

Therapieverläufe bei polyvalent abhängigen Patienten in stationärer Psychotherapie

Zur Dynamik von Dissozialität in der therapeutischen Beziehung
Sebastian Leikert, Anette Brock und Joachim Dörner

Zusammenfassung: *Persönlichkeitsorganisation und Therapieprozess bei polyvalenten abhängigen Patienten werden anhand einer vergleichenden Analyse von 15 Einzelverläufen untersucht. Dabei wird Dissozialität als vorherrschender klinischer Zug herausgearbeitet und genetisch mit einer genau umschriebenen traumatischen Erfahrung sowie einer daraus resultierenden Externalisierung von Über-Ichanteilen zusammengebracht. Im Therapieprozess entfaltet die Dissozialität zunächst eine destruktive Dynamik, die zu einem Scheitern der therapeutischen Beziehung führt. Kann die Therapie danach jedoch wieder aufgegriffen werden, so ist es dem Patienten jetzt möglich, sich einen Therapieprozess einzulassen, bei dem es um neue Identifizierungen und die Integration von Über-Ichanteilen geht. Gegen Ende der Therapie besteht die Gefahr, dass der Patient den Therapieerfolg wieder zerstört, wenn nicht auf besondere Schwierigkeiten beim Trennungsprozess geachtet wird.*

Drogenabhängige Patienten gehören nicht zum klassischen Klientel der Psychoanalyse. Auch in den psychoanalytischen geführten Kliniken gilt Sucht, zumal Drogenabhängigkeit als Kontraindikation für die Behandlung. Umgekehrt stehen die meisten stationären Einrichtungen für drogenabhängige Patienten der Psychoanalyse reserviert gegenüber und orientieren sich an Konzepten, die aus den direkten klinischen Erfahrungen mit diesem Klientel gewonnen wurden und sich meist keiner theoretischen Schule verpflichtet fühlen.

Wir berichten von Therapieverläufen in einer noch jungen stationären Einrichtung für drogenabhängige Patienten, die in ihrer Arbeit psychoanalytischen Gedankgut verpflichtet ist und sich bemüht, ihre Behandlungstechnik psychoanalytisch auszurichten. Der Akzent liegt im Unterschied zu anderen Einrichtungen für drogenabhängige Patienten weniger auf der strikten Befolgung der Klinikregel, vielmehr steht das Verständnis des Konfliktes, der durch die Forderung nach Regelbefolgung beim Patienten ausgelöst wird, im Zentrum der therapeutischen Zusammenarbeit. Die Verarbeitung dieses Konfliktes – auch dies ein Unterschied zu anderen Einrichtungen- soll dabei hauptsächlich in der Einzelpsychotherapie erfolgen. Zwar werden die Patienten auch in Gruppen-, Gestalt- und Arbeitstherapie behandelt, das Zentrum der Verarbeitung liegt aber, wie seit den Anfängen der stationären psychoanalytischen Behandlung (Simmel 1928), in der Beziehung zum Einzeltherapeuten. Die vorgestellte Studie ist Teil der Bemühungen, eine psychoanalytisch fundierte Behandlungstechnik für drogenabhängige Patienten zu entwickeln. Dabei wird nach dem Konflikt und den typischen Etappen des Therapieverlaufs bei polyvalenten abhängigen Patienten gefragt.

Wir fanden einen Therapieprozess, der sich bei Personen wiederfindet, die abgesehen von dem gemeinsamen Problem der Drogenabhängigkeit, durchaus betrogen sind. Die Persönlichkeitsorganisation von polyvalenten Abhängigen ist noch nicht gut erforscht, es lässt sich jedoch eine bestimmte Konstellation aufzeigen – insbesondere die Externalisierung von Über-Ichanteilen-, die bei allen Patienten wiederkehrt und in der Therapie eine zunächst entmutigende Destruktivität entfaltet, die jedes psychische Wachstum zu verhindern scheint.

Stichprobe und Methodik der Untersuchung

Die Stichprobe bestand aus 15 Patienten, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden. Die Patienten waren sozial zumeist wenig integriert, hatten kaum tragfähige Partnerschaften oder intakte Familienbezüge. Sie hatten nur selten abgeschlossene Ausbildungen und in der Regel keine feste berufliche Orientierung. Die meisten Patienten waren mehrfach straffällig geworden, viele suchten die Behandlung im Rahmen der Möglichkeit, nach § 35 des Betäubungsmittelgesetzes, einen Teil der Strafe durch eine stationäre Psychotherapie abzugelten. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 29,7 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 37,9 Wochen. Das Verhältnis von 13 Männern zu 2 Frauen ist in etwa repräsentativ für diese Patientengruppe. Diagnostisch spielt Substanzmissbrauch eine wesentliche Rolle, wobei die Patienten in aller Regel polyvalent abhängig sind, d.h. neben einer Abhängigkeit von illegalen Drogen besteht meist auch massiver Alkoholmissbrauch. Bei den illegalen Drogen werden gelegentlich synthetische Drogen und Halluzinogene konsumiert, v.a. beherrschen aber Kokain und Opiate das Bild, meist besteht eine langjährige und schere Heroinabhängigkeit (ICD-10 F 10, F 199: Die Persönlichkeitsorganisation weist in der Regel Züge des Borderlinesyndroms auf. Durch die Neigung, Konfliktspannung gewalttätig auszuagieren und die Häufigkeit krimineller und illegaler Lebenssituationen liegt der Akzent diagnostisch jedoch eher auf der dissozialen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 960.2).

