

Aus dem Klinischen Institut und der Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Universitäts-Professor Dr. Dr. Wolfgang Tress

Ambulante psychodynamische Kurztherapien von 10 Patienten mit Alkoholmißbrauch

Eine Untersuchung mit der SASB/CMP-Methode
unter besonderer Berücksichtigung des Introjekts

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
vorgelegt von

Wolfgang Riedel

2000

Als Inauguraldissertation gedruckt
mit genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.: Univ.- Prof. Dr. Häussinger
Dekan

Referent: Univ.Prof. Dr. Dr. Tress

Korreferent: Priv.-Doz Dr. Haupt

In dankbarer Anerkennung für die zuteilgewordene Unterstützung während meines Medizinstudiums soll diese Arbeit meinem Onkel Herrn H.-J. Zegula zugeeignet sein.

Danksagungen

Ich möchte mich sehr herzlich bei Herrn Universitäts-Professor Dr. Dr. Wolfgang Tress für die Überlassung des Themas dieser Doktorarbeit bedanken.

Außerdem gilt mein besonderer Dank Frau Dr. B. Junkert - Tress, die mich von der ersten Stunde an bis zum Abschluß dieser Arbeit großartig angeleitet und unterstützt hat.

Inhaltsverzeichnis

Titelblatt

Widmung

Danksagungen

Inhaltsverzeichnis	1
1. Begründung des Themas	3
2. Einführung	4
2.1. Zur Epidemiologie der Alkoholabhängigkeit	4
2.1.1. Alkoholabhängigkeit - Ein gesellschaftliches Problem – Eine individuelle Tragödie	4
2.2. Persönlichkeitsstörung und Alkoholsucht	5
2.2.1. Die Suche nach der Persönlichkeit des Alkoholikers	5
2.3. Moderne psychoanalytisch orientierte Theorien zur Genese der Alkoholabhängigkeit	10
2.3.1. Das integrierte psychodynamische Modell der Sucht nach ROST	10
2.3.2. Der objektpsychologische Beitrag zur Suchterklärung	13
2.3.3. Süchtiges Verhalten und die Pathologie der Objektbeziehungen	14
2.3.4. Das Selbstbild Alkoholabhängiger (Das Konzept des Introjekts)	15
2.3.5. Die Suchterkrankung im Therapeutischen Prozeß	18
2.3.6. Über Therapieziele, Erfolg, Therapieabbruch und das Problem des Scheiterns im Rückfall in der Suchtherapie	23
3. Das Düsseldorfer Kurzzeittherapie Projekt	27
3.1. Verwendete Untersuchungsmethoden	27
3.1.1. Erstinterviews	27
3.1.2. Global Assessment of Functioning Scale (GAS)	28
3.1.3. Der Beeinträchtigungs - Schwere - Score (BSS)	30
3.2. Das Zyklisch - Maladaptive Beziehungsmuster (CMP)	31
3.3. Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)	33
3.4. Inhaltsanalyse mit SASB	37
3.5. Der INTREX – Fragebogen	40
4. Darstellung der Ergebnisse	42
4.1. Vorstellung der Patienten sowie deren Ergebnisse in den verschiedenen Eingangs- und Verlaufstests	42
4.1.1. Die Kurzbiographien der Patienten	42
4.1.2. GAS (Global Assessment of Functioning Scale)	47

4.1.3.	Die Werte für den BSS (Beeinträchtigungs-Schwere-Score)	48
4.1.4.	Die Werte aller 10 Patienten aus der Auswertung der Intrex-Bögen	50
4.1.5.	Introjekt-Cluster der INTREX-Fragebogen	52
4.2.	Die Konfliktodynamik der 10 untersuchten Patienten in der Darstellung des CMP	51
4.3.	Ergebnisdiagramme aller Therapieverläufe für alle zehn untersuchten Patienten	62
4.4.	Darstellung der Beziehungen von Patienten und Therapeuten zum Alkohol	74
4.5	Darstellung der Beziehungskonstellationen der untersuchten Patienten	85
5.	Zusammenschau der Ergebnisse der individuellen Patienten	95
6.	Zusammenschau und Interpretation der Anamnesen, Tests und Diagramme	105
7.	Diskussion der Ergebnisse	115
7.1.	Die Veränderungen der Introjekte der Patienten durch die Therapie	115
7.2.	Die Konstellationen der Referenten in der Soziogrammen	115
7.3.	Die Ersatzobjekte des Alkohols	116
7.4.	Zur Frage von Persönlichkeitsstörung und Alkoholabhängigkeit und Outcome	116
7.5.	Einige Kernsätze, die sich aus der vorliegenden Untersuchung ergeben	117
7.6.	Einige kritische Anmerkungen zu der vorliegenden Arbeit	118
7.7.	Einige Thesen, die sich aus der vorliegenden Arbeit ergeben	118
9.	Literaturliste	121
10.	Lebenslauf	131
11.	Die vom Referenten Univ.-Prof Dr. Dr. Tress unterschriebene Zusammenfassung	132

1. Begründung des Themas

Die vorliegende Arbeit mit dem Titel „Ambulante psychodynamische Kurztherapien von 10 Patienten mit Alkoholmißbrauch“ ist Teil des Düsseldorfer Forschungsprojekts über Kurzpsychotherapie. Mit einem einheitlichen Design, d.h. unter Verwendung der gleichen Forschungsmethodik entstanden und entstehen zur Zeit eine Anzahl von Arbeiten, die die Methode der SASB, also der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens der Amerikanerin BENJAMIN (1974) mit dem Modell des CMP, dem zyklisch maladaptiven Muster, das von STRUPP und BINDER (1984) konzipiert worden war, verbinden und als Instrumente zur Prozeß- und Inhaltsanalyse von psychodynamischen Kurzpsychotherapien, deren Dauer auf ca. 25 Therapiestunden begrenzt ist, einsetzt.

Die zehn Patienten, die in der vorliegenden Arbeit untersucht wurden, hatten das Angebot der Düsseldorfer Kurzpsychotherapie wahrgenommen. Mit sehr verschiedenen Diagnosen zu Therapiebeginn war allen Patienten ein Mißbrauch des Alkohols gemeinsam, und mittels SASB und CMP sollten die Therapien inhaltsanalytisch durchleuchtet werden, wobei jene Momente im Therapiegeschehen herausgesucht werden sollten, in denen die Droge Alkohol thematisiert wird. Diese Beziehung zum Alkohol und der Therapieverlauf sollten in Zusammenhang mit dem Selbstbild der Patienten (Konzept des Introjekts) betrachtet werden. Gab es Veränderungen des Introjekts und des Alkoholverhaltens unter Therapieeinfluß und läßt sich abschätzen, wie stark und stabil diese Veränderungen jeweils ausfielen ? Lassen sich aus den Resultaten Schlüsse ziehen, die die Planung des Therapieablaufs ändern könnten ?

2. Einführung

2.1. Zur Epidemiologie der Alkoholabhängigkeit

2.1.1. Alkoholabhängigkeit - Ein gesellschaftliches Problem - Eine individuelle Tragödie

„Die Alkoholkrankheit“ ist das sozialmedizinische Problem Nummer 1. Durch Fehlzeiten am Arbeitsplatz, verringerte Arbeitsleistung, alkoholbedingte Verkehrs- und Betriebsunfälle, sowie direkte und indirekte Krankheits- und Behandlungskosten (Produktionsausfall, Invalidität, Frühberentung) entstehen für Staat und Gesellschaft hohe wirtschaftliche Belastungen von jährlich rund 80 Milliarden DM. Etwa die Hälfte aller Straftaten wird unter Alkoholeinfluß verübt. Wegen Alkohol am Steuer werden in Deutschland jährlich ca. 280 Tausend Führerscheine eingezogen. Kaum abschätzbar sind die negativen Folgen für Individuum und Familie. Das persönliche Leid der Betroffenen und ihrer Angehörigen ist nicht in Zahlen faßbar (zitiert nach MÖLLER, LAUX und DEISTER 1996). Es wird geschätzt, daß etwa 2 - 5 % der Gesamtbevölkerung alkoholabhängig sind. In der Bundesrepublik leben schätzungsweise 2,5 bis 3 Millionen Alkoholiker, schenkt man der Statistik der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) Glauben. Hinzu kommt eine schwer zu ermittelnde Dunkelziffer. Eine Aufstellung zur Häufigkeit mißbrauchter Substanzen (Jahrbuch Sucht 1996) schlüsselt die verschiedenen Mißbrauchssubstanzen auf, für West und Ost, sowie für ambulante und stationäre Einrichtungen, wobei der Alkohol die mit Abstand führende Mißbrauchssubstanz ist.

Häufigkeit des Alkohols (in %) aller verwendeten Mißbrauchssubstanzen in Deutschland

Ambulante Einrichtungen:				Stationäre Einrichtungen:	
West		Ost		Gesamtdeutschland	
Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
68,8	44,5	93,3	70,1	79,3	69,7

(entnommen: Klinikleitfaden Neurologie / Psychiatrie)

Der Vollständigkeit halber sollen die Begriffe Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit kurz definiert werden:

Unter Alkoholmißbrauch wird ein Alkoholkonsum verstanden, der gegenüber der soziokulturellen Norm überhöht ist bzw. zu unpassender Gelegenheit erfolgt. Dies geht mit vorübergehenden deutlichen Veränderungen der psychischen und physischen Funktionen des Konsumenten einher (z. B. Rauschzustand). Die Alkoholabhängigkeit (chronischer Alkoholismus) ist definiert durch das Vorliegen psychischer und/oder körperlicher Abhängigkeit vom Alkohol. Psychische Abhängigkeit liegt vor, wenn das Verlangen nach Alkohol unwiderstehlich ist und das Problem des Kontrollverlustes besteht. Die körperliche Abhängigkeit hingegen ist charakterisiert durch Toleranzsteigerung beim Alkoholkonsum, bevor die erhoffte Wirkung merkbar wird, was zur Steigerung der Trinkmengen führt, sowie Entzugserscheinungen bei Abstinenz.

Die Dimension des Problems ist gewaltig. Das Leid der mittelbar Betroffenen (Ko-Alkoholiker, meist die Ehefrau oder der Partner) läßt sich oft nur erahnen. Die

Erwartungshaltung der Öffentlichkeit wie der Betroffenen gegenüber den professionellen Helfern, positive Behandlungsergebnisse hervorzubringen ist gewaltig, die Prognose hingegen ist als eher ungünstig zu bezeichnen, und das gilt für alle praktizierten Therapieverfahren, so unterschiedlich auch ihre theoretischen Erklärungsmodelle zur Pathogenese sein mögen. Bei der schlechten Prognose spielt zum einen die häufig unzureichende und schwankende Therapiemotivation der Alkoholkranken eine Rolle, andererseits sind auch nach durchgeführter Therapie die Behandlungsergebnisse oft enttäuschend. Etwa ein Drittel der behandelten Patienten gilt in Katamnesen als gebessert, ein Drittel als ungebessert und ein Drittel als „geheilt“ (abstinent). Bei Langzeitkatamnesen zeigte sich Abstinenz bei ca. der Hälfte der Patienten, die Zahl der Ungebesserten lag aber etwa genauso hoch. Die spontane Abstinenz - bzw. Besserungsrate beträgt pro Jahr etwa 19 % (nach MÖLLER 1996). Auf dem Markt der Theorieangebote zur Pathogenese, sowie zur Begründung von Therapiemaßnahmen herrscht kein Mangel, wobei die Angebote von somatisch orientierten Erklärungen reichen (Allergietheorie, Metabolitentheorie) über behaviorale und Gesprächstherapie bis hin zu verschiedenen psychodynamischen Erklärungsansätzen. Im folgenden sollen jene Theorieansätze umrissen werden, die sich die Aufklärung der Psychodynamik zur Aufgabe gemacht haben, insofern das Phänomen des Rückfalls hier seine beste Erklärung gefunden zu haben scheint. Speziell ein psychodynamischer Ansatz, der objektbeziehungs-theoretische, wird zur Zeit stark beforscht.

2.2. Persönlichkeitsstörung und Alkoholsucht

2.2.1. Die Suche nach der Persönlichkeitsstruktur des Alkoholikers

Eine typische, prämorbid Persönlichkeitsstruktur, die für die Entwicklung zum Alkoholismus prädestiniert, konnte bislang nicht einheitlich bewiesen werden (ANTONS, K. 1978 ; ANTONS, K. ; SCHULZ, W. ; FEUERLEIN, W. ; FEUERLEIN, W. ; GÖTTE, J.; SCHMIDT, L. ; WANKE, K. u.a. nach SCHLÜTER - DUPOND, L. 1990). Deshalb gilt heute für die meisten Autoren die Alkoholabhängigkeit als eine Erkrankung, zu deren Ausbruch ein Zusammentreffen mehrerer Faktoren notwendig ist (multifaktorielle Genese). Dabei werden von den Autoren je nach zu Grunde liegender Theorieschule unterschiedliche Betonungen vorgenommen. Die bei Alkoholikern zu findenden charakteristischen Persönlichkeitsauffälligkeiten gelten bereits als Ergebnis einer süchtigen Entwicklung, und man findet die Auffassung (SCHLÜTER - DUPOND 1990), daß die zum Alkoholismus führenden Prozesse, wie Gewohnheiten und Bewältigungsstrategien zwar nicht adäquat, aber auch nicht direkt als pathologisch zu bezeichnen sind und daß die Vorphase zum Alkoholismus besser durch ein Störmodell zu erklären sei. Andere Auffassungen dazu werden weiter unten noch dargestellt.

Die präalkoholische Persönlichkeit

In einem längeren Artikel unternahm BARNES (1979) eine Rezension der seinerzeit vorliegenden Literatur unter dem Titel „Die alkoholische Persönlichkeit“. Er stellte fest, daß zahlreiche Autoren „...allgemein versagten, die Existenz einer Konstellation von Persönlichkeitszügen in Alkoholikern zu etablieren, die geeignet wären, eine Person zum Alkoholiker zu prädisponieren“. Auf Seite 620 seines Artikels faßt er Literatur zur präalkoholischen Persönlichkeit zusammen. Er merkt zuerst den Mangel an longitudinalen Studien zum Problem an. Zwei bei BARNES zitierte Studien zeigen daß spätere abhängige Trinker in retrospektiven Studien prämorbid beschreibbar waren als impulsiver, nicht-konform bzw. rebellisch und gesellig. Weitere zitierte Studien zeigen ziemlich konsistente

Ergebnisse, indem sie einzig einen möglichen Mangel an Kontrolle in Präalkoholikern zeigen (BARNES, dito). Er faßt zusammen, daß wenigstens vier Charaktermerkmale einer klinischen alkoholischen Persönlichkeit relativ häufig gefunden wurden: Neurotizismus, Ich-Schwäche, Stimulus-Verstärkung¹ und Feld-Abhängigkeit². BARNES betont, daß zum Zeitpunkt der Veröffentlichung keine direkten Beweise für die Verbindung von diesen Persönlichkeitsmerkmalen und der postulierten präalkoholischen Persönlichkeit vorlagen. Schließlich erwähnt BARNES noch eine Studie von WILLIAMS, A.F. (1965), die zeigte, daß Studenten mit Alkoholproblemen positive Korrelation mit Selbstkritik und negative Korrelationen mit Selbst-Akzeptanz sowie der Übereinstimmung von realem Selbst und idealem Selbst aufwiesen.

Typologische Klassifizierung der Trinker

Die phasenhafte Entwicklung zur Alkoholabhängigkeit wurde in ihrem Ablauf von JELLINEK (1959 und 1960) beschrieben. JELLINEK beschrieb 42 Symptome, welche die Grundlage für die Einteilung in drei Phasen bildete, wobei er eine Prodromalphase von der kritischen Phase und schließlich der chronischen Phase unterschied. Diese Einteilung, ebenso die von JELLINEK vorgeschlagene Typologie mit fünf Kategorien (α - bis ϵ -Trinker), die von allen Typologien die weiteste Verbreitung gefunden hat, beschreiben mehr die makroskopischen Merkmale der Entwicklung zur Alkoholabhängigkeit, während für die Erfassung des dynamischen Prozesses, bei dem die Persönlichkeitsstruktur zunehmend durch den Entwicklungszustand des Suchtprozesses überlagert wird, einen psychodynamischen Ansatz für das Verständnis und die Diagnose notwendig erscheinen läßt.

¹ Stimulus-Verstärkung beschreibt die Tatsache, daß Alkoholiker mehr Stimulation aus ihrer Umwelt erfahren als sogenannte Stimulus-Abschwächer, welche in der Lage sind, Umweltstimuli in ihrer Wirkung auf die Psyche abzumindern. Ein weiteres Merkmal von Stimulus-Verstärkern ist Hypochondrie. Alkoholiker tendieren zu hohen Werten für dieses Merkmal; sie sehen ihre Körper als schmutzig, ekelig und im Verfall begriffen. Zwei weitere Merkmale die zu Stimulus-Verstärkern in Beziehung stehen, sind ein geringeres Bedürfnis nach Sensations-Erlebnissen und eine ausgeprägte Todesangst. BARNES führt in seinem Artikel die einzelnen Studien detailliert an.

² Feld-Abhängigkeit (engl. field dependence) ist ein Persönlichkeitsmerkmal, das mit verschiedenen Tests untersucht wird wie dem Rod-and-Frame Test, dem Body-Adjustment-Test und dem Embedded-Figure-Test sowie projektiven Tests wie dem Rorschach-Test. Alkoholiker zeigen eine größere Beeinflussbarkeit durch die Umgebung sowie einen Mangel an Differenzierungsvermögen von Umwelteinflüssen.

Alkoholikertypen nach JELLINEK (aus: E. M. JELLINEK: Canad. med. Ass. J. 83 (1960) Seiten 1341 - 1346) (erweitert):

Art des Alkoholismus	Psycho- logische Anfälligkeit	Sozio- kulturelle Elemente	Suchtkennzeichen	Abhängigkeit	Versuch einer Typisierung (nach Feuerlein)
	+++ / ++++	+ / (++++)	O kein Kontrollverlust, aber undiszipliniertes Trinken	nur psychisch	Konflikttrinker, Erleichterung von seelischen Spannungs - Konflikten
		+++ (Wochen - endtrinker)	O kein Kontrollverlust	keine, außer soziokulturelle	Gelegenheits - trinker
	+++ / ++++	+ / (+++)	++++ Kontrollverlust, jedoch Fähigkeit zur Abstinenz	zuerst psychische, später physische Abhängigkeit, Toleranzsteigerung	süchtige Trinker, progressiver Verlauf
	+	+++ / ++++	++++ Unfähigkeit zur Abstinenz, aber kein Kontrollverlust	physische Abhängig - keit mit körperlichen Folgeschäden	"Pegeltrinker" oder Spiegeltrinker
	++	++	periodische Trink - exzesse und Kontrollverlust		Quartalstrinker

Es gibt eine ganze Reihe von Autoren, die sich in ihren - im folgenden in chronologischer Reihenfolge geordneten - Artikeln mit der Frage der Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen und Alkoholabhängigkeit befassen. KOENIGSBERG et al. verwendeten das amerikanische Klassifikationssystem für psychiatrische Störungen und publizierten 1985 Ergebnisse von 2.462 DSM-III Diagnosen³ entlang der Achsen I und II dieser Klassifikation;

³ Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Die vierte derzeit aktuellste Version wurde 1994 als das in den U.S.A. verbindliche Klassifikationssystem für geistige Störungen eingeführt.

d.h. die psychiatrischen Syndrome der Achse I der Klassifikation wurden den Persönlichkeitsstörungen auf der Achse II, wie sie in DSM-III definiert waren, gegenübergestellt. Für die Achse-I-Diagnose „Substance use disorder“ (270 Fälle der 2.462 Patienten, also 11%) erhielten sie 127 Fälle ohne Persönlichkeitsstörung, 143 Patienten, die die für die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ qualifizierten. Von diesen 143 wurden 61 mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, 3 Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung sowie 5 Fälle mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und. 74 Patienten der 143 wurden in dem Artikel nicht näher diagnostiziert. Die Arbeitsgruppe schloß aus der gleichen Untersuchung, daß Persönlichkeitsstörungen am häufigsten mit Substanzmißbrauch sowie mit Ängstlichkeit und somatoformen Störungen assoziiert waren. Allerdings wurde der Substanzmißbrauch nicht weiter unterteilt, so daß der Anteil an Alkoholmißbrauch unbekannt bleibt. Eine Untersuchung der Arbeitsgruppe um VON KNORRING et al. (1987) zeigte Übereinstimmung mit den Adoptionsstudien von CLONINGER et al. (1981) und den Patientenstudien von ORELAND et al. (1985) in den Ergebnissen, die zwei voneinander unterscheidbare Persönlichkeitstypen von Alkoholiker postulierten. Danach erfahren die selteneren Typ-II-Alkoholiker einen frühen Beginn subjektiver alkoholbezogener Probleme und frühere Kontakte zu Therapieeinrichtungen. Verglichen mit Typ-I-Trinkern waren sie öfter aggressiv unter Alkoholeinfluß, hatten häufiger Alkoholbedingte Verhaftungen, Arbeitsplatzabwesenheiten sowie -verluste und waren schließlich häufiger unter Alkoholeinfluß Auto gefahren und anderweitig kriminell geworden. Typ-II-Alkoholiker zeigten auch einen größeren Verbrauch an Beruhigungsmitteln, Amphetaminen, Marihuana und schnüffelten öfter Klebstoffe. Typ-II-Alkoholiker zeigen auch eine größere Häufigkeit von Alkoholismus und Depression in der Elterngeneration. Für Typ-II-Trinker ergaben sich auch höhere Werte (Scores) für Somatisierungsstörungen und verbale Aggression sowie signifikant niedrigere Werte für Sozialisation und Aggressionshemmung. Auch beim Faktor „Impulsives Sensationsverlangen“ dominierten Typ-II-Trinker über Typ-I-Trinker (fast 87 % zu fast 70 % und schließlich fast 56 % in der normalen Kontrollgruppe). Beide Gruppen zeigten ausgeprägt hohe Werte für körperbezogene Ängste, psychische Ängste, muskuläre Anspannung, Impulsivität, soziale Distanziertheit, Psychasthenie, Mißtrauen, Schuldgefühle, Aggressionshemmung sowie niedrige Werte auf der Sozialisations-Skala. CLONINGER et al (1981) hatten gezeigt, daß genetische Faktoren bedeutsamer sind für Typ-II-Trinker als für Typ-I-Trinker. Eine wesentliche Schlußfolgerung war, daß jene Form von Alkoholismus, die mit antisozialem Verhalten einhergeht (Typ II) von jener des Typ I , bei der kein Zusammenhang zwischen Trunksucht und antisozialem Verhalten besteht, zu unterscheiden sei.

Eine Veröffentlichung von NACE et al (1991) beschreibt, daß von 100 nacheinander in eine stationäre Entzugsbehandlung aufgenommenen Patienten 57 als persönlichkeitsgestört diagnostiziert werden mußten, wobei zahlreiche verschiedene diagnostische Instrumente eingesetzt worden waren. Im Vergleich mit den übrigen 47 % zeigten sie eine stärkere Involvierung mit illegalen Drogen, ein unterscheidbar anderes Trinkverhalten sowie eine größere Psychopathologie. Sie waren ferner weniger zufrieden mit ihren Lebensverläufen, waren impulsiver, isolierter und depressiver. Die Differenz im Trinkverhalten lag in einer stärkeren Zwanghaftigkeit zu trinken, in der Tatsache, daß Alkohol benutzt wurde um die Stimmung zu steuern sowie das Funktionieren (im Alltagsleben, d.A.) zu verbessern und zuletzt auch in einer stärkeren Durchdringung des gesamten Lebens mit Alkohol.

Ein Artikel von LITT et al. (1992) beschreibt ebenfalls diese zwei unterschiedenen Alkoholiker-Typen: Typ II zeigt frühere Manifestation, vermehrten Alkoholismus in der Familie, eine größere Abhängigkeit vom Alkohol sowie vermehrte Symptome antisozialer

Persönlichkeit als Typ I. Die Folgen für das Therapieergebnis (outcome) werden weiter unter dargestellt.

Die Beziehung zwischen Alkoholismus und Borderline-Persönlichkeitsstörung wird in einem Artikel von VON DER STEIN und PODOLL (1993) beleuchtet. Danach erfüllten von 150 Patienten in einer stationären Entgiftungstherapie 31 (34 %) die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Jene wiesen häufiger frühe neurotische Störungen, Drogenabusus, selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche sowie aggressives und delinquentes Verhalten in der Vorgeschichte auf. Eine hohe Komorbidität von Borderline-Störung und Alkoholismus wurde mehrfach bewiesen (siehe die bei VON DER STEIN und PODOLL aufgelisteten Studien). Sie verstehen den Substanzmißbrauch als ein Beispiel impulsiven Verhaltens bei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten und schließen, daß die Alkoholabhängigkeit bei diesen Patienten ein sekundäres Phänomen der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörung ist. Ferner fanden sie bei dieser Patientengruppe bei beiden Geschlechtern 2-3fach häufiger Entzugsbehandlungen. Die Konsequenzen für die Therapie werden ebenfalls weiter unten erwähnt.

In seinem bedeutenden Beitrag über „Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus“ hat KERNBERG auch einige Bemerkungen zum Verhältnis von Persönlichkeitsstörung und Alkoholismus publiziert. Der Alkoholismus wird von ihm zusammen mit anderen Suchten sowie bestimmten Formen psychogener Fettsucht und der Kleptomanie zu den als hochgradig lustvoll und ich-synton erlebten Impulsneurosen gerechnet (Seite 29). Einen weiteren Aspekt des Alkoholismus bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sieht er im Zusammenhang mit dem von diesen Menschen meist als schmerzlich und beunruhigend erlebten inneren Leergefühl. Alkohol stellt eine Weise dar, sich von dieser inneren Leere abzulenken. Andere Charaktergestörte stürzen sich in mannigfache Aktivitäten oder hektisch in soziale Kontakte. Wieder andere nehmen Drogen oder sind auf der ständigen Suche nach sexueller, aggressiver oder oraler Triebbefriedigung (Seite 246). Sie erleben unter Alkoholeinfluß ein subjektives Wohlbefinden (Seite 255).

Der meines Erachtens z.Z. aktuellste Übersichtsartikel zur Frage von Persönlichkeitsstörung und Alkoholismus wurde von DRIESSEN und HILL (1998) veröffentlicht. Sie bestätigten in einer eigenen clusteranalytischen Untersuchung die Korrektheit der Typologie von Alkoholikern in die beiden Typen I und II, wie sie schon oben ausführlich beschrieben wurden. Sie schlußfolgern: „...aber auch hier zeigte sich, daß nicht nur die antisoziale Persönlichkeit für die familiäre Belastung eine besondere Rolle zu spielen scheint“. Sie fassen eine Reihe von Publikationen zusammen, die Bevölkerungsuntersuchungen beinhalten. Danach liegen bei 9-18 % der untersuchten Erwachsenen Persönlichkeitsstörungen vor, während bei Alkoholkranken diese Rate zwischen 46-78% deutlich höher liegt. „Dies bedeutet, daß Alkoholabhängige ein 2,6 bis 7,1fach erhöhtes Risiko aufweisen, zusätzlich unter einer Persönlichkeitsstörung zu leiden.“ (zit. nach von DRIESSEN und HILL, 1998). In ihrer eigenen Komorbiditätsuntersuchung bei 250 Alkoholabhängigen fanden sie bei 42% der Untersuchten zumindest eine Lebenszeitdiagnose der Achse I. Davon wiederum zeigten über 91% der Betroffenen eine Angststörung und/oder eine depressive Störung. Bei einem Drittel der Untersuchten (33,6%) diagnostizierten sie mindestens eine Persönlichkeitsstörung, bei fast 9% zwei und bei 3,6 % drei Achse II-Diagnosen. Ca. 50% der Untersuchten erfüllten zwar nicht die Kriterien für eine spezifische Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, wiesen aber dennoch mindestens 10 persönlichkeitspathologische Merkmale auf. DRIESSEN und HILL merken an, daß in den Gruppen mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung das pathologische Trinken in einem jüngeren Alter eingesetzt hatte und auch rascher progredient fortgeschritten war als in jenen Gruppen ohne Persönlichkeitsstörung. Sie stellten ferner fest,

daß „...eine schwere globale Persönlichkeitspathologie, insbesondere aber eine antisoziale und Borderline-Pathologie einen nicht unerheblichen Einfluß auf Beginn, Verlauf und Schweregrad des Alkoholismus aufweisen“. Da ihre Ergebnisse korrelativer Natur sind, konnten sie kein Ursache-Wirkungs-Gefüge beweisen.

Nach dem bisher gesagten läßt sich als vorläufiges Resümee festhalten, daß es in bisher vorliegenden empirischen Studien nicht gelungen ist, eine einzigartige Alkoholikerpersönlichkeit zu identifizieren. „Klinische, nicht jedoch empirisch überprüfte Erfahrungen aus einer psychodynamischen Perspektive haben uns darüber hinaus gezeigt, daß Alkoholiker mit sehr verschiedenen Strukturniveaus und in unterschiedlichsten Stadien der Abhängigkeitsentwicklung in Therapie kommen (vgl. ROST, 1987)“ (zit. nach von DRIESSEN und HILL, 1998).

Eine andere, mehr psychodynamisch orientierte Klassifikation als die JELLINEK'sche zu den Alkoholikertypen wurde 1948 von SIMMEL publiziert. Diese Einteilung führt vier verschiedene Typen auf und zwar den sozialen Trinker, den reaktiven Trinker, den neurotischen Trinker, sowie den Alkoholsüchtigen an sich. Wobei der soziale Trinker nach SIMMEL Schwierigkeiten habe, ohne Alkohol zu kommunizieren, insofern soll diese Form des sozialen Trinkens ein Nebenprodukt unserer Kultur darstellen, die zwar Triebverzicht abverlange, aber keine entsprechenden Sublimierungsmöglichkeiten anbiete. Das Trinken diene hier dann dazu, die Gefühle der Unzufriedenheit zu unterdrücken, die sonst im sozialen Miteinander unweigerlich zum Durchbruch kämen. Der reaktive Trinker hingegen sucht mit Hilfe des Alkohols Vergessen, wenigstens für eine gewisse Zeit, von einer unerträglichen Realität, und gerade die sozial Unterprivilegierten in ihrem Elend sollen zu dieser Gruppe gehören. Der neurotische Trinker gibt zwar vor, einer unerträglichen Lebenssituation mit Hilfe des Alkohols entfliehen zu wollen, sei aber tatsächlich auf der Flucht vor sich selbst, vor den von ihm immer wieder aufs Neue etablierten neurotischen Konflikten. Bei Menschen mit einem Zerfall der Ich-Funktion, mit Realitätsverleugnung und Verlust von Selbstkontrolle, sowie der Freisetzung von Haß, bildet sich die echte Alkoholsucht aus. Zwischen der Typologie von JELLINEK und der von SIMMEL lassen sich etliche Entsprechungen herstellen. Dabei entspricht der reaktive Trinker am ehesten dem β -Alkoholiker und der Alkoholsüchtige dem α -Alkoholiker.

2.3. Moderne psychoanalytisch orientierte Theorien zur Genese der Alkoholabhängigkeit

2.3.1. Das integrierte psychodynamische Modell der Sucht nach ROST

In seinem 1987 publizierten Buch, mit dem Titel Psychoanalyse des Alkoholismus, beschreibt ROST in drei Kapiteln die drei wesentlichen psychoanalytischen Ansätze zur Erklärung des Suchtgeschehens. Dabei stellt er im dritten Kapitel die Trieb-psychologischen, im vierten Kapitel die Ich-(Struktur)-psychologischen und im fünften Kapitel das objekt-psychologische Konzept, sowohl in ihrem wesentlichen Gehalt, als auch in ihrer historischen Dimension dar, um dann in einem weiteren Kapitel den Versuch zu unternehmen, ein integriertes psychodynamisches Modell der Sucht als Verbindung der drei oben genannten Konzepte zusammenzustellen. Ohne die historische Genese der jeweiligen Theorien wiederholen zu wollen, beschränken wir uns auf die kurze Darstellung des ROSTschen Modells, um anschließend den beziehungstheoretischen Ansatz weiterzuerfolgen. Der Entwicklungsgrad des Alkoholismus und die damit verbundene Persönlichkeitsstörung werden von ROST in eine Beziehung zu den drei wesentlichen psychoanalytischen Konzepten gestellt, wobei die

jeweiligen Fixierungspunkte der Erkrankung bzw. das Ausmaß der Regression als Verankerungspunkt dienen. Jedes der psychoanalytischen Konzepte dann zur Schwerpunktbildung auf einem entwicklungspsychologischen Kontinuum dienen. Dabei stellt ROST jedem der Schwerpunkte einen Trinkertypus gegenüber und definiert so den autodestruktiven Trinker, den Ich-schwachen Trinker und schließlich den neurotisch strukturierten Trinker. Um sein Modell abzurunden, formuliert er noch eine psychoanalysefremde Perspektive, nämlich die soziologische, auf dem Endpunkt der Entwicklungsachse. Diese soziologische Dimension wird benötigt, um die Alkoholabhängigkeit trotz einer relativ reifen, gesunden Persönlichkeitsentwicklung bei andererseits extrem ungünstiger äußerer sozialer Lebenssituation erklären zu können. Soziale oder kulturelle Faktoren wirken so ROST, bei den Formen des Alkoholismus, bei welchen auf der Basis einer relativ gesunden, zumindest nicht spezifisch gestörten Persönlichkeit ein pathologischer Alkoholgang zu finden ist, wie bei nordamerikanischen Indianern oder bei bestimmten Berufsgruppen, als auch bei dem sogenannten Elendsalkoholismus. Es ist leicht zu verstehen, daß der Elendsalkoholismus zu einem ungünstigen sozialen Milieu führt, der wiederum prädestinierend für eine ungünstige seelische Entwicklung in der Kindheit ist und es so zu Aufladungen mit den anderen psychoanalytischen Ansätzen kommt. Der soziokulturell zu begründende Alkoholmißbrauch fällt weniger in die Kompetenz des Psychoanalytikers, als viel mehr in die der sozialmedizinischen Betreuer. Bewegt man sich nun auf der entwicklungspsychologischen Zeitachse Richtung Geburt, so ist dem soziologischen die triebpsychologische Phase vorgelagert. Hier lassen sich die meisten der, nach SIMMEL, neurotischen Trinker einordnen. In der JELLINEK'schen Einteilung werden wir hier die Konflikt- und Gelegenheitstrinker finden. Diese Gruppe gilt auch als die zahlenmäßig größte. Die meisten Alkoholiker weisen eine ausgesprochene Triebhemmung auf und bedürfen der enthemmenden Wirkung des Alkohols, um sich libidinöse und aggressive Triebregungen, wie z. B. auch Sexualität zu ermöglichen. Es finden sich hier die Alkoholiker, die oft schon von Kindheit an gehemmt und besonders schüchtern waren und den Alkohol zur Regulierung der Libido- Ökonomie benötigen. Nur unter Alkoholeinfluß können sie Gefühle äußern, sexuelle Wünsche verwirklichen oder Aggression freisetzen. Nach ROST läßt sich mit dem triebpsychologischen Modell auch eine spezifische Form des Alkoholismus verstehen: Weibliche Patienten mit vorwiegend hysterischer Struktur (RIETH, 1978 veranschlagt den Anteil der weiblichen Alkoholiker mit hysterischer Struktur auf 60 - 70 % der Gesamtzahl; zitiert nach ROST, 1992). Nach ROST sind dies „in der Regel Frauen, die einen Alkoholiker zum Vater hatten, den sie vorgeben zu hassen, während sie mit der Mutter offen identifiziert sind. Die Vateridentifikation eines ungelösten ödipalen Konflikts kommt dann in einem für diese Frauen vollständig unverständlichen Alkoholabusus zutage, wobei sich die Frauen meist selber in Behandlung begeben, ihren eher noch geringeren Alkoholkonsum als pathologisch begreifen und sich dafür selbst verabscheuen. Bei diesen Frauen fällt ferner auf, daß sie nüchtern in aller Regel frigid, unter Alkohol dagegen triebhaft und ausgesprochen orgasmusfreudig sind.“ Hier sei der Alkoholismus nicht besonders schwerwiegend, trete meist periodisch auf und sei nur selten chronifiziert, und Krankheitseinsicht sowie Motivation seien hier meist gut, so daß nach einer relativ kurzen Entwöhnungsbehandlung eine normale analytische Psychotherapie eingesetzt werden könne, die die neurotischen Konflikte zum Gegenstand habe.

Auf der Zeitachse der Entwicklung der Persönlichkeit, zeitlich dem triebpsychologischen Modell vorgelagert, findet sich im ROST'schen Modell das Ich-psychologische Konzept. Hier werden Patienten eingeordnet, die nicht nur ihre Triebbedürfnisse nicht aus sich heraus regulieren können, sondern darüber hinaus noch eine extreme Ich- Schwäche, Instabilität, Frustrationsintoleranz usw. aufweisen und für die die Droge als Selbstheilungsmittel eine elementare Stellung im Leben erhält. Der Alkohol soll den Patienten zu jenen Ich-Leistungen

befähigen, die er aus sich heraus nicht erbringen kann. Die Droge soll ihn also gerade lebensfähig machen. Die unvermeidbaren Frustrationen des Alltags werden durch den Alkohol gedämpft, und der Patient erlebt sie nicht als existentiellen Vernichtungsangriff auf sich, wobei die aus den Frustrationen resultierenden Affekte recht bedrohlich und schmerzhaft sein können, wie Wut, Furcht, Angst. Nach KOHUT in dem Buch von VOM SCHEIDT (1976) kann die Droge aber auch helfen, die innere Leere zu füllen und sich selbst zu spüren. Wie ROST schreibt, läßt der Alkohol den Ich-gestörten die von der Umwelt gestellten Anforderungen und die Welt in einem rosigen Licht erscheinen, während das überstrenge, sadistische Über-Ich im Alkohol ertränkt und betäubt wird. „Die Hilflosigkeit, die Ich-Schwäche, die zum Gebrauch der Droge nötig ist, wird gespürt und als Kränkung erlebt, so daß die Droge zugleich dazu dient, das Ich (Selbst) kompensatorisch aufzublähen, sich Omnipotenzphantasien zu gestatten“ (zit. Rost 1992). In einer früheren Publikation (ROST, 1986) wird festgestellt, daß bei Ich-schwachen Trinkern vor psychotherapeutischer Behandlung eine Strukturdiagnose der Persönlichkeit notwendig sei, um die gestörten Funktionsbereiche sowie das Ausmaß der Störung und die spezifische Funktion des Alkohols zu erfassen. Als wesentlicher Grund dafür wird angegeben, daß erhebliche Unterschiede der Persönlichkeit des Trinkers in der alkoholischen, wie in der abstinenten Phase zu ganz unterschiedlichen Eindrücken der Untersucher führen können. In einer kürzeren Abstinenzperiode, wie nach dem körperlichen Entzug, zeigen sich die Persönlichkeitsmerkmale mit Überangepaßtheit, Depressivität, Schuldgefühlen und masochistischen Selbstzweifeln. In die Kategorie der Ich-gestörten Trinker gehört sicherlich ein großer Teil der δ -Alkoholiker, nach der JELLINEK-Klassifikation. Bei dieser Gruppe findet man in der Literatur auch häufig die Umschreibung des Alkohols als Selbstheilungsmittel, insofern bei dieser Gruppe ja bei einem ansonsten funktionierenden Ich, nur Teile der Ich-Funktionen schwach ausgebildet sind und der Alkohol diese partielle Schwäche zumindest zeitweilig überdeckt und so zu einer Komplettierung, zu einer Selbstheilung führen soll. (Allerdings wird die Metapher vom Selbstheilungsmechanismus von anderen Autoren für die Funktion des Alkohols, in anderen psychoanalytischen Suchtmodellen verwendet).

Der objektpsychologische Ansatz zur Suchterklärung befaßt sich mit den ontogenetisch frühesten (postnatalen) Zuständen, also den ersten Versuchen des Kindes, eine Beziehung zur Welt herzustellen und diese zu ordnen, also der ganz ursprünglichen Entwicklung seiner Identität. Defizite auf diesem ursprünglichen, sehr anfänglichen Entwicklungsniveau führen zu schweren Störungen und bilden die Fixierungspunkte für die Psychosen und Borderline-Störungen, sowie für psychosomatische Erkrankungen und die schweren Süchte. Hier findet sich auch die schwerste, zerstörerischste und zugleich schillerndste Form der Sucht, die gleichzeitig auch die schwierigste Anforderung an den Psychotherapeuten stellt und dabei am wenigsten durch die aktuelle soziale Umwelt beeinflussbar ist. In Deutschland bekannt wurde die objektbeziehungsanalytische Sichtweise durch die Arbeit von KERNBERG, dessen 1976 erschienenes Hauptwerk „Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis“ 1981 ins Deutsche übersetzt wurde. Da für unsere Zwecke nur der Beitrag des objektpsychologischen Modells zur Erklärung der Suchtdynamik von Interesse ist, soll hier nicht der ganze Inhalt der KERNBERG'schen Objektbeziehungstheorie dargestellt werden, sondern nur auszugsweise der Beitrag zur Suchterklärung, wie er im nächsten Abschnitt beschrieben werden soll

2.3.2. Der objektpsychologische Beitrag zur Suchterklärung

In einem Artikel „Zur Psychoanalyse der Sucht“ hat TRESS (1985) eine Studie am objektpsychologischen Modell veröffentlicht, die die Struktur und Dynamik in einzelnen Stadien der Suchterkrankung in Anlehnung an KERNBERG's Modell der Entwicklung reifer Objektbeziehungen erklärt. In diesem Artikel wird zusammenfassend festgestellt, daß in der zeitgenössischen Literatur der Psychoanalyse ganz verschiedene Autoren einhellig der Psychodynamik der Suchterkrankungen ein introjiziertes böses Partialobjekt zugrunde legen, dessen Destruktivität die Droge im Sinne eines Selbstheilungsversuches vorübergehend neutralisiere. Allerdings wird bemängelt, daß die internalisierten Objektbeziehungen in ihrer Psychodynamik nicht ausreichend klar dargestellt wurden. So hebt denn dieser Artikel darauf ab, die Entwicklung der reifen Objektbeziehungen kurz darzustellen. Dabei werden vier Stadien unterschieden. Im ersten Stadium entscheide ein Überwiegen der positiven Befindlichkeiten des Neugeborenen in einer behaglichen, zufriedenen und satten Säuglingszeit über den Eintritt in eine progressive seelische Entwicklung, wobei dies nur erreicht werden kann durch eine liebevolle Zuwendung der primären Pflegeperson gegenüber dem hilflosen Säugling. Insofern sei das Erleben der Vernichtung, der Bedrohung und des Verlassenseins der primäre Affektzustand, der erst durch eine gute Mutter durch die Erzeugung und Aufrechterhaltung einer behaglichen, satten und somit Zufriedenheit erzeugenden Lebenssituation in einen dem Kind behaglichen und lustvollen Affektzustand verwandelt werden muß.

In einem etwas fortgeschrittenen Entwicklungsstadium erlebt der Säugling (Selbst) sich sowie das Objekt - die sich liebevoll um ihn kümmernde Mutter - sowie den lustvoll behaglichen Affekt, den die Mutter herbeiführt, noch als eine Einheit und ist noch nicht in der Lage, zwischen sich selbst und der Mutter, sowie ihrer Leistung zu unterscheiden. Diese primär positive, undifferenzierte und partiale Subjekt-Objektvorstellung (S-/O-Vorstellung) bilde sowohl den Kern aller Selbst- und Objektrepräsentanzen und damit auch der Ich-Funktionen, besonders aber alle späteren Idealvorstellungen des Selbst und der Objekte.

In einer nächsten Entwicklungsstufe komme es dann zu einer Abtrennung von Selbst- und Objekt-Partialrepräsentanzen auf den vorher nur als Einheit existierenden positiven, primären Selbst- Objekt- Partialvorstellungen. Neben dieser ersten Trennungsleistung zwischen Selbst- und Objekt- Partialrepräsentanzen komme es zu einem Niederschlag von vorher nur diffus negativ erlebten Zuständlichkeiten des Säuglings, hin zu undifferenziert schlechten Selbst-Objekt- Partialvorstellungen. Hier folgt also die Entwicklung schlechter Partialrepräsentanzen jener der guten hinterher. Es fände sich hier die Situation, daß nur die guten Objektbezüge, schon bis zur Trennung des Selbst und der Objekt- Repräsentanten, entwickelt sind, während die negativen S-/O-Vorstellungen⁴ zu diesem Zeitpunkt noch vorsprachlich, ikonisch-emotional und sensomotorisch blieben. In dieser Form können sie im pathologischen Fall lebenslang erhalten bleiben und ihre Destruktivität entwickeln. In einer behüteten, fürsorglichen Atmosphäre gereift, verfügt das Kind jetzt schon planmäßig über gute Selbst-Repräsentanzen, bezogen auf freundliche Partial-Objekte und kann nun den nächsten Schritt meistern und auch von den schlechten S-/O-Bezügen Repräsentanzen entwickeln, und zwar nunmehr ebenfalls auf dem gleichen Reifenniveau, wie schon im Stadium zuvor die guten Selbst-Repräsentanzen entwickelt worden waren. Dominieren die guten Partialrepräsentanzen im Kind, so kann es auf dieser Grundlage das Risiko der Integration von bösen Partialrepräsentanzen eingehen. Von nun an ist das Kind gewappnet für den Umgang mit schlechtem Selbst- und Welt-Erleben, zumindest was die sprachlichen Ich-Funktionen und das gesamte kognitive Potential des Kindes betrifft. Hat das Kind andererseits die Umwelt als

⁴ Gemeint ist mit dieser Abkürzung hier die Subjekt- Objekt- Vorstellung

nicht genügend fürsorglich und beschützend empfunden, so besteht die Gefahr, daß die Entwicklung auf dem jetzigen Niveau persistiert und das Kind aus Gründen der psychischen Abwehr auf dieser Entwicklungsstufe verharrt. Es wird dann nicht in der Lage sein, schlechte S-/O-Bezüge in schlechte Repräsentanzen umzuwandeln und neben die guten Selbst-Repräsentanzen zu stellen. Da das Kind die vital notwendigen guten Bezüge zur Mutter nicht aufgeben darf, kann es dann die bösen Anteile des Objekts nicht anerkennen und man geht davon aus, daß das Kind von nun an in voneinander gespaltenen Zuständen der emotionalen Selbst- und Welterfahrung lebt.

2.3.3. Süchtiges Verhalten und die Pathologie der Objektbeziehungen

„Worin besteht nun die charakteristische Pathologie der Objektbeziehungen im Falle der Sucht?“ Fundamental geht es stets um eine übermächtig starke böse S-/O-Repräsentanz auf vorsprachlichem Niveau, die aufgrund ihrer Gefährlichkeit von der Entwicklung integrierter reifer Persönlichkeitsanteile (d.h. integrierter mentaler Repräsentanzen affektiv-interaktionaler Selbst- Objekt- Bezüge) ausgeschlossen bleibt: Bedrohlich lauert bei depressiv ausgestalteten Süchten im Hintergrund immer eine primitive, vorsprachlich-leibliche, ikonische Erfahrung schlimmer Interaktionsformen, während der Vordergrund scheinbar ausdifferenzierte und ambivalente Selbst- und Objektbilder eines „reifen“ Erwachsenen anbietet, worin freilich nur die harmloseren der negativen Partial-Repräsentanzen mit eingebunden sind. Jene ausgesparten, diffus-negativen S-/O-Images gehören einem sehr frühen Stadium der sensomotorisch-leiblichen, affektgetragenen Entwicklung an und können vom Betroffenen um so schwerer mit den bewußt gelebten Selbst- und Objektbezügen vereinbart werden, je umfassender deren Entwicklungsstand dem Niveau des autonomen Erwachsenen zugerechnet wird. Um so komplizierter erweist sich dann auch das theoretische Verständnis der Suchtdynamik, weil eben die manifesten, Ich-syntonen Selbst- und Objekt-Bezüge das zur Borderline-Struktur korrespondierende Niveau der Spaltung überwunden haben und ihre Entwicklung bereits in die depressive Position nach KLEIN (1962) eingetreten ist. Klinisch geht es um den Unterschied zwischen der Suchterkrankung eines in seinen Objektbeziehungen scheinbar chaotischen Borderline-Patienten und jener eines sozial gut eingefügten oder gar erfolgreichen Menschen - häufig in der mittleren Lebensphase, z. B. den klassischen Morphinisten der Medizinalberufe oder die sozial geachtete Ehefrau bzw. den beruflich etablierten Familienvater -, die in einen progredienten Alkoholismus abgleiten. Solche Menschen haben zweifelsfrei die depressive Position der Objektkonstanz und der Ambivalenz gegenüber ganzheitlichen Objekten von der Warte eines ganzheitlichen Selbst her bereits betreten, diese Entwicklungsstufen aber nicht bearbeitet ! Wie sie zum einem unter dem Einfluß einer undifferenzierten bösen S-/O- Vorstellung stehen und andererseits unter dieser Bedingung suchtartig von einer Droge abhängig werden können, das zu verstehen macht die theoretische Herausforderung aus: Wie greift die Droge in die Interaktionen der Repräsentanzen ein ? (Zitat aus TRESS, 1985).

Soweit also die Darstellung der Objektpathologie der Sucht bei TRESS, und während TRESS jetzt im weiteren Verlauf seiner Darstellung die Interaktion der Droge mit den eben beschriebenen Repräsentanzen ausführt, beschränken wir uns für unseren Forschungszweck auf einen Auszug aus dem Fazit im gleichen Artikel. „Einerseits ist dem Kranken aus der Perspektive der erreichten Lebensposition die Droge verhaßt, die an ihm den Fluch der bösen S-/O-Repräsentanzen vollstreckt. Erst einmal einverleibt aber putscht das Gift seine infantilen Ideal-Repräsentanzen auf, mit denen der Kranke sich nun bedingungslos identifiziert. Der Akt der Inkorporation besiegelt einen Pakt zwischen der Welt der bösen und der guten Repräsentanzen zur Vernichtung der Realperson, ...weil sich die Ideal- Repräsentanzen dort

(im Rausch d. V.) in endgültiger Sicherheit wissen, können sie den Pakt mit dem Bösen eingehen". Anstatt mit ROST (1983) eine Spaltung zwischen Innen und Außen zu erkennen, scheinen die Spaltungsprozesse im Prozeß der Sucht nicht von anderer Natur als in den übrigen Pathologien. Der verfallene Drogenkranke von depressivem Typ spaltet zwischen seinen Ideal-Repräsentanzen einerseits und den bösen Objektbezügen andererseits, die allerdings auch seine intersubjektive Realität im pseudoerwachsenen falschen Selbst umgreifen. Die Droge gehört beiden alternativen Objektbereichen an, der Akt der Einverleibung (Verdauung) wandelt ihre Wertigkeit, vom Verfolger wird sie zur Erlösung, zum Tor zum Paradies.

Die therapeutische Zielsetzung besteht natürlich auch hier in einem Verzicht auf die Droge. TRESS schlägt vor, in einem ersten Schritt ohne Persönlichkeitsveränderungen zunächst die Droge selbst zu ersetzen, z. B. durch die Identifikation, die der Patient vornimmt mit einer Gruppe fanatischer Alkoholfreunde. Dabei würde es sich um das Etablieren einer stabilen projektiven Identifikation handeln, „um damit die Verbundenheit des „falschen Selbst“, des bewußten Selbstbildes, mit den Ideal - Repräsentanzen zu verfestigen“ (zitiert nach TRESS, 1985). Allerdings findet durch diese therapeutische Maßnahme lediglich eine „therapeutische Kräfteverschiebung auf unverändertem Niveau der Objektbezüge“ statt - ein relativ bescheidenes Ziel. Ein ambitionierteres Therapieziel wäre der Versuch der Strukturveränderung der Objektbeziehungen des Patienten in einer psychoanalytischen Behandlung.

2.3.4. Das Selbstbild Alkoholabhängiger (Das Konzept des Introjekts)

Wie schon bei der Darstellung des integrierten psychodynamischen Modells zur Genese der Alkoholabhängigkeit nach ROST bei den Besprechungen des triebpsychologischen, ichpsychologischen sowie objektpsychologischen Ansatzes deutlich wurde, wobei wir dann den objektpsychologischen Ansatz nochmals besonders ausführlich dargestellt haben, gehen alle psychodynamischen Theorien zur Alkoholismuserstehung von der Bedeutsamkeit eines introjizierten bösen Partialobjekt aus. Zum Abschluß des Kapitels über die Theoriebildungen zur Alkoholabhängigkeit sollen deshalb jetzt jene Veröffentlichungen gesondert gewürdigt werden, die sich mit Forschungsansätzen zum Selbstbild Alkoholabhängiger befassen. So untersuchte HEY (1987) in einer Vergleichsstudie das Selbstbild Alkoholabhängiger aus einer Nachsorgeeinrichtung und einer Fachklinik mit dem Gießen-Test und kam zu dem Schluß, daß unter den Alkoholismuspatienten präpsychotische Persönlichkeiten auf niedrigerem Strukturniveau eher häufiger und depressive Persönlichkeiten auf mittlerem Strukturniveau eher seltener anzutreffen seien. Darüber hinaus stellte er fest, daß die Verteilung der Patienten zwischen Nachsorgeeinrichtung und Fachklinik - unter Berücksichtigung ihres Strukturniveaus - sehr unterschiedlich ausfiel. 1989 veröffentlichten HEIGL-EVERS und STANDKE (1989) einen „Sachbericht zum Forschungsprojekt Selbsterleben und Objektbeziehungen von Alkoholkranken“. Die von dieser Arbeitsgruppe untersuchte Fragestellung sollte fünf Annahmen zum Selbst- und zum Objekterleben, sowie zur Art der Beziehungen zwischen Selbst und Objekt überprüfen:

1. Die Selbsteinschätzung des Patienten ist diffus, instabil, schemenhaft, autoaggressiv, selbstdestruktiv und entwertend.
2. Die Einschätzung des Partners ist hoch ambivalent.
3. Alkoholkranke zeichnen sich durch strukturelle Beeinträchtigungen der Ich- Organisation auf einem relativ niedrigen Niveau aus.
4. Es zeigen sich insbesondere Einschränkungen hinsichtlich der Impulskontrolle und der Frustrationstoleranz.

5. Alkoholiker zeigen einen Mangel hinsichtlich der Fähigkeit, Triebbefriedigungen aufzuschieben oder sublimieren zu können.

Bei der Durchführung der Untersuchung wurden anhand von Interviewtranskripten neunzehn verschiedene Merkmale eingeschätzt, die zu übergeordneten Kategorien zusammengefaßt wurden: Die Objektbeziehungen, die narzißtische Gleichgewichtsregulierung, die Realitätsprüfung, die Urteilsbildung, die Regulierung von Impulsen und Affekten, sowie schließlich die Denkprozesse. Zur Untersuchung des psychischen Niveaus der Ich-Organisation wurde von dieser Arbeitsgruppe ein Fragebogen zur Ich-Organisation von Ekzem-Kranken (STREEK, 1983) an die Erfordernisse der Untersuchung von Alkoholikern angepaßt. Ferner wurden der Gießener Beschwerdebogen (GGB), semantische Differentiale zu den Personenkonzepten, sowie Fragebogen zur Verhaltensnormalität dem Probanden vorgelegt. Als Vergleichsgruppe wurden die gleichen Fragebogen Patienten, die an Morbus Crohn erkrankt waren, sowie Psychoneurotikern vorgelegt. Im Ergebnis zeigte sich, daß die Gruppe der alkoholabhängigen Patienten im Vergleich zu den beiden anderen eine sehr homogene Gruppe bildete, die sich durch ein besonders hohes Maß an Ich-Schwäche auszeichnete, wobei sich diese Ich-Schwäche nicht punktuell, sondern über den Gesamtkontext der Ich-Organisation darstellte. Außerdem zeigten die Alkoholiker im Vergleich zu den anderen beiden Untersuchungsgruppen unterschiedliche Bilder, sowohl von der realen Mutter, wie auch von der Idealisierung des Mutterbildes. Es wurde deshalb von den Autoren vermutet, daß es hier im Sinne der psychosozialen Abwehr zu Bagatellisierungen und Leugnungen bei diesen Patienten kommt und die Patienten somit die Möglichkeit haben, die illusionäre Vorstellung von einem primär narzißtischen Zustand des Wohlbefindens aufrechtzuerhalten. Als Schlußfolgerung stellte die Autorin fest, daß therapeutisch im Sinne der Nachentwicklung interveniert werden müsse.

