wege die eines soeben hingerichteten Raubmörders. Hievon durch einen Unbekannten in Kenntnis gesetzt, fürchtet der Künstler, daß ihn die Hände des Toten zum Verbrechen hinabziehen werden, und gerät bald darauf in den Verdacht des Mordes an seinem eigenen Vater. Nun erst klärt sich auf, daß diese Tat ein Freund des Hingerichteten begangen, der auch das dem unschuldig Verurteilten zur Last gelegte Verbrechen vollführte. – Das Sujet verfügt über eine äußerst packende Exposition und hält die Spannung bis zur letzten Szene, von einem vorzüglich abgestimmten Ensemble, mit Konrad Veidt an der Spitze, bestens zur Geltung gebracht. Die Regieführung ist straff und sorgfältig, besonders in den sehr realistischen Szenen von der Eisenbahnkatastrophe, die Aufmachung geschmackvoll, die Geschehnisse der Handlung wirksam unterstreichend. Die Photographie in jeder Hinsicht auf der Höhe. Ein Inlandsfilm, der den besten fremden Erzeugnissen nicht nachsteht“ (o.A., 1924, S. 181).

Mit den Schnitten – beinahe unabhängig, ob sie entlang von Handgelenken oder quer durch geistige Vorstellungsräume verlaufen – geraten gemeinsam mit den segmentierten Teilen auch die Formen in Bewegung. Aus der schneidenden Sicherung von Form und Kon-

² Im erhaltenen Verzeichnis der Filme der Staatlichen Film-Hauptstelle, einem Bibliotheksbestand des Filmarchivs Austria, ist der Titel NARCOTICA im Titelregister des Bandes im Bereich „Spielfilme“ als handschriftlich nachgetragene 202. Produktion aus dem Produktionsjahr 1923 mit einer Länge von 2.160 Metern geführt. Im deutschen Verzeichnis „Hygienischer Filme“, das 1926 herausgegeben wurde, ist der Titel im Bereich „V. Krankheiten und Volksseuchen“ in der Unterkategorie „e.) Alkoholismus usw.“ geführt und stichwortmäßig inhaltlich beschrieben. Vergleiche hierzu: Martin Vogel: *Hygienische Filme*. Dresden: Deutscher Verlag für Volkswohlfahrt 1926, S. 66 f.

³ Ähnlich eindringlich liest sich der Text des begleitenden Programmhefts zu diesem Film. Teile der hier wiedergegebenen Zwischentitel beschließen auch diese mehrseitige Textquelle.

tur kann auch leicht das Gegenteil werden. Die verstümmelten und dann wieder geflickten Körper sind nicht weniger aus der Form/Norm geraten als die sich verselbständigenden Gliedmaßen und Organe. Gemäß den filmtechnischen Entwicklungen des Gestaltungsmittels Schnitt entwickelte sich auch auf der inhaltlichen Ebene eine entsprechende filmische Tradition, die mit der Zerstörung der Form auch die ständige Zunahme chaotischer Zustände vorführte (vgl. hierzu Nuffer, 2002, S. 51-60). Der dramatische (Handlungs-)Aufakt des Films zieht nicht zuletzt deshalb Hysterie, Vertrauensverlust und Verbrechen nach sich. Ganz der Schaulust, dem Arrangement des Grauens und dem Schaudern des expressionistischen Films verpflichtet, trägt Wienes Meisterwerk einen homonymen Titel: Der Pianist Orlac verliert bei besagtem Unfall seine Hände, die in einer auf das klassische Horrorgenre vorausweisenden Inszenierung durch die Hände des – wie sich später schließlich zur Erleichterung aller herausstellt: vermeintlichen – Mörders Vasseur ersetzt werden. Orlac, der sich nach und nach von seinen neuen blutbefleckten/unbefleckten Händen übermannt und traumatisiert sieht, und seine Frau Yvonne sind dabei aber nur Spielfiguren des eigentlichen Verbrechens, des überaus gerissenen und skrupellosen Nera. Wesentlich für das Funktionieren des gaunerhaften Tricks ist das Stiften eines Bewusstseins für die Vor-Erinnerung, für eine *prosthetic memory*, der transplantierten Hände.

