

Psychotherapeutische Aspekte der Abhängigkeit

Vortrag am 26.10.2007 im Universitätsklinikum Magdeburg

Dr. Volker Kielstein

1. Abwehr der Suchterkrankung.
2. Abwehr der zugrunde liegenden oder resultierenden Probleme.
3. Exkurs über rauschhaftes Erleben
4. Rückfall.
5. Gruppendynamik in Gruppen mit Suchtkranken.

1. Abwehr der Suchterkrankung:

- Im allgemeinem Verständnis der Bevölkerung Suchterkrankung = „Willensschwäche“, Asozialität, es sind Penner, die an der Bude → ich bin doch nicht süchtig, „ich bin doch nicht so einer“, ist er auch nicht, ist vielleicht sozial noch eingebunden, kann arbeiten gehen, einigermaßen geordnet, hat aber schon eine „verminderte Kontrolle im Umgang mit dem Suchtmittel“,
- allgemeine Stigmatisierung → **Scham**, besonders bei Frauen, haben **Angst**, schleichen dreimal ums Haus, bevor sie kommen, **bagatellisieren** (kaum einer, der uns beim ersten Mal reinen Wein einschenkt), befürchten **negative Konsequenzen** (Krankenkasse, Familie, Betrieb, Schweigepflicht !),
- die Suchterkrankung wird manchmal als das **Allerpeinlichste** erlebt, eher werden heikle Themen angesprochen, nur um nicht zu sagen: „Ich bin alkoholkrank“. Ein Gefühl, **als müsste man im Erdboden versinken, zentrale narzisstische Entwertung**. Wenn wir das bedenken, müssen wir dem Patienten die **Abwehr erlauben**, wenigstens vorübergehend und brauchen sie nicht als persönliche Kränkung erleben,
- viele Patienten können diese Abwehr schon in der Entgiftungsphase ablegen, wenn in dieser Zeit z. B. täglich 1 ½ Stunden Gruppentherapie angeboten werden. Was wirkt: **natürlich** das empathische Verhalten des Therapeuten – **mehr aber** die Entlastung durch das Verständnis der gleichermaßen Betroffenen, man ist nicht allein mit dem Problem = **Universalität des Leidens** nach Yalom, Schopenhauer entlastet,
- die Selbstexploration der anderen erleichtert die eigene Öffnung.
- Entlastung von Schuld und Scham durch somatisches **Suchtkonzept**,

- Patienten haben Schwierigkeiten lebenslange Abstinenz zu akzeptieren → 24 Stunden,
- Schwierigkeiten zu akzeptieren, dass man aus eigener Kraft die Sucht nur selten überwinden kann – suchtkranke Ärzte (!)-, lernen, Hilflosigkeit zu akzeptieren,
- erforderlich ist, therapeutischen Nihilismus zu überwinden, Suchterkrankungen **lassen**, verglichen mit anderen chronischen Krankheiten wie
 - Diabetes
 - Rheuma
 - Schizophrenie usw.

gute Behandlungsmöglichkeiten erwarten, wenn die **Rahmenbedingungen** stimmen und wenn sich Behandler professionell auf Suchtkranke einlassen:

- sofort →
- intensiv →
- nahtlos →
- Gruppe →
- langfristig →
- Einbeziehung des sozialen Umfeldes. →
- psychotherapeutische Interventionen ziemlich sinnlos, solange die Substanz nicht aufgegeben wird
 - Reanimation bei geschlossenem Sargdeckel.

Herstellung von Compliance:

- John: „Je restriktiver die Normen... um so größer die Abwehr“.
- Suchtkranke sehr empfindlich gegenüber abwertenden Einstellungen, **also:** Trotz der Abhängigkeit als Person akzeptieren, Versuch zu verstehen (empathische Einstellung), aufrichtiges kompetentes Hilfsangebot, **Echtheit** als drittes großes Kriterium erfolgreicher Gesprächstherapie, das ist auch Grenzziehung, Auseinandersetzung und alles andere als therapeutische Masche,
- In den Krankheitsstadien mit **eingeschränkter geistiger Kompetenz aktiv direktives Verhalten** = Führung während der Intoxikation und auch eine Zeit danach.
- Wir haben uns angewöhnt zu glauben, dass sich Kontrolle kontraproduktiv auf ein therapeutisches Klima auswirkt. Das stimmt auch in Bezug auf penetrante

und nachschnüffelnde Kontrolle.

Aber wenn wir die Patienten fragen: sie akzeptieren und wollen ein gewisses Maß an Fremdenkontrolle, weil die Eigenkontrolle noch nicht ausreicht !

2. Abwehr oder resultierenden Probleme

Wenn der Betroffene eingesehen hat, dass er alkoholkrank ist und auch abstinent bleiben muss, denkt er oft, das sei genug. „Meine Frau kann doch nun zufrieden sein, dass ich nicht mehr trinke“.