Als einen Ansatz zu einer mehr am individuellen Prozeß orientierten Forschung untersuchte eine Arbeitsgruppe an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Tübingen (MANN, ACKERMANN, et.al. 1996) das Selbstbild bei über 110 Alkoholabhängigen am Anfang und am Ende einer sechswöchigen stationären Gruppentherapie. Als Untersuchungsinstrument wurde der Gießen-Test verwendet. In dem Artikel wird berichtet, daß sich im Verlauf der Behandlung signifikante Verbesserungen in folgenden Bereichen ergaben: Die Patientinnen und Patienten waren sozial-resonanter, durchlässiger und weniger depressiv. In Hinsicht auf die Skalen Grundstimmung und Kontrolle zeigten die stationären Patienten signifikante Unterschiede zur Normstichprobe. Zum Schluß soll noch ein 1997 von ROGENER, HÜLS und WARGERS veröffentlichter Artikel erwähnt werden, der den Titel trägt „Introjekte bei Alkoholikern und deren Veränderung in einer stationären Suchttherapie“. Das Interessante an dieser Arbeit ist, daß die Arbeitsgruppe einen identischen theoretischen Ansatz zugrundegelegt hatte und auch zum Teil mit den gleichen Forschungsinstrumenten arbeiteten, wie sie auch für die Erstellung der vorliegenden Dissertation eingesetzt worden sind. Wie auch in der vorliegenden Dissertation verwendeten ROGENER et al. zur Gewinnung ihrer Primärdaten die von BENJAMIN entwickelte SASB-Methode, die eine clusterweise Analyse sowohl von therapeutischem Prozeßgeschehen, wie auch Inhaltsanalyse ermöglicht.

ROGENER et al. stellen das Introjekt in seiner Funktion als Abwehrmechanismus mit einer entwicklungsfördernden strukturbildenden Funktion, die das Über-Ich-Ideal-System konstituiert, in den Mittelpunkt ihres Forschungsansatzes. Sie folgen LOCH (1968), in dessen Auffassung Identifikation und Introjektion die Resultate von Prozessen seien, bei denen es zur Übernahme von Rollen oder Merkmalen im Rahmen von Objektrelationen in den „psychischen Binnenraum“, wie er durch das System der Selbst- und Objekt-Repräsentanzen

dargestellt wird, komme. Es wird hier jedoch betont, daß im Unterschied zu den Objekt-Repräsentanzen des Es die Introjekte dauerhaft besetzt seien und regulierend wirksam würden, auch wenn ein (Trieb-) Bedürfnis nicht bestehe. Wir unterscheiden aggressiv sowie libidinös besetzte Introjekte, wobei die ersteren fordernd und verbotend wirksam seien im Sinne des Über-Ich, die letzteren hingegen im Sinne des Ich-Ideals die narzißtische Befriedigung steuerten, ein Ansatz, der auf PARKIN (1983) zurückgeht. Im Sinne von FREUD, A. wird in dem Artikel festgestellt, daß eine Person sich auch mit Introjekten identifizieren könne, wie es in dem bekannten Beispiel von FREUD „Identifizierung mit dem Angreifer“ der Fall ist. ROGENER et al. stellen drei wesentliche Abwehrfunktionen der Introjektion fest:

1. Die Aufrechterhaltung einer internalisierten Beziehung nach Objektverlust,
2. Den Schutz des Ichs vor verfolgenden inneren Objekten, durch Introjektion eines guten Objektes,
3. Die Stabilisierung einer guten Objektbeziehung durch Introjektion von deren bösen, unbefriedigenden Komponenten,

wie bei HINSHELWOOD (1993) und LOCH (1968) auch ausgeführt worden ist. Wie auch in der hier vorliegenden Dissertation gehen ROGENER et al. von der Auffassung aus, daß der Psychodynamik der Suchterkrankung ein introjiziertes böses Partial-Objekt zugrundeliege, dessen Destruktivität die Droge im Sinne eines Selbstheilungsversuchs vorübergehend neutralisiere. (zit. nach TRESS, 1985).

Von diesem Verständnis ausgehend, leiten die Untersuchenden drei Fragestellungen ab: Ob Zusammenhänge zwischen Introjekten und allgemeinen Persönlichkeitsmerkmalen, sowie vom Alkoholismus abhängigen Persönlichkeitsmerkmalen bestünden und ob bzw. wie sich die Introjekte von Alkoholikern während einer stationären Suchttherapie änderten.

An einer Stichprobe von 39 Männern mit Alkoholabhängigkeit untersuchte die Arbeitsgruppe die Introjekte vor und nach Behandlung mittels der Intrex-Langversion des Fragebogens nach TSCHULIN und GLOSSNER (1993), unter der Instruktion „Wie Ich mit mir selbst umgehe“. Zusätzlich wurden die Patienten in der ersten Behandlungswoche gebeten, das „Freiburger Persönlichkeitsinventar“ (FPI-R von FAHRENBERG, HAMPEL und SELG 1984) und das „Trierer Alkoholismusinventar“ (TAI ; FUNKE et.al. 1987) zu bearbeiten. Im Ergebnisteil stellen ROGNER et.al. fest, daß in einer Korrelation zwischen den Introjekten und den durch das FPI-R erfaßten Persönlichkeitsmerkmalen sich prägnante Assoziationen ergeben, für die feindseligen Introjekte a) Selbstanklage = Cluster 6, b) Selbsthaß = Cluster 7, sowie c) Selbstvernachlässigung = Cluster 8. Deshalb stellen ROGNER et al. in der Diskussion fest, daß sich die konsensfähige Hypothese, für die Psychodynamik der Sucht sei ein introjiziertes böses Partial-Objekt bedeutsam, sich bei ihrer Arbeit insofern bewährt habe, als „Zusammenhänge zwischen feindseligen Introjekten und dem alkoholabhängigen Erleben und Verhalten gesichert werden konnten“ (Zitat nach ROGNER et al. 1997).

So sei mit zunehmender Selbstanklage, Selbsthaß und Selbstvernachlässigung auch der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit und der Schweregrad der Schädigung ausgeprägter und der Alkohol diene mehr der Kompensation und Unterstützung. Diese Aussagen beruhen auf den Ergebnissen einer Korrelationsanalyse zwischen alkoholabhängigen Persönlichkeitsmerkmalen und den Introjekt-Clustern.

Als Ergebnis eines Vergleichs zwischen den empirischen von den Patienten durch Intrex-Selbsteinschätzung erhobenen Daten mit den von BENJAMIN spezifizierten 21 theoretischen Profilen („patterns“) stellen ROGNER et al. fest, daß sich für das Krankheitsbild des Alkoholismus aus den 21 theoretischen drei empirische Profile herausfiltern lassen, die

offensichtlich drei für Alkoholiker typischen Introjekt-Typen entsprechen: 1. Der Typus "Selbstliebe"; 2. Der Typus "Selbstliebe vs. Selbsthaß" und schließlich 3. Der Typus "Selbstbeschränkung".

In einem Vergleich dieser herausgefilterten Introjekt-Typen vor als auch nach der Behandlung stellen ROGNER et al. fest, daß sich die Introjekte im Rahmen einer stationären Suchtbehandlung geändert haben. Die Arbeitsgruppe fand eine Zunahme von wohlwollender Selbsterforschung, Selbstliebe, sich selbst umsorgen und Selbstkontrolle, sowie eine Abnahme von Selbstanklage und Selbsthaß.

2.3.5. Die Suchterkrankung im Therapeutischen Prozeß

Die Anzahl der Publikationen, die sich mit dem eigentlichen therapeutischen Prozeß in der psychodynamischen Therapie der Alkoholkrankheit auseinandersetzen, ist sehr begrenzt. Der schon erwähnte Artikel von TRESS, (1985) legte ja eine gewisse Reihenfolge des Therapieprozesses nahe. Es gibt nur einen - häufiger in der Literatur zitierten - Artikel (SILBER, 1970), der in Teilen die Form einer konkreten Therapieanweisung wie in einem Manual aufweist. Wenige andere Artikel versuchen mehr die Möglichkeiten und Grenzen von analytisch-orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken zu bestimmen.

In einem Übersichtsartikel zur Persönlichkeit von Alkoholabhängigen schreibt KÜFNER (1981), daß gerade die Unfähigkeit zum Aushalten von Konflikten und Spannungen als das Charakteristische für Alkoholabhängige erscheine. Diese befänden sich häufig entweder in der Abhängigkeitsphase in Form des Rückfalls oder Weitertrinkens, oder in der Gegenabhängigkeit in Form z.B. einer euphorischen Trinkpause⁵ eventuell mit der Hoffnung auf kontrolliertes Trinken in Zukunft. Bei Alkoholikern sei oft keine Konfliktfähigkeit vorhanden, was bedeute, daß für die Betroffenen gar kein Konflikt vorliege und dieser deshalb erst entwickelt werden müsse, damit es zu einer bewußten Entscheidung für Abstinenz kommen könne.

RAUCHFLEISCH (1972), zitiert bei KÜFNER, wies in einer Interpretation seiner Untersuchungen mit projektiven Testverfahren darauf hin, daß Alkoholabhängige im Unterschied zu Depressiven oder Zwanghaften häufig gar keine internalen Konflikte entstehen lassen und so die jeweils eine Hälfte des Konflikts, eventuell auch abwechselnd, ausleben könnten.

Ein umfassender und detaillierter Beitrag zum Thema stammt von HEIGL-EVERS (1977), der unter dem Titel „Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken“ auf der Jahreskonferenz des Verbandes der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke im März 1977 in München veröffentlicht wurde. Zu berücksichtigen ist bei diesem Beitrag allerdings, daß er sich auf stationäre Kurztherapie und nicht auf eine ambulante bezieht. Nach einer Darlegung der Begrifflichkeiten der Ich- und Objektpsychologie, soweit sie für den Bereich der Suchterkrankungen relevant erscheinen, beschreibt sie die Aufgaben einer Kurz-Psychotherapie mit Suchtkranken: “Der aufzuarbeitende Konflikt sieht folgendermaßen aus: Die beim Kind zunächst immer bestehende Spaltung in ein ‘gutes’ und in ein ‘böses’ Objekt konnte nicht durch Fusion aufgehoben und Objekt-Repräsentanzen konnten nicht mit den Repräsentanzen des Selbst

⁵ Eine hier und da zu hörende Sichtweise (siehe dazu auch den Abschnitt zur Gegenübertragung weiter unten) beschreibt die mit einiger Regelmäßigkeit wiederkehrenden erfolglosen Abstinenzversuche einiger Alkoholiker ungefähr mit den Worten: “Trinken wird durch den Entzug erst schön“. Dies könnte man eventuell auch als eine Reflektion auf den in anscheinend selbstzerstörerischer Absicht erfolgenden schweren Alkoholmißbrauch verstehen.

verbunden werden. Das Objekt blieb hoch ambivalent besetzt. Auf das 'gute' Objekt gerichtete Schuldgefühle, gegen das 'böse' Objekt gerichtete destruktive Aggressionen werden wegen der damit verbundenen Angst verdrängt. Das Objekt wird zur Stabilisierung der Abwehr externalisiert und in die Droge transsubstanziert.“ (ebenda Seite 15 / 16). Die Hauptaufgaben in der Therapie seien daher erstens die Rücknahme der Objekt-Externalisierung. Zweitens müsse dann die Bildung einer Übertragung auf den Therapeuten versucht und schließlich drittens eine Fusion von Objekt- und Selbst-Repräsentanzen bewirkt werden. Ferner seien die folgenden defizitär angelegten Ich-Funktionen in ihrer Entfaltung zu fördern: die Signalfunktion von Affekten wie Angst, Schmerz und Depression, die Affekt-Toleranz, die Frustrations-Toleranz sowie Teilfunktionen des Über-Ichs, speziell die Selbstbeurteilung und die Idealbildung. Eine dynamische, d.h. auf unbewusste Konflikte zentrierte Therapie, die gleichzeitig die Nachreife unterentwickelter bzw. gestörter Ich-Funktionen beabsichtige, sollte am Besten in zwei Phasen erfolgen. Die erste Phase sollte auf eine gesteigerte Selbstwahrnehmung von Affekten des Patienten zielen, wobei der Therapeut die Rolle eines Hilfs-Ichs zu übernehmen hätte⁶. Wesentlich daran sei, daß der Therapeut in anfänglicher Vertretung für den Patienten dessen Emotionen „lese“ und dem Patienten wahrnehmbar mache. Erreicht werden solle somit, daß der Patient von seinen eigenen Affekten nicht mehr überrascht werde. Ferner sei dem Patienten Lernen am Modell des Therapeuten möglich (durch Imitation) und schließlich könne dem Patienten das Angebot einer Identifikation mit einem wohlwollenden Objekt gemacht werden. Darüber hinaus solle in dieser ersten Phase die Affekt-Frustrations-Toleranz gesteigert werden. Analytische Interpretationen seien zu vermeiden. Stattdessen solle der Therapeut dem Patienten, anhand der vom Patienten in die Therapie gebrachten Themen, Erklärungen zur Herkunft und Funktion der erlebten Affekte geben. Die klassische analytische Haltung des schweigenden Abwartens sei zu vermeiden, da zur Herstellung der Beziehung zum Therapeuten die Kontakt-Initiative, das Ansprechen und Sprechen vordringlich sei. Aus Gründen der Objekt-Konstanz (zur Entwicklung der Bindung an eine Person) sei ein Therapeutenwechsel zu vermeiden.

Die zweite Phase sei konfliktzentriert und strebe die Umkehrung der vom Süchtigen seinerzeit vollzogenen Objekt-Externalisierung an, d.h. den direkten Abbau der Abhängigkeit vom äußerlichen Suchtstoff. Dabei solle die Institution der stationären Behandlung zu Hilfe genommen werden. Die Externalisierung war eine Notwendigkeit für den Patienten resultierend aus der Heftigkeit der auf das 'böse', weil versagende und verlassende Objekt (z.B. die Mutter während der frühesten Kindheit) gerichteten Aggression. Der Therapeut solle dauerhaft als das 'gute' Objekt fungieren, während sich abzeichnende Übertragungen des 'bösen' Objekts auf andere Bezugspersonen in der Klinik – im Sinne einer Übertragungsspaltung – zu fördern seien. Ebenso sollten notwendige Versagungen und Sanktionen nicht vom Therapeuten, sondern von anderen Personen durchgesetzt werden. Dabei solle allerdings der Therapeut bei aller Zugewandtheit und Verfügbarkeit auch klare Grenzen setzen und somit eine Modell-Funktion ausüben.

Im gleichen Sinne argumentiert MILLMAN (1986), der als Hauptproblem in der initialen Phase der Therapie⁷ mit Substanzabhängigen die Etablierung einer produktiven Beziehung sieht. Dies sei besonders schwierig mit Patienten mit einer Abhängigkeitsproblematik, da diese der Behandlung oft offen feindlich gegenüberständen. Sie würden auch oft die Existenz

⁶ „Auf der anderen Seite fungiert der Therapeut als Hilfs-Ich, indem er dem Patienten für dessen problematische Verhaltensweisen Alternativen anbietet, die gleichfalls authentischer Art sind, das heißt, sie beschreiben, wie der Therapeut sich in einer entsprechenden Situation verhalten würde“ (HEIGL-EVERS in HEIGL-EVERS, A.; HELAS, I; VOLLMERS, H.C. (Hrsg.): Die Person des Therapeuten, 1997.

⁷ Offenbar handelt es sich hierbei um stationäre Therapie, denn MILLMAN beschreibt zwar zu Beginn ambulante Kontakte mit Süchtigen, stellt aber in Fallvignetten stationäre Patienten vor.

des Abhängigkeitsproblems überhaupt leugnen. Ferner hätten sie häufig wiederholte Behandlungsmißerfolge aufzuweisen und meist die Kontrolle über den Gebrauch des Suchtstoffes verloren. Gleichzeitig aber seien diese Patienten in der Therapie oft sehr kontrollierend, ziemlich provokativ, und ihr Verhalten würde von anderen oft als selbstverwöhnend, primitiv oder unzivilisiert vom Therapeuten aufgefaßt. (Zu dieser Problematik der Gegenübertragung siehe die Ausführungen weiter unten, besonders von WEISS). MILLMAN stimmt auch mit HEIGL-EVERS darin überein, daß der Therapeut die therapeutische Beziehung in einer mehr aktiven Weise fördern sollte, als dies mit anderen Patientenkontakten normalerweise der Fall sei. Bedeutsamer allerdings als unhinterfragte Akzeptanz sei Wärme und eine allgemein unterstützende Haltung des Therapeuten. Der eigentliche Inhalt des Gespräches sei weit weniger relevant als das Stattfinden der therapeutischen Beziehung im Gespräch. Der Therapeut müsse auch – besonders in der initialen Phase der Therapie – stets wach gegenüber der häufigen Überidealisation des Therapeuten durch den Patienten sein, da dieser den Therapeuten oft als omnipotent und allwissend betrachte. Ein weiterer wichtiger Aspekt der initialen Phase der Therapie sei auch die Anleitung des Patienten durch den Therapeuten, seine Zeit zu strukturieren und solche mächtigen konditionierten Assoziationen, die mit dem Suchtmittelkonsum einhergehen, wie „Leute, Orte, Dinge“⁸ in ihrer Wirkung deutlich zu machen. Nach MILLMAN ist eine weitere wesentliche konditionierte Assoziation zum Suchtmittelmißbrauch ein sehr hohes Maß an Angst. Diese enorme, diffuse Angst des Patienten erscheint als Ausgangspunkt des Substanzmißbrauchs. Da die Substanz diese enorme Angst lindere, sei die Folge für den Patienten, daß er in Zukunft das Gefühl der Angst gar nicht mehr identifizieren könne, sondern in angsterzeugenden Situationen einen kräftigen Drang zum Gebrauch der Droge verspüre. Wesentliche Aufgabe sei daher, den Patienten wieder in Kontakt mit seinen eigentlichen Gefühlen zu bringen. Diese Wiederentdeckung der Gefühle bedeute für die Patienten eine signifikante Erleichterung und sogar Freude, da früher das einzige Gefühl in Stressituationen das Verlangen nach dem Suchtstoff war. Bis hierher finden sich wesentliche Übereinstimmungen zwischen den verschiedenen Autoren, was die einleitende Phase der Suchttherapie betrifft.

Im Unterschied zu den bisher zitierten Autoren schließt sich MILLMAN in der Frage, ob die der Abhängigkeit zugrundeliegende Psychopathologie zu identifizieren und zu behandeln sei, allerdings der Sichtweise BLUMES (1984) an. Beide finden, daß es zwar wünschenswert, aber nicht unabdingbar notwendig sei, die der Abhängigkeit zugrundeliegende Psychopathologie zu identifizieren und zu behandeln. Sie meinen, daß die Behandlung der prämorbidem Psychopathologie oder jener Symptomkomplexe, die aus dem Suchtmittelmißbrauch resultieren, nicht notwendigerweise das suchtmittelmißbrauchende Verhalten beseitigen und daß eine Auflösung des seelischen Konflikts nicht essentiell für die Erhaltung der Abstinenz sei. MILLMAN betrachtet also das aktiv erziehende und konfrontierende Vorgehen des Therapeuten als wesentlich in der Suchttherapie.

Ein ganz wesentliches Element psychodynamischer Therapie mit Alkoholabhängigen findet sich in einem Artikel von WEISS (1992), in dem er in Detail auf die Gegenübertragung⁹ in der Suchttherapie eingeht. Mit Hinblick auf die Gegenübertragung in der ambulanten Psychotherapie beschreibt er die wesentlichen Gegenübertragungsreaktionen wie starke

⁸ In der Methode der AA (Anonyme Alkoholiker) ist dies ebenfalls ein Eckstein in der Auseinandersetzung mit dem Kontrollverlust, als diese Umstände das Verlangen (craving) wesentlich mitbestimmen.

⁹ „Als Gegenübertragung wurde ursprünglich die spezifische Reaktion des Therapeuten auf die Übertragung des Patienten in der psychoanalytischen Therapie bezeichnet. Dieser Begriff zeigt eine deutliche Ausweitung. Heute bezeichnet man oft auch die Gesamtheit der bewußten und unbewußten Reaktionen des Arztes oder Therapeuten auf den Patienten als Gegenübertragung“ zitiert nach HOFFMANN und HOCHAPFEL (1994).

Erregung, Gefühl des Betrogen-Seins, autoritär-sadistische Regungen, Langeweile, Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagen-Sein, Geschmeichelt fühlen, Panik, Sympathie sowie positive Wertschätzung. Er stellt dabei jeweils den Zusammenhang dar zwischen diesen Emotionen und Gedanken des Therapeuten und dem Verhalten des Patienten sowie dem aktuellen Suchtverhalten und der Psychodynamik des Patienten. Dabei fällt auf, daß die Mehrzahl der Gegenübertragungsphänomene negativer Art sind. Die Bedeutung dieser Reaktionen des Therapeuten für den Ausgang der Therapie kann kaum überschätzt werden. Sie reichen von einem suboptimalen Ausgang der Therapie bis zur totalen Ablehnung des Patienten durch den Therapeuten mit frühzeitigem Abbruch der Therapie wegen Fehlentscheidungen. Da Alkoholismus eine potentiell lethale Erkrankung ist, wird der unresp. anbehandelte Patient somit einem gesteigerten Lebensrisiko preisgegeben. Eine Wachheit des Therapeuten in Bezug auf Gegenübertragungsreaktionen ist deshalb ein Gebot. Nach WEISS dient eine multimodale Therapie (individuelle und Gruppentherapie, Einbeziehung von Familienmitgliedern und anderen wichtigen Bezugspersonen des Patienten etc.) sowie regelmäßige Team-Besprechungen der Sicherstellung, daß auch andere relevante Sichtweisen berücksichtigt werden, um den Patienten voll zu verstehen.

Im Kontext von Gegenübertragung findet sich bei SCHULZE-DIERBACH (1995) die folgende Ausführung: "...uns mit der Frage auseinanderzusetzen, wie weit therapeutische Angebote zum Surrogat für das entzogene Suchtmittel werden, weil Kostenträger quantitative und qualitative Vorgaben hinsichtlich der therapeutischen Rahmenbedingungen machen und weil sie wie auch Therapeuten, wenn sie unreflektiert damit umgehen, sich co-abhängig verhalten und zur Chronifizierung von Konsumhaltungen und süchtigen Beziehungsqualitäten der Patienten beitragen. Menschen mit süchtigen Beziehungsmustern vereinnahmen natürlich auch Therapeuten süchtig: Die Inszenierung dieser archaischen Interaktionsbereitschaften wird in Gegenübertragungsphantasien ausformuliert wie "Jetzt trinken sie mich aus"; „nach jeder Therapie mit Herrn X bin ich völlig ausgelutscht“; „Frau M redet mich besoffen“; „mir ist, als ob Frau A meine Persönlichkeit verschlingen würde“.

Der weiter oben berichtete Sichtweise von MILLMAN und BLUME, daß es zwar wünschenswert, aber nicht unabdingbar notwendig sei, die der Abhängigkeit zugrundeliegende Psychopathologie zu identifizieren und zu behandeln, wird von SILBER (1974) widersprochen. So gibt er unumwunden zu, daß es oft sehr schwierig bis unmöglich für ihn war, zu verstehen, was der Suchtstoff für den Patienten wirklich bedeutet. Er schreibt, daß gerademal 5% der U.S.Bebevölkerung anerkennen, daß ihr Trinkverhalten mit Problemen zusammenhängen könnte, die aus ihrem Inneren herrühren. Nach seiner Sichtweise trinken Menschen übermäßig, um einerseits Schmerz zu vermeiden (dieser meist in Form unangenehmer Stimmungen oder Gefühle) und andererseits um sich zu befähigen, sich mit einem Haufen Konflikten in einer kompromißhaften Weise zu arrangieren. Als Gruppe gesehen neigen Alkoholiker zu impulsivem Verhalten und sind eher von Trieben beherrscht denn gezügelt. Als essentiell betrachtet er, wie alle übrigen Autoren, daß der Patient ermutigt werden solle, seine Gefühle zu erkennen, zu erfahren und zu akzeptieren. Aktionen auf der anderen Seite seien zu unterdrücken, da unvernünftig. Auch er sieht als allerersten Schritt in der Therapie mit dem Süchtigen die Notwendigkeit, ein starkes emotionales Band zwischen Patient und Therapeut zu knüpfen. Interessanterweise beschreibt auch SILBER, daß die Einstellungen des Therapeuten gegenüber dem Patienten und seiner Symptomatologie (Gegenübertragung) weitaus größeren Einfluß auf den Fortgang der Therapie haben als die vom Therapeuten zum Einsatz gebrachte jeweilige Therapiekonzeption. SILBER besteht darauf, daß der Therapeut im therapeutischen Prozeß anfänglich nicht das gesamte Interesse auf das Trinkverhalten an sich konzentrieren solle, sondern anerkennen solle, daß das Trinken die Weise des Patienten darstellt, mit kollidierenden Ideen und Impulsen umzugehen.

Übertragungsdeutungen sollten generell vermieden werden, mit der Ausnahme, daß nur therapiegefährdende negative Übertragungen interpretiert werden sollten. Gleiches solle für erotische Übertragungen gelten. Eines der wesentlichsten Anliegen SILBER's ist es, die Bedeutung, die die Eltern des Alkoholkranken für den Patienten und dessen Krankheit haben, zu bearbeiten. Er schreibt, daß jeder Alkoholkranke, den er in seiner Karriere bisher gesehen habe, zumindest einen Elternteil hatte, der manifest psychotisches Verhalten zeigte. Dies entweder im trunkenen Zustand oder als genuine Geisteskrankheit. In einem zweiten Artikel zum Thema (SILBER, 1970) geht er in detaillierter Weise auf die Strukturierung des therapeutischen Prozesses ein. Da sich seine Vorschläge weitgehend mit denen von HEIGL-EVERS decken (Therapeut leiht dem Patienten sein Ego als Hilfs-Ego) sei hier auf die Stelle weiter oben verwiesen. Er betont, daß ein Drittel der Verwandten ersten Grades von weiblichen Patienten psychiatrisch krank waren. SILBER schlägt vor, daß der Therapeut als möglicherweise erste gesunde und realitätstüchtige Person im Leben eines Patienten als elterliche Ideal- und Identifikationsfigur fungieren solle und meint, daß beobachtet worden sei, daß dies für einschneidende Verhaltensänderungen von Alkoholikern während Psychotherapien verantwortlich sei. Die Standards des Therapeuten würden schrittweise vom Patienten übernommen. Es sei überhaupt typisch für Trinker, daß sie nur allzu bereitwillig verschiedene Einstellungen anderer übernähmen. Daher solle der Therapeut diese Tendenz im Patienten nutzen und die defizitären Ich- und Über-Ichfunktionen, die als internalisierte Elemente des gestörten Elternteils im Patienten wirksam seien, schrittweise ersetzen. Ein erwiesenermaßen nützliches und wichtiges einleitendes Manöver zu Therapiebeginn sei daher, die Eltern zu Beginn als eine Art Monster darzustellen, indem deren krankhafte Merkmale überbetont werden. Im Voranschreiten der Therapie sollten dann die übrigen Merkmale der Eltern betrachtet werden, so daß der Patient zum Schluß in die Lage versetzt wird, seine Eltern vollständiger und objektiver zu sehen. Dies Vorgehen wird von SILBER als absolut notwendig erachtet insofern elterliche Psychopathologie in einer äußerst einflußreichen Weise zur Krankheit des Patienten beigetragen hätte. Es erscheint SILBER klar, daß einige der frühen Therapieabbrüche dadurch verursacht werden, daß entweder Patienten den elterlichen Anteil an der Genese ihrer Erkrankung leugnen oder Therapeuten es versäumen, diese elterliche Pathologie aufzuspüren. Nach dieser Klärung des elterlichen Anteils empfiehlt SILBER dann die Therapie in einer relativ standardisierten Weise mit der Bearbeitung dessen weiterzuführen, was die Persönlichkeit des Patienten zu dessen Schwierigkeiten beiträgt. Anzumerken ist, daß nach SILBER die feindselige Haltung einiger Therapeuten gegenüber ihren alkoholkranken Patienten daher rührt, daß diese in einer psychischen Abwehr versuchen, ihr Bild der eigenen Eltern zu bewahren.

Wegen des nur spärlich gesicherten Wissens über den Zusammenhang von Persönlichkeitspathologie und Alkoholabhängigkeit, insbesondere wegen des Fehlens von Interventionsstudien zur Wirkung von alkoholspezifischer Psychotherapie auf die Persönlichkeitspathologie oder umgekehrt den Einfluß von Therapie der Persönlichkeitspathologie auf den Verlauf der Abhängigkeit, empfehlen DRIESSEN und HILL eine vorläufige therapeutische Hierarchie. Diese Empfehlung berücksichtigt die Tatsache, daß gut die Hälfte der persönlichkeitsgestörten Alkoholiker zusätzlich noch eine Störung auf der diagnostischen Achse I (Angst / Depression) aufweisen. Sie empfehlen:

1. die Herstellung und Sicherung der Abstinenz
2. die Behandlung von Angst und/oder Depression erst danach
3. eine spezifische Therapie der Persönlichkeitspathologie.

(zit. nach von DRIESSEN und HILL, 1998).

2.3.6. Über Therapieziele, Erfolg, Therapieabbruch und das Problem des Scheiterns im Rückfall in der Suchtherapie

Allgemein wird in der Suchttherapie die Erlangung und Erhaltung der absoluten Abstinenz vom Suchtmittel als Kernpunkt jeder Erfolgsbemessung angesehen. Allerdings tut sich hier schon eine erste Schwierigkeit auf: wie eng soll der Begriff des Suchtstoffes beispielsweise gefaßt sein? Nach SCHULZE-DIERBACH (1995) beispielsweise „...wäre zu prüfen, auf welche Suchtsurrogate Therapeuten ihr Augenmerk nicht oder nicht ausreichend richten, welche Suchtersatzstoffe darüber einer therapeutischen Bearbeitung entgehen und, damit zusammenhängend, ob, und wenn ja in welchem Ausmaß, wir Abstinenz oder kontrollierten Konsum fordern müssen. Hier sei an Zigaretten, Kaffee oder Süßigkeiten erinnert, die sich Patienten zum Teil in erheblichen, gesundheitsgefährdenden Mengen zuführen, an Einkäufe von Lebensmitteln zusätzlich zur Klinikverpflegung, an das Horten von Nahrungsmitteln in den Zimmern, vielleicht auch an das literweise Trinken von Mineralwasser...Wir (die Therapeuten, (der Verf.)) geben darüber ein Zeichen, welche Formen süchtiger Beziehungsaufnahme von uns für `gut` oder `schlecht` gehalten werden, bei welchen Objekten für uns kein Abstinenzgebot besteht, welche Surrogate wir tolerieren. Damit steuern wir die Wahrnehmung der Patienten auf einen engeren oder weiteren Bereich der von ihm unbewußt gestalteten süchtigen Beziehungen, belassen ihm mehr oder weniger seine süchtigen Befriedigungsmöglichkeiten; wir erweitern oder begrenzen den Raum, in dem er spüren kann, welche Art von Unbefriedigtsein, welche Ängste, welche Impulse den Griff zu Suchtmitteln auslösen, und schließlich verhindern oder ermöglichen wir andere, reifere, personalere Verarbeitungsformen von schwer aushaltbaren Affekten zu erproben und unter unserer Begleitung fester im Erlebens-, Konflikt- und Verhaltensrepertoire zu verankern. Damit steuern wir enger oder weiter gefaßte Therapieziele; darüber beantworten wir die Frage danach, wieviel Unabhängigkeit wir bei diesem oder jenem Patienten für aushaltbar, wünschenswert, notwendig halten beziehungsweise wieviel Abhängigkeit von welchen Objekten wir ihm zugestehen. Manchmal grenzt sich therapeutische Einflußnahme ein auf die Suche nach benigneren süchtigen Beziehungsformen oder Suchtstoffen: beispielsweise Kaffee statt Alkohol, die Beziehung zu einem funktionalisierten personalen statt einem apersonalen stofflichen Objekt“ (zit. SCHULZE-DIERBACH, 1995).

Außerdem ist bei der Bemessung von Erfolg oder Mißerfolg die enorme Attraktivität der Alkoholwirkung für den Patienten zu sehen. Dieser Attraktivität steht der Therapeut zunächst nur mit der Forderung des Verzichts gegenüber. Dazu kommt dann ein Angebot zur Teilnahme an einer Therapie, die für den Patienten als eine risikoreiche, fordernde Beziehung zu einem vorerst Unbekannten erscheinen muß. Dies vor dem Hintergrund einer Lernerfahrung von möglicherweise unzuverlässigen, fordernden oder gar feindseligen Beziehungen zu Schlüsselfiguren im bisherigen Leben des Betroffenen. Offeriert wird der unverstellte Blick auf schmerzvolle Realitäten und nur eventuell schimmert am fernen Horizont eine Verbesserung der Lebensqualität oder sogar Genesung (nach BÜCHNER, 1997, verändert).

Kaum ein Autor (siehe bei SCHULZE-DIERBACH, 1995; BÜCHNER, 1997) versäumt es bei der Diskussion der Maßstäbe für Erfolgs- bzw. Mißerfolg, das Umfeld des eigentlichen therapeutischen Geschehens genauer zu betrachten. Da dies vom Ziel dieser Arbeit wegführt, seien hier nur Stichworte dieser Diskussion angeführt. Therapieziele und damit Kriterien für den Erfolg einer Therapie werden im Spannungsfeld von Rentenversicherungen und anderen Kostenträgern, den Kliniken und anderen Versorgungseinrichtungen, sowie Arbeitgebern einerseits festgelegt. Dazu treten Behandlungsaufträge von Verwandten und Bekannten des Betroffenen. Therapeuten formulieren Therapieziele ihrem therapeutischen Selbstverständnis folgend und in Übereinstimmung mit schon vorformulierten Konzepten und Zielen, aber auch

in Abhängigkeit von ihrer Persönlichkeitsstruktur und ihrer Gegenübertragung. Der Kreis der Beteiligten schließt sich mit dem Hinzutreten des Patienten. Nur wenige können überhaupt Behandlungsziele definieren, die aus dem Leiden an ihrer Suchterkrankung resultieren. Oft ist der von außen (Familie, Arbeitgeber etc) erzeugte Leidensdruck größer. Einige Patienten sind unter ihrem Leidensdruck zusammengebrochen und erwarten sofortige Linderung und eine Lösung aller Probleme vom Therapeuten, um nicht in tiefe Resignation und Depression zu versinken. Wieder einige fürchten eine Auseinandersetzung mit ihrem einzigen Liebes- und Suchtobjekt und reagieren auf das Therapieangebot mit Widerstand. Und einige entschließen sich zur Teilnahme an eine Therapie mit einem klaren Versorgungsgedanken im Kopf – weil es außerhalb der Therapie (-institution) keine Alternativen für sie gibt.

Nach SCHULZE-DIERBACH (1995) sind folgende Punkte für eine Formulierung von Therapiezielen wesentlich:

1. Es gilt herauszufinden, welche Phantasien dem Suchtmittel gelten, für welches Objekt es stellvertretend steht, welche Wirkung es im Inneren auslöst, welche Affekte und Verhaltensweisen es ermöglichen, welche es ausschalten soll.
2. Es sollte herausgefunden werden, welches Therapieangebot der Patient in seiner Gesamtsituation benötigt (körperlich, seelisch und sozial) – dies diene auch der eigentlichen Klärung des Therapiezieles.
3. Es sollte das Auslösen von informationsverarbeitenden Affekten wie Staunen, Betroffenheit, Stutzen, Überraschung provoziert werden, da diese bedeutsam für die Veränderungsmotivation seien.
4. Weitergehende Therapieziele könnten dann Organisation oder Wiederherstellung von Ich-Funktionen sein.
5. Ein weiteres Ziel müsse sein herauszufinden, wieviel Abhängigkeit der Patient brauche, bzw. wieviel Autonomie für den Patienten erreichbar und wünschenswert sei. Dies setze für den Therapeuten voraus, daß er seinen eigenen Autonomie-Abhängigkeitskonflikt verarbeitet habe.
6. Schließlich stellt Schulze-Dierbach fest, daß, da bei chronischen Erkrankungen Rückfälle eher die Regel als die Ausnahme seien, daher das Ziel einer „lebenslangen zufriedenen Abstinenz“ eher ein nicht einlösbares Ziel sei und statt eines großen Gesamtziels verschiedene Teilziele leichter zu erarbeiten seien, deren Erreichen den Patienten auch eher zum Weitermachen motivierten.

Mit Hinsicht auf den Rückfall stellt SCHULZE-DIERBACH (1995) fest, daß eine therapeutische Begleitung des Rückfalls produktiver sei statt eine schnelle Ausgrenzung des Rückfälligen. Gerade die bearbeitung des Rückfalls ermögliche ein intensives Kennenlernen und späteres Antizipierenlernen rückfallgefährdender Situationen, zu denen der Patient sonst keinen Zugang fände. So könnten Rückfallsituationen mit Signalangst besetzt werden und der Patient eine Vorstellung entwickeln, unter welchen Bedingungen er abstinent leben kann (SCHULZE-DIERBACH, 1995). ROST bemerkt zum Problem des Umgangs mit dem Rückfall mit Blick auf die Therapeuten, daß sie sich mit disziplinarischen Maßnahmen wie einer Entlassung aus der Therapie vor eigenen Gefühlen der Kränkung sowie Beraubung ihrer therapeutischen Potenz zu schützen versuchen (ROST, 1987). BÜCHNER nimmt eine Unterteilung der Rückfälle in zwei Gruppen vor: die ich-syntonen Rückfälle, die mit den bewußten Strebungen und Überlegungen des Patienten in Einklang stünden sowie die ich-dystonen Rückfälle, bei denen „unter dem Einfluß nicht steuerbarer innerer Kräfte erneut

Alkohol getrunken wird und eine Dissonanz zwischen dem Rückfall und den bewußten Absichten des Patienten deutlich würde“ (zit. nach BÜCHNER, 1997). Bei der ersten Gruppe hätten vom Trinkwunsch genährte Zweifel an der Notwendigkeit der Abstinenz zu erneutem Trinken geführt und die sich festigende Überzeugung, wieder – kontrolliert – trinken zu können, stelle meist ein unüberwindliches Hindernis in der Therapie dar und könne durchaus eine Beendigung der Therapie rechtfertigen. Die zweite Gruppe hingegen könne – nach schwerer Schädigung in kürzester Zeit im Gefolge des erneuten Trinkens – unter nunmehr erhöhtem Leidensdruck die Therapie fortsetzen wollen. (ebd.).

Mit Blick auf den Ausgang von Therapien (Outcome) zitiert MILLMAN eine Übersichtsarbeit von SMITH, GLASS und MILLER, die 475 psychotherapeutische Outcome-Studien mit 2000 Ergebnis-Maßen untersuchten. Sie schlossen aus ihren Ergebnissen, daß Psychotherapie zu einer signifikanten Verbesserung führt, sie waren aber nicht in der Lage zu zeigen, daß einige Therapiekonzepte anderen überlegen waren oder daß einige Patienten-Therapeuten Kombinationen produktiver waren als andere.

In ihrem schon oben erwähnten Artikel zur Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Patienten mit chronischem Alkoholismus schlagen VON DER STEIN et al. vor, diese Patienten in einem stationären Rahmen zu behandeln, was aktivere Maßnahmen gestatte, das Ausagieren der pathologischen Abwehrformen zu verhindern und striktere Grenzen zu setzen. Die Indikation zu einer intensiven Psychotherapie könne erst nach Entgiftung gestellt werden. (VON DER STEIN und PODOLL, 1993)¹⁰. ROUSANVILLE et al. stellen fest, daß in ihrer Studie drei Merkmale, die bei der Aufnahmeuntersuchung erhoben wurden zur Voraussage des Therapieergebnisses in der 1-Jahres-Katamnese taugen: 1. die psychiatrische Diagnose, 2. das globale Ergebnis bei den Ratings und 3. der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit. Dabei ergaben sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede, insofern eine Psychopathologie sowie ein größerer Schweregrad der Alkoholabhängigkeit bei Männern nach einem Jahr mit einer schwereren Alkoholabhängigkeit und mehr damit verbundenen Problemen einhergeht. Bei Frauen war Depression mit einem besseren Abschneiden nach einem Jahr nach Therapieabschluß assoziiert. Persönlichkeitsstörungen und Drogenmißbrauch hingegen verschlechterten das Ergebnis nach einem Jahr. Dabei war der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit nicht entscheidend.

Mit Blick auf die erzielten Ergebnisse schreiben JUNKERT-TRESS et al. (1999) in ihrem Bericht über das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt (DKZP) wie folgt. Von einer Gesamtstichprobe von 83 Patienten (männlich: 23 / weiblich: 59) fielen 26 in die Gruppe mit Persönlichkeitsstörungen, 31 hatten psychosomatische Störungen und 25 litten unter Neurosen. Zur Messung der Effektstärken der durchgeführten Therapien wurden zahlreiche Untersuchungsinstrumente wie der BSS und GAF eingesetzt, die im nächsten Abschnitt näher beschrieben werden, da sie auch in der vorliegenden Arbeit eingesetzt wurden. Nachuntersuchungen fanden in Intervallen bis zum Zeitraum von 5 Jahren statt. Die Autoren berichten, daß in ihren Fokaltherapien die Patienten mit psychosomatischen Störungen am besten abschnitten, während in ihrer Persönlichkeit gestörte Patienten im Vergleich zu den neurotischen noch gut von der Therapie profitierten. Da zahlreiche Patienten mit neurotischen oder Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig eine Komorbidität mit Alkoholismus aufweisen wäre es interessant, die Beeinflussung der Komorbidität bei dieser Form der Behandlung der Hauptstörung zu untersuchen.

Ein Forschungsbericht von BEATTIE et al. (1997) greift eine These BACON's (1973) auf, die behauptet, daß die sozialen Umstände und Beziehungen während und nach

¹⁰ Es stellt sich dem Leser hier die Frage, ob die Ausführung so zu verstehen ist, daß bei weiterem Alkoholabusus die Indikation in Frage gestellt wird, also die Beendigung der Therapie impliziert ist (der Verf.)

Alkoholentzugsbehandlung bedeutsamere Kräfte im Prozeß der Genesung seien, als professionelle Alkoholismus-Therapeuten. Ein wichtiges Ergebnis ihrer eigenen Studie ist, daß soziale Beziehungen häufiger beeinflussen können, ob oder ob nicht jemand an einem bestimmten Tag Alkohol trinkt (Anteil der abstinenten Tage), wie oft an Trink-Tagen dann auch heftig getrunken wird (Anteil der Tage mit großen Alkoholverbrauch). Dabei zeigt eine Aufforderung von Freunden, abstinent zu bleiben, den größten Einfluß auf die Anzahl der tatsächlich abstinenten Tage. Unterstützung im Arbeitsumfeld wirkt gleichartig, obwohl viel schwächer als sogar die Familie. Dem gegenüber zeigt eine Aufforderung zur Abstinenz durch Familienmitglieder einen Einfluß sowohl auf die Anzahl der abstinenten Tage wie auch der Tage mit heftigem Trinken, wenngleich die Wirkung der Familie insgesamt schwächer ausfällt als die Intervention der Freundes-Gruppe, aber stärker ist als die der Kollegen. Es wird vermutet, daß Freunde und Kollegen einen stärkeren Einfluß auf die Intention des Trinkers haben, während Familienmitglieder nicht ganz so erfolgreich sind, das Trinken des Patienten ganz zu verhindern, aber erfolgreicher sind, die eigentliche Trinkmenge zu zügeln. Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu den von den Alkoholikern subjektiv angegebenen Einflüssen der Anderen auf ihr Trinkverhalten: sie meinten, daß die Familie den stärksten abstinenzfördernden Einfluss ausübe (BEATTIE und LONGBAUGH, 1997).

Es stellt sich nach dem bisher Gesagten also die Frage, ob man bei einer vollständigeren Ich-Entfaltung des Patienten durch Veränderung seiner Objektbeziehungen (von apersonalen Teilobjektbeziehungen hin zu personalen Ganzobjektbeziehungen) und einem differenzierteren Affekterleben sowie Affektsteuerung, und Verbesserung des Selbstwertgefühls des alkoholsüchtigen Patienten durch die Behandlung noch von einem vollständigen Scheitern einer Therapie sprechen könne, selbst wenn das große Ziel einer vollständigen und zufriedenen Abstinenz – zumindest in der jeweils betrachteten Therapie - nicht erreicht wurde.

3. Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie Projekt

In einem erst kürzlich publizierten Artikel stellen JUNKERT-TRESS et al. (1999) das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie Projekt mit einigen Ergebnisse dar. Die Behandlungen wurden mit 82 Patienten durchgeführt, die verschiedene seelische Grunderkrankungen aufwiesen. Die im Rahmen des Projekts behandelten Patienten hatten Erkrankungen entweder aus der Gruppe der Psychosomatischen Störungen (n= 31), Psychoneurosen (n=25) oder Persönlichkeitsstörungen (n=26). Die Behandlungen waren standardisiert mit je 25 Sitzungen und es wurden Untersuchungsinstrumente eingesetzt, von denen die meisten im Folgenden auch ausführlicher dargestellt werden. Namentlich wurden der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS), die Global Assessment of FunktioningScale (GAS), das Zyklische-Maladaptive Muster (CMP), die Symptom Check List (SCL-90-R) sowie die Strukturele Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) eingesetzt. Katamnesen wurden nach ½ Jahr, 1,2, und 5 Jahren erhoben. Der Artikel konzentriert sich aber neben der eingesetzten Methodik vor allem auf die Effektstärken der eingesetzten Therapien auf die verschiedenen Patientenpopulationen innerhalb der Gesamtstichprobe. Auf die Ergebnisse wird im siebten Kapitel innerhalb der Diskussion noch eingegangen.

In der vorliegenden Arbeit wurden die gleichen Untersuchungsinstrumente eingesetzt mit Ausnahme der SCL-90-R. Allerdings wird hier eine andere Subpopulation der gleichen Gesamtstichprobe von Patienten untersucht und es werden andere Inhalte untersucht: Patienten mit entweder Psychosomatischen Störungen, Psychoneurosen oder Persönlichkeitsstörungen mit begleitender Alkoholproblematik.

Im Unterschied zu der weiter oben ausführlich dargestellten Forschungsarbeit von ROGNER et al. geht es hier nicht nur um die Untersuchung von Introjektveränderungen bei Alkoholikern während einer psychodynamischen Therapie, sondern es soll durch die Verwendung sowohl der SASB-Methode nach BENJAMIN¹¹ in Koppelung mit der CMP-Methode nach STRUPP und BINDER (1991, Näheres zur Methodik siehe unten) versucht werden, die Introjekt-Veränderungen des Alkoholikers als therapieabhängige Variable zu erfassen unter der Fragestellung: Wer spricht wann und wie in der Therapie über Alkohol und wie verändert sich das Introjekt des Alkoholikers unter dem dynamischen Einfluß der CMP-gesteuerten ambulanten Kurzzeitpsychotherapie .

Während mit der SASB-Methode die Abbildung des Introjekts im Therapieverlauf ermöglicht wird, sollen die Konfliktodynamik und der Therapieeinfluß durch das Instrument des CMP's abbildbar werden. Dabei könnte die Hypothese überprüft werden, daß sich in einer erfolgreichen Kurztherapie mittels Inhaltsanalyse der aktuellen Beziehungsgeschichten (Erfolg bestimmt anhand von Introjektveränderungen) Veränderungen finden lassen im Sinne von Disaffiliation zu Affiliation auf der Introjektebene und gegensinnigen Veränderungen in der Beziehung zur Droge.

3.1. Verwendete Untersuchungsmethoden

3.1.1. Erstinterviews

Im folgenden sollen alle verwendeten Untersuchungsmethoden dargestellt werden , wobei alle Patienten in der gleichen Art und Weise untersucht worden sind und in der Dokumentation lediglich dort Lücken auftraten, wo aufgrund von Therapieabbruch keine Unterlagen am Ende

¹¹ siehe hierzu die Darstellung im Arbeitsbuch „Die Strukturele Analyse Sozialen Verhaltens – SASB“ von TRESS, 1993).

der Therapie vorliegen. Für jeden Patienten liegen Erstinterviews vor, die meist von einem Therapeuten durchgeführt worden waren, der nicht der therapierende Arzt des Patienten war. Diese Erstinterviews wurden herangezogen, um zum einen die Diagnose aufzuführen und zum anderen den Hintergrund für die hier untersuchte Alkoholproblematik eines jeden Patienten abzubilden. Besonders relevante Merkmale, wie sie in den Erstinterviews erwähnt sind, werden im Ergebnisteil in Form einer Tabelle für jeden Patienten einzeln aufgeführt.

3.1.2. Global Assessment of Functioning Scale (GAS)

Bei der GAS handelt es sich um ein Verfahren für die Messung der Gesamtbeeinträchtigung und Schwere von psychiatrischen Störungen. Die folgende Darstellung orientiert sich an dem Artikel von ENDICOTT (1976), in der die GAS vorgestellt wird als eine Rating Scale für die Evaluierung der Gesamtfunktion einer Person während einer bestimmten Zeitperiode und auf einem Kontinuum von psychologischer oder psychiatrischer Gesundheit oder Krankheit. Historisch basiert die GAS auf einer 1962 von LUBORSKY entwickelten Health-Sickness Rating Scale (HSRS), ist allerdings weiterentwickelt und verfeinert worden.

Die Zeitspanne, die bewertet wird, ist generell die letzte Woche vor der jeweiligen Erhebung. Die Skala reicht von dem Wert 1, der theoretisch das am meisten beeinträchtigte Individuum repräsentiert, bis zu dem Wert 100, wobei 100 das hypothetisch gesündeste Individuum beschreibt. Die Skala ist unterteilt in zehn gleiche Intervalle, von 1 - 10, von 11 - 20, usw. bis 91 - 100.

Die zwei letzten Intervalle 81 - 90 und 91 - 100 stehen für solche Personen, die nicht nur ohne jegliche Psychopathologie, sondern mit einer ausgesprochen positiven geistigen Gesundheit zu beschreiben sind. Dieses bedeutet ein sehr gutes Funktionieren der Psyche, einen weiten Bereich von Interesse, soziale Durchsetzungsfähigkeit, Wärme und Integrität.

Die große Mehrheit von Patienten in Behandlung wird sicherlich mit einer Ratingzahl von 1 - 70 bewertet werden, wobei die meisten ambulanten Patienten Werte zwischen 31 und 70 erreichen.

Bei der exakten Platzierung eines jeweiligen Patienten im Zehnerbereich orientiert man sich an den angrenzenden Intervallen, um zu entscheiden, ob der Betreffende dichter an dem höheren oder niedrigeren angrenzenden Intervall zu plazieren ist. So würde beispielsweise ein Patient im Bereich 21 - 30, der allerdings wesentlich näher an dem niedrigeren Bereich von 11 - 20 ist, einen Zahlenwert von 21, 22 oder 23 bekommen, während ein anderer Patient, der von dem höheren Intervall gleich weit entfernt ist, einen Zahlenwert von 26 oder höher bekäme.

Bei der Durchführung des Rating ist ferner darauf zu achten, daß die Bewertung der Gesamtfunktion während der vorangegangenen Woche nicht durch Erwägungen zur Prognose, früheren Diagnosen oder dem Gesamteindruck der zugrundeliegenden Störung beeinflusst wird. Jedenfalls sollte unberücksichtigt bleiben, ob der Patient zur Zeit eine Medikation oder eine andere Form von Therapie erhält.

Die zur Durchführung des Rating benötigte Information kann aus verschiedenen Quellen stammen, zum Beispiel einem direkten Gespräch mit dem Patienten oder einem zuverlässigen Informanten oder aus Patientenakten. Um ein Rating im niedrigen Bereich der Skala vorzunehmen, wird man sicherlich nur wenige Informationen benötigen. Das Wissen über wiederholte Selbstmordversuche eines Patienten und die daraus resultierende ständige Betreuung ist ausreichend und wird zu einem Zahlenwert von 1 - 10 führen. Auf der anderen Seite wird man relativ viel Information benötigen, um einen Patienten mit nur geringfügigen Störungen der psychischen Funktion genau zu beschreiben.

Die GAS-Bewertung gilt als sehr reliabel, da bei der Entwicklung der Ratingmethode wenigstens fünf verschiedene Reliabilitätstests durchgeführt worden waren, die gezeigt haben, daß auch zwischen verschiedenen Gruppen von Ratern, wie Forschern auf der einen Seite und Therapeuten auf der anderen Seite, ein Interklassen- Korrelations-Koeffizient von .85 gemessen wurde. Relativ niedrig fallen die Werte aus für die Korrelation zwischen dem GAS Rating System und anderen unabhängigen Meßverfahren für die Bemessung der Symptomschwere.

Die beiden Methoden, mit denen die GAS verglichen wurde, waren der Mental Status Examination Record (MSER), sowie die Psychiatric Status Schedule (PSS). Ein anderer Parameter, der herangezogen worden war, um die Richtigkeit der Messung mit der GAS festzustellen, war der Vergleich mit der Wiederaufnahmeanzahl der Patienten. Dabei stellte sich heraus, daß ein GAS-Wert von unter 40 sehr wohl in der Lage war, eine hohe Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit für einen Patienten in das Krankenhaus vorauszusagen, während ein GAS-Wert von etwa 60 sehr wohl andeutet, daß nur eine geringe Wahrscheinlichkeit für eine Rehospitalisation anzunehmen ist.

Zusammenfassend läßt sich über die GAS sagen, daß nicht nur die sehr hohe Reliabilität sondern vor allem die Richtigkeit der Testergebnisse die häufige Anwendung in der täglichen Praxis erklärt, wobei die Bewertung der Richtigkeit notwendigerweise eine indirekte ist. Als Argumente für den Einsatz des GAS werden von ENDICOTT drei Momente genannt:

Die hohe Korrelation mit anderen unabhängigen Rating Systemen für die Gesamtschwere der Patientenbeeinträchtigung; die Voraussagerichtigkeit für eine (stationäre) Wiederaufnahme von Patienten; die Empfindlichkeit des Tests, Veränderungen in der Gesamtschwere der Patientenbeeinträchtigung festzustellen.

Obwohl die Übereinstimmung mit anderen unabhängigen Rating Systemen relativ gering ausgefallen ist, ist die GAS aufgrund ihrer sehr hohen Sensitivität für Veränderungen, wie auch der richtigen Voraussage für Patientenwiederaufnahme in stationäre Therapie, ein weit verbreiteter, dabei relativ einfacher und effizienter Test, um die globale Patientenbeeinträchtigung zu messen und über den Therapieverlauf zu verfolgen.