Maurice Renards überbordennde Literaturvorlage, die in einer Übersetzung des Mabuse-Erfinders Norbert Jacques vorliegt, gerät in Wienes Verfilmung zum expressionistischen Kammerspiel zwischen den genannten Hauptfiguren des Romans: Um das negative Gravitationszentrum der Leiche Vasseurs treten Orlac, seine Frau Yvonne und der gewitzte Verbrecher Nera zum Gesellschaftstänzchen an, das im Lauf der Handlung in einen regelrechten Totentanz umschlägt. Die Aufklärung der Umstände erfolgt teilweise durch Nera selbst, der sich mit seinen erpresserischen Plänen gegenüber Orlac durchzusetzen scheint, den nicht unwesentlichen Rest – der die Unschuld Vasseurs und Orlacs hervorbringt – klärt schließlich die Polizei. Bemerkenswert ist, dass Nera in der Literaturvorlage sogar auf das Mittel der Kinematographie zurückgegriffen hatte, um seinen vermeintlich okkulten Schwindel technisch zu unterfüttern und Glaubhaftigkeit zu verleihen. Im Roman heißt es an besagter Stelle: „Junger Mann, Sie vergessen den Unterricht Ihrer Schullehrer, und im besondern die Physikurse, und im besonderen die Optik und im besonderen die Strahlenlehre, und im besonde-

ren die ‚realen Bilder‘. Ein Spiel von gebogenen Spiegeln und Linsen genügt dem, der es zu benutzen weiß, um irgendein unbewegliches oder bewegliches Bild in den Raum wie auf einen festen Grund zu projizieren [!]. Man hat davon anmutige und überraschende Anwendungen gemacht; ich erinnere mich unter [anderem] an eine lebende Tänzerin, die in verkleinertem Maßstab erschien. Wir haben uns des Kinos bedient. – Was wollen Sie! Die einen verstehen sich des Kinos zu bedienen, die andern des Phonographen“ (Renard, 1922, S. 254).

Aufklärung und/als Heilung

Die Erzählung um den Pianisten Paul Orlac und die Frage nach der Möglichkeit eines prothesenhaften Körpergedächtnisses, das sich in den Ersatz-Händen des vermeintlichen Mörders Vasseur realisiert, wird richtigerweise auch in der neuen Forschung dem phantastischen Film zugerechnet (Pinkas, 2010, S. 185-193). Bietet die Literaturvorlage Maurice Renards und die erste Verfilmung durch Robert Wiene noch eine lückenlose Aufklärung abseits (vor allem) metaphysischer Ungewissheiten – wenn wir die Frage nach der Liebe hier freundlich ausklammern wollen –, gehen spätere Adaptionen einen anderen Weg in der Integration des Phantastischen. Dem Einbruch des Phantastischen wird in ORLAC'S HÄNDE schlussendlich, und erzählerisch zugunsten Orlacs gesprochen: gerade noch rechtzeitig, die kriminalistische Investigation entgegengestellt, ein rationaler Diskurs der Aufklärung und Auslegung, der in die Konstruktion eines Happy-Ends mündet. Geht man aber zeitlich in der Linearität der Handlungsentfaltung zurück, so erleben wir die Hauptfigur Paul Orlac als Traumatisierten, als, wie schon erwähnt, Ausdruck männlicher Hysterie.⁴ Das erscheint angesichts der Umstände der Traumatisierung Orlacs nicht überraschend, verkürzt Wiene den figurenreichen Roman Renards doch auf ein

⁴ Vergleiche hierzu die einschlägigen Arbeiten von Elisabeth von Samsonow: Elisabeth von Samsonow: *Egon Schiele: Ich bin die Vielen*. Wien: Passagen Verlag 2010, S. 138 ff.; Elisabeth von Samsonow: *Egon Schiele. Sanctus Franciscus Hystericus*. Wien: Passagen Verlag 2012, S. 211 ff. Auf die thematische Verbindung von Schiele, Hysterie und der Handstellung als Indikator für Selbst- bzw. Fremddarstellung hat schon die US-amerikanische Kunsthistorikerin Camille R. Meyer hingewiesen, vergleiche hierzu ihre Studie: Camille R. Meyer: *On Death and Absence*. New York: [Pratt Institute] 2006. Für die auf weibliche Hysterie ausgerichtete französische Leitlinie psychiatrischer Arbeit und die Weiterführung bei Freud vergleiche: Jan Goldstein: *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. Chicago: The University of Chicago Press 2001; Günter Göttsche: Hysterie-Studien. In: *Freud-Handbuch. Leben – Werk – Wirkung*. Herausgegeben von Hans-Martin Lohmann und Joachim Pfeiffer. Stuttgart: Verlag J. B. Metzler 2006, S. 84-93.