In der Fachklinik Bussmannshof (Bochum) leben die Patienten in Wohneinheiten von 8 bis 10 Patienten zusammen, die einzels psychotherapeutischen Gespräche finden dreimal wöchentlich statt. Jedes Haus hat gemeinsam Gruppentherapie, die Gestaltungstherapie wird je nach Indikation angeboten. Die Arbeitstherapie betrifft Tätigkeiten in der Klinik selbst, umfasst aber auch Projekte wie eine eigene Schreinerei und Gemüse zucht der Klinik. Ein Plenum bietet den Patienten und dem Team die Möglichkeit, Probleme der Gesamtgruppe gemeinsam zu besprechen. Das behandelnde Team setzt sich aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammen, die Psychotherapie wird von Angehörigen psychosozialer Berufe geleistet, eine eigene psychoanalytische Weiterbildung und externe Supervisionen werden angeboten.

Die Studie übernimmt eine Methodik, die an der Klinik Wittgenstein zusammen mit W. Ruff zur Erforschung psychotherapeutischer Prozesse entwickelt wurde und passt sie an die hier gegebenen Möglichkeiten der wissenschaftlichen Zusammenarbeit an (Ruff, Leikert 1999). Sie stützt sich auf drei Datenquellen: zunächst wurden Abschlussinterviews mit den Patienten geführt. Dieses Interview lag dem behandelnden Team vor, in einer zweistündigen Gruppendiskussion wurden zusätzlich der Bericht des Einzels psychotherapeuten und Ergänzungen durch das behandelnde Team erfragt. Es zeigte sich, dass diese Datenquellen jeweils verschiedene Aspekte des Patienten akzentuierten: der Patient stellte sich regelmäßig recht autonom dar, der Einzels psychotherapeut berichtete von relativ beziehungs fähigen und eher abhängigen Seiten des Patienten, das Team fügte schließlich die verbliebenen dissozialen Seiten, aber auch therapiebewirkte Verhaltensänderungen hinzu. In der Diskussion wurde ein möglichst integriertes Bild des Patienten sowie der Therapieentwicklung erarbeitet.

Nach dieser Sitzung wurde die Entwicklung der Therapie von den Autoren auf charakteristische Züge verdichtet und mit den bisherigen Verläufen verglichen. Nach und nach konnte ein idealtypischer Verlauf beschrieben und von anderen Verläufen abgegrenzt werden (Wachholz z. Stuhr 1999). Das methodische Vorgehen beruht also auf denselben, allerdings systematisch angewandten Erkenntnisweisen, die in der klinischen Arbeit, insbesondere auch in der stationären Arbeit, entwickelt wurden. Der Grundgedanke beruht darauf, dass ein komplexer Erkenntnisprozess, der verschiedene Aspekte (Teilübertragungen) integrieren und verarbeiten muss, nicht standardisiert werden kann. Durch diesen Verzicht auf ein standardisiertes Vorgehen unterscheidet sich unser methodischer Ansatz nicht nur von den statistischen Verfahren, sondern auch von den qualitativen Methoden, die auf dem Hintergrund vorab festgelegter Kategorien zu wissenschaftlichen Aussagen kommen.

Wie aber legitimiert sich der Geltungsanspruch einer Aussage, die sich auf keine standardisierbare Methodik stützen kann? Wir glauben, dass die Validität unserer Aussagen durch den *systematischen Einsatz triangulierender Momente im Erkennungsprozess* gewährleistet wird. Der Patient wird jeweils in einer dyadischen Beziehung – Patient/Interviewer, Patient/Einzels psychotherapeut etc. – wahrgenommen. Innerhalb dieser Dyade ergibt sich ein Bedeutungskonsens bezüglich des Patienten. Jeder dieser Aspekte muss sich nun in der Gesamtdiskussion eine Relativierung gefallen lassen, der dyadische Bedeutungskonsens wird durch den je neuen Aspekt trianguliert, seine Festlegung wird überschritten. Dieser triangulierende oder dialektische Prozess spielt sich auch weiterhin ab, wenn der Konsens, der sich zwischen der Gesamtgruppe und diesem besonderen Einzelfall hergestellt hat, in der nachfolgenden Diskussion systematisch relativiert wird. Wir glauben, dass sich die Aussagen dadurch der klinischen Realität annähern, dass dieser Prozess der permanenten Triangulierung eines bereits erarbeiteten Bedeutungskonsens über eine ausreichende Anzahl von Einzelfällen konsequent aufrechterhalten wird. Ausreichend ist die Fallzahl dann, wenn neue Einzelfälle bezüglich der Fragestellung der Untersuchung keine wesentlichen Aspekte mehr erbringen. Eine ausführliche Darstellung dieser erkenntnistheoretischen Überlegungen findet sich an anderer Stelle (Leikert u. Ruff 1994; Ruff u. Leikert 1999).

Das Konfliktgeschehen bei polyvalenten abhängigen Patienten- ein Bruch in der Legitimität der Vaterfigur

Bei polyvalenten abhängigen Patienten ist, im Gegensatz zu alkoholabhängigen Patienten, nicht die Sucht, sondern die Dissozialität der wesentliche Grundzug der Persönlichkeitsorganisation. Dabei steht eine destruktiv gefärbte Oppositionshaltung im Vordergrund, so wird die Droge als Suchtmittel nicht gewählt, obwohl sie illegal ist, sondern weil sie illegal ist. Auch bei der narzisstischen oder der Borderlinepersönlichkeit finden sich extreme Selbstbezogenheit, gering ausgeprägte Fähigkeit, Schuldgefühle zu empfinden sowie manipulative und ausbeuterische Beziehungsgestaltung. Bei der dissozialen Persönlichkeitsorganisation wird es jedoch zum zentralen Inhalt des Ich-Ideals, sich zusätzlich demonstrativ außerhalb der bürgerlichen Gesellschaft zu stellen. Dabei werden auch ganz basale Werte wie Gewaltverzicht und die Vertrauenswürdigkeit des gegebenen Worts außer Funktion gesetzt, wenn das oberste Ziel – der Besitz der Droge – es gebietet. Diese beiden Züge – die demonstrativ und destruktive Opposition sowie der letztlich manische Mechanismus der Verfügung über das

omnipotente Objekt Droge – regieren das gesamte Abwehrgeschehen. Sich außerhalb der Norm zu stellen, hat auch keinen kritisch emanzipatorischen Charakter, es geht nicht darum, revolutionär einen neuen Wert zu propagieren. Die Freiheit des Dissozialen bleibt aus genau angebbaren Gründen von jeder Wertbejahung ausgeschlossen (s. unten).