Darstellung der Global Assessment of Functioning Scale (GAS)

Das hypothetische Kontinuum von völliger geistiger Gesundheit bis geistiger Beeinträchtigung wird unterteilt in Intervalle :

- | | |
|----------|--|
| 100 - 91 | Keine Symptome, überlegene Funktion, mit einem weiten Bereich von Aktivitäten, Lebensschwierigkeiten scheinen niemals aus der Hand zu gleiten. Der Betreffende ist bei seinen Mitmenschen wegen seiner Integrität und Wärme begehrt. |
| 90 - 81 | Vorübergehende Symptome können sich ereignen, gute Funktion in allen Bereichen, Interesse und ein großer Bereich von Aktivitäten, soziale Kompetenz. Der Patient ist generell zufrieden mit seinem Alltagsleben und nur gelegentlich scheint ihm dieses aus der Hand zu gleiten. |
| 80 – 71 | Geringfügige Symptome können vorhanden sein, aber stellen nicht mehr als eine leichte Beeinträchtigung der Funktionen dar. Verschiedene Grade von Alltagssorgen und -problemen können manchmal aus der Hand gleiten. |
| 70 - 61 | Einige milde Symptome (wie depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) oder einige Schwierigkeiten in verschiedenen Gebieten der |

psychischen Funktion, aber generell gut funktionierend. Diese Patienten haben wichtige interpersonelle Beziehungen und die meisten nicht ärztlich ausgebildeten Menschen würden diese Patienten nicht als krank einstufen.

- 60 - 51 Moderate Symptome oder generelle Schwierigkeiten mit einigen Funktionen (wenige Freunde und schwache Affekte, depressive Stimmung, pathologische Selbstzweifel, euphorische Stimmung und gehetzte Sprache, mittelschwer antisoziales Verhalten).
- 50 - 41 Jede schwere Symptomatologie oder Verschlechterung in Funktionen, die die meisten Kliniker als behandlungswürdig einstufen (wie suizidale Ankündigungen oder Gesten, schwere Zwangsrituale, häufige Angstattacken oder stark antisoziales Verhalten, unkontrollierbares Trinken).
- 40 - 31 Stärkere Verschlechterung in einigen Bereichen (wie Familienbeziehungen, Arbeit, Urteilsfähigkeit, Denken oder Stimmung, Vermeiden der Kontakte zu Freunden, Vernachlässigung der Familie, Unfähigkeit Hausarbeit zu erledigen) oder einige Verschlechterungen in Tests oder in der Kommunikation (Sprache ist zeitweilig unverständlich, unlogisch oder irrelevant) oder ein einziger schwerer Selbstmordversuch.
- 30 - 21 Schwere Funktionsbeeinträchtigung auf den meisten Gebieten (z.B.: Bleibt den ganzen Tag im Bett) oder Verhalten ist bemerkenswert stark beeinflusst, durch Wahn oder Halluzination oder schwere Verschlechterung der Kommunikation (manchmal inkohärentes Sprechen oder Nichtantworten) oder eingeschränkte Urteilsfähigkeit (unangebrachtes Verhalten).
- 20 - 11 Die Patienten sind auf Hilfe angewiesen, um zu vermeiden, daß sie sich selbst oder andere verletzen oder um ein Mindestmaß an persönlicher Sauberkeit einzuhalten (z.B. wiederholte Selbstmordversuche, häufiges gewalttätiges, manisches Verhalten oder Stuhlverschmieren) oder schwere Beeinträchtigung in der Kommunikation (weithin inkohärente Sprache oder Stummheit).
- 10 - 1 Die Patienten benötigen andauernde Überwachung für einige Tage, um die Selbstverletzung oder die Verletzung anderer zu verhindern oder weil sie keinerlei Versuche zur Einhaltung einer minimalen persönlichen Hygiene unternehmen.

3.1.3. Der Beeinträchtigungs- Schwere- Score (BSS), (nach SCHEPANK, 1995)

Der BSS soll aus Expertensicht einschätzen, wie schwer ein Mensch durch seine psychogene Symptomatik insgesamt beeinträchtigt ist (= Summenwert) und in welchem Bereich diese Beeinträchtigung bevorzugt liegt (= Profil). Der Untersucher gewichtet im BSS die Beeinträchtigung eines Menschen durch seine psychogene Erkrankung auf drei Dimensionen:

1. Die körperliche Beeinträchtigung (KÖ);
2. Die Beeinträchtigung im psychischen Bereich, im Erleben (PSY);
3. Die sogenannte sozialkommunikative Beeinträchtigung, d.h. in einer zwischenmenschlichen oder Verhaltensdimension (SOKO).

Jede Dimension umfaßt fünf Stufen, die Schweregrade 0 bis 4. Diese Schweregrade gelten für alle drei Dimensionen.

Ein Summenwert von:

- 0 - 1 - ist als optimale Gesundheit anzusehen.
- 2 - 3 - entspricht einer schon leichten Grundstörung.
- 4 - 5 - findet sich als deutliche Störung von Krankheitswert ; am häufigsten bei der ambulanten Inanspruchnahme der Klientel, die mit gutachterlichen Richtlinien- / Langzeitpsychotherapie versorgt wird.
- 6 -7 - repräsentiert eine bereits ausgeprägte und schon ziemlich schwer beeinträchtigende Erkrankung.
- 8 - 9 - entspricht einer außerordentlich schweren Erkrankung.
- 10-12 - beschreibt die - erfahrungsgemäß sehr seltenen - in jeder Hinsicht schwerst gestörten Patienten, mit extremer Erkrankung und ihrer Folge in allen drei Dimensionen.

Bei der Ermittlung der Werte im BSS für einen Patienten werden unter anderem eine detaillierte Erfassung der aktuellen Symptomatik, sowie eine biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem oder lerntheoretischem Aspekt, drittens die Erfassung der symptomauslösenden Versuchungs- und Versagungssituation bzw. Stimulus- Konstellation und schließlich die Diagnostik der Persönlichkeitsstruktur und der gesamten aktuellen Lebensbezüge benötigt.

3.2. Das Zyklisch-Maladaptive Beziehungsmuster (CMP)

Das Zyklisch-Maladaptive Muster (CMP) einer Person dient der Darstellung der wesentlichen interpersonellen und internalisierten Beziehungsgeschichte eines Patienten. Die zwischenmenschlichen sowie innerseelischen Lebenserfahrungen eines Patienten werden dort fokusartig formuliert und die pathologischen Haltungen, Perspektiven, Impulse und Verhaltensweisen als normalpsychologische Reaktionsbildungen auf traumatische Erfahrungen namentlich im Bereich des Bindungs- und Autonomiestrebens formuliert. Wie 1996 von TRESS, et al. beschrieben, geht das Zyklisch-Maladaptive Muster (cyclic-maladaptive pattern, CMP) auf eine Veröffentlichung von STRUPP und BINDER aus dem Jahre 1984 zurück, die in einem Manual mit detaillierten Beschreibungen und Ausbildungsrichtlinien für psychodynamische Kurztherapien (time-limited dynamic psychotherapy, TLDP), den CMP als den Therapiefokus dieser psychodynamischen Kurztherapien beschrieben. 1995 wurde durch HENRY und TRESS, das ursprüngliche Konzept des CMP um die Einführung der biographischen Primärerfahrungen erweitert.

Im letzten und vierten Schritt der Formulierung des CMP erfolgt die Beschreibung des Introjekts, d.h. des Umgangs des Patienten mit sich selbst. Hierher gehören selbstkontrollierende, selbstbestrafende, selbstunterstützende oder selbstzerstörerische Umgangsweisen des Patienten mit sich selbst. Die Kategorie des Introjekts im CMP ist begrifflich gleichbedeutend mit dem Introjekt im SASB - Modell . Dieses Modell wird weiter unten beschrieben. In einem letzten Schritt, der dem CMP - Modell durch TRESS und HENRY (1995) hinzugefügt worden ist, wird nun der Ausgangspunkt der psychogenen Erkrankung, d.h. die Erfahrung mit den frühen Bezugspersonen eingefügt. Diese verinnerlichten Erfahrungen mit frühen Bezugspersonen wirken an drei verschiedenen Stellen auf den CMP ein:

1. Über den Modus der Internalisierung werden die Wünsche des Patienten gegenüber anderen Menschen beeinflusst. Der Patient erlebt seine aktuellen Mitmenschen gerade so, wie er früher die ihn schlecht behandelnden, relevanten Bezugspersonen empfunden hat. Diese alten Erfahrungen steuern nun sein Verhalten. Im SASB - Modell entsprechen diese Befürchtungen dem intransitiven Fokus 2.
2. Über den Modus der Identifikation werden auch frühe Erfahrungen des Patienten in seinem Verhalten heute wirksam. Der Patient verhält sich wie seine früheren Bezugspersonen. Dies entspricht dem transitiven Fokus 1.
3. Es wird im Modus Introjektion die negative frühe Erfahrung mit Bezugspersonen wirksam, indem der Patient sich so behandelt, wie er früher von seinen Bezugspersonen behandelt worden war. Auch dies führt häufig zu einer Stabilisierung des negativen Selbstbildes des Patienten und zu einer Fortsetzung seines selbstschädigenden innerpsychischen Umgangs. Dieser Vorgang entspricht dem Introjekt - Fokus 3 im SASB - Modell.

Vergleicht man das Modell des CMP mit dem zentralen Konzept der Psychoanalyse, dem intrapsychischen Konflikt (TRESS et al. 1996), so begegnen wir dem intrapsychischen Konflikt, seinen neurotischen Anteilen in den blockierten gesunden Erwartungen und den negativen Wahrnehmungseinstellungen und Befürchtungen gegenüber Anderen im CMP. Diese Situation im CMP läßt sich in der Regel mit Es- versus Über-Ich- Konflikten im psychoanalytischen Sinne vergleichen. Beide Modelle führen den zentralen Konflikt auf destruktive Introjekte zurück, die das leidende Individuum für seine eigenständigen Wünsche und Triebe vernichten wollen, genauso wie die frühen Bezugspersonen das Individuum bestrafen. In der Langzeittherapie können aufeinanderfolgende CMP's entwickelt werden, jeweils entsprechend den unterschiedlichen Stadien und Phasen, die der Patient in der Therapie durchlebt.

3.3. Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)

Die SASB - Methode erlaubt interpersonelle Beziehungen, Persönlichkeitscharakteristika oder auch psychotherapeutische Veränderungsprozesse abzubilden und zwar weitgehend unabhängig von den persönlichkeits-theoretischen oder behandlungstechnischen Konzepten, die der jeweiligen konkreten therapeutischen Situation zugrunde liegen (TRESS et al. 1996). Die Methode wurde in der hier verwendeten Form von BENJAMIN (1974, 1993) entwickelt.

Bei der Anwendung von SASB für die vorliegende Arbeit wurde die Beschreibung in dem Arbeitsbuch von TRESS et al. (1993) zugrunde gelegt. Zuerst soll die SASB-Methode dargestellt werden, wobei die allgemeinen Merkmale beschrieben werden sollen, wie sie auch für die Prozeßanalyse gelten. In einem späteren Abschnitt sollen die Besonderheiten der

Anwendung der SASB-Methode für die Inhaltsanalyse von Psychotherapien beschrieben werden.

Die Grunddimensionen des SASB-Modells nach BENJAMIN (1974) lassen sich verstehen als zwei aufeinander senkrecht stehende Achsen, wobei die eine Achse das Ausmaß der Affiliation beschreibt und horizontal verläuft, und im Sinne des Ziffernblattes einer Uhr die „freundlich liebevolle Qualität“ bei Drei Uhr plaziert ist, während die „feindselig haßerfüllte Qualität“ bei Neun Uhr plaziert ist. Senkrecht zu dieser ersten Achse ist eine zweite Achse ausgespannt, die die Dimension der Interdependenz bezeichnet.

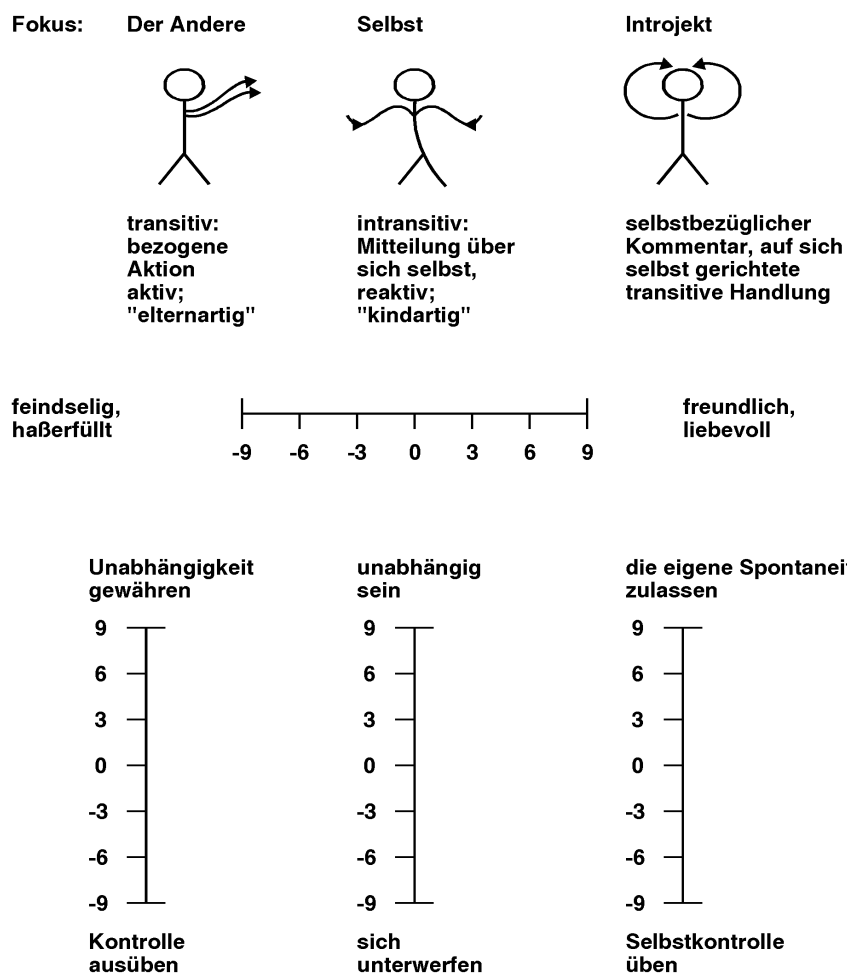


Abb. 3.5.1.

Innerhalb der Extreme dieses Fadenkreuzes lassen sich sämtliche zwischenmenschliche Transaktionen beschreiben. Um die verschiedenen Äußerungen in ihrer verschiedenen Gerichtetheit in einer Therapie zu beschreiben, werden drei Fokusebenen eingeführt.

Im ersten Fokus werden alle transitiven Kommunikationsereignisse, die sich auf ein anderes Individuum richten, beschrieben. Üblicherweise finden in diesem Fokus alle Gefühle oder Verhaltensweisen statt, die dazu dienen, andere Individuen zu beeinflussen. Die vertikale

Dimension reicht von extremer Kontrolle unten, zur Freigabe und Gewährenlassen bei Zwölf Uhr.

In einer zweiten Fokusebene werden alle intransitiven Kommunikationsereignisse beschrieben, wobei der Sprecher dem eigenen Befinden Ausdruck gibt, häufig in Reaktion auf das auf ihn gerichtete transitive Verhalten oder Äußerungen einer anderen Person. Hier verläuft die vertikale Achse von Unterwerfung bei Sechs Uhr zu der Qualität Autonomie und Verselbständigung bei Zwölf Uhr.

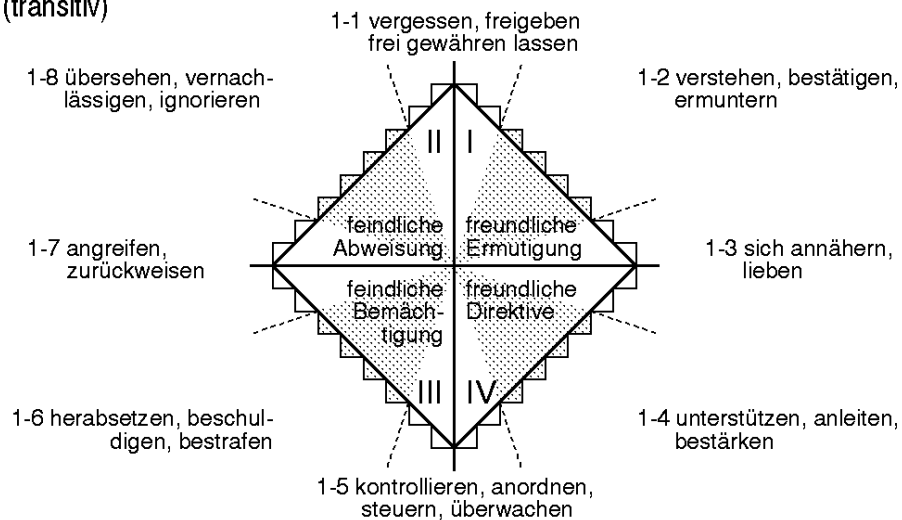
Die beiden Fokusebenen eins und zwei, transitiv und intransitiv, sind als komplementär zu verstehen, insofern einer jeden Verhaltensweise auf der ersten Fokusebene am geometrisch entsprechenden Punkt der zweiten Fokusebene eine komplementäre Verhaltensweise entspricht (siehe hierzu die Abbildung 3.5.1.).

Auf einer dritten Fokusebene werden alle intrapsychischen Ereignisse beschreibbar: das Introjekt. Hierher gehören also alle Äußerungen eines Individuums über sich selbst, wie auch Selbstreflexionen. Diese dritte Fokusebene, das Introjekt, erfaßt und beschreibt die intrapsychischen Kommunikationen des Individuums gegenüber sich selbst und gibt das internalisierte Verhalten zentraler Bezugspersonen gegenüber dem Individuum wieder (z.B.: Der Patient beschuldigt sich selbst so, wie er früher von den Eltern beschuldigt wurde) (TRESS et al. 1996). In der Fokusebene drei verläuft die vertikale Dimension von Selbstkontrolle bei Sechs Uhr, zu Selbstfreigabe und Spontaneität bei Zwölf Uhr. Der Begriff des "Introjekts" im CMP-Modell, wie im SASB-Modell sind gleichbedeutend. Das Introjekt gilt als die eigentliche pathologische Entität und deshalb als das zentrale behandlungsbedürftige Objekt. Sind die Äußerungen eines Patienten über sich selbst mit Hilfe des SASB und des CMP beschrieben, so läßt sich die Veränderung des Selbstbildes, also des Introjekts, im Verlauf der Therapie überprüfen.

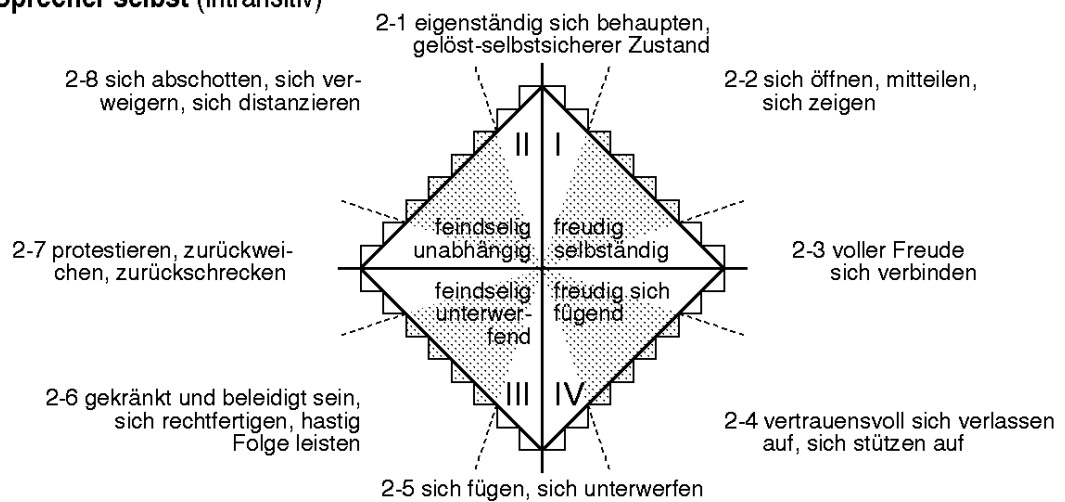
Das ursprüngliche vollständige SASB-Modell bestand aus 36 Punkten, für jede der drei Fokusstrukturen. In der alltäglichen klinischen Anwendung, wie auch zum Zwecke der Forschung, wird heute zumeist und so auch in der vorliegenden Arbeit, mit einer reduzierten Version gearbeitet, die aus je acht Segmenten (Clustern) für jeden Fokus besteht und so den brauchbarsten Kompromiß zwischen der Komplexität und dem Aufwand bildet (siehe Abb. 3.5.2.). Dabei genügt eine zweiziffrige Zahl zur Beschreibung aller acht Cluster auf allen drei Fokusebenen. Die erste Zahl beschreibt die Fokusebene, die jeweils zweite Zahl das Cluster in dem Fokus. Zur Beschreibung eines Angriffs zwischen den beiden Interaktionspartnern einer Therapie würde man demnach eine eins wählen, für den Fokus, insofern der Angriff von Person A zu Person B eine transitive Handlung darstellt und die zweite Ziffer wäre eine sieben, wenn hier das Cluster Angreifen zutrifft. Um also eine Äußerung im Sinne des SASB-Modells in eine Zahl zu verwandeln sind drei Schritte notwendig:

1. Die Festlegung des Fokus (transitiv, intransitiv oder introjektiv).
2. Die Festlegung des Grades der Affiliation auf der horizontalen Achse.
3. Das Ausmaß der Interdependenz auf der vertikal gelegenen Achse.

Fokus: Der Andere (transitiv)



Fokus: Der Sprecher selbst (intransitiv)



Fokus: Introjekt (intrapsychisch)

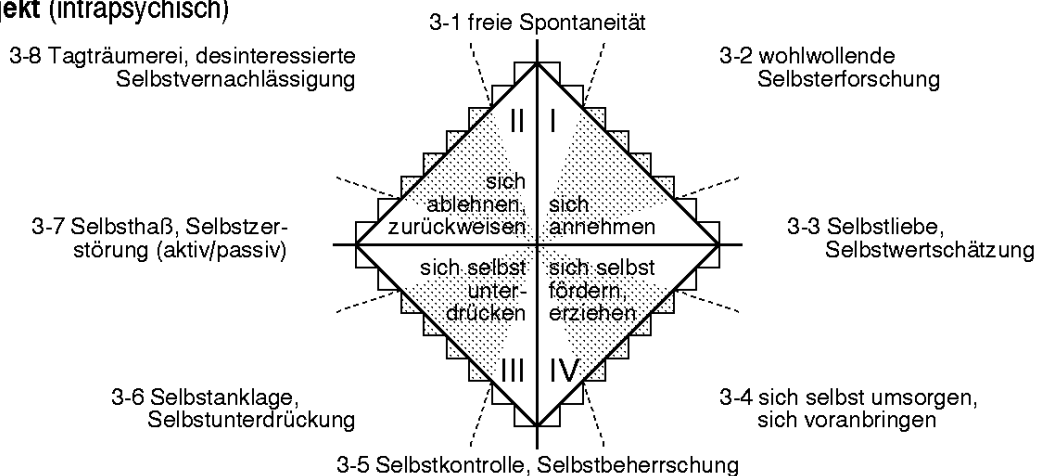


Abb. 3.5.2.

Mit diesem System lassen sich aber nicht nur Prozeßanalysen, sondern auch Inhaltsanalysen durchführen, wobei einige Besonderheiten zu beachten sind.

Der Begriff des Referenten bedarf der Erläuterung. In TRESS et al. (1993) wird definiert: "als Referenten eines kommunikativen Aktes gelten alle daran beteiligten Personen. In der

Psychotherapie-Prozeßforschung sind dies der oder die Patienten (z.B. Gruppentherapie) und der oder die Therapeuten.“ In der inhaltsanalytischen Forschung bedarf die Festlegung der Referenten hingegen eines besonderen Auswertungsschrittes, wobei die Festsetzung der Referenten entsprechend der klinischen oder wissenschaftlichen Fragestellung erfolgt. “Prinzipiell ist der Textauswerter frei in der Definition und Selektion der Referenten. Es gilt lediglich die Bedingung, daß der gewählte Referent in eine Interaktion verwickelt sein muß, die sich mit den Kategorien des SASB beschreiben läßt” (ebenda, Seite 93). Mit der Auswahl der Referenten wird eine wichtige Vorentscheidung getroffen, die das Auswertungsergebnis mitbestimmt. Prinzipiell ist es möglich, z.B. verschiedene Gemütszustände ein und derselben Person als unterschiedliche Referenten zu definieren: so könnte man den nüchteren Patienten und den Betrunknen unterschiedlichen Referenten zuordnen, um diese verschiedenen Zustände in der Inhaltsanalyse beschreibbar zu machen. Daneben können auch Sachobjekte als Referenten definiert werden. So ist beispielsweise in der vorliegenden Arbeit mit dem Alkohol verfahren worden, der als Referent definiert wurde, um die Interaktion des Patienten mit seinem Suchtstoff besser faßbar zu machen.

Ein weiterer Begriff der Prozeß- und Inhaltsanalyse bedarf noch einer kurzen Klärung. Der Begriff “Komplexität” beschreibt einen Sachverhalt, bei dem der Forscher in der Analyse therapeutischer Gespräche feststellt, daß ein und diegleiche Gedankeneinheit in einem Gespräch zwei oder mehr gleichberechtigte, aber unterschiedliche Themen beinhaltet, die in unterschiedlicher Weise kodiert werden können. Auf beiden Achsen des SASB-Modells, der der Affiliation sowie der der Interdependenz, sowie zwischen den verschiedenen Foki können sich völlig widersprechende Botschaften in eben dieser Widersprüchlichkeit beschrieben werden. Wie in der vorliegenden Arbeit im Falle des Suchtstoffes Alkohol geschehen, läßt sich die für den Alkoholabhängigen subjektiv als hilfreich erscheinende Qualität mit dem Cluster 2.4 notieren, während die gleichzeitig stattfindende Selbstvernachlässigung im Cluster 3.8 erfaßt wird.

3.4. Inhaltsanalyse mit SASB

Die Grundlagen und Verfahren der Inhaltsanalyse mit der SASB-Methode wurden dem Artikel von MANS, WÖLLER und KRUSE, J., (TRESS et al. Herausgeber 1993) entnommen. Einige praktische Aspekte des Kodiervorganges sollen kurz erläutert werden.

Kodierung verschiedener Zeiten in der Handlung:

Eine Schwierigkeit bei der Inhaltsanalyse stellen Beschreibungen in verschiedenen Zeiten, also in der Vergangenheit oder in der Zukunft, dar. Generell wurden alle Äußerungen während der Inhaltskodierung in die Gegenwart versetzt, in dem eine entsprechende Aussage entweder inhaltlich so umgeformt wurde, daß ihre Bedeutung in der derzeitigen Interaktion expliziert wurde oder es war auch möglich, die zeitliche Zuordnung einfach zu ignorieren, wenn sie für den Inhalt der Aussage nicht relevant war.

Wünsche und hypothetische Aussagen:

Äußerungen, die Wünsche oder hypothetische Aussagen zum Ausdruck brachten, wurden umgeformt und als negative Aussagen behandelt, wobei, durch deren Umformung ins Gegenteil, die faktische Bedeutung zum Ausdruck kam. Entscheidend war dabei immer, was nach Einschätzung der Beurteiler für das tatsächliche interpersonelle Verhältnis zutreffend war. Die Paraphrase wurde anschließend einer klinischen Untersuchung unterzogen.

Negative Aussagen:

Ähnlich wurde mit negativen Aussagen verfahren, die ebenfalls einer Umformung unterzogen wurden, so daß eine positive Aussage resultierte, die allerdings daraufhin überprüft wurde, ob sie inhaltlich äquivalent und nachvollziehbar ist.

Behandlung von Fragensätzen in der Inhaltskodierung:

In der Inhaltsanalyse wurden die Fragen nur im Hinblick auf den sachlichen Gehalt kodiert. Die Paraphrasierung wurde so vorgenommen, daß die beschriebene Interaktion positiv und in der Aussagenform formuliert wurde. Auch hier erfolgte eine abschließende klinische Überprüfung, um sicherzustellen, daß die freie Paraphrase dem interpersonellen Geschehen entspricht.

Der „implied process“:

Auch innerhalb der Inhaltsanalyse lassen sich für bestimmte Gesprächsabschnitte neben dem eigentlichen Inhaltsaspekt auch noch ein Beziehungsaspekt beschreiben, wie er in der Prozeßanalyse untersucht wird. Es handelt sich hierbei also um eine Art „Prozeßanalyse“ innerhalb der „Inhaltsanalyse“, während es die Aufgabe der Inhaltsanalyse, im bisher dargestellten Sinne ist, die berichteten Interaktionen als solche zu kodieren (TRESS, et.al. 1993). An gleicher Stelle wird empfohlen, daß die Bearbeiter, um eine Abgrenzung von der Prozeßanalyse zu ermöglichen, diese Abschnitte zur Kennzeichnung des Beziehungsaspektes im Rahmen der Inhaltsanalyse als „implied process“ behandeln sollten. Tatsächlich hat sich, im Fall der vorliegenden Arbeit, bei der Inhaltsanalyse von Sequenzen in Therapiegesprächen, in denen Alkohol thematisiert worden war, das Problem des „implied process“ nicht ergeben, so daß auf die weiteren Details des Umgangs mit dem „implied process“ an dieser Stelle verzichtet werden soll.

Da in der vorliegenden Arbeit zehn Patienten mit Alkoholmißbrauch in der vergangenen oder aktuellen Geschichte untersucht werden sollten, wurde das Verfahren der Inhaltsanalyse gewählt, um in diesen Therapien zu untersuchen, wer in der Therapie, zu welchem Zeitpunkt, wie über das Objekt Alkohol spricht. In einem ersten Arbeitsschritt wurden die gut 250 Stunden Therapie auf alle Stellen hin untersucht, in denen Alkohol thematisiert wurde. Dazu wurden sämtliche Therapietonbänder abgehört und Transkripte von den Abschnitten, in denen Alkohol thematisiert wurde, erstellt.

Bei der Umwandlung der auf Tonbändern konservierten Therapie-Gespräche in die schriftliche Form wurden die von MERGENTHALER und STINSON (1992) festgelegten Standards für die psychotherapeutische Transkription eingehalten.

In einem zweiten Arbeitsschritt bei der Inhaltsanalyse wurden dann die Referenten festgelegt, wobei als Referenten nicht nur die beteiligten beiden Gesprächspartner, Therapeut und Patient, sondern auch alle übrigen in der Therapie erwähnten Personen, wie auch alle übrigen vorkommenden Suchstoffe wie Alkohol, Nikotin, Süßigkeiten, etc. als Referenten festgelegt wurden. Maximal war pro Arbeitsgang die Festlegung von vierzehn Referenten möglich, da für den späteren Auswertungsschritt mit dem SASB-Rechenprogramm nicht mehr als vierzehn Referenten einsetzbar waren. Das als Transkript vorliegende Therapiematerial, in dem Alkohol zur Sprache kam, erforderte sodann eine Reihe von Auswertungsschritten, die nachfolgend beschrieben werden.

Zuerst wurde der gesamte Text in Einheiten zergliedert, die als eigenständige Analyseeinheit eine vollständige, gedankliche Einheit repräsentieren. Dies konnten sowohl Sätze als auch Teilsätze sein. Das Wichtige dabei war, daß sich die Segmentierung in erster Linie an der Bedeutungsebene eines Textes zu orientieren hatte und natürlich bei der Festlegung der

Einheiten die Kenntnis des gesamten Textes und das Wissen über die Interaktion einbezogen wurde. Die so gewonnenen Einheiten wurden durchgehend laufend nummeriert.

Danach erfolgte dann die Festlegung der Referenten. Wie schon oben erwähnt, wurden auch Sachobjekte, wie zum Beispiel der Alkohol, als Referent gewertet. Auf einem speziell von Hartkamp (1993) entwickelten Auswertungsbogen wurden die Einheiten wie auch die Referenten festgehalten, wobei die laufenden Nummern der einzelnen Einheiten in die Spalten eins bis drei des Auswertungsbogens eingetragen wurden. Für jede Einheit wurde der Sprecher identifiziert, beispielsweise Patient oder Therapeut und die zugeordnete Zahl in der Spalte vier des Auswertungsbogens eingetragen. In der Spalte acht des Auswertungsbogens wurde dann durchgehend notiert, daß eine Inhaltsauswertung vorgenommen wurde.

In einem nächsten Schritt wurden die Referenten für jede Einheit identifiziert, wobei der X-Referent, der Interaktant, von dem die jeweils geschilderte Aktion ausgeht und der Y-Referent, der Adressat der jeweiligen Interaktion ist. Beide Referenten wurden mit ihren Nummern aus der schon oben beschriebenen Referentenfestlegung in die Spalten neun und zehn der Auswertungsliste eingetragen.

In einem darauffolgenden Schritt erfolgte die Bestimmung des Fokus, also die erste Festlegung für die drei Dimensionen des interpersonellen Geschehens, um die Richtung der Interaktion zu beschreiben.

In die Spalte zwölf des Auswertungsbogen wurde dann die Zahl für die Einschätzung der Affiliation auf der horizontalen Affiliationsachse eingetragen, die ja die zweite Dimension des interpersonellen Geschehens darstellt. Eine besondere Schwierigkeit bestand hier in der Notwendigkeit, sich wirklich auf die rein inhaltliche Schilderung zu beschränken und das in der Prozeßanalyse verfügbare nonverbale und paraverbale Material außer acht zu lassen. Eine andere Schwierigkeit ergab sich gelegentlich aus der Tatsache, daß zur Klärung des Inhaltes Informationen aus dem Kontext herangezogen werden mußten, ohne daß jedoch eine Überinterpretation zulässig war. Gelegentlich war es notwendig, eine Inhaltskodierung als komplexe Kodierung vorzunehmen, insofern auf der Affiliationsachse zwei unterschiedliche Grade von Freundlichkeit / Feindseligkeit bestimmbar waren. Ein regelmäßiger Spezialfall bei der Einschätzung der Affiliation in der vorliegenden Arbeit stellte der Alkoholmißbrauch selbst dar, denn die Rater waren sich einig, daß der Alkoholabusus im Fokus drei, dem intrapsychischen Fokus, doppelt kodieren werden mußte. Nämlich einmal als ein Cluster 3/4, das heißt „Sich selbst umsorgen und sich voranbringen“, wie auch 3/8, was für „Tagträumerei und eine desinteressierte Selbstvernachlässigung“ steht. Nach dem Empfinden der beteiligten Rater kommt in dieser komplexen Kodierung des Alkoholmißbrauchs auch sehr gut die Ambivalenz des Mißbrauchs zum Ausdruck.

Der nächste Schritt war die Einschätzung der Interdependenz auf der Interdependenzachse, als der dritten Dimension des interpersonellen Geschehens. Der Zahlenwert für die Interdependenz wurde in Spalte dreizehn eingetragen.

In die Spalten sechzehn und siebzehn wurden dann die sich zwangsläufig aus den bisher vollzogenen Schritten der Fokusbestimmung und der Bestimmung der Affiliation sowie der Interdependenz ergebenden Cluster eingetragen und nochmals einem klinischen Test unterzogen.

In die letzte Spalte, die Spalte Nummer neunzehn, wurde bei Bedarf die Komplexität mit der Ziffer zwei oder gegebenenfalls drei vermerkt.

Ein besonderer alkoholspezifischer Aspekt bei der Inhaltsanalyse mit der SASB-Methode soll noch beschrieben werden. Bei der Analyse des Inhaltes war vor jeder Kodierung zu prüfen, ob in der zu beurteilenden Einheit mehr als eine selbständige gedankliche Einheit enthalten war. Dabei mußte man sich strikt auf die semantische Ebene der Äußerung beziehen. Für den konkreten Fall des aus dem Transkript hervorgehenden aktuellen Alkoholmißbrauchs ergab sich die Kodierung mit dem Fokus zwei als ein „sich fügen und sich unterwerfen“ des Alkoholmißbrauchenden, der Sucht und dem Alkohol, was mit einem Cluster 2/5 gewertet wurde. Aber gleichzeitig wurde im Introjekt im Fokus drei der Aspekt des „Sich selbst umsorgen und voranbringen“, wie auch der „Selbstvernachlässigung“ gesehen, so daß die Ziffern 3/4 und 3/8 vergeben wurden. Das komplexe Geschehen des Alkoholmißbrauchs führte also bei der inhaltsanalytischen Bewertung zu multipler Kodierung im Fokus zwei und im Fokus drei.

EDV-Programme zur Auswertung von SASB-Inhaltskodierungen (HARTKAMP in TRESS et al. 1993)

Zur Inhaltsanalyse von SASB-Kodierungen stand das Programm CONTENT. EXE zur Verfügung. Die Ergebnisse des Ratingprozesses aus den bearbeiteten vorliegenden Daten wurden in die Rohwerte-Datei RAWCODE eingelesen und anschließend mit dem CONTENT. EXE-Programm berechnet. Die Auswertung ergab dann eine Auflistung der Daten, bei der ein jeder Sprecher mit allen Referentenpaarungen aufgelistet wurde und innerhalb dieser Referentenpaarungen anschließend die absoluten Häufigkeiten, wie auch die prozentualen Häufigkeiten der Cluster-Scores ausgedruckt wurde. Konkret läßt sich aus den Cluster-bezogenen Angaben der Häufigkeit herauslesen, wie oft beispielsweise der Patient sich über den Referenten „Alkohol“ oder den Referenten „Andere Menschen“ geäußert hat und welche Cluster der Patient dabei verwendet hat. Diese Daten der prozentualen Häufigkeit der einzelnen Cluster-Scores dienten dann als Basis für die nachfolgende Auswertung in Form von Häufigkeitsdiagrammen über die gesamte Therapiedauer.

3.7. Der INTREX - Fragebogen

Von allen Patienten lagen für die Durchführung der vorliegenden Arbeit ausgefüllte INTREX-Fragebogen vor, wobei lediglich die letzten Fragebogen der Therapieabbrecher nicht vorlagen. Der INTREX-Fragebogen wurde von BENJAMIN (1984) entwickelt. Eine Zusammenfassung über die INTREX-Kurzform wurde von DAVIES-OSTERKAMP, HARTKAMP und JUNKERT in dem Sammelband TRESS (1993) veröffentlicht. Der INTREX-Fragebogen dient der Selbstbeurteilung der Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten während sowie vor und nach der Therapie. Dabei wird das Erleben einer Person von sich selbst sowie ihren wichtigsten Bezugspersonen, sowohl in der Gegenwart als auch in der Vergangenheit, auf der Grundlage der oben beschriebenen Cluster-Version von SASB erfaßt: ein vom Patienten vollständig bearbeiteter INTREX-Fragebogen erfaßt die Einschätzung des Introjekts, der Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson, zu den Eltern in der Kindheit, der Eltern untereinander und der Beziehung zum Therapeuten, jeweils am Hoch- und am Tiefpunkt der Beziehung (BENJAMIN 1983, TRESS 1991).

In der INTREX-Kurzform ist für jedes Cluster im SASB-Modell jeweils ein Item formuliert, das inhaltlich den gesamten Bereich des entsprechenden Oktanten abdecken soll. Sechzehn Items beschreiben die interpersonellen Transaktionen und acht Items beschreiben den Umgang mit der eigenen Person („Introjekt“). Die Items werden auf einer Skala von null bis 100 in elf vorgegebenen Skalenpunkten beantwortet (0: „stimmt überhaupt nicht“ ; 100: „stimmt voll und ganz“), (TRESS et.al. 1993). In der Standardserie werden neben dem

Introjekt die Beziehungen zwischen Proband und wichtigster Bezugsperson sowie zu Mutter und Vater als auch die Beziehung zwischen Vater und Mutter des Probanden beschrieben. Diese Konstellationen des Patienten zu seinen Bezugspersonen werden über den vergangenen Zeitraum für die Altersstufe fünf bis zehn Jahre abgefragt. Sowohl die Beziehung zu den in der Gegenwart wichtigsten Personen als auch das Introjekt werden durch zwei Fragestellungen in Erfahrung gebracht: „Wenn die Beziehung am besten ist“ und „Wenn die Beziehung am schlechtesten ist“ .

Die Auswertung des INTREX-Fragebogens erfolgt mit Hilfe des Computerprogramms INTER. Mit dem Auswertungsprogramm wird zum einen die Korrelation der empirischen Ankreuzungen des Probanden mit bestimmten theoretischen Werten (pattern-Koeffizienten) sowie die Korrelation verschiedener empirischer Ankreuzungen des Probanden, untereinander verglichen und berechnet. Wenn ein Patient den INTREX-Fragebogen durcharbeitet, erzeugt er, da seine spezifischen Antworten, Cluster, die dem SASB-Modell entsprechen, ein spezifisches Muster, durch welche der Patient sich und seine Beziehungskonstellationen charakterisiert. Die in diesen Mustern enthaltenen Informationen lassen sich durch sogenannte pattern-Koeffizienten beschreiben, in die alle Informationen aus allen Ankreuzungen einfließen. In einem nächsten Schritt lassen sich sogenannte „empirische pattern“, die das Resultat der Patienten-Antworten im INTREX-Fragebogen darstellen, mit insgesamt einundzwanzig „theoretischen pattern“ vergleichen, wobei diese in ihrer Mehrzahl charakteristischen Beziehungskonstellationen entsprechen. Acht pattern von den einundzwanzig theoretischen pattern werden für die Berechnung von sogenannten ATK-CON-CFL-Koeffizienten (abgekürzt für die termini „attack“ „control“ und „conflict“) herangezogen, die eine zusammenfassende Beurteilung insbesondere von Verlaufsdaten gestatten. Beziehungen, die durch ein großes Maß an Aggressivität charakterisiert sind, werden durch signifikant positive ATK-Koeffizienten widerspiegelt.

HENRY empfahl zur Verlaufskontrolle von Psychotherapien nun besonders die Betrachtung des ATK-Koeffizienten und des Introjekts (Umgang mit sich selbst) in schlechtesten Zeiten, sowie deren Veränderungen. Das Anbringen weiterer Einzelheiten würde den Rahmen dieser Darstellung sprengen, und es wird auf die Darstellung im Arbeitsbuch von TRESS, et al. (1993) verwiesen. Die Verwendung des INTREX-Fragebogens ermöglicht die Bildung von Hypothesen über die Einflüsse früherer Lernerfahrungen des Patienten sowie seiner aktuellen Beziehungserfahrungen. Als besonders hilfreich gilt der INTREX-Fragebogen für Psychotherapieformen, die direkt an den Interaktionsmustern des Patienten arbeiten, wie es bei den für die Erstellung dieser Arbeit durchgeführten psychodynamischen Kurztherapien unter Verwendung des CMP-Modells zutrifft. Im Ergebnisteil sollen deshalb die ATK-Koeffizienten zu Anfang sowie am Ende der Therapie, wie sie sich aus den INTREX-Fragebogen zur Beschreibung des Introjekts des Patienten ergeben, für alle Patienten tabellarisch dargestellt werden.

4. Darstellung der Ergebnisse

4.1. Vorstellung der Patienten sowie deren Ergebnisse in den verschiedenen Eingangs- und Verlaufstests

Auf den nächsten vier Seiten werden in tabellarischer Form die Patienten vorgestellt. Die tabellarische Form ist gewählt worden, um die Patienten – trotz ihrer individuellen Unterschiedlichkeit – in Ihren für das Forschungsvorhaben relevanten Details besser vergleichbar zu machen.

Im Kapitel 4.1.2. werden ebenfalls in tabellarischer Form die von den Patienten bei der Bearbeitung der Global Assessment of Functioning Scale (GAS) erreichten Zahlenwerte dargestellt. Dies soll es erleichtern, die verschiedenen Patienten intra- wie auch interindividuell besser vergleichbar zu machen. Die Trends in der Entwicklung eines jeden einzelnen Patienten sollen so intuitiv auch besser begreifbar gemacht werden.

In gleicher Weise werden die Ergebnisse aller zehn untersuchten Patienten im Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) dargestellt.

In vierten Teil von Kapitel 4.1. werden - wiederum in tabellarischer Form – die Ergebnisse aller zehn untersuchten Patienten in den Intrex-Fragebogen sowohl zu Beginn der Therapie wie auch nach Abschluß der Therapie dargestellt. Dabei stehen die Ergebnisse geordnet nach „so gehe ich mit mir in meinen besten Zeiten“ und „so gehe ich mit mir in meinen schlechtesten Zeiten um“ jeweils untereinander und die Ergebnisse im Zeitverlauf sind in den gleichen Zeilen nebeneinander gestellt worden. Damit soll auch hier eine schon optisch bessere Vergleichbarkeit der Patienten ermöglicht werden.

4.1.1. Die Kurzbiographien der Patienten

Als wesentlich zur Charakterisierung der Patienten wurden die folgenden Elemente aus der Patientengeschichte, Diagnostik und Symptomatik ausgefiltert: die Aufnahme- und Diagnose, die Symptomatik zur Zeit des Therapiebeginns, die ICD-10 Diagnose in Form der Code-Nummer. Daran anschließend ein kurzgefaßter Steckbrief bestehend aus Angaben zum Alter des Patienten zur Zeit des Therapiebeginns, seines Familienstandes, der Anzahl und des Geschlechts der vorhandenen eigenen oder adoptierten Kinder, die berufliche Qualifikation bzw. Tätigkeit zum Therapiebeginn. Sodann die stichwortartige Geschichte des Alkoholmißbrauchs mit Beginn, Dauer, Trinkverhalten während der Therapie und Angaben zum Trinkverhalten nach der Therapie. Weiterhin ist das Introjekt wie es sich in der Darstellung des Zyklisch-Maladaptiven Zyklus darstellt, aufgeführt, und zwar zu Therapiebeginn wie auch zu Therapieende. Schließlich ist auch noch die Abschlußdiagnose für jeden Patienten aufgeführt um eine eventuelle Veränderung der Diagnose im Verlauf der Therapie zu betonen.

Aus Gründen des Datenschutzes sind anstelle der Namen der untersuchten Patienten Großbuchstaben eingesetzt worden. Die Patientenunterlagen und die Verschlüsselung der Patientennamen sind in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Haus 18, Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf eingelagert.

Die Abkürzung KZT in den folgenden Tabellen steht für Kurzzeittherapie

	Frau A	Frau B	Frau C
Aufnahmediagnose	Narzißtische Persönlichkeit, mit hysterischen Zügen	Depressiv-narzißtische Persönlichkeitsstörung, Alkoholabhängigkeit	Unspezifisches,depressives Syndrom vor dem Hintergrund einer hysterisch-narzißtischen Persönlichkeit
Symptomatik	Frühere depressive Episoden, akute Tablettenintoxikation in Suizidabsicht, früherer Narkotikaabusus, Alkoholabusus	Episodischer Alkoholmißbrauch mit körperlichen Folgeerscheinungen	Depressionsanfälle ca. zweimal pro Woche, Lärmempfindlichkeit und Vereinsamung
ICD – 10- Diagnose	F 60.8	F 60.8	F 34.1
Steckbrief Alter Familienstand Kinder Ausbildung	28 Jahre ledig keine Kinder Akademikerin	50 Jahre verwitwet, in stabiler Partnerbeziehung Kinderlos Kauffrau	50 Jahre ledig keine Kinder Lehrerin
Alkoholabusus - 1. Beginn - 2. Dauer - 3. Während Therapie - 4. Abstinenz / Rückfall nach Therapie	- seit längerem 1-2 Gläser Wein pro Tag, kurz vor der Einweisung auch häufiger zusätzlich Whiskey - seit drei Jahren ? - nein - laut Fremdanamnese ja (Abusus)	- vor 14 Jahren - kontinuierlich, mit zeitweiliger Abstinenz - ja - innerhalb ½ Jahr nach Therapie ein schwerer Rückfall, danach Abstinenz	- vor 8 Jahren, nach Selbstmordversuch ca. eine Flasche Cognac pro Woche - danach weniger, aber täglich seit 3 Jahren fast nichts mehr - nicht bekannt - Alkohol nur in Gesellschaft ca. 1 Glas Wein pro Tag, Genußraucherin mit ca. 2-4 Zigaretten pro Tag
Introjekt im CMP a) zu Therapiebeginn b) zu Therapieende	a) 3.3 / 3.7 Spannung zwischen Selbstliebe und Selbsthaß, sowie 3.8 Selbstvernachlässigung b) Abbruch der Therapie	a)3.8 Selbstvernachlässigung 3.4 / 3.8 Sucht 3.6 Selbstbestrafung, Selbstanklage b)2.5 / 3.8 Unterwerfung und Abgrenzungsschwierigkeiten, mit Wendung der Aggression, gegen sich in massivem Abusus 3.7 3.8 Verleugnung, Verdrängung 3.4 / 3.7 / 3.8 Ersatzbefriedigung mit masochistischer Komponente	a) 3.8 eigene Bedürfnisse nach Bindung übersehen 3.7 / 3.5 Impulse zu zerstören und sich zu quälen, Selbstkontrolle 3.7 aggressive Wendung gegen sich selbst (Alkoholmißbrauch,Selbstmordversuch) b) 3.4 (macht Urlaub, fühlt sich ausgeglichen) 3.5 starke Selbstkontrolle 3.7 / 3.8 kein Problem mehr nach einem Jahr nach Therapieende
Abschlußdiagnose	Zustand nach Suizidversuch (Tablettenintoxikation) vor dem Hintergrund einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur	- wie bei Aufnahme	- wie bei Aufnahme

	Frau D	Frau E
Aufnahmediagnose	Depressive Episode bei histrionischer Persönlichkeitsorganisation mit deutlichen Frühstörungsanteilen	Partnerkonflikt bei depressiver Persönlichkeit mit zwanghaften Strukturanteilen
Symptomatik	Depressive Verstimmung, Unfähigkeit alleine zu sein, Schlafstörungen, Grübelneigung, Tendenz zum Suchtmittelmißbrauch	Laute Auseinandersetzungen mit zweitem Ehemann, schlechtes Gewissen, Schuldgefühle sowie an der Haut Ekzeme
ICD - 10 – Diagnose	F 32.11	F 32.01, F 54
Steckbrief Alter Familienstand Kinder Ausbildung	46 Jahre zweimal geschieden ein Sohn Sekretärin	42 Jahre in zweiter Ehe verheiratet zwei Kinder, Tochter (4) in Fam. ; ein Sohn (22) lebt beim ersten Ehemann, Krankenschwester
Alkoholabusus - 1. Beginn - 2. Dauer - 3. während Therapie - 4. Abstinenz / Rückfall nach Therapie	- gelegentlich, seit 5-6 Wochen täglich Alkohol bis zur „Betäubung“ - siehe 1. - gelegentliche Exzesse - vollständige Abstinenz bis zur Sechsmonatskatamnese	- seit Jugend - vermutlich Jahre lang, exzessiv vor ca. fünf Jahren, seit kurzem wieder vermehrt, mehr als eine Fl. Wein pro Abend, körperliche Folgeerscheinung - ja (Alkoholismus erst während Therapie thematisiert, vorher verleugnet) - Abusus, jetzt Selbsthilfegruppe
Introjekt im CMP a) zu Therapiebeginn b) zu Therapieende	a) 3.4 / 3.8 Patient versucht Gutes für sich zu tun, verfehlt jedoch eigentliche Bedürfnisse 3.6 Selbstwertung mit rascher Abwehr 3.8 lebt an sich und den Bedürfnissen ihres Alters vorbei b) Sechsmonatskatamnese: 3.6 Selbstbeschuldigung, Selbstzerstörung durch Alkohol (3.4 / 3.8)	a) 3.3 / 3.8 ist sich selbst nah, kümmert sich jedoch nicht besonders um ihre Bedürfnisse b) fraglich, weniger 3.4 / 3.8 Alkoholmißbrauch, sicher mehr 3.4 . Sie versucht sich selbst voranzubringen, eigene Bewältigungsstrategien zu finden
Abschlußdiagnose	- wie bei Aufnahme	- wie bei Aufnahme, zusätzlich Alkoholabhängigkeit (ICD : F 10.1)

	Frau F	Frau G
Aufnahmediagnose	Borderline- Persönlichkeitsstörung, episod. Alkoholmißbrauch, Asthma bronchiale	Depressiv - narzißtische Persönlichkeit
Symptomatik	polysymptomatisches Bild mit innerer Unruhe und Nervosität, depressiven Verstimmungen, Einschlafstörungen, Reizbarkeit, zeitweiligem Alkoholmißbrauch, sozialem Rückzug, psychogene Wirbelsäulenbeschwerden	Schlafstörungen, depressive Verstimmungszustände, Unruhe, Unfähigkeit alleine zu sein, Partnerkonflikt, gelegentlich Suizidgedanken
ICD - 10 - Diagnose	F 60.31, F 10.26 , F 54 , J 45.9	F 60.8
Steckbrief Alter Familienstand Kinder Ausbildung	43 Jahre geschieden keine Kinder Kindergärtnerin	50 Jahre verheiratet, getrennt lebend zwei erwachsene Kinder Pflegerin für geistig Be hinderte
Alkoholabusus - 1. Beginn - 2. Dauer - 3. während Therapie - 4. Abstinenz / Rückfall nach Therapie	- unklar - chronisch, seit Jahren - regelmäßig - massiver Rückfall mit stationärer Suchttherapie	- von früher Jugendzeit an bis zur Heirat mit 29 Jahren - über zehn Jahre, seit erster Schwangerschaft im 30. Lebensjahr kein Abusus mehr - kein - vollständig abstinent
Introjekt im CMP a) zu Therapiebeginn b) zu Therapieende	a) 3.6 Selbstanklage, Selbstkritik (eher zu wenig) 3.4 / 3.8 Überwiegend sind Alkoholabusus und Selbstgefährdung b) Wiedergutmachungsanspruch unverändert, 3.4 / 3.8	a)3.8 Patientin nimmt ihre eigenen Bedürfnisse wenig wahr, registriert schlechte Befindlichkeit oder Behandlung wenig 3.6 schwere Selbstvorwürfe und Verachtung b) unverändert , allerdings deutliches Problembewußtsein
Abschlußdiagnose	- wie bei Aufnahme	- wie bei Aufnahme

	Herr H	Herr I	Herr K
Aufnahmediagnose	Narzißtische Persönlichkeitsstörung	Chronifizierter Alkoholismus, bei zuletzt 2 jähriger Abstinenz, bei schizoid-anankastischer Persönlichkeitsstruktur	Narzißtische Persönlichkeitsstörung
Symptomatik	Depressive Verstimmung, Arbeitsstörung verbunden mit Konflikten am Arbeitsplatz und langer Arbeitsunfähigkeit, chronifizierter Partnerkonflikt, verbal – aggressive Durchbrüche; Psychotherapievorerfahrung	Angst vor erneutem Rückfall und damit verbundenen Folgen sowie Beziehungsschwierigkeiten und soziale Isolation	Tiefe Angst vor Nähe und Beziehung, Musikphobie sowie Selbstwertproblematik, Beziehungslosigkeit
ICD - 10 - Diagnose	F 60.8	F 10.20 , F 60.1	F 60.8, F 10.1
Steckbrief Alter Familienstand Kinder Ausbildung	49 Jahre ledig, seit 15 Jahren mit Partnerin zusammen keine Kinder Ingenieur, arbeitslos seit 2 Jahren	42 Jahre geschieden, vor 14 Jahren keine Kinder EDV - Spezialist	43 Jahre geschieden, seit 14 Jahren, wechselnde kurze Beziehungen eine nicht leibliche Tochter Selbständiger Unternehmensberater
Alkoholabusus - 1. Beginn - 2. Dauer - 3. während Therapie - 4. Abstinenz nach Therapie	- seit ca. 20 Jahren - chronisch, aber nur anamnestisch - fast gar nicht - vollständig abstinent	- seit 18. Lebensjahr, mit stetiger Steigerung, 6 - 8 Flaschen Bier, später auch Schnaps - seit 22 Jahren, eine 6 monatige Langzeitentwöhnungstherapie, seit 2 Jahren abstinent, nicht stabil - Rückfall - Rückfall und nochmals Langzeittherapie	- erstmalig 1977, exzessiv; dann 1982 und 1986 exzessiver Alkoholabusus, alle drei Episoden im Zusammenhang mit Trennungen von Partnerin, dazwischen auf moderatem Level, 3 - 5 Altbier täglich, 1 l Wein pro Tag am Wochenende - seit ca. 21 Jahren episodisch - unverändert - Therapieabbruch
Introjekt im CMP a) zu Therapiebeginn b) zu Therapieende	a) 3.3 / 3.8 Wiedergutmachungsanspruch bei gleichzeitiger Vernachlässigung eigener tatsächlicher Möglichkeiten in Beruf und Beziehungen, Selbstverachtung für Mißerfolge 3.4 / 3.8 / 3.6 b) kritische aber durchaus gegenüber sich selbst freundliche Haltung, nach Therapieende ist 3.4 stärker entwickelt	a) 3.8 affektive Selbstvernachlässigung und Alkohol, 3.6 Schuldgefühle, teilt sich auf in 3.5 extreme Selbstkontrolle sowie 3.7 Selbsthaß, Selbstzerstörung b) 3.4 ist vorhanden, will Therapie machen	a) Vernachlässigung eigener Bedürfnisse, ist sich egal, ist einsam, massiver Nikotinmißbrauch und Alkoholabusus in 3.8 b) Therapieabbruch
Abschlußdiagnose	- wie bei Aufnahme	- wie bei Aufnahme	- wie bei Aufnahme

4.1.2 GAS (Global Assessment of Functioning Scale nach Edincott, J. et. al.)

Die Tabelle führt alle vorliegenden Werte der GAS, die zu den angegebenen Zeitpunkten erhoben werden konnten, auf. Die Patienten sind in vertikaler Reihenfolge aufgeführt und die zu jedem Patienten dazugehörigen Werte in der jeweils gleichen Zeile. Eine gestrichelte Linie zeigt an, daß es keinen ermittelten Wert gibt – so brach Patientin A beispielsweise die Therapie ab.