stimmiges, menschenarmes Thriller-Melodram weniger Protagonisten, das nur eine Ausnahme kennt: das Zugsunglück, das in der filmischen Erstumsetzung wie ein Schlachtfeld anmutet. Anders als die quasi-dokumentarischen Filmaufnahmen aus der Zeit des Ersten Weltkriegs, die das Schlachtfeld klassischer Kriegsvorstellungen in eine leere Todeszone verwandelten, schöpft der Film der Zwischenkriegszeit aus den Erfahrungen des unumkehrbar technisierten, hochgerüsteten Konflikts und transformiert sie auf allen Gestaltungsebenen: „Es sind Bilder von klaustrophobischen und liminalen Räumen, von subjektiv verzerrten Dimensionen, Panoramaaufnahmen von entleerten, abstrakten Landschaften, Bilder von Invasion, Aggression und Gewalt. Die Erfahrung des Schlachtfeldes – Schock und Desorientierung – steht einer einfachen, auf Ursache und Wirkung basierenden Narrativierung entgegen, deswegen erscheinen viele Nachkriegsfilme so abrupt, unlogisch, verwirrend. Obwohl der Kriegsfilm um 1930, mehr als ein Jahrzehnt nach Kriegsende, versuchte, das Trauma zu narrativieren, brachten die früheren Filme der Weimarer Republik den Schock und die Desorientierung radikal auf der formalen Ebene selbst zur Darstellung. Sie brechen jede einfache und lineare Narration auf und setzen die Erfahrung des Schlachtfeldes in ihrer zerstückelten und gewaltsamen Form in formal-ästhetische Fragen um. Diese Filme (Das Kabinett des Dr. Caligari, Das Nibelungenlied, Metropolis, M u.v.a.) sind von Bildern und archetypischen Szenen durchzogen, die als Gedächtnisfragmente des vergangenen Krieges fungieren, als Spuren und zwanghaft wiederkehrende Elemente einer traumatischen Erfahrung.“⁵

Der Heimkehrer Orlac gerät auf diese Weise ins (ästhetische) Minenfeld des Expressionismus, der, was die Gestaltung des Films betrifft, nicht als starre Gegebenheit, sondern als sich weiterentwickelndes System changierender, immer wieder neu arrangierter Teilelemente zu verstehen ist – also Ausdruck einer archivspezifischen Ästhetik des Horrors. So kann und soll ORLAC'S HÄNDE als Fortführung der „expressionist tradition“ (Hutchins, 2008, S. xii) eingeschätzt werden, als erste Adaption von Renards Vorlage und schließlich auch als „stylish horror thriller“ (ebd. S. 336). Eine der Konstanten des Films ist gewiss der Körper, der