Es kommt aber darauf an, die

Arbeitssituation zu verbessern

Schulden zu regulieren

Behördenwege zu gehen

oder in der Familie wieder Verantwortung zu übernehmen.

Wenn dann die Notwendigkeit eingesehen wird, dann soll alles **jetzt und sofort** wieder im Lot sein, es geht aber nur schrittweise und dauert Zeit, Monate, ein halbes Jahr, ein Jahr, manchmal mehr, **Kontinuierliche Anstrengung** in angemessenen Schritten muss gelernt werden, dabei geht es zunächst um anscheinend einfache Sachen wie

Körperpflege

Kleidung

Interessen.

Gewöhnlich war in der Suchtphase der Partner gezwungen, alles zu erledigen und Verantwortung zu übernehmen. Nun will der Abstinente wieder Verantwortung und Macht übernehmen. Dieser Machtausgleich ist selten reibungslos.

Oder: die Ehefrau war gezwungen, verstärkt ihr eigenes Leben zu führen.

Nun trinkt er nicht mehr, sie will aber das mühsam errungene Eigenleben nicht aufgeben.

3. Abwehr der zugrunde liegenden Problematik

- **Grundsätzlich:** keine einheitliche Suchtpersönlichkeit.
- **WIESER** im Vorfeld der Suche „gesamte Psychopathologie nebst einer **großen** Anzahl gewöhnlicher Persönlichkeiten“.
- Die prämorbid Persönlichkeit zum Untersuchungszeitpunkt nicht mehr zuverlässig zu ermitteln, überformt durch

den Suchtprozess
 hirnorganische Beeinträchtigung
 sekundäre massive Selbstwertprobleme
 therapeutische Einflüsse.

Bei Collegestudenten, die später abhängig wurden, fand man prämorbid vermehrt Impulsivität, rebellisches Verhalten

neuerdings: sensationssuchendes Verhalten

Burian: 1/3 der Suchtkranken neurosenrelevante Vorgeschichte.

Trotz dieser Einschränkungen gibt es neurosenpsychologische Bedingungen, die gehäuft bei Suchtkranken auftreten.

- **Battegay:** „frühe Selbstwertstörungen, entstanden in Familien, in denen das Kind kein stabiles Selbst aufbauen konnte“,
 broken home – Situation
 Alkoholikerfamilien: genetische Faktoren und frühe narzisstische Defizite
Battegay: das narzisstische Loch wird mit Alkohol aufgefüllt.
- **Psychoanalytiker Rost:** ging dem Schicksal aggressiver Impulse nach und fand bei Alkoholkranken häufig eine Unfähigkeit, aggressive, böse Seiten von Bezugspersonen **wahrzunehmen** und sich damit **auseinander zu setzen**.
 Das resultierende Unbehagen und der Mangel an Selbstentfaltung angesichts des unbewusst bleibenden Verbote, sich auseinander zu setzen → erhöhte Alkoholgefährdung.
- **Küfner** geht bei seinem psychoanalytischen Ansatz der Suchtkrankentherapie von einem **Autonomie - Abhängigkeitsansatz (BLANE)** aus.
Unterscheidet: zwei Qualitäten von allen Menschen innewohnenden Wünschen, nach **Autonomie** und **Abhängigkeit**.
Autonomie: Selbständigkeit, Macht, Leistungshaltung, Durchsetzungsvermögen, Frustrationstoleranz, das Realisierenkönnen von Wünschen.
Abhängigkeit: versorgt und beschützt werden, sich bezaubern und treiben lassen, Verantwortung abgeben, Bedürfnis nach Bestätigung, soziale Erschütterungsfähigkeit, Hingabe und Genussfähigkeit,
 Befriedigung beider **Bedürfnisqualitäten** setzt erhebliche soziale Fertigkeiten

voraus.

„Bei Alkoholabhängigen sind die Fähigkeit zur Konfliktlösung, im Aushalten von Spannungen, aber auch zum lustvollen Genießen ohne die Droge Alkohol nur „unzureichend entwickelt“.

Beide Bedürfnisrichtungen können sich gegenseitig gefährden: Begebe ich mich z. B. in die Geborgenheit und Versorgung einer Beziehung, kann es geschehen, dass meine Selbstständigkeit in Gefahr gerät. Es kann auch sein, dass große Wünsche nach Abhängigkeit einen Partner überfordern. Wer keine Abstriche von seiner Selbstständigkeit und Unabhängigkeit machen möchte, wird es schwer haben, seine Abhängigkeitswünsche zu befriedigen. Und es ist wohl eine der größten Kunststücke, beide Bedürfnisqualitäten möglichst unverkürzt zu realisieren... .