Patient	Aufnahme	Entlassung	Katamnese 6 Monate	Katamnes 12 Monate	Katamnese 2 Jahre	Katam. 5 Jahre
A	50.000	54.000	-----	-----	-----	-----
B	50.000	55.000	55.000	55.000	55.000	-----
C	35.000	55.000	65.000	55.000	53.000	65.000
D	45.000	70.000	80.000	75.000	-----	-----
E	64.000	67.000	62.000	75.000	65.000	-----
F	20.000	20.000	-----	-----	-----	-----
G	58.000	60.000	55.000	61.000	61.000	60.000
H	52.000	54.000	55.000	55.000	55.000	45.000
I	50.000	41.000	-----	-----	-----	-----
K	60.000	60.000	-----	-----	-----	-----

4.1.3. Die Werte für den BSS (Beeinträchtigungs-Schwere-Score nach Schepank)

Die Tabelle führt alle vorliegenden Werte der BSS, die zu den angegebenen Zeitpunkten erhoben worden waren, auf. Die Patienten sind in vertikaler Reihenfolge aufgeführt und die zu jedem Patienten dazugehörigen Werte in der jeweils gleichen Zeile. Eine gestrichelte Linie zeigt an, daß es keinen ermittelten Wert gibt – so brach Patientin A beispielsweise die Therapie ab.

Patient	Aufnahme	Entlassung	Katamnese 6 Monate	Katamnese 12 Monate	Katamnese 2 Jahre	Katam. 5 Jahre
A	6	6	-----	-----	-----	-----
B	8	5	5	5	5	-----
C	5	4	5	6	6	3
D	7	6	4	4	-----	-----
E	5	3	5	4	5	-----
F	7	10	-----	-----	-----	-----
G	6	4	5	6	6	5
H	7	5	5	6	6	7
I	6	9	-----	-----	-----	-----
K	5	5	-----	-----	-----	-----

4.1.4. Die Werte aller 10 Patienten aus der Auswertung der Intrex-Bögen

Darstellung der Introjekte der Patienten, zu Anfang und zum Ende der Therapie. Wie im Intrex - Fragebogen unterteilt nach: a) So gehe ich in meinen besten Zeiten mit mir um und b) So gehe ich in meinen schlechten Zeiten mit mir um. Die Abkürzungen sind wie folgt zu lesen: ATK = Angriffs-Koeffizient; CON = Kontroll-Koeffizient; CFL = Konflikt-Koeffizient.

Patient		Koeffizient	Anfang	Kommentar	Koeffizient	Ende	Kommentar
A	beste Zeiten	ATK CON CFL	- 0.69 - 0.47 0.53	freundliche Handlung gegen sich selbst	ATK CON CFL		Therapie abgebrochen
	schlechte Zeiten	ATK CON CFL	0.87 - 0.61 - 0.30	ohne	ATK CON CFL		
B	beste Zeiten	ATK CON CFL	- 0.71 0.79 0.44	freundliche Selbstbeschränkung	ATK CON CFL	- 0.96 0.56 - 0.08	Selbstliebe
	schlechte Zeiten	ATK CON CFL	0.79 - 0.46 0.17	ohne	ATK CON CFL	0.78 - 0.83 0.15	sich selbst gehen lassen
C	beste Zeiten	ATK CON CFL	- 0.67 0.82 0.58	transitive Selbstkontrolle	ATK CON CFL	- 0.71 0.85 0.35	transitive Selbstkontrolle
	schlechte Zeiten	ATK CON CFL	0.88 - 0.48 - 0.18	ohne	ATK CON CFL	0.76 0.64 - 0.24	suizidal
D	beste Zeiten	ATK CON CFL	- 0.95 0.64 0.18	Selbstliebe	ATK CON CFL	- 0.90 0.62 0.29	freundliche Selbstbeschränkung
	schlechte Zeiten	ATK CON CFL	0.90 - 0.61 - 0.25	suizidal	ATK CON CFL	- 0.87 0.59 0.32	freundliche Selbstbeschränkung
E	beste Zeiten	ATK CON CFL	0.08 0.13 - 0.17	ohne	ATK CON CFL	- 9.90 - 9.90 - 9.90	keine Angabe möglich
	schlechte Zeiten	ATK CON CFL	- 0.42 - 0.30 - 0.31	ohne	ATK CON CFL	- 9.90 - 9.90 - 9.90	
F	beste Zeiten	ATK CON CFL	0.91 0.45 0.22	suizidal	ATK CON CFL	0.87 - 0.39 0.22	ohne
	schlechte Zeiten	ATK CON CFL	0.93 - 0.46 0.18	suizidal	ATK CON CFL	0.85 - 0.35 0.24	ohne
G	beste Zeiten	ATK CON CFL	0.30 - 0.48 - 0.64	Konflikt: Selbstliebe versus Selbsthaß	ATK CON CFL	- 0.88 0.79 0.37	freundliche intransitive Unterwerfung
	schlechte Zeiten	ATK CON CFL	- 0.35 0.50 0.68	Konflikt zwischen Kontrolle und sich gehen lassen	ATK CON CFL	0.51 - 0.77 0.51	intransitives Sich-autonom-machen
H	beste Zeiten	ATK CON CFL	- 0.30 - 0.26 0.73	Konflikt zwischen Kontrolle und sich gehen lassen	ATK CON CFL	- 0.88 0.62 0.27	freundliche Selbstbeschränkung
	schlechte Zeiten	ATK CON CFL	0.85 0.70 0.30	suizidal	ATK CON CFL	0.79 - 0.36 - 0.38	suizidal
I	beste Zeiten	ATK CON CFL	0.56 - 0.57 0.48	ohne	ATK CON CFL		Intrex nicht bearbeitet
	schlechte Zeiten	ATK CON CFL	0.89 - 0.43 0.12	ohne	ATK CON CFL		
K	beste Zeiten	ATK CON CFL	- 0.92 0.52 0.17	Selbstliebe	ATK CON CFL		Therapie abgebrochen
	schlechte Zeiten	ATK CON CFL	- 0.88 0.61 0.31	freundliche Selbstbeschränkung	ATK CON CFL		

4.1.5. Introjekt-Cluster der Intex-Fragebogen

Liste der Cluster für das Introjekt der Patienten, wie sie in den von den Patienten bearbeiteten Intex-Fragebogen zu Tage treten. Die Patienten sind einzeln aufgeführt. Für jeden Patienten werden – soweit vorliegend – die Cluster für den Therapieanfang (A) angegeben. dabei sind die Angaben, wie die Patienten sich selbst sehen nach der Anlage des Fragebogens unterschieden nach: „So sehe ich mich in meinen guten Zeiten“ (A +) und : „so sehe ich mich in meinen schlechten Zeiten“ (A-). In gleicher Weise sind die Cluster des Introjekts für den Fragebogen, der am Ende der Therapie von den Patienten bearbeitet wurde, aufgeführt. Die Reihenfolge der Cluster entspricht ihrer Ausprägung (von 100 bzw. dem am stärksten angegebenen Cluster absteigend).

Patientin A	A+ : 3.2, 3.1, 3.8, 3.4, 3.3. A- : 3.8, 3.7, 3.6.
Patientin B	A+ : 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1. A- : 3.8, 3.6, 3.7. E+ : 3.2, 3.3, 3.4. E- : 3.8, 3.1, 3.6, 3.7.
Patientin C	A+ : 3.4, 3.5, 3.3, 3.1. A- : 3.6, 3.7, 3.8. E+ : 3.4, 3.5, 3.2, 3.3. E- : 3.4, 3.7, 3.6, 3.5.
Patientin D	A+ : 3.3, 3.2, 3.4, 3.1, 3.5. A- : 3.6, 3.7, 3.8. E+ : 3.3, 3.4, 3.1, 3.2, 3.2, 3.5. E- : 3.3, 3.2, 3.1, 3.5, 3.4.
Patientin E	A+ : 3.5, 3.7. A- : 3.7, 3.2.
Patientin F	A+ : 3.3, 3.4, 3.5, 3.6. A- : 3.3, 3.4, 3.6, 3.5. E+ : 3.6, 3.7, 3.8, 3.5. E- : 3.6, 3.7, 3.8, 3.5.
Patientin G	A+ : 3.5, alle Cluster außer 3.7 A- : 3.7, 3.6, 3.8, 3.5.
Patient H	A+ : 3.1, 3.5, 3.8, 3.2, 3.3, 3.4, 3.6, 3.7. A- : 3.6, 3.7, 3.5. E+ : 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5. E- : 3.6, 3.7, 3.8.
Patient I	A+ : 3.8. A- : 3.8, 3.7, 3.6.
Patient K	A+ : 3.2, 3.1, 3.3, 3.4, 3.5. A- : 3.2, 3.1, 3.3, 3.4, 3.5.

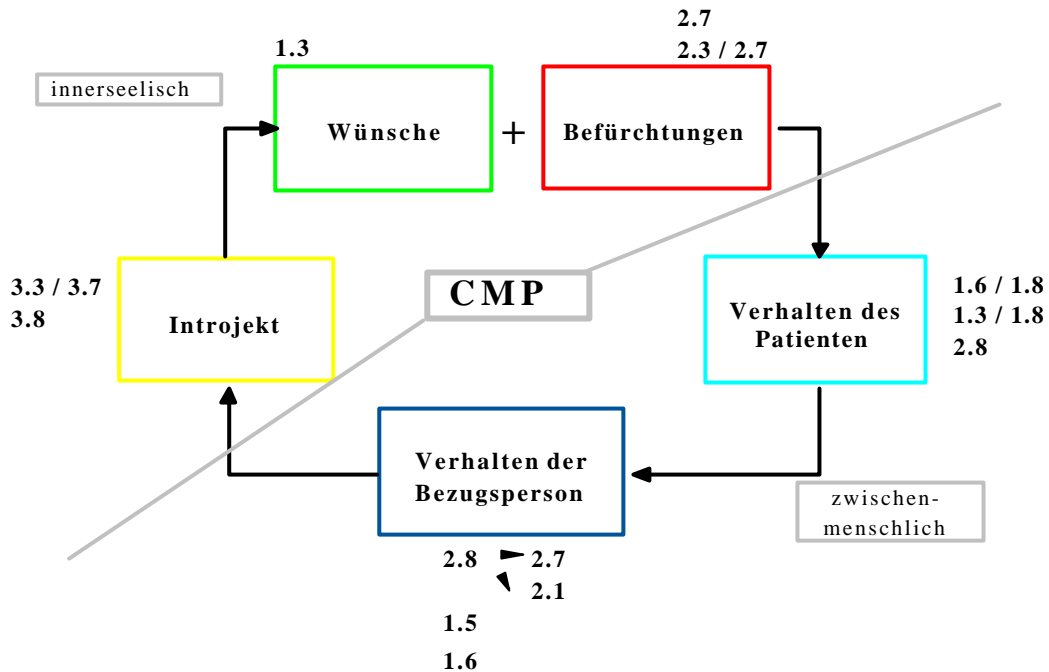
4.2. Die Konfliktdynamik der 10 untersuchten Patienten in der Darstellung des CMP

Kapitel 4.2. stellt die Konfliktdynamik aller Patienten, wie sie im Zyklisch-Maladaptiven Muster (CMP nach STRUPP und BINDER (1984) beschreibbar gemacht werden kann, dar. Die jeweils Patientenspezifische Darstellung ist im Urzeigersinn zu lesen. Die Zahlenwerte, die sich bei Anwendung der in Kapitel 3.5. beschriebenen Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) nach BENJAMIN (1974, 1993) ergeben, sind jeweils neben die jeweiligen Elemente im CMP gesetzt – so war die Konfliktdynamik ursprünglich zu Therapiebeginn beschrieben worden. Die reinen Zahlenwerte werden dann auf der gleichen Seite nochmals in Textform erläutert. Diese Darstellung in der gleichen Weise für jeden einzelnen Patienten soll ebenfalls den direkten Vergleich der Patienten erleichtern.

Sogenannte komplexe Cluster (siehe Erläuterungen im Kapitel 3.6.) sind in den Abbildungen in Form nebeneinandergestellter und durch einen Schrägstrich getrennter Clusternummern dargestellt (z.B. 3.4 / 3.8).

Cluster, die sich aus extremen Gegensätzen zusammensetzen, sind nochmals gesondert als aufgesplittete Cluster dargestellt wie das bei dem Cluster 2.8 bei Patientin A für das Verhalten der Bezugspersonen der Fall ist: 2.8 spaltet sich auf in die Cluster 2.1 und 2.7 und ist mit diesen als zusammengehörig gekennzeichnet.

4.2.1. Das CMP von Patientin A mit Angabe der SASB-Cluster zu Therapiebeginn



CMP - Patientin Frau A

Erwartungen:

Blockiert ist die Hoffnung auf zuverlässige, bedingungslose, nicht mißbräuchliche Liebe 1.3. Statt dessen fürchtet die Patientin, daß der Andere sich feindselig distanziert (Freund, Mutter) 2.7, oder das Umschlagen von Liebe in Haß von Cluster 2.3 nach 2.7.

Verhalten der Patientin:

Nachtleben -- verächtliches Übersehen des Anderen, in Cluster 1.6 / 1.8, überwältigende, verschmelzende Liebe, die ebenfalls die Realität des Anderen mißachtet 1.3 / 1.8 (schlägt mit ihrem Anspruch Männer in die Flucht). In Alkoholabusus 2.8.

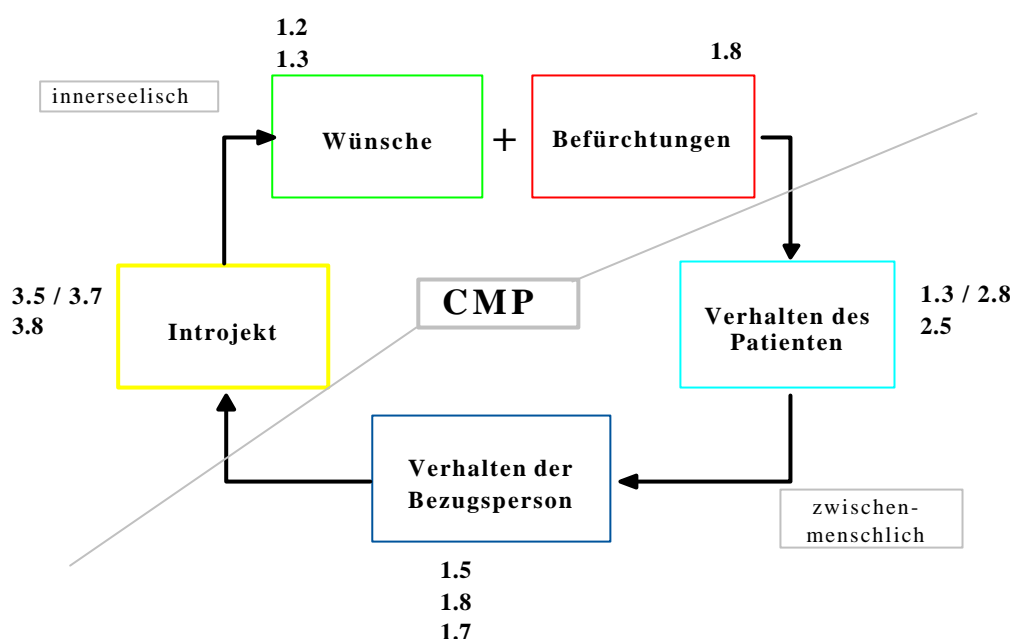
Verhalten der Anderen:

Feindseliger Rückzug (wie oft die Männer) Cluster 2.8, der sich extrem aufspaltet in Haß und Vergessen (oder offene Aggressivität, mangelnde Steuerungsfunktionen) Cluster 2.7 sowie 2.1; sie versuchen die Patientin zu kontrollieren (Mutter) Cluster 1.5, machen ihr Vorhaltungen 1.6.

Introjekt:

Narzißtisch - unrealistische Selbstliebe und - Haß, Idealisierung und Entwertung in 3.3 / 3.7, Vernachlässigung ihrer Bedürfnisse, süchtiges Verhalten 3.8.

4.2.3 Das CMP von Patientin C mit Angabe der SASB-Cluster zu Therapiebeginn



CMP - Patientin Frau C

Erwartungen:

Blockiert sind hier die positiven Wünsche, emotional wahrgenommen und unterstützt zu werden, ausgedrückt in den Clustern 1.2 und 1.3, statt dessen fürchtet die Patientin übersehen zu werden: 1.8.

Verhalten der Patientin:

Sie nähert sich in kindlich - vertrauensvoller Weise, bei gleichzeitiger Distanzierung durch Diffusität: Cluster 1.3 / 2.8, (sich dumm stellen), dabei unterwirft sie sich dem Partner Cluster 2.5.

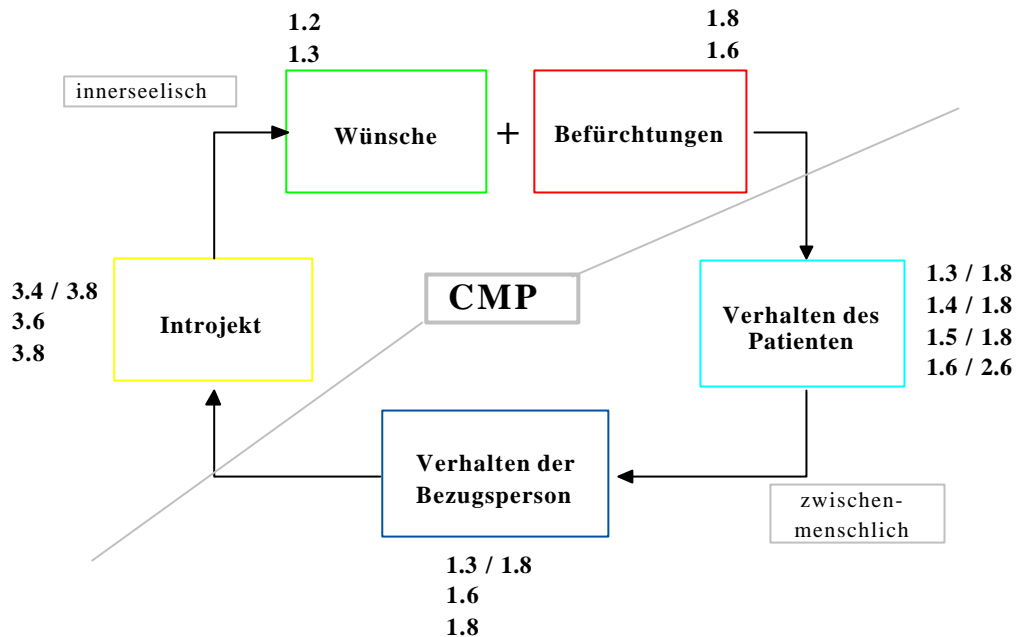
Verhalten der Anderen:

Übernehmen Verantwortung für die Patientin: Cluster 1.5. Die Anderen übersehen die Möglichkeiten der Selbstbestimmung der Patientin ausgedrückt in Cluster 1.8 (wenig Zutrauen, Versagerin), feindselige Zurückweisung als Cluster 1.7.

Introjekt:

Fühlt sich als Enttäuschung und als „Nichtgenügend“ widerspiegelt im Cluster 3.7 (Alkoholmißbrauch, Selbstmordversuch), eigene Bedürfnisse nach Bindung zu übersehen, wird beschrieben in Cluster 3.8. Aggression durch Kontrolle in Schach zu halten sowie Impulse zu zerstören und sich selbst zu quälen sowie der Versuch der Selbstkontrolle, drückt sich aus im Cluster 3.7 / 3.5 (durch langsames Reden Aggression unter Kontrolle halten).

4.3.4. Das CMP von Patientin D mit Angabe der SASB-Cluster zu Therapiebeginn



CMP - Patientin Frau D

Erwartungen:

Blockiert sind die positiven Erwartungen nach echter Zuneigung Cluster 1.3 und Angenommensein 1.2. Statt dessen fürchtet die Patientin übersehen und fallen gelassen zu werden 1.8, sowie entwertet zu werden 1.6.

Verhalten der Patientin:

Über die Bedürfnisse Anderer hinweg, versucht sie, Zuneigung zu erzwingen, ausgedrückt im Cluster 1.5 / 1.8. Sie hilft, in dem sie gibt, was sie für richtig hält, nicht was der Andere möchte, ausgedrückt im Cluster 1.4 / 1.8. Auch bei der Liebe sieht sie nicht genau hin, zum Beispiel beim Altersunterschied, 1.3 / 1.8. Sie schwankt zwischen Vorwürfen und Unterwerfung, unter die tatsächlichen oder erwarteten Entwertungen der Anderen, hier ausgedrückt als 1.6 / 2.6.

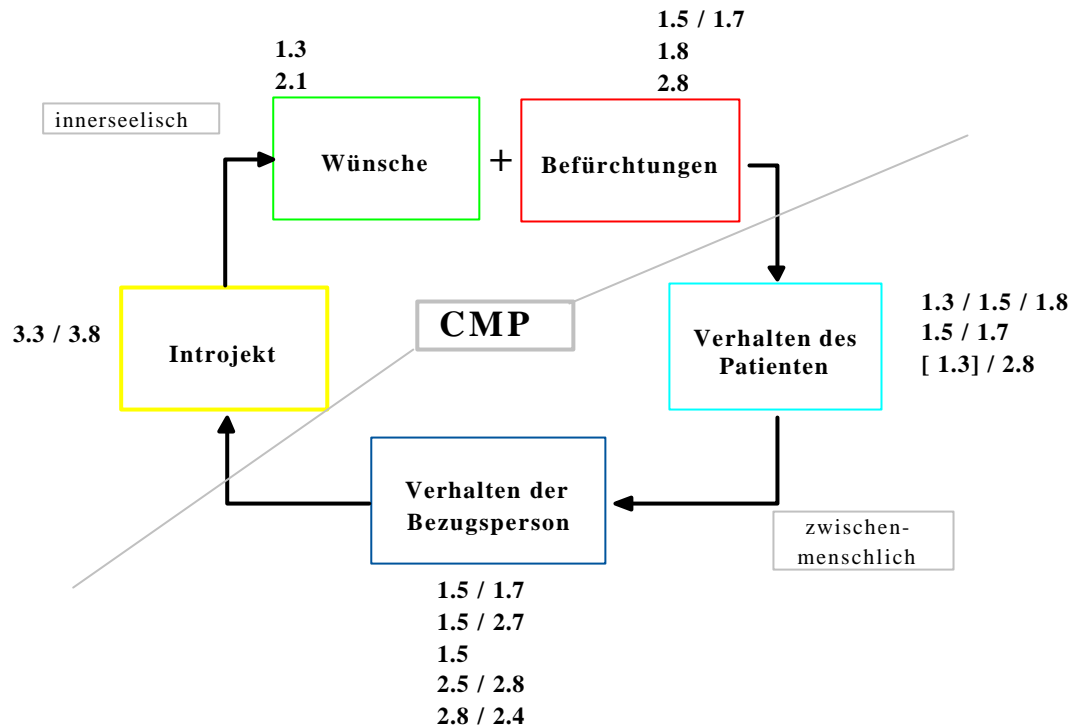
Verhalten der Anderen:

In einer unrealistischen Phase der Werbung ist sie bei Männern die Prinzessin, 1.3 / 1.8, dem folgen dann Entwertungen und Vorhaltungen als Cluster 1.6, schließlich das Fallen lassen, 1.8.

Introjekt:

Sie versucht, etwas für sich zu tun und verfehlt ihre eigentlichen Bedürfnisse (Kneipen-Kontakte), ausgedrückt im Cluster 3.4 / 3.8 und lebt an sich und ihrem Alter vorbei: 3.8. Selbstentwertung mit rascher Abwehr steht hier im Cluster 3.6.

4.2.5. Das CMP von Patientin E mit Angabe der SASB-Cluster zu Therapiebeginn



CMP - Patientin Frau E

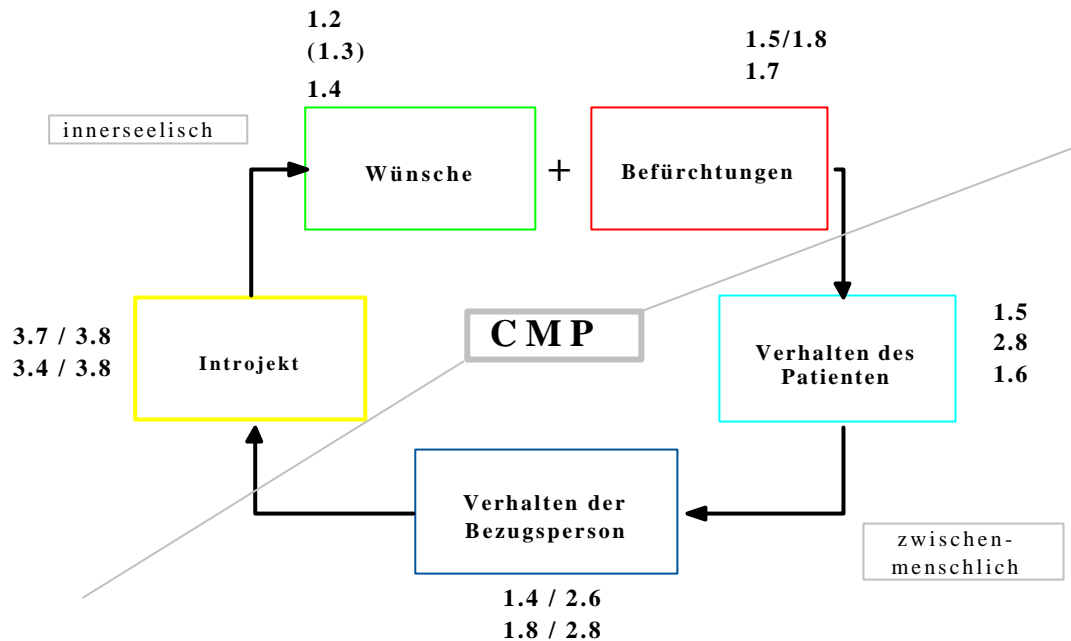
Erwartungen: Sie möchte, daß Mann und Tochter ihr emotional nahe sind, sie wünscht sich, auch von erwachsenem Sohn geliebt zu werden: Cluster 1.3. Sie möchte mehr Selbstsicherheit bekommen, durch gelungene Integration von Berufs- und Familienleben ausgedrückt in Cluster 2.1. Befürchtungen bestehen darin, daß ihre Rolle als Mutter und Ehefrau übersehen wird. Ihr Einsatz für Nachbarn und Freunde wird nicht ausreichend gewürdigt, ausgedrückt als Cluster 1.8. Sie verliert ihren Sohn, obwohl sie seine finanziellen Ansprüche erfüllt: 1.5 / 1.7. Ihre Familie ist Ihr gegenüber zu gleichgültig.

Verhalten der Patientin: Sie überschüttet ihre Familie mit Zuwendung, erwartet dafür Gegenleistungen, wird aber statt dessen übersehen: Cluster 1.3 / 1.5 / 1.8. Bekommt sie nicht was sie will, wird sie laut und aggressiv: 1.5 / 1.7. Mißlungene Annäherungsversuche an den Ehemann quittiert sie mit Verweigerung, hier als 1.3 / 2.8.

Verhalten der Anderen: Tochter und Sohn distanzieren sich von ihr oder suchen bei Bedarf ihre Nähe und Unterstützung: 2.8 / 2.4. Der Sohn läßt sich finanziell von der Patientin aushalten: 1.5. Der Ehemann schwankt in seinem Verhalten, hier als Cluster 2.5 / 2.8 ausgedrückt und schottet sich überwiegend ab: Cluster: 2.8. Nachbarinnen nehmen ihre Hilfe in Anspruch, weisen aber ihre Freundschaft zurück: 1.5 / 1.7. Ihre Vorgesetzten auf der Arbeit ordnen an, weichen der Aggressivität der Patientin jedoch aus: 1.5 / 2.7.

Introjekt: Die Patientin ist sich selbst nah, kümmert sich jedoch nicht besonders um ihre Bedürfnisse: 3.3 / 3.8.

4.2.6. Das CMP von Patientin F mit Angabe der SASB-Cluster zu Therapiebeginn



CMP - Patient Frau F

Erwartungen:

Blockiert sind die positiven Erwartungen, wie Zuhören, Unterstützung und Wiedergutmachung: 1.4. Nicht zu sehr 1.3, aber einfach die Patientin 1.2 machen lassen. Negative Erwartungen sind vor allem Mißbrauch und Mißhandlung, Hier ausgedrückt als Cluster 1.5 / 1.8 sowie 1.7.

Verhalten der Patientin:

Es dominiert die 2.8 im Sich - Abschotten, sie kontrolliert im Cluster 1.5. Die allgemein massive Vorwurfshaltung der Patientin spiegelt sich in 1.6 wieder.

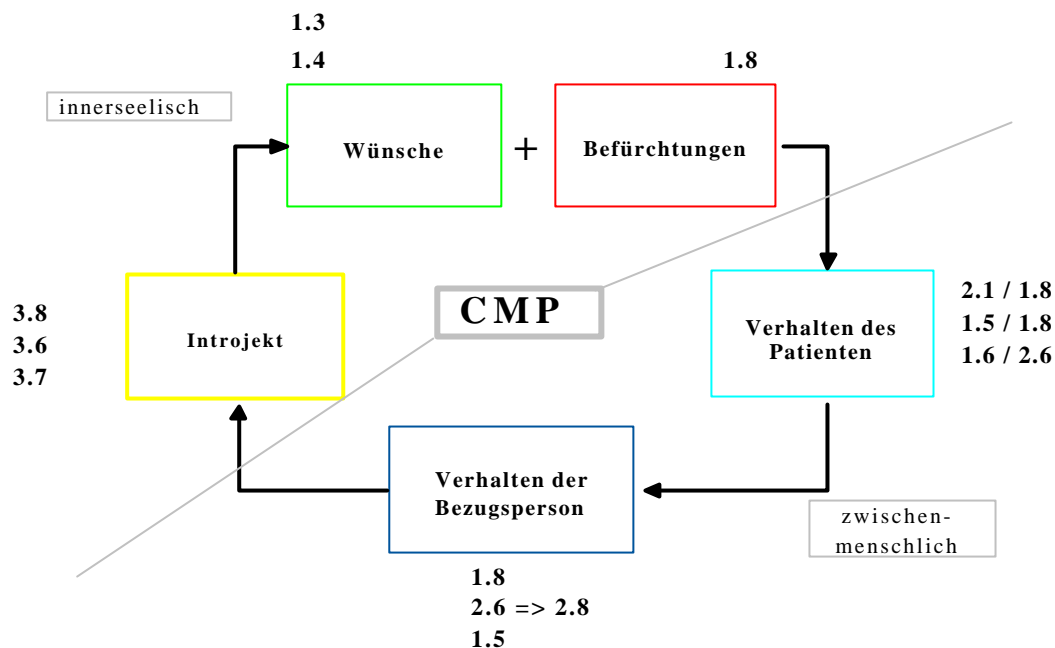
Verhalten der Anderen:

Die Beziehungslosigkeit, in der Andere sich zunächst bemühen und helfen (Cluster 1.4 / 2.6) schlägt später um in Rückzug: Cluster 1.8 / 2.8.

Introjekt:

Diese Patientin weist eher zu wenig 3.6 auf, überwiegend sind der Abusus und die Selbstgefährdung, ausgedrückt als 3.7 / 3.8. Ihr Wiedergutmachungsanspruch entspricht 3.4 / 3.8.

4.2.7. Das CMP von Patientin G mit Angabe der SASB-Cluster zu Therapiebeginn



CMP - Patient Frau G

Erwartungen:

Die Patientin sehnt sich nach verschmelzender Liebe und Geborgenheit: Cluster 1.3 / 1.4. Von den meisten Menschen glaubt sie, nicht viel erwarten zu können. Andere möchten, daß sie alleine klarkommt, hier als Cluster 1.8 ausgedrückt.

Verhalten der Patientin:

Mit Hilfe von Suchtmitteln oder des entwerteten Ehemannes, stellt sich die Patientin meist als selbständig und unabhängig dar: Cluster 2.1 / 1.8. Werden vom Freund die Bedürfnisse nach Liebe teilweise erfüllt, kann die Patientin sich nicht mehr kontrollieren und versucht sich, auch an seiner Bedürfnislage vorbei, durchzusetzen: Cluster 1.5, verbunden mit Cluster 1.8. Auf die Frustration dieser Wünsche reagiert sie vorwürfig und gekränkt: 1.6 und 2.6.

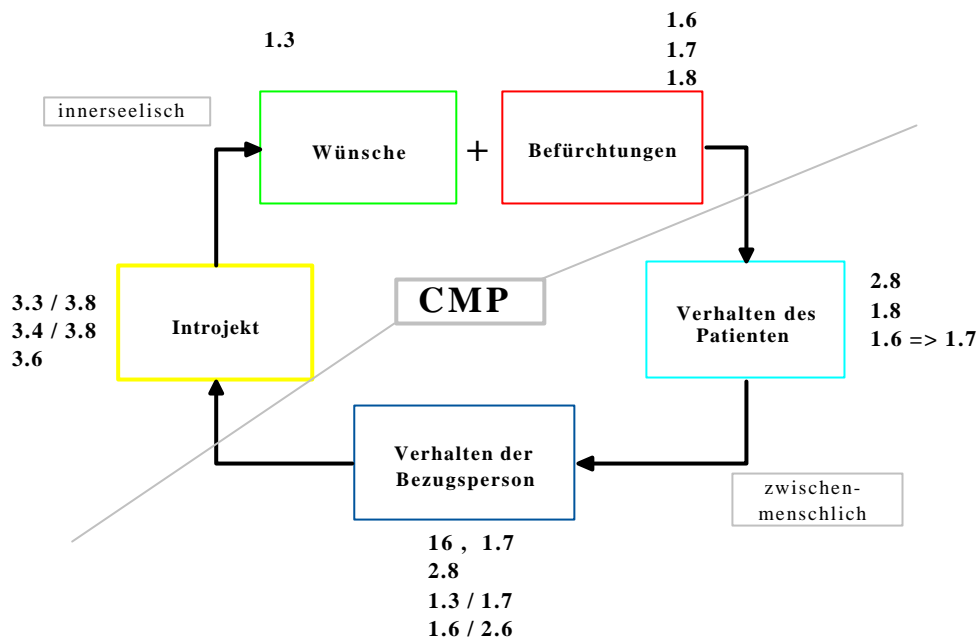
Verhalten der Anderen:

Andere Menschen nehmen ihre Bedürfnisse nicht wahr, übersehen sie, hier als Cluster 1.8. Der Freund grenzt sich deutlich ab: Cluster 2.6 mit Richtung auf 2.8 und benutzt ihre Abhängigkeit, um über sie zu bestimmen: Cluster 1.5.

Introjekt:

Die Patientin nimmt ihre eigenen Bedürfnisse wenig wahr, registriert schlechte Befindlichkeit oder Behandlung wenig: 3.8. Schwere Selbstvorwürfe und Verachtung drücken sich hier aus, als Cluster 3.6. Selbstmordimpulse 3.7.

4.2.8. Das CMP von Patient H mit Angabe der SASB-Cluster zu Therapiebeginn



CMP - Patient Herr H

Erwartungen:

Blockiert ist die positive Erwartung, geliebt und geachtet zu werden: 1.3. Hochgradig wirksam sind die negativen Erwartungen, sadistisch behandelt zu werden. Er fürchtet abgelehnt und weggeschickt, sowie verachtet zu werden: Cluster 1.7, 1.8, 1.6.

Verhalten des Patienten:

Er begegnet Anderen mit bitterer Feindseligkeit, macht ihnen Vorwürfe und beschimpft und kränkt z. B. die Partnerin. Schämt sich für seine Arbeitslosigkeit und hat kaum Kontakte, verdirbt sich Arbeitsstellen durch seine Unverträglichkeit, läßt durch seine Igelhaltung weichere Töne nicht aufkommen. Aus Angst provoziert er Andere und setzt sie unter Druck, hier ausgedrückt in den Clustern 2.8 und 1.6 mit Tendenz zu den Clustern 1.7, 1.8.

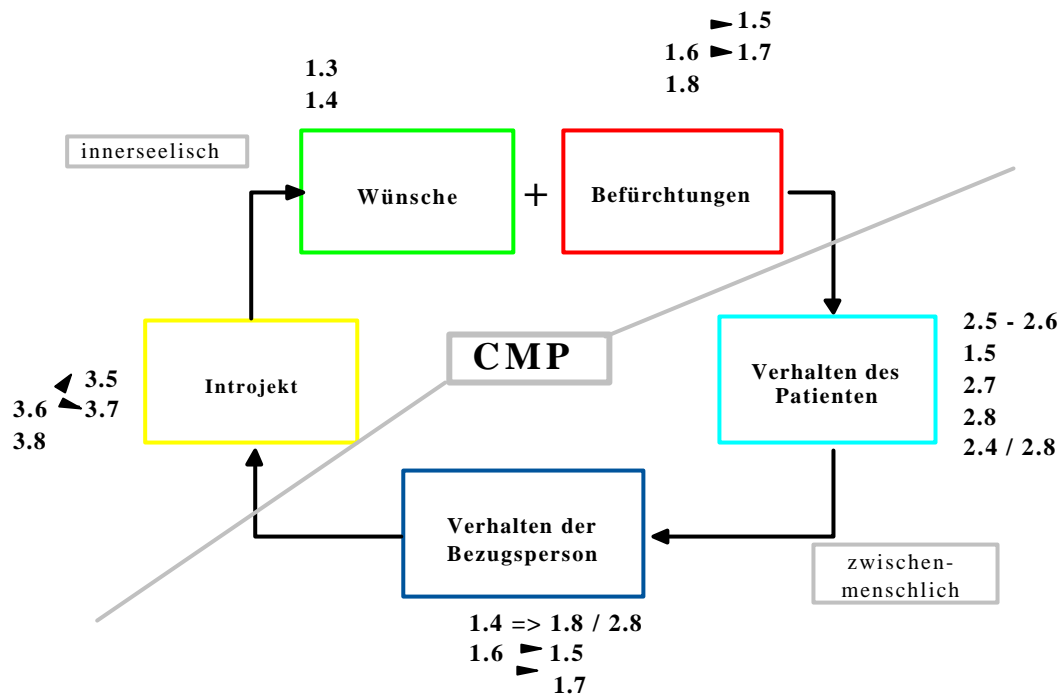
Verhalten der Anderen:

Sie reagieren ihrerseits mit Vorwürfen, bis zur Entlassung oder Beziehungsabbruch, teilweise auch mit feindseliger Unterwerfung. Viele versuchen mit dem bitterbösen Patienten erst gar nichts zu tun zu haben 2.8. In der Partnerschaft oder mit Mutter, auch in der Gegenübertragung, gibt es sadomasochistische Muster mit wechselnden Rollen, hier als Kombination der Cluster 1.3 / 1.7, sowie 1.6 / 2.6.

Introjekt:

In seinem eisern festgehaltenen Wiedergutmachungsanspruch, fern jeder realen Möglichkeit, glaubt der Patient, für sich etwas Gutes zu tun, vernachlässigt dabei jedoch seine tatsächlich vorhandenen Möglichkeiten in Beruf und Beziehungen. Für seine Mißerfolge verachtet er sich; Cluster 3.3 und 3.4 komplex mit 3.8 und als einzelnes Cluster 3.6 (= Scham).

4.2.9. Das CMP von Patient I mit Angabe der SASB-Cluster zu Therapiebeginn



CMP: Patient Herr I

Erwartungen:

Blockierte positive Erwartungen drücken sich aus in der Unterstützung 1.4, der Wunsch nach Nähe in dem Cluster 1.3. Für die Befürchtungen des Patienten steht der Cluster 1.6 als harte Vorschriften, die sich aufteilen in extreme Kontrolle (Korsett) = Cluster 1.5 und in Schmerz = 1.7, auch Vernachlässigung und Verlassenwerden, hier als Cluster 1.8.

Verhalten des Patienten:

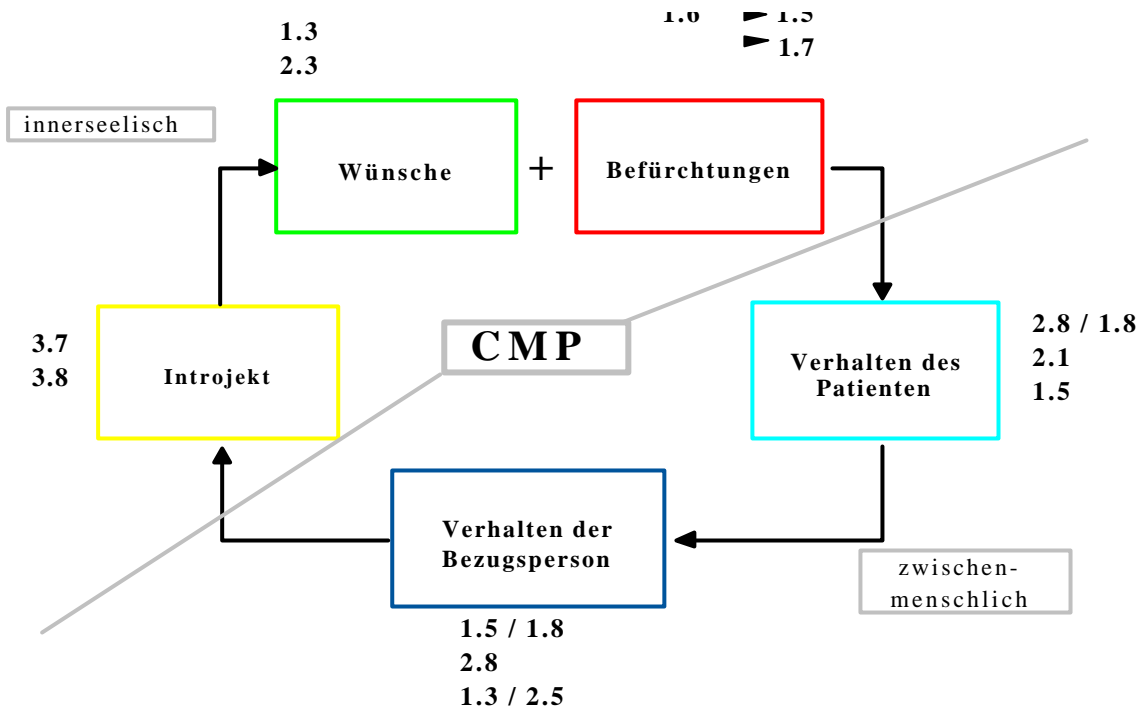
Das falsche Selbst ist hier ausgedrückt mit den Clustern 2.5 bis 2.6. Der Rückzug aus der bösen Welt, vollzogen mit Alkohol, steht hier im Cluster 2.8 und der Versuch, Mitmenschen zu kontrollieren im Cluster 1.5. Das Schreien im Kinderbett, sowie der Ausdruck „Schnauze voll von der Welt“, stehen hier im Cluster 2.7, die Ejaculatio Präcox steht im Cluster 2.4 / 2.8.

Verhalten der Anderen:

Unterstützung erschöpft sich, man gibt auf: Cluster 1.4 und führt schließlich zu den Clustern 1.8 / 2.8. Dem Chef und den Partnerinnen geht es vom Vorwurf zum Rausschmiß, widergespiegelt hier im Cluster 1.6, mit der Spaltung in die Cluster 1.5 / 1.7 (Eltern, Stiefvater, Krankenhaus und Kinderheim).

Introjekt:

Die affektive Selbstvernachlässigung und der Alkoholabusus stehen im Cluster 3.8. Schuldgefühle (Cluster 3.6) teilen sich auf in extreme Selbstkontrolle: 3.5 und Selbsthaß: 3.7.



4.2.10. Das CMP von Patient K mit Angabe der SASB-Cluster zu Therapiebeginn

CMP: Patient Herr K

Erwartungen:

Blockiert sind die positiven Erwartungen nach einer reinen, nicht ausnutzenden und nicht kontrollierenden Zuneigung: Cluster 1.3 / 2.3. Negative Erwartungen: Der Patient fürchtet, in seinem falschen Selbst weiter gefordert zu werden, auch falsche Zuwendung (Cluster 1.5 / 1.8 und 1.3 / 1.8), wie durch Mutter zugleich Entwertung im Cluster 1.6, die sich in die Cluster 1.5 und 1.7 aufteilen kann. Am meisten fürchtet er wohl Mißbrauch: Liebe, die ihn fesselt, kommandiert und seine Wünsche übersieht, hier als Cluster kombiniert in 1.3 / 1.5 / 1.8.

Verhalten des Patienten:

Flucht und Rückzug sowie Bindungslosigkeit, hier als Cluster 2.8 / 1.8. Pseudoautonomie steht ausgedrückt im Cluster 2.1, der Versuch immer die Führungsrolle zu übernehmen im Cluster 1.5.

Verhalten der Anderen:

Er hat abhängige Freunde (Cluster 1.3 / 2.5) und seine Fähigkeiten werden ausgenutzt: 1.5 / 1.8. Der Rückzug und das Fehlen von Beziehungen auch zu Frauen drückt sich im Cluster 2.8 aus.

Introjekt:

Er vernachlässigt seine Bedürfnisse und ist sich egal, außerdem ist er einsam: Cluster 3.8. Massiver Abusus von Nikotin und Alkohol hier ausgedrückt im Cluster 3.7.

4.3. Ergebnisdiagramme aller Therapieverläufe für alle zehn untersuchten Patienten.

Alle Diagramme in diesem Kapitel stellen die absoluten Häufigkeiten für alle in der Inhaltsanalyse der untersuchten Therapien gewerteten Cluster dar, wobei der Patient der Sprecher ist. Das heißt, daß alles, was der jeweilige Patient im Zusammenhang mit Alkohol über sich oder alle anderen Referenten berichtet, hier berücksichtigt wurde. (Erst im nächsten Kapitel werden der Patient und auch der Therapeut jeweils als Sprecher gesondert dargestellt).

Die Therapieverläufe wurden für den gesamten Zeitverlauf in drei Drittel unterteilt. Es werden jeweils alle Drittelabschnitte dargestellt, in denen Therapie stattfand. In jenen Dritteln, in denen zwar Therapie stattfand, Alkohol aber nicht thematisiert wurde, wurde ein verkleinerter leerer Diagrammkasten dargestellt. Damit soll dem Betrachter intuitiv mitgeteilt werden, daß Therapie stattfand, ein auf Veränderung des Patienten gerichteter Prozeß also im Gange war, obwohl in diesen Zeiten des therapeutischen Prozesses Alkohol nicht Inhalt der Auseinandersetzung war. Damit soll der Unterschied zwischen Therapie fand nicht statt, weil sie z.B. abgebrochen wurde und „Therapie fand statt“ unterstrichen werden.

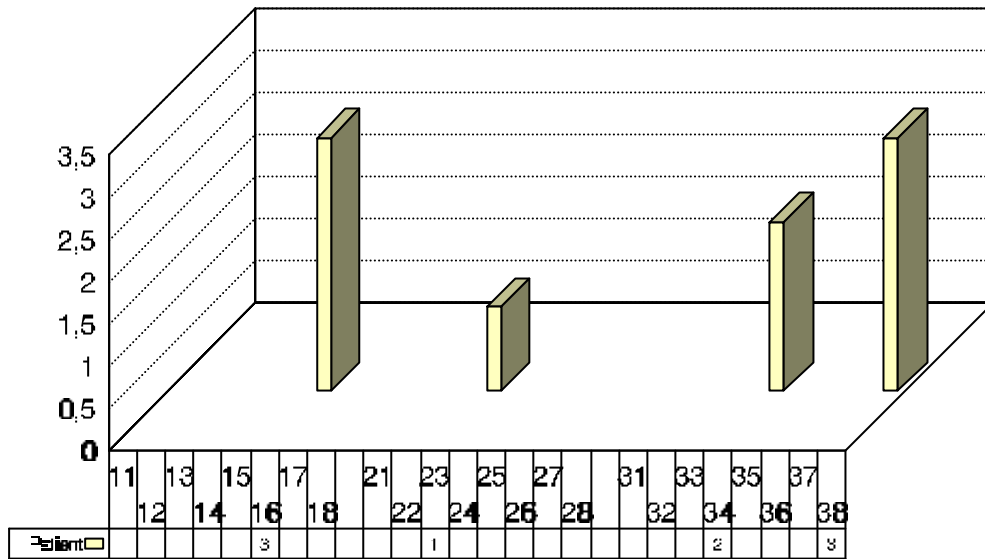
Es soll kurz erläutert werden, wie die Diagramme zu lesen sind. Die Referenten in einem Therapiegespräch sind als horizontale Reihe dargestellt. Die verschiedenen Referenten, die regelmäßig wiederkehren, sind in allen Diagrammen in der gleichen Farbgebung gestaltet worden. Der Patient als Sprecher ist stets in hell-beige im Diagramm zu sehen. Der Therapeut stets in dunkelblau, Alkohol ist stets in hellrot gehalten. Andere, von Patient zu Patient wechselnde Referenten sind so gestaltet, daß sich ein möglichst starker Farbkontrast zu beiden Nachbarreferenten ergibt, sodaß im Diagramm eine optimale Unterscheidung möglich wird.

Am Beispiel des ersten Drittels der Therapie von Patientin B sieht man, wie im Diagramm auf der x-Achse die absolute Häufigkeit aufgetragen ist. Auf der y-Achse sieht man sämtliche Cluster des SASB-Modells nach Benjamin (1974) aufgetragen. Die Cluster der Fokusebene eins sind als 1-1 bis 1-8 von links beginnend dargestellt. Daran anschließend die acht Cluster für Fokusebene zwei und schließlich in gleicher Ordnung die Cluster der Fokusebene drei. In der darunter dargestellten Zahlentabelle findet man die Zahlenwerte der absoluten Häufigkeiten wie z.B. eine Zahl 33 für das Cluster 2-5, das mit der Häufigkeitssäule in beiger Farbe in der horizontalen Zeile für den Patienten als Referenten korrespondiert. Für dieses Cluster ergab also die Auszählung der Urtabellen bei der Inhaltsanalyse, daß dieses Cluster 33 mal vorkam im ersten Drittel der Therapie. Das heißt, der Patient äußerte sich 33 mal innerhalb des ersten Therapiedrittels in einer sich fügenden oder unterwerfenden Weise gegenüber anderen Referenten.

In der gleichen Weise sind alle übrigen Diagramme zur absoluten Häufigkeit in Kapitel 4.3.2. zu verstehen.