in der dialektischen Zwickmühle aus Haben und Sein zum Austragungsort, wenn man so will, auch zum diskursiven Schlachtfeld wird. Der Unfall als paradigmatische Rahmung der Moderne macht deutlich, wie sehr die Fragilität bzw. Verletzbarkeit des medialisierten Körpers und die Auswirkung der Inskription, der Einschreibung medizinischer und kriminologischer Praxen hier von Gewicht sind. Primär lässt sich an dieser Verkoppelung das Körper-Drama Orlacs nachzeichnen, dass man also „verletzlich ist und immer schon verletzt“ (Enzensberger, 1968, S. 61). Im zutiefst anthropozentrischen Medium Film erscheint die Zuspitzung auf den Körper im Schmerz unter den Konditionen des Schrecklichen und des Erschreckens nur konsequent. Dass auf Drängen von Orlacs Frau ein Arzt, ein stellvertretender *mad scientist*, sich des verletzten Pianisten annimmt, nimmt den *surgical horror* des Kinos, wie er sich von den 1930er Jahren hinweg bis zu seiner Einmündung in den *body horror* entwickelt, schlicht vorweg.⁶ Die sich real ausbildende rekonstruktive Chirurgie⁷, die den Hintergrund der Verpflanzung der Ersatzhände abgibt und die Bedeutungsvielfalt des Titels von Vorlage und Film nochmals herausstreicht, schafft als Markierung auch die für Orlac konstitutive Narbe. Ganz im Bann von Neras verbrecherischem System erkennt er in der Narbe nicht das Zeichen einer zurückliegenden Verletzung, sondern die Erinnerung an den Umstand, verletzt worden zu sein. So wird diese aufgeladene Linie – der gesteigerte Schrecken von „things that are discovered to be two things at once“ (Ligotti, 2010, S. 17) – von Orlac nicht als Ausdruck von Identitätsfestigung⁸, sondern von Subjektbedrohung erfahren, als der Inbegriff des Horrors: „Was ist der Gegenstand von Horror? Was macht uns in dieser Form erzittern? Furcht bezieht sich

⁶ Für die Verbindung von Horror und Modernediskurs vergleiche: Martin Tropp: *Images of Fear. How Horror Stories Helped Shape Modern Culture (1818-1918)*. Jefferson, NC: McFarland & Company 1990; für den Diskurs des *mad scientist* und seine europäischen bzw. US-amerikanischen Ausprägungen vergleiche: Christopher Frayling: *Mad, Bad and Dangerous? The Scientist and the Cinema*. London: Reaktion Books 2005.

⁷ Die Herausbildung rekonstruktiver Chirurgie wurde wesentlich durch die entsprechenden Verletzungen in den beiden Weltkriegen beeinflusst. Vergleiche hierzu, besonders für die Umsetzung von Transplantationen: Roy Porter: *Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag 2000, S. 618-623; für die literatur- und kulturgeschichtlichen Aspekte vergleiche, insbesondere für die Frage der Fremdsteuerung durch Transplantate in ORLAC'S HÄNDE, folgende Monographie: Irmela Marei Krüger-Fürhoff: *Verpflanzungsgebiete. Wissenskulturen und Poetik der Transplantation*. München: Wilhelm-Fink-Verlag 2012 (Trajekte), S. 106-117.

⁸ Ein frühneuzeitlicher Diskurs der Identität und Identifizierung, der nicht zuletzt auch auf nachgewiesene Narben rekurriert, findet sich in folgender Monographie untersucht: Valentin Groebner: *Who Are You? Identification, Deception, and Surveillance in Early Modern Europe*. New York: Zone Books 2007.

⁵ Anton Kaes: Schlachtfelder im Kino und die Krise der Repräsentation. In: *Schlachtfelder. Codierung von Gewalt im medialen Wandel*. Herausgegeben von Steffen Martus, Marina Munkler und Werner Röcke. Berlin: Akademie Verlag 2003, S. 118-128, hier S. 128. Für die Weiterführung von Kaes' Forschung vergleiche seine später erschienene Monographie: Anton Kaes: *Shell Shock Cinema. Weimar Culture and the Wounds of War*. Princeton: Princeton University Press 2009.

auf Gefahren, Schrecken auf Gewalt, sei es auf die von mir ausgehende, sei es die mir selber angetane. Ein Gewitter kann mir Schrecken bereiten, aber keinen Horror. Ist es nicht so, daß nicht das Menschliche imstande ist, mir Horror zu bereiten, sondern das Unmenschliche, das Ungeheuerliche? Schön. Aber nur Menschliches kann unmenschlich sein. – Kann nur das Menschliche ungeheuerlich sein? Wenn es ungeheuerliches gibt und wir nicht glauben, daß es Ungeheuer gibt, dann kommt ausschließlich das Menschliche als Kandidat für das Ungeheuerliche in Betracht. Wenn nur Menschen Horror empfinden (wenn die Fähigkeit, Horror zu empfinden, die Entwicklung einer spezifisch menschlichen biologischen Mitgift ist), dann ist er vielleicht eine speziell auf den Menschen gerichtete Reaktionsweise. Auf was am Menschen genau? Horror ist der Name, den ich der Empfindung dafür gebe, daß die menschliche Identität bedroht ist, der Wahrnehmung, daß sie verlorengegangen sein kann und daß etwas Fremdes von ihr Besitz ergriffen haben mag; daß wir etwas anderes sein oder werden können als das, was wir sind oder wofür wir uns halten; daß das was uns zu Menschen macht, erklärungsbedürftig und auch wieder nicht erklärlich ist“ (Cavell, 2006, S. 663 f.).