Autonomietendenzen werden gewöhnlich überbetont, weil Abhängigkeitsbedürfnisse sowohl im täglichen Leben, als auch in der gewöhnlichen Psychotherapie einen schlechten Ruf haben. Bei vielen Menschen entwickelt sich ein regelrechter Autonomiekampf. Schöne Bequemlichkeit, Luststreben, Hilfebedürftigkeit dürfen sie sich nicht erlauben. Es wird vergessen, dass diese Abhängigkeitsbedürfnisse, manchmal abfällig bezeichnet als „regressive Bedürfnisse“, erforderlich sind, um autonome Kräfte zu reproduzieren.

Wir beobachten aber auch primitiv abhängige Haltungen:

- Anspruch, von der Solidargemeinschaft versorgt zu werden,
- unbefriedigende Partnerschaft - zusammen gehalten durch Ängste vorm Alleinsein,
- oder nicht ich sollte dies und jenes tun, sondern **die da oben** müssten – und im Übrigen sind Schröder, Merkel etc. sowieso an allem schuld.

Hugo von Keyserlingk: geht in seinem tiefenpsychologischen Ansatz der Suchterkrankung davon aus, dass **grundlegende Bedürfnisse** nach Ansehen, Liebe, Erfolg, Genuss usw. nicht realisiert werden können und durch permanentes Trinken, Arbeiten, Geld und Macht ersetzt werden.

Sucht also als Ersatzbefriedigung, die nicht sättigt. Fehlende Sättigung führt zu weiterer Suchtverstärkung. Therapeutische Aufgaben, den Betroffenen wieder an die Befriedigung seine grundlegenden und sättigenden Lebensbedürfnisse heranzuführen.

3. Exkurs über rauschhaftes Erleben und Lust

Das Ziel jeglichen Gebrauchs alkoholischer Getränke ist, wenn wir die Ausreden außer acht lassen, Berausung, ein, wie ich meine, grundlegendes und mitunter **tief verdrängtes menschliches Bedürfnis**, „Lust ist tiefer noch als Herzeleid“ (NIETZSCHE), das bedeutet auch, dass wir dazu neigen, viel Leid auf uns zu nehmen, um Lust zu erlangen. Deswegen Schopenhauer in seinen Aphorismen zur Lebensweisheit. „Wir sollten nicht zu viel Unlust auf uns nehmen, um Lust zu erlangen“.

Wenn wir aber das Glück hätten, sollten wir uns freuen und nicht fragen, ob das momentane Glück zu unseren sonstigen Besorgnissen passt.

„Rausch als Gegensatz von Angst“ entsteht aber nicht nur durch Alkohol oder andere Drogen, sondern ist Begleiterscheinung von Aufbruch, strömenden Aus-sich-Herausgehens, ungehemmter Annäherung, endlich vollzogener Trennung, grenzenloser Aufnahmebereitschaft, von Faszination: „Im Kopfkissenbuch einer chinesischen Prinzessin“ kann man viel über die Faszination der kleinen alltäglichen Dinge erfahren. Fängt an mit dem Sonnenstrahl gebrochen in einem Wassertropfen“.

Die Berausung als letztes oder auch vorletztes Ziel unserer Wünsche stört immer die täglichen Abläufe, liegt irgendwie quer und hat noch eine andere Unvollkommenheit, sie lässt sich nicht auf ein Kontinuum bringen. „Alle Lust will Ewigkeit“, sagt Nietzsche, alle Lust wird durch Ewigkeit zerstört. Denn: immer während der Rausch wird fade, selbst das vollendete Paar in einer idealen Landschaft ödet sich irgendwann an. Unterbrechung kann, muss sein, wenn es genug ist und die Rückkehr ins geordnete Leben ist notwendig, nicht nur, weil die Arbeit getan sein soll, sondern weil das alltägliche Leben wieder in den Hintergrund für lustvolle Augenblicke bildet.

Nach meinem Gefühl gibt es bei der Psychotherapie von Suchtkranken, in der der hedonistische Aspekt eine besondere Rolle spielt, „unangenehm – säuerliche Therapeutenhaltungen“. Bedürfnisse nach unmittelbarer und harmonischer Lustbefriedigung werden von vornherein als „süchtige Fehlhaltung“ oder „symbiotisch“ narzisstische Verschmelzungsideen“ angesehen, „Verständnisvoll“ aufgenommen und demoliert. Dabei will der arme Kerl nicht mehr als ein bisschen Glück, Zufriedenheit, freundlich – warmen Hautkontakt. Wichtiger als die psychotherapeutisch getarnte Zerstörung von Lustansprüchen ist der Umgang mit ihnen.

Zu überlegen ist, unter welche Bedingungen ich mich tatsächlich wohlfühle und

nicht nur wohl zu fühlen habe.

LORIOT: Ich will einfach nur sitzen. Du kannst doch nicht einfach so sitzen, willst Du nicht wenigstens die Zeitung lesen. Ich will... Soll ich Dir die Pantoffeln bringen? Ich will... .

