

SUCHT, KOMORBIDITÄT UND DAS PSYCHOTHERAPEUTISCHE HANDELN

EINE QUALITATIVE STUDIE MIT DROGENABHÄNGIGEN KLIENTEN MIT
PSYCHISCHEN KOMORBIDITÄTEN IM ZWANGSKONTEXT

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

eingereicht von

Mag.^a Nicole Fitzthum

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Betreuerin: Mag.^a Helene Neumayr

Wien, am 11.07.2021

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Mag.^a Nicole Fitzthum, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Master-Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

2. dass ich meine Master-Thesis oder wesentliche Teile daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

3. dass ich, falls die Master-Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Wien, am 11.07.2021

.....

Ort, Datum

in der Printversion

.....

Unterschrift

Danksagungen / Widmungen

Allem voran möchte ich ein Dankeschön an die Interviewteilnehmer richten, die durch ihre Bereitschaft an der Teilnahme das Entstehen dieser Arbeit ermöglicht haben.

Herzlichst möchte ich mich auch bei meiner Lehrtherapeutin Dr.ⁱⁿ Dorit Warta, meinem Lehrtherapeuten Günter Juhnke, MSc, meiner Einzelsupervisorin Dr.ⁱⁿ Christine Gollner und meinem Gruppensupervisor DDr. Wolfgang Till sowie meinen Gruppenleitungen Mag.^a Liselotte Nausner und Ekkehard Tenschert, MSc bedanken, die mich alle auf unterschiedliche Weise während meiner Ausbildung begleitet und inspiriert haben. Ein Dank gilt auch meiner Betreuerin Mag.^a Helene Neumayr, die sich bemühte, mich durch Ihren Input bei dieser Master-Thesis zu unterstützen.

Außerdem danke ich meiner Familie, meinen Freund*innen sowie Ausbildungs- und Arbeitskolleg*innen, die mich ermutigt und bestärkt haben. Ein besonderes Dankeschön geht an dieser Stelle an meinen Lebensgefährten, der unterstützend, motivierend und geduldig stets hinter mir steht.

Widmen möchte ich diese Arbeit allen Klientinnen und Klienten, die ich in den vergangenen Jahren begleiten und von denen ich viel lernen durfte.

Abstract (Deutsch)

Die vorliegende Master-Thesis versucht mittels qualitativer Einzelinterviews festzustellen, ob es zwischen drogenabhängigen Klienten mit gerichtlicher Auflage und einer depressiven Komorbidität und drogenabhängigen Klienten mit gerichtlicher Auflage und einer narzisstischen Komorbidität Gemeinsamkeiten und/oder Unterschiede bei dem, im Rahmen einer Psychotherapie als hilfreich bzw. hinderlich Erlebtem gibt.

Zunächst wird ein theoretischer Überblick zu den Themen Abhängigkeit, Zwangskontext und Komorbiditäten, insbesondere der Depression und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, gegeben, um sich in weiterer Folge dem Schwerpunkt der Arbeit, der empirischen Untersuchung, zu widmen. Nach Erläuterungen zum methodischen Vorgehen sowie der Durchführung der Untersuchung folgt die Ergebnisdarstellung und eine anschließende Diskussion, in der auch die Auseinandersetzung mit den beiden Hauptfragestellungen stattfindet. Die durch die Interviews gefundenen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Klientengruppen werden darin erläutert und diskutiert.

Stichworte (Autorenschlagwörter):

Drogenabhängigkeit, Komorbidität, Depression, Narzissmus, Zwangskontext, Integrative Gestalttherapie.

Abstract (Englisch)

This master's thesis aims at determining similarities and differences within helpful and obstructive experiences during psychotherapy between drug-addicted clients with court-mandated therapy and depression as comorbidity, and those with narcissistic personality disorder as comorbidity, using qualitative individual interviews.

First, a theoretical overview of addiction, involuntary treatment, and comorbidities, especially depression and narcissistic personality disorder, is provided, to then focus on the empirical research. After explanations of the methodological approach, as well as the interview process, the results are presented. In the subsequent discussion of the two main research questions the similarities and differences between the two client groups found in the interviews are explained and discussed.

Keywords:

drug addiction, comorbidity, depression, narcissism, context of involuntary treatment, integrative gestalt therapy.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------------|
| 1. Einleitung..... | Seite 1 |
| 2. Theorie | Seite 5 |
| 2.1. Abhängigkeit – Begrifflichkeiten, Diagnose und Prävalenzen..... | Seite 5 |
| 2.1.1. Rückfälle als Herausforderung in der therapeutischen Arbeit | Seite 8 |
| 2.2. Psychische Komorbiditäten der Suchterkrankung – Begrifflichkeiten und Prävalenzen | Seite 11 |
| 2.2.1. Depression | Seite 13 |
| 2.2.2. Narzissmus und narzisstische Persönlichkeitsstörung..... | Seite 15 |
| 2.2.3. Exkurs: Posttraumatische Belastungsstörung | Seite 20 |
| 2.3. Zwangskontext – Begrifflichkeiten und Herausforderung..... | Seite 21 |
| 2.4. Wirkfaktoren einer Psychotherapie..... | Seite 23 |
| 3. Beschreibung der empirischen Studie..... | Seite 28 |
| 3.1. Die Fragestellung..... | Seite 28 |

| | |
|--|-----------------|
| 3.2. Methodisches Vorgehen | Seite 30 |
| 3.2.1. Vorbereitung der Untersuchung sowie Auswahl und Beschreibung der Teilnehmer..... | Seite 31 |
| 3.2.2. Durchführung der Interviews..... | Seite 36 |
| 3.2.3. Der Interviewleitfaden | Seite 37 |
| 3.2.4. Ablaufdarstellung | Seite 37 |
| 3.2.5. Aufbereitung des Datenmaterials | Seite 38 |
| 3.2.6. Datenauswertung..... | Seite 39 |
| | |
| 4. Ergebnisdarstellung | Seite 41 |
| 4.1. Das Kategoriensystem..... | Seite 41 |
| 4.1.1. Therapiebeginn und therapeutische Beziehungsgestaltung | Seite 43 |
| 4.1.2. Therapeutische Zugänge und Interventionen..... | Seite 46 |
| 4.1.3. Therapie in Zusammenhang mit Rückfällen | Seite 48 |
| 4.1.4. Empfundene Wirk- und Störfaktoren in der Psychotherapie | Seite 54 |
| 4.1.5. Therapie in Zusammenhang mit persönlichen Krisen | Seite 61 |

| | |
|---|-----------------|
| 5. Diskussion..... | Seite 65 |
| 5.1. Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Klientengruppen..... | Seite 65 |
| 5.1.1. Gemeinsamkeiten des hilfreich Erlebten – Wirkfaktoren..... | Seite 65 |
| 5.1.2. Gemeinsamkeiten des hinderlich Erlebten – Störfaktoren | Seite 67 |
| 5.1.3. Unterschiede des hilfreich Erlebten – Wirkfaktoren..... | Seite 68 |
| 5.1.4. Unterschiede des hinderlich Erlebten – Störfaktoren | Seite 70 |
| 5.2. Weitere Untersuchungsergebnisse und Hypothesenbildungen | Seite 72 |
| 5.3. Beantwortung der Forschungsfragen | Seite 75 |
| 5.4. Limitationen und Ausblick | Seite 76 |
| 6. Literaturverzeichnis..... | Seite 81 |
| 7. Tabellenverzeichnis..... | Seite 89 |
| 8. Abbildungsverzeichnis | Seite 90 |
| 9. Abkürzungsverzeichnis | Seite 91 |

| | |
|--|-----------------|
| 10. Anhang..... | Seite 92 |
| Anhang 1. Der Interviewleitfaden..... | Seite 92 |
| Anhang 2. Einverständniserklärung Interview | Seite 94 |
| Anhang 3. Exemplarischer Auszug einer Interview-Transkription von <i>2D</i> | Seite 95 |

1. Einleitung

Seit etlichen Jahren beschäftige ich mich im beruflichen Kontext mit dem Phänomen Suchterkrankung. Bereits während meines ersten Praktikums im Rahmen meiner universitären Ausbildung zur Psychologin – damals auf einer Allgemeinen Psychiatrie – hat mich die Thematik um die Sucht interessiert und gleichermaßen fasziniert. Während dieser Zeit hatte ich erstmals im Arbeitskontext Berührungspunkte mit Menschen, die an einer Suchterkrankung leiden. Noch während meines Studiums habe ich dann eine Reihe von freiwilligen Praktika in Suchttherapieeinrichtungen absolviert, um mich anschließend, auch während meiner Fachausbildung zur Klinischen und Gesundheitspsychologin, auf diesen Bereich zu spezialisieren. Seit nun mehr als sechseinhalb Jahren arbeite ich behandelnd, Teile davon auch leitend, in ambulanten Suchttherapieeinrichtungen, deren Hauptklientel, die im Volksmund so genannten „Therapie-statt-Strafe“-Klient*innen sind. Meine Klient*innen sind also Menschen, die aufgrund ihrer vorliegenden Suchterkrankung gegen das Gesetz verstoßen haben und deren Strafe – oftmals eine Gefängnisstrafe – aufgeschoben wurde, um sich im Rahmen einer gerichtlichen Auflage einer Therapie zu unterziehen. Auch nach einer vollzogenen Haftstrafe kann eine Therapieauflage ausgesprochen werden – in diesen Fällen findet die Therapie während der Bewährungszeit statt. Zunächst begleitete ich jene Klient*innen als Klinische und Gesundheitspsychologin in wöchentlichen Einheiten, in den letzten Jahren auch als Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision. Die Therapiedauer liegt, je nach Therapiefortschritt und juristischen Möglichkeiten, meist zwischen eineinhalb und drei Jahren.

Gerade mit den Besonderheiten, die Suchtklient*innen mit sich bringen, soll sich diese Arbeit beschäftigen: den sehr häufig auftretenden psychischen Komorbiditäten bei Suchtklient*innen sowie die entsprechend als hilfreich oder weniger hilfreich empfundenen psychotherapeutischen Zugänge oder Interventionen.

Die Literatur betont immer wieder die Herausforderung in der Arbeit mit Suchtklient*innen – Helmut Kuntz (2007) widmete in „Sucht – Eine Herausforderung im therapeutischen Alltag“ diesem Thema ein ganzes Buch. Auch die therapeutische Arbeit mit Komorbiditätsdiagnosen wird in verschiedenen Büchern beschrieben. Walter, Sollberger und Euler (2016) bspw. beschreiben in „Persönlichkeitsstörungen und Sucht“

die Risiken bei Vorhandensein beider Diagnosen und weisen auf unterschiedliche interdisziplinäre Therapieansätze sowie mögliche Interventionen hin, Loeber, Dinter und Mann (2011) schrieben über Sucht und Depressionen. Der Fokus liegt bei den Werken auf der Suchterkrankung unter dem Vorhandensein der spezifischen Komorbidität, doch worin der Unterschied oder womöglich die Gemeinsamkeiten in der psychotherapeutischen Arbeit bei den entsprechenden Komorbiditäten liegt, konnte ich auch bei weiterer Recherche in aktuellen Veröffentlichungen nicht vergleichend finden.

In dieser Master-Thesis wird, neben der Berücksichtigung relevanter Literatur, eine qualitative Studie durchgeführt. Gegenstand der Untersuchung ist die (notwendige?) unterschiedliche Herangehensweise je nach Komorbidität bei Suchterkrankungen im psychotherapeutischen Tun. Die gewonnenen Ergebnisse sollen neue Erkenntnisse für die psychotherapeutische Arbeit bringen.

Ich möchte in dieser Master-Thesis meine bisherigen Eindrücke, die ich in der täglichen Arbeit mit drogenabhängigen Klient*innen gesammelt habe, wissenschaftlich überprüfen und herausfinden, ob beim Vorliegen unterschiedlicher psychischer Komorbiditäten die therapeutischen Zugänge oder Herangehensweisen in der Psychotherapie als unterschiedlich hilfreich bzw. hinderlich betrachtet werden. Ich beabsichtige so auf die Notwendigkeit eines verschärften Blickes bezüglich Individualität in der Klient*innenarbeit hinzuweisen, insbesondere wenn die Erstdiagnose ident und „lediglich“ die Komorbiditätsdiagnose unterschiedlich ist.

Ich gehe in meiner Master-Thesis also von der Vorannahme aus, dass verschiedene Klient*innen verschiedene therapeutische Zugänge und Interventionen unterschiedlich hilfreich, wirksam, stützend oder hinderlich empfinden. Darauf baut die Annahme, dass es auch je Komorbiditätsdiagnose Unterschiede in den Bewertungen der Therapeut*innen, der Interventionen oder psychotherapeutischen Zugängen von drogenabhängigen Klient*innen gibt.

Wie eingangs beschrieben gilt mein Forschungsinteresse im Besonderen der Individualität, aber auch den möglichen Gemeinsamkeiten von drogenabhängigen Klient*innen mit unterschiedlichen Komorbiditätsdiagnosen. Durch das Untersuchen von angegebenen Erfahrungen seitens der befragten Klienten mit unterschiedlichen

Komorbiditäten sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, ob es Gemeinsamkeiten hinsichtlich empfundener Wirksamkeit oder störender Aspekte gibt bzw. worin anderenfalls mögliche Unterschiede liegen. Bei den in dieser Arbeit ausgewählten Komorbiditäten handelt es sich einerseits um eine depressive, andererseits um eine narzisstische Komorbidität, die beide als gängige Zweitdiagnosen beim Vorliegen einer Suchterkrankung angenommen werden können.

Daraus ergeben sich folgende Hauptfragestellungen, denen sich diese Arbeit widmen soll:

Gibt es Gemeinsamkeiten bezüglich dem, im Rahmen einer Psychotherapie als hilfreich bzw. hinderlich Erlebtem zwischen drogenabhängigen Klienten im Zwangskontext mit depressiver Komorbidität und drogenabhängigen Klienten im Zwangskontext mit narzisstischer Komorbidität?

Gibt es Unterschiede bezüglich dem, im Rahmen einer Psychotherapie als hilfreich bzw. hinderlich Erlebtem zwischen drogenabhängigen Klienten im Zwangskontext mit depressiver Komorbidität und drogenabhängigen Klienten im Zwangskontext mit narzisstischer Komorbidität?

Ich möchte mit dieser Arbeit Menschen, die in diesem Feld arbeiten, motivieren, einen Blick über die Erstdiagnose der Klient*innen hinaus zu werfen, um der Individualität, die drogenabhängige Klient*innen mit Zweitdiagnosen mit sich bringen, auch bei den eigenen therapeutischen Zugängen und gesetzten Interventionen gerecht zu werden. Ebenso darf diese Arbeit als Anregung für weiterführende Untersuchungen angesehen werden.

Nach der Einleitung, die das Anliegen der Autorin ausführt sowie die zu untersuchenden Fragestellungen vorstellt, soll im Theorieteil ein Überblick über die Begrifflichkeiten sowie Literatur zu den Themen dieser Arbeit gegeben werden. Da sich aufgrund der umfassenden Auswirkungen einer Suchterkrankung, die ebenso im

Theorieteil ihre Ausführungen finden, neben der Psychotherapie auch verschiedene andere Disziplinen, wie die Medizin, Psychologie oder Soziale Arbeit, mit diesem Krankheitsbild beschäftigen, wird punktuell auch Lektüre aus den anderen Disziplinen bei der Literaturoauswahl berücksichtigt und angeführt. Der dritte Teil dieser Master-Thesis gibt das methodische Vorgehen sowie die Durchführung der Untersuchung wieder. Darauf folgt die Ergebnisdarstellung, die gemeinsam mit der anschließenden Diskussion, in der auch die Auseinandersetzung mit den beiden Hauptfragestellungen stattfindet, das Kernstück der Arbeit darstellt. Im Schlussteil finden sich eine Zusammenfassung mit möglichen Limitationen sowie Implikationen für die psychotherapeutische Arbeit.

2. Theorie

Dieser theoretische Teil der Master-Thesis gibt einen Überblick zu den für die vorliegende Arbeit zentralen Thematiken wie Sucht, Zwangskontext und Komorbiditäten und soll die theoretische Basis für die im nachfolgenden Teil dargestellte Untersuchung sowie Diskussion schaffen.

2.1. Abhängigkeit – Begrifflichkeiten, Diagnose und Prävalenzen

Wie bei vielen anderen Erkrankungen ist es auch für Betroffene der Suchterkrankung oftmals schwierig sich diese Problematik einzugestehen. Berichte von Expert*innen bestätigen, dass Stigmatisierungen, die für die Betroffenen einen noch schwierigeren Umgang mit sich bringen, speziell bei Suchterkrankungen eine wichtige Rolle spielen. Laut Springer (2007) gibt es kaum ein Feld in der medizinischen Praxis, in dem ein derartiges Spannungsfeld zwischen Interpretationen und gesellschaftspolitischen Aufträgen und Einflüssen herrscht, wie in der Behandlung von Suchtkrankheit. Gerade auch aufgrund der Zuschreibung eines Lasters oder Willensschwäche unterliegen die Betroffenen einem enormen gesellschaftlichen Druck und Stigmatisierungen, die sich oftmals als unmittelbare Begleiterscheinungen einer Suchterkrankung zeigen (Springer, 2007). Die eigene Erfahrung bestätigt die Relevanz dieser Zuschreibung auch dahingehend, als dass viele süchtige Menschen im Beratungs- oder Therapiekontext, selbst nach Diagnosestellung, oftmals weiterhin von „Gewöhnung“ oder „Genuss“ sprechen, um sich als „nicht süchtig“ darzustellen. Dies erklärt auch, weshalb die Abweichungen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung, speziell im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen, enorm groß sind. Während Professionisten längst das Vorliegen einer Sucht bestätigen würden, fällt es den Betroffenen oft noch lange schwer, sich die Richtigkeit dieser Zuschreibung einzugestehen. Dazu passend schreibt Herkner (2001) aus sozialpsychologischer Sicht, dass nach der Selbstergänzungstheorie und Selbstbestätigungstheorie von Steele (1988, zitiert nach Herkner, 2001) das Publikum der Selbstdarstellung nicht nur andere Personen sind, sondern man es auch selbst ist. So können positive Selbstdarstellungen, in diesem Beispiel nur an Substanzen „gewöhnnt“ zu sein oder sie zu genießen, auch als Versuch verstanden werden, sich selbst davon zu überzeugen. Dies wiederum wirkt sich

positiv auf den Selbstwert der betroffenen Person aus. In einem späteren Abschnitt des Theoriekapitels wird noch ausführlicher auf das Thema Selbstwert, insbesondere bei narzisstischen Thematiken, eingegangen.

Doch worum handelt es sich beim Phänomen „Sucht“ genau? Im alltäglichen Sprachgebrauch finden die Wörter „Sucht“ oder „Abhängigkeit“ zunehmend Verwendung – oft, um eine hervorzuhebende Vorliebe einer Sache gegenüber adäquat beschreiben zu können. Doch „süchtig“ ist man nicht, wenn man bspw. Schokolade mehr abgewinnt als das restliche soziale Umfeld oder einmal am Wochenende ein Gläschen Wein zu viel trinkt. Um diese Begrifflichkeiten zu definieren, soll die Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, zitiert werden, die zunächst einmal zwischen „schädlichem Gebrauch“ (Ziffer F1x.1) und „Abhängigkeitssyndrom“ (Ziffer F1x.2) unterscheidet und für deren korrekte und eindeutige Zuordnung klare diagnostische Leitlinien gesetzt hat (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015). Während für die Diagnose „schädlicher Gebrauch“ lediglich eine „tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten“ (S. 114) vorhanden sein muss, müssen für die Diagnose des „Abhängigkeitssyndroms“ drei oder mehr der insgesamt sechs aufgelisteten Kriterien gleichzeitig vorhanden sein. In gekürzter Form sind diese:

- ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren,
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums,
- ein körperliches Entzugssyndrom...bei Beendigung oder Reduktion des Konsums ...,
- Nachweis einer Toleranz ...,
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums ... [sowie]
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (S. 115)

Möller, Laux und Deister (2015) beschreiben Angewohnheiten, die umgangssprachlich fälschlicherweise oft als Sucht bezeichnet werden, auch dadurch, als dass das Zerstörungspotential dieser nicht mit jenen einer diagnostizierten Sucht vergleichbar sind. Umgekehrt beschreibt dies das Ausmaß an Destruktivität einer Suchterkrankung, worunter die Betroffenen und deren Umfeld beim Vorliegen dieser leiden.

Erweiternd zu den Ausführungen von Möller, Laux und Deister (2015) warnt Kuntz (2007) davor, dass Begrifflichkeiten wie „Sucht“ oder „Abhängigkeit“ statisch wirken und so nicht das charakteristische süchtige Geschehen abbilden können:

Sie erfassen in keiner Weise den aktiven Handlungs- und Verhaltensteil des süchtig agierenden Menschen. In der gelebten Wirklichkeit ist die Sucht etwas sehr dynamisch Bewegtes und Bewegendes. Dass sie den Lebensprozess vom Aktiven ins Passive zu wenden oder sogar gänzlich zum Stillstand zu bringen vermag, ist kein Widerspruch. (Kuntz, 2007, S. 28-29)

Eine nicht unwesentliche Unterscheidung im Bereich der Suchterkrankungen ist die substanzgebundene Sucht, bspw. die Sucht nach der Einnahme von Alkohol, Drogen oder Medikamenten, zur substanzungebundenen Sucht, wie etwa der Sucht nach (Glücks)Spielen, dem Internet oder dem Kaufen. Bei den substanzgebundenen Süchten lässt sich außerdem zwischen legalen, wie bspw. Alkohol oder Nikotin, und illegalen Substanzen, wie Cannabis oder Kokain, differenzieren.

Studien zur Prävalenzrate zeigen, dass ungefähr 48% der weltweiten Bevölkerung Alkohol und 4,5% illegale Drogen konsumieren (Walter & Wiesbeck, 2009). Diese Zahlen werden auch in dem vom Gesundheitsministerium in Auftrag gegebenen Bericht zur Drogensituation in Österreich aus dem Jahr 2017 (Weigl et al., 2017) bestätigt, welcher beschreibt, dass zwischen 30 und 40% der Menschen im Laufe ihres Lebens Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen, am häufigsten mit Cannabis, aufweisen. Aus dem Bericht geht auch hervor, dass sich der Konsum von illegalen Substanzen meist jedoch auf eine kurze Lebensphase beschränkt und somit nicht zum „risikoreichen

Drogenkonsum“ (S. 57) zählt (Weigl et al., 2017). Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) beschreibt unter einem risikoreichen Drogenkonsum den wiederholten Drogenkonsum, der Schaden für die Person verursacht oder diese einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt.

Im Vergleich zu der soeben angeführten Zahl des Probiertkonsumverhaltens in Österreich führt der Bericht zur Drogensituation in Österreich 2017 (Weigl et al., 2017) unter anderem eine Studie an, die einen Eindruck zu den in Österreich diagnostizierten Suchterkrankungen im illegalen Substanzbereich geben soll. Die Zahlen wurden aus österreichweiten Spitalsentlassungsdiagnosen aus dem Jahr 2015 gewonnen, aus denen hervorgeht, dass bei 3.925 Spitalsentlassungen eine Suchterkrankung von Opioiden, Cannabinoiden, Kokain, anderen Stimulanzien oder ein multipler Substanzgebrauch als Leit- oder Nebendiagnose gestellt wurde. Im Jahr 2016 befanden sich österreichweit ca. 24.120 Personen in drogenspezifischer Behandlung (Weigl et al., 2017).

Walter, Sollberger und Euler (2016) beschreiben bei entwickelten Abhängigkeiten in westlichen Ländern eine Lebenszeitprävalenz bei Alkoholabhängigkeit zwischen 7% und 12%, bei Drogenabhängigkeit liegt diese bei 3%.

Da sich mein Tätigkeitsbereich vorwiegend auf illegale substanzgebundene Süchte erstreckt, liegt der Fokus der vorliegenden Arbeit auf diesen. Des Weiteren ist anzumerken, dass im Folgenden die Begrifflichkeiten „Abhängigkeit“ und „Sucht“ als synonym verstanden werden können und das bereits beschriebene, im ICD-10 definierte, „Abhängigkeitssyndrom“ meinen.