Sprechende Körper

Wenn also Nera „das Unauslöschbare der Narbe“ (Foucault, 2012, S. 39) in seinem Sinne gegen Orlac zu semantisieren beginnt und seine schreckliche Interpretation der Umstände und Abläufe mit hermeneutischer Dominanz ausbreitet, arbeitet er, ganz Puppenspieler, der Spaltungsphantasie des geplagten Pianisten zu. Die Erzählung einer Opfergeschichte, die Wienes Verfilmung ja auch historische politische Kritik eingetragen hat, die heute nach einer Neubewertung verlangt⁹, kann ihre Auflösung nur in der unvermeidlichen Begegnung von Orlac und Nera finden, also im Aufeinanderprallen von tatsächlicher und vermeintlicher Narbe.¹⁰ So wie Orlac tatsächlich an seinen Handgelenken die Spuren des Eingriffs präsentiert, so führt Nera eine (wie sich schließlich

herausstellt) aufgeklebte Narbe an seinem Hals vor. Bis zur Aufklärung der Umstände bleibt Orlac eine willige Marionette Neras, ohne dass ihm dieser Umstand bewusst wäre. In Bezug auf die Darstellung dieses Subjekts unter Druck erweist sich ein Rückgriff auf Ausführungen Slavoj Žižeks als aufschlussreich. Nicht nur, dass er in seinen Untersuchungen die vielfältige Verwendbarkeit ästhetischer Elemente des Film Noir nachgewiesen hat; vielmehr zeigt er in seiner Untersuchung „The Thing that thinks“ (1993)¹¹ anhand der Beispielfilme ANGEL HEART (1987) und BLADE RUNNER (1982) Strukturen auf, die auch für ORLAC'S HÄNDE stimmig sind. Aufbauend auf Descartes, der als erster Philosoph die Brüchigkeit des Subjekts als Riss im Universum ontologischer Konsistenzen beschrieben hat, verweist er nicht nur auf die im Handelnden selbst begründete Auflösung des Konflikts oder die Künstlichkeit der eingepflanzten Erinnerungen bzw. Erfahrungen; er öffnet vielmehr auch den Denkraum für die Hypothese eines bösen Genies, *le malin génie*, das die Erfahrungen des vermeintlich frei agierenden Helden lenkt und Realität vorgibt. Nera, der sich die Verbindung der Prinzipien von Verpflanzung und Nicht-Wissen zunutze macht, ist ein solches *malin génie*, Orlac das sich erst zuletzt wirklich befreiende Spielzeug in seinen Händen.¹² Bis zum Showdown bestimmt Nera auf diesem Wege Orlacs Leben und Position in der sozialen Hierarchie.¹³ Neras und Orlacs Hände sind miteinander verbunden, die unsichtbaren Linien des Leitens und Führens erweisen sich im unausweichlichen Endspiel als Verbindung in beide Richtungen – und auch darüber hinaus in Richtung Publikum.

Die Kontrolle oder deren Verlust lässt sich gemäß dem Filmtitel an den Händen des Pianisten Orlac festmachen. Eingerechnet, dass die eigentlichen Hände Orlacs im Zugangsglück zerschmettert werden, müssen also Vasseurs ursprüngliche als Orlacs neue Hände gelten. An ihnen wird deutlich, wie stark das Moment

⁹ Ein erster Ansatz zur historischen Kritik des vermeintlich Apolitischen in ORLAC'S HÄNDE wurde dankenswerter Weise schon an folgender Stelle unternommen: Verena Moritz, Karin Moser und Hannes Leidinger: *Kampfzone Kino. Film in Österreich 1918-1938*. Wien: verlag filmarchiv austria 2008, S. 143 f.