Was mache ich, wenn ich mit meinen Bedürfnissen nicht zum Zuge komme muss ich wirklich auf Alkohol ausweichen? Welche Alternativen bieten sich an?

Zur Ehrenrettung der sogenannten „narzisstischen Verschmelzungsideen“ möchte ich hinzufügen, dass diese in der deutschen Philosophie schon einmal einen hohen Rang hatten. Ich verweise auf die Beschreibung des „ästhetischen Zustandes“ in der „Methaphysik des Schönen“ von Schopenhauer (1820): ...“ wie die Grenze zwischen Subjekt und Objekt sich aufhebt, wie das Subjekt sich verliert in einem Zustand reinen Wohlgefallens und ... vollkommener und ruhiger Glückseligkeit teilhaftig wird, frei von einem weiteren Begehren, welches den Mangel zum Grunde und neue Forderungen zur Folge hat... . Es ist der schmerzlose Zustand, den Epikur als das „höchste Gut und als den Zustand der Götter pries“.

Im Psychotherapieprozess ist nach POHLEN / Marburger Schule, grundsätzlich zu klären, für wen der Therapeut Partei ergreift. Ergreift er „Partei für die Abwehrseite, für die Seite der Wunschrepression, verschafft er dem Individuum nur eine optimale Machtkontrolle über seine Antriebe und seine individuellen Bedürfnisse, **oder** stellt er sich auf die Seite der... Wünsche und zwar nicht mit der unverbindlichen Rede von einem Stückchen..., **sondern ganz und entschieden**“. „Das bedeutet Besinnung auf das, was der Einzelne für sich braucht, was er wünscht und für sich einholen kann“. Es geht um die Analyse des Möglichen, statt Belehrung über das, was nicht möglich ist, analog einer verbreiteten Beamtenhaltung“ „Wie kann ich Ihnen hinderlich sein“. Die Rückführung der Suchtkranken auf seine ureigensten Wünsche und Bedürfnisse ist nur möglich, wenn das „individuell Besondere“, das, was ihm die eigene Färbung gibt, im Gruppenprozess nicht abgeschliffen wird. „Gefahr droht vom Konformitätsdruck in Gruppen“ und von der unreflektierten „konzeptabhängigen Wahrnehmungsweise“ des Therapeuten.

POHLEN empfiehlt für die analytisch orientierte Gruppenpsychotherapie eine Interventionstechnik, die die Spanne zwischen dem Einzelnen und der Gruppe offen hält, die Bedeutung eines Vorganges für den Einzelnen und die Gruppe klärt – und eine Synthese des Individuellen und Kollektiven versucht.

Therapeutische Haltungen

Im Hinblick auf die letzten Ausführungen ist zu hoffen, dass der Suchttherapeut ein unverkrampftes Verhältnis zu seinen eigenen Wünschen und Bedürfnissen hat. Er wird dann seinen Patienten gut die Ersatzfunktion des Alkohols klar machen können.

Im Folgenden sollen einige wichtige therapeutische Tugenden genannt werden:

Der Therapeut muss bereit sein, sich langfristig mit den Abhängigen einzulassen.

- „Kein Erfolgszwang! ... Bereits ein schnell offenbar gemachter Rückfall kann bereits ein Therapieerfolg sein. Die sich festigende Beziehung zum Patienten ist bereits die Bestätigung für unser Handeln“ (Dudek 1984).

Also: 1. Kontakt herstellen, 2. Kontakt herstellen, 3. Kontakt herstellen.

- Er soll mit Prognosen vorsichtig sein. Es gibt bis heute keine (kaum) wissenschaftlich begründete Kriterien, die im Einzelfall eine zuverlässige Vorhersage des Behandlungserfolges zulassen. Negative Prognosen beinhalten die Gefahr einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung und sind oft Ausdruck einer negativen Gegenübertragung (Wahlstab 1988).
- Er muss in den Anfangsphasen der Therapie bereit sein, über den bei Neurotiker gewohnten Rahmen hinaus, Verantwortung zu übernehmen, Ratschläge, Unterstützung zu geben, sich auch einmal ausnutzen zu lassen.
- Sollte aber auch bald und früher als gewöhnlich Mitarbeit und Selbsthilfeaktivitäten erwarten.
- Er braucht gute persönliche Kontakte zu Kooperationspartnern in flankierenden medizinischen Einrichtungen und in staatlichen Institutionen.
- Die ambulante / tagesklinische Psychotherapie von Suchtkranken setzt von therapeutischer Seite die Bereitschaft voraus, sich ohne den Schutz von Klinikmauern mit den Patienten einzulassen. Gefordert sind Flexibilität, die Fähigkeit, Konflikte bis zum Ende auszutragen, Grenzen zu setzen und die Hilfen an den **tatsächlichen Bedürfnissen** der Klienten auszurichten und nicht nach dem Motto, das Gunter Schmidt zitiert: “Hier bekommst Du nicht, was Du willst, sondern, was Du brauchst“.

