



www.inter-uni.net > Forschung

**Klientenzentrierte Psychotherapie unter Berücksichtigung der Besonderheiten bei Suchterkrankungen – Beobachtung von drei Fallverläufen.
Zusammenfassung der Arbeit**

Michael-Andreas Heiss, mit Paul Paß und P.C. Endler
Interuniversitäres Kolleg (college@inter-uni.net) 2006

Einleitung

Rogers (1951) hatte die Auffassung, dass jede Form psychischen Leidens auf einer störungsbedingten Inkongruenz beruhe und es ausreichen würde, wenn man diese mit Hilfe eines bestimmten therapeutischen Beziehungsangebots behandeln würde. Mittlerweile haben einige klientenzentrierte Therapeuten wie Bensel (2003) und Fiedler (1998) in der BRD sowie Beiglböck und Feselmayer (1991) in Österreich differenzierte, störungsbezogene Vorgehensweisen bei Suchttherapien entwickelt, die neben praktischen Prozesshilfen auch systemtheoretische Überlegungen beinhalten. Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1997, 61) weisen extra daraufhin, dass man Rogers' Ansatz „als Beschreibungen eines Bedingungsgefüges, also einer zwischenmenschlichen Beziehung, die psychische Entwicklungsprozesse anstoßen kann“ durchaus auch unter systemtheoretischen Gesichtspunkten betrachten kann und die klientenzentrierte Therapie mit der Systemtheorie kompatibel ist. In der vorliegenden Arbeit habe ich versucht am Beispiel von Suchterkrankungen konkrete systemische Ansätze und Überlegungen in die klientenzentrierte Psychotherapie einzubauen und dadurch zu einem umfassenderen Verständnis von Sucht zu gelangen.

Forschungsfrage

Gibt es einen Unterschied in der Therapie zwischen substanzgebundenen Süchten und den Verhaltenssüchten und welche Rolle spielt das Suchtmittel auf Basis der Erkenntnisse der Neurobiologie?

Methodik

Design

Im Rahmen eines psychotherapeutischen Settings auf Basis der klientenzentrierte Methode wurden drei Einzelfälle (eine Substanzsucht, zwei Verhaltenssüchte) beobachtet. Insbesondere wurden die folgenden Aspekte bzw. Stufen des sich entwickelnden Prozesses dokumentiert:

- Symptomatik und Problematik beim Erstgespräch (inkl. ICD-10 Diagnostik)
- Resonanzen und Gefühle des Therapeuten

- Biografischer Hintergrund und psychosoziale Situation
- Selbstkonzept und Inkongruenzen (Erste Hypothesen)
- Therapiemotive und Ziele von KlientIn
- Therapieplan und Phasenverlauf
- Therapieverlauf
- Verstehenshypothese
- Adapatierte Verstehenshypothesen

TeilnehmerInnen

KlientInnen: Drei Personen, davon ein spielsüchtiger Mann, eine medikamentensüchtige Frau, beide in laufender über zweijähriger Psychotherapie, sowie eine Frau mit einer Essstörung (Binge Eating Disorder), die bereits nach einem dreiviertel Jahr abgebrochen hat.

Therapeut und Beobachter war der Autor (M.A.H.), der klientenzentrierter Psychotherapeut mit systemischer Zusatzausbildung ist und die Fälle im Rahmen seiner Tätigkeit in einer Suchtberatungsstelle behandelt und untersucht hat.

Durchführung

Der jeweilige Klient bzw. die jeweilige Klientin und der Therapeut trafen sich über den Zeitraum von einem dreiviertel Jahr bis zu zwei Jahren im Abstand von einer Woche zu Einzelgesprächen von jeweils 50 Minuten. Es wurden die Standards der Klientenzentrierte Psychotherapie, strukturiert nach der oben erwähnten Aufstellung, angewendet. Der Verlauf wurde schriftlich überblicksmässig dokumentiert, und durch Transkriptstellen (Tonbandauswertungen) ergänzt, die einerseits die Wirksamkeit bzw. Unwirksamkeit spezifischer Interventionen, andererseits die unterschiedliche Tiefe der therapeutischen Beziehung beleuchten sollten.