¹⁰ Auf die dialektisch begründete Auflösung als unumgänglichen Teil der Konfliktbeendigung wird in der Forschungsliteratur mehrfach Bezug genommen. Vergleiche hierzu: Paul Coates: *The Gorgon's Gaze. German Cinema, Expressionism, and the Image of Horror*. Cambridge: Cambridge University Press 1991 (Cambridge Studies in Film); Gerald Bär: *Das Motiv des Doppelgängers als Spaltungsphantasie in der Literatur und im deutschen Stummfilm*. Amsterdam: Rodopi 2005 (IFAVL 84).

¹¹ Slavoj Žižek: „The Thing that thinks“: The Kantian Background of the Noir Subject. In: *Shades of Noir. A Reader*. Edited by Joan Copjec. London: Verso 1993, S. 199-226; für die prinzipielle Verbindung von Film Noir und Horror vergleiche: Paul Meehan: *Horror Noir. Where Cinema's Dark Sisters Meet*. Jefferson, NC: McFarland & Company 2011.

¹² Für Vergleichsbeispiele innerhalb der expressionistischen Tradition vergleiche: S.S. Prawer: *Caligari's Children. The Film as Tale of Terror*. New York: Da Capo Press 1980, S. 181 ff.

¹³ Vergleich hierzu: Elizabeth Grosz: *Volatile Bodies. Towards a Corporeal Feminism*. Bloomington: Indiana University Press 1994 (Theories of Representation and Difference), S. 140. Dort heißt es u.a.: „The body and its privileged zones of sensation, reception and projection are coded by objects, categories, affiliations, lineages, which engender and make real the subject's social, sexual, familial, marital, or economic position or identity within a social hierarchy. Unlike messages to be deciphered, they are more like a map correlating social positions within corporeal intensities.“

der Entfremdung Teil körperlichen Horrors ist: Die Gattin soll nicht berührt werden dürfen, der Ehering passt nicht mehr, das Klavierspiel will nicht gelingen, selbst das Schriftbild – zentral für diesen Film, der von offiziellen und weniger offiziellen Papieren so deutlich geprägt ist¹⁴ – verändert sich. Die Probe, ausgerechnet auf einem Liebesbrief, der noch den Schriftzug einer zurückliegenden Handschrift aufweist, wird zum Gekritzel, zum Beweis der Niederlage.¹⁵ Diese neuen Körperteile haben gänzlich andere Ideen als Orlacs Ich – und die Lust am Text bleibt in dieser Situation eine endend wollende.¹⁶ Bis zur Auflösung, der rettenden moralischen Reinigung der neuen Hände, bleibt Orlacs Metamorphose eine unstimmmige, mehr eine Bestrafung denn eine Wandlung.¹⁷ Die sowohl kulturgeschichtlich wie auch literaturhistorisch höchstgradig vorbelasteten Hände¹⁸ sind, ebenso wie der Kopf, also Neras vermeintliche Prothese, zentrale Manifestationen körperlicher Beredsamkeit und (Un-)Heilbarkeit.

¹⁴ Die papierernen Botenstoffe realisieren sich u.a. als Liebesbriefe, geheime Hinweise, Banknoten, Schuldscheine und Zeitungsnotizen. Für die (Darstellung der) Position der Lektüre, die die des Schreibens ergänzt, vergleiche: Garrett Stewart: *The Look of Reading. Book, Painting, Text*. Chicago: University of Chicago Press 2006.

¹⁵ Das wiederkehrende Motiv des Briefschreibens im Film wurde durchaus auch kritisch besprochen. So wird 1920 in einem polemischen Kurzartikel darauf Bezug genommen und mit der Schlussformulierung des Textes ORLAC'S HÄNDE unbewusst pointenreich vorweggenommen: „Also bitte, möglichst logisches, normales Briefschreiben im Filmspiel und keine Schnellzugsfahrt mit Kilometersgeschwindigkeit über den Tisch bzw. das Briefblatt.“ Vergleiche für den Beleg der Quelle: [o.A.]: Das Briefschreiben im Film. In: *Neue Kino-Rundschau* 148 (o. Jg.) 1920, S. 9 f., für die zitierte Stelle S. 10.