Die Dissozialität bezieht sich auch nicht allein auf den Bereich der Beschaffungskriminalität, die ja im Zusammenhang mit dem Suchtverhalten steht. Vielmehr ist die Droge oft nur Mittel zum Zweck der Provokation des väterlichen Gesetzes. Aber auch in anderen Bereichen der Beziehungsgestaltung, v.a. in Partnerschaften, reagieren dissoziale Personen überstark auf jede Form der Festlegung oder Norm. In der stationären Psychotherapie noch in den vielfältigen anderen Beziehungen – medizinische Behandlung, Beziehung zu Mitpatienten, Zusammenarbeit mit der Verwaltung der Klinik etc. – möglich. Zunächst beherrschen Heimlichkeiten, Misstrauen, Täuschungsmanöver und der Versuch, gegen das Setting und die Institution zu agieren, das Bild. Immer wieder muss das behandelnde Team durch intensive und teils invasive Kontrollen und Befragungen sicherstellen, dass die Regeln nicht allzu sehr umgangen werden. Es besteht immer die Gefahr, dass sich eine Subkultur in der Gruppe der Mitpatienten herausbildet, die dem „Szeneverhalten“ entspricht, d.h. einem von der Sucht diktierten Verhalten oder einer, teils durch Gewaltandrohung erzwungenen, malignen Solidarität gegen das Behandlungsteam. Dieses Vorherrschen antisozialer Tendenzen scheint eine psychoanalytische Behandlung, die ja auf gegenseitigem Vertrauen beruht, zunächst auszuschließen (Kernberg 1990, S. 139; Winnicott 1956).

Auch unserer Beobachtung nach zerstören drogenabhängige Patienten das psychoanalytische Behandlungssetting. Versteht man jedoch den Sinn dieser Zerstörung und ermöglicht der therapeutischen Beziehung, diese Zerstörung zu überleben, so lässt sich danach, quasi aus der Asche des vorangegangenen Abschnitts, eine sinnvolle Zusammenarbeit aufbauen. Jetzt erst zeigen die Patienten offener den Wunsch nach einer förderlichen Beziehung und können psychotherapeutische Hilfe annehmen. Wir unterscheiden also zwei Aspekte: zum einen die destruktive Dynamik des Anfangs und dann die Beziehungsaufnahme nach der Beziehungskatastrophe, die von starken Wünschen nach Versorgung, Schutz und Wiedergutmachung geprägt ist.

Die zentrale Klippe in der Behandlung dissozialer Patienten ist das Verständnis der destruktiven Dynamik der Anfangsphase. Der Patient versucht durch sein destruktives Agieren eine erlittene Traumatisierung umzukehren. Er wendet sich an den Therapeuten, der die Regeln vertritt, jedoch nicht um ihn anzuerkennen, sondern um ihn in einer charakteristischen Wendung zu zerstören: Das Gesetz wird herausgefordert und so lange provoziert, bis es in irgendeinem Punkt als korrupt und sadistisch erlebt wird. Damit kann es abgelehnt werden, was dem Subjekt seine alte Freiheit zu genießen und dem Faustrecht zu folgen wiedergibt. Wir sehen hier den Prozess der Externalisierung des Über-Ichs gestützt auf die unverhältnismäßige Ausnutzung einer Lücke im Regelwerk.

Hierin liegt die Wiederholung einer bestimmten genetischen Erfahrung. Dissoziale Patienten waren in ihrer Kindheit in der Regel massiver erzieherischer Aggression seitens des Vaters ausgesetzt, traumatisch wurde diese Erfahrung aber erst in einem umschriebenen Augenblick, nämlich genau dann, wenn der Vater seine Legitimation einbüßte. Wir beobachten zwei typische Konstellationen: Entweder zeigte der Vater einen massiven Bruch in seinem eigenen Verhältnis zum Gesetz, indem er einerseits in der Öffentlichkeit, etwa als Polizist, Repräsentant des Gesetzes war, sich privat aber keineswegs an diese Normen gebunden sah. Oder das dissoziale Verhalten trat auf, nachdem der Patient erfahren hatte, dass der Vater nicht sein leiblicher Vater war. Das dissoziale Verhalten trat jeweils auf, nachdem der reale und der symbolische, d.h. gesetzvertretende Vater dissoziiert wurden.

Der Patient erlebt in diesem Augenblick eine schreckliche Freiheit. Aus der subjektiv erfahrenen Ungerechtigkeit der väterlichen Aggression leitet er das Recht ab, nun Selbst das Gesetz zu hintergehen. Er muss diesen Akt aber verbergen, da die vom Vater hintergangene Norm offiziell weiterbesteht und der Vater auch weiterhin gefürchtet wird. Die eigentlich gerechte Rebellion wird damit selbst ungerecht. Die Freiheit und Dissozialen ist ausweglos, da sie sich nicht wieder mit einem gerechten Wert oder Gesetz verbinden kann, sie ist Freiheit zur Destruktion, aber nicht zu einem besseren Gesetz.

Dies führt zur Frage der Über-Ichbildung. Rauchfleisch beschreibt das Über-Ich des Delinquenten als ein „aus archaischen Verboten hervorgegangenes, mit aggressiven Energien gespeistes Gewissen“ (Rauchfleisch 1982). Nach unserem Material ist das Über-Ich dissozialer Patienten aber nicht einfach primitiv, sondern beruht auf einem Bruch in der Legitimität des Vaters. Auch Lobos-Wild beschreibt zwar in den von ihm vorgelegten Kasuistiken sowohl die destruktive Krise der Therapie (zweite Kasuistik) als auch die Auslösung delinquenten Verhaltens, als der Patient von seiner Adoption erfährt (erste Kasuistik), greift aber in der theoretischen Diskussion nur den Mechanismus der Spaltung und die Bedeutsamkeit von Kränkungen auf (Lobos-Wild 1994).