2.1.1. Rückfälle als Herausforderung in der therapeutischen Arbeit

Nicht wenige Expert*innen auf dem Gebiet der psychischen Störungen sind sich einig, dass die Arbeit mit Süchtigen als besonders herausfordernd gilt, da die Suchterkrankung, neben einer Reihe von körperlichen, psychischen als auch sozialen Begleiterscheinungen, auch eine spezielle Dynamik mit sich bringt, welche oftmals aus immer wieder auftretenden Rückfällen sowie Therapieabbrüchen besteht (Kuntz, 2007; Bardeau, 2015).

Mit diesem Wissen können die Psychotherapeut*innen von abhängigen Personen präventiv versuchen, Therapieabbrüchen entgegenzuwirken sowie mögliche Gründe dafür vorab zu besprechen. Auszuschließen sind sie allerdings nicht – allem voran, weil diese oftmals mit einer vorliegenden Rückfälligkeit einhergehen.

Neurobiologische Modelle setzen die Entwicklung von Abhängigkeiten und den damit in Verbindungen stehenden Rückfällen mit Stoffwechselfvorgängen im Gehirn in Verbindung, wie bspw. dem Dopaminhaushalt (Pinel & Pauli, 2007). Bardeau (2015) schreibt dazu, dass die Konsumierenden die gewünschten Gefühlszustände durch die Substanzzufuhr sofort herbeiführen können und die Intensität ein normales Glücksgefühl massiv überschreitet. In der Suchtentwicklung verkümmert dann das so genannte „gesunde System“ (S. 23) durch die künstlich zugeführten euphorisierenden Erreger.

Bardeau (2015) schreibt dazu, dass aus psychodynamischer Sicht der Konsum von Drogen als eine „künstliche Abwehr“ (S. 14) verstanden wird, bei der die Verleugnung diverser Gefühle im Vordergrund steht. Walter, Dammann, Wiesbeck und Klapp (2005) führen an, dass zu Beginn des Substanzkonsums die Reduzierung von Stress, eine Art von Selbstmedikation sowie eine mögliche Belohnung im Vordergrund stehen. Auch Röser und Votsmeier (1999) schreiben, dass der Konsum von Drogen und anderen Suchtmitteln für „Lösungs-, Bewältigungs- und Lebensversuche“ (S. 67) stehen, die darauf abzielen, „die mit den Traumatisierungen verbundenen Erfahrungen und strukturelle Entwicklungsdefizite auszugleichen“ (S. 67). Da diesen Aspekten den Autoren nach bei einer Suchterkrankung zentrale Bedeutung zukommt, spielen sie auch bei Rückfällen eine wesentliche Rolle, da bspw. die Abwehr von Gefühlen oder eine mögliche Selbstmedikation auch nach einer Abstinenz verursachend für einen erneuten Konsum sein kann.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Rückfall ist in der Suchttherapie grundsätzlich unumgänglich – sei es die Beschäftigung mit aufgetretenen Rückfällen oder das Vermitteln, Erlernen oder Anwenden von Präventionsstrategien, um eine Rückfälligkeit im Vorfeld vermeiden zu können.

Als ein Rückfall muss nicht nur der erneute Konsum von Substanzen verstanden werden, es kann auch das Wiederaufnehmen von schädigenden Verhaltensmustern oder eine Abwendung von definierten Zielsetzungen sein. Als Beispiel nannte Bardeau (2015) im Falle von kontrolliertem Konsum das Abweichen vom zuvor entwickelten Konsumplan. Auch die Vorbereitung darauf spielt in der Therapie mit abhängigen Personen eine wesentliche Rolle. Für die Therapie bedeutet es konkret, dass es bei einer vorliegenden Rückfälligkeit in jedem Fall eine Auseinandersetzung damit braucht – auch wenn die Rückfallbesprechung von Klient*innen oft als unangenehm und schambesetzt wahrgenommen wird (Bardeau, 2015).

Bardeau (2015) schreibt dazu auch, dass direkt in der therapeutischen Beziehung sichtbar wird, wie Klient*innen mit narzisstischen Kränkungen oder den Schamgefühlen umgehen, die mit Rückfälligkeiten einhergehen können. Als Beispiele für mögliche Reaktionen führt er Rückzug, Verzweiflung, Selbstaufgabe, Bagatellisieren sowie aggressive Abwehr an.

Hier ist das Verständnis seitens der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten für mögliche Spannungszustände süchtiger Personen, welche womöglich zum Rückfall geführt haben, vorteilhaft und erleichtern die gemeinsame Bearbeitung, gleichzeitig werden die Klient*innen jedoch nicht aus der Eigenverantwortung für die konkreten Handlungen genommen, was wiederum den selbstwirksamen, verantwortlichen Teil des abhängigen Menschen betont (Körkel & Schindler, 2003; Schay & Sichau, 2013).

Nach Schay und Sichau (2013), die sich mit integrativ therapeutischen Ansätzen beschäftigen, weisen Rückfälligkeiten zwar einige Regelmäßigkeiten auf, stellen in der Regel jedoch sehr komplexe, individuelle Prozesse dar. Sie verweisen darauf, dass somit auch die Rückfallbearbeitung bzw. -behandlung eine differenzierte Sichtweise, Beurteilung sowie Erarbeitung individueller Bewältigungsstrategien braucht. Bardeau (2015) beschreibt ein Dramatisieren des Rückfalls in der Therapie als kontraproduktiv und betont, dass die Wahrscheinlichkeit dafür sehr hoch ist. Er schildert, dass das kritische Analysieren einer aufgetretenen Rückfälligkeit eine Chance des Lernens sein kann und unterstreicht den Stellenwert eines konstruktiven Umgangs mit Misserfolgen in der Psychotherapie. So können Klient*innen trotz des Rückschlags durch Rückfälle

erleben, wie daraus etwas gewonnen werden kann, bspw. neue Erkenntnisse und/oder korrigierende Beziehungserfahrungen durch die Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten, die bzw. der, im Vergleich zum unmittelbaren Umfeld, nicht böse, ohne Verständnis oder anschuldigend reagiert, wie Betroffene oftmals berichten.

Der vertrauensvolle Kontakt zu der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten fördert die Bereitschaft, das empfundene Scheitern durch eine Rückfälligkeit thematisch in die Therapie zu tragen und zu bearbeiten (Bardeau, 2015).

2.2. Psychische Komorbiditäten der Suchterkrankung – Begrifflichkeiten und Prävalenzen

Ein wichtiger, zu berücksichtigender Faktor bei Abhängigkeitserkrankungen sind die auftretenden Komorbiditäten, die bei Suchtklient*innen sowohl körperlich als auch psychisch sehr häufig vorkommen. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die psychischen Komorbiditäten, von denen zwei ausgewählt wurden und in weiterer Folge Relevanz in der Untersuchung fanden.

Zunächst sollen jedoch die Termini beschrieben werden. Der Begriff „Komorbidität“ bezeichnet das gemeinsame Auftreten von zwei oder mehreren Erkrankungen und ist primär nicht auf psychische Erkrankungen und Suchtmittelabhängigkeiten beschränkt (Wittchen, 1996, zitiert nach Moggi, 2007). Unter „Doppeldiagnosen“ hingegen wird das gemeinsame Auftreten einer psychischen Störung und einer Substanzgebrauchsstörung bei derselben Person über einen bestimmten Zeitraum verstanden (Dilling, 2002). Obwohl der Doppeldiagnosenbegriff auf die behandelnde Thematik der vorliegenden Arbeit besser zu passen scheint, wird er heute eher selten verwendet (Paeßens, 2004), weshalb im Weiteren die Bezeichnung „Komorbiditäten“ gewählt wurde.

Aktuelle Statistiken, wie im Folgenden beschrieben, bestätigen den Eindruck der täglichen Praxis in der Arbeit mit Suchtklient*innen, dass bei abhängigen Personen oftmals eine Vielzahl anderer, häufig psychiatrische, Diagnosen vorliegen. Bspw. gibt der vom Gesundheitsministerium in Auftrag gegebene Bericht zur Drogensituation in Österreich 2020 an, dass die niederschwellige medizinische Einrichtung in Graz I.K.A.,

berichtete, dass bei ca. 65% ihrer 360 langfristig betreuten Patient*innen mindestens eine psychiatrische Komorbiditätsdiagnose festgestellt wurde (Horvath, Anzenberger, Busch, Gaiswinkler, Schmutterer & Berger, 2020). Weiters wird beschrieben, dass sich die sogenannten psychiatrischen Komorbiditäten von Suchterkrankungen und anderen behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen vorwiegend auf Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Erkrankungen und bipolare Störungen beziehen (Horvath et al., 2020).

Zum Thema Komorbiditäten bzw. Doppeldiagnosen veröffentlichte Moggi (2007) unterschiedliche Artikel zu diesen Themen – unter anderem beschäftigten sich darin Lieb und Isensee (2007) mit Studien, die einen zahlenmäßigen Eindruck über das Vorliegen von Komorbiditäten und Suchterkrankungen geben sollen. Sie beschreiben, dass 35% der Personen mit einer Drogenabhängigkeit die Kriterien einer affektiven Störung erfüllen, 43% eine Angststörung aufweisen und bei 50% zusätzlich eine antisoziale Persönlichkeitsstörung vorliegt. Bei ca. 26% aller Personen mit Drogenmissbrauch und ca. 35% aller Personen mit einer Drogenabhängigkeit liegt eine Major Depression vor (Merikangas et al., 1998, zitiert nach Lieb & Isensee, 2007).

Die bisher angegebenen Zahlen entsprechen in etwa auch der bedeutenden US-amerikanischen epidemiologischen Studie des NIMH (National Institut of Mental Health), der Epidemiologic Catchment Area Study (ECA), bei der durch über 20.000 Testpersonen die Prävalenzen von Alkohol- und Drogenabhängigkeit von psychiatrischen Störungen und von Komorbiditäten in diesen Gruppen untersucht wurden (Regier et al, 1990). Die Ergebnisse waren unter anderem, dass bei Betroffenen einer Suchterkrankung bei ca. 24-36% ebenso eine affektive Störung vorlag.

Walter, Sollberger und Euler (2016) zitieren in ihrem Buch eine Studie von Trull, Jahng, Tomko, Wood und Sher (2010), nach der das Risiko, bei bestehender Persönlichkeitsstörung auch an einer zusätzlichen, also komorbiden Suchterkrankung zu leiden, um das Fünffache für alkoholbezogene Störungen und um das Zwölfache für drogenbezogene Störungen erhöht ist. Sie führen auch eine Übersichtsarbeit zu Studien zum Thema Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen bei Personen mit Suchterkrankungen an, welche eine Prävalenzrate zwischen 34% und 73% zeigt (Verheul, 2001, zitiert nach Walter et al., 2016). Laut Walter et al. (2016) kann mittlerweile davon ausgegangen werden, dass, je nach Stichprobe und

zugrundeliegender Suchterkrankung, ungefähr jede zweite Klientin bzw. jeder zweite Klient neben einer Suchtdiagnose auch an einer oder mehreren Persönlichkeitsstörungen leidet.

Wie zuvor beschrieben sollen in dieser Master-Thesis die psychischen Komorbiditäten weitere Vertiefung finden. In der folgenden Arbeit wurde aus zwei Störungsbereichen, den affektiven Störungen und den Persönlichkeitsstörungen, je ein spezifisches Krankheitsbild ausgewählt. Die Auswahl ist nach der festgestellten Relevanz begründet, die nach Durchsicht von einiger Literatur zum Thema Komorbiditäten (unter anderem Moggi, 2007; Walter & Gouzoulis-Mayfrank, 2019) gefunden wurde. Diese decken sich mit den persönlichen Beobachtungen in der täglichen Klient*innenarbeit und entsprechen dem eigenen Interesse. Demzufolge soll aus der Gruppe der affektiven Störungen der Fokus auf der Depression und aus der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen der Schwerpunkt auf der narzisstische Persönlichkeitsstörung liegen, die in den folgenden Unterkapiteln genauer beschrieben werden sollen.

Der Vollständigkeit halber sollen neben den psychischen auch die sozialen Begleiterscheinungen einer Suchterkrankung Erwähnung finden, die eine Abhängigkeitserkrankung oftmals mit sich bringt. Die niederschwellige Suchthilfe-Einrichtung jedmayer in Wien gibt an, dass neben „Gesundheit“ vor allem auch die Themen „Finanzielles/Schulden“ sowie „Wohnen/Schlafplatz“ als große Problembereiche bei Süchtigen genannt werden (Horvath et al., 2020; Weigl et al., 2017).

2.2.1. Depression

Die Depression ist im ICD-10 den Affektiven Störungen (Ziffer F30-F39) untergeordnet und wird in leichte Episoden (Ziffer F32.0), mittelgradige Episoden (Ziffer 32.1) sowie schwere Episoden (F32.2 und F32.3) unterteilt (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015). Im Wesentlichen leiden die betroffenen Personen unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung des Antriebs. Weitere Symptome einer Depression können, unter anderem, die Verminderung von Freude, Interesse und Konzentration sein sowie gestörter Schlaf und Appetit. Je nach Anzahl und Schwere der Symptome wird zwischen leichter, mittelgradiger sowie schwerer Episode unterschieden (Dilling,

Mombour & Schmidt, 2015). Wenn sich in der Vergangenheit zumindest eine weitere depressive Episode unabhängig vom Schweregrad erheben lässt, spricht man von einer rezidivierenden depressiven Störung (Dilling et al., 2015).

Laut Weltgesundheitsorganisation leiden weltweit ca. 322 Millionen und in Europa 40 Millionen Menschen unter einer depressiven Erkrankung (World Health Organization, 2017). Katzenbeisser (2018) zitiert Wittchen und Jacobi (2006), nach deren Einschätzung das Risiko in Europa, bei Lebzeiten an einer Depression zu erkranken, auf mindestens 14% geschätzt wird. Die Statistik Austria, die in Österreich die Aufgabe der Bereitstellung objektiver, wissenschaftlich fundierter statistischer Informationen für alle Bürgerinnen und Bürger hat, veröffentlichte Daten auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2014, nach denen eine 12-Monats-Prävalenz für Österreich für Depressionen zwischen 5,7% und 7,7% angenommen wird (Griebler et al, 2017).

Haug, Keck, Peiler und Ahrens (2012) beschreiben, dass Depressionen in ca. 50% der Fälle zusammen mit Komorbiditäten wie organischen Störungen, Schizophrenien, Angsterkrankungen oder Suchterkrankungen auftreten.

Die Behandlung von Depressionen kann, je nach Schweregrad, entweder ambulant oder stationär erfolgen und wird vielfach neben Psychotherapie auch medikamentös behandelt. Namhafte Autoren wie Wittchen, Jacobi, Klose und Ryl (2010), die eine verhaltenstherapeutische Position einnehmen, fassen in jedem Fall folgende Behandlungsziele bei Depressionen zusammen:

- Verminderung der depressiven Symptome,
- Verhinderung von Mortalität, insbesondere durch Suizid,
- Wiederherstellung der beruflichen und psycho-sozialen Leistungsfähigkeit,
- Wiedererlangung des seelischen Gleichgewichts sowie
- Reduzierung der Rückfallwahrscheinlichkeit [Anm.: Reduzierung der Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer erneuten depressiven Episode]. (S. 28)

Die in dieser Arbeit beschriebene Depression als Komorbidität stellt nicht zwingend

eine Diagnose nach einer international anerkannten Diagnoseklassifikation, bspw. dem ICD-10 oder DSM-4, dar. Sie kann bei der vorliegenden Untersuchung auch als solche verstanden werden, wenn depressive Tendenzen oder Persönlichkeitsanteile beim Klienten von der behandelnden Psychotherapeutin beobachtet wurden. Im dritten Kapitel „Beschreibung der empirischen Studie“ wird darauf noch ausführlicher eingegangen.

2.2.2. NARZISSMUS UND NARZISSTISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Zu Beginn dieses Kapitels ist es wichtig zu betonen, dass es abseits der pathologischen narzisstischen Persönlichkeitsstörung auch einen nicht-pathologischen Narzissmus, mit anderen Worten Menschen mit narzisstischen Tendenzen bzw. Persönlichkeitsakzentuierungen gibt. In diesem Kapitel sollen beide Bereiche vorgestellt werden. Der Schwerpunkt bei der empirischen Untersuchung dieser Arbeit liegt auf Personen mit mehr oder weniger ausgeprägten narzisstischen Tendenzen, wobei dies nicht eine narzisstische Persönlichkeitsstörung lt. ICD-10 ausschließt. Ausführliche Erläuterungen hierzu werden im dritten Kapitel „Beschreibung der empirischen Studie“ angeführt.

Claudia Holzer (2020) beschreibt in Ihrer Master-Thesis die Schwierigkeit, Grenzen oder Übergänge zwischen gesund und nicht-gesund in Bezug auf den Begriff Narzissmus zu treffen. Bierhoff und Herner (2009) schreiben dazu, dass ein gesunder Narzissmus mit einer gesunden Identitätsentwicklung einhergeht und zitieren dazu Wirth (2002, zitiert nach Bierhoff & Herner, 2009), der beschreibt, dass auch der gesunde Narzissmus Schwankungen des Selbstwertgefühls aufweist, die betreffende Person jedoch zwischen den Polen Selbstkritik und Selbstzufriedenheit derart wechseln kann, dass sie dabei nicht in Extreme der Selbsterniedrigung oder Selbsterhöhung verfällt. Somit ist es einem narzisstisch gesunden Menschen möglich, Kritik auszuhalten, ohne sich selbst grundsätzlich in seinem Wert infrage zu stellen.

Nach Ronningstam (2005, zitiert nach Bierhoff & Herner, 2009) gibt es vier Bereiche, in denen eine gelungene Regulationsfähigkeit für einen gesunden Narzissmus sprechen und diesen von einem pathologischen unterscheiden: eine erfolgreiche *Selbstwertregulation* sowie *Affektregulation*, eine gelungene *Regulation zwischenmenschlicher Beziehungen*, zu denen er auch Bereiche wie Selbstfürsorge,

Empathiefähigkeit und Bindungsverhalten zählen, sowie die *Über-Ich-Regulation*, die bspw. die Fähigkeit, sich selbst zu loben als auch konstruktive Selbstkritik beinhaltet.

Die Definition von Narzissmus in einem Lehrbuch für Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen sowie Psychiater*innen von Payk (2007) zeigt abermals die Schwierigkeit der Grenzziehung zwischen narzisstischen Tendenzen und der pathologischen Störung. So wird das Narzissmus-Kapitel zwar als Subkapitel von Pathologien („Pathologie komplexen Erlebens und Verhaltens“; Payk, 2007, S. 287-342) geführt, gleichzeitig findet man jedoch folgende Beschreibung zum Narzissmus, die ebenso gut auf Persönlichkeitsakzentuierungen zutreffen:

Narzisstisches Erleben und Verhalten sind gekennzeichnet durch Selbstgefälligkeit, Egozentrik und Größenideen. In der psychoanalytischen Lehre wird Narzissmus als Ausdruck einer Libido-Besetzung des eigenen Ichs statt äußerer Objekte (d. h. Bezugspersonen) aufgefasst.... (Payk, 2007, S. 327)

Schuster und Springer-Kremser (1997) beschäftigen sich in ihrem Buch mit verschiedenen Theorien zum Narzissmus und schreiben, dass das Streben nach Wohlbefinden und das Erfüllen aller Wünsche sowie die prompte Bedürfnisbefriedigung auf das Säuglingsalter zurückgeht und das ganze Leben als narzisstisches Bedürfnis bestehen bleibt. Ihren Schilderungen zufolge drückt das Selbstwertgefühl die erreichte Nähe zu diesem ursprünglichen Zustand aus. Anknüpfend darauf schreiben sie aber auch, dass ein gewisses Ausmaß an (pathologischer) Selbstliebe und Selbstinteresse durchaus ein Hindernis darstellen können. In ihren Schilderungen des Ursprungs sowie des nicht-pathologischen Bereiches schreiben sie später bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, dass betroffene Menschen gesellschaftlich zwar durchaus effektiv sein können, die Störung vor allem jedoch in zwischenmenschlichen Beziehungen sichtbar wird. Sie beschreiben Betroffene einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung als

...extrem selbstbezogen, häufig ausbeuterisch und parasitär bei einer starken Neigung, übertrieben neidisch auf andere zu sein,

und einem ausgeprägten Bedürfnis, geliebt und bewundert zu werden, wobei diejenigen, von denen sie sich narzisstische Zufuhr erwarten, idealisiert werden, während diejenigen, von denen sie gerade nichts erwarten, abgewertet und verachtet werden. Im Widerspruch zu ihrem aufgeblasenen Selbstwertgefühl stehen ihre übertriebenen Minderwertigkeitsgefühle. (Schuster & Springer, 1997, S. 141)

Auch Kernberg (2009) beschäftigte sich mit dem Verlauf von normalem hin zum pathologischem Narzissmus. Die narzisstische Persönlichkeitsstörung charakterisiert er durch eine *pathologische Selbstliebe*, welche unter anderem durch exzessive Selbstbezogenheit, Grandiosität und Rücksichtslosigkeit sichtbar wird, eine *pathologische Objektliebe*, welche unter anderem durch einen Mangel an Interesse an anderen Menschen und Abwertungen dieser, aber auch durch Gier nach Anerkennung und Bewunderung deutlich wird, sowie ein *pathologisches Über-Ich*, welches sich unter anderem durch eine massive Schwere aufgrund des Ausbleibens von Anerkennung oder Bewunderung oder ausgesprochener Kritik bemerkbar macht.

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung ist im ICD-10 unter der Ziffer F60.8 den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Ziffer F60-F69) untergeordnet (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015). Folgende Kriterien sind für die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung notwendig:

- Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
- Das auffällige Verhalten ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheit begrenzt.
- Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
- Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
- Die Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden, manchmal jedoch erst

im späteren Verlauf.

- Die Störung ist meistens, aber nicht stets, mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden. (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015, S. 276-277)

Um eine narzisstische Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren, müssen mindestens fünf der hier angeführten Merkmale erfüllt sein:

- Größengefühl,
- Phantasien über unbegrenzten Erfolg, Macht, Schönheit oder ideale Liebe,
- Gefühl der Einmaligkeit,
- Bedürfnis nach übermäßiger Bewunderung,
- unbegründete Anspruchshaltung,
- Ausnützung von zwischenmenschlichen Beziehungen,
- Mangel an Empathie,
- Neidgefühle oder Überzeugung, beneidet zu werden sowie
- arrogantes, hochmütiges Verhalten. (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015, S. 283)

Da Personen mit einer narzisstischen Tendenz permanent auf externe Aufwertungen angewiesen sind, weisen Betroffene einen niedrigen Selbstwert auf, wie einige Autor*innen ausführen (bspw. Vater et al., 2013; Walter et al., 2016). Walter et al. (2016) schreiben dazu außerdem, dass Patient*innen mit narzisstischer Problematik häufig im psychiatrischen Alltag anzutreffen sind. Ritter et al. (2014) beschreiben auch den Zusammenhang einer höheren Schamneigung bei Personen mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu gesunden Personen.

Weitere Definitionen sollen hier ihre Erwähnung finden:

Moore und Fine (1967, zitiert nach Walter et al., 2016) bspw. beschreiben die narzisstische Persönlichkeitsstörung als eine Konzentration des seelischen Interesses auf das Selbst und sie veranschaulicht sich als Störung zwischenmenschlicher Beziehungen. Fiedler (2007) beschreibt, dass die narzisstische Persönlichkeitsstörung durch ein tiefgreifendes Muster von selbstempfunderer Großartigkeit, einem Bedürfnis

nach Bewunderung sowie einem Mangel an Einfühlungsvermögen gekennzeichnet ist. Vater, Roepke, Ritter und Lammers (2013) beschreiben dazu, dass Klient*innen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung psychotherapeutische Unterstützung nicht wegen der eigenen Persönlichkeitsprobleme aufsuchen, sondern eher wegen der Komorbiditäten bzw. den Folgen des damit verbundenen Verhaltens. Die Behandlung der komorbiden Störung stellt somit in den häufigsten Fällen das Behandlungsmotiv der Klientin bzw. des Klienten dar (Vater et al., 2013).