¹⁶ Für den positiven Gegenentwurf meiner Formulierung vergleiche: Roland Barthes: *Die Lust am Text*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1974 (BS 378), S. 26. Dort heißt es u.a.: „Die Lust am Text, das ist jener Moment, wo mein Körper seinen eigenen Ideen folgt – denn mein Körper hat nicht dieselben Ideen wie ich.“

¹⁷ Vergleiche zu diesem Gedanken und auch zum Aspekt der weiteren Adaptionen als Form der Neuerzählung: Marie Louise von Glinski: *Simile and Identity in Ovid's Metamorphoses*. Cambridge: Cambridge University Press 2012, S. 13. Dort heißt es u.a.: „Metamorphosis contains a puzzle. On the one hand, the change is permanent, since the finality of metamorphosis cannot be reversed. On the other hand, metamorphosis also preserves in perpetuity a marker of human nature [...]. This double nature is constantly present and gets reactivated or reawakened at the moment the story gets retold.“

¹⁸ Vergleiche hierzu als Auswahl aus der Forschungsliteratur: Bernhard Kathan: *Das indiskrete Organ. Organverpflanzungen in literarischen Bearbeitungen*. Innsbruck: Studienverlag 2008; *Die Hand. Elemente einer Medizin- und Kulturgeschichte*. Herausgegeben von Mariacarla Gadebusch Bondio. Berlin: LIT 2010 (Kultur: Forschung und Wissenschaft 14); Frank Wilson: *Die Hand – Geniestreich der Evolution. Ihr Einfluss auf Gehirn, Sprache und Kultur des Menschen*. Stuttgart: Klett-Cotta 2000; Helmut Niemeyer: Hände. In: *Merkur. Deutsche Zeitschrift für europäisches Denken* 5 (62. Jg.) 2008, 454–458; Jörg Becker: Der Ausdruck der Hände. Ein filmischer Terminus. In: *Filmgeschichte* 14 (o. Jg.) 2000, S. 85–94.

Literatur

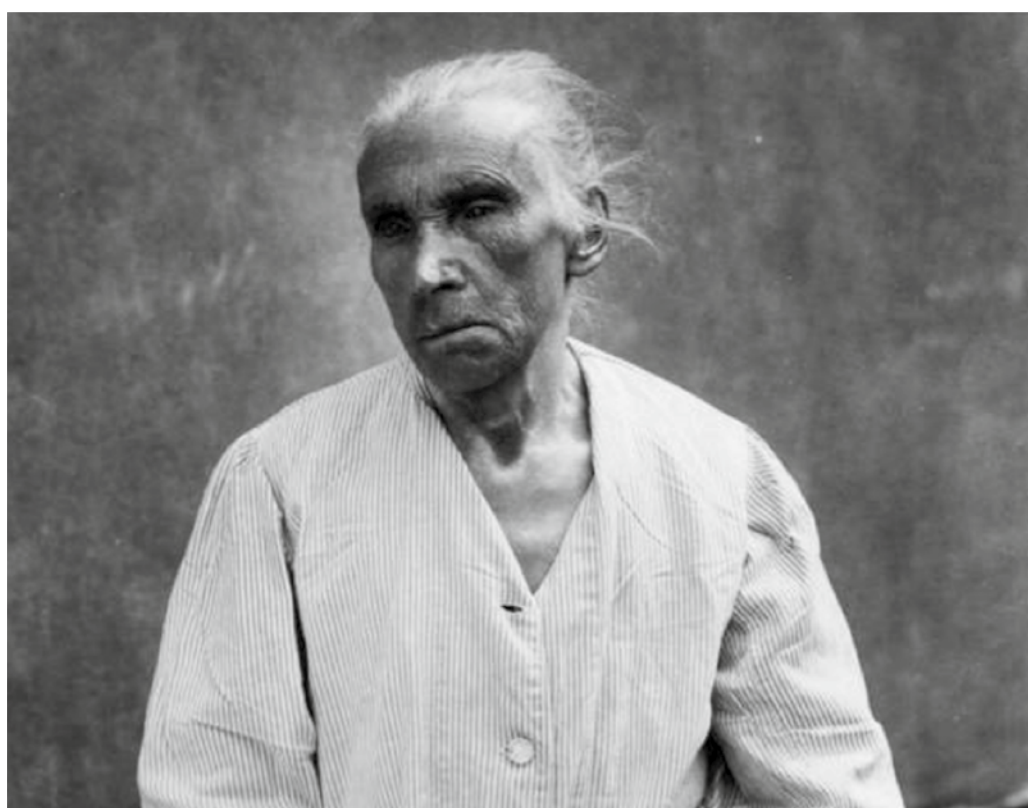
- Cavell, S. (2006): *Der Anspruch der Vernunft. Wittgenstein, Skeptizismus, Moral und Tragödie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Enzensberger, C. (1968): *Größerer Versuch über den Schmutz*. München: Hanser.
- Foucault, M. (2012): *Das giftige Herz der Dinge. Gespräch mit Claude Bonnefoy*. Zürich: Diaphanes.
- Hutchings, P. (2008): *Historical Dictionary of Horror Cinema*. (Historical Dictionaries of Literature and the Arts 25). Lanham: The Scarecrow Press.
- Ligotti, T. (2011): *The Conspiracy against the Human Race. A Contrivance of Horror*. New York: Hippocampus Press.
- Martin, D. L. (2011): *Curious Visions of Modernity. Enchantment, Magic, and the Sacred*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Nuffer, E. (2002): *Filmschnitt und Schneidetisch. Eine Zeitreise durch die klassische Montagetechnologie*. (Weltwunder der Kinematographie. Beiträge zu einer Kulturgeschichte der Filmtechnik 7) Potsdam: Polzer.
- [o.A.] (1924): Orlacs Hände. In: Paimann's Film-Liste. *Wochenschrift für Lichtbild-Kritik* 441 (IX. Jg.), S. 181.
- Pinkas, C. (2010): *Der phantastische Film. Instabile Narrationen und die Narration der Instabilität*. (Narratologia 25). Berlin: de Gruyter.
- Renard, M. (1922): *Orlacs Hände*. München: Drei-Masken-Verlag.