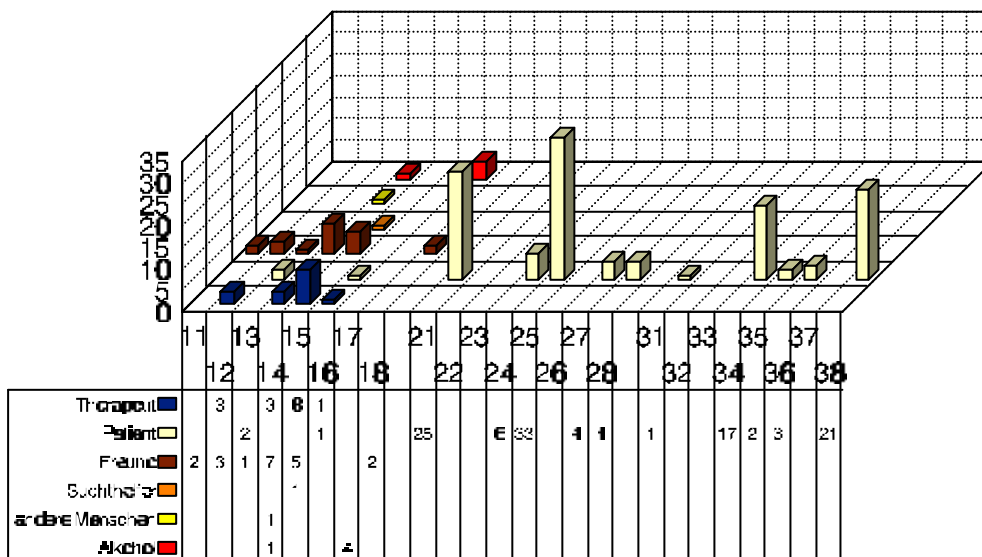
4.3.1. Häufigkeiten aller SASB-Cluster von Patientin A über die gesamte Therapiedauer

Patientin A: Häufigkeiten 1/3

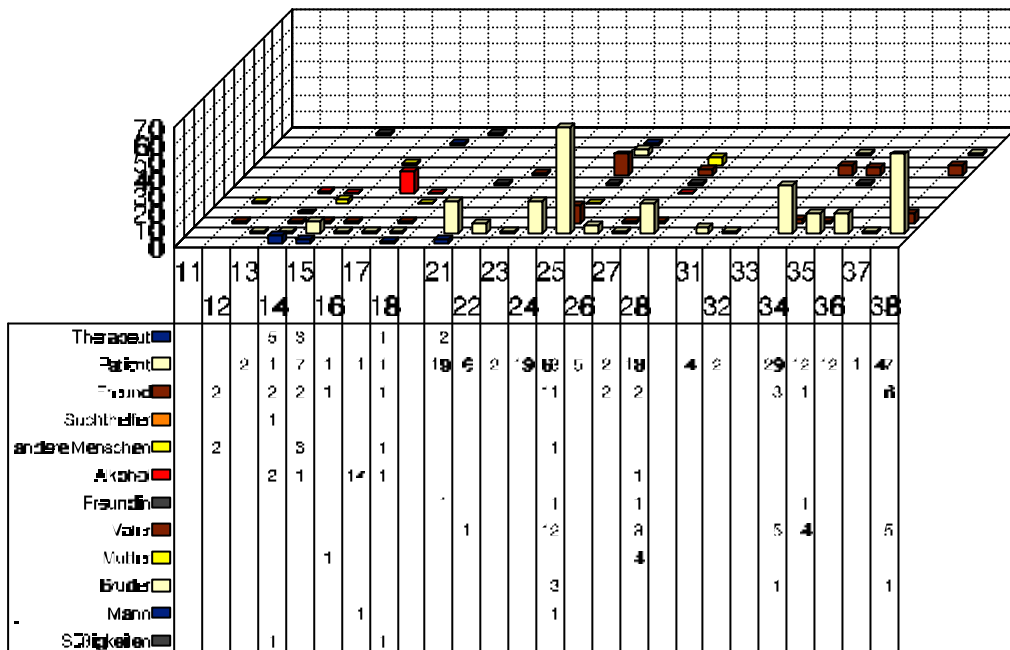


4.3.2. Häufigkeiten der SASB-Cluster von Patientin B über die gesamte Therapiedauer

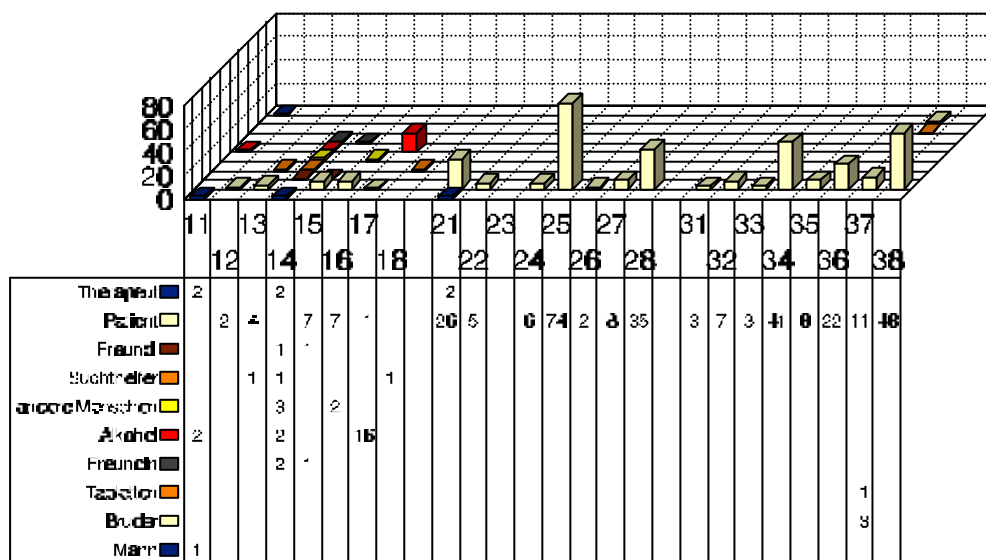
Patientin B: Häufigkeiten 1/3



Patientin B: Häufigkeiten 2/3

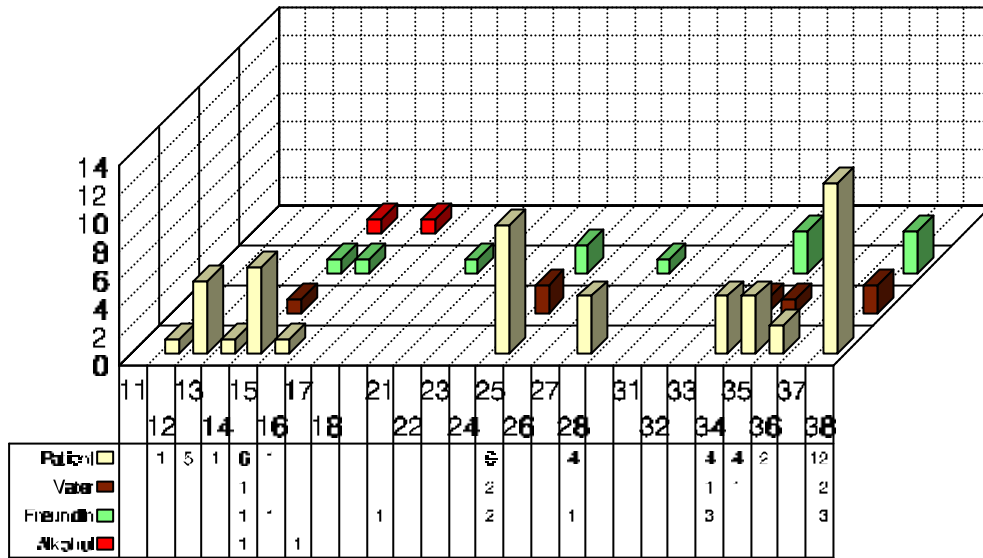


Patientin B: Häufigkeiten 3/3

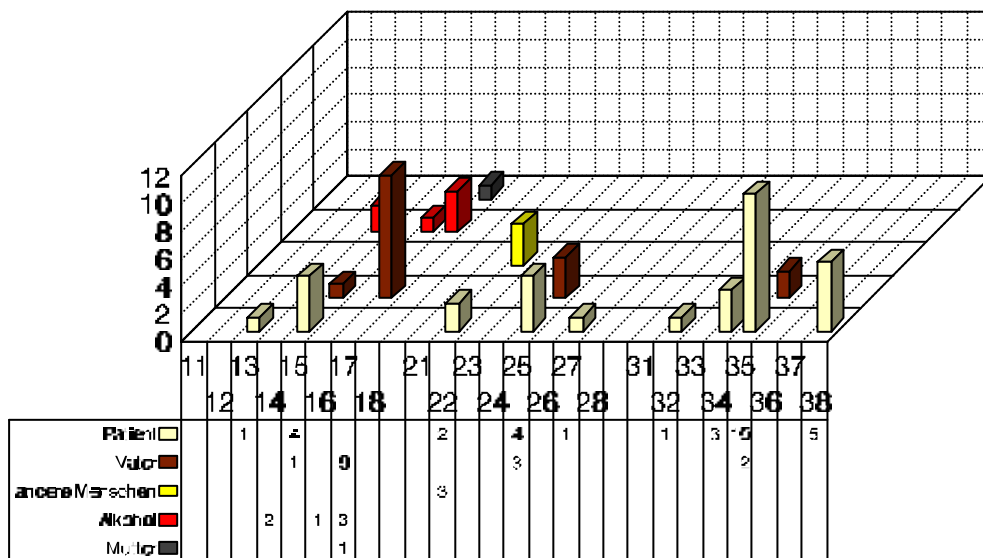


4.3.3. Häufigkeiten der SASB-Cluster von Patientin C über die gesamte Therapiedauer

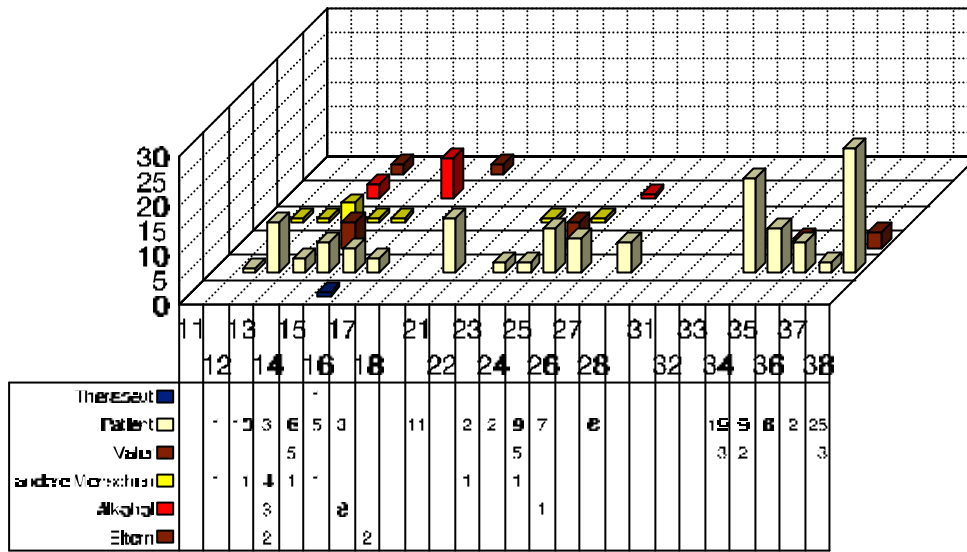
Patientin C: Häufigkeiten 1/3



Patientin C: Häufigkeiten 2/3

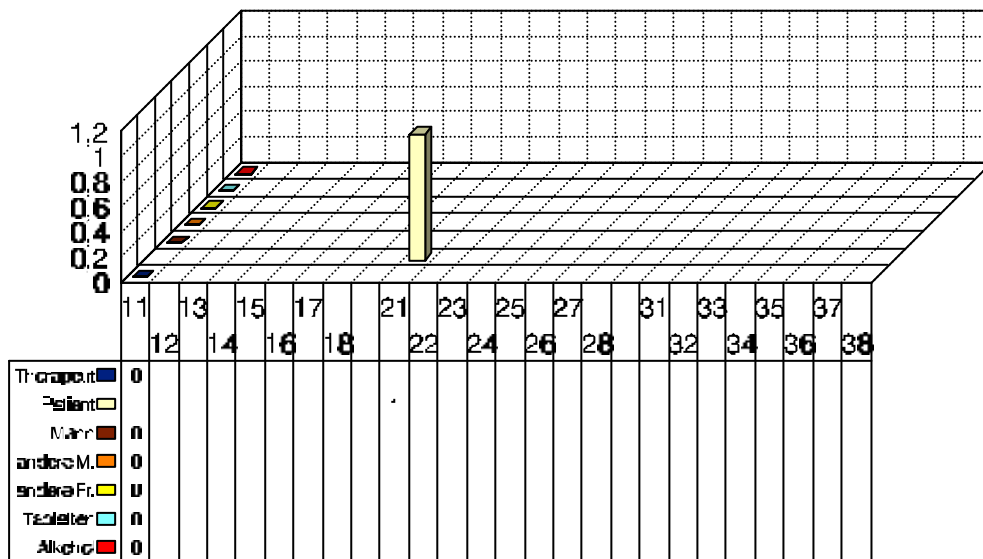


Patientin C: Häufigkeiten 3/3

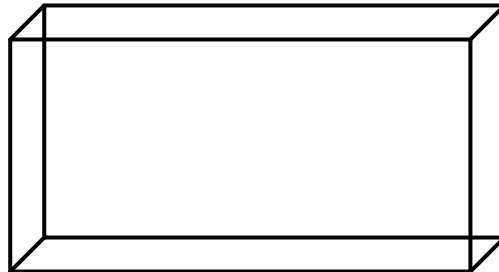


4.3.4. Häufigkeiten der SASB-Cluster von Patientin D über die gesamte Therapiedauer

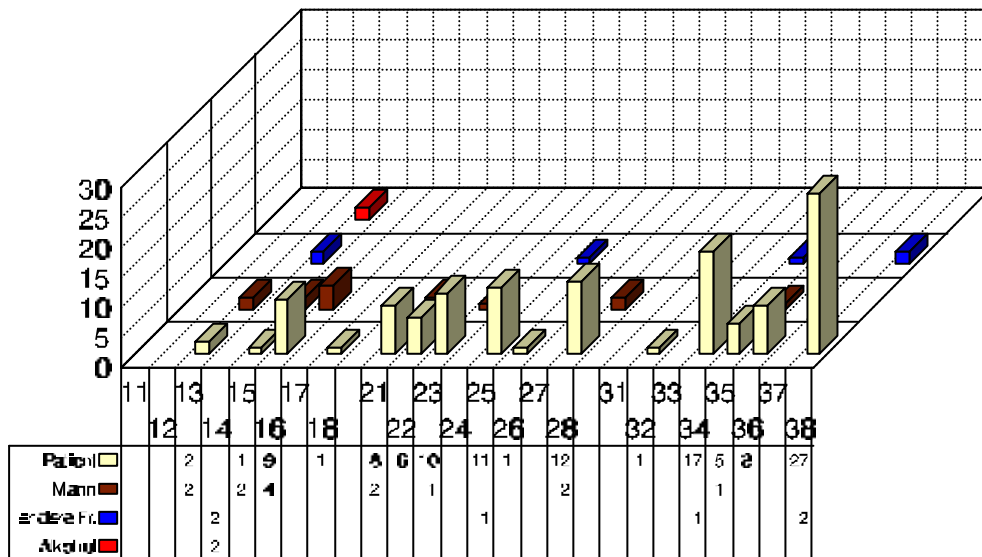
Patientin D: Häufigkeiten 1/3



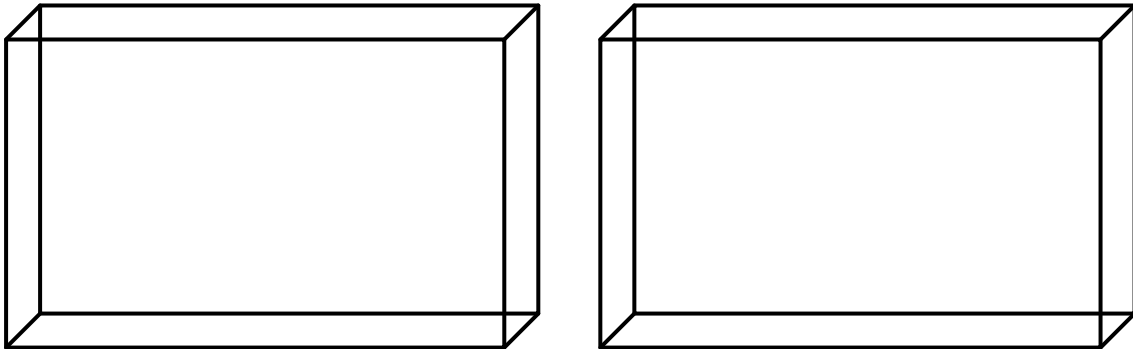
Patientin D: Häufigkeiten 2/3



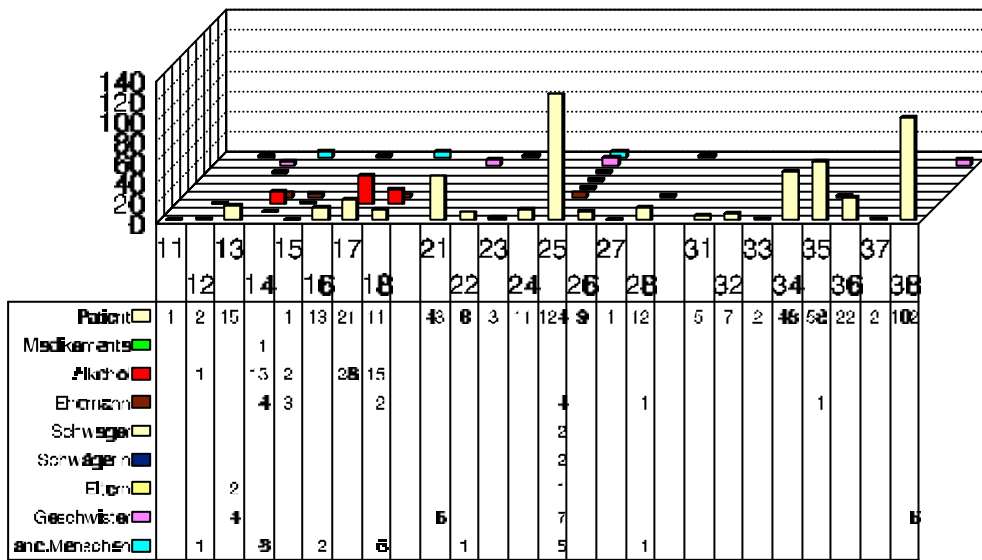
Patientin D: Häufigkeiten 3/3



Patientin E: Häufigkeiten 1/3 und 2/3

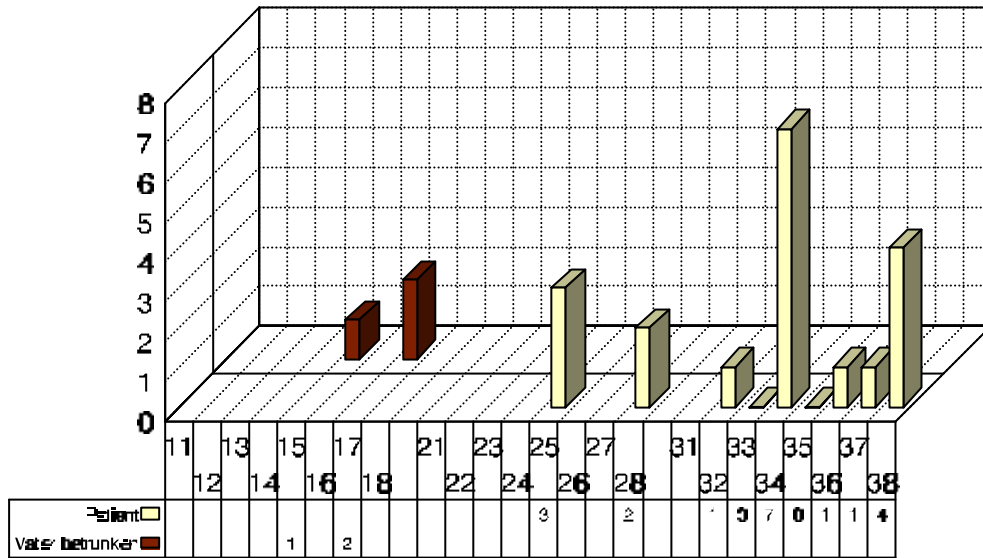


Patientin E: Häufigkeiten 3/3

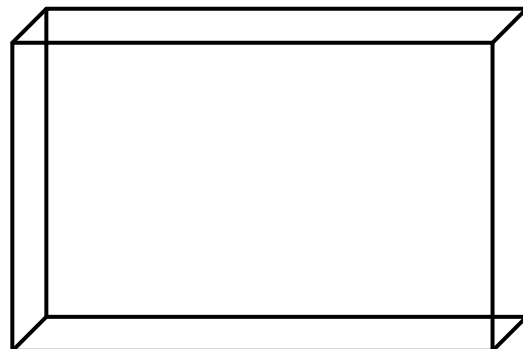
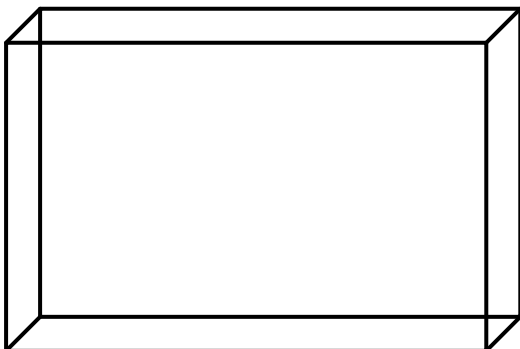


4.3.6. Häufigkeiten der SASB-Cluster von Patientin F über die gesamte Therapiedauer

Patientin F: Häufigkeiten 1/3

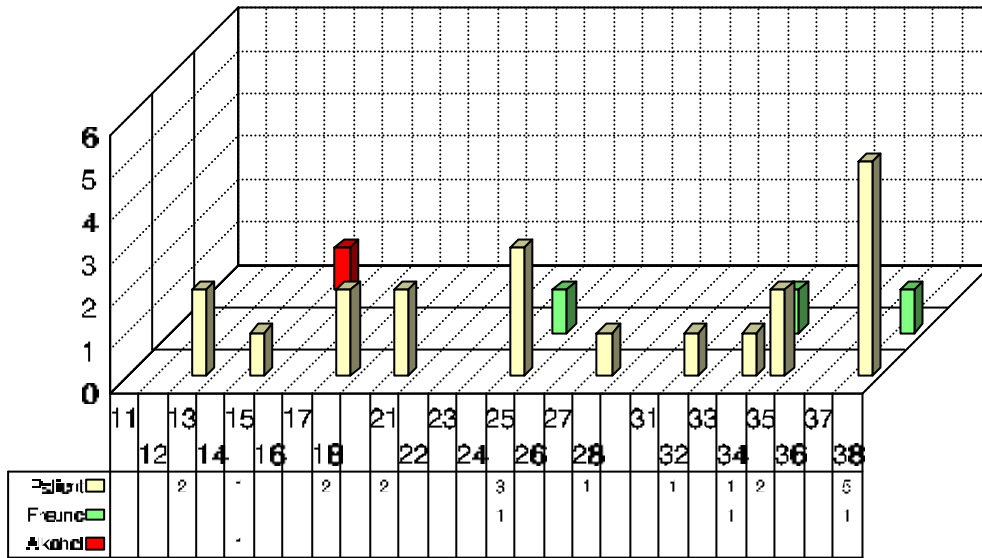


Patientin F: Häufigkeiten 2/3 und 3/3

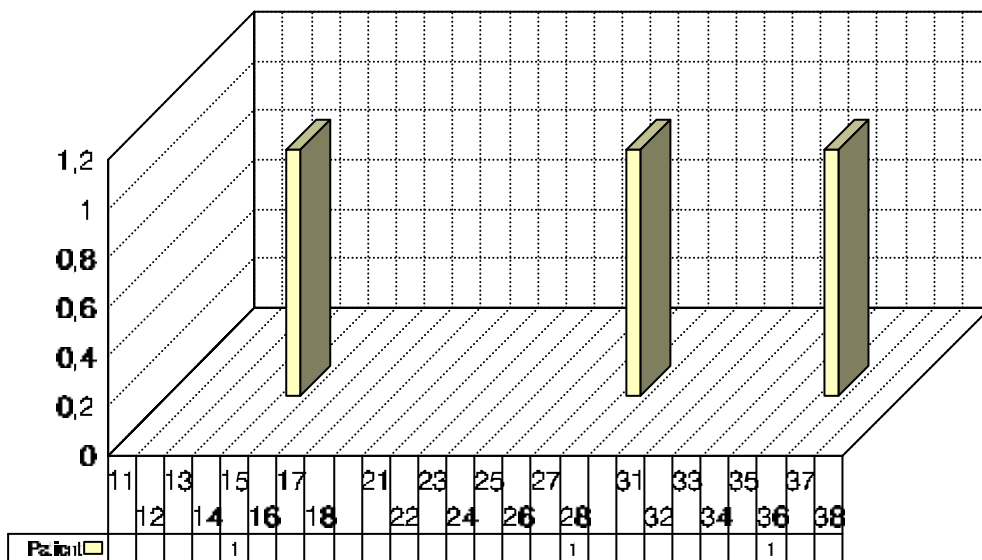


4.3.7. Häufigkeiten der SASB-Cluster von Patientin G über die gesamte Therpiedauer

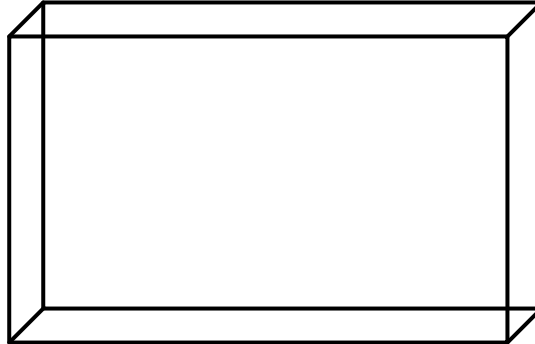
Patientin G: Häufigkeiten 1/3



Patientin G: Häufigkeiten 2/3

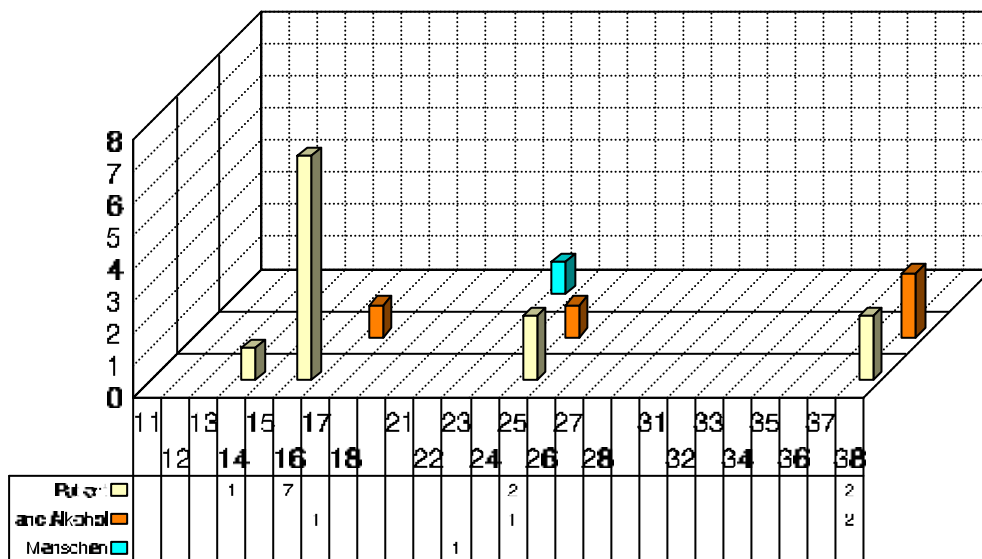


Patientin G: Häufigkeiten 3/3



4.3.7. Häufigkeiten der SASB-Cluster von Patient H über die gesamte Therapiedauer

Patient H: Häufigkeiten 1/3



4.4. Darstellung der Beziehungen von Patienten und Therapeuten zum Alkohol

In den Diagrammen dieses Kapitels werden die in den Therapiesprächen in Bezug zum Alkohol geäußerten Beziehungsqualitäten gesondert dargestellt. Auf jeweils einer Seite werden alle Äußerungen des Patienten, die dieser über die gesamte Dauer der Therapie machte, in einem 3-dimensionalen Diagramm dargestellt. Diese Darstellungen stellen also alle in der Inhaltsanalyse gewerteten Bemerkungen, die vom Patienten ausgingen, dar.

Ähnlich wie bei den vorherigen Abbildungen ist auf der x-Achse die absolute Häufigkeit der Cluster aufgetragen. Auf der y-Achse sind die Therapiestunden von links nach rechts, beginnend mit der ersten Stunde, aufgetragen.

Die vier farblich unterschiedenen horizontalen Zeilen im Diagramm bezeichnen vier unterschiedlich definierte Cluster-Gruppen. Die Cluster-Gruppe in gelb im Vordergrund repräsentiert sämtliche absoluten Häufigkeiten des Clusters 1, wie es im SASB-Modell nach BENJAMIN (1974) definiert ist.

Also vom Patienten als Sprecher aus gewertet würde man solche Äußerungen umschreiben mit: „eigenständig sich behaupten“ und „gelöst, selbstsicherer Zustand“.

Die zweite Zeile (in violetter Farbe) im Diagramm, in dem der Patient der Sprecher ist, summiert die Cluster 2.2, 2.3 und 2.4 zu einer Gruppe auf. Damit werden die Beziehungsqualitäten „sich öffnen“, „mitteilen“, „sich zeigen“ im Cluster 2.2 sowie „voller Freude sich verbinden“ im Cluster 2.3 und im Cluster 2.4 „vertrauensvoll sich verlassen auf“ und „sich stützen auf“.

Die dritte, in Grün dargestellte Zeile repräsentiert mit ihren Säulen die absoluten Häufigkeiten des Clusters 2.5, welches im SASB-Modell mit „sich fügen“ und „sich unterwerfen“ umschrieben ist.

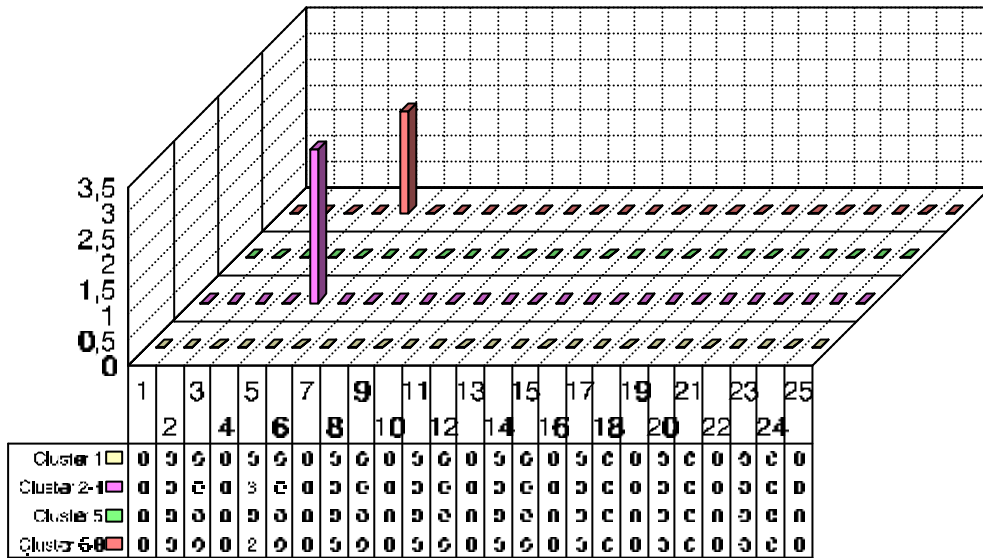
Die rote Zeile im Hintergrund des Säulendiagramms für den Patienten als Sprecher faßt das Cluster 2.6 „gekränkt und beleidigt sein“, „sich rechtfertigen“ und „hastig Folge leisten“ mit seinen absoluten Häufigkeiten zusammen mit jenen des Clusters 2.7 = „protestieren“, „zurückweichen“ sowie „zurück-schrecken“ und denen des Clusters 2.8 „sich abschotten“, „sich verweigern“ und „sich distanzieren“.

Das auf jeder Seite jeweils untere Säulendiagramm stellt die absoluten Häufigkeiten aller Cluster bzw. Cluster-Gruppen dar, in denen der Therapeut der Sprecher ist. Auch hier sind die Cluster zu vier Gruppen in vier horizontalen Zeilen zusammengefaßt. Die 3-D-Diagramme sind in der gleichen Weise zu verstehen wie jene, in denen der Patient Sprecher ist.

4.4.1. Patientin A

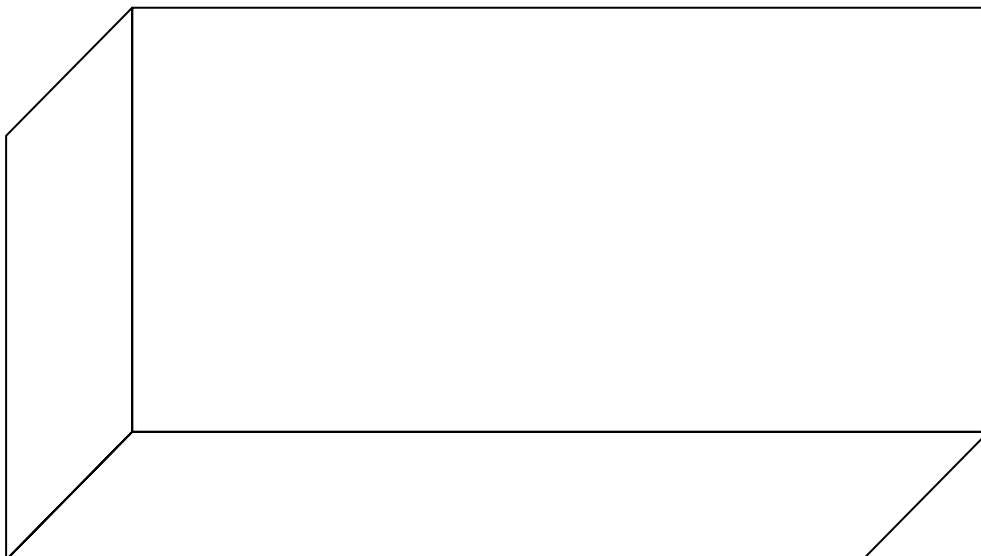
Patientin A ist Sprecher

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



Therapeut spricht zu Pat. A

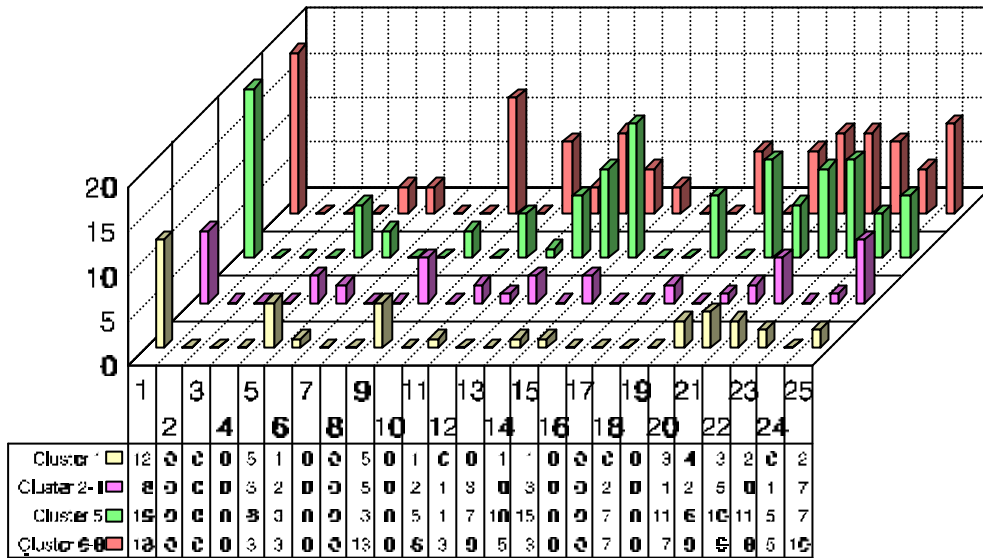
Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



4.4.2. Patientin B

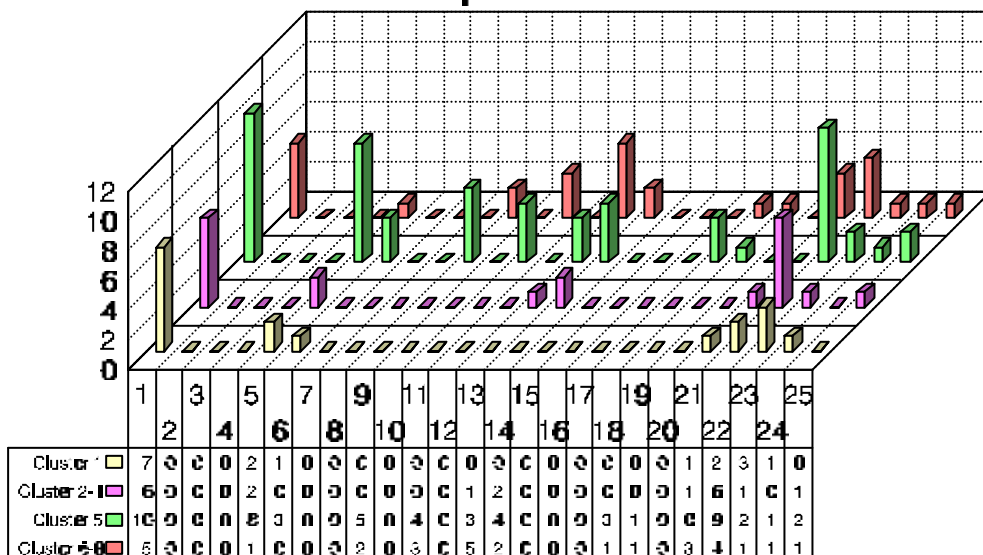
Patientin B ist Sprecher

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte Therapiedauer



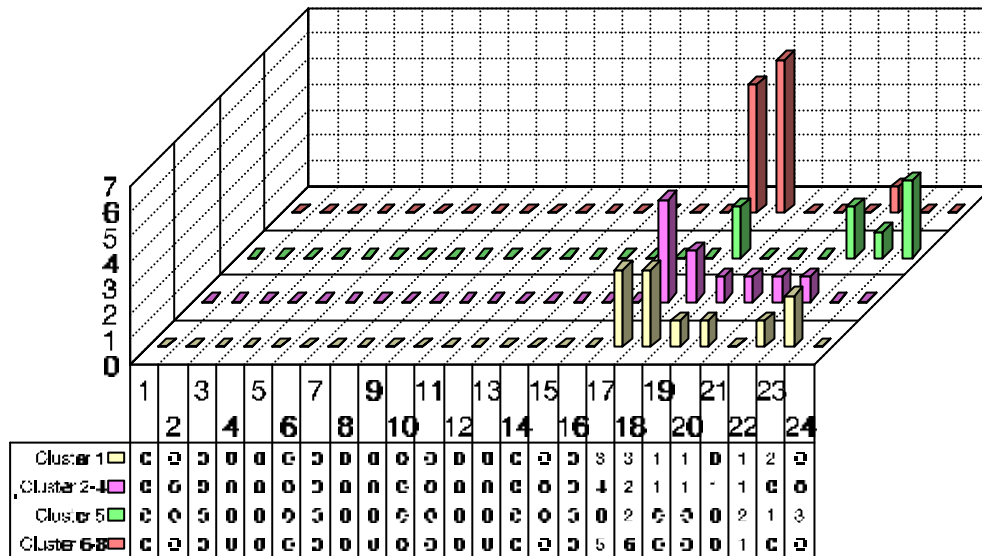
Therapeut spricht zu Pat. B

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte Therapiedauer



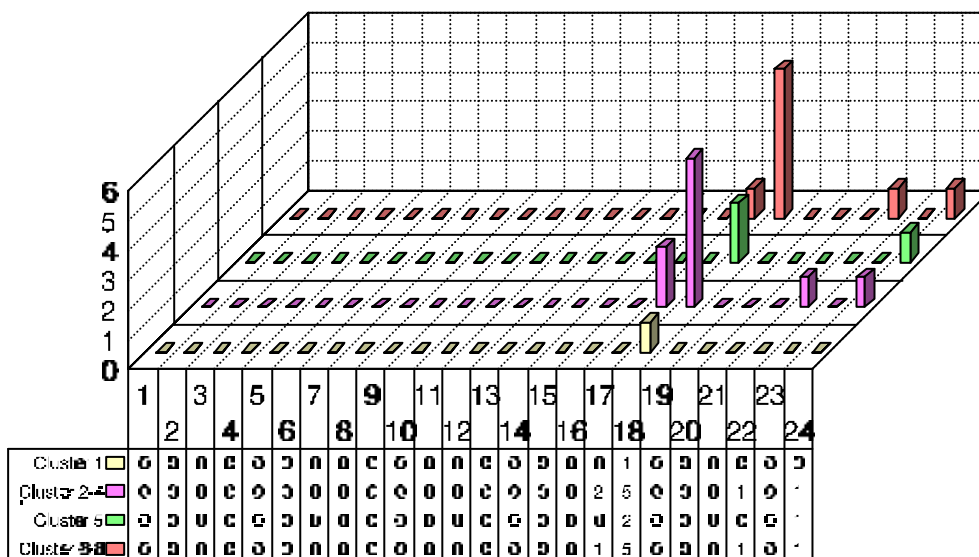
Patientin D ist Sprecher

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



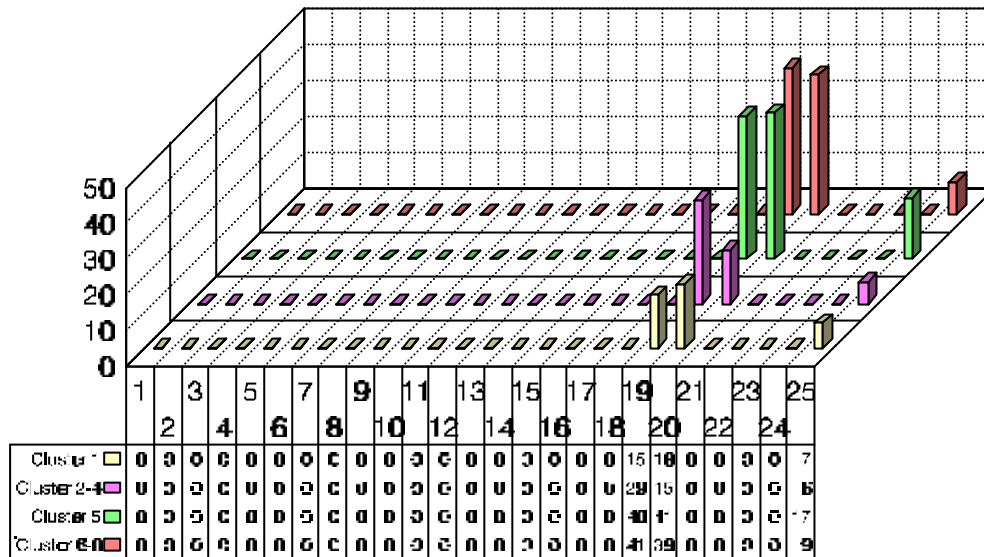
Therapeut spricht zu Pat. D

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



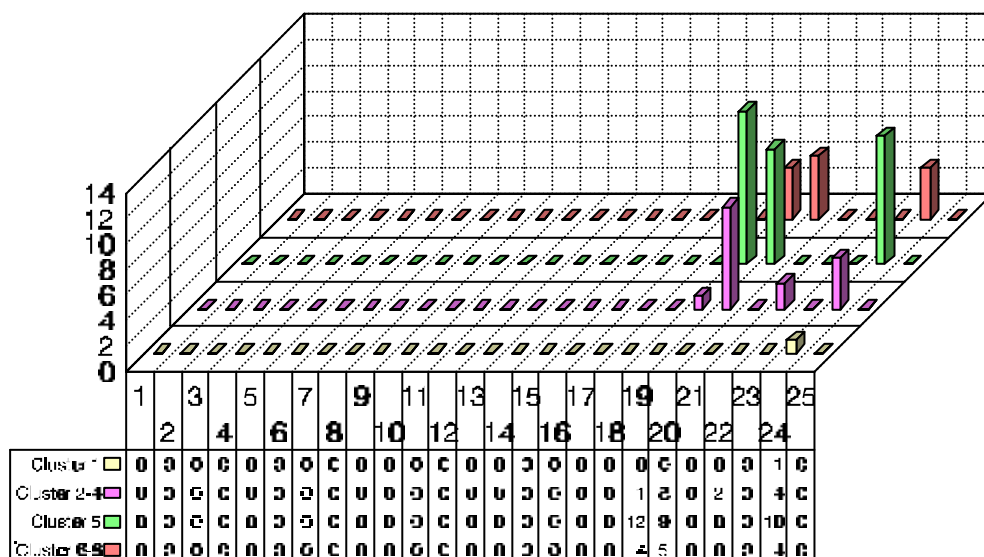
Patientin E ist Sprecher

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



Therapeut spricht zu Pat. E

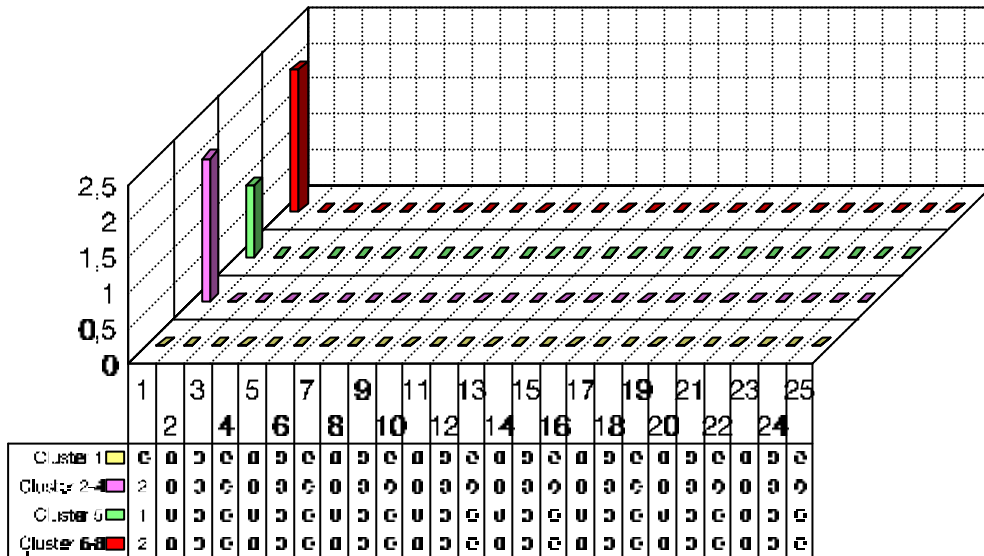
Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



4.4.6. Patientin F

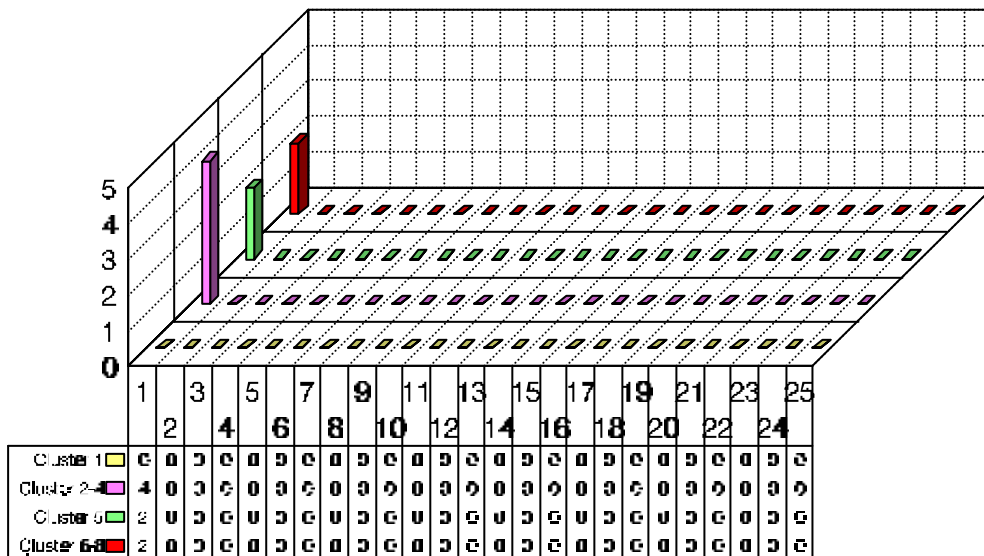
Patientin F ist Sprecher

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



Therapeut spricht zu Pat. F

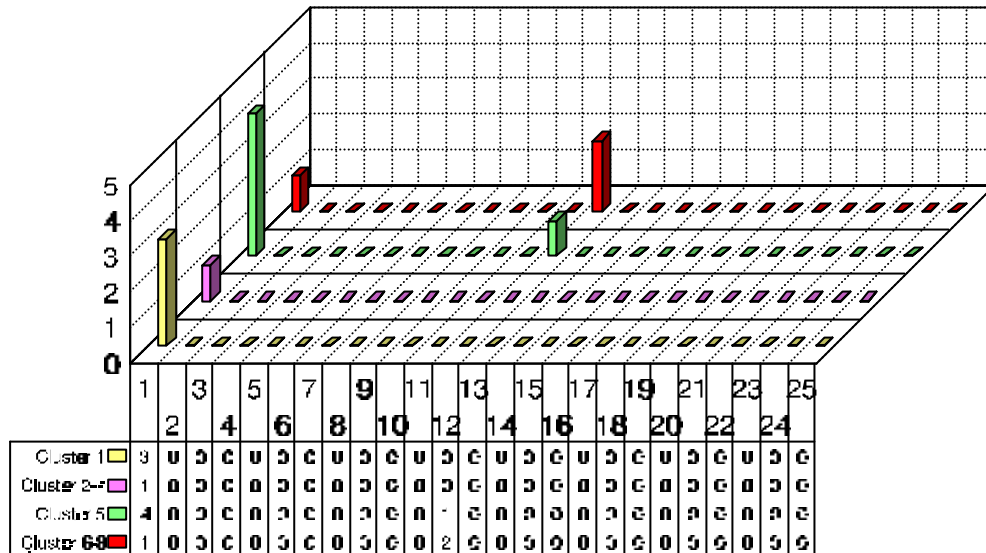
Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



4.4.7. Patientin G

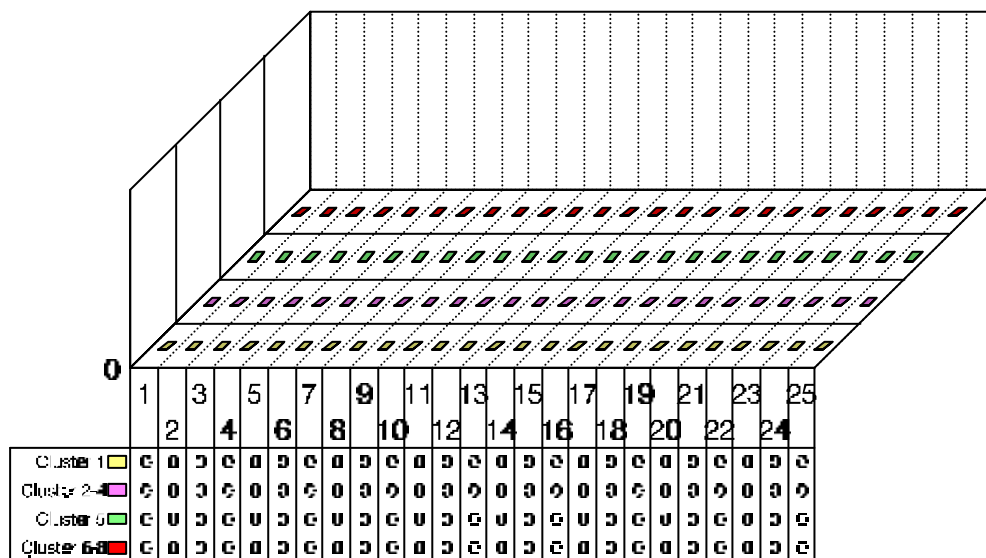
Patientin G ist Sprecher

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



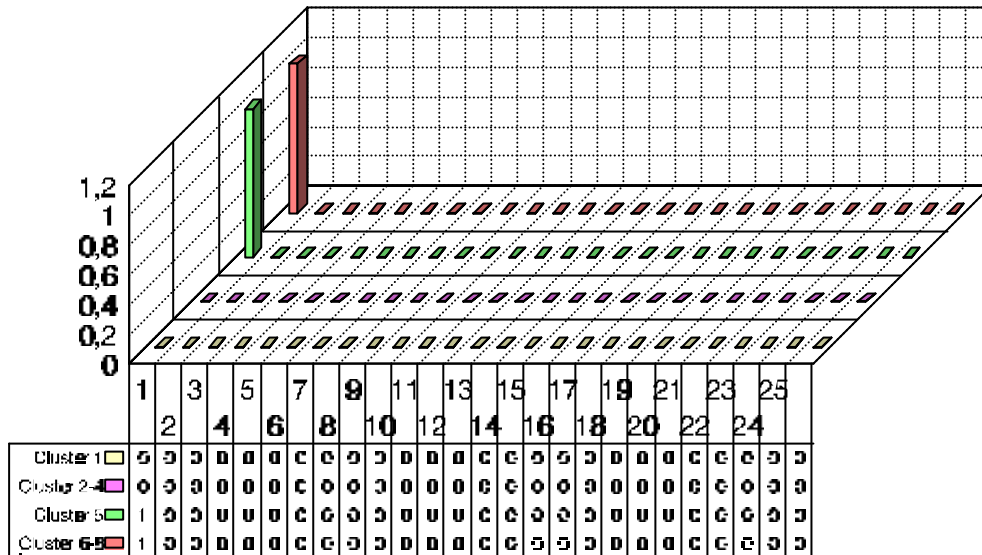
Therapeut spricht zu Pat. G

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



Patient H ist Sprecher

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



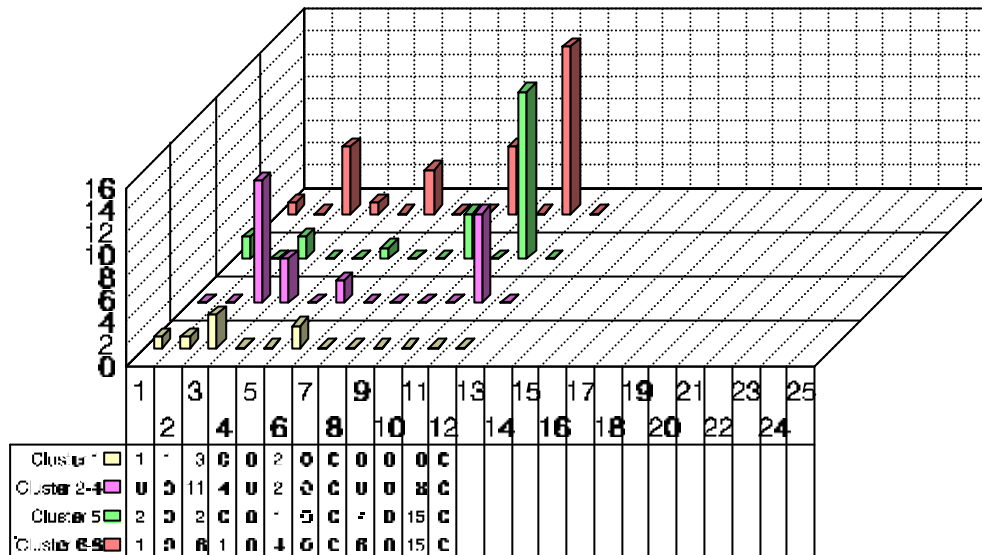
Therapeut spricht zu Pat. H

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



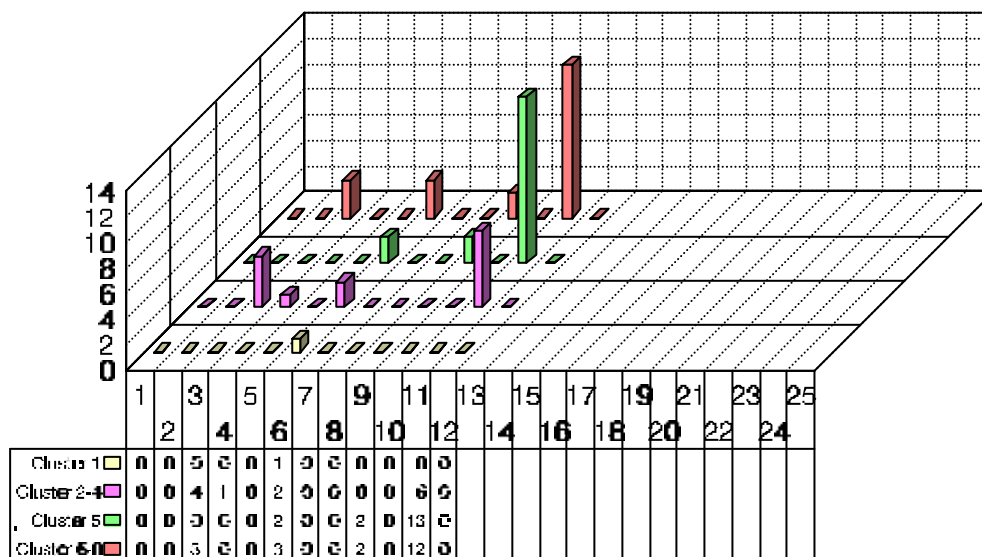
Patient I ist Sprecher

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



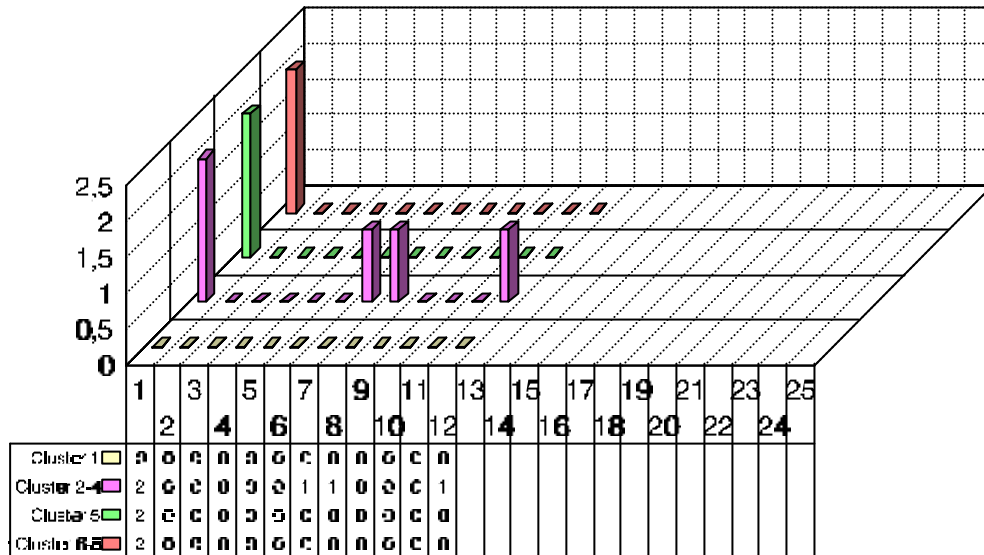
Therapeut spricht zu Pat. I

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



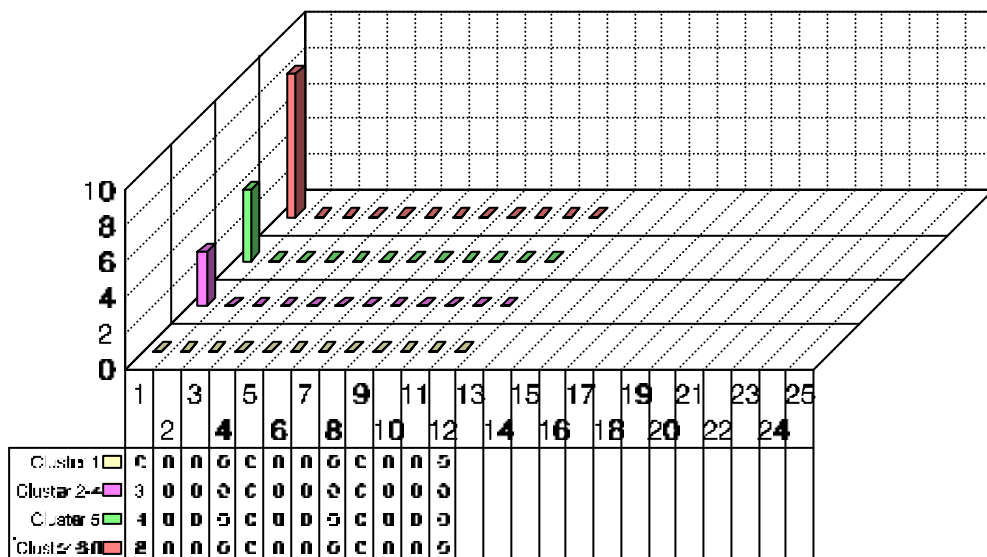
Patient K ist Sprecher

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



Therapeut spricht zu Pat. K

Beziehungsqualität zum Alkohol über gesamte
Therapiedauer



4.5 Darstellung der Beziehungskonstellationen der untersuchten Patienten

In diesem Abschnitt werden die aktuellen Objektbeziehungen der zehn untersuchten Patienten, wie sie im Therapieprozeß zum Ausdruck kamen, mit Hilfe von Beziehungsdiagrammen dargestellt. Auch hier werden wieder die Suchtmittel, wegen ihrer zentralen Stellung im Leben dieser Patienten, als Beziehungsobjekte gewertet und behandelt.