Die Therapie der narzisstischen Störung wird allgemein als herausfordernd beschrieben (Vater et al., 2013). Vater et al. (2013) führen untenstehende Therapieinhalte mit unterschiedlicher Gewichtung als Mittelpunkte der Therapie an, die sich auch mit der Studie von Ronningstam, Gunderson und Lyons (1995, zitiert nach Vater et al., 2013) decken. Danach lassen sich folgende Therapieziele definieren:

- Arbeit an inkompatiblen Selbstschemata im Sinne der doppelten Selbstwertregulation,
- Reduktion narzisstischer Verhaltensweisen,
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit sowie
- Aktivierung hilfreicher Ressourcen. (Vater et al., 2013, S. 609)

Hinsichtlich Prävalenz schreiben Ritter und Lammers (2007) von heterogenen Zahlen, die nach ihren Recherchen in Studien an Bevölkerungsstichproben zwischen 0-1,2% (bspw. Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001, zitiert nach Ritter & Lammers, 2007; Samuels, Eaton & Bienvenu, 2002, zitiert nach Ritter & Lammers, 2007) und bei Studien zur Lebenszeitprävalenz von 6,2% (Stinson, Dawson & Goldstein, 2008, zitiert nach Ritter & Lammers, 2007) liegen können.

Wie die Depression stellt in dieser Arbeit die beschriebene narzisstische Persönlichkeitsstörung nicht zwingend eine ICD-10 oder DSM-4 Diagnose dar. Bei der vorliegenden Untersuchung sind auch Personen mit narzisstischen Tendenzen oder Persönlichkeitsanteilen, die von den behandelnden Psychotherapeutinnen beobachtet wurden, der narzisstischen Gruppe zugeordnet. Im dritten Kapitel „Beschreibung der empirischen Studie“ wird darauf noch ausführlicher eingegangen.

2.2.3. EXKURS: POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSTÖRUNG

Zu der bisher noch nicht weiter erläuterten, allerdings sehr häufigen Komorbidität bei Suchterkrankungen, zählt die Posttraumatische Belastungsstörung, im Folgenden als PTBS bezeichnet (Deutsches Bundesministerium für Gesundheit, 2019).

Wenn man die Ergebnisse der Studie von Iffland, Brähler, Neuner, Häuser und Glaesmer (2013) heranzieht, lässt sich ein Eindruck über die Ursachen derart häufiger PTBS als Komorbidität gewinnen. Nach Iffland et al. (2013) ist ein Drittel der in Deutschland aufwachsenden Kinder von früher emotionaler Vernachlässigung oder emotionalem Missbrauch, von körperlicher Vernachlässigung oder körperlicher Gewalterfahrung oder von sexuellem Missbrauch betroffen. Wenn man nun Studien berücksichtigt (bspw. Wieland & Klein, 2018), die belegen, dass es einen Zusammenhang zwischen traumatisierenden Lebensereignissen in der Kindheit und/oder im Jugendalter und problematischem Konsum von Suchtmitteln im Jugendalter gibt sowie auch im Erwachsenenalter deutliche Zusammenhänge zwischen früher Traumatisierung und substanzbezogenen Störungen vorliegen, scheint es naheliegend, weshalb die PTBS so häufig bei den Abhängigkeitserkrankungen vorzufinden ist. Schäfer, Barnow, Pawils und CANSAS Study Group (2016) berichten, dass der Anteil an früh traumatisierten Personen unter behandelten Suchtpatient*innen, je nach Stichprobe und untersuchter Traumatisierungsform, zwischen 20% und 67% liegen. Anhand der soeben angeführten Erläuterungen zum Thema PTBS als Komorbidität von Suchterkrankungen, können wir bei der vorliegenden Untersuchung mitberücksichtigen, dass sie auch bei den hier befragten Klienten eine Rolle spielen kann, wenngleich auch nicht weiter darauf eingegangen wird.

Im ICD-10 findet sich die Posttraumatische Belastungsstörung unter der Ziffer F43.1 wieder und ist den „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (S. 204-211) unter F.43.x untergeordnet (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015).

2.3. Zwangskontext – Begrifflichkeit und Herausforderung

Das Wort „Zwang“ umfasst eine zwingende Notwendigkeit, Pflicht oder ausgeübte Gewalt. Unter anderem findet man zu Zwang folgende Duden-Definitionen: „Einwirkung von außen auf jemanden unter Anwendung oder Androhung von Gewalt“ oder „starker Einfluss, dem sich jemand nicht entziehen kann“ (Dudenredaktion, o.J.).

Im Zusammenhang dieser Arbeit handelt es sich bei dem Begriff „Zwangskontext“ also um eine Therapie- oder Beratungssituation, die nicht von den Klient*innen selbst initiiert, sondern gerichtlich auferlegt ist.

Es gibt eine Vielzahl von Zwangskontexten, die der Vollständigkeit halber kurze Erwähnung finden sollen. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich jedoch ausschließlich mit gerichtlichen Auflagen zu einer Drogentherapie. Beispiele für andere auferlegte Kontexte können sein:

- Beratung, Behandlung und/oder Therapie im Straf- oder Maßnahmenvollzug,
- Anordnung zu einer Bewährungshilfe,
- Andere Auflagen während einer Bewährungszeit oder eines Strafaufschubs
- Involvierung von Jugendämtern (Conen & Cecchin, 2016; Fitzthum, 2018).

Doch auch abseits von den Zwangskontexten aufgrund von Straffälligkeit oder Gefahr im Verzug gibt es eine Vielzahl von alternativen Kontexten, bei denen Klient*innen oft nicht intrinsisch motiviert sind bzw. gänzlich freiwillig das Beratungs- oder Behandlungsangebot aufsuchen, sondern eher fremdmotiviert handeln. Folgende Einrichtungen können davon betroffen sein:

- Ambulante, teilstationäre oder stationäre psychiatrische oder sonstige medizinische Einrichtungen
- Kriseninterventionseinrichtungen,
- Entzugskliniken,
- Rehabilitationseinrichtungen der Pensionsversicherungsträger,
- Begutachtungsstellen zur Fahreignung,
- Krankenkassen,

- Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen,
- Scheidungsberatung oder
- Beratung für Langzeitstudent*innen. (Conen und Cecchin; 2016, S. 119-120; Fitzthum, 2018)

Gemeinsam haben diese Gegebenheiten für die Tätigen in den angeführten Bereichen oft, dass ihnen die Klient*innen zunächst einmal ohne, oder nur mit geringer Motivation begegnen bzw. es sich in erster Linie um eine extrinsische Motivation handelt und bei Nichterfüllung der auferlegten Bedingungen oftmals negative Sanktionen drohen. Die Motivationsarbeit ist in diesem Arbeitsfeld daher von zentraler Bedeutung (Conen & Cecchin, 2016; Warta, 2004).

Dies sind auch die Gründe, weshalb Beratungen oder Therapien in diesen Kontexten eine besondere Herausforderung nachgesagt wird, da zunächst einmal die Motivationsarbeit im Vordergrund steht, noch bevor es um die eigentliche Thematik geht.

Do Warta (2004) vertritt als Integrative Gestalttherapeutin in diesem Zusammenhang eine gestalttherapeutische Position und beschreibt die „Unterstellte Motivation“, die im Wesentlichen davon ausgeht, der Klientin oder dem Klienten eine Motivation zu unterstellen, auch wenn diese noch sehr weit entfernt zu sein scheint und von der zu behandelnden Person nicht ausgedrückt wird. Sie stellt das strategische Vertrauen in die Entwicklungsmöglichkeiten eines jeden Menschen in den Fokus und geht von der Gewissheit aus, dass jede Person diese entfaltet und sich verändern möchte. Do Warta bezieht sich in ihren Ausführungen auf ihre Therapien mit Häftlingen und betonte, dass diese Haltung der Therapeut*innen den vermutlich wichtigsten Schritt in die Therapie darstellt (Warta, 2004). Ergänzend dazu sollen die Ausführungen von Nausner (2004) angeführt werden, die beschreibt, dass das Menschenbild, welches einem psychotherapeutischen Verfahren zugrunde liegt, einen wesentlichen Einfluss auf die therapeutische Grundhaltung aufweist sowie Einfluss darauf hat, wie man als Psychotherapeut*in der Klientin bzw. dem Klienten begegnet und diese bzw. diesen wahrnimmt. Do Warta begegnet mit ihrem gestalttherapeutischen Hintergrund den Klient*innen auf Augenhöhe und mit einer grundsätzlichen Akzeptanz deren Lebensgeschichte betreffend (Abram, 2013). Für weitere Konzepte der Integrativen Gestalttherapie darf an dieser Stelle bspw. auf die Werke von Perls, Hefferline und

Goodman (1979), Staemmler (2009), Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) sowie auf die Zwischenarbeit der Autorin „Hilfreiche Aspekte der Integrativen Gestalttherapie in der Suchtarbeit im Zwangskontext“ (Fitzthum, 2018) verwiesen werden.

Die Klienten, die im Rahmen der empirischen Studie interviewt wurden, sind, wie bereits erwähnt, sogenannte Gerichtsklienten, die allesamt aufgrund einer Gesetzesübertretung eine gerichtliche Auflage zu einer Therapie bekommen haben. Bevor eine Therapieauflage seitens des Gerichts ausgesprochen wird, werden gerichtlich beeidigte Sachverständige hinzugezogen und im Rahmen einer Gutachtenerstellung das Vorliegen einer Suchterkrankung bei der betroffenen Person bestätigt.

2.4. Wirkfaktoren einer Psychotherapie

Die Wirkfaktoren einer Psychotherapie sind seit jeher Gegenstand der Psychotherapieforschung.

Unter Expert*innen sind die so genannten fünf Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Klaus Grawe (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Grawe, 1995, Grawe 2005), der einen verhaltenstherapeutischen Zugang hat, weit verbreitet. Demnach ist die Qualität der *therapeutischen Beziehung* zwischen der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten und der Klientin bzw. dem Klienten wesentlich für einen Therapieerfolg bzw. entspricht der Wirksamkeit einer Psychotherapie (Orlinsky, Roennestadt & Willutzki, 2004, zitiert nach Grawe, 2005).

Auch die *Ressourcenaktivierung* wird als Wirkfaktor genannt. Die Therapeut*innen nutzen Eigenarten, die die Klientin bzw. der Klient in die Therapie mitbringen, als Ressource für die Psychotherapie (Grawe, 2005).

Der dritte Faktor wird von Grawe als *Problemaktualisierung* bezeichnet, was bedeutet, dass jene Probleme, die in der Therapie verändert werden sollen, für die Klient*innen unmittelbar in der Therapie erfahrbar sind (bspw. durch Imaginationen oder dem Aufsuchen von realen Situationen) und so die Probleme erlebnismäßig aktualisiert werden können (Grawe, 2005).

Unter dem Begriff *Problembewältigung*, der den vierten Wirkfaktor darstellt, ist gemeint, dass die Psychotherapeut*innen die Klient*innen mit therapeutischen

Maßnahmen aktiv darin unterstützen, positive Bewältigungserfahrungen mit ihren Problemen zu machen (Grawe, 2005).

Unter dem fünften Wirkfaktor *motivationale Klärung* wird verstanden, dass die Psychotherapeut*innen mit geeigneten Maßnahmen ein klares Bewusstsein über die Determinanten des problematischen Erlebens und Verhaltens bei den Klient*innen fördern (Grawe, 2005).

Die Europäische Vereinigung für Psychotherapie (EAP) wiederum hat anzustrebende Kernkompetenzen von Psychotherapeut*innen gesammelt und beschreibt, dass es sich bei diesen jedoch nicht um ein Repertoire an Fertigkeiten handelt, die sich Therapeut*innen alle sofort aneignen sollen, sondern sie werden vielmehr als Ergebnis eines Entwicklungsprozesses betrachtet, welcher aus laufender Weiterentwicklung aufgrund der eigenen beruflichen Erfahrung sowie Ausbildung entsteht. Die EAP unterteilt diese Kompetenzen in drei Ebenen, „Kernkompetenzen“, „spezifische Kompetenzen“ sowie „spezialisierte Kompetenzen“ (Vidakovic, Zeleskov, Roubal, van Baalen, Francesetti & Wimmer, 2014, J., S. 2):

- „Kernkompetenzen“ beschreiben jene „...Kompetenzen, die jede/r Psychotherapeut/in unabhängig von ihrer Ausbildung anwendet“,
- „Spezifische Kompetenzen“ sind jene „...Kompetenzen, die in Verbindung mit einer bestimmten Therapierichtung stehen und durch die sich PsychotherapeutInnen verschiedener Richtungen unterscheiden“,
- „Spezialisierte Kompetenzen“ beschreiben „...Kompetenzen, die notwendig sind, wenn Psychotherapie in besonderen Bereichen (z.B. im Gefängnis) oder mit besonderen Gruppen von KlientInnen (z.B. mit Kindern) durchgeführt wird“. (Vidakovic et al., 2014, S. 2)

An dieser Stelle soll auch die Arbeit von Pfammatter, Junghan und Tschacher (2012), die eine verhaltenstherapeutische Position einnehmen, erwähnt werden, die in ihrem Artikel verschiedenste Studien zum Thema Wirkfaktoren einer Psychotherapie zusammenfassen und darauffolgend 22 Wirkfaktoren identifiziert haben. Diese sind

- Therapiebeziehung,
- Abschwächung sozialer Entfremdung,
- Erklärungssystem,
- Besserungserwartung,
- Veränderungsbereitschaft,
- aktive Patiententeilnahme,
- Ressourcenaktivierung,
- Affektives Erleben,
- Freisetzung unterdrückter Emotionen (Katharsis),
- Problemaktualisierung,
- Desensibilisierung,
- korrektive emotionale Erfahrung,
- Achtsamkeit,
- Affektregulation,
- Klärung,
- Problemassimilation,
- kognitive Umstrukturierung,
- Mentalisierung,
- Verhaltensregulation,
- Bewältigungserfahrung,
- Selbstwirksamkeitserwartung sowie
- neue Selbstnarration (Pfammatter et al., 2012, S. 25).

Für eine genaue Erläuterung der Wirkfaktoren wird an dieser Stelle an die Arbeit von Pfammatter und Tschacher (2012) verwiesen. Anzumerken ist, dass einige der angeführten Wirkfaktoren nicht gut mit der integrativen gestalttherapeutischen Haltung vereinbar sind, bspw. die kognitive Umstrukturierung oder die Verhaltensregulation, und muss deshalb aus der Sicht der Integrativen Gestalttherapie kritisch betrachtet werden.

Die Literatur sowie die Eindrücke durch die praktische Klient*innenarbeit bestätigen, dass die therapeutische Beziehung sowie die Beziehungsgestaltung einen hohen Stellenwert in einer Psychotherapie sowie der Wirksamkeit dieser einnehmen. So

bestätigen neben Grawe (1995; 2005) bspw. auch Weinberger (1995, zitiert nach Pfammatter et al., 2012) unter anderem die Wichtigkeit dieser und bezieht sich bei der postulierten vertrauensvollen Therapiebeziehung sowohl auf den Aspekt der Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeut*in und Klient*in im Sinne einer Arbeitsbeziehung, als auch auf die Therapeut*innenvariablen wie Wertschätzung, Empathie und Echtheit nach Rogers (1951, zitiert nach Pfammatter et al., 2012) sowie ablaufende Übertragungsprozesse.

Hermer und Röhrle (2008) schreiben in ihrem Buch über methodenübergreifende Behandlungskonzepte dazu, dass Merkmale einer guten therapeutischen Beziehung aus Klient*innensicht unter anderem Vertrauen, Einfühlungsvermögen, Sympathie, ausreichend Zeit, respektvoller Umgang miteinander sowie lösungsorientiertes Vorgehen sind.

Die therapeutische Beziehung stellt auch in der Integrativen Gestalttherapie einen wesentlichen Aspekt dar (bspw. Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017; Staemmler, 2009). Abram (2013) beschreibt in ihrem Buch „Gestalttherapie“ die innere Haltung der Therapeutin bzw. des Therapeuten aus der Perspektive der Integrativen Gestalttherapie, welche von Präsenz, Bestätigung, Würdigung und Respekt geprägt ist. Sie schreibt in diesem Zusammenhang auch von „dialogischer Gestalttherapie“ (S. 58) und bezieht sich damit auf das dialogische Prinzip (Buber, 1984), nach dem die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut keine Expert*innenrolle einnimmt, sondern die Klient*innen dazu bevollmächtigt, selbst Expertin bzw. Experte für sich selbst zu werden und Lösungen für die eigene Gesundheit zu entwickeln.

Grechenig (2012) zitiert zur therapeutischen Beziehung Staemmler (2009), der postuliert, dass eine vertrauensvolle und tragende Beziehung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten aus der Perspektive der Integrativen Gestalttherapie als Voraussetzung für einen therapeutischen Prozess sowie für eine mögliche Veränderung belastender Verhaltensweisen oder Symptomen angenommen wird. Als wichtige Faktoren für eine gute therapeutische Beziehung sind unter anderem Wertschätzung, die Echtheit und Präsenz der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten, das empathische Einfühlen in das Gegenüber sowie sein bedingungsloses Annehmen zu nennen (Staemmler, 2009, zitiert nach Grechenig, 2012).

Ein Faktor, der ebenso zu den Therapeut*innenmerkmalen zählt, ist die

Zugehörigkeit zu einer therapeutischen Schule. Studien dazu sind für die empirische Untersuchung dieser Master-Thesis dahingehend interessant, als dass die Psychotherapeutinnen der Klienten, die an den Interviews teilgenommen haben, nicht derselben therapeutischen Schule wie die Autorin zugehörig sind, jedoch aus Richtungen kommen, die sich auf das humanistische Menschenbild berufen. Wampold (2001, zitiert nach Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, 2013) kam dabei unter anderem zu dem Ergebnis, dass sich schulenspezifische Techniken oder Interventionen nur zehnpromentig auf das Ergebnis einer Psychotherapie auswirken und die therapeutische Schulenzugehörigkeit somit eine eher untergeordnete Rolle spielt. Grenavage und Norcross (1990, zitiert nach Pfammatter et al., 2012) beschreiben unter anderem vielmehr die Wertschätzung und Empathie seitens der Therapeut*innen sowie deren Fähigkeit, positive Therapieerwartungen bei der Klientin bzw. dem Klienten aufzubauen.

Die unterschiedlichen Aspekte der Wirksamkeitsforschung haben direkt in die Untersuchungsplanung eingewirkt und wurden bei der Erstellung des Interviewleitfadens beachtet. Bspw. wurde in verschiedenen Varianten nach der therapeutischen Beziehung gefragt („Wie würden Sie insgesamt die therapeutische Beziehung zu Ihrer Therapeutin beschreiben?“ oder „Was waren/sind wesentliche Eigenschaften Ihrer Psychotherapeutin, die Sie schätzen/schätzten?“, siehe Anhang 1) sowie nach verschiedenen Interventionen gefragt („Können Sie sich an Interventionen/Übungen erinnern, die Sie als hilfreich erlebten? Welche waren das?“ oder „Können Sie sich an Interventionen/Übungen erinnern, die Sie als störend/hinderlich erlebten? Welche waren das?“, siehe Anhang 1). Im folgenden Kapitel wird darauf ausführlicher eingegangen.

3. Beschreibung der empirischen Studie

Das vorliegende Kapitel widmet sich der Beschreibung der empirischen Studie. Zunächst wird nochmals die zu untersuchende Fragestellung angeführt, darauf folgt die Vorstellung des methodischen Vorgehens sowie Erläuterungen zur Vorbereitung und Durchführung der Untersuchung, eine Beschreibung der Teilnehmer sowie der Auswertungskriterien.

3.1. Die Fragestellung

Wie eingangs beschrieben, widmet sich die vorliegende Arbeit folgenden zwei Hauptfragestellungen, die im Diskussionsteil anhand der vorangegangenen Ergebnisdarstellung beantwortet und reflektiert werden sollen:

Gibt es Gemeinsamkeiten bezüglich dem, im Rahmen einer Psychotherapie als hilfreich bzw. hinderlich Erlebtem zwischen drogenabhängigen Klienten im Zwangskontext mit depressiver Komorbidität und drogenabhängigen Klienten im Zwangskontext mit narzisstischer Komorbidität?

Gibt es Unterschiede bezüglich dem, im Rahmen einer Psychotherapie als hilfreich bzw. hinderlich Erlebtem zwischen drogenabhängigen Klienten im Zwangskontext mit depressiver Komorbidität und drogenabhängigen Klienten im Zwangskontext mit narzisstischer Komorbidität?

Anhand der Auswahl von verschiedenen Parametern, die aufgrund der zuvor recherchierten Literatur (siehe Kapitel „Theorie“) sowie den Vorerfahrungen der Autorin durch die tägliche Praxis relevant erscheinen, wird versucht, den beiden Hauptfragestellungen nachzugehen. Als wichtige Parameter wurden formuliert:

- Therapiebeginn und therapeutische Beziehungsgestaltung
- Therapeutische Zugänge und Interventionen
- Therapie im Zusammenhang mit Rückfällen
- Empfundene Wirk- und Störfaktoren in der Psychotherapie
- Therapie im Zusammenhang mit persönlichen Krisen

Dazu wurden folgende Unterfragen definiert, anhand derer auch der Interviewleitfaden (siehe Anhang 1) entworfen wurde:

Wie beschreiben die beiden Klientengruppen ihren Therapiebeginn, wie gestaltet sich die therapeutische Beziehung?

Wie beschreiben die beiden Klientengruppen die jeweiligen therapeutischen Zugänge und/oder Interventionen?

Wie beschreiben und bewerten die beiden Klientengruppen die Therapie in Zusammenhang mit der Bearbeitung von Rückfällen?

Welche Wirk- und Störfaktoren werden in der Therapie von den beiden Klientengruppen beschrieben?

Wie beschreiben und bewerten die beiden Klientengruppen die Therapie in Zusammenhang mit persönlichen Krisen?

3.2. Methodisches Vorgehen

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine qualitative Erhebung in Form von Einzelinterviews mit Personen, die der jeweiligen Zielgruppe entsprechen, einerseits drogenabhängige Klienten mit einer depressiven Komorbidität, andererseits drogenabhängige Klienten mit einer narzisstischen Komorbidität. Tabelle 1 zeigt einen Überblick über die Untersuchung:

Tabelle 1

Überblick der Untersuchung, erstellt von Nicole Fitzthum, 2021

| Überblick der Untersuchung | |
|----------------------------|--|
| Design | Qualitative Studie |
| Erhebungsmethode | Problemzentriertes Interview nach Witzel (Witzel, 1985) |
| Erhebungsmaterial | Das Interview wurde durch einen zuvor entwickelten Interviewleitfaden geführt und mittels Tonbandaufnahmen festgehalten. |
| Teilnehmer | 3 drogenabhängige Klienten mit depressiver Komorbidität 3 drogenabhängige Klienten mit narzisstischer Komorbidität |
| Aufbereitung der Daten | Die Tonbandaufnahmen der Interviews wurden in Form von Interviewprotokollen wortwörtlich transkribiert. |
| Auswertung | Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2008) |

Die Auswahl des Problemzentrierten Interviews nach Witzel (Witzel, 1985) als Untersuchungsmethode erschien, neben der Recherche von in der Sozialforschung gängigen alternativen Methoden, die Mayring (2016) in seinem Buch „Einführung in die qualitative Sozialforschung“ vorstellte, aufgrund des zu untersuchenden Sachverhalts und der Fragestellung plausibel und passend. Als Vorteil beschreibt Mayring (2016) bspw., dass das Problemzentrierte Interview die Befragten möglichst frei sprechen lässt und dies einem offenen Gespräch somit recht nahekommt. Das Interview ist, wie in der

vorliegenden Arbeit, auf eine zuvor bestimmte Problemstellung durch die Definition einer oder mehrerer Forschungsfragen zentriert. Die Interviewerin oder der Interviewer hat die Möglichkeit während des Gesprächs immer wieder auf die Problemstellung zurückzukommen (Mayring, 2016). Nach Gahleitner, Schmitt und Gerlich (2014) sollte zwar das Vorwissen als formulierte Vorannahme deduktiv in den Forschungsprozess eingehen, aber nicht als feststehende Hypothese verstanden werden, da dies den Forschungsprozess einengen würde.

Der Interviewleitfaden soll demnach als grobe Struktur und somit als Hilfsinstrumentarium für die Interviewführung verstanden werden, von dem jedoch auch im Sinne der Prozessorientierung abgewichen bzw. dieser auch immer wieder den Bedürfnissen nach adaptiert werden kann. Die Befragten können somit ohne Antwortvorgaben reagieren und das Datenmaterial wird dadurch nicht bereits vorab begrenzt. Ein weiterer Vorteil dieser eher offenen Methode ist die Möglichkeit des Nachfragens von beiden Seiten. Der zu untersuchende Sachverhalt von Erfahrungen mit Psychotherapie ist für Klient*innen sicherlich ein komplexes Thema, welches sich zunächst vermutlich nicht einfach in Worte fassen lässt. Umso wichtiger erscheint es hier, dass sowohl seitens der Interviewerin als auch seitens der befragten Klienten die Möglichkeit besteht, sich einerseits vergewissern zu können, ob man einander verstanden hat sowie andererseits das Gefragte/Erzählte nochmals in andere Worte fassen zu können (Mayring, 2016; Gahleitner et al., 2014).