Mag. Thomas Ballhausen

Leiter des Studienzentrums
am Filmarchiv Austria;
Lehrbeauftragter an der Universität Wien
t.ballhausen@filmarchiv.at

Bildstrecke

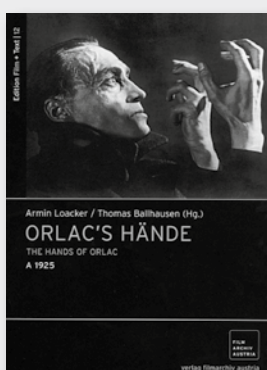
NARCOTICAStummfilm 1923 –
Filmarchiv Austria











ORLAC'S HÄNDE

Der Stummfilm ORLAC'S HÄNDE (A 1925) ist nicht nur ein Klassiker der österreichischen Filmgeschichte, sondern auch ein ungehobener Schatz des Horrorgenres. Die nun vorliegende digitale Restaurierung wurde, versehen mit neu komponierter Filmmusik, am 13. Juni 2013 im Wiener Konzerthaus präsentiert. Das Meisterwerk des CALIGARI-Regisseurs Robert Wiene, das bis heute nichts von seiner Eleganz und seinem Schrecken eingebüsst hat, kann nun erstmals wieder in vollständiger Fassung und bereinigter Form gesehen werden. Die Edition des Filmarchivs Austria besteht aus einer DVD und einem Begleitband.

Armin Loacker/Thomas Ballhausen (Hg.)

ORLAC'S HÄNDE

(Edition Film + Text 12)

ISBN 978-3-902781-28-4

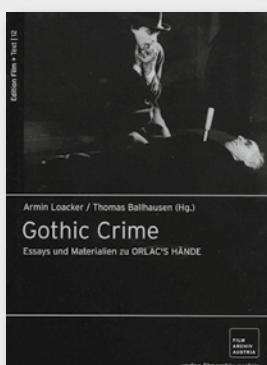
DVD:

ORLAC'S HÄNDE

s/w, 105 Minuten

BEGLEITBAND:

Gothic Crime. Essays und Materialien zum Stummfilm ORLAC'S HÄNDE
208 Seiten, zahlreiche Abbildungen



Bildstrecke

ORLAC'S HÄNDE

Stummfilm 1925 –
Filmarchiv Austria