Wir glauben, mit unserer Akzentuierung des Bruchs in der Über-Ichentwicklung die besonderen Schwierigkeiten dissozialer Patienten und insbesondere die Tendenz, Über-Ich-Anteile zu externalisieren, präziser beschreiben zu können.

Therapieverlauf

Wir schildern zunächst den typischen Verlauf einer Therapie, wie wir ihn bei 10 von 15 Patienten zeigen konnten, auf andere Entwicklungen gehen wir weiter unten ein.

Die destruktive Dynamik des Anfangs – Reinszenieren dissozialer Strategien

Der Beginn der Behandlung wird meist durch den Kampf um die Regeln der Klinik geprägt. Die Patienten erleben die Regeln als zu hart und reagieren mit unverhältnismäßiger und impulsiver Wut. Sie verlangen Sonderbehandlung und Ausnahmen für sich und suchen stets nach Lücken und Inkonsequenzen im Regelwerk. Mit kleinen oder größeren Verstößen gegen die Regeln provozieren sie das behandelnde Team und fordern Sanktionen heraus, deren Unwirksamkeit dann wiederum demonstriert wird. Neben diesem offenen Protest gegen die Klinikregeln kommt es zu einem Reinszenieren verdeckter dissozialer Strategien, wobei die Regeln der Klinik umgedeutet oder umgangen werden. Die relative Freiheit der Klinik wird genutzt, um gegenüber den Mitpatienten aufzutumpfen, sich eine Gefolgschaft zu sichern oder ganz aus dem Kontakt herauszuhalten. Die therapeutischen Gespräche sind thematisch nicht unbedingt belanglos, sie wirken jedoch unlebendig und finden eher im Sinne einer geforderten Anpassung statt. Die Patienten liefern „Therapeutenfutter“ ab, d.h. sie erzählen, um einen wirklichen Kontakt zu vermeiden, etwas, von dem sie annehmen, es würden den Therapeuten „ruhig stellen“.

Diese Schwierigkeiten der Zusammenarbeit betreffen alle Bereiche der stationären Behandlung. Der häufigste Fall der Zerstörung der psychotherapeutischen Beziehung war ein Rückfall in süchtiges Verhalten, der zur Entlassung führte. In einem Fall konsumierte ein Patient ein Restchen Kokain buchstäblich hinter dem Rücken des Therapeuten, der ihn in seine Wohnung begleitet hatte, um noch ein paar Sachen abzuholen. Ein anderer Patient reinszenierte seine Schwierigkeiten im Bereich der medizinischen Versorgung und desinformierte die Ärztin der Klinik so lange und gründlich, bis es zu einer lebensbedrohlichen Erkrankung kam, die eine Überweisung in eine somatische Klinik notwendig machte. Bei anderen Patienten konstatiert sich das Problem eher innerhalb der Gruppe der Mitpatienten, in den sexuellen Beziehungen mit gewaltgeladenen Eifersuchtsdramen inszeniert wurden.

So verschieden diese Inszenierungen auch waren, so endeten sie doch fast immer mit der Zerstörung der psychotherapeutischen Beziehung. An dieser Stelle des Behandlungsverlaufs ist auch die Gefahr des Patientensuizids am größten. Die Patienten, bei denen die Zerstörungsversuche sich innerhalb des Rahmens hielten, der von den Klinikregeln toleriert werden kann, hatten oft Vortherapien. Die erste Phase der Behandlung endet also regelmäßig mit einem destruktiven Triumph. Die Patienten suchen ihre Macht und Autonomie dadurch zu erhalten, dass sie das Gute, das die Therapie anbietet, aggressiv zerstören, um sich zu beweisen, dass sie nicht davon abhängig sind. Hierin liegt noch ein zweites Moment, das die destruktive Dynamik begründet: während der ersten Phase erleben die Patienten, auch wenn sie davon nicht erkennen lassen und erst später über diese Gefühle sprechen, eine Ambivalenz zwischen ihrem gewohnten Wunsch nach destruktiver Autonomie und dem Eingehen der vom Therapeuten abgebotenen Beziehung. Je stärker der Wunsch nach einer hilfreichen Beziehung wird, umso entschiedener muss er abgewehrt werden, da noch kein Kompromiss gefunden werden kann. Die Destruktion bietet also auch eine Lösung für die Ambivalenz, die der Patient hier noch nicht ertragen kann.

Für den Therapeuten ist die Anfangsphase eine „Durststrecke“. Auf der einen Seite bietet er dem Patienten die therapeutische Beziehung an, die auf einem verständnisvollen Besprechen der Lebensgeschichte und der aktuellen Schwierigkeiten beruht. Andererseits muss er versuchen, durch intensive Kontrollen sicherzustellen, dass die Klinikregeln nicht hintergangen werden. Er muss als von Beginn an ertragen, dass die gewohnte rein sprachliche Zusammenarbeit immer wieder durch ein handeln kontrollierendes Engagement für den Patienten ergänzt werden muss. Dieser permanente Rollenwechsel zwischen verstehenden und kontrollierenden Aspekten ist selbst schon schwierig auszubalancieren. Der Umstand, dass das alles nicht zu fruchten scheint und der Patient trotz bester Bemühungen des Therapeuten nicht von seinem destruktiven Agieren lässt, ist zusätzlich enttäuschend. Auch der Versuch, diese Gefühle der Enttäuschung und Hoffnungslosigkeit als Gegenübertragung im Sinne abgespaltener Selbstanteile des Patienten zu verstehen, ist zwar sachlich richtig, hilft aber in dieser Situation auch nicht weiter, da der Patient solche Deutungen so wenig annimmt wie andere Bemühungen auch.