Die ambulante / tagesklinische Psychotherapie steht im Gegensatz zu einer überfürsorglichen, bevormundenden und unterfordern den therapeutischen Einstellung, ist für etwa 70 % der Alkoholkranken geeignet und vermag es in besonderer Weise Autonomie, Selbstachtung, Stabilität sowie Kontakt- und Bindungsfähigkeit zu fördern.

All das wirkt auf den Therapeuten zurück, der in dieser nach außen durchlässigen Therapie-situation eine sehr befriedigende Arbeit finden kann.

4. Rückfall

Nach **Marlatt** u. a. gehört der Rückfall zur Suchterkrankung.

D. B. Hore 70 % derer, die sich um Abstinenz bemühen, haben im ersten Jahr einen Rückfall. Ein Rückfall bedeutet **nicht**, dass alles verloren ist, dass der Betroffene wieder von vorn beginnen muss, sondern bedeutet bei motivierten Patienten eine vorübergehende Unterbrechung der Abstinenz mit mehr oder weniger negativen Konsequenzen. Mag sein, dass der Betroffene im Rückfall jemanden Sorgen gemacht oder danach auch etwas wieder gut zu machen hat, er braucht aber wegen des Rückfalls selbst kein schlechtes Gewissen zu haben.

Wichtiger ist vielmehr, den Rückfall schnell zu unterbrechen, zurück in die ambulante Gruppe zu gehen, oder andere Schritte zur Überwindung zu unternehmen. Nach 8 - 14tägiger Regenerierung setzt sich die bereits begonnene positive Entwicklung fort.

Nach Marlatt ist das schlechte Gewissen eine schlechte Voraussetzung zur Problembewältigung.

In manchen Behandlungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen regiert ein großer „Abstinenzverletzungseffekt“: Es werden Scham, Schuld, das Gefühl persönlichen Versagens mobilisiert und verkündet, er müsse nun wieder von vorn beginnen. Ein Abbau des „Abstinenzverletzungseffektes“ bei Therapeuten und Patienten trägt viel zur Versachlichung der Situation bei, hilft die Situation zu managen und vermindert auf beiden Seiten Stress. Die frei werdende Energie fließt bei den Patienten in die Rückfallbewältigung, die Therapeuten könnten sich mehr um sich kümmern.

Manche Patienten brauchen den Rückfall auch, um sich endgültig vom Alkohol zu verabschieden oder um einzusehen, dass sie wirklich nicht kontrolliert mit Alkohol umgehen können. **Man säuft sich sozusagen der Heilung entgegen.**

Rückfälle werden auch durch Konfliktsituationen ausgelöst, oft ganz spezifische. Wenn in der Psychoanalyse der Traum die via regia zum Unterbewussten ist, so ist es in der Suchtkrankentherapie der Rückfall. Es lohnt sich, inneren und äußeren Auslösern nachzugehen, oder auch psychodynamisch das Bedingungsgefüge auszuloten.

Ein Glück, dass es Rückfälle gibt. In der Gruppe bietet der Rückfall eines Mitgliedes Anlass, über Auslöser, auch bei anderen Gruppenmitgliedern zu sprechen.

Ein wichtiges Gruppenthema ergibt sich, wenn die Gruppe der Tatsache ausweicht, dass jemand einen Rückfall hat – man riecht die Fahne, aber keiner spricht darüber.

Was steckt dahinter? Selbstschutz (es könnte einem ja selbst so gehen), den anderen nicht verpfeifen wollen (wie in der Schule), Aggressionshemmung, jemanden nicht in Ver-

legenheit bringen wollen, vor allem Bequemlichkeit. Oft auch Abwehr der Psychodynamik, die zu einem Rückfall führen könnte.

Alles in allem bei richtiger Handhabung: einer hatte einen Rückfall und alle haben etwas davon. Oder wie ein Mitglied der AA, den ich gut kenne sagt: „Jedes Mal, wenn ich in die Gruppe gehe, treffe ich einen, der mir zeigt, wie ich es nicht machen sollte“.