3.2.1. Vorbereitung der Untersuchung sowie Auswahl und Beschreibung der Teilnehmer

Bei den befragten Personen handelt es sich um Klienten einer ambulanten Suchttherapieeinrichtung in Österreich, die sich auf die ambulante Behandlung von drogenabhängigen Klient*innen mit gerichtlicher Therapieauflage spezialisiert hat. Erklärend muss hier nochmals angeführt werden, dass das Gericht in der Regel, bevor eine Therapieauflage ausgesprochen wird, gerichtlich beeidigte Sachverständige hinzuzieht und im Rahmen einer Gutachtenerstellung das Vorliegen einer Suchterkrankung bei der Klientin bzw. dem Klienten feststellen lässt. Es kann also davon

ausgegangen werden, dass die im Interview befragten Klienten tatsächlich an einer Suchterkrankung leiden.

In der Regel begeben sich die Personen mit ihrer schriftlich, in Form eines Gerichtsbeschlusses formulierten Auflage in eine Betreuungsinstitution, die für ihre Form der Auflage, bspw. eine Auflage zur Bewährungshilfe oder zur Psychotherapie, zuständig ist. Üblich ist es, dass die entsprechenden Einrichtungen dem Gericht über die Teilnahme und den Verlauf der Beratung oder Behandlung berichten. Im Falle einer Drogentherapie wird neben den Bestätigungen über den Verlauf, die regelmäßig an das zuständige Gericht übermittelt werden, auch zum Ende der Auflage (Anm.: dieses Datum ist meist zum Zeitpunkt der Auflagenerteilung formuliert) ein Abschlussbericht über den Erfolg der Maßnahme verfasst. Auch dieser wird dem zuständigen Gericht übermittelt. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass die Klient*innen zu Therapiebeginn über die Notwendigkeit des Berichtens gut informiert und aufgeklärt werden.

Wie die Autorin sind auch die Psychotherapeutinnen, die die Klienten für die Interviews mobilisierten, in derselben Institution angestellt. Wie diesem Abschnitt etwas später noch zusammenfassend zu entnehmen ist, handelt es sich bei den Therapeutinnen ausschließlich um weibliche Kolleginnen und bei den befragten Personen um männliche Klienten. Im Vorfeld wurde der therapeutische Leiter der Einrichtung um Einverständnis gefragt, ob die Rekrutierung der Befragten in der Einrichtung stattfinden darf. Nach dessen Zusage wurde an bestimmte Psychotherapeutinnen der Institution mit der Bitte, passende Klienten für ein Interview zum Thema Therapieerfahrungen zu rekrutieren, herangetreten.

Die untenstehenden Kriterien zur Auswahl der befragten Klienten entstanden einerseits aus Gründen der Verfügbarkeit, andererseits um eine Vergleichbarkeit der Stichprobe, also zwischen den Interviewpartnern, ermöglichen zu können. Nach diesen Parametern wurden bspw. nur bestimmte Psychotherapeutinnen um deren Mithilfe gebeten und darauffolgend die Rekrutierung der Klienten anhand bestimmter Attribute vollzogen, die bei allen befragten Klienten vorhanden waren. Daraus entstanden folgende Auswahlkriterien:

- Alle befragten Personen sollten männlich sein.
- Die Befragten sollten aktuell oder bis vor zumindest drei Monaten Klienten aus der Institution sein und mindestens neun Monate lang in regelmäßiger Psychotherapie sein bzw. gewesen sein.
- Die Befragten sollten alle aktuell oder bis vor zumindest drei Monaten eine gerichtliche Auflage zur Therapie haben oder gehabt haben.
- Die psychotherapeutischen Schulen der behandelnden, sowie Klienten für das Interview aussuchenden, Psychotherapeutinnen sollten sich allesamt auf das humanistische Menschenbild berufen. So ergab es sich, dass die Therapeutinnen aufgrund der vorab ausgewählten therapeutischen Schule und der Verfügbarkeit ausschließlich weiblichen Geschlechts waren.
- Die Psychotherapeutinnen sollten ausschließlich ihre eigenen Klienten rekrutierten und sollten in derselben Einrichtung wie die Autorin tätig sein.
- Kein Befragter sollte aktueller oder ehemaliger Klient der Interviewerin sein. Möglich wäre allerdings, dass die Mehrheit der potentiellen Interviewteilnehmer die Interviewerin zumindest vom Sehen her kennen könnten, bspw. von Begegnungen im Wartebereich. Die möglichen Teilnehmer würden somit vermutlich größtenteils wissen, dass die Autorin in derselben Einrichtung wie ihre eigene Psychotherapeutin tätig ist. Geplant war, dass sich die Interviewerin jenen Klienten, die sie noch nicht kannten, zu Beginn des Interviews kurz vorstellte.
- Die Psychotherapeutinnen sollten vorab eine mündlich übermittelte Beschreibung der zu untersuchenden Klientengruppe erhalten, die wie folgt heißen würde:
 - Drogenabhängige männliche Klienten mit depressiver Komorbidität. Unter depressiver Komorbidität sollte verstanden werden, dass während der Therapiedauer zumindest einmalig eine depressive Phase oder Tendenz wahrgenommen bzw. bearbeitet wurde.
 - Drogenabhängige männliche Klienten mit narzisstischer Komorbidität. Unter narzisstischer Komorbidität sollte verstanden werden, dass während der Therapiedauer zumindest einmalig eine narzisstische

Persönlichkeitsakzentuierung bzw. Thematik wahrgenommen bzw. bearbeitet wurde.

- Da es institutionsintern nicht üblich ist, abseits der Suchterkrankung ICD-10 Diagnosen zu stellen, sollten die Befragten anhand der Einschätzungen ihrer eigenen Psychotherapeutinnen der entsprechenden Komorbiditätsgruppe zugeteilt werden.
- Den Befragten sollte außerdem kommuniziert werden, dass es sich um ein freiwilliges, etwa einstündiges Interview zum Thema „Eigene Erfahrungen mit Psychotherapie“ handeln würde.

Wie bereits angeführt wurden für die Interviews die Klienten über Psychotherapeutinnen der Institution gewonnen. Um eine Vergleichbarkeit der Therapieerfahrungen der Klienten zu ermöglichen, war ein erstes Entscheidungskriterium für die Auswahl, dass deren behandelnden Therapeutinnen nach ähnlichen, das heißt vergleichbareren, Therapieverfahren arbeiten. Da es im Standort keine anderen Integrative Gestalttherapeut*innen gab, wurden, um eine größtmögliche Nähe zur Integrativen Gestalttherapie wahren zu können, ausschließlich Psychotherapeutinnen gefragt, die sich in ihrer therapeutischen Haltung auf ein humanistisches Menschenbild berufen – Verhaltenstherapeutinnen sowie Psychotherapeutinnen, die dem analytischen Menschenbild angehören, wurden vorab ausgeschlossen. Da über 90% der Klient*innen der Institution männlich sind, war es naheliegend, ausschließlich männliche Teilnehmer zu befragen. Auch dieses Kriterium wurde den mobilisierenden Psychotherapeutinnen hinsichtlich ihrer Klientenauswahl mitgeteilt. Wie bereits angeführt wurden die Klienten auch über die Freiwilligkeit der Interview-Teilnahme informiert.

Es folgt eine kurze Beschreibung der Interviewteilnehmer in Tabelle 2. Der Teilnehmercode beinhaltet zunächst eine Ziffer, die die fortlaufende Anzahl des Interviews innerhalb einer Klientengruppe darstellen soll, gefolgt von den Buchstaben „D“ oder „N“ – je nachdem ob dieser Teilnehmer der depressiven (= „D“) oder der narzisstischen Gruppe (= „N“) zugeordnet wurde. „1D“ ist somit der Code für einen

Teilnehmer aus der depressiven Gruppe, der an dem ersten Interview aus dieser Gruppe teilnahm, „2D“ für den zweiten Teilnehmer aus der depressiven Gruppe etc.

Tabelle 2

Beschreibung der Interviewteilnehmer, erstellt von Nicole Fitzthum, 2021

| Beschreibung der Interviewteilnehmer | |
|---|---|
| 1. Teilnehmer Code: „1D“ | Männlich; 36 Jahre; drogenabhängig mit depressiver Komorbidität; Therapie vor 3 Monaten abgeschlossen; war fast 4 Jahre in der Einrichtung in ambulanter Behandlung |
| 2. Teilnehmer Code: „2D“ | Männlich; 49 Jahre; drogenabhängig mit depressiver Komorbidität; Therapie vor einem Monat abgeschlossen; war 1 Jahr in der Einrichtung in ambulanter Behandlung |
| 3. Teilnehmer Code: „1N“ | Männlich; 26 Jahre; drogenabhängig mit narzisstischer Komorbidität; laufende Behandlung; seit 2 Jahren in der Einrichtung in ambulanter Behandlung |
| 4. Teilnehmer Code: „2N“ | Männlich; 22 Jahre; drogenabhängig mit narzisstischer Komorbidität; laufende Behandlung; seit 9 Monate in der Einrichtung in ambulanter Behandlung |
| 5. Teilnehmer Code: „3D“ | Männlich; 27 Jahre; drogenabhängig mit depressiver Komorbidität; laufende Behandlung; seit 11 Monate in der Einrichtung in ambulanter Behandlung |
| 6. Teilnehmer Code: „3N“ | Männlich; 38 Jahre; drogenabhängig mit narzisstischer Komorbidität; laufende Behandlung; seit 9 Monate in der Einrichtung in ambulanter Behandlung |

Den Klienten wurde außerdem mitgeteilt, dass sie sich bei Interesse an den Untersuchungsergebnissen gerne mit der Autorin in Verbindung setzen können – bis zum Abschluss dieser Arbeit hat sich allerdings keiner der befragten Klienten diesbezüglich gemeldet.

3.2.2. Durchführung der Interviews

Die Psychotherapeutinnen haben den Teilnehmern nach Rücksprache einen Termin bei der Autorin für das Interview vergeben. Dafür wurden 60 Minuten anberaumt, allerdings mit der Option, diese 60 Minuten überziehen zu können oder das Interview zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen. Diese Option wurde bei keinem Interview benötigt. Das Interview fand wie die Therapie in den Räumlichkeiten der Einrichtung statt. Erschwerend kam hinzu, dass die Interviews während der Zeit des ersten österreichischen Covid-19-Lockdowns im März 2020 anberaumt waren – so fanden die ersten drei Interviews mit den Teilnehmern 1D, 2D und 1N vor dem Lockdown statt, die anderen drei mit den Teilnehmern 2N, 3D und 1N fanden danach, also im Sommer 2020, statt. Die Therapien der Klienten wurden während des Lockdowns nicht unterbrochen, fanden jedoch ausschließlich telefonisch statt.

Die Teilnehmer wurden über die Tonbandaufnahme und die Anonymisierung der Daten aufgeklärt. Dazu wurde von den Teilnehmern ihr schriftliches Einverständnis eingeholt (siehe Anhang 2). Die Teilnehmer wurden vorab darüber informiert, dass es sich bei der Untersuchung um ihre persönliche Erfahrung mit der vor Ort stattfindenden Psychotherapie handelt. Wie oben erwähnt, fand bei 2N, 3D und 1N ein Teil der Therapie, nämlich jener während des ersten Lockdowns im März 2020, telefonisch statt. Da die Anzahl der telefonischen Einheiten im Vergleich mit der Gesamtanzahl aller stattgefundenen Therapieeinheiten bis zum Zeitpunkt der Interviews vergleichsweise wenig war, wurde bei der Fragestellung nach den persönlichen Therapieerfahrungen nicht zwischen persönlichen oder telefonischen Einheiten unterschieden – es sei denn, die Klienten erwähnten dies im Laufe der Interviews. Um sichergehen zu können, dass die Interviewten von Erfahrungen bei der zuvor ausgewählten Psychotherapeutin aus dem humanistischen Feld berichten, wurden sie außerdem darauf hingewiesen, dass, wenn es bereits andere psychotherapeutische Erfahrungen gegeben hat, sie sich auf die Psychotherapie vor Ort bei der entsprechenden Psychotherapeutin beziehen sollen. Die Teilnehmer wurden außerdem über das Ein- sowie wieder Abschalten der Aufnahme informiert.

Das Interview wurde möglichst offen geführt, jedoch mit Orientierung an dem zuvor ausgearbeiteten Interviewleitfaden (siehe Anhang 1). Die Anonymisierung der Daten

sowie die Anonymisierung der betroffenen Psychotherapeutin wurde den Klienten ebenfalls vor dem Interview zugesichert, auch auf der schriftlichen Einverständniserklärung wurde dies vermerkt.

3.2.3. Der Interviewleitfaden

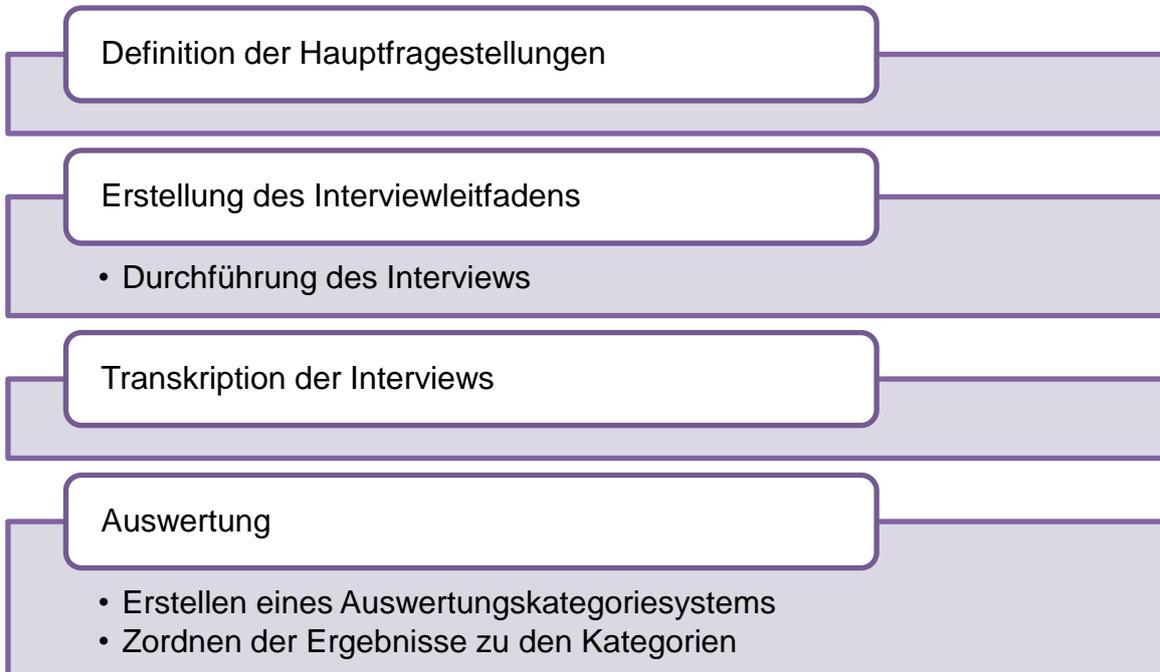
Aufbauend auf den bereits beschriebenen Hauptfragestellungen dieser Arbeit und der Auswahl der verschiedenen Parameter, anhand derer die Forschungsfragen beantwortet werden sollten, entstand ein Interviewleitfaden, der als Anhang 1 abgebildet ist. Im Sinne des Prozesses und der Notwendigkeit von Unvoreingenommenheit (Witzel, 1985) hätte der Erstentwurf des Leitfadens während der Phase der Interviewdurchführungen immer wieder adaptiert werden können, um bei der Beantwortung der Forschungsfrage dienlicher zu werden. Dies war im vorliegenden Fall jedoch nicht notwendig. So stellt der als Anhang 1 abgebildete Leitfaden den Erst- als auch Letztentwurf dar.

3.2.4. Ablaufdarstellung

Im Folgenden stellt Abbildung 1 schematisch den Ablauf der Untersuchung dar.

Abbildung 1.

Schematische Darstellung des Untersuchungsablaufs, erstellt von Nicole Fitzthum, 2021



3.2.5. Aufbereitung des Datenmaterials

Ein Teil der mp3-Aufnahmen, die mit einer Sprachaufzeichnungsapplikation eines Mobiltelefons aufgenommen wurden, wurde gänzlich eigenhändig transkribiert. Der andere Teil wurde im ersten Schritt über das Spracherkennungsprogramm „f4x“ transkribiert. Die maschinell angefertigten Transkripte waren zwar eine Unterstützung, machten es aufgrund der schlechten Qualität jedoch unabdingbar, das Material im zweiten Schritt nochmals eigenhändig zu korrigieren und zu vervollständigen.

Transkribiert wurde wortwörtlich mittels des Programms „Microsoft Office Word“. Bei der anschließenden Ergebnisdarstellung wurden die Manuskriptrichtlinien der Donau Universität Krems angewandt:

- Längere Redepausen werden durch drei Punkte ohne Leerzeichen gekennzeichnet.

- Das Weglassen von einem Satz wird durch drei Punkte mit Leerzeichen kenntlich gemacht.
- Das Weglassen von mehr als einem Satz wird durch vier Punkte mit Leerzeichen kenntlich gemacht.
- Gefühlsäußerungen, wie auflachen, werden zwischen eckigen Klammern angeführt: [lacht]
- Hinweise durch die Autorin werden unter Anmerkungen zwischen eckigen Klammern angeführt: [Anm.:]

Nachdem das gesamte Interview transkribiert wurde, wurden die Absätze mittels der Nummerierungsfunktion aus Microsoft Office Word durchnummeriert. Insgesamt ergaben die geführten sechs Interviews eine Datenmenge von über 29.000 Wörter auf 76 Seiten.

3.2.6. Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008). Nach Mayring (2008) erstellt man ein Kategoriensystem, welches auch während der Auswertung immer wieder adaptiert werden kann. Dies ermöglicht einerseits das Hinzufügen neuer Kategorien, wenn ein Interview bspw. Material ergibt, welches beim ursprünglich entwickelten Kategoriensystem noch nicht berücksichtigt worden war, andererseits aber auch das Streichen oder Zusammenfassen von Kategorien, wenn es das gewonnene Datenmaterial erfordert. Die Basis der Auswertung sind bei dieser Untersuchung die Tonbandaufnahmen, anhand derer die Transkripte angefertigt wurden. Das transkribierte Datenmaterial wurde dann dem Kategoriensystem zugeordnet, welches anhand theoretischen Vorwissens sowie einer induktiven Auswahl der gewonnenen Daten gebildet wurde. Das Buch „Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision“ von Gahleitner, Schmitt und Gerlich (2014) bietet

einen guten Überblick über die Auswertungsschritte, auf deren Basis auch die Auswertung der vorliegenden Arbeit beruht.

Die ausgearbeiteten Kategorien wurden in einem Microsoft-Word-Dokument in Form einer Tabelle abgebildet. Die dazu passenden Textstellen der Interviewtranskripte wurden in diese Tabelle kopiert. Passagen, die für den Untersuchungsgegenstand nicht relevant erschienen, wurden nicht zugeordnet.

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Ergebnisdarstellung.

4. Ergebnisdarstellung

Wie zuvor beschrieben wurde anhand des Datenmaterials ein Kategoriensystem entwickelt, das aus fünf Oberkategorien sowie jeweils zwei Unterkategorien besteht. Dieses Kapitel soll das Datenmaterial, welches aus den Interviews gewonnen wurde, aufbereitet darstellen. Der Beantwortung der Hauptfragestellungen nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den beiden Klientengruppen widmet sich der Diskussionsteil. Da es sich bei den interviewten Personen ausschließlich um Männer handelt, wurde hier bewusst ausschließlich die maskuline Form der Sprache verwendet.

Um einen authentischen Eindruck der Interviews und dem daraus resultierten Datenmaterials abbilden zu können, werden neben einleitenden Worten zu den Kategorien vor allem Direktzitate aus den Interviews verwendet und diese als solche durch das Verwenden einer neuen Zeile, die in Form eines Blocksatzes eingerückt sowie unter Anführungszeichen gesetzt wird, kenntlich gemacht.

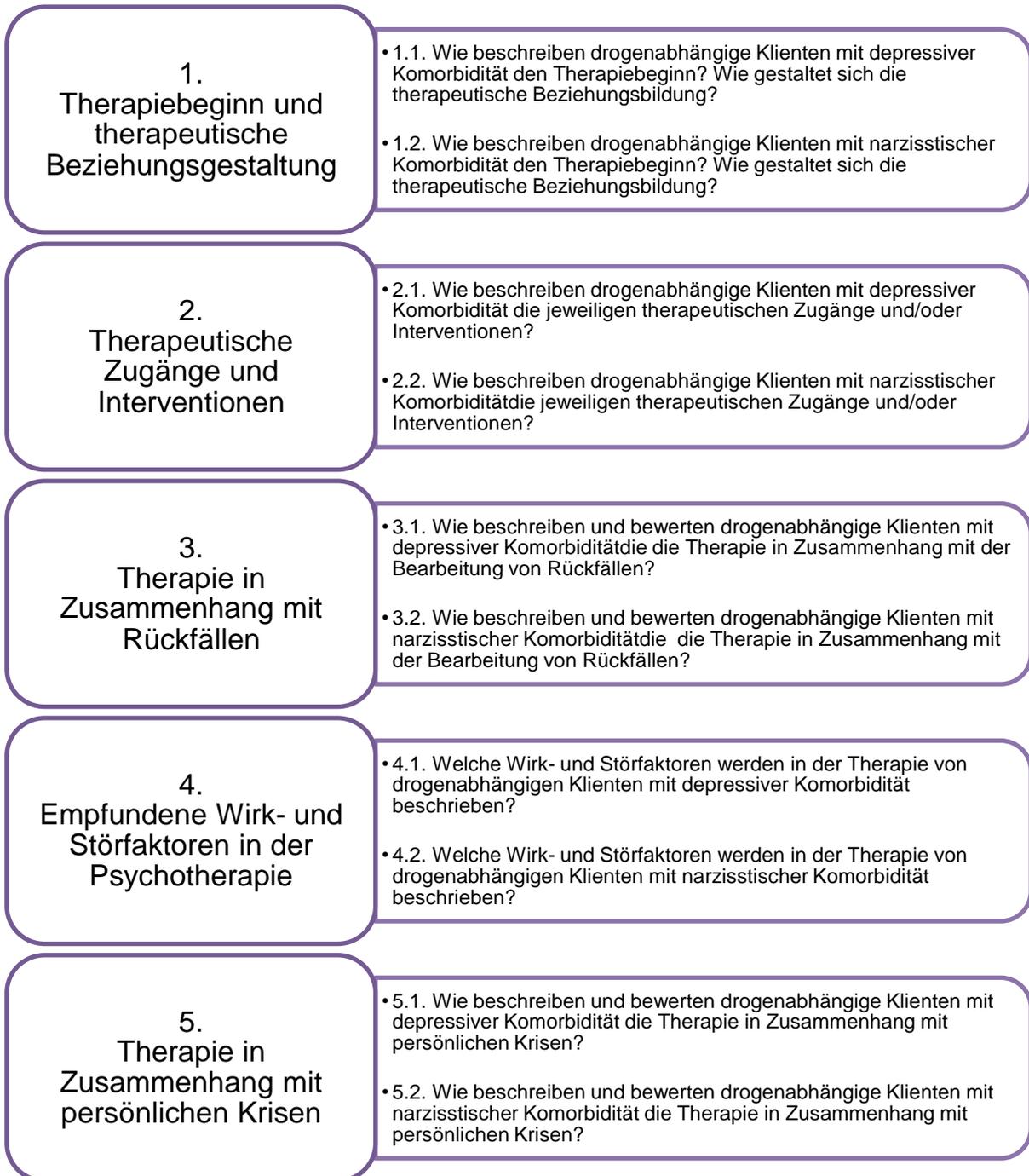
Wie bereits im vorigen Kapitel beschrieben wurden den Befragten ein Teilnehmercode zugeordnet, welcher die fortlaufende Anzahl der Interviews innerhalb einer Klientengruppe, gefolgt von den Buchstaben „D“ oder „N“ – je nachdem ob dieser Teilnehmer der depressiven (= „D“) oder der narzisstischen Gruppe (= „N“) zugeordnet wurde – enthält (vgl. Beschreibung der Interviewteilnehmer auf Seite 35). Bei Zitaten wurden ergänzend die entsprechende Absatznummerierung aus den Transkripten angegeben. Um die Anonymisierung zu wahren, wurde von der Autorin beim Benennen des Therapeutinnennamens die Buchstabenkombination „xy“ statt des tatsächlichen Namens angeführt. Diese Änderung betrifft ebenso die Zitate der interviewten Personen.