Die einzige Hilfe für den Therapeuten in dieser Situation ist die Hoffnung darauf, dass dies die erste Phase der Therapie ist und die investierte Arbeit später ihre Wirkung zeigen wird.

Die innere Entscheidung für die Psychotherapie

Ein wesentlicher Punkt dieser Phase besteht darin, dass jetzt die Rückseite des destruktiven Triumphs, nämlich die selbstschädigende Konsequenz erlebt wird. Die Grenze der Selbstschädigung war z.B. mit der lebensbedrohlichen Erkrankung des Patienten verbunden, der zuvor die Ärztin desinformiert hatte. Es bedurfte aber der therapeutischen Beziehung, um dem Patienten zu ermöglichen, diese Vorgänge und seine eigene Beteiligung darin überhaupt zu erkennen. Ein anderes Beispiel für diese Grenze war die drohende Ausweisung eines Patienten in die Türkei, falls er noch einmal straffällig werden würde. Auch hier war es erst die durch die Therapie gewonnene Reflexionsmöglichkeit, die ihm erlaubte, seine Destruktivität zu begrenzen.

Die therapeutische Beziehung, die bisher fast völlig entwertet erschien, zeigt sich jetzt nachträglich in ihrer Wirksamkeit. Mit dem Erleben der selbstschädigenden Konsequenzen des bisherigen Lebensstils geht eine Art von Verschuldung einher. Der Patient spürt jetzt, dass er die therapeutische Beziehung beschädigt hat. Die Verbindlichkeit gegenüber dem Objekt, in der ersten Phase weitgehend geleugnet, wird jetzt als Verpflichtung zur Wiedergutmachung erlebt. Die Frage, die sich jetzt für den Patienten stellt und zuweilen auch von ihm ausgesprochen wird, lautet: „Wie kann ich der Klinik beweisen, dass doch etwas Gutes in mir steckt?“ Mit dem Schuldgefühl und dem Wunsch nach Wiedergutmachung nimmt der Patient die Externalisierung des Über-Ichs ein Stückweit zurück. Die therapeutische Beziehung wird jetzt nicht mehr als rein schädigend erlebt, die Regeln sind Teil des guten Objekts, an dem sich der Patient vergangen hat. Nach unserer Beobachtung geht die positive Wende der Therapie davon aus, dass die negativen Konsequenzen der Zerstörung der therapeutischen Beziehung verarbeitet werden.

Die erste Phase der Therapie dauert in der Regel etwa drei Monate, die Krise der Therapie, die den Eintritt in die eigentliche Psychotherapie erlaubt, wird oft nach einer disziplinarischen Entlassung außerhalb der Klinik bewältigt. Sie kann sich aber auch innerhalb der Einrichtung vollziehen, etwa in Situationen, in denen ein begrenzter Rückfall besprochen und quasi als äußerste Grenze dessen gekennzeichnet wird, was das therapeutische Team noch tolerieren kann.

Fördern der Ich-Entwicklung – Neue Identifizierungen

Im mittleren Abschnitt der stationären Psychotherapie gilt es, gleichzeitig drei Aspekte der Zusammenarbeit im Auge zu behalten, die unterschiedliche therapeutische Aufgaben mit sich bringen. Zum einen ist das destruktive Agieren weiter zu beobachten, dann kann erst jetzt wirklich mit dem Aufarbeiten der Biographie begonnen werden und schließlich gilt es, das Persönlichkeitswachstum im stationären Rahmen aktiv zu fördern.

Wiederauftauchen maligner Interaktionen

Der frühere Lebensstil ist mit dem Eintritt in die eigentliche Psychotherapie nicht weggewischt, es gilt, sich ihm gegenüber ebenso konsequent und auch kontrollierend zu verhalten wie bisher. Zusätzlich ist es jetzt möglich, zwei neue Aspekte einzubeziehen. Es kann nun besprochen werden, welche biographischen Erfahrungen in den Inszenierungen der Anfangsphase wiederholt wurden. Dadurch wird die zunächst ichtsytone Rebellion gegen die Klinikregeln nun als Revolte gegen erlebte Übergriffe deutlich, die in früheren Traumatisierungen wurzeln. Die pathogene Gleichsetzung von Regeln und Übergriff kann relativiert werden. Zum andern kann die Frage gestellt werden, von welchen aktuellen Konflikten im stationären Setting das alte Verhalten wieder ausgelöst wurde. Jetzt kann ein Einblick in das zuvor abgewehrte innere Erleben gewonnen werden, der Zusammenhang von charakteristischen Konflikten und dem Rückfall in manipulative Strategien kann besprochen werden.

Fördern von Ressourcen

Insbesondere der letzte Aspekt verbindet sich mit dem Konsolidieren von Fähigkeiten des Patienten. Die meisten Patienten haben sehr viele Abbrüche von Arbeitsverhältnissen hinter sich, es ist ihnen außerordentlich wichtig, in dem geschützten Rahmen der stationären Psychotherapie einmal eine Arbeit zu Ende bringen zu können. Dies betrifft hauptsächlich die Arbeitstherapie, die den Patienten die Möglichkeit gibt, sich zu engagieren. In dem Durchhalten solcher Arbeitsverhältnisse werden sie unterstützt, wenn sie in den einzelpsychotherapeutischen Gesprächen verstehen können, an welchen Stellen sie erneut dazu neigen, Verbindlichkeiten zu durchbrechen.

Neben dem Aspekt der Konsolidierung von Ich-Fähigkeiten ist psychodynamisch noch der Aspekt der Wiedergutmachung am Objekt Klinik wesentlich für die psychische Bedeutsamkeit, die diese Aktivitäten für die Patienten haben. Es ist dem Patienten oft wichtig, einen konkret sichtbaren Beitrag zur Instandhaltung der Klinik geleistet zu haben. Sie lösen damit quasi das Versprechen ein, das sie während der Anfangsphase und der Deklaration zur Therapie gegeben haben.