5. Gruppendynamik in Gruppen mit Suchtkranken

Das Verständnis der gleichermaßen Betroffenen ist die Atomkraft in der Behandlung von Suchtkranken, sie ist durch nichts zu ersetzen. Unser therapeutisches Wissen ist **zusätzlich** und wir sind gut beraten, das Potenzial der Betroffenen zu nutzen:

- Eine kanadische Studie von 1978 über fast 2000 behandelte Alkoholiker ergab: Das Behandlungsergebnis hing vor allem ab von den Faktoren „Gruppentherapie“ und „Länge der Behandlung“.
- BATTEGAY, ein international führender Gruppenpsychotherapeut und „Suchtfachmann“ schrieb 1973: „Die Verstärkerwirkung der Gruppe auf die Gefühle hilft mit, die Abwehrhaltung der Patienten zu durchbrechen und sie gefühlsmäßig zu ergreifen. Die Gruppe der gleichermaßen Betroffenen vermittelt... Geborgenheit und...Halt. Mittels der Gruppenpsychotherapie ist es auch möglich... Einsichten in die komplexen Bedingungen des Trinkens zu vermitteln und die Patienten in einem sozialen Lernprozess mit einzubeziehen“.
- Seit 1935 erbrachten die „Anonymen Alkoholiker“ den Beweis, dass es sich bei der Alkoholabhängigkeit um eine Krankheit mit guten Behandlungsergebnissen handelt. Ihr Erfolgsgeheimnis: regelmäßige wöchentlich stattfindende Kleingruppensitzungen.
- Die Abstinenzbewegung in Deutschland nach 1837 brachte in kurzer Zeit 1000 Abstinenzvereine mit 1,5 Millionen Mitgliedern auf die Beine. Auch hier bewirkte der Zusammenschluss von Abstinenzwilligen – als Gruppenbildung eine positive Entwicklung.

Die Ausbildung der professionellen oder ehrenamtlichen Gruppenleiter ist unterschiedlich. Oft fehlt es an theoretischen Kenntnissen oder an Gruppenselbsterfahrung. So ist man dann den Gefahren einer negativen Gruppenentwicklung ausgesetzt, oft trägt die Last der Situation derjenige, der durch den „**Gruppenleiter ohne Führerschein**“ oder eine orientierungslose Meute ausgegrenzt wird. Glücklicherweise regelt sich in Selbsthilfegruppen oder „**professionell unprofessionell**“ geleiteten Gruppen vieles durch gesunden Menschenverstand und die natürliche Reorganisationstendenz von Gruppen. Es geht aber

auch manches schief. Es kann heute nicht meine Absicht sein, mehr als einen Abriss über Gruppengesetzmäßigkeiten zu geben. Ein guter Einstieg in das Thema sind die drei Bände von BATTEGAY: „Der Mensch in der Gruppe“, verlegt im Huber – Verlag. Hier kann man lernen, wie es aussieht, wenn die Gruppe, ein „hochorganisiertes soziales Gebilde von gefühls- und verstandesmäßig verbundenen Mitgliedern, von denen jedes eine bestimmte Funktion ausübt“, sich in eine Masse verwandelt, in der alle mit den „Wölfen heulen“, Sündenböcke gesucht, oder die Außenwelt der Gruppe als feindliche Front fantasiert werden.

BATTEGAY beschreibt die optimale Kleingruppengröße mit 8 – 12 Personen und das Arbeitsprinzip von Kleingruppen, die kein vorgefertigtes Lehrprogramm benötigen, weil sie mit den aktuellen Problemen und den spontanen Einfällen der Gruppenmitglieder arbeiten können. Dabei geht der Stoff nie aus.

Man kann auch lernen, wie ein **Konflikt aus dem realen Leben** sich in den **Beziehungen innerhalb der Gruppe** widerspiegelt, wie die **Gruppe zum Übungsfeld für die Aktionen draußen, werden kann**, wie die **direkte Klärung von Beziehungen zwischen Gruppenmitgliedern** oder **zwischen einem Gruppenmitglied und dem Gruppenleiter neue Beziehungs- und Lebensdimensionen draußen eröffnet**.

Wir sehen in der Gruppe, wie schwierig es ist, positive (sympathische) oder negative (aggressive) Gefühle auszudrücken, wie viele vor Aggressivität und Auseinandersetzung zurückschrecken, aus der irrationalen Angst heraus, durch Aggression alles zu zerstören; dass Aggression auch klare Luft und Nähe schafft, wird vorher übersehen.

BATTEGAY beschreibt auch sehr gut die Rangordnung in der Gruppe und die damit verbundenen Rollen.

Alpha – Position = Führungsposition, derjenige, der handelt, von sich spricht und die Gruppennorm repräsentiert.

Beta – Position = der Fachmann, dessen Äußerungen sich am meisten auf dem Boden der Realität befinden.

Gamma – Position = das Mitglied, der Mitläufer, auf Dauer eine schwache Position.

Omega – Position = der Prügelknabe, derjenige, der von allen abgelehnt wird, weil seine Reaktionen nicht zur Gruppe zugehörig erlebt werden. Zusätzlich dient der Prügelknabe als Projektionsfläche abgewehrter negativer Eigenschaften und Haltungen der übrigen Gruppenmitglieder. Man hält sich den Prügelknaben, um selbst besser dazustehen.