Analyse

Der gewählten Methodik entsprechend wurde keine statistische Analyse durchgeführt. Vielmehr wurde das erhobene Material (Tonbandaufnahmen, Gedächtnisprotokolle am Ende jeder Sitzung) nach folgenden Schwerpunkten erfasst und bewertet:

- a) Stimmungen und Erwartungen vor der Stunde
- b) Atmosphäre in der Stunde
- c) Hauptthemen und wichtigste Erkenntnisse
- d) Resonanzen und Interventionen
- e) Ankommen einer Verstehenshypothese, Abwehr von Erfahrungen
- f) Stimmung nach der Stunde
- g) Anmerkungen für Supervision

Ergebnisse

Überblick

In der vorliegenden Studie hat sich gezeigt, dass bei Suchterkrankungen am Anfang die Leitsymptomatik des süchtigen Fehlverhaltens, sozusagen „die Spitze des Eisberges“, sehr stark im Vordergrund steht. Durch das Anbieten und Vertiefen einer Alter-Ego-Beziehung und das empathische Verstehen der spezifischen Erlebensformen der KlientInnen, konnten allmählich immer genauere Verstehenshypothesen gebildet oder falsifiziert werden. Durch dieses prozessdiagnostische Vorgehen wurden bei beiden untersuchten Suchtformen (substanzgebundene und verhaltensbezogene Süchte) ähnliche Grunderkrankungen wie Depression oder Angststörungen gefunden, die für den weiteren Behandlungsverlauf bedeutsamer sein dürften, als die Art des Suchtmediums.

Gleichzeitig sehen wir, dass neben den zahlreichen substanzgebundenen Süchten immer mehr Verhaltenssüchte entstehen, die sich offensichtlich ebenso stark in der Persönlichkeit repräsentieren und eine ähnliche Prozesshaftigkeit und Dynamik aufweisen. Auch hier hilft uns die Hirnforschung, insbesondere die bildgebenden Verfahren, die zeigen, dass diese Verhaltensweisen ähnliche Erregungsmuster aufweisen, wie jene der substanzgebundenen Süchte. Längst wissen wir, dass alle suchtmachenden Stoffe und Prozesse bereits originär im Körper vorhanden sind und daher entsprechende Rezeptoren oder Veranlagungen aufweisen. So gibt es neben körpereigenen Cannabinoiden auch Alkohol und opiatähnliche Verbindungen (Endorphine), die bekanntermaßen speziell bei Ausdauersport vermehrt ausgeschüttet werden. Wir wissen auch, dass diese im Gefühlszentrum des Gehirns (nucleus accumbens) ansetzen und entsprechende Gefühlszustände auslösen. Die Unterscheidung zwischen substanzgebundenen Süchten und Verhaltenssüchten ist also auf neurobiologischer Ebene nicht gerechtfertigt, da auch ohne Zuführung von außen, diese Substanzen ausgeschüttet werden.

Besonderheiten

Durch die Einbeziehung systemischer Theorien konnte ich zwei miteinander verbundene kommunikative Probleme, die die Klient-Therapeut-Beziehung maßgeblich beeinflussen, wahrnehmen:

- Aufgrund der umgekehrten Interpretation zwischen KlientIn (System) und Angehörigen (Kontext) hinsichtlich erlebter Autonomie und Abhängigkeit, wird auch TherapeutIn verleitet in eine ganz bestimmte vom Klienten angetragene Rolle zu schlüpfen. Dieses Beziehungsmuster muss im Sinne von Übertragung und Gegenübertragung (vgl. Psychoanalyse) beachtet werden.
- Der Phasenverlauf, zwischen süchtigem Verhalten und Abstinenz zeigt zeitlich hintereinander (diachron) zwei verschiedene Erlebensformen der selben Persönlichkeit, jeweils unter Ausschluss des anderen Erlebens und zeigt viele Parallelen mit dem zyklischen (früher manisch-depressiven) Erlebensmuster. Im weiteren Therapieverlauf sollen beide Formen allmählich gleichzeitig (synchron) erlebbar werden. Dies erfordert von TherapeutIn eine hohe Konstanz hinsichtlich Empathie und Wertschätzung.