Neue Identifizierungen

Daneben scheint von Bedeutung zu sein, dass diese Arbeiten für das Selbst des Patienten eine strukturierende Funktion haben können. In erfolgreichen Therapieprozessen beobachteten wir regelmäßig, dass die Patienten hier relativ unabhängig von der konkreten Arbeit ein neues, handlungsbezogenes Selbstkonzept entwickeln. Das komplexe und oft unübersichtliche Feld der stationären Psychotherapie, das den Patienten Freiräume für eigene Entscheidungen lässt, wird hier genutzt, um in einer gewissen Einsamkeit oder einer nur losen Verbindung zum therapeutischen Team, eine Wahl zu treffen und sich mit neuen Idealen zu identifizieren. Diese Prozesse sind eher flüchtig und werden zuweilen übersehen, wir messen ihnen jedoch eine große Bedeutung zu, da zuvor kaum positive Identifizierungen anzutreffen waren.

Übergangsobjekte

In der mittleren Phase kristallisieren sich die Prozesse des psychischen Wachstums nicht allein in psychotherapeutischen Gesprächen, sondern in engem Zusammenhang mit äußeren Gegenständen und konkreten Tätigkeiten. In diesen Gegenständen und Tätigkeiten, die für den Patienten sowohl die Klinik als auch die eigene Aktivität repräsentieren, finden Objekt- und Selbstrepräsentanzen zusammen, zudem haben sie einen realitätsorientierten Aspekt. Sie unterstützen damit das psychische Wachstum und sichern die Erfolge auf einer präsymbolischen Ebene. Die analytisch orientierte Psychotherapie mit polyvalent abhängigen Patienten erkennt, dass das psychische Wachstum sich bei diesen Patienten nicht allein auf die Verbalisierung psychischer Inhalte stützen kann. Wir akzeptieren, dass es für diese Patienten unabdingbar ist, dem Wort quasi eine materielle Beglaubigung in Form eines Gegenstandes bzw. einer konkreten Tätigkeit zu geben; aus diesem Grund sind Arbeitsprojekte so bedeutsam für dies Patientengruppe.

Seitenwechsel

Gefördert durch die beschriebenen Prozesse kommt es in dieser Phase zu einem Seitenwechsel. Die Identifizierung des Patienten ist jetzt nicht mehr eine negative, gegen das Gesetz gerichtete, vielmehr macht sich der Patient jetzt selbst zum Anwalt des Gesetzes, tritt gegenüber Mitpatienten für Abstinenz von Drogen ein und verfiert auch in anderen Aspekten einen Standpunkt, der für die Psychotherapie einsteht. Das zuvor externalisierte Über-Ich wird jetzt stärker als zugehörig zur Person empfunden. Das Ausmaß und die Art dieses Seitenwechsels sind natürlich sehr unterschiedlich. Der Erfolg der Therapie hängt wesentlich von der Dauer dieser Phase ab, die ihr Ende fast immer durch eine Limitierung der Kostenzusage und nicht durch ihre eigene Entwicklung findet.

Reaktion auf den Entlassungstermin – Gefahr der Zerstörung des Therapieerfolgs

In dem Moment, in dem das Ende der Psychotherapie ins Erleben des Patienten tritt, ist immer mit einer starken Regression zu rechnen. Manipulative Strategien und die Gefahr eines Rückfalls in süchtiges Verhalten nehmen wieder sehr zu. Die unbewusste Konstellation ist einfach zu rekonstruieren: Der drohende Objektverlust wird abgewehrt, indem frühere Strategien der Sicherung des psychischen Gleichgewichts wieder aufgegriffen werden. Das Besprechen dieser Konstellation reicht oft nicht aus, um die Regression aufzulösen.

In einem Fall war die Therapeutin so erschöpft von den andauernden Entwertungen und der Zerstörung der bisherigen Arbeit, dass sie den Patienten einem anderen Therapeuten der Station anvertraute. Diese Notreaktion erwies sich dann jedoch als sehr klug, denn die Regression konnte in der neuen therapeutischen Beziehung recht schnell aufgelöst werden. Wir beobachteten dann ähnliche Konstellationen in anderen Therapieverläufen und kamen zu folgendem Bild: Die Patienten neigen in dieser Phase der Therapie dazu, die Erfolge der Therapie als Erfolge innerhalb der engen Beziehung zum Therapeuten zu erleben und sind verzweifelt, weil sie glauben, dass mit dem Verlust des Objekts auch die eigenen Erfolge nichtig werden. Bevor sie dies zulassen, betreiben sie lieber aktiv die Zerstörung des Therapieerfolgs. Es ist daher wichtig, ihnen während der Phase des Abschieds auch andere therapeutische Beziehungen zur Verfügung zu stellen, um ihnen erlebbar zu machen, dass

Selbstkonstanz auch bei einem Objektwechsel möglich ist und die Erfolge der Therapie nicht von der Anwesenheit des vertrauten Therapeuten abhängen.

Aus dieser Konstellation lässt sich eine Regel für den Umgang mit Trennungsprozessen bei polyvalenten abhängigen Patienten ableiten. Wir glauben nicht, dass diese Patienten einen abrupten Verlust des Therapeuten ohne Hilfe konstruktiv verarbeiten können. Wir gehen davon aus, dass sie nach wie vor nur wenig Zugang zu bloß sprachlichen Formen der psychischen Repräsentanz gaben, so dass der Trennungsprozess immer als ein allmähliches „Ausblenden“ des stützenden Objekts zu gestalten ist. Ein Patient hatte z.B. eine Klinikzeitung herausgegeben, was zunächst im Sinne eines Übergangobjekts bzw. einer neuen Identifizierung zu verstehen ist. In der Abschiedsphase bekam diese Zeitung eine Bedeutung für die Selbstkonstanz des Patienten, es wurde ihm zugestanden, die Zeitung auch nach der eigentlichen Behandlung noch weiter zu redigieren, sie vermittelte jetzt also einen weiteren Kontakt von Selbst und Objekt. Die Beziehung zum Objekt Klinik sollte niemals von einem auf den anderen Tag entzogen werden. Es hat sich als günstig erwiesen, sich vielfältige Formen zu überlegen, in denen der Patient zur Klinik zurückkehren kann, sei es in fortgesetzten ambulanten Gesprächen, sei es in Form einer weiten Arbeitstherapie in Zusammenhang mit der Klinik. Auch die Kontrolle der Abstinenz ist weiterzuführen. Es scheint günstig zu sein, dem Patienten möglichst weitgehend die Aktivität bei der Trennung zu überlassen.