- Hier will ich etwas ausführlicher werden. – Verharrt ein Gruppenmitglied lange in der Omega - Position – so zeigten Untersuchungen von GEYER Leipzig – kann es zu kogni-

tiver Blockierung, psychotischem Verhalten – und Behandlungsabbruch kommen.

Hier hilft dann nur die sog. Omega – Rochade, d. h. der Gruppenleiter verbündet sich mit Omega und hindert die übrigen Gruppenmitglieder daran, ihren Müll weiter bei Omega, der sich ohnehin in einer schwachen Position befindet, abzuladen. Unter dem Schutz des Gruppenleiters, der nun vorübergehend selbst die Omega – Position aushalten muss – und da kann einem die Luft wegbleiben - kann der Prügelknabe aus seiner Position her auswachsen und andere positivere Positionen einnehmen.

Ich wollte Ihnen mit diesem Beispiel zeigen, welche fatalen Folgen es haben kann, wenn ein Gruppenleiter zu wenig über Gruppenprozesse weiß.

Noch eine Position: der Außenseiter, derjenige, den man wegen seiner von der Gruppennorm abweichenden Meinung nicht zum Prügelknaben machen konnte. Der Außenseiter ist Hindernis und Stimulus für die Gruppe. Alkoholiker müssen z. B. lernen, in „trinkenden Gruppen“ zur Erhaltung ihrer Abstinenz Außenseiterpositionen zu behaupten.

In einer gut funktionierenden Gruppe verharren die Mitglieder nicht ständig in der gleichen Position. Sie sollten lernen, verschiedene Positionen einzunehmen und auszuhalten.

Einige Bemerkungen zu Gruppe und Leiter:

Ein guter Gruppenleiter zeichnet sich durch:

- hohe Kontaktdichte zu anderen Menschen
- Halten an die Gruppennorm
- Repräsentanz des Gruppenziels und
- affektive Zuwendung der Gruppenmitglieder **aus**.

Ungeeignet ist ein Leiter, der ständig die Aufmerksamkeit auf sich zieht, die Gruppe mit seinen Aktionen monopolisiert und damit den Kontakt zwischen den Gruppenmitgliedern verhindert.

Allgemeine Wirkungen einer therapeutischen Gruppe:

- hohe Realitätsintensität, so hoch, dass sogar Wahnkranke teilweise der Wahnwelt entsteigen können (Battegay)
- Zunahme von Informationen
- Gefühl zwischenmenschlicher Nähe
- psychische Entlastung durch die „Universität des Leidens“ → Yalom , Schopenhauer,
- **die Angst vor den abschätzigen Urteilen anderer nimmt ab**

- im früheren Leben entstandene menschliche Beziehungsstörungen werden im Gruppenprozess sichtbar und können sich in Richtung auf reife zwischenmenschliche Kontakte entwickeln
- es wächst Verantwortungsbereitschaft
- die Gruppe fördert die Fähigkeit von Selbstbehauptung und Selbsthingabe und hat schließlich einen
- antidepressiven, d. h. antriebssteigernden und stimmungsaufhellenden Effekt
- durch den Gruppenprozess können lange angestaute Gefühle (Verstärkerwirkung der Gruppe auf die Gefühle) mobilisiert werden, z. B. Zorn. Man lässt es nun nicht mehr mit sich machen, lässt seinen Zorn los, (Katharsis), macht seinem Herzen Luft und macht einige neue Erfahrungen, z. B., man wird von den Anderen wegen des Zornausbruchs nicht verachtet, die Einfälle der Gruppenmitglieder helfen, das Erlebte in neuen Zusammenhängen zu dem zu sehen und die Beziehung zu dem, der einen so zornig machte, hellt sich gewöhnlich auf.
Eigentlich ist er doch ganz nett. –

So funktioniert Gruppenpsychotherapie, schwer vorzustellen, wie das ohne Gruppe einzeln funktionieren sollte.

Man kann bei BATTGAY auch lernen, wie man mit einer „emotionalen Überschwemmung in der Gruppe“ umgeht, oder mit „Abkapselung von der Außenwelt“, „Abspaltung von Aggressionen“.

Ich erwähne das alles, um auf die Wichtigkeit von Ausbildung i. S. von theoretischem Wissen und Selbsterfahrung hinzuweisen. Einfach rein stolpern, dazu ohne Supervision gestattet man nur den Pionieren – nicht den Nachfolgern.