Diskussion

Ich vermute, dass die klientenzentrierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen deshalb besonders gut wirkt, weil sie auf drei „Erfolgsfaktoren“ begründet ist:

- *Wertschätzung*
Bekannt ist, dass die klientenzentrierte Psychotherapie über ein außerordentlich breites Indikationsspektrum verfügt (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwarz, 1997) und weitestgehende Unvoreingenommenheit, frei von Etikettierungen und festen Annahmen, signalisiert. Damit wird die KlientIn und ihre Sucht ein Stück entstigmatisiert und normalisiert und der Grundstein für eine positive Beziehungsaufnahme gelegt.
- *Kongruenz*
Gerade weil SuchtklientInnen und ihre Angehörigen so sehr unter deren wechselnden inneren Bezugsrahmen (zyklothymes Muster) leiden, ist Klarheit und Fokussierung auf die Beziehungsgestaltung und die Rahmenbedingungen gefordert. Die Therapie scheint dann erfolgreich zu sein, wenn die TherapeutIn ein hohes Maß an innerer (gefühlter) und äußerer (handlungsbezogener) Kongruenz zur Verfügung stellen kann.
- *Empathie*
Durch das empathische Verstehen der wechselnden klientenspezifischen Erlebensformen, kann KlientIn die ins Unbewusste verdrängten Wirkungserwartungen an das Suchtmedium allmählich mit ihren verdrängten negativen Gefühlen in Verbindung bringen und damit die Gründe für ihr widersprüchliches Erleben verstehen und in ihr Selbstkonzept integrieren. Parallel zu dieser Integrationsleistung verlangsamten sich die Verhaltensreaktionen (Ausagieren), KlientIn lernt ihr Erleben auszuhalten und damit bildet sich der zuvor eingetretene Kontrollverlust zurück.

Folgerung auf die untersuchte Problematik und den Stand des Wissens

Die psychotherapeutische Behandlung von Suchterkrankungen unterscheidet sich sehr stark nach dem wissenschaftlichen Zugang der Therapiemethode, wobei die jeweilige „Landkarte“ auch die Erklärungen liefert und eine umfassende, interdisziplinäre Sichtweise oft behindert wird. Eine konstruktive und umspannende Idee scheint mir die systemtheoretische Unterscheidung von Form und Medium zu sein, eine Idee, die ursprünglich von Fritz Heider stammt und von Niklas Luhmann aufgegriffen, auf den Bereich der Kommunikationsmedien ausgeweitet wurde. Die Grundidee besteht darin, dass ein Medium Eigenschaften eines Objekts (einer Form) übermittelt, ohne diese zu verändern. Das Medium ist durch eine lose Kopplung von Elementen gekennzeichnet und an sich formenlos. Die Form hingegen ist durch Verbindungen zwischen den Elementen des Mediums „verdichtet“ und besitzt rigidere Kopplungen. Sowohl für die Neurobiologie wie auch die Psychotherapie bedeutsam dürfte der unterschiedliche Kopplungsgrad zwischen Medium (Suchtmittel) und Form (Gefühlszustand, Berausung) sein. Während die körpereigenen Medien (Hormone, Neuro-Transmitter) die ursprüngliche Funktion hatten, die ständige Kopplung/Entkopplung der Elemente des Mediums – also einen Zustand des Fließens und der Veränderung – zu ermöglichen, erkennen wir beim Süchtigen eine verstärkte Kopplung, eine Verfestigung derselben und eine Abhängigkeit, diese von außen zu regulieren.

Eigenkritisches

Psychotherapie ist eine angewandte Wissenschaft, die im wesentlichen auf der Basis von Reflexionen der eigenen Entwicklungsprozesse erlernt und verfeinert werden kann. Der Komplexität menschlicher Beziehungen gerecht zu werden, und in jeder Sitzung jeweils das passende Beziehungs- und Interventionsangebot zur Verfügung zu stellen, kann jedoch nur als Annäherungsprozess verstanden

werden, wobei die Bedeutung von Fehlern für die Theoriebildung nicht unterschätzt werden darf. Der Verstehens- und Heilungsprozess besteht also aus einer Aneinanderreihung von falsifizierten und dadurch „genauerten“ Hypothesen und setzt sowohl bei KlientIn wie auch bei TherapeutIn einen gewissen Hang zur Unbequemlichkeit voraus. Und so hoffe ich, dass ich nicht zu schnell bequem werde und meine Arbeit - kritisch begleitet durch die Fallsupervision - weiter verbessern kann.