4.1. Das Kategoriensystem

Im Folgenden stellt Abbildung 2 das Kategoriensystem dar, welches anhand des gewonnenen Datenmaterials entwickelt wurde. Es besteht aus fünf Oberkategorien mit jeweils zwei Unterkategorien.

Abbildung 2.

Das Kategoriensystem; erstellt von Nicole Fitzthum, 2021



4.1.1. Therapiebeginn und therapeutische Beziehungsgestaltung

Diese Oberkategorie fasst Aussagen zu der Frage nach der Gestaltung des Therapiebeginns sowie der therapeutischen Beziehung zusammen.

4.1.1.1. Beschreibung des Therapiebeginns und der therapeutischen Beziehungsgestaltung durch drogenabhängige Klienten mit depressiver Komorbidität. 1D gibt an, dass einige Termine nötig gewesen seien, um Vertrauen zu fassen:

„Ja das hat schon so knapp zwei Monate gedauert. Es hat schon so einige Termine gedauert bis ich dann Vertrauen gefasst hab.“
(1D, Absatz 30)

Generell beschreibt der Klient die therapeutische Beziehung als

"Eigentlich ziemlich gut. Weil ich hab Ihr ja vertraut, die ganze Zeit. Ich hab ihr vertrauen können, von dem her eigentlich war das eigentlich eh immer gut.“ (1D, Absatz 52)

Als hilfreich gibt der Klient außerdem an, dass kein Druck gemacht worden sei und dass die Therapeutin geduldig gewesen sei:

„Ja, sie hat mir keinen Druck gemacht. Also wenn ich über was reden will, rede ich, wenn nicht, nicht, dann reden wir über etwas anderes. Also das war das. Sie hat mir überhaupt keinen Druck gemacht, sie hat mir immer die Wahl gelassen.“ (1D, Absatz 32)

„Ja also immer geduldig, hat nie die Nerven mit mir verloren.“
[lacht] (1D, Absatz 62)

Auf die Frage, woran der Klient gemerkt hat, dass die Therapie Sinn machen könnte, antwortet er, dass das Zuhören bei vorhandener Unvoreingenommenheit hilfreich gewesen sei:

„Wie ich gesehen habe, es macht Sinn, also ich hab Probleme gehabt und sie hat sich das angehört und hat mir eine unvoreingenommene Meinung gegeben, hat mir gute Ratschläge gegeben und deswegen halt.“ (1D, Absatz 28)

2D beschreibt, dass er gleich zu Beginn seine Psychotherapeutin als sympathisch und kompetent erlebt hätte. Außerdem wären beim Klienten zu Therapiebeginn einige Themen vorherrschend gewesen, die er schnell einbringen hätte können (2D, Absatz 36-38).

3D gibt an, dass seine Psychotherapeutin einen vertrauensvollen Eindruck vermittelt hätte, er sich gut aufgehoben gefühlt hätte und somit der Therapiestart positiv gewesen sei. Wie sie diesen Eindruck vermitteln konnte, beantwortete der Klient mit dem Zeigen von Interesse:

„... Dann muss man sehen, ob die Person sehr interessiert dran ist an dem, was man erzählt, ob sie da sehr darauf eingeht... Aber bei der Frau xy war es eben ein sehr positiver Start und dieses Gefühl, oder das, was sie gemacht hat, ist, eben auf die Dinge eingehen, gut zuhören, guten Input geben, gute Ratschläge geben. Also man hat schon gemerkt, dass eben ja, da einfach gut auf das eingegangen wurde ...“ (3D, Absatz 17)

Neben der mehrfach angemerkten Wichtigkeit von Vertrauenswürdigkeit bei einer Psychotherapeutin äußert 3D in seinen Schilderungen auch, dass es für ihn wichtig gewesen sei, das Gefühl zu bekommen, dass seine Therapeutin zuhöre, sich die Inhalte merke sowie teilnehmend Inputs angeboten hätte:

„Eine gute therapeutische Beziehung ist, wenn man das Gefühl hat, dass das Gegenüber das für sich behält. Das ist für mich, würde ich immer sagen, dass die Person ein Auftreten hat, ein vertrauenswürdiges Auftreten hat. Also wenn es jetzt nicht so vertrauenswürdig ist, würde ich mich auch nicht so sehr öffnen, glaube ich.... Ich kann es nur wiederholen, habe es eh schon

gesagt, natürlich, indem man, indem der Therapeut zuhört und sich die Sachen gut merkt, dann eben auch weiß, was die Sachen sind, die einen beschäftigen und dann sobald man einen Ratschlag braucht, dass da auch gute Ratschläge kommen, also dass nicht nur komplett zugehört wird, sondern dass auch gute Ratschläge kommen..." (3D, Absatz 35)

Auch 2D hat geäußert, dass er Inputs seitens der Therapeutin als hilfreich für die therapeutische Beziehungsgestaltung erlebt hätte:

„.... Sie hat mir schon Tipps gegeben und so weiter, wie ich gewisse Sachen behandeln soll, wie ich damit umgehen sollen. Und so weiter, das schon.“ (2D, Absatz 30)

3D erzählt außerdem, dass es Vertrauen geschaffen hätte, dass seine Therapeutin zu Beginn der Therapie etwas über sich erzählt hätte (3D, Absatz 125).

4.1.1.2. Beschreibung des Therapiebeginns und der therapeutischen Beziehungsgestaltung durch drogenabhängige Klienten mit narzisstischer Komorbidität. 1N gibt an, dass er seine Psychotherapeutin als „sehr freundlich und offen“ wahrgenommen hätte (1N, Absatz 16). Er beschreibt außerdem, dass es ein sanfter Einstieg ohne Druck gewesen sei und auch oft gelacht worden sei:

„Also an sich war es nicht so, dass ich irgendwie nicht herkommen wollte, oder Schiss hatte herzukommen, oder so, eben weil sie...also sie hat am Anfang immer auch mal so über etwas Normales geredet, sage ich jetzt einmal. Das man sich halt nicht so eingengt fühlt oder so. Dass wir da jetzt sitzen: so, du musst jetzt das machen! Also das war bei ihr überhaupt gar nicht der Fall. Wir haben auch schon oft gelacht miteinander.“ (1N, Absatz 18)

„Sie ist eben lustig, und vor allem, dass sie auch Spaß versteht.“
(1N, Absatz 44)

2N gibt an, dass ihm die Aufklärung über die Verschwiegenheitspflicht unterstützt hätte, offen zu sprechen:

„Die Erkenntnis, dass sie nur über etwas reden darf, wenn Gefahr im Verzug ist. Das hat mich dazu gebracht, dass ich halt ehrlich bin.“ (2N, Absatz 22)

3N gibt an, dass er neugierig gewesen sei, wie seine Psychotherapeutin „tickt“ (3N, Absatz 20), aber auch, dass er das Gefühl gehabt hätte, dass ihm zugehört worden sei:

„Ich habe halt das Gefühl gehabt, dass sie mir auch zuhört, dass sie versucht zu verstehen...“ (3N, Absatz 22)

4.1.2. Therapeutische Zugänge und Interventionen

Diese Oberkategorie fasst Aussagen zusammen, die die jeweiligen therapeutischen Zugänge und Interventionen beschreiben sollen. Das gewonnene Datenmaterial zu dieser Kategorie kann als spärlich angenommen werden.

4.1.2.1. Beschreibung der therapeutischen Zugänge und Interventionen durch drogenabhängigen Klienten mit depressiver Komorbidität. 1D beschreibt anhand seiner therapeutischen Vorerfahrungen in einem stationären Setting, dass er „kognitives Training“ (1D, Absatz 72) sowie Entspannungstechniken – „der Arm wird immer schwerer“ (1D, Absatz 78) – kenne, dies jedoch „...nicht funktioniert...“ (1D, Absatz 76) hätte und erläutert weiter „...mir ist nur kalt dabei geworden, das wars.“ (1D, Absatz 78). Die Therapie hätte somit vorwiegend im Gespräch stattgefunden.

Auch 2D beschreibt, dass die Therapie vorwiegend eine Gesprächstherapie gewesen sei. Er erinnert sich jedoch daran, dass er im Laufe einer früheren stationären Therapie das Schreiben in ein Stimmungsheft kennengelernt hätte – dies hätte er auch

während der ambulanten Therapie fortgesetzt und als hilfreich erlebt. Das Schreiben in das Heft sei auch von der ambulanten Therapeutin verstärkt worden und der Klient sei zur Fortsetzung dessen motiviert worden (2D, Absatz 72, 78).

3D gibt an, dass die Reflexion per se, aber insbesondere auch die Reflexion seines Konsums als Intervention sowie psychoedukative Inhalte als hilfreich erlebt worden seien. Auch beschreibt der Klient die stattgefundenen Auseinandersetzungen in der Psychotherapie mit Craving [Anm.: Suchtdruck] als förderlich (3D, Absatz 47-49; 55-57).

4.1.2.2. Beschreibung der therapeutischen Zugänge und Interventionen durch drogenabhängige Klienten mit narzisstischer Komorbidität. 1N beschreibt zunächst die Beschäftigung mit Craving, aber auch das Benennen und Einordnen von Gefühlen als hilfreich (1N, Absatz 58+60; 64-66). Auch die „Bestätigung“ im Sinne einer Validierung und Bestärkung wurde genannt (1N, Absatz 96-102). Der Klient betont außerdem die Wichtigkeit für ihn, jemanden gehabt zu haben, mit dem er sprechen hätte können:

„... weil ich habe so nie wirklich jemanden gehabt zum Reden. Und da war sie halt die Erste, mit der ich alles besprechen konnte... Also, ich wollte auch die Therapie machen. Und ja da bin ich sehr froh, dass ich bei ihr gelandet bin.“ (1N, Absatz 108)

2N beschreibt, dass die Therapie vorwiegend aus Gesprächen bestehe, es sei aber auch an Tabellen, und Skalen, bei denen es um eine Einschätzung zum Ich und zum Ego ginge, gearbeitet worden. Diese Übungen fand der Klient „interessant“ (2N, Absatz 70-78).

3N gab bei der Frage nach Interventionen an, dass er Fragebögen ausgefüllt hätte, bei denen es um „Einschätzungen zu mir selbst“ (3N, Absatz 54) gegangen sei, was der Klient jedoch als „nicht besonders spannend“ (3N, Absatz 62) erlebt hätte.

4.1.3. Therapie in Zusammenhang mit Rückfällen

Diese Oberkategorie fasst Aussagen zusammen, wie die Psychotherapie in Zusammenhang mit Rückfällen beschrieben und bewertet wird.

4.1.3.1. Beschreibung und Bewertung der Psychotherapie in Zusammenhang mit Rückfällen durch drogenabhängige Klienten mit depressiver Komorbidität. 1D beschreibt, dass die Therapie in Zusammenhang mit Rückfällen hilfreich gewesen sei. Als besonders hilfreich erachtete er, dass die Therapeutin „immer verständnisvoll“ und „immer einfühlsam“ gewesen sei. (1D, Absatz 114+116)

„... Also ohne die Therapie wäre ich jetzt nicht so stabil und hätte das nicht so gut hingekriegt, also das war mir schon eine große Hilfe.“ (1D, Absatz 118)

In diesem Interview wird auch deutlich, dass Selbstvorwürfe bei Rückfällen ein großes Thema darstellen:

„... Weil, sie hat immer die richtigen Worte gefunden, mich aufzubauen... Weil ich hab mir selbst die ur Vorwürfe gemacht, ‚warum, weil ich so lange durchgehalten hab?‘ “ (1D, Absatz 136)

Auf die Frage, welche Aspekte genau hilfreich oder unterstützend gewesen seien, wiederholt der Klient, dass es das vorhandene Verständnis seitens der Therapeutin und das Vertrauen ihr gegenüber bei den Gesprächen gewesen seien:

„Also die Gespräche haben geholfen darüber, überhaupt nach dem Rückfall. Also das hat dann schon immer geholfen, dass sie verständnisvoll war und so. Sonst, wenn das jemand anderer mitbekommen hätte, zum Beispiel privat, wäre das ur ‚Trara‘ und so.“ (1D, Absatz 146)

„.... Ich habe hier über alles reden können, hab bei nichts aufpassen müssen, privat aber schon. Da weiß zum Beispiel auch nicht jeder, dass ich eingestellt [Anm.: substituiert] bin, das wissen zwei Leute.“ (1D, Absatz 148)

2D erweitert das Gefühl der Selbstvorwürfe von 1D mit einem weiteren wichtigen Aspekt in der Suchttherapie – der Scham. Auf die Frage, was schwierig in der Therapie in Zusammenhang mit Rückfällen gewesen sei, antwortete 2D:

„Die Scham halt. Ich habe auch nicht... ich habe das schon zehn-, zwölfmal erlebt, wo man sich selbst dann fragt, warum hat der nicht sofort die Wahrheit gesagt... Und es ist wirklich so, wenn man das sozusagen angestellt hat, dann, dann leugnet man das, solange es geht. Obwohl es eh rauskommt und so weiter. Aber trotzdem. Das sind die Suchtkranken, wirklich. Also, ich habe das draußen [Anm.: auf stationärer Therapie] auch erlebt. Mehrere Tage, wo es alle schon gewusst haben, trotzdem noch ‚Nein‘ und so weiter“ (2D, Absatz 85)

Auf die Frage, ob die Therapeutin etwas tun hätte können, um die Scham zu reduzieren bzw. der Klient einen anderen Umgang gebraucht hätte, antwortet 2D:

„Vielleicht hätte sie ja, es vielleicht ein bisschen anders herauskitzeln können, in dem Sinne. Aber ich kann mich ehrlich gesagt, nicht daran erinnern. Das war mir schon unangenehm mit dem Wissen, während sozusagen meines Rückfalls... eben da auch herzukommen, so zu tun, als wäre im Hintergrund alles eh wie immer und eigentlich...dazusitzen, und zu betrügen, sozusagen, die Frau xy anzulügen und so weiter. Aber ja, vielleicht. Aber es hat so und so...jetzt im Nachhinein, deswegen weiß ich nicht, ob das für mich dann anders gewesen wäre. Das wäre kurzfristig unangenehm gewesen, aber...“ (2D, Absatz 87)

Insgesamt bewertet *2D* – ähnlich wie *1D* – die Therapie in Zusammenhang mit Rückfällen als „sehr wichtig, also wirklich sehr wichtig“ (*2D*, Absatz 79) und beschreibt in seiner Aussage, dass er die Tendenz hätte, sich „alles schön zu reden“ (*2D*, Absatz 79). In der Therapie sei es möglich gewesen zu erkennen,

„... Was kann ich jetzt machen. Wie kann ich daraus irgendwie positive Einsichten oder positive Ansätze davon fortsetzen? In dem Sinne...und so weiter. Darüber nachdenken, warum das passiert ist und so weiter. Und wie man das eben verhindern kann in Zukunft.“ (*2D*, Absatz 79)

Auch *3D* bewertet die Therapie als „sehr wichtig“ (*3D*, Absatz 81), betont jedoch auch, dass er nicht wegen der Therapie den Konsum gestoppt hätte, sondern weil er selbst aufhören hätte wollen (*3D*, Absatz 81). *3D* beschreibt außerdem, dass sich sein Alkoholkonsum gesteigert hätte, als er den Drogenkonsum eingestellt hätte. Dieses Phänomen sowie alles rund um das Thema Konsum seien auch wichtige Punkte für ihn in der Psychotherapie gewesen:

„... Das war ein Substitut, würde ich sagen. Also weil ich am Anfang halt dann nichts mehr konsumiert habe, habe ich Alkohol, würde ich sagen, genommen. Einfach, weil das eine legale Droge ist und mir sowieso auch... wo ich nicht abgeneigt bin. Und genau, und das hat dann die Frau xy auch gut gemerkt. Und ich habe es auch jedes Mal angesprochen ...“ (*3D*, Absatz 79).

Insgesamt beschreibt *3D* die Gespräche sowie das Reflektieren in Zusammenhang mit Rückfällen als förderlich (*3D*, Absatz 83). *3D* betont auch, dass es für ihn bei einer Drogentherapie dazugehört hätte und genauso hilfreich gewesen sei, dass man gefragt wird, ob man konsumiert hätte (*3D*, Absatz 89).

4.1.3.2. Beschreibung und Bewertung der Psychotherapie in Zusammenhang mit Rückfällen durch drogenabhängige Klienten mit narzisstischer Komorbidität. 1N bewertet die Therapie in Zusammenhang mit Rückfällen als wichtig und äußert sich folgendermaßen dazu:

„Ja, ich habe es auch jedes Mal gleich zugegeben, weil wozu sollte man lügen und es hat halt mir auch oft geholfen.... Aber mir hat es halt auch geholfen in dem Sinne, weil ich einfach wen gehabt habe zum Reden. Und weil ich auch gewusst habe, das hört sich jetzt vielleicht blöd an aber...also man will es ja nicht nur sich selbst beweisen, sondern man steht ja irgendwann auch blöd da. Mir hilft das zumindest. Wenn mir das nicht gelingt, dann wird es peinlich langsam auch.“ (1N, Absatz 76)

Als besonders wichtig und hilfreich beschreibt der Klient die Konfrontation in der Psychotherapie sowie die vermittelten Inhalte, bspw. Skills, im Umgang mit Rückfällen und Craving:

„... Und auch eben, dass sie mir verschiedene... so Sachen gezeigt hat, die man einfach machen kann, wenn das Craving halt schlimm wird. Ob das jetzt mit dem Gummiring schnalzen oder kalt abduschen oder wie auch immer, oder einfach mal dreimal Rumspringen oder so Sachen halt.“ (1N, Absatz 78)

Neben der Konfrontation und dem Vermitteln von Skills beschreibt der Klient das Finden von Ursachen sowie das damit einhergehende Verstehen von sich selbst als sehr hilfreich:

„... Und eben dass ich meine...also anfange zu lernen, warum ich manche Sachen so mache, wie ich sie mache. Weil viele Sachen denkt man ja doch schon, also weiß man auch von sich selbst, ganz einfach ja. Aber da nochmal noch einen Schritt dahinter zu

schauen, das ist alleine meistens schwer. Und da hat sie mir ja viel geholfen, dass ich weiß, warum ich hier so reagieren, wie ich reagiere.“ (1N, Absatz 82)

Im Gegensatz zu 1N bewertet 2N die Therapie in Zusammenhang mit Rückfällen als „gar nicht wichtig“ (2N, Absatz 86). Seine primäre Motivation für die Therapie sei das Herauskommen aus dem Gefängnis gewesen (2N, Absatz 88). Auch den Schamaspekt und die damit einhergehende Schwierigkeit, dieses Thema einzubringen, erwähnt der Klient:

„Jetzt habe ich zum Beispiel einen Rückfall und aus Scham würde ich nicht so gerne darüber reden. Und ich denke: Ich mache das, es kriegt sich selbst in die Reihe.“ (2N, Absatz 98)

Deutlich äußert 2N auch, dass der Konsum zwar störend für ihn sei, bewertet dies jedoch eher als nebensächliches Thema in seinem Leben. Er gehe davon aus, dass Therapie für Menschen mit einer stärker ausgeprägten Sucht als seine hilfreich sein könne:

„... Ich werde darüber sprechen, aber ob mir das was bringen würde, weiß ich nicht, weil ich ja selbst viel reflektiere. Aber ich schätze mal, bei richtigen Junkies, denen kann das schon helfen. Weil ich weiß, was ich tue. Ich arbeite, ich mache meine Lehre. Ich habe Ziele. Da ist diese Sucht. Ich habe halt ein Nebenthema, was halt störend ist, aber das jetzt nicht unbedingt meinen Weg zerstört.“ (2N, Absatz 100)

2N gibt auf Nachfrage jedoch an, dass er es schon einmal versucht hätte, das Thema einzubringen, es für ihn jedoch nicht hilfreich gewesen sei:

„... Aber es hat mir dann nicht geholfen, als ich darüber gesprochen habe.“ (2N, Absatz 104)

Als Ursache gibt 2N an, dass er die Dinge, die er in der Therapie erfahren oder gehört hätte, durch seine eigene Reflexion schon gewusst hätte oder künftig wissen werde:

„Ich habe gemerkt, dass egal was mir gesagt wird, ich das schon weiß oder halt irgendwo im Kopf habe und ich durch mein Reflektieren ohnehin irgendwann selber darauf komme, aber ich selbst, wenn ich dann darauf komme, es nicht ändere. Ich ändere Dinge, die ich ändern möchte, wann ich es ändern möchte.“ (2N, Absatz 106)

Auch 3N gibt an, dass die Psychotherapie in Zusammenhang mit Rückfällen für ihn nicht wichtig gewesen sei.

„Also sagen wir mal so, die Substanzen, die ich nicht nehmen will, die nehme ich auch nicht. Da bringt mir die Therapie auch nix. Das muss man selber wissen, glaube ich, dass man das macht oder nicht macht. Ich habe halt Glück, dass ich nur Sachen genommen habe oder konsumiert habe, die psychisch abhängig machen wahrscheinlich, nicht körperlich. Ein Vorteil.“ (3N, Absatz 69)

Auf die verallgemeinerte Frage, ob 3N Psychotherapie hilfreich in Bezug auf Konsum und Rückfälle fände, antwortet er, ähnlich wie 2N:

„Für Leute, die drogensüchtig sind, glaube ich schon, dass das hilfreich ist.“ (3N, Absatz 71)

Auf die Frage, ob die Therapeutin etwas tun hätte können, dass er selbst die Therapie mehr für sich nützen hätte können, antwortet 3N ohne weitere Ergänzungen mit „Nein“ (3N, Absatz 75).

4.1.4. Empfundene Wirk- und Störfaktoren in der Psychotherapie

Diese Oberkategorie fasst Aussagen über die empfundenen und angegebenen Wirk- sowie Störfaktoren in der Psychotherapie zusammen.

4.1.4.1. Beschreibung der empfundenen Wirk- und Störfaktoren in der Psychotherapie durch drogenabhängige Klienten mit depressiver Komorbidität.