Psychotherapeutische Techniken sind häufig der Therapie von sog. Neurotikern entlehnt. Dazu gehört die Regel, als Therapeut die Gruppe möglichst wenig zu strukturieren und anzuleiten. Das ist bei Suchtkranken nicht so ohne Weiteres richtig. Am Anfang, z. B. **in einer Entgiftungsgruppe** sind sie aufgrund ihrer mangelhaften psychotherapeutischen Motivation (ein durchschnittlicher Mensch ist nicht auf Psychotherapie eingestellt) und ihrer hirnorganischen Funktionsbeeinträchtigung nicht in der Lage, komplizierte psychodynamische Zusammenhänge zu begreifen. Hier geht es erst einmal um Entlastung durch die Gruppe, Unterstützung durch den Gruppenleiter, explorative Kontaktaufnahme, erste Krankheitseinsicht, Erleichterung von Entzugerscheinungen durch die Ermunterung derer, die schon ein

paar Tage weiter sind. Von therapeutischer Seite muss hier viel angeschoben, angeleitet, strukturiert werden, um den Gruppenprozess in Gang zu halten. Solche Gruppen sind anstrengend, besonders, wenn sich der Gruppenleiter zu viel vornimmt und gleich die Beziehungskisten und das soziale Umfeld umkrepeln und die Biografie aufrollen will.

Nach etwa 14 Tagen, **in der Tagesklinik** während der sechswöchigen tagesklinischen Behandlung geht es schon intensiver um die Vorgeschichte, die Auswirkungen der Suchterkrankung, vertieftes Krankheitsverständnis, Abstinenzmotivation, Rückfallprävention, familiäre Probleme, Arbeitssituation, aber auch um die Aufklärung depressiver oder phobischer Störungen.

In der **Nachsorge**, die einen Horizont von 1 – 2 Jahren hat, erlebt man dann wieder selbstbewusste, aktiv gestaltende, zur Auseinandersetzung bereite und ihren Bedürfnissen nachgehende Mitglieder. Hier kann der Gruppenleiter locker lassen und die Regel einhalten, möglichst wenig zu strukturieren.

Die an sich richtige Regel, als Gruppentherapeut möglichst wenig zu strukturieren, um die Gruppenmitglieder in ihrer Aktivität nicht zu behindern, sollte uns nicht den Blick vor der Tatsache verstellen, dass der Leiter die Gruppe immer strukturiert: nonverbal, durch das, was er übergeht, was er aufgreift oder aufgreifen lässt, durch sein Schweigen. Der Leiter, als neutraler Beobachter eines sich allein aus der Gruppe entwickelnden Prozesses, ist, wie der Psychoanalytiker Manfred POHLEN in seinem Buch „Das Ende einer Deutungsmacht“ beschreibt, eine Fiktion, die die immer präsente Definitionsmacht des Gruppenleiters verschleiert.

Mit dieser Fiktion wird die Frage des ethischen Umgangs mit therapeutischer Macht und die Möglichkeit der Gruppenmitglieder, sich damit auseinander zu setzen ausgeblendet – ein perfides Spiel der Täuschung und Entmündigung.

Die Verschleierung des Machtfaktors kann man nicht nur bei Therapeuten beobachten, sondern auch bei therapeutischen Institutionen im Ganzen und bei Kostenträgern für Therapie. Wir sollten wachsam sein, damit uns diese unreflektierte Machtausübung und das damit verbundene Unrecht nicht unterläuft. Der vor uns sitzende Suchtkranke - das sind wir selbst, will sagen, dass wir nicht weit von ihm entfernt sind und nur etwas günstigeren Umständen – genetisch, biographisch, salutogenetisch, – zu verdanken haben, dass wir auf der anderen Seite des Schreibtisches sitzen.

Bei allen therapeutischen Reflexionen innerhalb der Gruppentherapie sollten wir nicht vergessen, dass Psychotherapie bei Suchtkranken ziemlich wirkungslos ist, solange die Diag-

nose der Abhängigkeit nicht klar ist, und so lange keine Suchtmittelfreiheit besteht. Anders ausgedrückt: solange das Suchtverhalten weiter besteht, ist niemand in der Lage, den Spannungsbogen aufzubauen und auszuhalten, den er braucht, um seine persönlichen Probleme zu lösen und Einstellungen zu ändern. Ich sage das deshalb, weil sich immer wieder Psychotherapeuten an Suchtkranken bedienen, ohne ihnen die ersten suchttherapeutischen Schritte, wie Krankheitseinsicht („Ich bin abhängig“) und Abstinenznotwendigkeit ermöglicht zu haben.

Die Sucht selbst ist nach meiner Überzeugung psychodynamisch nicht weiter aufzuklären. Sie ist ein biologisches Phänomen, nämlich Kontrollminderung im Umgang mit dem Suchtstoff. Grundlage dafür sind durch das Suchtmittel angestoßene automatisch ablaufende cerebrale Prozesse, welche sich bei prädisponierten Menschen nach genügend langer Expositionszeit und ausreichender Menge des Suchtmittels einstellen können.

Psychodynamik spielt allerdings eine Rolle in der langen Trainingsphase im Vorfeld des Sucht, bei den Schwierigkeiten, die Krankheit zu akzeptieren, weiterhin bei der Bewältigung der suchtbedingten somatischen und psychosozialen Probleme und bei der Rückfallproblematik.