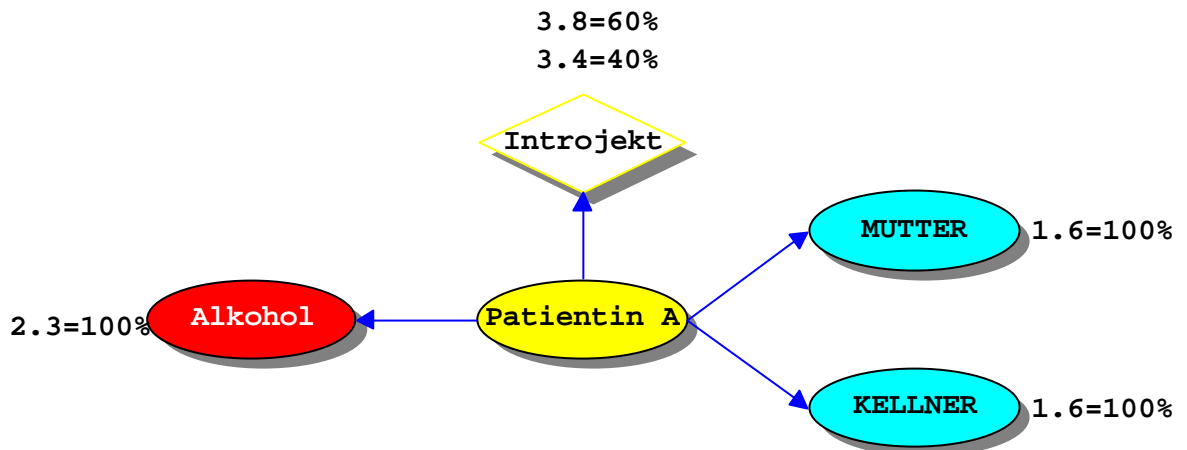
Die quantitativen Angaben, wie sie jeweils neben den Objektsymbolen zu sehen sind, stellen Prozentangaben dar. Diese geben die Häufigkeit an, mit der ein bestimmtes Cluster anteilig vorkommt an der Gesamtanzahl aller Cluster, die sich auf ein bestimmtes Objekt beziehen. In der oberen Abbildung für Patientin B in Kapitelabschnitt 4.5.2. beispielsweise nimmt das Cluster 2.5 („sich fügen“, „sich unterwerfen“) mit 60% den größten Anteil an den drei häufigsten Clustern ein. Das Cluster 2.1 ist nur mit einer Häufigkeit von 22% vertreten („sich eigenständig behaupten“, „gelöst-selbstsicherer Zustand“) und mit einer Häufigkeit von 6% erscheint das Cluster 2.8 („sich abschotten“, „sich verweigern“ und „sich distanzieren“). Patientin B bezieht sich also in 60% ihrer (drei häufigsten) Äußerungen klar positiv auf den Suchtstoff Alkohol. Dies ist für die gesamte Therapiedauer ermittelt.

In den Diagrammen, in denen die Pfeile alle vom Patienten ausgehen und sich auf seine Beziehungsobjekte richten, spiegelt sich die subjektive Betrachtungsweise des Patienten in Hinblick auf seine mitmenschliche und dingliche Umgebung wieder. In jenen Diagrammen, in denen die Pfeile von den Objekten auf den Patienten zielen, wird der Eindruck des Patienten, den er von seinen ihn umgebenden Objekten gewinnt, dargestellt: z.B. in dem unteren Diagramm in Abschnitt 4.5.2. bezieht sich der Alkohol als selbstständig betrachtetes Objekt zu 81% in einer „angreifenden“ und „zurückweisenden“ Art auf den Patienten. Im Therapieprozeß wurde also vom Patienten meistens so geäußert, daß er trinkt, daß er sich dem Alkohol unterwirft und nur selten so geäußert, daß er den Alkohol kontrolliert, während der Alkohol auch als überwiegend zerstörerisches Objekt bezeichnet worden war, das nur selten als „hilfreich“ aufgefaßt wurde.

Diese Beziehungsdiagramme sind im zeitlichen Verlauf statisch. Die Dynamik in den Objektbeziehungen ist in den vorigen Diagrammen visualisiert. Hier sollen die oft schwer überschaubaren vielfältigen Objektbeziehungen zu vielen verschiedenen Objekten veranschaulicht werden. Diese Objekte (z.B. der Schwager) tauchen in den therapeutischen Gesprächsabschnitten, in denen die Alkoholproblematik besprochen wurde, oft nur vereinzelt und kurz als Randfiguren auf. Trotzdem unterscheiden sich Patienten oft schon in der bloßen Anzahl ihrer Objektbeziehungen erheblich voneinander, und diese Tatsache soll hier leichter erfaßbar und somit auswertbar werden.

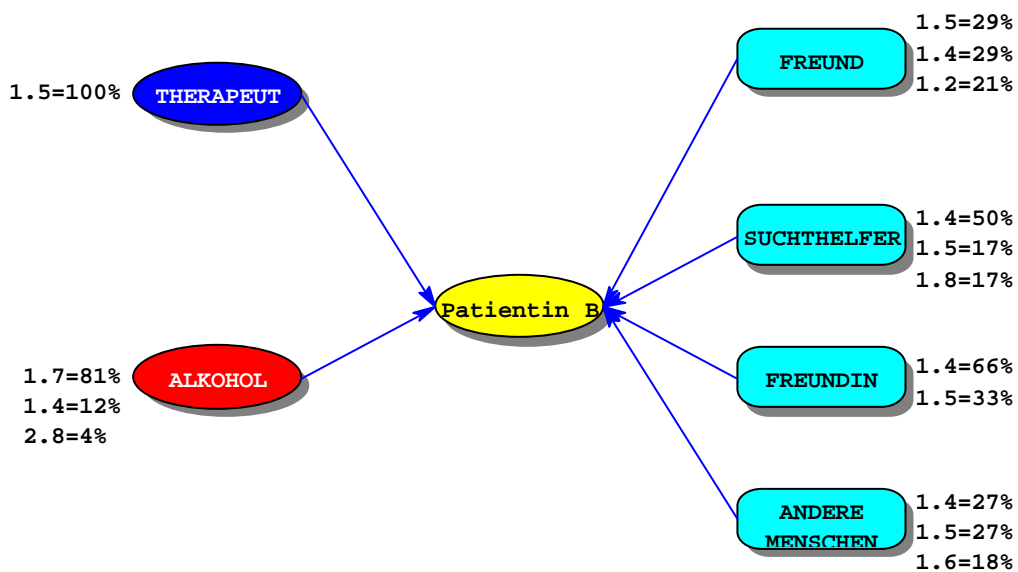
4.5.1. Patientin A

Aktuelle Beziehungsdynamik zwischen der Patientin A und allen übrigen Referenten über die gesamte Therapiedauer.



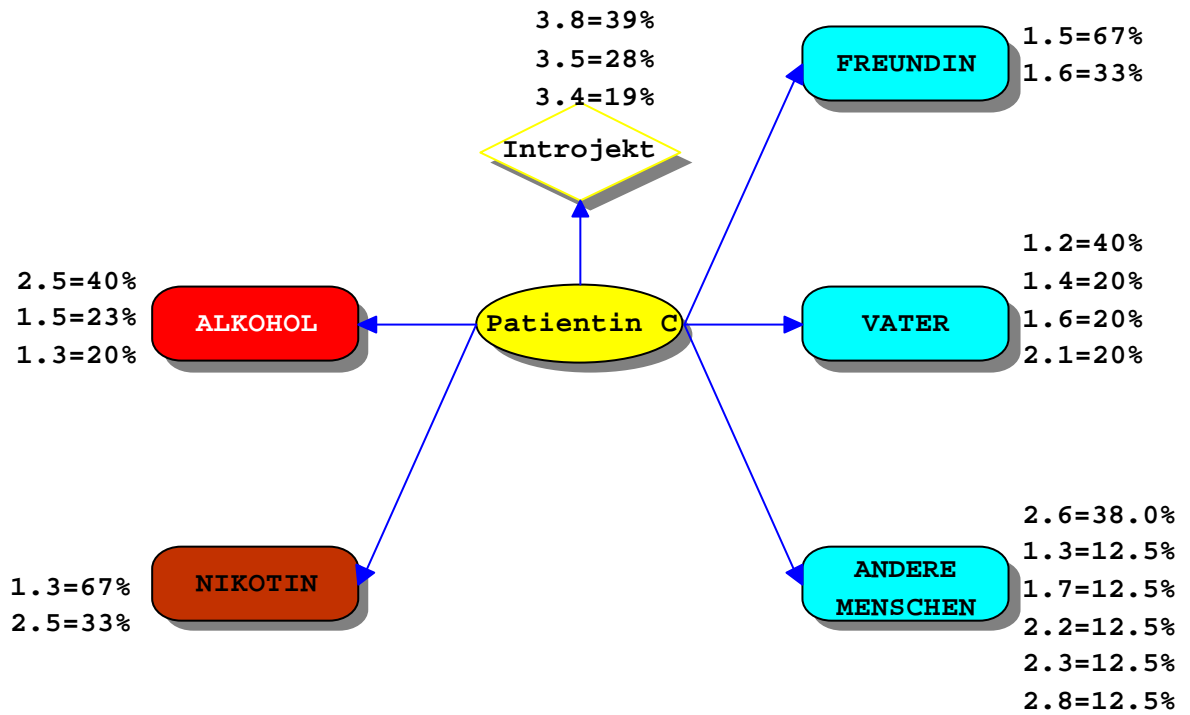
4.5.2. Patientin B

Aktuelle Beziehungsdynamik zwischen allen Referenten und der Patientin B über den gesamten Therapieverlauf.



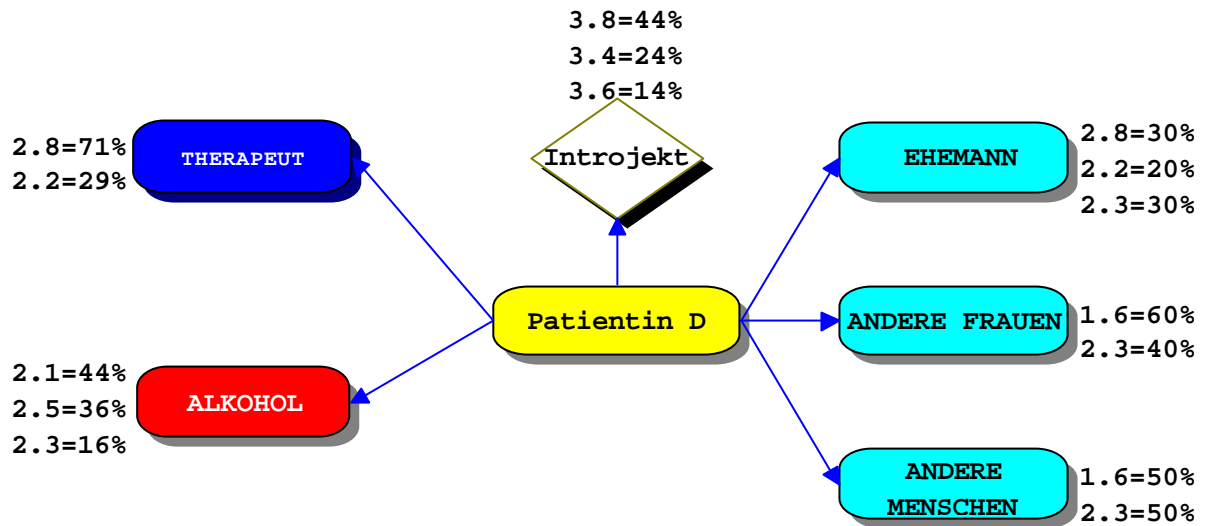
4.2.1. Patientin C

Aktuelle Beziehungsdynamik zwischen der Patientin C und allen übrigen Referenten über die gesamte Therapiedauer.

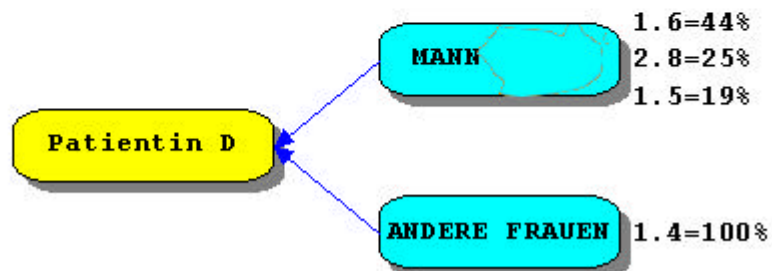


4.2.4. Patientin D

Aktuelle Beziehungsdynamik der Patientin D gegenüber allen anderen Referenten

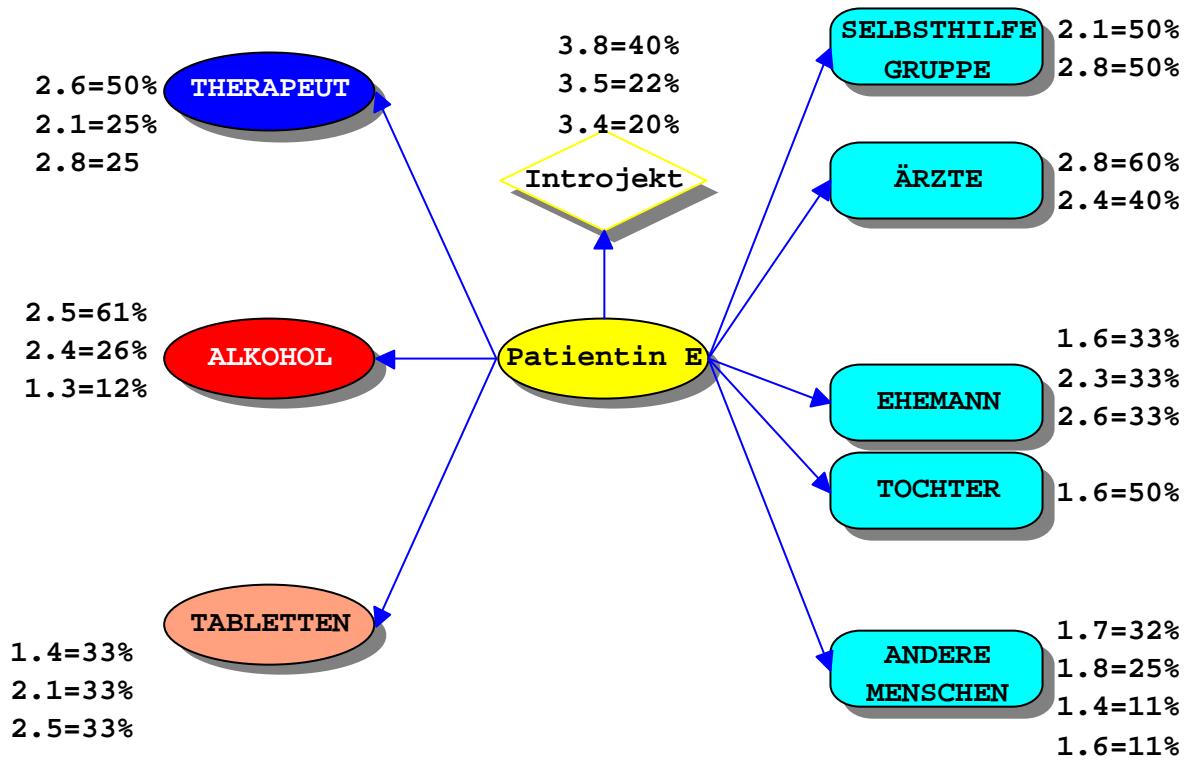


Aktuelle Beziehungsdynamik der Patientin D gegenüber allen übrigen Referenten über die gesamte Therapiedauer.

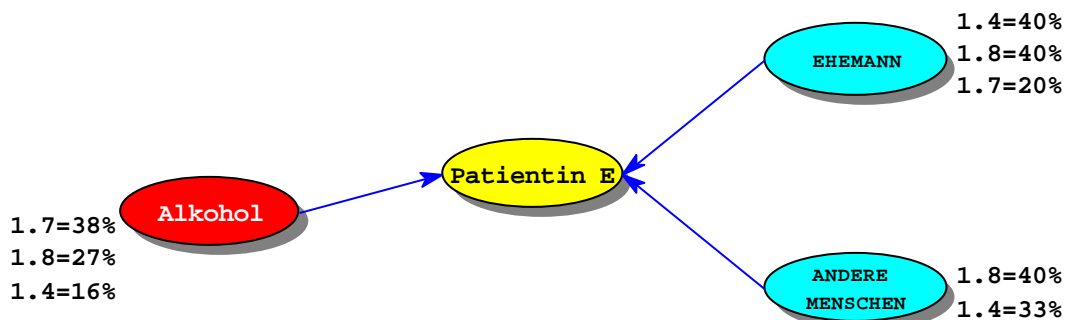


4.2.5. Patientin E

Aktuelle Beziehungsdynamik zwischen der Patientin E und allen übrigen Referenten über die gesamte Therapiedauer.

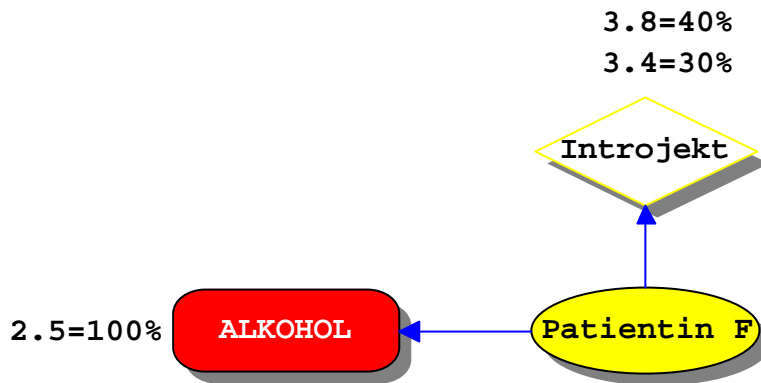


Aktuelle Beziehungsdynamik zwischen allen Referenten und der Patientin E über den gesamten Therapieverlauf.

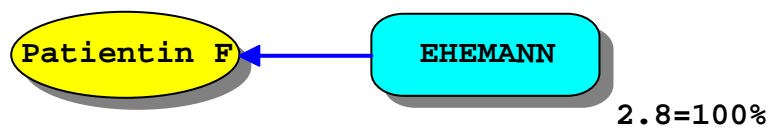


4.2.6. Patientin F

Aktuelle Beziehungsdynamik zwischen der Patientin F und allen übrigen Referenten über die gesamte Therapiedauer.

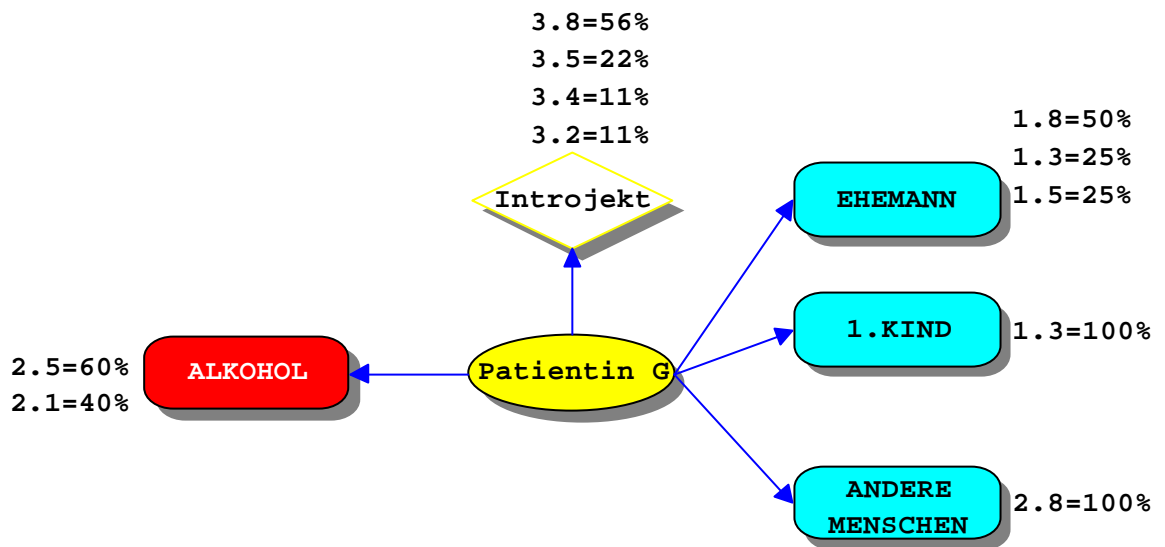


Aktuelle Beziehungsdynamik zwischen allen Referenten und der Patientin F über die gesamte Therapiedauer.



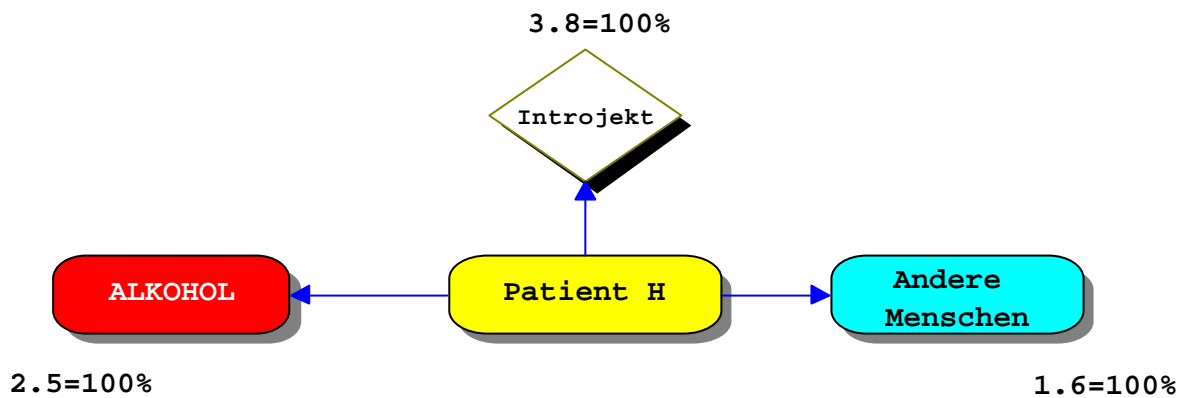
4.2.7. Patientin G

Aktuelle Beziehungsdynamik zwischen der Patientin G und allen übrigen Referenten über die gesamte Therapiedauer.

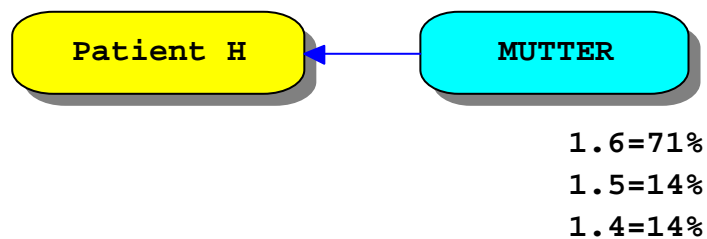


4.2.8. Patient H

Aktuelle Beziehungsdynamik zwischen dem Patienten H und allen übrigen Referenten

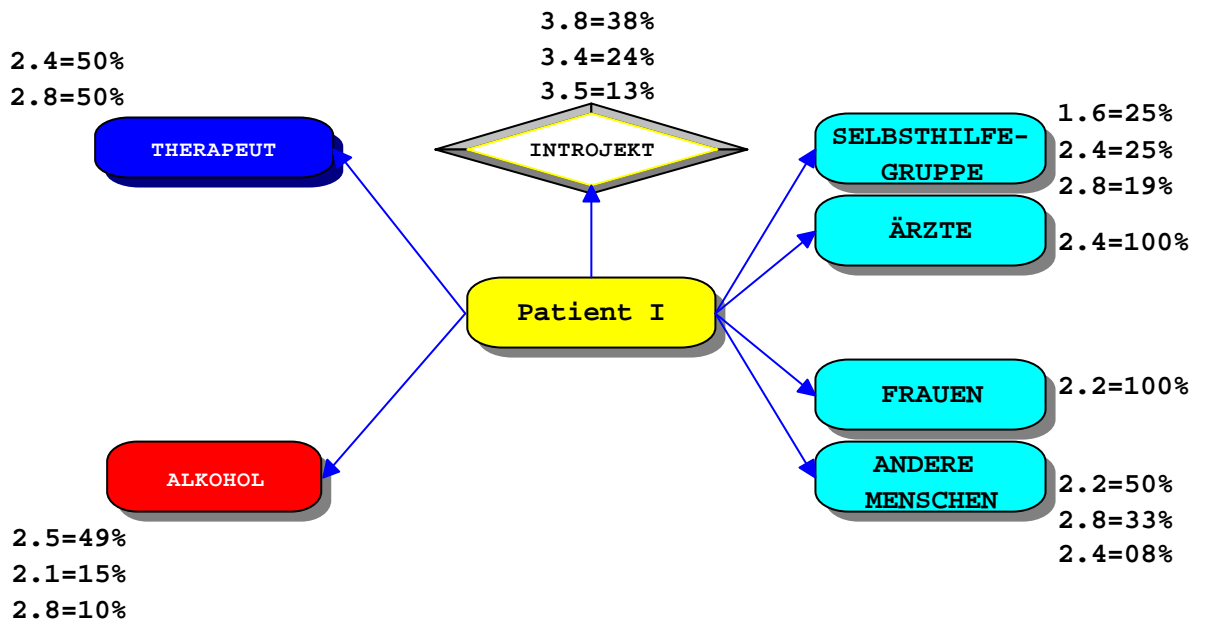


Aktuelle Beziehungsdynamik zwischen allen übrigen Referenten und dem Patienten H über die gesamte Therapiedauer.



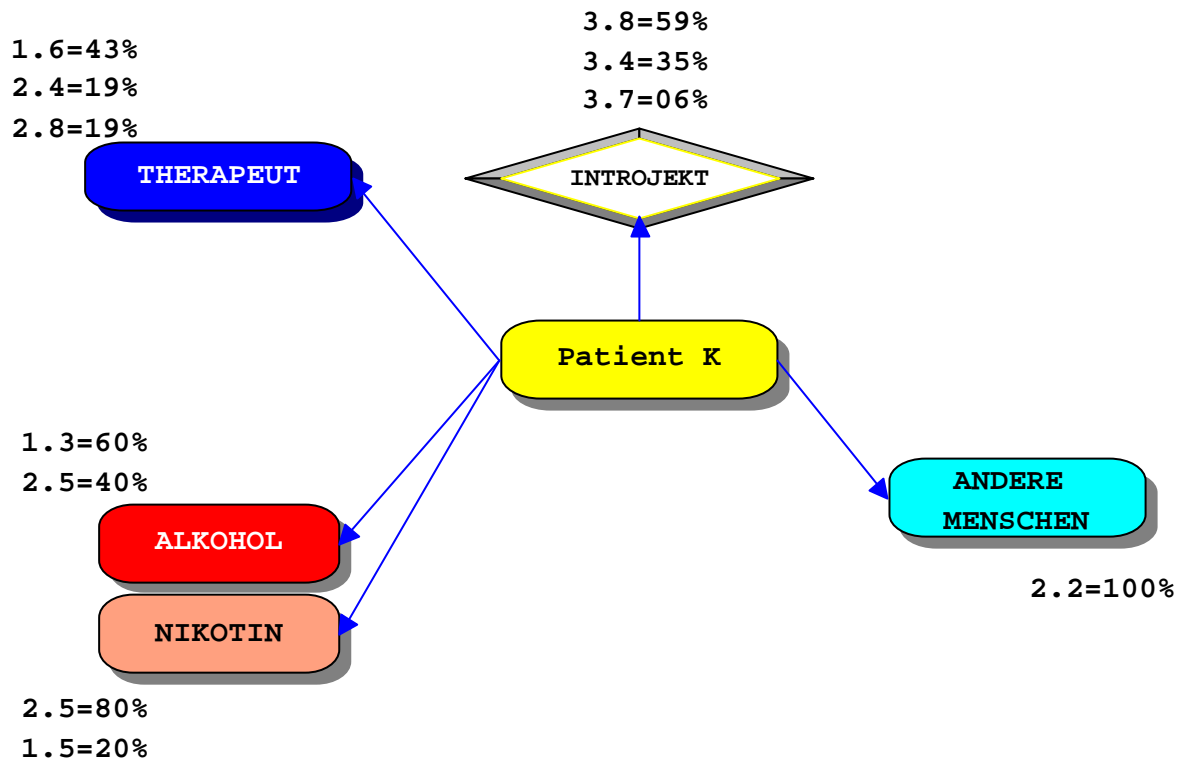
4.2.9. Patient I

Aktuelle Beziehungsdynamik des Patienten I gegenüber allen anderen Referenten während der gesamten Therapie



4.2.10. Patient K

Aktuelle Beziehungsdynamik des Patienten K gegenüber allen anderen Referenten während der gesamten Therapiedauer



5. Zusammenschau der Ergebnisse

In diesem Kapitel soll es um die zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse für alle zehn Patienten gehen. Ziel ist es, festzustellen, ob über alle zehn Patienten, die mit der gleichen Methodik und den gleichen Meßinstrumenten untersucht worden waren, sich bestimmte Gesetzmäßigkeiten offenbaren hinsichtlich Psychodynamik und Therapiebeginn bei Alkoholmißbrauch. Wichtig ist dabei festzuhalten, daß von den hier untersuchten zehn Patienten mit einer Mißbrauchsproblematik gegenüber Alkohol nur drei Patienten schon mit einer solchen Diagnose aufgenommen waren, während es sich bei den übrigen sieben Patienten während des Therapieverlaufs herausstellte, daß Alkoholmißbrauch vorlag. Somit haben wir es hier bei der überwiegenden Mehrheit der untersuchten Patienten mit Klienten zu tun, die eine polymorphe Symptomatik aufwiesen. Die Besprechung der Intrex-Cluster erfolgt für jeden Patienten jeweils geordnet nach dem Maß der Ausprägung, also von 100 bzw. dem am stärksten angegebenen Cluster absteigend.

5.1 Patientin A

Bei dieser 28 Jahre alten, ledigen Akademikerin handelt es sich um eine Patientin, die mit der Aufnahmediagnose narzißtische Persönlichkeitsstörung mit hysterischen Zügen eingewiesen wurde, wobei eine akute Tablettenintoxikation in suizidaler Absicht im Vordergrund stand. Nebenbei waren Abusus von Narkotika und Alkohol bekannt. Der letztere war als chronifiziert einzuschätzen, da sie seit längerem (vermutlich drei Jahren) täglich Wein und in der Periode vor der Hospitaleinweisung zusätzlich Whisky trank. Im CMP zeichnete sich die Patientin durch eine narzißtisch-unrealistische Selbstliebe sowie Selbsthaß aus, bei gleichzeitiger Idealisierung und Entwertung (3.3-3.7), sowie einer Vernachlässigung ihrer eigentlichen Bedürfnisse, zusätzlich ein süchtiges Verhalten (3.8). Die Therapieempfehlung lautete deshalb, durch dosierte Konfrontation (1.6) das negative selbstschädigende Introjekt (3.8) Ich-dyston zu machen. Der Intrex-Fragebogen zu Therapiebeginn spiegelt dieses negative Selbstbild der Patientin im CMP zu Beginn der Therapie wie folgt wider: sie handelt eher freundlich gegen sich selbst und gewährt sich eher Freiheit gekoppelt mit freier Spontaneität, Selbstvernachlässigung, Selbstfürsorge und Selbstliebe. In schlechten Zeiten stehen die Selbstvernachlässigung sowie Selbsthaß und Selbstanklage im Vordergrund.

Im Verlauf der Therapie ergab die Analyse des ersten Drittels für diese Patientin eine Kombination von Clustern, die Selbstschädigung und Selbstvernachlässigung ausdrücken (3.7 und 3.8) sowie das Cluster 1.7, worin sich eine zurückweisende Haltung manifestiert. In Bezug auf die Thematisierung des Alkohols im ersten Drittel der Therapie ergab sich für diese Patientin eine signifikante Verteilung in die Cluster der 8er-Gruppe einerseits, was mit dem negativen Selbstbild der Patientin korrespondiert, mit einer gleichzeitigen Konzentration von günstigen Clustern (2-4), was als eine positive Beziehung der Patientin zum Alkohol zu sehen ist. Diese Patientin brach die Therapie schon im ersten Drittel ab. Eine Betrachtung der Graphik zur aktuellen Beziehungsdynamik zwischen der Patientin und allen übrigen Referenten während der gesamten Therapiedauer macht intuitiv deutlich, wo zumindest in Bezug auf ihre Alkoholproblematik das Kernproblem lag. Die Beziehung zum Alkohol ist durchweg positiv, der Alkohol hat hier eine unterstützende und helfende Funktion, während sich die Patientin gegenüber den übrigen Referenten in deutlich abweisender Haltung äußert. Weiterhin wird auch hier das überragend negative Introjekt dieser Patientin deutlich. Die Tendenz zu Selbstvernachlässigung und Selbstschädigung spiegelt mit ihrem 60 %-Anteil die überwiegend negative Selbsteinschätzung der Patientin auf. Die Beziehung zwischen dem negativen Introjekt und der helfenden Wirkung des Alkohols für diese Patientin scheint klar.

Allerdings wird deutlich, wie schwer sich diese mißtrauische und pseudoautonome Patientin auf eine therapeutische Beziehung einlassen konnte.

5.2 Patientin B

Diese 50 Jahre alte, verwitwete Patientin ohne Kinder hatte die Aufnahmediagnose einer depressiv-narzißtischen Persönlichkeitsstörung mit Alkoholabhängigkeit, wobei die Alkoholabhängigkeit eine seit ca. 14 Jahren chronifizierte Erkrankung darstellte mit zeitweiligen Perioden der Abstinenz. Ferner war bei Aufnahme bekannt, daß diese Patientin vor vier und elf Jahren schon an Langzeitentwöhnungstherapien teilgenommen hatte. Im CMP stellte sich das Introjekt dieser Frau als eine Komposition aus Selbstvernachlässigung (3.8) mit Alkoholabusus dar (3.4-3.8), bei gleichzeitiger Tendenz zur Selbstbestrafung und Selbstanklage (3.6). Ihr Alkoholkonsum scheint wesentlich die Funktion des Rückzugs und der Abschottung von ihren Mitmenschen und von ihrem eigenen negativen Selbstbild zu haben, insofern sie zwar die Nähe ihrer Mitmenschen sucht, aber gleichzeitig zurückweist, da deren Nähewünsche sie überfordern. Die Auswertung des Intrex-Fragebogens zu Therapiebeginn zeigt, daß diese Patientin in ihren guten Zeiten ein ausschließlich freundliches Introjekt zeigt mit Überwiegen von Kontrolle: Selbstkontrolle, Selbstfürsorge, Selbstliebe, Selbsterforschung und zum Schluß freie Spontaneität (in dieser Rangordnung). In ihren schlechten Zeiten überwiegen Selbstvernachlässigung, Selbstanklage und Selbsthaß. Das Introjekt zum Ende der Therapie zeigt wiederum ausschließlich freundliche Anteile wie Selbsterforschung, Selbstliebe und Selbst-fürsorge. Zum Therapieende weist der Intrex-Fragebogen zuallererst Selbstvernachlässigung, dann freie Spontaneität, Selbstanklage sowie Selbsthaß. Beim Blick auf die Diagramme zu den Häufigkeiten über die drei Drittel der gesamten Therapiedauer wird deutlich, daß Alkohol während der gesamten Therapie in einem bedeutenden Umfang thematisiert und bearbeitet worden war. Die Diagramme zur Beziehungsqualität zum Alkohol machen deutlich, daß die Patientin sich hauptsächlich in den Clustern 6 - 8, sowie 5 bewegt, was für die alkoholbedingte Selbstvernachlässigung und Selbstschädigung steht, sowie für die im Cluster ab 2.5 sich widerspiegelnde Tatsache der Abhängigkeit. Besonders deutlich wird in dem Diagramm: die Therapeutin hat gegenüber Patientin B die Tatsache der Abhängigkeit vom Alkohol immer wieder und häufig thematisiert. Erst in zweiter Linie wird auf die schädigende Wirkung des Alkohol -Abusus eingegangen. Als besonders interessanter Aspekt ergibt sich bei der Betrachtung beider Diagramme, daß die Cluster 1, die für frei gewähren lassen im Fokus 1, eigenständig sich behaupten im Fokus 2 und für freie Spontaneität im Fokus 3 gegenüber dem Alkohol in der ersten Therapiestunde breiten Raum einnahmen, und im weiteren Verlauf der Therapie zugunsten der eindeutig negativen Wirkungen des Alkohols abgegeben wurden. Die Darstellung zur aktuellen Beziehungsdynamik während der Therapie macht über das Gesagte hinaus deutlich, daß neben einem sehr negativen Selbstbild, welches sich hauptsächlich im Cluster 3.8 bewegt und neben der Tatsache der Abhängigkeit vom Alkohol im Cluster 2.5, auch weitere Suchtstoffe eine Rolle spielen, also schon mehrere Alkoholversatzbildungen bereit stehen für den Fall, daß es der Patientin gelingt, den Alkohol aufzugeben. Am Rande sei vermerkt, daß sowohl im CMP als auch in der aktuellen Beziehungsdynamik-Darstellung besonders zu Männern ein eindeutig negatives Verhalten dominiert, das sich in Cluster 2.8 bewegt und für sich distanzieren, sich verweigern und sich abschotten steht. Die schon in den Beziehungsqualitäts-Darstellungen angesprochene häufige Benutzung der Cluster 6 - 8 in der Beziehung zum Alkohol erklärt sich als ein hauptsächlich schädigender, angreifender (im Cluster 1.7) Angriff des Alkohols auf die Patientin. Hier scheint somit Raum für eine Verhaltensänderung der Patientin in Bezug auf den Alkohol zu sein, zumal sie sich auch stützend in vertrauensvoller Weise auf die Therapeutin einlassen kann. Für Frau B war die Abschlußdiagnose nach Behandlung die gleiche wie die Aufnahmediagnose, allerdings zeigt schon der Intrex - Bogen am Ende der Therapie ein verbessertes Introjekt: Statt freundlicher

Selbstbeschränkung finden wir am Therapieende Selbstliebe in besten Zeiten, allerdings ein „sich selbst Gehenlassen“ in schlechten Zeiten.

5.3 Patientin C

Die 50 Jahre alte, ledige Patientin präsentierte sich bei Aufnahme mit der Diagnose eines unspezifischen depressiven Syndroms vor dem Hintergrund einer hysterisch-narzißtischen Persönlichkeitsstörung. Subjektiv litt die Patientin mehrmals pro Woche unter Anfällen von Depressionen und fühlte sich auch übermäßig lärmempfindlich. Vor ca. acht Jahren hatte die Patientin nach einem Selbstmordversuch etwa eine Flasche Cognac pro Woche konsumiert, danach weniger. Seit ca. drei Jahren persistierte der Alkoholmißbrauch, und sie trank nur noch gelegentlich zu gesellschaftlichen Anlässen moderate Mengen Wein. Außerdem rauchte sie 2 - 4 Zigaretten pro Tag. Der Umgang der Patientin mit sich selbst, wie er als Introjekt im CMP formuliert wurde, bestand in der Tendenz, eigene Bedürfnisse nach Bindung an andere Menschen zu übersehen (3.8), ferner in Impulsen zu zerstören und sich selbst zu quälen (3.7 - 3.5), sowie schließlich in einer aggressiven Wendung gegen sich selbst im Alkoholmißbrauch und in einem Selbstmordversuch vor acht Jahren (3.7). Im Intrex-Fragebogen, den sie zu Therapiebeginn bearbeitete, ließ die Patientin zu Therapiebeginn für ihre besten Zeiten eine ausschließlich freundliche Grundhaltung gegen sich selbst mit den Clustern: Selbstfürsorge, Selbstkontrolle, Selbstliebe und freie Spontaneität erkennen. Für ihre schlechten Zeiten zu Therapiebeginn dominieren die Cluster für Selbstanklage, Selbsthaß und Selbstvernachlässigung (ebenfalls in dieser Reihenfolge abnehmend). Die Auswertung des Intrex-Fragebogens zu Therapieende beschreibt für ihre guten Zeiten eine abnehmende Reihenfolge von Selbstfürsorge zu Selbstkontrolle, Selbsterforschung und schließlich Selbstliebe. Für ihre schlechten Zeiten zu Therapieende ergibt sich die Cluster-Reihenfolge von Selbstfürsorge zu Selbsthaß, Selbstanklage und zuletzt Selbstkontrolle.

Bei Betrachtung der Häufigkeitsdiagramme für Patientin C über die gesamte Therapiedauer zeigt sich, daß die Alkoholproblematik der Patientin zu verschiedenen Zeitpunkten im Therapieverlauf thematisiert wurde, wobei besonders zum Schluß in den letzten beiden Therapiestunden die Alkoholproblematik breiten Raum einnahm. Die Analyse der Beziehungsqualitäts-Diagramme zeigt ferner, daß über die Bearbeitung der selbstschädigenden und negativen Wirkungen von Alkohol, hier ausgedrückt in den Clustern 6-8, auch die Abhängigkeit behandelt wurde, besonders aber die vermeintlich positiven Wirkungen, hier ausgedrückt in den Clustern 2-4 Gegenstand waren. Man sieht, wie in der vorletzten Stunde die Therapeutin den Alkohol ins Zentrum der Betrachtung rückte und die Patientin in der letzten Stunde die Alkoholproblematik aufgreift, während sie sich in der vorletzten Stunde noch nicht dazu geäußert hatte. Die Diagramme zur aktuellen Beziehungsdynamik zeigen ganz deutlich, daß die Patientin den Alkohol als hilfreich und stützend empfindet und auch das Nikotin überwiegend im Cluster 1.3 besprochen wird: Frau C raucht gerne. Offensichtlich ist ferner, daß das Introjekt zu fast 40 % aus dem Cluster 3.8 besteht, das Moment der Selbstvernachlässigung also überwiegt. Sobald in der Therapie von Patientin C Alkohol als Referent auftaucht, ist dieser zu über 60 % als angreifend charakterisiert worden (Cluster 1.7). Andererseits finden wir für das Introjekt zu Therapieende (siehe oben) eine ausgeglichene Patientin im Cluster 3.4 (Selbstfürsorge) bei weiterhin starker Selbstkontrolle mit dem Cluster 3.5, während die maligne Cluster-Kombination von 3.5/3.7 und dazu Cluster 3.8 ein Jahr nach dem Therapiebeginn keine Bedeutung mehr hatte. Nach einer therapeutischen Besserung des Introjekts der Patientin, stellte auch der Alkohol im weiteren Verlauf kein Problem dar.

5.4 Patientin D

Für die 46 Jahre alte, zweimal geschiedene Frau D, die einen Sohn hat, wurde bei der Aufnahme die Diagnose einer depressiven Episode bei histrionischer Persönlichkeits -

Organisation mit deutlichen Frühstörungsanteilen gestellt, wobei die Patientin subjektiv unter einer depressiven Verstimmung litt, sich unfähig fühlte alleine zu sein und Schlafstörung, Grübelneigung, sowie eine Tendenz zum Suchtmittelmißbrauch mitteilte. Die Geschichte des Alkoholabusus war eine sehr kurze, da die Patientin erst seit 5-6 Wochen täglich Alkohol bis zur „Betäubung“ konsumierte. Der für diese Patientin zu Therapiebeginn erstellte CMP zeigte eine deutliche Ambivalenz zwischen den Tendenzen, Gutes für sich zu tun und der Tatsache, daß sie ihre eigenen Bedürfnisse jedoch eigentlich verfehlt (3.4/3.8). Hinzu kamen eine Tendenz zur Selbstentwertung mit rascher Abwehr (Cluster 3.6), sowie eine starke Tendenz zur Selbstvernachlässigung (Cluster 3.8), insofern die Patientin an ihrem Alter und ihren eigentlichen Bedürfnissen vorbeilebte.

Die Computerauswertung der Intrex-Fragebogen (Tabelle 4.1.4.) ergab zu Therapiebeginn für die besten Zeiten Selbstliebe und eine suizidale Konstellation für die schlechten Zeiten. Die eingehendere Betrachtung der einzelnen Intrex-Cluster ergibt für das Introjekt zu Beginn der Therapie zeigt eine ausschließlich freundliche Konstellation: Selbstliebe, Selbsterforschung, Selbstfürsorge, freie Spontaneität und im geringsten Ausmaß schließlich Selbstkontrolle. In schlechten Zeiten finden sich führend Selbstanklage, sodann Selbsthaß und schließlich Selbstvernachlässigung. Der zum Therapieende bearbeitete Intrex zeigt für die guten Zeiten: Selbstliebe, Selbstfürsorge, freie Spontaneität, Selbsterforschung und als letztes in der abnehmenden Reihenfolge Selbstkontrolle. Der Intrex zu Therapieende ergibt eine Cluster-Kombination wie in den guten Zeiten, allerdings sind Selbstliebe, Selbsterforschung, freie Spontaneität, Selbstkontrolle und im geringsten Maße Selbstfürsorge etwas geringer ausgeprägt. Die mit dem Computer errechneten Koeffizienten des Intrex-Fragebogen ergaben für den Zeitpunkt zu Therapieende eine freundliche Selbstbeschränkung zu besten Zeiten und eine Verbesserung von einer suizidalen Konstellation zu einer ebenfalls freundlichen Selbstbeschränkung in schlechten Zeiten (Tabelle 4.1.4.).

Die Cluster-Analyse der gesamten Therapie ergab nur für das letzte Drittel der Therapie eine Beschäftigung mit der Alkoholproblematik. Die Betrachtung der Beziehungsqualitäts-Diagramme zeigt für die Therapiestunden 17 und 18 eine intensive Auseinandersetzung mit der Alkoholproblematik, bei deutlichem Überwiegen der Cluster 6-8, also der negativen Wirkung des Alkohols auf die Patientin, sowie einer gerade zum Therapieende von der Patientin stärker angesprochenen Abhängigkeitsproblematik, hier zum Ausdruck gebracht in Cluster 5. Ziemlich einzigartig für alle zehn Patienten dieser Untersuchung ist bei Patientin D der hohe Anteil an Cluster 1- Äußerungen zum Thema Alkohol, insofern dies unter anderem als ein „eigenständig sich Behaupten“ zu entschlüsseln ist. Auch der Blick auf die aktuelle Graphik zur Beziehungsdynamik zeigt neben dem sehr negativen Introjekt (3.8) mit 44 % in Beziehung zum Alkohol ein Überwiegen des Clusters 2.1 mit ebenfalls 44 %, worin sich das Bestreben der Patientin niederschlägt, den Alkohol zu kontrollieren und sich nicht von ihm kontrollieren zu lassen oder sich ihm zu fügen, wie das in den 5er Clustern zum Ausdruck kommt. In der Sechsmonatskatamnese ergab sich für Frau D zwar eine vollständige Abstinenz, andererseits eine Fortsetzung der Selbstbeschuldigung (Cluster 3.6). Gelegentliche Alkoholexzesse waren allerdings nicht vollständig auszuschließen, weshalb eine potentielle Selbstzerstörung durch Alkohol (Cluster 3.4/3.7) zumindest noch eine potentielle Gefahr darstellt.

5.5 Patientin E

Diese 42 Jahre alte, in zweiter Ehe verheiratete Frau mit zwei Kindern kam mit der Diagnose: „Partnerkonflikt, bei depressiver Persönlichkeit mit zwanghaften Struktur-anteilen“ zur Therapie, wobei symptomatisch neben dem somatischen Problem von Ekzemen der oberen Extremitäten im psychischen Bereich laute Auseinandersetzungen mit dem zweiten Ehemann, ein schlechtes Gewissen und Schuldgefühle im Vordergrund standen. Erst im Therapieverlauf

offenbarte sich der Alkoholmißbrauch, wobei bei unklarem Beginn des Abusus ein vermutlich schon jahrelang bestehender ausgeprägter Alkoholkonsum bestand, der nach einem exzessiven Alkoholmißbrauch vor etwa fünf Jahren und nachfolgendem moderaten Trinken in einem relativ kurzen Zeitraum vor der Therapie wieder stark zugenommen hatte, wobei die Patientin auch über körperliche Folgeerscheinungen (Blackouts und Katergefühl am nächsten Tag) klagte.

Das Introjekt dieser Patientin läßt sich zu Therapiebeginn mit den Clustern 3.3/3.8 beschreiben, insofern sie sich einerseits selbst nahe war, sich andererseits aber nicht in ausreichendem Maße um ihre Bedürfnisse kümmerte. Die Cluster des Intrex-Fragebogens zu Anfang der Therapie zeigen ein widersprüchliches Bild des Introjekts. Überwiegend sind allerdings Selbstkontrolle und Selbsthaß. Auch für ihr Introjekt in ihren schlechten Zeiten ist das Bild widersprüchlich. Es findet sich eine Ausprägung aller Cluster mit Überwiegen von Selbsthaß und Selbsterforschung. Die Koeffizienten-Berechnung ergibt kein verwertbares Resultat (Tabelle 4.1.4) für den Therapieanfang. Der Fragebogen zum Ende der Therapie ist nicht auswertbar.

Wie aus den Häufigkeitstabellen ersichtlich wird, wurde erst im dritten Drittel der Therapie der Alkohol thematisiert, wobei die Analyse der Beziehungsqualitäts-Diagramme zum Alkohol zeigen, daß die Therapeutin speziell in den letzten vier Stunden der Therapie die Abhängigkeitsproblematik in den Vordergrund stellte, während sich die Cluster-Analyse für die Patientin als eine Mischung aus allen Clustern darstellt: Sowohl die schädliche Wirkung des Alkohols, als auch die Abhängigkeit nehmen breiten Raum ein, aber auch die unterstützende und helfende Wirkung, wie auch ein im Cluster 1 zum Ausdruck kommendes „eigenständig sich behaupten“ nimmt mit ca. einem Sechstel aller Cluster in der Beziehungsqualität zum Alkohol eine nicht zu vernachlässigende Bedeutung ein. In der aktuellen Beziehungsdynamik für Patientin E zeigt sich, daß der Alkohol als Referent eindeutig eine überwiegende schädigende Wirkung auf die Patientin hat, während die Patientin umgekehrt im Cluster 2.5 mit fast zwei Dritteln aller Cluster eine eindeutige Abhängigkeitsbeziehung erkennen läßt. Ferner wird auch hier im Introjekt mit einem Anteil von 40 % das Cluster 3.8 (Selbstvernachlässigung) deutlich. Zu Therapieende ergab die Einschätzung dieser Patientin kein eindeutig klares Bild. Ob der Alkoholmißbrauch am Ende der Therapie wirklich reduziert werden konnte, bleibt fraglich (weniger 3.4/3.8), während es sicher scheint, daß die Patientin vermehrt versuchte sich selbst voranzubringen und eigene Bewältigungsstrategien zu finden (verbessertes Cluster 3.4). Jedenfalls wurde die Abschlußdiagnose zusätzlich zu den schon in der Aufnahmediagnose gegebenen Punkten um die Alkoholabhängigkeit erweitert. Bei der Katamnese wurde der Patientin empfohlen, an einer Selbsthilfegruppe für Alkoholabhängige teilzunehmen; die Patientin nahm diese Empfehlung an.

5.6. Patientin F

Diese 43 Jahre alte, geschiedene Kindergärtnerin, die keine eigenen Kinder hat, wurde bei der Aufnahme als Borderline-Persönlichkeitsstörung bei gleichzeitigem episodischem Alkoholmißbrauch und Asthma bronchiale als somatische Erkrankung diagnostiziert. Sie bot ein polysymptomatisches Bild mit innerer Unruhe, Nervosität, depressiven Verstimmungen, Reizbarkeit und zeitweiligem Alkoholmißbrauch bei deutlichem sozialen Rückzug, sowie psychisch mitbedingten Wirbelsäulenbeschwerden. Der Alkoholabusus war als chronisch zu bezeichnen bei unklarem Beginn, und die Patientin setzte den Alkoholabusus auch während der Therapie regelmäßig fort.

Erstaunlicherweise wurde der Alkohol nur im ersten Therapiedrittel besprochen.

Im CMP stellte sich das Introjekt zu Therapiebeginn dar als überwiegende Selbstanklage (Cluster 3.6) bei eher zu geringer Selbstkritikfähigkeit, sowie einer Kombination von den

Clustern 3.7/3.4/3.8, was als übermäßiger Alkoholabusus und Selbstgefährdung zu verstehen ist, wobei eine weitere komplexe Introjekt-Konstellation hinzu kam, in Form einer Kombination von 3.8/3.8, was als Wiedergutmachungsanspruch der Patientin zu verstehen ist. Die computergestützte Auswertung des Intrex-Fragebogens zu Therapiebeginn zeigte sowohl für die besten als auch für die schlechtesten Zeiten der Patientin eine suizidale Konstellation. Sofern Alkohol thematisiert wurde, in der ersten Stunde, läßt sich als Referent der Vater im betrunkenen Zustand fassen, der mit den Clustern 1.7 und 1.5 beschrieben wird und somit als angreifend und kontrollierend zu verstehen ist. Auffällig ist bei der Häufigkeitsanalyse ebenfalls ein Überwiegen von Cluster 3.4 und 3.8, während normalerweise 2er Cluster überwiegen. Hier verbirgt sich zum einen der Alkoholabusus als Clusterkombination 3.4/ 3.8, wie zum anderen die schädigende Wirkung des Alkohols Cluster 3.7. Dieses zeigt sich auch in den Beziehungsqualitäts-Diagrammen, wo nur in der ersten Stunde Alkohol thematisiert wurde und bei der Patientin ein gleich hoher Anteil an positiven Clustern 2-4 einerseits und an negativen Clustern 6-8 andererseits festzustellen ist. Die Ambivalenz zum Alkohol wird hier überdeutlich. Der Therapeut griff die Cluster 2-4 im Gespräch mit der Patientin F auf. Die Diagramme zur aktuellen Beziehungs-Dynamik untermauern das negative Introjekt, indem das Cluster 3.8 weit überwiegt.