1D gibt an, dass seine Psychotherapeutin geduldig gewesen sei, er ihr vertraut hätte und sie immer die richtigen Worte gefunden hätte (1D, Absatz 52; 62; 92). Er beschreibt außerdem:

„Ja ich habe mich verstanden gefühlt von ihr, also das hat überhaupt viel ausgemacht. Also ich habe ihr zum Beispiel erzählt, was bei mir los war, von meinen Träumen und so, weil ich habe Alpträume schon lange, und sie hat mir da eigentlich immer ziemlich gut geholfen.“ (1D, Absatz 88)

Als störend oder hinderlich in der Psychotherapie hätte der Klient nichts empfunden (1D, Absatz 152), wenngleich er es als nervig empfunden hätte, manchmal Leute „von früher“ im Wartebereich gesehen zu haben. (1D, Absatz 156) Als positiv betont 1D zudem, dass die Termingestaltung entgegenkommend gewesen sei und somit Ehrlichkeit möglich gewesen sei:

„... Sicher gibt es die Phasen, eben wo ich gesagt habe, wenn man keinen Bock hat, ruft man an, sagt ihr das, und das fand ich auch so toll, also ich habe Sie nicht anlügen müssen. Also das war auch viel. Ich hasse, wenn ich lügen muss.“ (1D, Absatz 202)

Weiters findet Ehrlichkeit Erwähnung in den Schilderungen von 2D:

„.... Aber auch auf ambulanter [Anm.: Therapie] kann es anstrengend sein. So lang man, und das habe ich mir eben geschworen, dass ich mich nicht mehr anlüge. Sondern so, wie es ist, ist es. Und da...dadurch habe ich einige Erfolge, kleine, kleine, persönliche Erfolge erlebt.“ (2D, Absatz 105)

Auch das Behalten von Kontrolle während der Therapie sei für 2D wichtig und hilfreich gewesen:

„.... So ein bisschen, das habe ich generell gerne im Leben, so eine Spur Kontrolle. Das was ich selbst organisiere oder zu dem ich selbst ‚Ja‘ sage, das ist dann alles in diesem Rahmen und so weiter. Überraschungen habe ich nie gerne gehabt. Bei der Arbeit nicht, und so auch nicht.“ (2D, Absatz 121)

Des Weiteren wird die erlebte Kompetenz der Therapeutin sowie die vertrauensvolle Beziehung als förderlich und hilfreich beschrieben. (2D, Absatz 43) Besonders hervorgehoben hat 2D, dass er nie das Gefühl gehabt hätte, bewertet zu werden:

„Ich habe nie das Gefühl gehabt, dass das jetzt jemals sein kann, dass ich da bewertet werde, sondern ich habe das Gefühl gehabt, so wie es ist, so ist es“ (2D, Absatz 47)

2D beschreibt weiter, dass er die Distanz, die eine ambulante Therapie mit sich gebracht hätte, im Gegensatz zu einer stationären Therapie, in der man das Betreuungsteam sowie die eigenen Psychotherapeut*innen viele Stunden pro Tag gesehen hätte, geschätzt hätte:

„.... Aber mir ist das andere schon auch lieber, dieses ambulante. Weil trotzdem eine gewisse Art, ein gewisser Abstand gewahrt wird und so weiter. Und ja, das ist mir zwar nie passiert, aber

draußen auf ambulanter, äh stationärer, hat man schon manchmal das Gefühl gehabt, dass der Psychologe einem auf die Pelle rücken kann. Sagen wir es mal so. Das kann eben da nicht passieren und so weiter ...“ (2D, Absatz 49)

„... Und da auf ambulanter [Anm.: Therapie] kann ich entscheiden, wie intensiv das wird und so weiter und sofort.“ (2D, Absatz 51)

Insgesamt beschreibt der Klient die Therapie als „sehr gut“ und dass die Entscheidung zu einer Therapie die „beste Entscheidung in den letzten zehn Jahren oder noch länger“ gewesen sei (2D, Absatz 103). Der Klient erwähnt außerdem, dass er bei seiner Psychotherapeutin auch immer den Menschen und nicht ausschließlich die Therapeutin gesehen hätte. Dies hätte dazu beigetragen, dass er sich nicht immer als Klient gefühlt hätte (2D, Absatz 59).

Hinderliches oder Störendes in der Psychotherapie hätte es nicht gegeben, er hätte auch nie den Eindruck gehabt, dass ihm die Psychotherapeutin nicht zugehört hätte (2D, Absatz 61).

„... Also es dürfte wirklich nichts geben, weil mir ist nicht einmal irgendwas in Erinnerung geblieben, was mich da gestört hätte.“
(2D, Absatz 77)

3D benennt einige Aspekte, die er als hilfreich in der Therapie erlebt hätte, wie die gegebenen Ratschläge oder die ausgesprochene Empfehlung, einen Arzt zu konsultieren. (3D, Absatz 71) Förderlich beschreibt der Klient außerdem:

„... die vielen Themenbereiche, die angesprochen wurden. Also, dass man auch gehört wird. Die Ratschläge, die man bekommen hat. Gut, förderlich, hilfreich. Ja, die Therapie an sich war gut, war natürlich hilfreich. Und dann eben die Punkte aufzuzeigen.... Aber es waren eben die ganzen Gespräche, die ganzen Reflektionen, die ganzen Ratschläge“ (3D, Absatz 91)

Positiv erwähnt der Klient auch das Zuhören und etwaiges Lob seitens der Therapeutin:

„Ja, es ist natürlich, dass sie gut zuhört, dass sie dir gute Ratschläge gibt. Aber wenn man dann auch mal frustriert ist, dass sie einem einen guten Ratschlag gibt. Ich weiß nicht, auch mal lobt, wenn es irgendwie angebracht ist, das ist natürlich auch gut.“
(3D, Absatz 37)

Als förderlich hätte der Klient empfunden, wenn man im Falle, dass die Chemie zwischen Klient*in und Therapeut*in nicht stimmt, ein Therapeut*innenwechsel möglich gewesen wäre. Er betont jedoch, dass dies bei ihm nicht das Thema gewesen sei (3D, Absatz 125).

Als störenden Aspekt in der Psychotherapie nennt 3D, dass die Räumlichkeiten des Standorts zu Beginn verwirrend gewesen seien, sich dies aber nach ein paar wenigen Besuchen erübrigt und er sich ausgekannt hätte (3D, Absatz 25). Er äußert auch, dass seine Therapeutin mehr Übungen machen hätte können, da die Therapie vorwiegend aus Gesprächen bestand. 3D zieht jedoch die Möglichkeit in Betracht, dass in den therapeutischen Einheiten Übungen ohne seine Kenntnisnahme stattgefunden hätten (3D, Absatz 45). Punktuell hätten die Rahmenbedingungen bzw. die Frequenz der Therapie den Klienten beschäftigt:

„Was ich schon als Negativ beschreiben könnte, ist vielleicht...ich meine, wahrscheinlich ist sie auch total eingedeckt oder sind alle Kollegen hier sehr eingedeckt mit ihrer Arbeit. Als negativ würde ich betrachten.... dass es einem so vorkommt, als hätte man genau so einen Zeit-Slot und das dann relativ knapp, keine Zeit ist. Oder ich meine auch beim Telefonkontakt, auch wenn man SMS schreibt, dass es halt natürlich immer relativ lang braucht sicher, bis die Kollegin am Feierabend dann sozusagen auf eine SMS antworten kann.... aber vielleicht schon, dass ich am Anfang das Gefühl hatte, okay, das ist der Zeit-Slot und dann muss das

alles schnell behandelt, oder dann muss das behandelt sein. Und dann ist eigentlich fast keine Zeit mehr. Das ist vielleicht noch etwas, was in Richtung, also was negativ sein könnte.“ (3D, Absatz 37)

Der Klient erwähnt außerdem, dass er punktuell gerne mehr Termine oder Doppelseinheiten gehabt hätte, wobei er auch anmerkt, dass ihm seine Therapeutin diesbezüglich sehr entgegengekommen sei (3D, Absatz 95; 97; 37). Als störenden Aspekt führt der Klient außerdem die Corona-Zeit an, da während des ersten Lockdowns die Therapie nur telefonisch stattgefunden hätte (3D, Absatz 93).

4.1.4.2. Beschreibung der empfundenen Wirk- und Störfaktoren in der Psychotherapie durch drogenabhängige Klienten mit narzisstischer Komorbidität. 1N beschreibt, dass ihm die regelmäßigen Harntests gutgetan hätten und er generell durch die Therapie auch etwas zu tun gehabt hätte. Auch die Möglichkeit, jede Woche besprechen zu können, was „so abgegangen ist“ und „warum das passiert ist“ bewertet der Klient als Vorteil (1N, Absatz 86). Auch das versuchte Erkennen von Ursachen, das in der Therapie stattgefunden hätte, sowie die Bestätigung durch die Therapeutin im Sinne einer Validierung beschreibt der Klient als hilfreich (1N, Absatz 96-100). Der Klient betont außerdem, dass die Therapeutin die Erste gewesen sei, mit der er alles besprechen hätte können und sie deshalb eine „große Rolle“ (1N, Absatz 108) gespielt hätte.

Auch erwähnt der Klient das Vertrauen, das er bei seiner Therapeutin empfunden hätte:

„... Also an sich vertrau ich ihr. Also ich fühle mich bei ihr in guten Händen, und es fällt mir auch leicht, mit ihr Probleme zu besprechen. Also von dem her, finde ich das ganz gut. Also, ich würde nie auf die Idee kommen zu wechseln oder so. Von dem

her war ich ganz froh oder bin ganz froh, dass ich sie hab eigentlich.“ (1N, Absatz 40)

1N erwähnt auch, dass er es als hilfreich empfunden hätte, dass er der Therapeutin auch einmal bei Bedarf eine SMS schreiben hätte dürfen, wenn es ihm sehr schlecht gegangen wäre – das „Loswerden“ (1N, Absatz 120) hätte er als guttuend empfunden.

Als Kritik äußert der Klient, dass sich die Therapeutin das Gespräch aus der Hand nehmen hätte lassen, was er teilweise als positiv, teilweise als negativ bewertet. Er beschreibt sich außerdem als „Grenzgänger“ (1N, Absatz 122, 48), der „immer schon die Lücken gesucht“ (1N, Absatz 122) hätte und hier weniger Transparenz, bspw. nicht zu wissen, wie lange er negative Harntestresultate für einen positiven Therapieabschluss vorweisen müsse, für ihn hilfreicher gewesen wäre. Gemeint hat 1N damit, dass er erfahren hätte, dass einem positiven Therapieabschluss nichts im Wege stünde, solange er in den letzten Monaten seiner Therapie negative Harnbefunde vorlegen würde. 1N scheint also davon ausgegangen zu sein, dass ein Konsum während der Therapie möglich sei und einen positiven Therapieabschluss nicht ausschließen würde.

2N gibt an, dass die Therapeutin keine eigene Erfahrung mit Drogenkonsum hätte und somit unerfahren und unwissend diesbezüglich sei, dass er jedoch ihr Einfühlungsvermögen geschätzt hätte sowie dass sie verständnisvoll gewesen sei und man ehrlich mit ihr reden hätte können.

„Ich habe trotz allem das Bild, dass das hier eine sehr gute Therapie ist und dass die Leute, mit denen ich jetzt hier schon mal zu tun hatte, Therapeuten, einen echt guten Job machen, sich Mühe geben, einfühlsam sind, Gespräche suchen, selbst wenn der Gesprächspartner keine sucht, obwohl er hier sein soll, um zu sprechen. Also ich höre echt nichts Negatives, außer halt, dass man als Süchtiger von jemandem, der noch nie eine Sucht hatte, schwer Tipps annehmen kann.“ (2N, Absatz 152)

Er beschreibt sie außerdem als nette Frau, die sich Mühe gegeben hätte und ihren Job lieben würde (2N, Absatz 66).

„... Ich schätze mal, dass ich ja auch viel gelernt habe. Hier in der Therapie. Dinge, die ich vielleicht schon wusste, aber ich nicht wahrhaben wollte oder nicht ernst genommen habe.“ (2N, Absatz 156)

2N äußert aber auch, dass er aktuell nur hier sei, weil er hier sein müsste. Er lerne gerne neue Leute kennen, von dem her hätte die Therapie zu Beginn mehr Sinn gemacht:

„Früher vielleicht mehr [Anm.: Sinn gemacht...], als man sich noch nicht so gut kennengelernt hat. Man sich noch nicht kannte. Das Interesse von mir. Ich lerne gerne neue Leute kennen... Und ich erfahre mehr über mich selbst, indem ich viel spreche über mich selbst. Aber da ich jetzt schon lange hier bin, ist es für mich nur noch ein Schleudersitz hierher zu kommen.“ (2N, Absatz 116)

Der Klient bezieht sich in diesem Zusammenhang jedoch auch auf seine Schwierigkeit, sich helfen zu lassen, was ein Hinweis auf eine beginnende Einsichtsentwicklung in seine eigene Problematik sein könnte:

„... Ich denke, ich bin daher ein zu sturer Kopf oder zu eigensinnig, damit ich mir helfen lasse und zu stolz oder zu...ich möchte...ich bin sehr...ich weiß nicht. Vielleicht liegt es an mir, dass mir die Therapien nicht helfen können.“ (2N, Absatz 152)

„... Alle Steine, die hier liegen, habe ich mir selbst hergelegt.“ (2N, Absatz 118)

3N gibt auch an, dass er es als förderlich oder hilfreich erlebt hätte, dass er in einer Psychotherapie eine außenstehende Person für Gespräche hätte:

„... Also ich kann halt mit einem Außenstehenden Sachen besprechen, die mich vielleicht beschäftigen. Auch außenstehende Meinungen hören ...“ (3N, Absatz 77)

Er ergänzt außerdem, dass eine Psychotherapeutin anders rede oder urteile als Freunde, Bekannte oder Eltern (3N, Absatz 79). Auch hätte seine Psychotherapeutin zugehört und ihm das Gefühl gegeben, dass sie sich gut in bestimmte Situationen hineinversetzen könne (3N, Absatz 47). Prinzipiell glaube der Klient, dass er sich der Therapeutin anvertrauen hätte können, wenn er Probleme gehabt hätte (3N, Absatz 128).

Als störend oder hinderlich führt der Klient lediglich die Tatsache des Herkommens an, was als Phänomen des Zwangskontextes verstanden werden kann (3N, Absatz 85).

4.1.5. Therapie in Zusammenhang mit persönlichen Krisen

Diese Oberkategorie fasst Aussagen zusammen, wie die Psychotherapie in Zusammenhang mit persönlichen Krisen beschrieben und bewertet wird.

4.1.5.1. Beschreibung und Bewertung der Psychotherapie in Zusammenhang mit persönlichen Krisen durch drogenabhängige Klienten mit depressiver Komorbidität. 1D gibt an, dass er während der Therapiezeit persönliche Krisen erlebt hätte, welche vor familiäre Thematiken betroffen hätten (1D, Absatz 184). Auf die Frage, welche Aspekte hilfreich oder unterstützend gewesen seien bzw. welche Rolle die Psychotherapie diesbezüglich gehabt hätte, beschreibt der Klient:

„... dass ich halt positiv bleibe und dranbleibe... sie hat die richtigen Worte irgendwie immer gefunden. ... Und weil ich diese Krisen habe überstanden. Normalerweise, wenn ich nicht in Behandlung gewesen wäre, habe ich ganz anderes Verhalten, hätte mich niedergesoffen, abgeschossen [Anm.: Drogen genommen] und sowas. Und ich habe gesehen und gelernt, es

geht auch anders. Man muss damit anders umgehen können. Und das anders überwinden.“ (1D, Absatz 186; 190; 192)

Der Klient sagt weiters:

„... Ohne die Therapie hätte ich das nicht gelernt, glaube ich, also das so zu überwinden, die andere Sichtweise.“ (1D, Absatz 194)

Und:

„... Ich habe mir dann andere Sichten gesehen, von meiner Situation gesehen und dann hat man eine ganz andere Perspektive.“ (1D, Absatz 198)

2D gibt ebenso an, dass er während der Therapiezeit, vor allem zu Beginn der Therapie, persönliche Krisen erlebt hätte (2D, Absatz 93). Auf die Frage, ob die Psychotherapie in diesem Zusammenhang wichtig für ihn gewesen sei, antwortete der Klient:

„Ja, absolut, weil ich kann mir nicht vorstellen, mit wem ich darüber so reden hätte können. Nein, mit niemandem, genau.“ (2D, Absatz 97)

Die Frage, ob er nennen könne, welche Aspekte es gewesen seien, beantwortete der Klient folgendermaßen:

„Ja zum Beispiel, für mich förderlich war, dass kein Thema vorgegeben war. ... Also ich habe einfach anfangen zu reden. Und dann hat sich ein Thema herauskristallisiert. Und das empfinde ich als viel besser als wie Themen jetzt absichtlich durchzukauen oder so.“ (2D, Absatz 99)

Auch 3D gibt an, während der Therapiezeit eine Krise erlebt zu haben, die bei ihm mit der Situation seines Studiums sowie seiner Familie in Verbindung gestanden sei

(3D, Absatz 111). Ob die Psychotherapie bei deren Bewältigung eine Rolle gespielt hätte, beantwortete der Klient folgendermaßen:

„Jein, also ich habe ihr davon erzählt und sie hat es gutgeheißen. Also sie hatte schon eine Rolle [Anm.: Position]. Naja, weil ich mir halt einfach zu viel war. Da konnte sie... natürlich konnte sie helfen. Aber die Entscheidung ist eher von mir ausgegangen“
(3D, Absatz 113)

3D beschreibt, dass er sich im Zuge seiner persönlichen Krise selbst mögliche Konsequenzen überlegt hätte und die bereits getroffene Entscheidung im Rahmen seiner Psychotherapie reflektiert hätte – die Nachbesprechung sowie Reflexion seiner Entscheidung im Rahmen der therapeutischen Einheiten seien Aspekte gewesen, die eine wichtige Rolle gespielt hätten (3D, Absatz 113-115). 3D beschreibt in diesem Kontext auch, dass es bei der von ihm benannten „Konsumkrise“ deutlich anders gewesen wäre – hier hätte die Therapie „Wunder bewirkt“ (3D, Absatz 115).

4.1.5.2. Beschreibung und Bewertung der Psychotherapie in Zusammenhang mit persönlichen Krisen durch drogenabhängige Klienten mit narzisstischer Komorbidität. 1N gibt an, dass er die Situation mit seinen Schlafstörungen als sehr schwierig beschreiben würde. Die Psychotherapie hätte ihm in diesem Zusammenhang gut geholfen:

„Ja, konnte ich auf jeden Fall gut besprechen mit ihr. Mittlerweile ist es auch mit dem Schlafen viel besser. Also, sie hat dann andere Sachen ausprobiert... Und mittlerweile nehme ich halt Trittico, und das hilft mir voll, also das...das war wirklich so ein Hauptproblem von mir, dass ich nie gescheit schlafen konnte.... Und da hat sie mir schon sehr geholfen, ja.“ (1N, Absatz 116)

Bei der Frage, welche Aspekte diesbezüglich geholfen hätten, gibt 1N an:

„Na, indem man einmal geschaut hat, warum das so ist, wie es dazu kommt und was man dagegen tun kann einfach. Ich wollte keine Medikamente nehmen. Und bevor wir das eben gemacht haben jetzt, haben wir jetzt verschiedene Sachen ausprobiert. Also wie ich das jetzt anwenden kann vor dem Schlafen, verschiedene Übungen. Das habe ich alles brav durchprobiert, manche haben besser geholfen, manche gar nicht. Aber so richtig Erfolg hat nichts davon gebracht. Und dann habe ich halt doch auch auf sie gehört und habe halt meine Medikamente ausprobiert und ich muss sagen, dass ich froh bin, dass ich es gemacht habe.“
(1N, Absatz 118)

2N beschreibt, dass er keine persönlichen Krisen oder schwierige Momente gehabt hätte. Er selbst hätte nach der Haft eine Lehre begonnen, dadurch sei es ihm besser gegangen (2N, Absatz 129-138). Die Frage, ob er sich vorstellen könne, dass eine Therapie bei persönlichen Krisen hilfreich sein könnte, verneinte der Klient und antwortete:

„Ich brauche Geld und hier krieg ich keines. Das ist mein einziges Problem.“ (2N, Absatz 140).

Auch 3N gibt an, während der Therapiezeit keine persönlichen Krisen gehabt zu haben (3N, Absatz 97-98).

5. Diskussion

Der Diskussionsteil gliedert sich in vier Bereiche: zunächst sollen aus den zuvor dargestellten Ergebnissen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede des als hilfreich und als hinderlich Erlebten zwischen den beiden Klientengruppen ausgearbeitet und diskutiert werden. Im zweiten Teil sollen weitere Untersuchungsergebnisse dargestellt und Hypothesen beschrieben werden. Im dritten Teil der Diskussion werden die beiden Hauptfragestellungen der vorliegenden Arbeit beantwortet, abschließend beinhaltet der vierte Teil eine Schlusszusammenfassung, Hinweise auf Limitationen der Arbeit sowie einen Ausblick für die therapeutische Praxis.

5.1. Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Klientengruppen

Aufgrund der geringen Anzahl an geführten Interviews mit Klienten sind die Ergebnisse zu den Unterschieden bzw. Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Klientengruppen überschaubar. Im nachfolgenden Teil sollen die gewonnenen Erkenntnisse herausgearbeitet, dargestellt und diskutiert werden.

5.1.1. Gemeinsamkeiten des hilfreich Erlebten – Wirkfaktoren

Zwei Aspekte, die von beiden Klientengruppen als hilfreich und förderlich bei Therapiebeginn genannt wurden, waren die *Druckreduzierung* und *Geduld* seitens der Therapeutin. Sowohl von 1D wurde benannt, dass er es als sehr hilfreich und förderlich empfunden hätte, dass die Therapeutin keinen Druck aufgebaut hätte (1D, Absatz 32) und geduldig gewesen sei (1D, Absatz 62). Auch 1N äußerte es als hilfreich, nicht eingengt worden zu sein (1N, Absatz 18) und dass er mit seiner Therapeutin zu Beginn oftmals über alltägliche Dinge wie „Schuhe“ (1N, Absatz 20) gesprochen hätte, was ebenso als Druckreduktion und Geduld interpretiert werden kann.

Ein weiterer Punkt, der als hilfreich und förderlich für die therapeutische Beziehungsgestaltung erlebt wurde und von beiden Klientengruppen genannt wurde,

war das *Vertrauen in die Therapeutin*. 3D äußerte, dass durch das von der Therapeutin gezeigte Interesse Vertrauen aufgebaut werden konnte (3D, Absatz 17) – beides empfand der Klient als wichtig. Die Wichtigkeit des Vertrauens betonte auch 2D (2D, Absatz 43). 2N wiederum berief sich auf die Verschwiegenheitsverpflichtung der Therapeutin, die dazu beigetragen hätte, dass er sich öffnen hätte können (2N, Absatz 22).

Auch der Aspekt des *Zuhörens durch die Psychotherapeutin* wird von Klienten aus beiden genannten Gruppen als beziehungsförderlich benannt. So geben die Klienten 1D (1D, Absatz 28) und 3D (3D, Absatz 17; 37), die beide der depressiven Gruppe angehören, das Zuhören als wichtigen Punkt an. Aber auch 3N aus der narzisstischen Gruppe gibt an, dass das Gefühl, die Therapeutin hätte zugehört, hilfreich für die Beziehungsgestaltung gewesen sei (3N, Absatz 22).

Auch bei der Frage, ob die *Psychotherapie in Zusammenhang mit Rückfällen* wichtig oder hilfreich gewesen wäre, deckten sich einzelne Angaben gruppenübergreifend. So gab bspw. 1D an, dass die Psychotherapie eine „große Hilfe“ (1D, Absatz 118) gewesen sei. Auch 1N aus der narzisstischen Gruppe beschrieb die Therapie in diesem Zusammenhang als sehr hilfreich für ihn (1N, Absatz 76). Beim Punkt, welche Aspekte als hilfreich erlebt wurden, finden sich durchaus Abweichungen zwischen den Gruppen, wie später bei der Erläuterung der Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nachzulesen ist.

Gruppenübergreifend können somit das vermittelte Interesse, das Vertrauen zur Psychotherapeutin sowie die Möglichkeit zu Reden und das damit erlebte Gefühl, die Therapeutin würde zuhören, als die genannten allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie zusammengefasst werden. Diese, als hilfreich, positiv und unterstützend erlebten Faktoren wirken wenig überraschend, da diese auch in der Literatur, welche sich mit den Wirkfaktoren einer Psychotherapie auseinandersetzt, vorgefunden werden (bspw. Pfammatter et al., 2012; Hermer & Röhrle, 2008). Die Annahme der Autorin, dass es hierbei jedoch Unterschiede zwischen den Klienten mit depressiver und narzisstischer Komorbidität geben würde, konnte durch die Auswertung der geführten Interviews in diesem Punkt nicht bestätigt werden.

5.1.2. Gemeinsamkeiten des hinderlich Erlebten – Störfaktoren

Gruppenübergreifende Gemeinsamkeiten bei den genannten Störfaktoren konnten keine gefunden werden. Wie bereits in der Ergebnisdarstellung deutlich wurde, gibt es insgesamt nur wenige getroffene Aussagen zu möglichen Störfaktoren der Psychotherapie. Die wenigen Störfaktoren, die gefunden wurden, werden im Abschnitt der Unterschiede zwischen den beiden Gruppen erläutert. In einem späteren Teil der Diskussion soll außerdem noch auf mögliche Ursachen diesbezüglich eingegangen werden.