Eine weitere charakteristische Reaktion auf die drohende Trennung ist Verliebtheit. Sind Therapeut und Patient in der Einzeltherapie ein gegengeschlechtliches Paar, so wird die Verliebtheit oft gegenüber der Therapeutin bzw. dem Therapeuten empfunden. In anderen Fällen sucht sich der Patient bzw. die Patientin eine andere Person des Teams oder der Mitpatientengruppe, zu der eine sexuelle Beziehung gesucht wird. Während Psychotherapeuten diese Konstellation erkennt und in ihrem beruflichen Selbstverständnis gefestigt sind, gelingt es den Patienten zuweilen, bei den nicht-therapeutischen Mitarbeitern der Klinik, erfolgreich zu sein. Solche Konstellationen können nicht toleriert werden und nehmen den Patienten die Möglichkeit, sich mit ihren Ängsten vor Objektverlust auseinander zusetzen. Psychodynamisch ist der Hintergrund einfach zu verstehen: Wieder wird der Erfolg der Therapie mit den konkreten Objekten zusammengebracht, nur dass diesmal nicht der Erfolg zerstört, sondern in Form einer gelebten privaten Beziehung in Besitz genommen werden soll. Dieser Versuch ist zwar verständlich, aber in der Regel zum Scheitern verurteilt, da die Beziehungen stets Züge aufweisen, die maligne Konstellationen der Ursprungsfamilie direkt wiederholen.

Übertragen neuer Konstellationen auf den Alltag

Wenn nach dem Akzeptieren der Entlassung die heftigsten Stürme überstanden sind, geht es darum, dem Patienten dabei zu helfen, indem ihn erwartenden Alltag möglichst unterstützende Konstellationen vorzubereiten. Es geht darum, eine Arbeitsstelle zu finden und eine Wohnung anzumieten. Optimal ist es, wenn das in der Therapie erworbene in irgendeiner Form in die Strukturierung des Alltags übernommen werden kann. Die Frage, welche Kontakte wiederaufgegriffen und welche vermieden werden sollen, werden besprochen. Auch die Form der Wiederbetreuung und die evtl. mögliche Vermittlung in eine andere Form der ambulanten Nachsorge bilden ein wichtiges Thema des Abschieds.

Nach dem Bearbeiten der Regressionsneigung gilt es jetzt also, den Patienten in seinen noch schwachen Ich-Fähigkeiten zu unterstützen. Die therapeutische Aktivität ist hier zumeist auf das Ich und auf prospektive Aspekte gerichtet. Daneben kann an vielen Details der zentralen Frage gearbeitet werden, wie der Patient sich vor dem Erleben der Trennung bspw. in der Gruppe der Mitpatienten oder in der therapeutischen Beziehung schützt. Auch der Umgang mit evtl. Rückfällen wird vorbesprochen, um illusorischen Erwartungen, die bei deren Enttäuschung eine erneute Regression auslösen, vorzubeugen.

Andere Entwicklungen

Die verbleibenden 5 Patienten lassen sich zwei Gruppen zuordnen, auf die wir, wegen der geringen Fallzahl, nur kurz eingehen können. Wir fanden 2 Patienten die über ein relativ intaktes System von Werten und Identifizierungen sowie über relativ intakte soziale Bezüge (Beruf, Partnerschaft) verfügten. Sie zeigten eine recht stabile Persönlichkeitsorganisation mit umschriebenen Konflikten, die meist die Vaterbeziehung bestrafen. In der ersten Phase unterschieden sie sich nicht grundsätzlich von den bereits beschriebenen Patienten. In der eigentlichen Therapie neigten diese Patienten dazu, schnell wieder die sozial akzeptierten Rollen und Fähigkeiten aufzugreifen und quasi unvermittelt in ihr früheres Leben zurückspringen zu wollen. Die therapeutische Aufgabe bestand hier weniger darin, eine noch diffuse Identitätsbildung zu fördern, vielmehr

gingen die Bemühungen dahin, den Bezug zum Konflikt möglichst gegen die bisher geübten Formen der Abwehr aufrecht zu erhalten.

Bei 3 Patienten kam die Therapieentwicklung nicht über die erste Phase hinaus, wobei diese sich aber anders gestaltete als bei der Hauptgruppe. Diese Patienten waren nicht offen renitent, neigten nicht dazu, impulsiv ihre Kränkungswut auszuagieren oder sich in komplizierten Beziehungskonstellationen mit Mitpatienten zu verstricken. Auf den ersten Blick waren sie angenehme Patienten, auf den zweiten Blick wirkten diese Patienten unlebendig und lösten Schuldgefühle aus, weil man geneigt ist, sie im turbulenten Klinikalltag zu übersehen und zu vernachlässigen. Oft wird dann der Versuch unternommen, ihnen durch attraktive Begleittherapien „Leben einzuhauchen“. Oft ist hier der Drogenkonsum quasi Lebensinhalt und wird durch eine massive Ideologisierung umbaut. Bei genauerem Hinsehen besitzt dieses System einen äußerst zwanghaften, manchmal bizarr-wahnhaften Charakter. Auf Grund der geringen Fallzahl kann kein typisierender Verlauf beschrieben werden, es scheint jedoch, dass der Drogenkonsum bzw. die Ideologisierung desselben, zur Abwehr psychotischen Erlebens verwendet wird. Diese Therapie kann hier lediglich eine geringfügige Flexibilisierung der Abwehr bewirken. Diese Therapien sind nicht sehr erfolgreich, es stellt sich die Frage, ob es für diese Patienten günstig ist, zusammen mit anderen, impulsiv aggressiven Patienten behandelt zu werden. Es könnte sein, dass diese Patienten von ihren aggressiven Mitpatienten sehr beängstigt sind und es ihnen in dieser Atmosphäre noch schwerer fällt, ihre Abwehr zu bearbeiten bzw. sich auf eine therapeutische Beziehung einzulassen.