Die Intrex-Fragebogen dieser Patientin zeigen zu Therapieanfang ein Introjekt, das in guten Zeiten aus Selbstliebe, Selbstfürsorge, Selbstkontrolle und zuletzt Selbstanklage (nach abnehmender Häufigkeit geordnet) besteht. In schlechten Zeiten erscheint das Introjekt ähnlich geformt: Selbstliebe ist das häufigste Cluster gefolgt von Selbstanklage, Selbstfürsorge und Selbstkontrolle. Am Ende der Therapie finden sich extrem hohe Ausprägungen von Selbstanklage, Selbsthaß, Selbstvernachlässigung und Selbstkontrolle. Diese Reihenfolge ist gleich in ihren guten wie auch in ihren schlechten Zeiten.

5.7. Patientin G

Diese 50 Jahre alte, verheiratete aber getrennt lebende Frau, mit zwei Kindern, die als Pflegerin für geistig Behinderte berufstätig ist, wurde bei der Aufnahme als depressiv-narzißtische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, wobei die Symptomatik aus Schlafstörungen, depressiven Verstimmungszuständen, Unruhe, sowie der Unfähigkeit alleine zu sein und einem zentralen Partnerkonflikt bestand. Die Patientin hatte eine Anamnese für Alkoholabusus von der frühen Jugendzeit bis zum Alter von 29 Jahren, also über eine Dauer von ca. 10 Jahren, wobei die Patientin schlagartig während der ersten Schwangerschaft abstinent wurde und seitdem auch vollständig abstinent blieb.

Im CMP zu Therapiebeginn wurde das Introjekt dieser Patientin mit dem Cluster 3.8 beschrieben, insofern sie ihre eigenen Bedürfnisse, ihre schlechte Befindlichkeit und Behandlung zu wenig registrierte. Andererseits wurde das Cluster 3.6 zur Beschreibung des Introjekts verwendet, da die Patientin schwere Selbstvorwürfe und Verachtung gegenüber sich selbst zeigte. Insofern sich eine Alkoholproblematik nur anamnestisch feststellen ließ, finden wir auch in den Diagrammen sowohl zur Häufigkeit, wie zur Beziehungsqualität nur sehr vereinzelte Episoden, in denen Alkohol thematisiert wird. In der ersten Stunde äußerte sich die Patientin zum Alkohol, wobei das Cluster 1 und das Cluster 5 überwog, also sowohl die Abhängigkeit, wie die Kontrolle Gegenstand des Gesprächs waren. Da die Patientin jedoch kein aktuelles Alkoholproblem hatte, wurde von therapeutischer Seite das Alkoholproblem nicht aufgegriffen. Auch im Diagramm zur aktuellen Beziehungsdynamik zeigt sich, daß die Patientin mit einem Cluster 2.5 eine starke Alkoholabhängigkeit offenbart, während zugleich das Cluster 2.1 mit 40 % die Kontrolle über den Alkohol widerspiegelt. Der Alkoholabusus hatte zwar biographisch für die Patientin eine große Rolle gespielt, war jedoch in der aktuellen Lebenssituation nicht mehr von Bedeutung.

Der Intrex-Fragebogen zeigt für diese Patientin zu Therapiebeginn (die Patientin hatte gut und schlecht vertauscht), daß in ihren guten Zeiten kein Cluster ausgeprägt ist. Das Introjekt zu den schlechten Zeiten zeigt überwiegend freie Spontaneität und Selbsthaß. Zu Therapieende besteht das Introjekt in guten Zeiten aus Selbstfürsorge gefolgt von Selbsterforschung, Selbstliebe und am geringsten ausgesprägter freier Spontaneität. In schlechten Zeiten überwiegen Selbsthaß, Selbstanklage, Selbstvernachlässigung und schließlich Selbstkontrolle. Die errechneten Koeffizienten der Intrexe ergeben zu Therapiebeginn Konflikt im Introjekt: in guten Zeiten den Konflikt zwischen Kontrolle und sich gehen lassen und zu ihren schlechten Zeiten den zwischen Selbstliebe versus Selbsthaß. In der Computerauswertung stehen sich in guten Zeiten „Sich-autonom-machen“ mit „freundlicher Unterwerfung“ in schlechten Zeiten gegenüber. Zu Therapieende verfügte die Patientin über ein deutlich gesteigertes Problembewußtsein, und sie war fähig, ihren Partnerkonflikt besser zu handhaben. Hinsichtlich der Alkoholproblematik dieser Patientin kann man sicher von einer Verbesserung des Introjekts und somit von einer Stabilisierung der Alkoholabstinenz als positives Therapieresultat ausgehen.

5.8 Patient H

Herr H war zum Zeitpunkt des Therapiebeginns 49 Jahre alt, ledig und seit 15 Jahren mit seiner Partnerin zusammen lebend. Er war kinderlos und seit 2 Jahren als Ingenieur ohne Beschäftigung. Die Aufnahmediagnose lautete: Narzißtische Persönlichkeitsstörung. Der Patient präsentierte sich mit einer gemischten Symptomatik bestehend aus einer depressiven Verstimmung, chronischer Arbeitsstörung verbunden mit aggressiv gefärbten Konflikten am früheren Arbeitsplatz sowie damit verbundener langer Arbeitsunfähigkeit. Ferner gab es einen chronifizierten Partnerkonflikt, der geprägt war durch aggressive Durchbrüche seitens des Patienten, und ein sado-masochistisches Beziehungsarrangement. Da dieser Patient über Vorerfahrung in der Psychotherapie verfügte, wurde ihm eine ambulante Kurztherapie angeboten. Der Alkoholabusus stellte kein akutes Problem dar sondern ließ sich nur anamnestisch fassen. Allerdings hat der Alkoholismus in der Vergangenheit über einen längeren Zeitraum bestanden.

Der für diesen Patienten zu Therapiebeginn aufgestellte CMP wies für das Introjekt einen Wiedergutmachungsanspruch aus (Clusterkombination 3.4/3.8) bei gleichzeitiger Vernachlässigung eigener tatsächlicher Möglichkeiten in Beruf und Beziehungen (im CMP zum Ausdruck gebracht als Cluster 3.3/3.8), sowie einer ausgeprägten Selbstverachtung für eigene Mißerfolge im CMP, formuliert als Cluster 3.6. Es wird deutlich, daß der Patient eine ausgeprägt kritisierende und beschuldigende Verhaltensweise praktizierte, was sich im hohen Anteil des Clusters 1.6 im Vergleich zu allen übrigen Clustern niederschlägt. Was die Beziehung zum Alkohol betrifft - wengleich auch nur anamnestischer Mißbrauch - ist eine deutliche Clusterhäufung sowohl von seiten des Patienten, als auch von seiten des Alkohol als Referent mit den Clustern 2.5 und 3.8 zu finden. Ein Blick auf die Darstellung der Beziehungsqualität zum Alkohol zeigt gleich bedeutsame Cluster in der ersten Therapiestunde und nur dort für die Cluster 5 und für die Cluster 6-8; eine Widerspiegelung der Abhängigkeitsproblematik, wie auch der Schädigung durch den Alkohol in der Vergangenheit. Insgesamt ist die Thematisierung des Alkoholmißbrauchs nur ein Randgeschehen in der Therapie. Eine Betrachtung der aktuellen Beziehungsdynamik dieses Patienten offenbart ein hundertprozentig abhängiges Verhältnis des Patienten gegenüber dem Alkohol (Cluster 2.5 = 100 %). Im Introjekt finden wir ein ausschließlich negatives Cluster 3.8 - eine Verschlüsselung für die praktizierte Selbstvernachlässigung.

In der Computerauswertung (Tabelle 4.1.4.) der Intrex-Fragebogen wies dieser Patient für seine besten Zeiten zu Therapiebeginn einen Konflikt zwischen „sich gehen lassen“ und

Kontrolle, wie auch ein suizidales Muster für seine schlechtesten Zeiten zu Therapiebeginn auf. Zum Therapieende wurde Herr H mit einer zwar immer noch sehr selbstkritischen, aber durchaus gegenüber sich selbst freundlicheren Haltung beschrieben. Zu Therapieende hat sich das Selbstbild des Patienten zu seinen besten Zeiten in Richtung einer freundlichen Selbstbeschränkung entwickelt, während der Patient zu seinen schlechten Zeiten noch immer ein suizidales Bild bot.

Die Untersuchung der einzelnen Cluster der Intrex-Fragebogen zeigt zu Therapiebeginn eine mittlere Ausprägung aller Cluster mit geringem Überwiegen der freundlichen Seite zu den guten Zeiten: freie Spontaneität, Selbstkontrolle, Selbstvernachlässigung, Selbsterforschung, Selbstliebe, Selbstfürsorge, Selbstanklage und an letzter Stelle dieser absteigenden Reihe Selbsthaß. In schlechten Zeiten überwiegen Selbstanklage, Selbsthaß und Selbstkontrolle. Zum Therapieende zeigt sich für die guten Zeiten, daß die freundliche Seite stärker überwiegt als zu Therapiebeginn. Freie Spontaneität, Selbsterforschung, Selbstliebe, Selbstfürsorge und zuletzt Selbstkontrolle. In schlechten Zeiten dominieren vor allem Selbstanklage, Selbsthaß und Selbstvernachlässigung.

5.9. Patient I

Bei diesem 42 Jahre alten, seit 14 Jahren geschiedenen, kinderlosen EDV-Spezialisten wurde die Aufnahmediagnose eines chronifizierten Alkoholismus gestellt, bei zuletzt zweijähriger Abstinenz, mit einer schizoiden-anankastischen Persönlichkeitsstruktur. Der Patient begab sich in psychoanalytische Kurztherapie, weil er Angst vor einem erneuten Rückfall in den Alkoholismus und den damit verbundenen Folgen hatte. Der Alkoholabusus bestand seit dem 18. Lebensjahr mit kontinuierlicher Steigerung des Konsums, anfänglich 6 -8 Flaschen Bier, später auch zusätzlich Schnaps. An einer sechsmonatigen Entwöhnungs-therapie hatte der Patient vor 2 Jahren teilgenommen und war seither Jahren abstinent, jedoch nicht stabil.

Im CMP-Modell zu Therapiebeginn überwog im Introjekt das Cluster 3.8 für affektive Selbstvernachlässigung und das Alkoholproblem, sowie das Cluster 3.6 für Schuldgefühle, welche sich jedoch in das Cluster 3.5 für extreme Selbstkontrolle und 3.7 für Selbsthaß aufspalten. Der Selbsthaß ist in Cluster 3.7 formuliert.

Die Auswertung des Intrex-Fragebogens ohne Einsatz des Computerprogramms zur Errechnung der Koeffizienten (Tabelle 4.1.4.) für Herrn I ergibt bei Therapiebeginn in guten Zeiten überwiegend Selbstvernachlässigung. Zu seinen schlechten Zeiten besteht das Introjekt aus Selbstvernachlässigung, Selbsthaß und Selbstanklage. Für das Therapieende liegen keine Intrexe vor.

Bei der Analyse der Häufigkeitsverteilung für den Patienten I fällt für das erste Drittel der Therapie auf, daß in den Introjekt-Clustern besonders stark die Cluster 3.4 und 3.8 repräsentiert sind, was für den Alkoholismus und die Selbstschädigung steht. Intransitiv fällt die häufige Verwendung von 2.8 auf, welches „sich abschotten“ und „sich distanzieren“ kodiert. Nicht übersehen kann man die signifikante Clusterhäufung von 1.4 für den Alkohol, womit dem Alkohol eine hilfreiche, unterstützende Rolle zugewiesen wird. Bei der Analyse der Beziehungsqualitäts-Diagramme sieht man bis zum Therapieabbruch eine immer wieder stattfindende Thematisierung des Alkohols durch den Patienten, wobei besonders in der zweiten und in der vorletzten Stunde Clusterhäufungen die Beschäftigung mit dem Alkohol widerspiegeln. Dabei ist zu sehen, daß für den Patienten von Therapiebeginn bis zum Abbruch der Alkohol zwar eine schädigende Wirkung hat, dies wird zum Ausdruck gebracht in den Clustern 6-8, aber genauso eine unübersehbare positive Besetzung festzustellen ist, hier ausgedrückt mit den Clustern 2-4. Doppelt so hoch ist in der vorletzten Stunde die Anzahl der Cluster, welche die Abhängigkeit und Schädigung durch den Alkohol repräsentieren (Cluster 5 und 6-8). Wie man in der zweiten Abbildung zu den Beziehungsqualitäten erkennen kann, ist auch der Therapeut zu jeder Gelegenheit auf die Alkoholproblematik eingegangen. Das

Introjekt des Patienten I zeigt ein mit fast 40 % stark ausgeprägtes negatives Selbstbild (Cluster 3.8), während die Beziehung des Patienten gegenüber dem Alkohol mit einem fast 50 %igen Anteil von Cluster 2.5 überwiegt - ein starker Hinweis auf die ausgeprägte Abhängigkeitsproblematik. Interessanterweise beträgt in der zweiten Darstellung für den Referenten Alkohol gegenüber dem Patienten das Cluster 1.4 67%. Der Alkohol unterstützt, bestärkt und hilft dem Patienten!

Obwohl sich der Patient selbst um eine Kurzzeittherapie bemüht hatte, aus Angst vor einem erneuten Rückfall in die Abhängigkeit, zeigte sich während des ersten Drittels der Therapie eine positive Beziehung des Patienten zum Suchtstoff, der als hilfreich verstanden wurde. Ein weiterer Aspekt, der sich aus den genannten Diagrammen lesen läßt, ist die problematische Beziehung des Patienten zu Suchthelfern wie Selbsthilfegruppe und Ärzten: Im Cluster 2.8 kommt die Distanzierung von Selbsthilfegruppen zum Ausdruck, im Cluster 2.4 eine nur mäßig stärker ausgeprägte positive Bezugnahme auf die Selbsthilfegruppe, während das Cluster 1.6 für die Herabsetzung, Beschuldigung und Bestrafung des Patienten durch die Selbsthilfegruppe im Verständnis des Patienten steht. In der zweiten Abbildung steht die Selbsthilfegruppe dem Patienten als beschuldigend und bestrafend (Cluster 1.6), sowie den Patienten vernachlässigend (Cluster 1.8) gegenüber. Die Gruppe der Ärzte tritt mit den Clustern 1.4 und 1.8 zu je 50 % dem Patienten, nach dessen Schilderung, sowohl unterstützend als auch ignorierend gegenüber.

Bei diesem Patienten ergibt sich aufgrund der Inhaltsanalyse ein für den Patienten sehr ungünstiges Weltbild: Der Alkohol ist gut und die Helfer werden als nur kritisierend oder den Patienten ignorierend erlebt. Der Patient brach die Kurztherapie nach dem ersten Drittel ab, um mit Zustimmung seines Therapeuten nochmals eine stationäre Entwöhnungstherapie wahrzunehmen.

5.10. Patient K

Bei Herrn K handelt es sich um einen bei Therapiebeginn 43 Jahre alten, geschiedenen Patienten, mit wechselnden Kurzbeziehungen seit 14 Jahren, der als selbständiger Unternehmensberater tätig war. Die Aufnahmediagnose war die einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung, und der Patient stellte sich mit einer „Musikphobie“ und Symptomen einer tiefen Angst vor Nähe und Beziehungen zu anderen Menschen vor. Bezüglich des Alkoholmißbrauchs in der Vergangenheit ergab sich für drei Alkoholexzesse ein Zusammenhang mit Trennungen von Partnerinnen, während in den Zwischenzeiten der Alkoholabusus auf nur moderatem Level praktiziert wurde (3 - 5 Flaschen Altbier pro Tag sowie am Wochenende ein Liter Wein täglich). Bei Herrn K lag somit ein chronifizierter episodischer Alkoholabusus vor.

Im zu Therapieanfang erstellten CMP fand sich das Cluster 3.8 als Ausdruck der Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse des Patienten, der sich selbst egal war und sich einsam fühlte. Die Betrachtung der Häufigkeitsanalyse im ergab eine signifikante Anhäufung der Cluster 2.5, 3.4 und 3.8, die für Alkoholabusus stehen. Daneben fällt ein Cluster 1.3 auf, das die unerschütterliche Liebe des Patienten K zum Alkohol ausdrückt. In der Beziehungsqualitäts-Darstellung finden wir in der ersten Therapiestunde die Alkoholproblematik, wobei die Cluster-Gruppen 6-8, sowie 5 und 2-4 in gleicher Anzahl repräsentiert sind, während im weiteren Therapieverlauf sich nur noch positive Cluster (2-4) finden lassen. In dieser Darstellung wird deutlich, daß die Therapeutin überwiegend die Schädlichkeit des Alkohols betonte. Allerdings fanden sich bei der Inhaltsanalyse keine weiteren Hinweise der Therapeutin auf die Alkoholproblematik des Herrn K, denn der Alkohol war hier nur ein Begleitsymptom und die narzißtische Persönlichkeitsstörung stand im Vordergrund. Die aktuelle Beziehungsdynamik des Patienten weist für das Introjekt mit fast 60 % ein starkes Überwiegen des Clusters 3.8 aus. Die Beziehung des Patienten K zum Alkohol

ist mit den Clustern 1.3 (60 %) und 2.5 (40 %) eindeutig: Herr K liebt den Alkohol. Auch die Nikotinabhängigkeit (Cluster 2.5 mit 80 %) ist nicht zu übersehen. Gegenüber der Therapeutin überwiegt das Cluster 1.6 mit 43 %, was einer herabsetzenden Umgangsweise entspricht.

Leider liegen keine weiteren Daten über den Therapieverlauf vor, da auch dieser Patient die Therapie abbrach. In der computergestützten Analyse der Intrex-Fragebogen ergab sich für den Patienten K bei Therapiebeginn ein Selbstbild des Patienten für seine besten Zeiten, das am besten mit dem Begriff „Selbstliebe“ zu beschreiben ist, während für die schlechten Zeiten eine freundliche Selbstbeschränkung festzustellen ist. Die Betrachtung der Cluster des Introjekts zu Therapiebeginn zeigt ausschließlich freundliche Cluster mit Überwiegen des Freiheit-Gewährens, der Selbsterforschung, der freien Spontaneität, Selbstliebe, Selbstfürsorge und Selbstkontrolle. Für seine schlechten Zeiten ergibt sich ein gleiches Muster, allerdings mit geringerer Ausprägung. Intrexe für das Therapieende liegen nicht vor.

6. Zusammenschau und Interpretation der Anamnesen, Tests und Diagramme

In diesem Kapitel soll im ersten Abschnitt jeder Patient gesondert und individuell betrachtet werden, und in einem zweiten Abschnitt soll versucht werden, für die Gesamtheit aller Patienten die Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten. In einem dritten Teil soll dann versucht werden, einige Thesen als Ergebnis dieser Arbeit zu formulieren, die zu einer Verbesserung zukünftiger psychodynamischer Kurzzeitbehandlungen bei Patienten mit Alkoholproblemen dienen könnten.

6.1. Diskussion der Anamnesen und Diagramme für jeden Patienten einzeln

6.1.1. Patientin A

Bei Patientin A finden wir auf der Grundlage einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine selbstdestruktive Symptomatik, zu der neben früheren depressiven Episoden und Versuchen der Selbstvergiftung mit Tabletten auch ein chronifizierter Alkoholabusus gehört. Die Patientin hatte täglich getrunken. Für die Dauer ihrer Teilnahme an der Psychotherapie war sie zur Abstinenz fähig. Man ist hier versucht, an die von KÜFNER (1981) beschriebene „euphorische Trinkpause“ zu denken. Sie brach die Therapie ab. Sie war sozial ziemlich isoliert, da sie weder Familie noch enge Freunde hatte. Die nach BEATTIE et al. (1997) so wichtige Unterstützung durch zur Abstinenz ratende Freunde fehlt hier völlig. Dies zeigt sich u.a. in dem Soziogramm, in dem die Patientin sich neben dem Alkohol lediglich auf zwei weitere Referenten bezieht, einen Kellner und die Mutter. Von diesen wiederum bezieht sich keiner auf die Patientin im Alkoholkontext. Sie „verbindet sich voller Freude“ mit dem Alkohol. Es wurde durch Fremdanamnese im Nachhinein bekannt, daß sie wieder rückfällig geworden war. Im CMP finden wir für das Introjekt eine ausgeprägte Spannung zwischen Selbstliebe und Selbsthaß. Die Bewertungsskalen zum Zeitpunkt der Aufnahme GAS und BSS zeigen ein mittleres Beeinträchtigungsniveau für diese Patientin. Der im CMP formulierte intrapsychische Konflikt erwies sich im Therapieverlauf als hartnäckig. Das unkritisch positive Verhältnis der Patientin gegenüber dem Alkohol und ihr stark negativ ausgeprägtes Selbstbild drängen den Verdacht auf, daß neben der Funktion des Alkohols als Selbstheilungsmittel dessen destruktive Potenz für die Patientin von Bedeutung war. In der Abb. 4.3.1., dem Diagramm für die Gesamthäufigkeit aller alkoholrelevanten Cluster erscheint der Alkohol nicht ein einziges Mal als Referent. Die Patientin erschien schwerer gestört als ursprünglich angenommen, und die Abschlußdiagnose beschrieb diese Patientin denn auch als Borderline-Persönlichkeitsstruktur anstelle der ursprünglichen Diagnose einer narzißtischen Persönlichkeit mit hysterischen Anteilen. Somit ist der Fixierungszeitpunkt für die Suchtentwicklung in einem sehr frühen Stadium der Persönlichkeitsentwicklung zu plazieren, und bei diesen im objektpsychologischen Verständnis recht fundamental gestörten Persönlichkeiten finden wir auch die Süchtigen im engeren Sinne, mit allen für die Therapie wichtigen Implikationen, wie im Kapitel 2 ausgeführt wurde. Offenbar ist die Unverzichtbarkeit des Alkohols hier in der Regulation wesentlicher defizitärer Ich-Funktionen begründet.

6.1.2. Patientin B

Frau B's Eingangsdiagnose einer depressiv-narzißtischen Persönlichkeitsstörung mit Alkoholabhängigkeit wurde im Verlauf der Therapie bestätigt. Die Alkoholsucht war chronifiziert (seit 14 Jahren) und zeitweilig von Trinkpausen unterbrochen. Es ist nicht genau zu eruieren, welche Dauer und welchen Charakter diese Trinkpausen hatten. Diese Patientin mußte zu Therapiebeginn auf Grundlage der Ergebnisse aus der GAS und dem BSS als schwer erkrankt und dringend Therapie bedürftig eingestuft werden. Neben der Alkoholabhängigkeit fand schon bei der Stellung der Aufnahmediagnose die depressiv-narzißtische

Persönlichkeitsstörung Berücksichtigung. Der chronifizierte Alkoholmißbrauch mit einem schweren Rückfall während der Therapie korrespondierte im CMP mit einem sehr negativen Introjekt, Selbstbestrafungstendenzen und Sucht. In den Soziogrammen stellt sich eine Vielzahl von Referenten dar: Freund, Freundin, andere Menschen und Ehemann, von denen sie sich abschottet (2.8), die aber auch unterstützen (1.4) und denen sie sich öffnen kann (2.2). Der Vater, der sie kritisiert, ist der am wenigsten helfende; Mutter und Bruder sind annähernd bzw. unterstützend. In der Therapie war die Alkoholproblematik Gegenstand während der gesamten Therapiedauer. Hinzuzurechnen ist eine stabile Partnerbeziehung als unterstützendes und stabilisierendes Moment während und nach der Therapie. Diese Patientin hat offensichtlich von der Therapie profitiert, was sich in deutlich verbesserten Werten im BSS (Aufnahme: 8, alle folgenden Erhebungszeitpunkte: 5) sowie in einem ebenfalls leicht verbesserten und stabilen GAS-Wert für alle folgenden Katamnesezeitpunkte von 55 im Vergleich zur Aufnahme mit 50. Die signifikante Verbesserung dieser Patientin spiegelt sich auch in den mit Computer errechneten Ergebnissen des Intrex-Fragebogen wider: Aus freundlicher Selbstbeschränkung wurde Selbstliebe in besten Zeiten und aus der Aggression gegen sich selbst wurde ein „sich selbst gehen lassen“. Der Alkohol als Referent wird fast ausschließlich im Cluster 1.7 notiert: er schädigt und greift die Patientin an. Ausgedrückt in dem Überwiegen der Cluster 2.5/3.8 bekennt sich die Patientin zum Trinken. Aber im Cluster 2.1 drückt sich auch ihre Fähigkeit zum „sich eigenständig behaupten“ gegenüber dem Suchtstoff aus. In Abb. 4.4.2. zeigt sich, daß der Suchtstoff während der gesamten Therapie thematisiert worden war und dies in den abwehrenden sowie annähernden Beziehungsqualitäten. Die Abstinenz war durchaus von Dauer, wenngleich ein halbes Jahr nach Therapieende ein Rückfall erfolgte, der aber ein singuläres Ereignis blieb. Die Ich-Funktionen waren bei Frau B offenbar weniger stark beeinträchtigt und Alkohol offenbar weniger bedeutsam zur Erhaltung einer intrapsychischen Balance als bei in ihrer Entwicklung noch früher gestörten Patienten.

6.1.3. Patientin C

Frau C hat offensichtlich aus der Therapie guten Nutzen für sich ziehen können. Diese Patientin präsentierte sich mit einem unspezifischen depressiven Syndrom und einem Selbstmordversuch acht Jahre vor Therapiebeginn sowie einem chronifizierten Alkoholmißbrauch in der Anamnese. Sie war ledig und auch sonst von anderen Menschen ziemlich isoliert. In den Soziogrammen zeigt sich, daß sie doch immerhin mit wenigen Menschen im Zusammenhang mit Alkohol interagierte: interessanterweise ist die Freundin, (Cluster 2.6) was Frau C's Trinkgewohnheiten angeht, eindeutig negativ eingestellt. Hier sei wieder an die Ergebnisse von BEATTIE, et al. (1997) erinnert: negative Einstellungen von Freunden zum Alkohol beeinflussen die Trinkgewohnheiten der Betroffenen am nachhaltigsten. Der Alkohol als Referent im Soziogramm greift die Patientin an (1.7), während die Patientin mit Cluster 2.5 eine Abhängigkeit beschreibt. Obwohl die Störung als individualgeschichtlich auf einem reiferen Niveau anzusiedeln ist, hatte sie eine sehr ungünstige Ausgangsposition im CMP-Introjekt mit Impulsen sich zu zerstören, sich zu quälen und aggressiven Wendungen gegen sich selbst im Alkoholmißbrauch und Suizidversuch. Die Patientin wurde nach der Therapie als wesentlich ausgeglichener beschrieben, mit einer sehr stark ausgeprägten Selbstkontrolle, und es wurde festgestellt, daß die Introjektkombination 3.7/3.8 ein Jahr nach Therapieende für die Patientin nicht mehr wirksam war. Diese Patientin kann als ausgesprochen gebessert angesehen werden. Während sie in der GAS-Bewertung nach dem Therapieende eine deutliche Verbesserung zeigte, die auch stabil bis zur Zweijahres-Katamnese zu verfolgen ist, zeigt der BSS eine geringgradige Verschlechterung. Vielleicht läßt sich die objektive Besserung der Patientin hier einerseits und die Verschlechterung im BSS als ein verbessertes Problembewußtsein der Patientin für ihre eigene Situation interpretieren. Das

Alkoholproblem stand hier in der Therapie nicht im Vordergrund, wurde aber zu verschiedenen Zeitpunkten thematisiert, wobei im ersten Drittel die Tatsache des Trinkens (Clusterkombination 2.5/3.8) an sich betont wurde, im letzten Drittel die gesamte Breite der Beziehung zum Alkohol besprochen wurde. Abb. 4.4.3. präzisiert, daß Alkohol sogar erst in der vorletzten Stunde vom Therapeuten angesprochen wurde, in der letzten Stunde dann der Patient dieses Thema aufgreift. Dabei erscheint die Beziehungsqualität des „sich Fügens“ seltener als die der Schädigung. Die Patientin ist auch vor dem Hintergrund einer generellen Introjekt-Verbesserung als stabil abstinent nach Therapieende zu bezeichnen.

6.1.4. Patientin D

Diese Patientin, die mit depressiven Episoden vor dem Hintergrund einer histrionischen Persönlichkeitsorganisation mit deutlichen Frühstörungsanteilen diagnostiziert wurde und im CMP-Modell neben dem Cluster 3.8 die Tendenz zur Selbstschädigung und Selbstentwertung (Cluster 3.6) zeigte, hatte jedoch im Cluster 3.4 ausreichend Potenz, Gutes für sich zu tun. Der Alkohol erscheint hier mehr im Sinne der Selbstheilung und der Reizabschirmung funktionalisiert zu sein. Die Bearbeitung der Alkoholproblematik während der Therapie setzte erst zu einem relativ späten Zeitpunkt im letzten Drittel ein, allerdings scheint hier mit der Bearbeitung des intrapsychischen Konflikts die Abstinenz stabilisiert, denn dies stellt sich auch in den deutlichen Verbesserungen im BSS und der GAS dar, sie verbessert sich im BSS um 50 % und in der GAS um zwei Drittel, auf stabilem Niveau für die nachfolgenden Katamnesezeitpunkte. Mit Bezug auf die Soziogramme läßt sich für Patientin D sagen, daß sie sich mit der wichtigen Gruppe der Freunde sowie mit ihrem Mann über ihr Alkoholproblem ausgetauscht hat. Während sie sich von ihrem Mann hauptsächlich abschottet und andere Frauen im Alkoholzusammenhang beschuldigt, kritisiert und setzt ihr Mann sie herab, während andere Frauen sie unterstützen. Alkohol wird mit Cluster 2.1 beschrieben: sie behauptet sich ihm gegenüber. Alkohol wurde im Therapieverlauf zu Beginn kaum, sondern erst in den letzten acht Stunden besprochen. Dabei konzentrierte sich das Gespräch auf die Tatsachen des Trinkens an sich sowie der stattfindenden Schädigung dabei: Dominanz der Clustergruppe 6–8 bei der Patientin. In der letzten Stunde beschreibt die Patientin im Cluster 2.5 ihre Abhängigkeit gegenüber dem Alkohol. Im Zusammenhang mit Alkohol zeigen die Soziogramme mit einem Überwiegen des Clusters 1.6 an, daß ihr Trinkverhalten von und mit Schlüsselfiguren wie dem Ex-Ehemann und anderen Frauen hauptsächlich kritisch besprochen wird.

6.1.5. Patientin E

Der seit der Jugend stattgefunden und seit ca. fünf Jahren noch gesteigerte Alkoholkonsum mit körperlichen Folgeerscheinungen ist hier sicherlich mehr vor dem Hintergrund eines Partnerkonflikts bei depressiver Persönlichkeitsstruktur mit zwanghaften Anteilen zu sehen. Somit ist die Störung klinisch auf einem reiferen Niveau anzusiedeln. Die Patientin begann die Therapie, ohne ein Bewußtsein für die Alkoholproblematik zu haben. Somit ergab sich erst zur Therapiemitte überhaupt eine Gelegenheit, dieses Problem therapeutisch anzugehen. Man hat hier auch den Eindruck, daß der Alkohol mehr im Sinne der Selbstheilung und Betäubung verwendet worden war. Da der Alkohol hier nicht im Sinne einer Selbsterstörung funktionalisiert wurde, handelt es sich hier zweifellos um eine Störung auf einem reiferen Strukturniveau. Das CMP für diese Patientin ergab im Introjekt neben dem Cluster 3.8 und der damit beschriebenen Selbstschädigung auch ein positives Potential im Sinne des Clusters 3.3. Nach Beendigung der Therapie scheint diese Patientin einen geringeren Mißbrauch des Alkohols zu betreiben, sich andererseits vermehrt um sich selbst zu kümmern und eigene Bewältigungsstrategien zu finden. All dies auf der Grundlage eines therapeutisch gebesserten Introjekts, wengleich sich in den Bewertungsskalen GAS und BSS keine signifikanten

Verbesserungen oder Verschlechterungen abzeichneten. Dieser Unterschied könnte mit der bekannten „kognitiven Bias“, der Neigung depressiver Persönlichkeiten, Ereignisse und sich selbst stets negativer zu sehen, als es in Wirklichkeit rechtfertigbar ist, zusammenhängen. In ihren Soziogrammen wird deutlich, daß sie sich auf viele Referenten bezieht: andere Menschen, die angreifen und zurückweisen, Ehemann und Tochter, die sie kritisieren, Ärzte, von denen sie sich distanziert und eine Selbsthilfegruppe, mit der sie sich selbstsicher und gelöst verbunden fühlt. Während sie den Ehemann zu gleichen Teilen unterstützend und vernachlässigend wahrnimmt, wird sie von anderen Menschen ignoriert. Nach BEATTIE et al. (1997) wäre es aber wichtig, daß diese einflußreiche Gruppe sich nicht abschottet. In der Therapie selbst trat die Alkoholproblematik erst relativ spät in den Fokus des Gesprächs. Während die Patientin die Tatsache des übermäßigen Trinkens an sich wie auch ihre Unterwerfung unter den Alkohol (im Soziogramm als Cluster 2.5) thematisiert, konzentriert der Therapeut die Aufmerksamkeit auf die Abhängigkeit: Cluster 5 dominiert in Abb 4.4.5. Die Medikamente sind ambivalent besetzt: die Patientin sieht sich zu gleichen Teilen autonom und abhängig, sowie von Tabletten unterstützt. Es ist bekannt, daß sich die Patientin im Anschluß an die Kurztherapie einer Selbsthilfegruppe für Alkoholiker anschloß.

6.1.6. Patientin F

Bei dieser Patientin mit einer Störung auf relativ frühem entwicklungs-psychologischem Niveau (die Aufnahmediagnosen waren eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und episodischer Alkoholmißbrauch) bestand eine jahrelange Geschichte des regelmäßigen Alkoholmißbrauchs. Das CMP zeigte für das Introjekt zu Therapiebeginn eine Kombination ungünstiger Cluster mit Selbstanklage sowie Alkoholabusus und Selbstgefährdung und schließlich unrealistischen Wiedergut-machungsansprüchen. Während diese Patientin in der GAS mit 20 Punkten die niedrigsten Werte aller Patienten aufwies, und auch zu Therapieende nur 20 Punkte hatte, ließ die Patientin im BSS zu Therapieende sogar noch eine Verschlechterung erkennen (ein Anstieg im BSS von 7 auf 10 Punkte). In den auf ihr Alkoholproblem bezogenen Soziogrammen für Frau F spiegelt sich eine gewisse soziale Isolierung wieder: einziger Referent, mit dem sie sich betrifft ihres Alkoholproblems austauscht, ist der Ehemann, der sie übersieht. Im Soziogramm steht Alkohol im Cluster 2.5, was die unbeschränkte Abhängigkeit codiert. Die Alkoholproblematik wurde hier nur in der ersten Therapiestunde angesprochen und im weiteren Therapieverlauf nicht mehr aufgegriffen. Wie die Abb.4.3.6 zeigt, überwiegt im Cluster 3.5 die „Selbstkontrolle“ über die Tatsache des Trinkens (Clusterkombination 2.5/3.8) – dies ist die Sichtweise der Patientin. Abb 4.4.6. beleuchtet, daß tatsächlich nur in der ersten Stunde Alkohol besprochen wurde. Vor diesem Hintergrund muß man den Alkohol sicherlich wesentlich als Instrument der Selbstbeschädigung verstehen ganz im von VON DER STEIN und PODOLL sowie KERNBERG (siehe Kapitel 2) festgestellten Sinne. Nach Therapieende wurde der Alkoholmißbrauch fortgesetzt, und es wurde bekannt, daß die Patientin einen Suizidversuch unternommen hatte und schließlich an einer stationären Alkoholentwöhnungstherapie teilnahm.

6.1.7. Patientin G

Diese Patientin mit einer depressiv-narzißtischen Persönlichkeit und gelegentlichen Suizidgedanken in der Vergangenheit wies eine über zehn Jahre dauernde Geschichte des Alkoholabusus auf, war aber seit ihrer Schwangerschaft im 30. Lebensjahr zu völliger Abstinenz fähig und hatte auch seitdem keinen Rückfall erlitten. Sie lebte in völliger Abstinenz. Trotz eines sehr negativen Introjekts im CMP mit den Clustern 3.8 und 3.6, also einem Mangel an Selbstwahrnehmung sowie Schuldvorwürfen und Selbstverachtung, hatte diese Patientin zu Therapieende zwar eine unveränderte Konfliktdynamik im CMP, bei

allerdings deutlich gesteigertem Bewußtsein für ihr Problem. In der GAS wie auch im BSS finden sich keine wesentlichen Veränderungen im Verlauf. Insgesamt scheint aber mit Blick auf den Alkoholmißbrauch in der Vergangenheit die leichte Verbesserung bei unverändert negativen Introjekt die Fähigkeit zur Abstinenz stabilisiert zu haben. Im Soziogramm ist Alkohol ambivalent besetzt: die Abhängigkeit überwiegt allerdings die Autonomie davon. Der Fixierungspunkt der Alkoholproblematik scheint hier am ehesten auf dem Niveau einer reiferen Störung zu liegen. Die Selbstzerstörung mittels Alkohol konnte von dieser Patientin aufgegeben werden als sie sich vor 20 Jahren verheiratete, und die Sorge für die eigenen Kinder scheint den Willen zur Abstinenz weiter gefestigt zu haben. Das Soziogramm macht deutlich, daß der Ehemann sie ignoriert; aber ihr Kind liebt sie. Von anderen Menschen schottet sie sich ab. Im Soziogramm zeigt sich der Alkohol als nahezu ambivalenter Referent: Abhängigkeit überwiegt nur leicht die Fähigkeit zur Kontrolle. Ihr soziales Netzwerk erscheint relativ klein zu sein – die wichtige Referentengruppe der Freunde erscheint nicht. Die Diagramme zum Therapieverlauf zeigen, daß nur in der ersten Stunde Alkohol in wesentlichen Beziehungsqualitäten besprochen wurde. Nach Abschluß der Therapie kam es im weiteren Verlauf jedoch zu einem Suizidversuch, und sie nahm an einer weiteren Psychotherapie teil.

6.1.8. Patient H

Der Alkoholmißbrauch dieses Patienten mit diagnostizierter narzißtischer Persönlichkeitsstörung war zum Therapiebeginn schon kein aktuelles Problem mehr, sondern nur in der Anamnese zu eruieren. Insofern im CMP die negativen Cluster im Introjekt mit positiven verknüpft waren (3.3/3.8 sowie 3.4/3.8), findet sich hier neben der Vernachlässigung eigener Möglichkeiten und der Selbstverachtung für Mißerfolge auch ein Potential für eine freundliche Haltung gegenüber sich selbst. Es wurde nach der Therapie festgehalten, daß eben diese freundliche Haltung (3.4) nach der Therapie stärker entwickelt war. Für die Verlaufparameter GAS und BSS ergeben sich für Herrn H. leichte Verbesserungen in beiden Skalen. Die Soziogramme decken auf, daß Patient H nur sehr selten mit Freunden oder Angehörigen über Alkohol redete, was erklärbar ist, insofern er ja kein akutes Problem damit hatte. Die Abhängigkeit wurde hier nur mit Cluster 2.5 beschrieben. Die Abb. 4.3.7. und 4.4.7 beweisen, daß Alkohol in der Therapie kein wichtiges Thema war: der Patient bespricht den Alkohol überwiegend im Cluster 1.6: Alkohol bestraft. Dieser Patient hatte wohl erfolgreich die Funktion des Alkohols als „Selbstheilungsmittel“ für sich schon vor Jahren überwunden und trotz seiner zum Zeitpunkt der Therapie schwierigen sozialen Umstände die Abstinenz aufrechterhalten.

6.1.9. Patient I

Bei diesem Patienten mit einem chronifizierten Alkoholabusus bei zuletzt zweijähriger Abstinenz vor dem Hintergrund einer schizoid-anankastischen Persönlichkeitsstruktur spielte der Alkohol seit dem 18. Lebensjahr eine zentrale Rolle im Leben. Dieser Patient hatte Angst vor einem erneuten Rückfall und den damit verbundenen Folgen - nicht zu unrecht wie sich im Verlauf und nach der Therapie herausstellen sollte. Das Introjekt im CMP offenbarte ein Überwiegen negativ besetzter Cluster: 3.8, 3.6, 3.7 (Affektive Selbstvernachlässigung, Alkohol und Schuldgefühle sowie extreme Selbstkontrolle und Selbsthaß). In den Soziogrammen zeigt sich, daß Alkohol für den Patienten ein Gesprächsanlaß mit mehreren verschiedenen Referenten war: Der so wichtigen Gruppe „Andere Menschen“ und „Frauen“ öffnet sich der Patient im Gespräch (Cluster 2.2); aber während andere Menschen sich annähern, kontrollieren und kritisieren ihn die Frauen und schotten sich von ihm ab. Sein Verhältnis zu Helfern ist gemischt: er stützt sich auf Ärzte und wird im Gegenzug sowohl unterstützt wie auch ignoriert. Alkohol wird vom Patienten hauptsächlich mit Cluster 2.5 (Abhängigkeit) erwähnt, während der Alkohol als Referent wesentlich „unterstützend“ auf den Patienten einwirkt bzw. vom

Patienten so erlebt wird. Die Inhaltsanalyse der Therapie ergab, daß die Tatsachen der Selbstschädigung wie auch der Abhängigkeit im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum dem Patienten bewußt waren. Im ersten Drittel der Therapie dominieren zwar die Cluster 2.5 / 3.8 als Code für das Trinken, aber die Kombination der alkoholbezogenen transitiven Cluster in Abb. 4.2.9. (beschreibend, was der Alkohol dem Patienten „antut“) deutet auf die Ambivalenz des Patienten bezüglich des Trinkens und zeigt deutlich, daß der Alkohol „hilft“, aber auch „angreift“ (im Cluster 1.7). Abb. 4.4.9. zeigt, daß in einem vom Patienten noch mehr als vom Therapeuten getragenen Gespräch über Alkohol kurz vor Ende der Therapie der Aspekt der Abhängigkeit und Schädigung betont wurde. Während und nach der Therapie erlitt er einen schweren Rückfall. Mit dem Einverständnis des Therapeuten ging er dann nochmals in eine Langzeittherapie.

6.1.10. Patient K

Herr K kam mit einer sogenannten Musikphobie bei zugrundeliegender narzißtischer Persönlichkeitsstörung in die Therapie. Ferner lag ein seit 21 Jahren episodischer, mit Partnerproblemen assoziierter Alkoholabusus vor, der sich in den Intervallen zu moderaten Trinkmengen besserte. Im CMP-Introjekt stand das Cluster 3.8 für die Vernachlässigung eigener Bedürfnisse, die Einsamkeit sowie die völlige Gleichgültigkeit gegenüber sich selbst. Der Patient hatte kein Problembewußtsein für seinen Alkoholmißbrauch. Im Soziogramm überwiegt dennoch die Abhängigkeit mit Cluster 2.5, während der Alkohol gleichzeitig im Cluster 1.4 mit 67% überwiegend hilft. Die soziale Isolierung spiegelt sich auch im Soziogramm wieder: nur einmal bezieht er sich auf andere Menschen, zu denen er sich in Hinsicht auf Alkohol äußerte. Er hat weder unterstützende Freunde noch Familienangehörige, die auf ihn im Sinne der Abstinenz einwirken. Die Inhaltsanalyse ergab, daß das Problem schon in der ersten Stunde bekannt wurde. Im weiteren Therapieverlauf bekannte sich der Patient zur erleichternden Funktion des Alkohols (sprach in den Clustern 2-4 darüber). Jedoch kam die zerstörerische Funktion des Alkohols bis zum Therapieabbruch nach der 12. Stunde nicht zur Bearbeitung.

6.2. Gruppenweise vergleichende Betrachtung der Ergebnisse aller 10 Patienten

10 Patienten, mit sehr verschiedenen Störungen, aber stets auch mit einer akuten oder anamnestisch faßbaren Alkoholmißbrauchsproblematik, hatten die Gelegenheit, an einer auf 25 Stunden begrenzten ambulanten psychodynamischen Kurzzeittherapie teilzunehmen und wurden für das „Düsseldorfer Kurzzeittherapie-Forschungsprojekt“ ausgewählt. Um die Patienten leichter miteinander vergleichbar zu machen, werden sie nachfolgend in Gruppen eingeteilt. Die Stichprobe an sich ist sehr inhomogen. Außerdem ist die Gesamtanzahl der untersuchten Patienten mit 10 recht klein. Dies führt zwangsläufig zu Untergruppen von nur geringer Größe. Es soll dennoch versucht werden, die folgenden Fragen zu beantworten:

1. Stellen sich nach dieser Unterteilung innerhalb der Gruppen typische Übereinstimmungen heraus, die im CMP in Verbindung mit der Auswertung der inhaltsanalytischen Prozeßforschung sowie den übrigen eingesetzten Meßverfahren (BSS, GAS, Intrex) zu Tage treten ?
2. Lassen sich schließlich zwischen den Gruppen typische Unterschiede in der Bearbeitung der Alkoholproblematik erkennen, die mit dem Therapieergebnis korrelieren ?

Gruppe 1: Die Therapieabbrecher Patienten A und K

Bei beiden Patienten war der Alkoholabusus nicht der Anlaß zur Therapie. Beiden Patienten ist gemeinsam, daß sie in der GAS keine (Patient K) oder nur eine geringfügige Veränderung aufzeigen. Das Gleiche gilt für den BSS. Im Anfangs-Intrex zeigen beide eine freundliche Haltung bzw. Selbstliebe in guten Zeiten.

Beim direkten Vergleich der zwei Patienten in der Gruppe der Abbrecher gibt es bezüglich des Introjekts keinen signifikanten Unterschied. Bei beiden sind die Cluster 3.7 und 3.8, also Selbsthaß, Selbstzerstörung sowie desinteressierte Selbst-vernachlässigung vorherrschend.

In den CMP's der beiden Abbrecher ist bezüglich der Wünsche ebenfalls kein Unterschied auffällig. Es finden sich jeweils das Cluster 1.3: blockierte positive Erwartungen. Beide fürchten entweder die feindseelige Distanzierung anderer wie im Fall von Patientin A oder im Fall von Patient K Mißbrauch durch andere. In ihrem Verhalten zu anderen ist die komplexe Kombination von Clustern mit Cluster 1.8 (übersehen, vernachlässigen, ignorieren) auffällig: Bindungslosigkeit. Die Mitmenschen reagieren in beiden Fällen gleich: mit feindseligem Rückzug.

Die Häufigkeitsdiagramme zeigen gehäuft die Cluster 2.5, 3.4 und 3.8 – die Kodierung für aktuellen Alkoholabusus.

In den Beziehungsqualitäts-Diagrammen finden sich gehäuft Cluster 8: Vernachlässigung anderer, Verweigerung gegenüber anderen und Selbst-vernachlässigung. Die Häufung in den Clustern 2 und 4 spiegeln die positive Beziehung zum Alkohol wider, die eindeutig die negative Einstellung dazu überwiegt. Wenn die Therapeuten Alkohol thematisieren, liegen die Hinweise auf Schädigung und Abhängigkeit in Form der Cluster 6 – 8 sowie 5 vor. Generell unterscheidet sich die Gruppe 1 von allen anderen (mit Ausnahme von Gruppe 5) durch eine frappierende Beziehungslosigkeit zu anderen Menschen (hier Referenten) in der auf Alkohol fokussierten Inhaltsanalyse der Therapien.

In den Diagrammen zur Beziehungsdynamik dominiert Cluster 3.8 im Introjekt. Alkohol steht bei beiden Patienten ausschließlich in positiv bewerteten Clustern: 1.3 und 2.3 (Alkohol als Liebender und als jemand, mit dem sich Patientin A voller Freude verbindet).

Für beide Patienten ist das outcome nicht beurteilbar. Zu den Katamnesen sind sie nicht erschienen.

Gruppe 2 mit Alkoholabusus nur in der Vorgeschichte: Patienten G und H

Die Gruppe enthält jene Patienten, die beide etwas gebessert sind und die beide abstinent bleiben. Beide machen zu späteren Zeitpunkten eine weitere Therapie.

In der GAS zeigen beide Patienten eine geringfügige aber durchaus dauerhafte Verbesserung. Erst in der 5-Jahres-Katamnese erzielt Herr H einen deutlich niedrigeren Wert als in allen Zeiten zuvor. Durchschnittlich erzielte er Werte zwischen 52 und 55, zuletzt nur 45).

Im BSS sieht sich Patient H nach fünf Jahren so schlecht, wie zu Beginn der Therapie, obwohl er nach der Therapie für mindestens sechs Monate eine signifikante Besserung aufwies. Frau G ergeht es sehr ähnlich: Verbesserung im BSS bis zur 5-Jahres-Katamnese. Dann scheint sie sich stärker beeinträchtigt zu fühlen als jemals zuvor.

In der computerberechneten Auswertung der Intrex-Fragebogen sehen sich beide Patienten zu Beginn der Therapie in guten Zeiten gleich: sie erleben einen Konflikt zwischen Kontrolle und sich-gehen-lassen. In schlechten Zeiten fühlt sich Frau G hin- und hergerissen zwischen Selbstliebe und Selbsthaß. Herr H fühlt sich zu Therapiebeginn in schlechten Zeiten sogar suizidal. Es gibt keine Übereinstimmung zwischen den beiden Patienten in dieser Gruppe im Intrex zu Therapieende.

Der CMP beschreibt das Folgende: beide sehnen sich nach Liebe und Geborgenheit. Patientin G bleibt ohne Unterstützung durch andere, Patient H fürchtet, von anderen ignoriert zu werden. Obwohl beide Patienten sich in sehr unterschiedlicher Weise verhalten, erfahren sie von

anderen sehr ähnliches Verhalten. Abgrenzung von den Patienten wird praktiziert. Die Beziehungen werden als stressvoll erlebt: Patient H unterwirft sich schließlich; der Freund von Patientin G versucht, ihre Abhängigkeit zu nutzen, um sie zu dominieren.

Im Introjekt haben beide gemeinsam, daß sie sich selbst verachten und vernachlässigen. Herr H bleibt hinter seinen Entwicklungsmöglichkeiten zurück. Frau G antwortet mit Selbstmordimpulsen (Cluster 3.7).

Die Häufigkeits-Diagramme zeigen für beide Patienten das gleiche Phänomen: nur marginal und im ersten Drittel der Therapie kommt Alkohol in den ausgewählten Passagen zur Sprache.

Beide Patienten zeigen in den Diagrammen zur Beziehungsqualität zum Alkohol nur sehr geringe Anzahlen von Clustern und beide Therapien besprechen den Alkohol hauptsächlich in seinen Abhängigkeits- und Schädlichkeitseigenschaft.

Die aktuellen Beziehungsdynamiken zeigen wiederum für beide ein Überwiegen von Cluster 3.8 im Introjekt. Patient H erscheint mit weniger Referenten, ist sozial isolierter. Die Patienten fügen sich im Cluster 2.5 überwiegend dem Alkohol. Die Beziehungen zu anderen Menschen bestehen in einem Cluster 1.6 bei Herrn H als Ausdruck der Kritik und Beschuldigung durch andere. Frau G hat mehr Beziehungen, aber es dominiert gegenseitiges sich abgrenzen. Sie versucht nur ihrem Kind nahe zu sein.

Gruppe 3: Das Alkoholproblem ist Anlaß zur Therapie: die Patienten B und I

Die Patienten in dieser Gruppe erleiden beide einen schweren Rückfall während der Therapie.

Die Werte in der GAS weichen hier für beide Patienten stark auseinander. Beide Patienten dieser Gruppe starten mit einem Wert von 50. Frau B steigert sich auf 55 Punkte und bleibt stabil. Herr I dagegen fällt zum Ende der Therapie dramatisch ab auf einen Wert von 41.

Im BSS zeigt Patientin B eine Verbesserung während der Therapie von einem Wert von 8 auf 5 und bleibt stabil. Herr I verschlechtert sich im BSS während der Therapie mit einem BSS-Wert von 6 auf 9 bei Entlassung.

In der computerberechneten Auswertung der Intrex-Fragebogen lassen sich die beiden Patienten nicht vergleichen, da für den Patienten I kein interpretierbares Ergebnis vorliegt.

In den CMP's der Patienten finden sich ähnliche Wünsche. Beide suchen Unterstützung und Nähe. Während Frau B allerdings Mißbrauch und Entwertung fürchtet, bestehen die Befürchtungen von Patient I in extremer Selbstkontrolle, schmerzvoller Zurückweisung und Verlassen werden.

Die Häufigkeitsdiagramme zeigen bei Patientin B, daß Alkohol über die gesamte Dauer der Therapie immer wieder zum Thema wurde. Bei Patient I wird Alkohol zu Beginn der Therapie besprochen, im zweiten Drittel findet sich das Cluster 1.7 für Alkohol als Schadstoff 7 mal. Wegen vorzeitiger Beendigung der Therapie liegt das letzte Drittel nicht vor.

Die Diagramme zur Beziehungsqualität zum Alkohol zeigen für die Zeiten, in denen Therapie stattfand, nicht nur eine intensive Beschäftigung mit Alkohol, sondern für beide Patienten ein eindeutiges Überwiegen von Clustern, die Abhängigkeit und Schädigung beschreiben. Dies gilt +-sowohl für die Patienten als Sprecher wie für die Therapeuten als Sprecher.

Die Beziehungsdynamiken zeigen zwei sozial recht vielfältig interagierende Menschen insofern sie in ihren Therapieabschnitten, die hier untersucht wurden, sich auf viele bei der Besprechung ihres früheren Alkoholproblems wichtige Referenten beziehen und sich auch dem Einfluß zahlreicher anderer Menschen ausgesetzt sehen, zeigen interessante Unterschiede. Dabei bezieht sich Frau B auf gut die doppelte Anzahl von Referenten als Herr I. Während sich Patient I mit Cluster 2.2 positiv und öffnend auf die Referentengruppen „Frauen“ und „andere Menschen,“ bezieht, schottet sich Frau B von Freund und Freundin, Ehemann und anderen Menschen sowie Therapiehelfern ab (Cluster 2.8). Nur erstgradige Verwandte kümmern sich um Frau B (aus ihrer Sicht). Alle Referenten versuchen ihr (siehe untere Abbildung 4.5.2.) zu helfen und sie zu kontrollieren (Cluster 1.4 und 1.5). Ähnlich bei Herrn I: Frauen und andere

Menschen als Referenten beziehen sich ihrerseits positiv auf ihn während die Selbsthilfegruppe ihm, zufolge mit 1.6 und 1.8 ihn kritisiert und übersieht und Ärzte ambivalent auf ihn wirken mit Unterstützung und Übersehen (Cluster 1.4 und 1.8).

Beide zeigen ein etwa gleichstarkes Überwiegen von Cluster 3.8 im Introjekt. An zweiter Stelle folgt Cluster 3.4. Auch hier beziehen sich beide Patienten in gleicher Weise und gleich stark auf den Alkohol: Cluster 2.5 mit 60 bzw. fast 50 % beschreibt die Abhängigkeit.

Gruppe 4 faßt die Patienten C, D und E mit anderen, etwas reiferen Störungen mit zusätzlicher Alkoholproblematik zusammen: Hier sind jene Patienten zusammengefaßt, die im Verlauf oder kurz nach der Therapie den Alkoholabusus unter Kontrolle bekamen. Patientin C und D verließen die Therapie gebessert, Patientin E verbesserte sich während der Katamnesezeit – sie nahm auch an einer Selbsthilfegruppe teil.