Als schwieriges Gefühl in der Psychotherapie, welches oftmals in Zusammenhang mit Rückfällen genannt wird, gilt die *Scham*. Der Umgang mit dieser wurde von Klienten beider Gruppen als herausfordernd beschrieben. So erwähnen sowohl *2D* (*2D*, Absatz 85) als auch *2N* (*2N*, Absatz 98) die Scham als aufgetretenes Phänomen bei der Rückfallbearbeitung in der Psychotherapie. Aus der Literatur zum Thema Scham und Scham in der Psychotherapie geht deutlich hervor, dass bereits die alleinige Inanspruchnahme einer Psychotherapie, unabhängig von dem Vorhandensein einer Suchterkrankung oder von Rückfälligkeiten, massive Schamgefühle hervorrufen kann – ausgelöst bspw. durch das Gefühl, Probleme nicht selbst lösen zu können oder jemand anderen bei der Bewältigung dieser zu brauchen (Grechenig, 2012; Hilgers, 1996; Yontef, 1999, zitiert nach Grechenig, 2012). Doch speziell bei Suchttherapien begegnet uns das Schamgefühl sehr häufig, unter anderem Wiechelt (2007, zitiert nach Grechenig, 2012) und Kaufman (1996, zitiert nach Grechenig, 2012) widmeten sich in ihren Arbeiten diesem Zusammenhang. Grechenig (2012) zitiert in ihrer Arbeit, die sich ausführlich mit den verschiedenen Aspekten der Scham in der therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen beschäftigt, Wiechelt (2007) und Kaufman (1996) und beschreibt, dass im Laufe der Abhängigkeitsentwicklung die Schamgefühle meist durch den zunehmenden Kontrollverlust hinsichtlich des Substanzkonsums wachsen. Diese Schamgefühle werden wiederum durch den Konsum von Substanzen gedämpft und erträglicher gemacht und so beginnt ein Kreislauf zwischen Scham und Sucht (Wiechelt, 2007, zitiert nach Grechenig, 2012; Kaufman, 1996, zitiert nach Grechenig, 2012).

Büchner (2009) schreibt dazu bspw. von einem verletzten Selbstwertgefühl, welches Scham erzeugen kann und durch die Rückfälligkeit und den damit in Verbindung stehenden Kontrollverlust ausgelöst wurde.

Eine weitere beide Gruppen betreffende Tatsache ist, dass es wenige Aussagen zu den jeweiligen therapeutischen Zugängen und Interventionen gibt. Neben der von den Klienten geschätzten *Reflexionsmöglichkeit* mit ihrer Psychotherapeutin, wurde die Psychotherapie gruppenübergreifend eher als Gesprächstherapie beschrieben, so wie es 2D (Absatz 71) und 2N (Absatz 72) angegeben haben. Speziellere therapeutische Interventionen, wie bspw. Imaginationen, Aufstellungsarbeit, Rollenspiele, Verwenden von kreativen Medien oder Malen, wurde gruppenübergreifend nicht genannt. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass durch die auf Gesprächen basierte Psychotherapie die gesetzten Interventionen innerhalb eines Dialogs vermutlich weniger prägnant sind als die zuvor angeführten Techniken, wie bspw. Aufstellungsarbeiten oder Malen. Die Interventionen im Gespräch könnte deshalb von den Klienten auch schwieriger zu beschreiben oder zu benennen sein – unabhängig von der therapeutischen Schule der Therapeutinnen. Eine weitere Erklärung hierfür könnte sein, dass die Klienten im Therapiegeschehen emotional entweder sehr involviert oder distanziert, oder so mit sich selbst und der Therapiesituation beschäftigt sind, dass sie nicht darauf achten (können), was die Psychotherapeutin genau anwendet und aus diesem Grund auch das Benennen der Interventionen schwerfällt. Berücksichtigt werden muss auch, dass einige Klienten eher therapieunerfahren sind, somit einen eher therapiefernen Hintergrund aufweisen und dadurch auch nicht geübt darin sind, spezielle Techniken zu erkennen und zu benennen.

5.1.3. Unterschiede des hilfreich Erlebten – Wirkfaktoren

Zu den Fragen, die der *therapeutischen Beziehungsgestaltung zu Beginn der Psychotherapie* nachgehen sollten, konnten keine prägnanten Unterschiede erfasst werden. Auffallend ist jedoch, dass von allen drei Klienten aus der depressiven Komorbiditätsgruppe deutlich das *Geben von Tipps oder Ratschlägen seitens der*

Psychotherapeutin als hilfreich und vertrauensbildend benannt wurde und somit in weiterer Folge als Wirkfaktor interpretiert werden kann:

„...mir gute Ratschläge gegeben...“ (1D, Absatz 28)

„...schon Tipps gegeben...“ (2D, Absatz 30)

„...mir gute Ratschläge geben...“ (3D, Absatz 17)

In dieser Deutlichkeit fanden sich keine vergleichbaren Aussagen in der narzisstischen Gruppe. *1N* beschreibt in Zusammenhang mit seiner Schlafproblematik die Psychotherapie als hilfreich, da er sich nach einiger Zeit auf eine Medikation einstellen hatte lassen und dies in der Psychotherapie besprochen worden war. Im Unterschied zu Klienten der depressiven Gruppe formuliert er jedoch nicht ausdrücklich die Rolle seiner Therapeutin durch das aktive Geben von Ratschlägen oder Tipps. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass es für Personen mit einer narzisstischen Persönlichkeitskomponente schwierig zu sein scheint, Ratschläge von außen anzunehmen oder zu befolgen. Dies würde vermutlich wenig zum Gefühl der Selbstwirksamkeit beitragen, also nicht das Gefühl hinterlassen, selbst die Lösung herbeigeführt zu haben, was sich wiederum negativ auf den Selbstwert auswirken kann (Schuster & Springer, 1997; Vater et al., 2013; Walter et al., 2016). Das aktive Nehmen von Medikamenten hingegen beschreibt das unmittelbare Zutun des Klienten – nämlich das Einnehmen – und könnte so das Gefühl der Selbstwirksamkeit steigern, also bestärkend zu dem Gefühl beitragen, selbst die Lösung durch das Einnehmen der Medikation herbeizuführen.

Ein weiterer Unterschied zwischen den Gruppen fällt bei den Fragen zur Psychotherapie in Zusammenhang mit der Rückfallbearbeitung auf. *2D* und *3D* haben die *Gespräche und die Reflexion über das Rückfallgeschehen* als hilfreich beschrieben (2D, Absatz 79; 3D, Absatz 83). Auch *1D* beschreibt die Gespräche über den Rückfall als förderlich (1D, Absatz 146) sowie das *verständnisvolle und einfühlsame Reagieren seiner Therapeutin* (1D, Absatz 114+116). *1D* beschreibt weiter das Zutun seiner Psychotherapeutin bei der Rückfallbesprechung dadurch als sehr hilfreich, als dass sie immer die richtigen Worte gefunden hätte, um ihn wieder aufzubauen (1D, Absatz 136).

1N, welcher der narzisstischen Gruppe angehört, benannte hier das aktive *Vermitteln von Skills in Zusammenhang mit Rückfällen* als hilfreich (1N, Absatz 78), welches wiederum dem Klienten ein Instrumentarium an unmittelbaren Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt und mitgegeben hätte. Klienten aus der depressiven Gruppe beschreiben eher die *Haltung der Psychotherapeutin* und die *therapeutische Beziehung* durch das verständnisvolle, nicht-beurteilende sowie einfühlsame Reagieren als hilfreich und förderlich. Die genannten hilfreichen Gespräche und das Reflektieren des Rückfalls beschreiben nach dem dialogischen Prinzip (Buber, 1984) einen aktiven Part der Therapeutin direkt im Gespräch. Demnach wird ein therapeutisches Gespräch als ein höchst aktiver Vorgang durch aktives Zuhören, aktives Sich-Einfühlen sowie aktives In-Worte-Fassen verstanden (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

Wie an anderer Stelle bereits beschrieben, muss der eher therapieunerfahrene Hintergrund der Klienten und die damit verbundene Ungeübtheit des differenzierten Benennens, bspw. welche Technik oder Intervention angewandt und was exakt daran als hilfreich oder störend erlebt wurde, berücksichtigt werden.

5.1.4. Unterschiede des hinderlich Erlebten – Störfaktoren

Als sehr drastischen Unterschied kann im Gegensatz zu den Aussagen der Klienten aus der depressiven Gruppe, 1D, 2D und 3D, die Äußerung von 2N herangezogen werden, nach der das Sprechen über den Rückfall als überhaupt nicht hilfreich erlebt worden sei (2N, Absatz 104). Allgemeiner formuliert äußern somit sowohl 2N (2N, Absatz 86) als auch 3N (3N, Absatz 69), dass die Psychotherapie generell in Zusammenhang von Rückfällen als nicht wichtig erlebt worden sei. Im Gegensatz zur den Teilnehmern der depressiven Gruppe, die keine Äußerungen dahingehend unternommen haben, beschrieben sowohl 2N (2N, Absatz 86) als auch 3N (3N, Absatz 69), die sich zuvor kritisch gegenüber der Hilfe von Psychotherapie in Zusammenhang mit Rückfällen bei sich selbst geäußert haben, dass Psychotherapie an und für sich bei Personen, die eine größere Suchtproblematik aufweisen würden, durchaus hilfreich sein könnte.

Erklärend muss hier angeführt werden, dass es bei süchtigen Personen sehr häufig Diskrepanzen zwischen der eigenen Wahrnehmung ihre Suchterkrankung betreffend und der Fremdzuschreibung dieser gibt. Wie in der Stichprobenbeschreibung erwähnt ist das Vorliegen einer Suchterkrankung bei Klient*innen mit gerichtlichen Auflagen in der Regel durch eine Gutachtenerstellung bestätigt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass sowohl bei 2N als auch bei 3N eine Abhängigkeitsdiagnose gestellt wurde. Dennoch, und das zeigen die getroffenen Aussagen beider Klienten, verstehen sie sich als nicht oder nur wenig süchtig (2N, Absatz 100) oder als hätten sie mit ihrem eigenen Konsum kein Problem (3N, Absatz 73; Steele, 1988, zitiert nach Herkner, 2001). Das Entwickeln einer realistischen Krankheitseinsicht, das Bearbeiten und Reflektieren der Diskrepanz zwischen Selbstbild bzw. -zuschreibung und Fremdbild sowie das Finden eines adäquaten Umgangs mit der eigenen Erkrankung, können als wesentliche Therapieziele in der psychotherapeutischen Arbeit mit süchtigen Klient*innen verstanden werden.

Bei der Betrachtung der genannten allgemeinen *Störfaktoren der Psychotherapie* fällt auf, dass zwischen den Gruppen die, wenn auch wenig genannten, störenden Aspekte unterschiedliche Bereiche betroffen haben. Während zwei Klienten aus der depressiven Gruppe sagten, dass ihnen nichts Störendes in Erinnerung sei (1D, Absatz 152; 2D, Absatz 61) und die Kritik des dritten Klienten aus der depressiven Gruppe eher dem Setting und nicht der Therapie per se oder der Therapeutin gegolten hat (3D, Absatz 25), äußerten zwei Klienten der narzisstischen Gruppe, 1N und 2N, ihre Kritik direkt an der Therapeutin. 2N empfand ihre Nichterfahrung mit Drogenkonsum als negativ (2N, Absatz 66). Dieser Klient verwendete außerdem eine sehr abwertende Kritik seiner Therapeutin sowie drogenabhängigen Personen gegenüber:

„Ein Junkie würde dir mehr helfen können. Ein Junkie würde dir niemals sagen: Greife zu Tabletten für Gras.“ (2N, Absatz 46)

Erläutert werden soll, dass das Wort „Junkie“ eine Ableitung des englischen Wortes „junk“ darstellt, welches übersetzt „Abfall“ bedeutet. Das Wort „Junkie“ wird in der Umgangssprache abwertend für einen drogenabhängigen Menschen verwendet. Das Zitat von 2N bezog sich darauf, dass der Klient seinen Cannabiskonsum als

Selbstmedikation verstand und entwertet die Empfehlung seiner Therapeutin, stattdessen eine ärztlich verordnete Medikation einzunehmen.

Auch ein weiterer Klient, 1N, aus der narzisstischen Gruppe kritisierte im Gegensatz zu allen depressiven Klienten direkt die Therapeutin, die sich das Gespräch aus der Hand nehmen hätte lassen (1N, Absatz 122).

5.2. Weitere Untersuchungsergebnisse und Hypothesenbildungen

Unterschiede zwischen den Gruppen sind auch bei der Bewertung der *Psychotherapie in Zusammenhang mit persönlichen Krisen* deutlich geworden. Während die Klienten mit depressiver Komorbidität für sie hilfreiche Aspekte benannten – bspw. 1D, der unter anderem die *Perspektivenumkehr und -erweiterung* als unterstützend erlebt hätte (1D, Absatz 198), 2D, der das *Gespräch über die persönliche Krise* als hilfreich beschrieb (2D, Absatz 97) und 3D, der die *Reflexion* der eigenen Entscheidung die Krise betreffend in der Psychotherapie als positiv erlebt hätte (3D, Absatz 113-115), äußerten zwei von drei Klienten aus der narzisstischen Gruppe, dass es während der Therapiezeit gar keine Krisen gegeben hätte (2N, Absatz 129-138; 3N, Absatz 97-98). Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass für Klient*innen mit einer narzisstischen Komorbidität das Eingestehen, eine persönliche Krise zu erleben oder erlebt zu haben, sicherlich schwieriger und kränkender wegen ihres Selbstwertes sein könnte, als für Klient*innen mit depressiver Komorbidität. Die Frage ist außerdem so formuliert, dass eine Beantwortung ausdrücken könnte, dass man auf äußere Hilfe durch die Psychotherapie angewiesen ist oder war – für Personen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung sicherlich abermals eine Herausforderung, sich dies einzugestehen. Umso mehr, so die Vermutung, wenn es sich bei der Interviewerin um eine fremde Person handelt, der gegenüber sie sich zu persönlichen Krisen bekennen und äußern sollen.

Als wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen kann aufgezeigt werden, dass die *Fremdmotivation* bei den Klienten mit narzisstischer Komorbidität deutlich geäußert wurde, während die Klienten mit depressiver Komorbidität während des gesamten Interviews keine Andeutungen dahingehend unternahmen.

Aussagen, wie die von 2N, der sagte, dass er nur noch in die Therapie komme, weil er müsse (2N, Absatz 116) und die von 3N, dass die Tatsache des Herkommens als negativ empfunden werde (3N, Absatz 85), betreffen unmittelbar die Tatsache, dass sich die Therapie um eine gerichtliche Auflage handelt, der sie nachkommen, weil sie es müssen und nicht, weil sie es (aktuell) wollen würden. Mögliche Auswirkungen auf die Untersuchung sowie mögliche Limitationen der Ergebnisse, die der Zwangskontext mit sich bringt, werden zu einem späteren Zeitpunkt in der Diskussion ausführlicher erläutert.

Im Zuge der Interviews ist außerdem aufgefallen, dass es kaum Aussagen über negative oder störende Aspekte zur Person der Psychotherapeutin gegeben hat. Im Gespräch wurde seitens der Interviewerin zwar nach diesen Aspekten gefragt, mangels Aussagen wurde jedoch keine eigene Kategorie dazu gebildet. Die wenigen kritischen Schilderungen der Klienten haben vor allem die Tatsache der Therapieauflage bzw. des Zwangskontextes betroffen – bspw. gab 3N an, dass das Herkommen an und für sich als störend empfunden worden sei (3N, Absatz 85). Wenige Aussagen haben sich auf die Eigenschaften oder Interventionen der Psychotherapeutin bezogen – diese wurden ausschließlich von Klienten aus der narzisstischen Gruppe getroffen.

Die Gegebenheit, dass wenig Negatives oder Störendes über die Psychotherapeutinnen geäußert wurde, kann vielerlei Gründe haben, bspw. könnte interpretiert werden, dass die Therapie vor allem als unterstützend, heilsam oder als etwas Positives erlebt und bewertet wurde, sodass etwaige negative Aspekte derart in den Hintergrund getreten sind bzw. als nicht wichtig bewertet wurden und so von den befragten Klienten nicht mehr wiedergegeben werden konnten.

Eine mögliche Erklärung hierfür könnte aber auch sein, dass die Klienten, die nichts Kritisches geäußert haben, bereits während ihrer Psychotherapie störende Themen oder Eigenschaften angesprochen, bearbeitet und in Folge aufgelöst haben. Bei den Interviews betonen manche Klienten ihre Dankbarkeit gegenüber der Psychotherapeutin und der Psychotherapie. Diese entgegengebrachte Dankbarkeit könnte es den Klienten erschweren, der von ihnen geschätzten Therapeutin negative Bewertungen zuzuschreiben und einer fremden Person gegenüber in einem aufgezeichneten Interview zu äußern. Auch wenn vorab die Verschwiegenheit und

Anonymisierung zugesichert wurde, erscheint es vorstellbar, dass hier Hemmungen bei den Klienten entstehen können.

Ein weiterer Punkt, der mitverantwortlich sein könnte, dass kaum negative Bewertungen der Therapeutin seitens der Klienten ausgesprochen wurden, ist, dass es sich lediglich bei zwei von sechs befragten Klienten um bereits abgeschlossene Psychotherapien handelte. Wenn man berücksichtigt, dass es sich bei dem Therapiesetting um eine gerichtliche Auflage handelt, scheint dieser Punkt durchaus gewichtig. Wie bereits erwähnt, wird in der Regel, wie auch bei den hier befragten Klienten, die Therapieauflage zum Auflagenende seitens der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten bewertet. Jemandem negative Eigenschaften zuzuschreiben oder Störendes gegenüber einer fremden Person zu äußern, die über die eigene Zukunft mitbestimmen kann, könnte riskant wirken und somit lieber vermieden werden. Trotz Betonung der Verschwiegenheit und Anonymisierung sowie der Tatsache, dass die zuständige Therapeutin keinen Zugang zu dem aufgezeichneten Interview hat oder bekommt, fiel bei den Interviews auf, dass diesbezüglich noch einmal nachgefragt wurde oder Unsicherheiten dazu vernehmbar waren, die die Autorin bei den Interviews zwar aufzugreifen und aufzulösen versuchte, was ihr jedoch möglicherweise nicht gänzlich gelang. Bedacht und mitberücksichtigt werden sollte auch, dass es sich bei den befragten Personen um eine Klientel handelt, für die es aufgrund ihrer Geschichte und oft schlechten Erfahrungen mit Polizei und Justiz – bspw. durch Telefonabhörungen oder verdeckten Ermittlern – meist schwierig ist, Vertrauen zu fassen und deshalb Äußerungen oder Zusagen vom Gegenüber verständlicherweise nicht immer geglaubt werden. So bleibt oftmals eine Vorsicht, die, wenn man den Eindrücken der Autorin nach jahrelanger Arbeit in diesem Bereich Glauben schenken möchte, oft stärker ausgeprägt zu sein scheint, als bei Menschen, die keine derartigen Erfahrungen gemacht haben. Diese Eindrücke decken sich auch mit den Schilderungen von Röser und Votsmeier (1999), die beschreiben, wie durch die Biografie der betroffenen Personen, die oftmals Missbrauch, Misshandlungen, Vernachlässigungen und andere Traumatisierungen beinhaltet, das extreme Misstrauen von drogenabhängigen Personen allen Menschen gegenüber begründet wird.

Erwähnenswert scheint auch die Tatsache, dass die meisten der befragten Klienten die Autorin bzw. Interviewerin zumindest von Begegnungen im Wartebereich

der Einrichtungsräumlichkeiten kannten und somit klar war, dass sie Teil des Teams und somit eine unmittelbare Kollegin der für sie zuständigen Psychotherapeutin ist. Auch dies könnte ein zusätzliches Vertrauenshindernis darstellen.

Selbstverständlich, wenn auch unrealistischerweise, bestünde auch die Möglichkeit, dass es schlichtweg keine negativen, störenden oder hinderlichen Aspekte bei der Psychotherapeutin gegeben hat.

5.3. Beantwortung der Forschungsfragen

Kurz können die beiden Hauptfragestellungen, ob es Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten bei dem als hilfreich oder hinderlich Erlebtem zwischen drogenabhängigen Klienten im Zwangskontext mit depressiver oder narzisstischer Komorbidität gibt, mit Ja beantwortet werden, wenngleich die von der Autorin angenommenen Unterschiede zwischen diesen beiden Klientengruppen, gerade was den Therapiebeginn oder die Bearbeitung von persönlichen Krisen angehen, nicht bestätigt werden konnten.

Somit können folgende **Gemeinsamkeiten** zwischen den beiden Gruppen zusammengefasst werden:

Sowohl die Klienten mit depressiver Komorbidität als auch die Klienten mit narzisstischer Komorbidität haben zu Therapiebeginn die *Geduld* seitens der Therapeutin sowie *wenig Druck* und das *aktive Zuhören* als hilfreich und positiv erlebt.

Als allgemeine Wirkfaktoren wurden von beiden Gruppen das *Interesse der Therapeutin*, das *Vertrauen der Klienten zu ihrer Psychotherapeutin* sowie die *Möglichkeit des Redens* benannt.

In *Zusammenhang mit der Rückfallbearbeitung* empfanden Klienten aus beiden Gruppen die *Psychotherapie* als *hilfreich*.

Der prägnanteste **Unterschied** zwischen den beiden Gruppen wurde bei der Frage nach persönlichen Krisen festgestellt: Während die Klienten aus der depressiven

Gruppe die Therapie als gute Unterstützung erlebten, gaben zwei von drei Klienten aus der narzisstischen Gruppe an, gar keine persönlichen Krisen gehabt zu haben. Spannend wäre an dieser Stelle die Einschätzung der Psychotherapeutin gewesen, da die Selbst- und Fremdeinschätzung besonders bei Suchtklienten oftmals weit auseinander liegen.

5.4. Limitationen und Ausblick

Bei zusammenfassender Betrachtung der Einzelergebnisse wird deutlich, dass selbstverständlich die Auswahl der Klienten, vor allem aber auch das Setting, in dem die Therapie stattfindet (Therapie aufgrund einer gerichtlichen Auflage), eine gewichtige Rolle – vermutlich sogar eine noch gewichtigere als zuvor angenommen – spielt. Besonders deutlich wird dies, wenn man jene Ergebnisse betrachtet, welche die Unterschiede der beiden Gruppen zeigen, nach denen die Fremdmotivation bei den Klienten mit narzisstischer Komorbidität deutlich benannt wurde, während diese von den Klienten mit depressiver Komorbidität keine Erwähnung fand.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung können aufgrund der Befragung von Klienten aus dem Zwangskontext für die allgemeine therapeutische Arbeit somit als eingeschränkt übertragbar betrachtet werden. Da die österreichische Rechtslage den Besitz, Konsum sowie die Weitergabe von Drogen als illegal bestimmt, geht Drogenabhängigkeit meist mit Kriminalität einher, die zwangsläufig durch die Beschaffung von Drogen entsteht. Es ist also nicht die Suchterkrankung, die zur Kriminalität führt, sondern die gesetzlichen Verbote bestimmter Substanzen führen aufgrund von Beschaffungsnot zur Kriminalisierung von betroffenen drogenabhängigen Personen. Wenngleich sich eine Vielzahl von (drogen)abhängigen Personen auch ohne gerichtliche Auflage in ein therapeutisches Setting begeben und sich somit mehr oder weniger freiwillig einer Therapie unterziehen, finden viele Therapien von drogenabhängigen Klient*innen in Form einer gerichtlichen Auflage statt. Es fanden sich zwar keine aktuell veröffentlichten Daten hierzu, einen Eindruck dazu geben allerdings die institutionsinternen Zahlen, nach denen im ambulanten Bereich der Suchttherapieeinrichtung etwa dreiviertel der Therapien ohne, sowie ein Viertel der

Psychotherapien mit gerichtlicher Auflage stattfinden. Beschränkend muss angeführt werden, dass diese Daten als nicht repräsentativ für andere Einrichtungen angenommen werden können. Ergänzt werden soll außerdem, dass gerichtliche Weisungen bzw. Auflagen auf dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ beruhen. Dieser Grundsatz versucht dem Verständnis von Sucht als Krankheit gerecht zu werden und versteht drogenabhängige Menschen nicht nur als kriminelle Menschen, sondern vorwiegend als Personen, die unter der Krankheit Drogenabhängigkeit leiden, welche medizinische und therapeutische Behandlung sowie psychosoziale Betreuung bedarf.

Auch muss auf die verminderte Vertrauensfähigkeit der Klienten sowie einer möglichen Befangenheit aufgrund deren Biografie, die häufig traumatisierende Lebenserfahrungen aufweist (Wieland & Klein, 2018; Schäfer et al., 2016), hingewiesen werden. Die Kriminalisierung aufgrund von Beschaffungsnotwendigkeit der Drogen sowie der damit einhergegangenen, oft schlechten Erfahrungen mit Polizei und Justiz müssen ebenso mitbedacht werden. Zusätzlich stellt die vorhandene Berichtspflicht über die Klient*innen, die als eine Bewertung der eigenen Leistung verstanden werden kann, einen wesentlichen Faktor dar.