Abschließende Bemerkungen

Die Therapie von drogenabhängigen Patienten erfordert es, sich nacheinander auf sehr verschiedene Konstellationen einzustellen. Zunächst steht die Destruktivität im Mittelpunkt der stationären Behandlung. Die wirkliche Entscheidung zur Therapie kann nur vom Patienten selbst getroffen werden. Sie vollzieht sich nicht selten zwischen zwei Aufenthalten oder in einem Wochenendurlaub. Während der eigentlichen Psychotherapie geht es v.a. darum, die sich widersprechenden Wünsche des Patienten zu erkennen und sich auf sie einzustellen. Neben der Entwicklung des Ichs in einer sehr engen dyadischen Beziehung geht es in dieser Phase auch um die Integration von Über-Ichaspekten (Seitenwechsel). Gegen Ende ist die vom Entlassungsdatum ausgelöste Regression zu bearbeiten, bevor in der letzten Phase dem Patienten geholfen werden kann, den Alltag so zu organisieren, dass er möglichst viele haltgebende und progressionsfördernde Aspekte enthält.

Abschließend wollen wir uns noch einmal dem Problem der Destruktivität zuwenden. Sie stellt bei jeder Suchtproblematik ein schier unüberwindliches Hindernis dar. Während alkoholabhängige Patienten dazu neigen, diese Destruktivität quasi heimlich gegen sich selbst zu wenden (Rost 1987), gehen Drogenabhängige durch die Dissozialität in offener Konfrontation auf die Destruktion zu. Die Destruktion richtet sich dabei gegen das Selbst und gegen das Objekt. Das Selbst wird mittels der Drogen geschädigt, aber auch die gesamte Selbststilisierung organisiert sich um Verwahrlosung und Todessymbolik. Damit wendet sich bereit provozierend an den Anderen. Er soll die Zerstörung sehen und seine Machtlosigkeit, Gutes zu bewirken, erleben. Er wird quasi mit in die Destruktion hineingezogen. Die Destruktion richtet sich gegen die Regeln, indem sie sie als korrupt zu erweisen sucht. Sie richtet sich gegen die Grundlagen der Beziehung, indem verheimlicht und gelogen wird

Psychodynamisch lassen sich zwei Funktionen erahnen: zum einen wiederholt diese Strategie die in der Biographie erlebten Traumatisierungen. Sie steht damit nicht einfach unter der Wirkung des Wiederholungszwangs, sondern wiederholt die Traumatisierung zugleich an sich selbst und am Objekt. Auch das Objekt soll traumatisiert, d.h. alles Guten beraubt werden, hierin liegt quasi eine Weitergabe der Traumatisierung an den Therapeuten und damit quasi eine Wendung des passiv Erlittenen ins Aktive (Freud 1920). Die zweite Funktion liegt darin, das beschädigte Selbst gleichzeitig zu zeigen und zu entziehen. In der Selbstdestruktivität wird das Ich als ein schwaches und geschädigtes offen gezeigt. Das Misstrauen gegenüber dem Objekt ist jedoch so groß, dass die eigentlich gewünschte hilfreiche Beziehung zum Objekt nicht eingegangen werden kann. Die Zerstörung der Beziehung sichert in dieser Situation die Autonomie des Ichs.

Der Therapeut hat in diesem destruktiven Szenario scheinbar keinen Platz. Die nächstliegende Lösung besteht für den Therapeuten darin, sich ganz herauszuhalten auf Dissozialität für unbehandelbar zu halten und als Kontraindikation für psychodynamische Therapie zu erklären. Lässt man sich auf die Behandlung ein, so besteht die Verführung, die Destruktivität quasi als Überbietungswette anzunehmen und gegen den Patienten zu wenden, wie dies z.B. in den sadistischen Reglements der Synanon-Einrichtungen geschah, die zumindest eine Zeit lang das erklärte Ziel verfolgten, das gesamte Ich des Patienten zu zerschlagen, weil es schlecht und verlogen sei (Yablonski 1975). Aber auch die gängige Behandlungstechnik stationärer Drogenkliniken, die möglichst ohne

Sadismus auf peniblen Regelbefolgungen besteht, beinhaltet ein Problem. Wenn nämlich das Regelwerk der Klinik sich übermächtig und unverletzbar um den Patienten zusammenschließt, so hilft ihm dies nicht bei der wesentlichen Aufgabe der Therapie, die darin besteht, selbst die innere Strukturierung zu übernehmen, die eigene Destruktivität zu überwinden und die externalisierten Über-Ichanteile anzunehmen.

Die Haltung, die in der untersuchten Klinik erprobt wird, setzt nicht allein auf die Macht der Regeln, auch wenn die Notwendigkeit von Kontrollen bejaht wird. Die Zerstörung der psychotherapeutischen Beziehung wird nicht durch ein Großaufgebot an Regeln verhindert, sondern als Manifestation des Freiheitswunsches der Patienten verstanden: sie erscheint nicht als absolutes Ende der Therapie, sondern quasi als Durchgang, der nur selten umgangen werden kann. Sie soll, wenn sie sich nicht vermeiden lässt, mit dem Patienten zusammen ertragen werden. Dazu berechtigt die nicht selten realistische Hoffnung, dass die Beziehung danach wieder aufgegriffen werden kann und die Möglichkeit eröffnet, die destruktive Dynamik nachträglich zu verstehen und Erfahrungen zu machen, die jenseits ihrer liegen.