Alle drei Patientinnen dieser Gruppe weisen in der GAS eine langfristige Verbesserung auf. Im BSS fällt nur Frau C mit einer langfristigen Verschlechterung von einem Wert von 5 auf 6 im 5-Jahres-Zeitraum aus der Reihe, denn die beiden anderen Patientinnen erreichen geringere Beeinträchtigungs-scores mit deutlichen Unterschieden zum Therapiebeginn auf.

Im CMP weisen die drei Patientinnen gleiche Wünsche auf. Allen ist die Suche nach emotionaler Nähe und emotionaler Unterstützung gemeinsam. Sie alle fürchten übersehen und entwertet zu werden. Frau D und E versuchen sich die Zuneigung anderer zu „erkaufen“: sie erbringen Vorleistungen und stellen dann Erwartungen an die Mitmenschen. Die Reaktion der Anderen zeigt wiederum Ähnlichkeiten: Zurückweisung. Die anderen nehmen zwar die Vorleistungen an, distanzieren sich aber in der Folge und schotten sich ab (Ehemann bei Frau E) oder lassen die Patientin nach vorangehender Entwertung schließlich ganz fallen (wie die männlichen Bekannten im Falle von Frau D). Allen drei Patientinnen ist gemeinsam, daß sie in ihren Introjekten im CMP eine Vernachlässigung ihrer eigentlichen eigenen Bedürfnisse aufzeigen und zu Selbstentwertung neigen.

In den Häufigkeits-Diagrammen sieht man, daß in der Therapie von Patientin C Alkohol, wenn auch nur mit wenigen Clustern, so doch im gesamten Verlauf immer wieder zur Sprache kam, während für die Patientinnen D und E Alkohol über die ersten 2 Drittel keine Rolle im Therapiegespräch spielte, aber stets zum Ende thematisiert wurde – besonders intensiv mit vielen gezählten Clustern bei Frau E.

Die Diagramme zur Beziehungsqualität zum Alkohol bestätigen das vorher Gesagte in Hinsicht auf die Zeitpunkte, in denen Alkohol besprochen wurde. Alkohol rückte als Thema erst zum Ende der Therapie in das Blickfeld der Patient-Therapeut-Beziehung. Dabei tritt der Alkohol in den Diagrammen mit den Patienten als Sprecher mit einer wesentlich größeren Zahl positiv besetzter Cluster zu Tage (Cluster 1 und 2-4), während die Therapeuten vergleichsweise viel mehr Cluster aufweisen, die Alkohol im Zusammenhang vom Abhängigkeit und Schädigung verstehen.

Die Diagramme zu den Beziehungsdynamiken für die drei Patientinnen C, D und E im Introjekt zeigen eine Dominanz des Clusters 3.8, also desinteressierte Selbstvernachlässigung, mit einem Anteil von jeweils gut 40% an allen Introjekt-Clustern. Die Beziehungen zu Hauptpersonen der Patientinnen sind konfliktvoll. Frau C beleidigt und kränkt ihre Mitmenschen und beschreibt mit Cluster 1.4 hauptsächlich hilfreiche Interventionen der Anderen. Frau D erfährt ebenfalls Cluster 1.4 von anderen Frauen. Sie selbst bewegt sich in Bezug auf andere Menschen zwischen Beschuldigungen und dem Wunsch, sich ihnen anzunähern. Frau E wird von anderen Menschen meistens angegriffen oder ignoriert (Cluster 1.7 und 1.8). Männliche Hauptpersonen wie der Vater bei Frau C und Ehemänner bei den Patientinnen D und E greifen meistens an, beschuldigen oder ignorieren (Cluster 1.6 bis 1.8). Umgekehrt reagieren die Frauen in verschiedener Weise. Sie beschreiben den Vater als hilfreich (Patientin C) oder schotten sich gegen den Ehemann ab (Frau D) oder suchen

positive Annäherung im Konflikt mit beleidigt und gekränkt sein sowie sich unterwerfen. Der Alkohol wird bei allen stark im Cluster 2.5 in seiner Abhängigkeitswirkung besprochen, ein Anteil von 66% bei Frau E und 36% bei Frau D. Die Letztere betont noch stärker ihre Kontrolle darüber (44%).

Gruppe 5 enthält die Patientin F mit einer negativen Reaktion auf die Therapie

Diese Patientin zeigt im GAS im Vergleich zu allen anderen Patienten die bei weitem niedrigsten Werte von nur 20 zu Beginn und Ende der Therapie. Im BSS verschlechtert sie sich mit Werten von 7 zu Beginn und 10 (dem Ende der Skala) zum Therapieende. Nur Herr I zeigt überhaupt einen gleichartigen Trend – alle anderen Patienten verbessern sich oder bleiben wenigstens unverändert in der Bewertung im BSS. In der computerberechneten Auswertung der Intrex-Fragebogens zu Therapiebeginn beschreibt sie sich in guten wie schlechten Zeiten als suizidal. Diese Selbstbewertung zeigt kein anderer Patient in der Untersuchung. Im CMP zeigt sie mit den Clustern 1.2, 1.3 und 1.4 in ihren Erwartungen keine Unterschiede zu den meisten anderen untersuchten Patienten. Auch in ihren Befürchtungen unterscheidet sie sich nicht wesentlich von allen anderen. Sie fürchtet Mißbrauch und Mißhandlung. Damit zeigt sie zwar gleiche Cluster, aber die Intensität ist verschieden: die meisten Patienten befürchten Ablehnung, Herabsetzung und Entwertung, sie sieht die negativen Einwirkungen ihrer Mitmenschen viel bedrohlicher und von deren Seite aktiver. Nur die Patienten, die die Therapie abbrachen, A und K beschreiben ebenfalls eine Furcht vor Mißbrauch durch andere (Herr K) oder sogar Haß (Frau A). Mitmenschen bemühen sich anfangs zu helfen, aber sie ziehen sich zurück und die Patientin bleibt beziehungslos. Wiederkehrende Gefahr von Beziehungslosigkeit ist auch ein Problem der Patienten D, H, I und K. In dieser Hinsicht steht Patientin F nicht allein.

Mit ihrer Verschlechterung im BSS allerdings ist sie nach der Therapie einzigartig im Kollektiv der untersuchten Patienten. Ihr ungeheuer destruktives Verhalten mit späterem Suizidversuch und der Notwendigkeit einer stationären Entwöhnungstherapie heben sie ebenfalls von allen anderen ab.

Weitere deutliche Unterschiede zu allen anderen Patienten in den vorliegenden Diagrammen und Fragebogen-Erhebungen bestehen in der minimalen Anzahl von alkoholbezogenen Gesprächseinheiten. Nur im ersten Drittel taucht Alkohol auf und man sieht hier die große Ähnlichkeit zur Gruppe der Therapieabbrecher.

Die Diagramme zur Beziehungsqualität zum Alkohol zeigen ebenfalls nur mit den Therapieabbrechern Ähnlichkeit: die positiv besetzten Cluster sind im Gesprächsbeitrag der Patientin genau so groß wie jene, die Abhängigkeit und Schädigung beschreiben.

Die Diagramme zu den Beziehungsdynamiken beschreiben eine Frau, die fast keinerlei Beziehungen zu anderen Menschen unterhält. Der Ehemann distanziert sich mit einem Cluster 2.8 von ihr. Wiederum ist die Entsprechung zur Gruppe der Therapieabbrecher gravierend, und abgesehen von jenen erscheint nur Patient H ähnlich beziehungsarm wie Frau F.

7. Diskussion der Ergebnisse

7.1. Die Veränderungen der Introjekte der Patienten durch die Therapie

Wie im Kapitel 2 dargelegt wurde, wird schon seit einigen Jahren von psychoanalytisch orientierten Therapeuten die Ansicht vertreten, daß die Alkoholsucht ein Symptom darstellt, dem eine individuell verschieden schwere psychische Grundstörung zugrunde liegt. Ein negatives Introjekt, ein introjiziertes böses Partialobjekt soll durch den Alkoholkonsum respektive seine Wirkung im Sinne eines Selbstheilungsversuchs neutralisiert werden.

In dem Artikel über stationäre Alkoholikertherapie und deren Introjekte von Rogner et al. (1997) war festgestellt worden, daß ein zunehmend negatives Introjekt („zunehmende Selbstanklage, zunehmender Selbsthaß und zunehmende Selbstvernachlässigung“) positiv korreliert mit dem Schweregrad der Alkoholabhängigkeit und der Schädigung dadurch. Aus der vorliegenden Untersuchung ergibt sich für die polysymptomatischen Patienten mit einem meist als Nebendiagnose vorliegenden Alkoholabusus, die eine ambulante psychodynamische Kurzzeittherapie wahrgenommen hatten, ein sehr ähnliches Bild. Sehr negative Introjekte herrschen vor: Entweder als einzeln beschreibbare Negativbegriffe wie „Selbstvernachlässigung“, also Cluster 3.8 im CMP, oder als komplexe Kombinationen negativer mit positiven Elementen wie in der Clusterkombination 3.4/3.8. Nur in einem Fall - der Therapieabbrecher Patient I - findet sich ein aus negativen Teilintrojekten zusammengesetztes negatives Introjekt. Eher günstig für eine langfristig erfolgreiche Therapie scheint die Kombination von positiven mit negativen Introjekten zu sein. Hier ist das negative Introjekt entweder leichter therapeutisch angreifbar oder schon im Ausgangspunkt teilkompensiert. Veränderungen des Introjekts in positiver Richtung korrelieren positiv nicht nur mit einer Besserung im Sinne der Hauptdiagnose, sondern auch des Alkoholproblems.

Abbruch der Therapie und Rückfall in den Alkoholabusus korrelieren in der vorliegenden Untersuchung recht gut: Die Patienten A, F, E, I und K erreichten keine oder nur geringfügige Verbesserungen ihrer Introjekte und brachen die Therapien ab oder tranken wieder.

Die Patienten B, D, G und H zeigen zum Therapieende deutlich positivere Introjekte (siehe Tabelle der Intrex-Auswertung in 4.1.4.) und auch langfristige Abstinenz nach Therapieende. Die Katamnesen zeigen denn auch überwiegend stabile Werte in der GAS (Kapitel 4.1.2.) und im BSS (Kapitel 4.1.3) an.

Die Patientin C zeigt zwar keinen Kontrollverlust beim Trinken nach Therapieende mehr, allerdings beschreibt sie der Abschluß-Intrex als suizidal; eine Einschätzung, die sich dann allerdings in den Katamnesen nicht bestätigt fand.

7.2. Die Konstellationen der Referenten in der Soziogrammen

Keine gute Übereinstimmung ergibt sich zwischen Alkoholabstinenz und der Zahl der in der Therapie inhaltlich berichteten anderen Objekte (Referenten). Es gibt Therapieabbrecher mit zahlreichen Beziehungen zu anderen Personen und auch gut gebesserte Patienten mit Erwähnung von nur ein bis zwei Bezugsobjekten in den untersuchten Passagen der Kurztherapie.

Signifikant im Sinne des als dauerhafte Abstinenz definierten Therapieerfolgs scheint dagegen zu sein, wie unkritisch der Referent „Selbstheilungsmittel“ Alkohol als hilfreich eingeschätzt wird.

Wurde der Alkohol häufiger mit den Clustern 2 - 4 besprochen, als in Clustern 5 und 6 - 8, bestand zu Therapieende eine Unsicherheit, ob die Abstinenz wirklich stabil war (bei den Patientinnen D und G). Die Therapieabbrecher hingegen setzten gar nicht erst auf die

angenehme Seite des Alkohols, sondern gleich auf die selbstzerstörerische Wirkung, denn Cluster 6–8 überwiegt in den Diagrammen von Patientin A (Abb. 4.4.1.) und Patient K (Abb.4.4.10.).

Die stark gebesserten Patienten B, D, G und H zeigen keinen signifikanten Einfluß durch eine Gruppe von Referenten, die als Freunde bezeichnet werden. Es manifestiert sich zumindest kein deutlicher Unterschied zu den Abbrechern wie man nach dem in Kapitel 2 erwähnten Forschungsbericht von BEATTIE et al. (1997) denken könnte.

7.3. Die Ersatzobjekte des Alkohols

Die Patienten B,C,E und K erwähnen in jenen Abschnitten ihrer Therapien, die sich auf Alkohol beziehen, auch andere sogenannte Suchtstoffe. Aus den vorliegenden Therapien läßt sich kein allgemeiner Trend herauslesen, daß Patienten Umverlagerungen ihres Suchtpotentials vom Alkohol weg zu Nikotin oder Süßigkeiten vollziehen.

7.4. Zur Frage von Persönlichkeitsstörung und Alkoholabhängigkeit und Outcome

Nach ROST (1992) stellt die Erlangung der Abstinenz nicht das ganze Ziel der Behandlung dar. Vielmehr sei diese sogar relativ leicht zu erreichen. Das Problem stellt der Rückfall dar. Das noch höher gesteckte, eigentliche Ziel der Psychoanalyse, über die bloße Abstinenz hinaus eine umfassende Lebens- und Genußfähigkeit zu erreichen, erscheint noch schwieriger erreichbar. “Die bösen inneren Partial-Objekte (Introjekte) müssen in einem langwierigen therapeutischen Prozeß in bessere umgewandelt werden“ (ROST,1992).

ROST zitiert ADAMS (1978), der fünf Jahre veranschlagt, bis der Analytiker mit dem Süchtigen an dem Punkt angelangt sei, wo er in seiner Arbeit normalerweise mit Neurotikern beginne. Die Therapie dauere insgesamt sieben oder acht Jahre. Die Existenz einer funktionierenden Therapiekette, das heißt einer Nachsorge durch informierte professionelle Helfer wie z.B. Sozialarbeiter einerseits und auch Patienten-Selbsthilfegruppen andererseits, wird zur erfolgreichen Behandlung von süchtigen Trinkern als zumindest wünschenswert angesehen.

Diese Ansicht scheint sich mit den Resultaten der psychodynamischen Kurzzeittherapie, wie sie in der vorliegenden Arbeit untersucht worden sind, gut zu decken. Jene Patienten, die eine Störung auf einer relativ reifen Stufe der Persönlichkeitsentwicklung¹² gepaart mit Alkoholmißbrauch aufwiesen (Patienten C und E) haben von der Bearbeitung des Grundkonflikts in der Kurztherapie profitiert und auch meist völlige Abstinenz erreicht. Die Störungen der Patienten C, D und E wurden diagnostisch eher auf neurotischem (reiferem) Niveau festgemacht, während die Störungen der Patienten B, G sowie H als eher auf dem Niveau der narzißtischen Entwicklungsstufe (also ursprünglicher) zu sehen sind.

Diejenigen Patienten, die die Therapie abbrachen oder offensichtlich weiterhin tranken (die Patienten A, F, I und K), hatten Störungen auf einer früheren Entwicklungsstufe erlitten.

Die Patientin Frau F war als Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Diese Gruppe kann in der Symptomatik recht vielfältig erscheinen (siehe Kernberg, 1978), gilt aber

¹² Rost (1992) in seinem Buch: Psychoanalyse des Alkoholismus im 7.Kapitel auf Seite 124 teilt die Alkoholsüchtigen grob in vier Kategorien entlang der entwicklungspsychologischen Zeitachse ein in Patienten, die in ihrer Sucht bestimmende Merkmale bzw. Defizite aufweisen, die aus ihrer Objekt-, Ich-, und Triebpsychologisch sowie soziologische Entwicklungsphase herkommen. Siehe auch Kapitel 2.1.2.2.

gemeinhin als auf recht ursprünglichem, in der psychischen Entwicklung sehr frühem Zeitpunkt beeinträchtigt und entsprechend schwer therapierbar.

Die Patienten der Abbrechergruppe A und K hatten nicht nur ebenfalls eine frühe Störung auf narzißtischem Niveau mit der Implikation, daß eine Störung, je früher sie in der Entwicklung anzusetzen ist, auch allgemein schwerer zu korrigieren ist, sondern erschienen zusätzlich auch unmotiviert, das Trinken aufzugeben.

Die Forderung der Abstinenz, also die Wegnahme ihres „Selbstheilungsmedikaments“ ohne ausreichende Ersatzbildung oder gar Umformung ihrer Persönlichkeit, die das Suchtmittel überflüssig machen könnte, in der Kurzzeittherapie gestellt, muß diesen Patienten bedrohlich erscheinen. Die Ersatzbildung für den Alkohol scheint längere Zeit zu brauchen als in einer psychodynamischen Kurztherapie zur Verfügung steht, selbst wenn der zugrundeliegende Konflikt durch das frühzeitige transparent werden im CMP klar wird.

7.5. Einige Kernsätze, die sich aus der vorliegenden Untersuchung ergeben

Erster Kernsatz. Aus der vorliegenden Untersuchung wird ersichtlich, daß sich die angewendete Methodik wie sie im Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt (DKZP) auch angewendet wird (JUNKERT-TRESS, 1999), sehr wohl zur Beschreibung der Dynamik von psychischen Störungen, zur Planung der Kurzzeitpsychotherapie sowie zur Messung ihrer Wirksamkeit sehr gut eignet. Mit der Inhaltsanalyse werden dann auch sehr individuell verschiedene Patienten einer vergleichenden Betrachtung leicht zugänglich beschreibbar und vergleichbar.

Zweiter Kernsatz. Wie in einigen in Kapitel 2 erwähnten Arbeiten von verschiedenen Autoren (MANN, ACKERMANN et.al. 1996; ROGENER, HÜLS und WARGERS, 1997) beschrieben wird, hängt langfristige Abstinenz bei Alkoholabhängigen wesentlich von einer unter Therapeuteinwirkung erfolgten Verbesserung des Introjekts des Patienten ab. Diese Tatsache ließ sich auch in der vorliegenden empirischen Arbeit bestätigen.

Dritter Kernsatz. Bei den nicht erfolgreich verlaufenen Kurzzeittherapien handelt es sich um Patienten, die in ihrer Persönlichkeit auf einem früheren, d.h. unreiferen Niveau ihrer Persönlichkeitsentwicklung gestört waren (siehe in Kapitel 2 zitierte Texte von VON DER STEIN und PODOLL (1993) sowie DRIESSE und HILL (1998)) und bei denen eine destruktivere Psychodynamik dem Alkoholabusus zugrunde liegt. Die zur Verfügung stehende Zeit in einer Kurzzeittherapie ist offenbar nicht ausreichend, die komplexen und vielfältig miteinander verwobenen Probleme dieser Patientengruppe auch nur hinreichend zu umreißen, geschweige denn in ihrer Gesamtheit zu therapieren. Die Zeitspanne von 20 bis 25 Stunden scheint auch dazu zu führen, daß wesentliche Coping-Mechanismen wie regelmäßiger Alkoholmißbrauch dieser Patienten nicht ausreichend angesprochen werden können. Die ergibt sich aus den im Detail in den vorstehenden Abschnitten wie auch in den Diagrammen über die gesamte Therapiedauer inhaltsanalytisch bearbeiteten Kurztherapien.

Vierter Kernsatz. Die beiden erfolgreichsten Therapien (Patienten B und D) vermochten akut alkoholabhängigen Patienten zur langfristigen Abstinenz zu verhelfen. In beiden Therapien wurde – obwohl in verschiedenen Phasen des therapeutischen Prozesses – Alkohol intensiv bearbeitet. Im Gegensatz dazu erfolgte in den weniger erfolgreichen Therapien (Patienten A, F, E, I und K) die Bearbeitung nur marginal entweder zu Beginn oder ganz zum Ende resp. Abbruch der Therapie. Eine wesentliche Verbesserung der Introjekte der erfolgreichen Patienten steht in scharfem Kontrast zu den unveränderten Introjekten jener Patienten, die die

Therapie abbrechen oder mit nur geringem Nutzen für zukünftiges Abstinenzverhalten die Therapie abschließen. ROGNER et al. (1997) beschrieben, daß sich die Introjekte im Rahmen einer stationären Suchtbehandlung geändert haben. Die Arbeitsgruppe fand eine Zunahme von wohlwollender Selbsterforschung, Selbstliebe, sich selbst umsorgen und Selbstkontrolle, sowie eine Abnahme von Selbstanklage und Selbsthaß. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit - wie in Kapitel 7.1. dargestellt - bestätigen einen gleichartigen Zusammenhang zwischen Verbesserung des Introjekts und Abstinenz.

Fünfter Kernsatz Wie sich aus der Inhaltsanalyse der Therapien ergab, ist den Therapieabbrechern sowie der Patientin E eine Furcht vor Mißbrauch durch andere Menschen gemeinsam. Keine andere Patientengruppe zeigt eine derartig starke Feinseligkeit zu anderen Menschen, zu denen natürlich auch Therapeuten gerechnet werden müssen.

7.6. Einige kritische Anmerkungen zu der vorliegenden Arbeit

Die in der vorliegenden Arbeit inhaltsanalytisch bearbeiteten Therapien von zehn Patienten lassen auf Grund der relativ kleinen Fallzahl nur qualitative, aber keine quantitativen Schlußfolgerungen zu. Für quantitative Schlüsse ist die Stichprobe zu klein. Erschwerend kommt hinzu, daß innerhalb dieser Stichprobe ein hohes Maß an Heterogenität zwischen den verschiedenen Patienten auffällt. Daher ist nur die qualitative Analyse sinnvoll. Trotzdem lassen sich Tendenzen beschreiben und diese mit der vorliegenden Literatur in einen Zusammenhang stellen.

7.7. Einige Thesen, die sich aus der vorliegenden Arbeit ergeben

Lassen sich aus der Literaturübersicht in Kapitel 2 in Verbindung mit der Auswertung der für die inhaltsanalytische Prozeßforschung ausgewählten Passagen der Kurztherapien bei diesen 10 Patienten Schlußfolgerungen ziehen, die den Erfolg bzw. Mißerfolg hinsichtlich der Alkoholabstinenz erklären können, so daß sich Vorschläge für Verbesserungen in der Therapie ergeben ?

Erste These. Viele Patienten, die sich mit einer Persönlichkeitsstörung dem klinisch tätigen Psychotherapeuten vorstellen, weisen auch eine begleitende Suchtmittelabhängigkeit, die oft in der Form des Alkoholismus vorliegt, auf. Es erscheint deshalb angebracht, den Stellenwert und die Funktion, die der Alkohol in der Psychodynamik des Patienten einnimmt, schon zu Beginn der therapeutischen Bemühungen im CMP-Modell des Patienten gezielt durch aktives Erfragen zu erfassen. Dies vermindert die Gefahr, daß der Patient seine Sucht erfolgreich vor dem Therapeuten verbergen kann und das wahre Ausmaß sowie der tatsächliche Stellenwert, den der Alkohol für den Betreffenden hat, erst zu einem viel späteren Zeitpunkt und quasi als Nebenprodukt im Therapieprozeß erfaßt wird.

Dies läßt sich ganz im Sinne der Aussagen von HEIGL-EVERS (1977) verstehen. Sie sieht die Hauptaufgaben in der Therapie mit Suchtkranken in der Rücknahme der Objekt-Externalisierung bei den Patienten und fordert, die defizitär angelegten Ich-Funktionen in ihrer Entfaltung zu fördern, um dann in einer zweiten Phase konfliktzentriert zu arbeiten und die Umkehrung der vom Süchtigen seinerzeit vollzogenen Objekt-Externalisierung anzustreben - d.h. den direkten Abbau der Abhängigkeit vom äußerlichen Suchtstoff. Um diese komplexe

Umstrukturierung zu vollziehen, mag es dann angebracht sein, die Kurztherapie frühzeitig in eine längere Therapie umzuwandeln, um einem voraussehbaren Scheitern in der Kurztherapie vorzubeugen. Die Kurztherapie hätte dann zumindest eine vollständige Klärung der Psychodynamik wenn auch noch nicht die Umstrukturierung der innerpsychischen Regulationsmechanismen geleistet. Damit wäre auch die wirtschaftliche Investition in die Kurzzeittherapie zumindest zum Teil bewahrt und für die anschließende Umstrukturierung fruchtbar gemacht.

Zweite These. MILLMAN betrachtet das aktiv erziehende und konfrontierende Vorgehen des Therapeuten als wesentlich in der Suchttherapie und findet, daß eine Auflösung des seelischen Konflikts nicht essentiell für die Erhaltung der Abstinenz sei (MILLMAN, 1986). Diese Ansicht widerspricht zwar der Mehrheit der Expertenmeinungen, aber das Konzept der Düsseldorfer Kurzzeittherapie ließe eine Überprüfung dieser These relativ einfach zu. Wiederum wäre in diesem Falle eine frühzeitige Fokussierung der Therapie auf den Coping-Mechanismus Alkohol wünschenswert.

Dritte These. Der Alkohol als Suchtmittel wurde in der vorliegenden Arbeit inhaltsanalytisch in psychodynamischen Therapien bearbeitet. Dabei wurde der Alkohol als Referent im therapeutischen Gespräch gewertet. Trinker beziehen sich auf ihren Alkohol oft wie auf eine Person. Insofern ist im therapeutischen Setting neben dem Patienten und dem Therapeuten oft als dritter „unsichtbarer“ Anwesender der Alkohol präsent, der oft unerkennbar für beide, seine Dynamik im therapeutischen Prozeß unerkannt und unbemerkt entfaltet. Der Patient mag oft in der Auseinandersetzung mit dem Therapeuten um seinen Suchtstoff kämpfen. Dies entweder in der Form, daß die Rolle, die der Alkohol für den Patienten spielt, gegenüber dem Therapeuten nicht zugegeben sondern verschwiegen wird (siehe die Fälle der ungünstig verlaufenen Kurztherapien der Patienten A, F und K). Oder aber es kommt kurz vor dem Abbruch oder regulären Ende der Therapie zu einem Aufflammen der Alkoholproblematik im Therapiegespräch. In beiden Fällen ist dann keine Bearbeitung der „Selbsteilungsversuche“ des Patienten durch pathologisches Trinken erfolgt. Dies könnte für das Scheitern der Therapien ursächlich sein. Eine Bearbeitung der Sucht scheint für substanzielle Fortschritte in der Behandlung der Persönlichkeitsstörungen wesentlich zu sein. Sonst unterläuft der Patient die therapeutischen Bemühungen zur Umstrukturierung des Introjekts sowie der Coping-Mechanismen durch Abhängigkeitsverhalten zu Suchtstoffen.

Vierte These. Eine Untersuchung zur Validierung der bisherigen Thesen könnte die Form einer prospektiven Kohortenstudie haben mit einer Kontrollgruppe. Die Prüfgruppe hätte dann zu Therapiebeginn einen CMP mit Suchtmittelgebrauch, wobei der Suchtstoff als drittes Objekt im Therapiesetting gewürdigt würde und eine unausweichliche Klärung der Funktion des Suchtstoffes für das intrapsychische Funktionieren des Patienten von der ersten Stunde an angestrebt würde, wohingegen in der Kontrollgruppe eine Fokussierung auf die Persönlichkeitsproblematik erfolgen könnte unter Hintanlassung der Suchtproblematik. Die letztere Gruppe würde dann den Heilungsprozeß so auffassen, daß die Linderung der Persönlichkeitsstörung den Alkoholmißbrauch obsolet machen würde. Die Effizienz beider Herangehensweisen an die Alkoholproblematik innerhalb der ca. 25 Stunden Kurztherapien könnte dann einfach durch die Katamnesen in Form der erzielten Abstinenz gemessen werden.

Fünfte These. Wie im fünften Kersatz festgestellt wurde, ist ein tiefverwurzeltes Mißtrauen anderen Menschen gegenüber das gemeinsame Merkmal jener Patienten, die von der Therapie keinen meßbaren Nutzen hatten. In Verbindung mit dem im zweiten Kapitel beschriebenen Problem der Gegenübertragung ergibt sich hier eine Perspektive für eine gezielte weitere

Untersuchung zur Klärung der Dynamik zwischen Patienten und Therapeuten in Bezug auf dieses von den Patienten in die Therapie eingebrachte Mißtrauen und der Reaktion der Therapeuten darauf. Wie bewußt sind sich die Therapeuten über dieses Potential, von dem man ausgehen kann, daß es die Kraft hat, jede Therapie zum Scheitern zu bringen ?

8. Literaturliste

ADAMS, W.,

Psychoanalysis of Drug Dependence.
New York, San Francisco, LONDON, 1978.

ANTONS, K.; SCHULZ, W.,

Normales Trinken und Suchtentwicklung,
Hofgrefe, Göttingen, 1981.

ANTONS, K.

Persönlichkeitsmerkmale des Süchtigen - Ursache oder Folge ?
in: KEUP, W.: Sucht als Symptom,
Thieme Verlag, Stuttgart, 1978.

BACON, S.D.,

The process of addiction to alcohol: social aspects,
Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 34, 1 – 14, 1973.

BARNES, G.E.,

The alcoholic personality,
J. Stud. Alcohol 40, 571 - 643, 1979.

BARNES, Henrietta N.; SAMET, J. H.,

Brief interventions with substance - abusing patients,
Alcohol and other substance abuse: Volume 81, Number 4, July 1997

BATESON, G.,

The cybernetics of „self“: A theory of alcoholism,
in: LEVIN, J.D.; (Ed.) WEISS, R.H. (Ed.); et al: The dynamics and treatment of alcoholism:
Essential papers auf den Seiten 313 - 332, Jason Aronson Inc.
Northvale, N.J., USA, 1971.

BEATTIE, M.-C.; LONGBAUGH, R.,

Interpersonal factors and post-treatment drinking and subjective wellbeing,
Addiction Vol. 92 (11): 1507 - 1521, 1997.

BENJAMIN, L.S.,

Use of structural analysis of social behavior (SASB) to guide intervention in psychotherapy,
In: ANCHIN, J.C.; KIESLER, D.J., Handbook of interpersonal Psychotherapy, Pergamon Press,
New York, Seiten 190 – 212, 1982.

BENJAMIN, L.S.,

The INTREX user's manual, Part I and II, 1983,
MADISON, W I, INTREX Interpersonal Institute, Inc., P.O. Box 55218, Madison W I 53705.

BENJAMIN, L.S.,

Principles of prediction using Structural Analysis of Social Behavior, in: ZUCKER, R.A.,
ARONHOFF, J., RABIN, A.J., (eds.), Personality and the Prediction of Behavior,
Academic Press, New York, Seiten 212-173, 1984.

- BENJAMIN, L.S.,
Construct and content validity of SASB tested by INTMX Questionnaires.
In: BENJAMIN LS (ed.), Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders: The SASB approach, Guilford, New York, 1985.
- BENIAMIN, L.S.,
Use of the SASB dimensional model to develop treatment plans for personality Disorders, I I: Borderline Personality. unpubl. draft., 1986.
- BENJAMIN, L.S.,
Use of the SASB Dimensional Model to develop treatment plans for personality Disorders, 1: Narcissism. J Personality Disorders 1: 43-70, 1987a.
- BENJAMIN, L.S.,
Commentary on the inner experience of the borderline selfmutilator,
J Personality Disorders 1: 334-339, 1987b.
- BENJAMIN, L.S.,
Short Form User's Manual,
INTREX Interpersonal Institute, Inc. 675 Cortez Street, Salt Lake City, Utah, 1988a.
- BENIAMIN, L.S.,
Memo to research investigators interested in using SASB technology,
Update Nr.2 January 1988 (Date July 1980; Update Nr.1 November 1982),
Unpubl. Draft., Madison, WI: INTREX Interpersonal Institute, 1988b.
- BENJAMIN, L.S.,
SASB coding, MS-DOS Software, (2 Discs),
Madison, Wisconsin: INTREX Interpersonal Institute, 1988c.
- BENJAMIN, L.S.,
SASB short form, MS-DOS computer software, (1 Disc),
Madison, Wisconsin: INTRFX Interpersonal Institute, 1988d.
- BENIAMIN, L.S.,
SASB longform, MS-DOS software (1 Disc),
Madison: INTREX Interpersonal Institute, 1988c.
- BENIAMIN , L.S.,
Brief SASB-directed Reconstructive Learning Therapy,
In: CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J. (eds.) Handbook of Short-Term dynamic Therapy.
Basic Books, New York, 1992a.
- BENJAMIN, L.S.,
An interpersonal approach to the DSM Axis 11 Personality Disorders,
Guilford Press, New York, 1992b.
- BENJAMIN, L.S., FOSTER, S., ROBERTO, L., ESTROFF, S.,
Breaking the family code: analysis of videotapes of family interactions by Structural Analysis of Social Behavior (SASB). In: GREENBERG, M., PINSOFF, W.M. (eds.)
The psychotherapeutic process: a research handbook. Guilford, New York, London.1986.

BILSTEIN, E., NÖCKER, G. (Redaktion),
Dokumentation einer Gemeinschaftsveranstaltung des Arbeitskreis Drogenhilfe
Köln e.V.,
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, 1990.

BORG, L., FRANCES, R.J.,
Inpatient psychotherapy with alcoholic patients,
in: LEIBENLUFT, E. (ED.); Tasman, Allan (Ed.); et al.: Less time to do more: Psychotherapy
on the short-term inpatient unit, auf den Seiten 163-183. American Psychiatric Press Inc.,
Washington, DC, USA, 1993.

BÜCHNER, U.,
Umgang mit Erfolgen und Mißerfolgen im Therapieprozeß. Besondere Anforderungen an die
Fähigkeiten des Therapeuten, Seite 130 ff.,
In: HEIGL-EVERS, A.; et al.: Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch orientierten
Kurztherapie bei Suchtkranken,
Nicol-Verlag, Kassel, 1977.

DOMINICUS, R.-D.,
Theoretische Grundlagen einer fortschrittlichen Therapie des Alkoholismus,
Öff. Gesundh.-Wes. , Nummer 48, 408 - 412, 1986.

DOMINICUS, R.-D.,
Das psychobiologische Krankheitsmodell der bifaktoriellen Neurosenstruktur des Alkoholismus,
Drogalkohol 14, 3 - 17, 1990.

DOMINICUS, R.-D.,
Das sozialpsychiatrische Modell eines Therapiegemeinschaftskrankenhauses für Alkoholranke;
Sonderdruck Suchtgefahren, 20. Jahrgang, Heft 2. Herausgegeben von der Deutschen
Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1974.

DRIESSEN, M., HILL, A.,
Persönlichkeitsstörungen und Alkoholismus
Persönlichkeitsstörungen 1998; 3: 112-8; Schattauer Verlag, Stuttgart, 1998.

DRIESSEN, M., KÖHLER, A.
Persönlichkeitsstörungen und Alkoholismus,
PTT - Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie, Band 3/98, 112-119, 1998.

FALLER, H., FROMMER, J. (Hrsg.),
Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden,
Roland Asanger Verlag, Heidelberg, 1994.

FEUERLEIN, W.,
Psychologische Theorien von Sucht und Abhängigkeit,
in: PETERS, H. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. 10,
Kindler Verlag, Zürich, 1980.

- FEUERLEIN, W.,
Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. 3. Auflage,
Thieme Verlag, Stuttgart, 1984.
- GÖTTE, J.H.A., WEGENER, B.,
Versuch einer Differenzierung zwischen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
nach Persönlichkeitsmerkmalen. Ergebnisse einer klinischen Untersuchung,
Suchtgefahren 28, 285 - 295, 1982.
- HEIGL-EVERS, A., STANDKE, G.,
Sachbericht zum Forschungsprojekt Selbsterleben und Objektbeziehungen von Alkoholkranken,
Suchtgefahren 35, 191 - 201, 1989.
- HEIGL-EVERS, A.,
Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken,
Vortrag gehalten auf der Jahreskonferenz des Verbandes der Fachkrankenhäuser für
Suchtkranke vom 22.-24.3.1977 in München, Nicol-Verlag, Kassel.
- HEIGL-EVERS, A., HELAS, I., VOLLMERS, H.C. (Hrsg.),
Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität - Praxis der Suchttherapie im
Methodenvergleich, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen und Zürich, 1995.
- HEIGL-EVERS, A., HELAS, I., VOLLMERS, H.C. (Hrsg.),
Die Person des Therapeuten in der Behandlung Suchtkranker. Persönlichkeit und Prozeßqualität,
Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1997.
- HEIGL-EVERS, A., HELAS, I., VOLLMER, H.C. (Hg.),
Eingrenzung und Ausgrenzung - Zur Indikation und Kontraindikation für Suchttherapien,
Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen und Zürich, 1993.
- HENRY, W.P., SCHACHT, T. E., STRUPP, H. H. et. al.,
Structural Analysis of Social Behavior. Application to a study of interpersonal process in
differential psychotherapeutic outcome,
J. Cons. Clin. Psychol. 54: 27-31, 1986.
- HENRY, W.P., SCHACHT, T. E., STRUPP, H. H. et. al.,
Patient and therapist introject, interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome,
J. Cons. Clin. Psychol. 58:768-774, 1986.
- HENRY, W.P., SCHACHT, T. E., STRUPP, H. H. et. al.,
The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: II. Changes in therapist behavior,
unveröffentlicht, 1992.
- HEY, G.,
Einzeltherapie in der ambulanten Arbeit mit Alkoholikern
in: TASSEIT, Siegfried; Ambulante Suchttherapie - Möglichkeiten und Grenzen,
Neuland-Verlagsgesellschaft, Geesthacht, 1991.

HEY, G.,

Das Selbstbild Alkoholabhängiger aus einer Nachsorgeeinrichtung und einer Fachklinik im Vergleich - Ein empirischer Beitrag zur Frage der Persönlichkeits-struktur Süchtiger, Suchtgefahren, 33, 405 - 422, 1987.

HEYNE, M.,

Zum Problem der Affekte bei der Sucht,
Forum Psychoanal 6: 105 - 115, 1990.

HOFFMANN, S.O., HOCHAPFEL, G.,

Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin,
4. Auflage, Schattauer Verlag, Stuttgart, 1994.

JELLINEK, E.M.,

Phases of alcohol addiction,
Quart. J. Stud. Alc. 13: 673-684, 1952.

JELLINEK, E.M.,

The disease concept of alcoholism,
Yale University Press, New Haven, 1960.

JUNKERT-TRESS, B., et al.,

Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt (DKZP),
PPmP, Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 49, Seiten 142-152, 1999.

Kernberg, O.F.,

Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus,
2. Auflage, Suhrkamp Verlag, Stuttgart, 1978.

KLEIN, M.,

Das Seelenleben des Kleinkindes,
Klett Verlag, Stuttgart, 1962.

KLINGELHÖFER, J. (Hrsg.), SPRANGER, M. et al.,

Klinikleitfaden Neurologie / Psychiatrie,
Gustav Fischer Verlag, Ulm, 1997

KNORRING, L. von, Knorring, A.L. von, SMIGAN, L. et al.,

Personality traits in subtypes of alcoholics,
J. Stud. Alcohol 48, 523 - 607, 1987.

KÖHLER, T.,

Biologische Aspekte von Persönlichkeitsstörungen und ihre möglichen Beziehungen zur Sucht,
PTT - Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie, Band 3/98, 151-57, 1998.

KÖNIG, K.,

Möglichkeiten und Grenzen psychoanalytischer Zugangsweisen
in: HEIGL-EVERS, A.(Hrsg.); Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität.
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen , 1993.

KÖNIG, K.,

Psychoanalytisch-sozialpsychologische Selbsterfahrung und Supervision, Seite 86 ff.

In: HEIGL-EVERS, A.; et al.

Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken,
Nicol-Verlag, Kassel, 1977.

KOENIGSBERG, H.W., KAPLAN, R.D., et al.,

The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: Experience with 2462 Patients,

Am. J. Psychiatry 142, 207 - 212, 1985.

KOHUT, H.,

Vorwort zu VOM SCHEIDT: Der falsche Weg zum Selbst,

München, 1976.

KRYSTAL, H., Raskin, H.A.,

Drogensucht. Aspekte der Ich-Funktion,

Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1983.

KÜPFNER, H.,

Zur Persönlichkeit von Alkoholabhängigen,

In: KIRSCHESKI, E. (Hrsg.) Alkoholismus-Therapie Nicol-Verlag, Kassel, Seiten 23 - 39,
1981.

LENNINGS, C.J.,

Drug dependence and personality disorder: Its relationship to the treatment of drug dependence,
Drug-and-Alcohol-Dependence Vol. 27 (3): 209-212, 1991.

LINDNER, W.-V.,

Psychodynamik der Sucht,

PTT - Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie, Band 3/98, 125-134, 1998.

LITT, M.D., BABOR, T.F., et al.,

Types of alcoholics II. Application of an empirically derived typology to treatment matching,

Arch. Gen. Psychiatry 49, 609 - 614, 1992.

LOCH, W.,

Identifikation-Introjektion. Definitionen und genetische Determinanten,

Psyche 22, Seiten 271-286, 1968.

LÜHRSEN, E.,

Das Suchtproblem in neuerer psychoanalytischer Sicht,

Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. II, Kindler Verlag, Zürich, 1976.

MANN, K., ACKERMANN, K., GÜNTHER, A., JUNG, M., MUNDLE, G.,

Veränderungen des Selbstbilds alkoholabhängiger Frauen und Männer während stationärer
Psychotherapie,

Psychother, Psychosom. med. Psychol. 46; 350-355, 1996.

MERGENTHALER, E., STINSON, C.H.,
Psychotherapy transcription standards,
Psychotherapy Research 2 (2), 125-142, 1992.

MERTENS, I.,
Zum Problem des Kontrollverlustes bei ROST (siehe ROST, Wolf-Detlef, 1987 :
Psychoanalyse des Alkoholismus) SUCHT, Nr. 38: 418 - 424, 1992.

MILLMAN, R.B.,
Considerations on the psychotherapy of the substance abuser,
Journal of Substance Abuse Treatment Vol.3 (2), 103-109, 1986.

Minister des Bundeslandes NRW für Gesundheit und Soziales
Jahrbuch Sucht,
Neuland-Verlags GmbH, 1996.

MÖLLER, H.-J., LAUX, G., DEISTER, A., et al.,
Psychiatrie aus der Dualen Reihe,
Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 1996.

NACE, E.P., DAVIS, C.W., GASPARI, J.P.,
Axis II comorbidity in substance abusers,
Am. J. Psychiatry 148, 118 – 120.

ÖJEHAGEN, A., BERGLUND, M., et al.,
Psychiatric Symtoms in alcoholics attending outpatient treatment,
Alcohol. Clin. Exp. Res., Vol. 15, No. 4 pp. 640 – 646, 1990.

OKPAKU, S.O.,
Psychoanalytically orientated psychotherapy of substance abuse (with observation on the Penn-
VA study),
Advances-in-Alcohol-and -Substance -Abuse Vol. 6 (1), 17-23, 1986.

PEACHEY, J.B., MADDEN, J.S., et al.,
Therapeutic skills,
in: GLASS, I.B. (Ed.); et al: The international handbook of addiction behaviour. Tavistock/
Routledge, London, England,U.K.1991.

RAUCHFLEISCH, U.,
Psychodynamik und Psychotherapie von Alkoholabhängigen mit dissozialen Tendenzen,
Sucht, Nr. 37, 289 – 299.

RIETH, E.,
Möglichkeiten und Grenzen stationärer analytisch orientierter Psychotherapie von Abhängigen,
in: BEESE, F. (Hrsg.): Stationäre Psychotherapie; Göttingen, 1978.

ROGNER, J., HÜLS, B., VARGAS, G.,
Introjekte bei Alkoholikern und deren Veränderung in einer stationären Suchttherapie, Zsch.
psychosom. Med. 43, 395-406, 1997.

- ROST, W.-D.,
Konzeption einer psychodynamischen Diagnose und Therapie der Alkoholabhängigkeit,
Suchtgefahren 32: 221- 233, 1986.
- ROST, W.-D.,
Psychoanalyse des Alkoholismus. Therapie, Diagnostik, Behandlung,
Greif - Buch; Cotta´sche Buchhandlung, Stuttgart, 1992.
- ROUNSAVILLE, B.J., DOLINSKY, C.S., et al.,
Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics,
Arch. Gen. Psychiatry Vol. 44, 505-513, 1987.
- RUFF, W.,
Ichpsychologische Aspekte in der Psychotherapie von Alkoholabhängigen,
Psychoth. med. Psychol., 33, Seiten 175 - 178, 1983.
- SCHEPANK, H.,
Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS),
Beltz Verlag, Göttingen, 1995.
- SCHLÜTER - DUPONT, L.,
Alkoholismus - Therapie, Pathogenetische, psychodynamische, klinische u. therapeutische
Grundlagen,
Schattauer Verlag, Stuttgart, 1990.
- SCHMIDT, L.
Alkoholkrankheit, Alkoholmißbrauch.
Verlag Kohlhammer, Stuttgart, 1988.
- SCHMITZ, J.; et. al
Substance abuse among subjects seeking treatment for alcoholism - letter to the editor Arch Gen
Psychiatry, Vol. 48, 182 – 183.
- SCHULTZE-DIERBACH, E.,
Therapieziele in der Suchtbehandlung,
in: HEIGL-EVERS, A.(Hrsg.); Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität,
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen , 1995.
- SILBER, A.,
An addendum to the technique of psychotherapy with alcoholics,
Journal of Nervous and Mental Disease Vol 150 (6), 423-437, 1970.
- SILBER, A.,
Rationale for the technique of psychotherapy with alcoholics,
in: YALISOVE, D.L. (ED.) et. al: Essential papers on addiction. Essential papers in
psychoanalysis,
New York University Press, NY, USA 1997.
- STEIN, von der, B., PODOLL, K.,
Borderline-Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit chronischem Alkoholismus,
Sucht: Band 2, 99-106, 1994.

STREEK, U.,

Abweichungen vom "fiktiven Normal-Ich": Zum Dilemma der Diagnostik struktureller Ich-Störungen,

Zschr. Psychosom. Med. 29: 334 - 349, 1983.

STRUPP, H.,

Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung,

Psychotherapeut 41: 84-87, 1996.

STRUPP, H., BINDER, J.,

Kurzpsychotherapie - übersetzt von KRAUSE, Jürgen,

Verlagsgemeinschaft E. Klett Vlg und J.G. Cotta'sche Buchhandlung, 1984, Übersetzung in's Deutsche 1991.

STUHR, U.,

Therapieerfolg als Prozeß - Leitlinien für eine zukünftige Psychotherapieforschung, Roland Ansanger Verlag, Heidelberg, 1997.

TASSEIT, S.,

Ambulante Suchttherapie,

Neuland-Verlagsgesellschaft, Geesthacht, 1992.

TERVOORT, M.G.,

Individual outpatient psychotherapy for patients with borderline problems: Attitude and behaviour of the psychotherapist,

Tijdschrift-voor-Alcohol,-Drugs-en Andere-Psychotrope-Stoffen Vol. 16 (6): 217 – 229.

THOMASIU, R.,

Persönlichkeitsstörungen bei Konsumenten illegaler Drogen,

PTT - Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie, Band 3/98, 1142-151, 1998.

TRESS, W.,

Ein neuartiges Therapieverfahren des alkoholischen Entzugssyndroms,

Sonderdruck Therapie-Woche 27, 51, 9304, 1978.

TRESS, W.,

Zur Psychoanalyse der Sucht. Eine Studie am objektpsychologischen Modell,

Forum Psychoanal 1: 81 - 92, 1985.

TRESS, W. (Hrsg.),

Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens - SASB; Ein Arbeitsbuch,

Roland Asanger Vlg., Heidelberg, 1993.

TRESS, W., HENRY, W.P., JUNKERT-TRESS, B., HILDENBRAND, G., HARTKAMP, N., SCHEIBE, G.,

Das Modell des Zyklisch Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP / SASB),

Psychotherapeut 41: 215-224, 1996.

VOLLMER, H.,

Selbstregulationsprozesse in ihrer Dynamik und Vernetzung als therapeutische Wirkvariablen,
Seite 28 ff.

In: HEIGL-EVERS, A.; et al.

Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken, Nicol-
Verlag, Kassel, 1977.

WANKE, K.,

Zur Psychologie der Sucht,

in: KISKER, K.P., LAUTER, H. et al.: Abhängigkeit und Sucht - Psychiatrie der Gegenwart Bd.
3, Springer Verlag, Berlin, 1987.

WEISS, R.H.,

Countertransference issues in treating the alcoholic patient: Institutional and clinician reactions,

in: LEVIN, J.D.; (Ed.) WEISS, R.H. (Ed.); et al: The dynamics and treatment of alcoholism:
Essential papers. Auf den Seiten 407 - 420, Jason Aronson Inc. Northvale, N.J., USA, 1992.

WILKINSON, D.A., SANCHEZ-CRAIG, M.,

Behavioural treatments for alcohol problems,

in: GLASS, I.B. (Ed.); et al: The international handbook of addiction behaviour, Tavistock/
Routledge, London, England, U.K. 1991.

9. Lebenslauf

Geboren in Frankfurt am Main am 20.05.1959 und Umzug der Familie nach Berlin in 1960.
Besuch der Ernst-Ludwig-Heim Grundschule in Berlin Spandau von 1966 bis 1973.
Besuch des Freiherr-vom-Stein Gymnasiums in Berlin Spandau von 1973 bis 1978.

Nach dem Abitur Aufnahme des Studiums der Biologie an der Freien Universität in Berlin von 1978 bis 1981 und Ablegung des Vordiploms dort.

Fortsetzung des Studiums an der Georg-August Universität in Göttingen bis 1985.
Erlangung der Qualifikation als Diplom-Biologe mit einer tierexperimentellen Arbeit zur Regulation der Ovartätigkeit durch parakrine Steuerung durch Neuropeptide in 1988 in der Abteilung für Klinische und experimentelle Endokrinologie bei Univ.- Prof. Dr. Wuttke.

Tätigkeit in der Industrie im Außendienst in den Jahren 1988 und 1989.
Seit Februar 1989 Forschungstätigkeit als Diplom-Biologe am Diabetes-Forschungsinstitut der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf. Arbeiten zum Stoffwechsel in Diabetikern unter Verwendung stabil markierter Isotope im Menschen.

Aufnahme des Studiums der Humanmedizin im Herbst 1989 an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf und Ablegung des Zweiten Staatsexamens in Medizin an der Heinrich-Heine-Universität im Jahre 1995.

Absolvierung des Praktischen Jahres und Ablegung des Dritten Staatsexamens am Klinikum Krefeld. Wahlfach Neurologie bei Prof. Besser.

Tätigkeit als House Officer in Innerer Medizin (AiP) am West Dorset General Hospital in Dorchester und Weymouth, England, in den Jahren 1996 und 1997. Dabei im Rahmen der Stellenrotation in verschiedenen Abteilungen gearbeitet und Erfahrungen in Pulmonologie, Kardiologie, Gastroenterologie und Endokrinologie gesammelt.

Abschluß des AiP in Düsseldorf in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität im Februar 1998.

Erlangung der Approbation als Arzt am 28.4.1998 in Düsseldorf.

Registrierung als Medical Practitioner beim General Medical Council (GMC) in London in der Principal List im Juni 1998.

Tätigkeit als Senior House Officer (Assistenzarzt) im Fach Psychiatrie im Rahmen des Ausbildungsprogramms der Universität Liverpool seit Februar 1998. Teilnahme am North Mersey Rotational Scheme [Rotation der sechsmonatigen Ausbildungs-perioden unter Einbeziehung aller Psychiatrischen Krankenhäuser, Forensischen Abteilungen in Gefängnissen, Abteilungen für Jugendpsychiatrie, Abteilungen für Lernbehinderte (mentally retarded) usw.] für Psychiater und Teilnahme an den Ausbildungskursen des Royal College of Psychiatrists zur Erlangung der Mitgliedschaft im gleichen College (MRCPsych) seit 1998 andauernd.



Zusammenfassung

Ambulante psychodynamische Kurztherapien von zehn Patienten mit Alkoholmißbrauch

Eine Untersuchung mit der SASB/CMP-Methode unter besonderer Berücksichtigung des Introjekts

Die vorliegende Arbeit untersucht 10 psychodynamische Kurzpsychotherapien von 25 Sitzungen mit Patienten, die neben einer psychogenen Störung Alkoholabusus als signifikante Koerkrankung aufwiesen. Die Kurztherapien orientieren sich am Fokusmodell des Zyklisch Maladaptiven Musters (Cyclic Maladaptive Pattern, CMP) nach Strupp und Binder (1984), welches als Grundlage zum Verständnis der individuellen Psychopathologie wie auch zur Formulierung der Therapieziele dient. Die relevanten Beziehungen der Patienten werden in berichteten Beziehungsepisoden der tonbandaufgezeichneten Therapiesitzungen mit dem Forschungsinstrument der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) nach L. S. Benjamin (1974) erfaßt.

Der Behandlungserfolg wird mit Instrumenten der klinischen Basisdokumentation wie dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) und der Global Assessment of Functioning Scale (GAS) als Fremdrating gemessen. Besondere Bedeutung kommt dem introjektiven Umgang der Patienten mit sich selbst und ihrer Beziehung zum Suchtstoff wie zu wesentlichen Bezugspersonen zu. Das Introjekt wird zum einen operationalisiert im therapeuleitenden CMP-Fokus, zum anderen im von SASB abgeleiteten Intrex-Fragebogen. Katamnesen werden nach 6 Monaten, 1, 2 und 5 Jahren erhoben.

Die vorliegende heterogene Stichprobe ließ sich in Subgruppen einteilen. Gruppe I besteht aus den beiden Therapieabbrechern, bei welchen aktueller Alkoholmißbrauch vorlag. Beider Introjekt war von Selbsthaß und Selbstvernachlässigung gekennzeichnet. Es lag ein ausgeprägter Mangel an sozialen Bindungen vor, während sie eine positive Beziehung zum Alkohol berichteten. Subgruppe II beinhaltet zwei Patienten, bei denen in der Vorgeschichte ein erheblicher Alkoholmißbrauch bestand, während sie aktuell abstinent waren. Beide Patienten besserten sich in geringem Maße durch die Kurztherapie und schlossen weitere Therapien an. Im Introjekt lagen vor allem Selbstverachtung und Selbstvernachlässigung vor, daneben Selbsthaß. Die Patienten befanden sich in sehr konflikthaften, belastenden Beziehungen in denen sich die Patienten unterwarfen. Den Alkohol bezeichneten beide überwiegend als schädigend und Abhängigkeit erzeugend. Die Patienten der Subgruppe III suchten die Kurztherapie wegen einer aktuellen Alkoholabhängigkeit auf. Beide wurden während der Behandlung rückfällig; ein Patient ging erneut in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung, die andere Patientin profitierte während des Katamnesezeitraums deutlich. Im Introjekt dominierte Selbstvernachlässigung. Beide verfügten über einige Sozialkontakte, die Patientin hatte eine stabile Partnerbeziehung. Der Alkohol wurde entsprechend häufig thematisiert, vor allem unter dem Aspekt der Abhängigkeit. Subgruppe IV faßt drei Patientinnen mit etwas höherem Strukturniveau zusammen, bei welchen ein sekundärer Alkoholabusus bestand. Alle drei Patientinnen profitierten deutlich. Im Introjekt fand sich wieder Selbstvernachlässigung neben Selbstentwertung. Die Beziehungen waren konflikthaft und getragen von oral-narzißtischen Bedürfnissen und Versagungen. Die Alkoholproblematik wurde eher bagatellisiert oder verleugnet und erst gegen Therapieende deutlich angesprochen. Hier tauchten bei den Patientinnen positive Beziehungsqualitäten zum Alkohol auf, während die Therapeuten dessen schädigende Wirkungen betonten. Gruppe V enthält nur eine Patientin mit eindeutiger negativer therapeutischer Reaktion. Diese Patientin hatte ihre Alkoholabhängigkeit stets verleugnet. Im Introjekt herrschte Selbsthaß vor. Die Patientin war sozial isoliert und erlebte andere Menschen als feindselig und schädigend. Der Alkohol wurde in gleichem Maße als hilfreich und als schädlich empfunden.

In erfolgreichen Therapien wurde der Alkoholabusus intensiv thematisiert, während er in weniger erfolgreichen Therapien nur marginal zur Bearbeitung kam. Der Stellenwert einer Alkoholproblematik sollte demnach in der Psychodynamik eines Patienten frühzeitig geklärt und durchgearbeitet werden