Literatur

BATESON, Gregory: Die Kybernetik des „Selbst“: Eine Theorie des Alkoholismus, in: Ökologie des Geistes, Suhrkamp 1981

BEIGLBÖCK, W./FESELMAYER, S: Der ungeliebte Klient-Aspekte der Psychotherapie mit Abhängigen, Personzentriert 2, 48-63

BENSEL, Wolfgang: Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit, GWG-Zeitschrift 2/2003, 67-74

BIERMANN-RATJEN: Eine klientenzentrierte Krankheitslehre, in: Person 1/1997

BIERMANN-RATJEN, E.-M./ECKERT, J./SCHWARTZ, H.-J.: Gesprächspsychotherapie, Kohlhammer, 1997

BINDER, U./BINDER, J.: Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie; Klotz, 1999

BROSCH, R.; JUHNKE, G.: Sucht in Österreich, Orac, 1996

BUBER, Martin: Ich und Du, Lambert Schneider, 1983

ECKERT, J./HÖGER, D./ LINSTER, H.W. (Hrsg.): Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsspezifische Falldarstellungen, Kohlhammer, 1997

EPSTEIN; S. (1990): Cognitive-experiential self-theory. In: PERVIN, L.A. (Hrsg.) Handbook of personality, Guilford, New York, 165-192

FESELMAYER, S.; HEINZL, K.: Die klientenzentrierte Psychotherapie mit Suchtkranken, in: Wr. Zeitschrift für Suchtforschung 8 (1-2)/1985, 39-49

FIEDLER, Dirk: Psychische Störungen durch Alkohol und ihre gesprächspsychotherapeutische Behandlung, GWG-Zeitschrift 2/1998, 108-118

FINKE, Jobst: Beziehung und Intervention, Georg Thieme Verlag, 1999

FINKE, Jobst: Empathie und Interaktion, Georg Thieme Verlag, 1994

- GOLDSTEIN, K.: Selected Papers, The Hague (Nijhoff)
- GROSS, W.: Was ist das Süchtige an der Sucht?, Neuland Verlagsgesellschaft. 1992
- GUTBERLET, Michael: Entwurf zu einem Krisenmodell in der Gesprächspsychotherapie / Klientenzentrierten Psychotherapie, in: GWG-Info 61, 1985
- HOFFMANN, S.O./HOLZAPFEL, G.: Neurosenlehre, psychotherapeutische und psychosomatische Medizin, Schattauer, 1995
- HÜTHER, Gerald: Die Macht der inneren Bilder, Vandenhoeck & Ruprecht, 2006
- KEGAN, Robert; Die Entwicklungsstufen des Selbst, Kindt Verlag, 1986
- KEIL, S. „Wenn ich mich sowie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich“ in Person 1(2003), S. 37-50
- KEIL, W./STUMM, G.(Hrsg.): Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie, Springer, 2002
- KENDLER, Kenneth: zitiert in: Presstext-Austria 12.05.2004 „Frühe Traumata erhöhen Risiko von Alkoholsucht“, Symposium zur Suchtmedizin, Hannover 2004
- KLEIN, R.: Berauschte Sehnsucht, Carl Auer, Heidelberg, 2002
- LUHMANN; N.: Soziologie des Risikos, Gruyter, 2003
- MATURANA, H.; VARELA, F.J.: Der Baum der Erkenntnis, Scherz, 1987
- PERVIN, L.A. (Hrsg.): Persönlichkeitstheorien, Reinhardt 1993
- ROGERS, Carl R.: Der neue Mensch, Klett-Cotta, 1997
- ROGERS, Carl R.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Fischer, 1996
- ROGERS, Carl R.: Therapeut und Klient, Fischer, 1996
- SIMON, Fritz B.: Die andere Seite der Gesundheit, Carl Auer, 1995
- SPEIERER, Gert-Walter: Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM), Asanger, 1994
- SWILDENS, Hans: Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie, GWG-Verlag, 1991

WELTGESUNDHEITSORGANISATION, ICD-10-Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Verlag Hans Huber, 1997