Auch der Status der Therapie (abgeschlossen oder noch laufend) könnte zu einer möglichen beschränkten Offenheit bezüglich der Antworten der Klienten beigetragen haben. Der Einfluss des Therapiestatus wurde bei der Untersuchungsplanung als unwesentlich angenommen. Wie sich bei der Durchsicht der Ergebnisse jedoch vermuten lässt, könnte auch dieser einen größeren Beitrag in puncto Offenheit der Klienten gehabt haben.

Als Limitation kann auch die Zuteilung der Klienten zu den Komorbiditätsgruppen angeführt werden, da diese nicht auf ICD-10 basierten Diagnosen beruhte, sondern aufgrund der subjektiven Einschätzung der zuständigen Psychotherapeutin geschah. Anzumerken ist jedoch, dass es nicht bedeutet, dass keine Diagnosen im Sinne des ICD-10 gestellt hätten werden können. In der Institution, in der die befragten Klienten behandelt wurden bzw. werden stellt dies jedoch kein automatisiertes Prozedere dar. So werden im Laufe der Therapie ersichtliche zusätzliche Störungen, zunächst meist ausschließlich von der behandelnden Psychotherapeutin bzw. dem behandelnden

Psychotherapeuten, erkannt und verwaltet sowie etwaige notwendige zusätzliche Anbindungen, bspw. an die Medizin, unternommen.

Erwähnenswert scheint auch die Tatsache, dass jener Teil der Therapien der Klienten, der während des ersten Lockdowns im März 2020 stattfand, telefonisch abgehalten wurde. Die Zahl der telefonischen Einheiten war im Vergleich zur Gesamtzahl aller stattgefundenen Therapieeinheiten bis zum Zeitpunkt des Interviews gering und betraf drei der insgesamt sechs befragten Personen – die anderen drei wurden bereits vor dem ersten Lockdown interviewt. Einer der drei zu einem späteren Zeitpunkt interviewten Klienten, 3D, erwähnte den Umstand der Telefontherapie als störend. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass diese Tatsache sich auf seine Gesamttherapieerfahrung ausgewirkt haben könnte.

Neben diesen Schilderungen, die bei der Ergebnisbetrachtung berücksichtigt werden sollen, kann auch die Menge der geführten Interviews mit drei pro Gruppe als eher gering und somit beschränkend angenommen werden. Außerdem ist die Stichprobe, mit den Attributen drogenabhängig und im Zwangskontext befindlich, eher spezifisch – interessant wäre ergänzend eine Untersuchung von Personen, die sich in Psychotherapie ohne gerichtliche Auflage befinden. Um die Sichtweisen der Klienten und deren Psychotherapeutinnen gegenüberstellen und vergleichen zu können, wäre eine nach einem ähnlichen Interviewleitfaden durchgeführte Befragung der zuständigen Therapeutinnen eine spannende Ergänzung.

Zu den verfügbaren wissenschaftlichen Quellen muss insgesamt gesagt werden, dass sich zwar einiges zu den einzelnen Themenkomplexen, bspw. Abhängigkeit, Narzissmus oder Depression finden lässt, Arbeiten, welche hier untersuchten Aspekte übergreifender behandeln, ließen sich nach ausführlicher Recherche jedoch nicht finden. Publikationen zum Thema Zwangskontext gibt es zwar durchaus, beachtet werden muss bei diesen allerdings, dass eine Vielzahl davon andere berufliche Kontexte als das psychotherapeutische Arbeitsfeld beschreiben, wie bspw. „Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen“ von Gumpinger (1999), oder „Soziale Arbeit im Zwangskontext“ von Zobrist und Kähler (2017) – beide Publikationen haben eher, wie es der Titel schon benennt, Sozialarbeiter*innen als Zielgruppe definiert.

Ein Werk, welches sich direkt der Psychotherapie und dem Zwangskontext widmet, ist „Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden?“ von Marie-Luise Conen und Gianfranco Cecchin (2016), die darin die Besonderheiten von Therapie und Beratung in Zwangskontexten darstellen. Ein weiteres der gefundenen Beispiele ist die Diplomarbeit von Hofstadler (2012), die über die Möglichkeiten und Grenzen personenzentrierter Psychotherapie im Zwangskontext schreibt sowie die Publikation von Do Warta (bspw. Warta, 2004). Die psychotherapeutische Literatur zum Zwangskontext lässt sich jedoch insgesamt als eher überschaulich beschreiben.

Ein Grund, weshalb im sozialarbeiterischen Kontext mehr Literatur zu finden ist als im psychotherapeutischen, könnte sein, dass die Sozialarbeit in vielen Bereichen auf Zwangskontexten beruht und oftmals einen erzieherischen oder kontrollierenden Auftrag hat, bspw. in der Bewährungshilfe oder beim Jugendamt. Die Psychotherapie beruht auf Freiwilligkeit, weshalb auch die psychotherapeutische Arbeit im Zwangskontext ein kleines, sehr spezifisches Feld darstellt.

Wie eingangs beschrieben, war das Anliegen der Autorin, drogenabhängige Klient*innen individueller und über die Erstdiagnose hinausgehend zu betrachten, vor allem auch, wenn es Komorbiditätsdiagnosen gibt. Dieses Anliegen wurde erfüllt und es wird durch das Heranziehen der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, welche die Sinnhaftigkeit von individuellem Vorgehen verdeutlichen sollen, unterstrichen. Mit Sicherheit gibt es noch viel Bedarf an wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit den bereichsübergreifenden Phänomenen der Suchterkrankung und damit einhergehenden Empfehlungen zu den individuellen Handlungsmöglichkeiten. Den Ergebnissen dieser Arbeit nach zu urteilen, können die hier behandelten Zweitdiagnosen ausschlaggebend für unterschiedlich empfundene Wirk- bzw. Störfaktoren der Therapie sein und stehen somit unmittelbar mit den als hilfreich bzw. störend empfundenen Zugängen und gesetzten Interventionen in der Psychotherapie in Verbindung.

Die vorliegende Arbeit sollte ein Anstoß für eine weitere Zuwendung zu diesem Thema sein. Außerdem scheint sich die Tatsache der Fremdmotivation zu einer Therapie mittels einer gerichtlichen Auflage bei bestimmten Klienten, in dieser Arbeit bei den Klienten aus der narzisstischen Gruppe, unmittelbar auf die empfundene Wirksamkeit, die Offenheit innerhalb der Therapie und generell auf die Psychotherapie

per se sowie auf die damit einhergehende Therapiemotivation auszuwirken. Es gibt somit in der täglichen Praxis sicherlich den Bedarf, genauer zu berücksichtigen, wie die unterschiedlichen Klienten mit der Tatsache einer Therapieaufgabe zurechtkommen und gegebenenfalls zu versuchen, diesem Hemmnis bestmöglich in den therapeutischen Einheiten zu begegnen. Eine vertrauensvolle geduldige Therapeutin bzw. ein vertrauenswürdiger geduldiger Therapeut, die bzw. der wenig Druck ausübt, aktiv zuhört sowie Interesse am Gegenüber vermittelt und einen Raum für ein Gespräch schafft, wurde jedenfalls von beiden Klientengruppen als förderlich und positiv für den Therapieprozess beschrieben.

6. Literaturverzeichnis

- Abram, A. (2013). *Gestalttherapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Bardeau, D. F. K. (2015). *Die Integrative Gestalttherapie in der Suchttherapie. Wirksame Haltungen in der Psychotherapie von suchtkranken Menschen im Kontext spezifischer Störungsbilder*. Saarbrücken: AV Akademikerverlag.
- Bierhoff, H-W. & Herner, M. J. (2009). *Narzissmus – die Wiederkehr*. Bern: Hans Huber.
- Buber, M. (1984). *Das dialogische Prinzip*. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Büchner, U. (2009). Der Rückfall im diagnostischen und therapeutischen Prozess. In K. W. Bilitza (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis* (S. 179-190). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Conen, M. & Cecchin, G. (2016). *Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung mit unmotivierten Klienten und in Zwangskontexten*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Deutsches Bundesministerium für Gesundheit. (2019). *Drogen- und Suchtbericht 2019*. Berlin. https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2019/2019_IV.Q/DSB_2019_mj_barr.pdf
- Dilling, H. (2002). *Lexikon zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen*. Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hogrefe.

- Dudenredaktion (o.J.). *Zwang*. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Zwang>
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen* (6. Auflage). Weinheim: Beltz Verlags-Union.
- Gahleitner, S. B., Schmitt, R. & Gerlich, K. (Hrsg.). (2014). *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision*. Coburg: ZKS.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe K. (2005). (Wie) Kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4-11.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grechenig, K. (2012). *Aspekte der Scham in der therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen*. Masterthesis, Donau-Universität Krems, Krems.
- Griebler, R., Winkler, P., Gaiswinkler, S., Delcour, J., Juraszovich, B., Nowotny, M., ... & Schmutterer, I. (2017). *Österreichischer Gesundheitsbericht 2016*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Gumpinger, M. (1999). *Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen*. Linz: Edition Pro Mente.
- Haug, A., Keck, M. E., Peiler, P. & Ahrens, B. (2012). Affektive Störungen. In H. J. Freyberger, W. Schneider, R. D. Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin*. (S. 181 –216). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Herkner, W. (2001). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. Bern: Huber.

- Hermer, M. & Röhrle, B. (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1. Allgemeiner Teil*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Hilgers, M. (1996). *Scham. Gesichter eines Affekts*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hofstadler, J. (2012). *Personenzentrierte Psychotherapie im Zwangskontext- Möglichkeiten und Grenzen*. Diplomarbeit, Universität Wien, Wien.
- Holzer, C. (2020). *Besondere Herausforderungen und Wirkfaktoren in der psychotherapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen aus Sicht Integrativer Gestalttherapeut*innen*. Master-Thesis, Donau Universität Krems, Krems.
- Horvath, I., Anzenberger, J., Busch, M., Gaiswinkler, S., Schmutterer, I. & Berger, S. (2020). *Bericht zur Drogensituation 2020*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Iffland, B., Brähler, E., Neuner, F., Häuser, W., & Glaesmer, H. (2013). Frequency of child maltreatment in a representative sample of the German population. *BMC public health*, 13, 980. <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-980>
- Katzenbeisser, C. (2018). *Bewegungstherapeutische Maßnahmen in der stationären Rehabilitation von Depression in Österreich*. Masterarbeit, Medizinischen Universität Graz, Graz.
- Kernberg, O. F. (2009). *Narzißmus, Aggression und Selbstzerstörung – Fortschritte in der Diagnose und Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

- Kuntz, H. (2007). *Sucht - Eine Herausforderung im therapeutischen Alltag*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lieb, R. & Isensee, B. (2007). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen* (S. 27-58). Bern: Huber.
- Loeber, S., Dinter, C., & Mann, K. (2011). Psychotherapie von Patienten mit Depression und Abhängigkeitserkrankung. *Sucht*, 57, 373-381.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Moggi, F. (2007). *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. Bern: Huber.
- Möller, H. J., Laux, G. & Deister, A. (2015). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Nausner, L. (2004). Anthropologische Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie. In Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L. & Wildberger, E. (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 37-53). Wien: Facultas.
- Paeßens, D. (2004). *Komorbidität bei Studierenden: Eine empirische Analyse zu problematischem Substanzkonsum und psychischen Störungen im Studium*. Diplomarbeit, Katholische Fachschule Nordrhein-Westfalen, Nordrhein-Westfalen.
- Payk, T. (2007). *Psychopathologie. Vom Symptom zur Diagnose*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. (1979). *Gestalttherapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Pfammatter, M. & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 1, 67-76.
- Pfammatter, M., Junghan U. M. & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie*, 17, 17-31.
- Pinel, J. & Pauli, P. (2007). *Biopsychologie*. München: Pearson Studium.
- Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit (2013). *Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung. Tagungsband zum Workshop 2012*.
https://jasmin.goeg.at/386/1/Psychotherapieforschung.%20Wissenschaftliche%20Beratung%20und%20Vernetzung%207_11.pdf
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA). *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Ritter, K. & Lammers, C. H. (2007). Narzissmus – Persönlichkeitsvariable und Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 53-60.
- Ritter, K., Vater, A., Rüscher, N., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Fydrich, T., Lammers, C. H. & Roepke, S. (2014). Shame-prone self concept in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 215, 429-437.
- Röser, U. & Votsmeier, A. (1999). Gestalttherapie in der Behandlung von Suchtkranken am Beispiel der Drogenabhängigkeit. *Gestalttherapie*, 1/1999, 57-78.

- Schäfer, I., Barnow, S., Pawils, S. & CANSAS Study Group. (2016). Substanzbezogene Störungen als Ursache und als Folge früher Gewalt. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59, 35-43.
- Schay, P. & Sichau, F. (2013). Integrative Arbeit mit suchtmittelkonsumierenden und -abhängigen Jugendlichen im Strafvollzug. In P. Schay, I. Lojewski & F. Siegele (Hrsg.), *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie – Methode – Praxis der sozialen und medizinischen Rehabilitation* (S. 35-50). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Schuster, P. & Springer-Kremser, M. (1997). *Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie*. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Springer, A. (2007). *Drogen und Drogenmissbrauch. Information zur Gesundheitsförderung*. Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur.
- Staemmler, F. (2009). *Was ist eigentlich Gestalttherapie? Eine Einführung für Neugierige*. Bergisch-Gladbach: EHP-Verlag Andreas Kohlhage.
- Vater, A., Roepke, S., Ritter, K. & Lammers, C. H. (2013). Narzisstische Persönlichkeitsstörung. Forschung, Diagnose und Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 58, 599-615.
- Vidakovic, I., Zeleskov, J., Roubal, J., van Baalen, D., Francesetti, G. & Wimmer, B. (Hrsg.), (2014). *Professionelle Kompetenzen und qualitative Standards: Spezifische Kompetenzen von GestalttherapeutInnen*. http://www.eagt.org/joomla/images/PDF/Competencies/Comptetences_EAGT_German.pdf
- Votsmeier-Röhr, A. & Wulf, R. (2017). *Gestalttherapie* (E-Book). München: Ernst Reinhardt.

- Walter, M., Dammann, G., Wiesbeck, G. A. & Klapp, B. F. (2005). Psychosozialer Stress und Alkoholkonsum. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 73, 517-525.
- Walter M. & Wiesbeck G. A. (2009). Pharmakotherapie von Abhängigkeits- und Entzugssyndromen. *Therapeutische Umschau*, 66, 449-457.
- Walter, M., Sollberger, D., & Euler, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen und Sucht*. Kohlhammer Verlag.
- Walter, M. & Gouzoulis-Mayfrank E. (2019). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen: Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Kohlhammer Verlag.
- Warta, D. (2004). Therapie im Strafvollzug. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 393-410). Wien: Facultas.
- Weigl, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Schmutterer, I., Strizek, J. & Tanios, A. (2017). *Bericht zur Drogensituation 2017*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Wieland, N., & Klein, M. (2018). Substanzbezogene Störungen und traumatische Erfahrungen in der Kindheit. *Suchttherapie*, 19, 66-75.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). Depressive Erkrankungen. In Robert Koch Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 51*. Berlin.
- Witzel, A. (1985). Das Problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Weinheim: Beltz.
- https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/563/ssoar-1985-witzel-das_problemzentrierte_interview.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders.*

Global Health Estimates. Genf: WHO Document Production Services.

Zobrist P., & Kähler H. D. (2017). *Soziale Arbeit in Zwangskontexten: Wie unerwünschte*

Hilfe erfolgreich sein kann. München: Ernst Reinhardt Verlag.

NICHT PUBLIZIERTE ARBEITEN:

Fitzthum, N. (2018). *Hilfreiche Aspekte der Integrativen Gestalttherapie in der*

Suchtarbeit im Zwangskontext. Zwischenarbeit, Donau Universität Krems, Krems.

<http://www.gestalttherapie.at> (im Mitgliederbereich)

7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Überblick der Untersuchung Seite 30

Tabelle 2. Beschreibung der Interviewteilnehmer..... Seite 35

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Schematische Darstellung des Untersuchungsablaufs..... Seite 38

Abbildung 2. Das Kategoriensystem Seite 42

9. Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|--|
| Anm. | Anmerkung |
| bspw. | beispielsweise |
| bzw. | beziehungsweise |
| ca. | cirka |
| EAP | European Association for Psychotherapy (übersetzt: Europäische Vereinigung für Psychotherapie) |
| EMCDDA | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (übersetzt: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) |
| ICD-10 | Internationale Klassifikation psychischer Störungen 10 |
| o.J. | ohne Erscheinungsjahr |
| PTBS | Posttraumatische Belastungsstörung |
| S. | Seite |
| WHO | World Health Organization (übersetzt: Weltgesundheitsorganisation) |
| z.B. | zum Beispiel |

10. Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden:

I. Einleitung:

Im Rahmen meiner Forschungsarbeit sammle ich Erfahrungen von Klient*innen mit Psychotherapie. Dabei interessieren mich alle Aspekte, die Ihnen wichtig erscheinen oder Ihnen besonders in Erinnerung geblieben sind, egal ob diese positiv oder negativ sind. Nichts was Sie sagen kann „falsch“ sein. Ich möchte Sie bitten, zu den folgenden Themen möglichst ausführlich zu erzählen, was Sie persönlich erlebt und erfahren haben.

Wie zuvor im Rahmen der Einverständniserklärung angeführt werden Ihre Daten anonymisiert und streng vertraulich behandelt. Ihre Angaben werden auch nicht mit Ihrer Psychotherapeutin in Verbindung gebracht, auch Ihre Psychotherapeutin erhält Ihre Angaben nicht.

II. Demographische Daten:

- Klient*innencode _____
- Geschlecht/Alter _____
- Komorbidität: _____
- Psychotherapeutin _____
- Datum: _____

- Sind Sie aktuell noch in Behandlung beim Verein***? Wie lange sind/waren Sie in Behandlung beim Verein***? Waren Sie davor schon einmal in Psychotherapie?

Ich bitte Sie, die nächsten Fragen ausschließlich auf die zuletzt stattgefundene Behandlung beim Verein*** zu beziehen.

III. Therapiebeginn und therapeutische Beziehungsgestaltung zu Therapiebeginn:

- Können Sie sich noch an den Start Ihrer Psychotherapie erinnern? Können Sie mir diesen beschreiben? Können Sie etwas erzählen, wie Sie Ihre Psychotherapeutin zu Beginn wahrgenommen haben? Wie waren für Sie die ersten Begegnungen/Therapiestunden? Was fühlte sich gut/was nicht so gut an?

IV. Therapeutische Beziehung, therapeutische Zugänge/Interventionen:

- Wie würden Sie insgesamt die therapeutische Beziehung zu Ihrer Therapeutin beschreiben?
- Was waren/sind wesentliche Eigenschaften Ihrer Psychotherapeutin, die Sie schätzen/schätzten?
- Können Sie sich an Interventionen/Übungen erinnern, die Sie als hilfreich erlebten? Welche waren das? Können Sie sich an Interventionen/Übungen erinnern, die Sie als störend/hinderlich erlebten? Welche waren das?

V. Therapeutischer Prozess in Zusammenhang mit etwaigen Rückfällen:

- Gab es während Ihrer Behandlung Rückfälle? Wie wichtig war in diesem Zusammenhang die Psychotherapie für Sie? Was erschien Ihnen diesbezüglich in der Psychotherapie wichtig, was war eventuell hinderlich/störend?

VI. Wirkfaktoren in der Psychotherapie/störende oder problematische Aspekte in der Psychotherapie:

- Insgesamt betrachtet, was fanden/finden Sie hilfreich/förderlich/gut in Ihrer Psychotherapie?
- Welche Aspekte der Psychotherapie waren/sind problematisch oder störend? Was hätten Sie sich anders gewünscht bzw. was wünschen Sie sich anders?
- Was blieb Ihnen insgesamt betrachtet in Ihrer Psychotherapie (bis jetzt) am meisten in Erinnerung? Können Sie genauer beschreiben, warum dies in Erinnerung blieb? War dies eher positiv oder negativ für Sie? Welche Rolle hatte dabei Ihre Psychotherapeutin?

VIII. Therapieprozess in Zusammenhang mit Krisen

- Gab es während Ihrer Therapiezeit einmal eine persönliche Krise? Wie wichtig war in diesem Zusammenhang die Psychotherapie für Sie? Was erschien Ihnen diesbezüglich in der Psychotherapie wichtig, was war eventuell hinderlich/störend?

IX. Nachfragen

- Gibt es abschließend noch etwas, das Sie mir zu Ihrer Psychotherapieerfahrung bei Ihrer Therapeutin mitteilen wollen?

Anhang 2: Einverständniserklärung Interview

**Einwilligungserklärung
zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten**

Forschungsthema: Erfahrungen mit Psychotherapie

Interviewerin: Mag.^a Fitzthum Nicole
Klinische und Gesundheitspsychologin
Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision

Interviewdatum: _____

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend von der Interviewerin oder von Mitarbeiter*innen der Interviewerin in Schriftform (Transkription) gebracht.

Die transkribierten Daten werden anonymisiert. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen können, verändert oder aus dem Text entfernt.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview abzubrechen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückzuziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, an einem Interview zu dem oben angeführten Forschungsthema teilzunehmen.

ja nein

Vorname; Nachname in Druckschrift

Ort, Datum, Unterschrift

Anhang 3: Exemplarischer Auszug einer Interview-Transkription von 2D

77. K: Nein überhaupt nicht, nein. Also es dürfte wirklich nichts geben, weil mir ist nicht einmal irgendwas in Erinnerung geblieben, was mich da gestört hätte...
78. I: Okay. Der nächste Punkt wären eben Rückfälle gewesen. Die Frage, ob es Rückfälle gegeben hat, das haben Sie schon vorweggenommen. Wie wichtig glauben Sie war denn in Zusammenhang der Rückfallbearbeitung die Psychotherapie für Sie?
79. K: Sehr wichtig, also wirklich sehr wichtig. Ich hatte auf der stationären keinen Rückfall. Das war ein geschützter Rahmen, aber nicht nur deswegen, alleine schon meine Konsumgeschichte ist so, dass ich in Gesellschaft kaum Gefahr laufe, einen Rückfall zu haben. Erst eben dann später, wo ich alleine war. Und das Leben alleine gelebt habe und so weiter. Ja, das war dann so ein klassischer Rückfall, ein bisschen mehr Geld bekommen auf einmal, und ja, ich wollte das einfach glaube ich in dem Augenblick. Und gleichzeitig der Gedanke auszutesten, was da jetzt so beim ~~xy~~ [Anm.: Name der Institution] eigentlich passiert, wenn ich... in der Annahme eben, mit einem positiven Ham wird schon nichts passieren. Also alles schön geredet sozusagen. Und für mich im Nachhinein war das sehr wichtig, absolut. Weil ja das war dann, eh klar, ein Hauptthema, aber nicht nur: „Okay, Rückfall“, sondern was kann ich jetzt machen. Wie kann ich daraus irgendwie positive Einsichten oder positive Ansätze davon fortsetzen? In dem Sinne, und so weiter. Darüber nachdenken, warum das passiert ist und so weiter. Und wie man das eben verhindern kann in Zukunft.
80. I: Die nächste Frage wäre gewesen, was wichtig war, wenn Sie sagen, die Therapie war eben wichtig in diesem Zusammenhang – was wichtig war in der Psychotherapie. Ich hab da so gehört... Warum ist es gewesen? Was kann man denn tun? Und das Hinterfragen und Reflektieren sozusagen. Haben Sie da noch irgendwelche Anmerkungen...?
81. K: Es war wirklich... ich hab leider drei Haftaufenthalte gebraucht, dass ich darauf komm': „Okay, jetzt muss sich etwas ändern. Ich muss eine Therapie machen.“ Ich habe zwei Jahre vor meiner Entscheidung zur Therapie, hatte ich schon das Gefühl, ich sollte eigentlich, aber da ist mir eine Arbeit dazwischengekommen, und die habe ich dann angenommen und so weiter. Und ich wusste, wenn ich jetzt nicht etwas Entscheidendes ändere, dann wird es immer so weitergehen. Ich werde mit Abständen, werde ich... ja, meine Drogensucht leben, sozusagen. Und wenn es ganz schlimm kommt, immer wieder ins Hefen kommen für kurze Zeit. Und das wollte ich eben durchbrechen und so weiter. Und ja, habe mich dann wirklich darauf eingelassen und auch, ja zu hinterfragen, warum es eigentlich immer wieder dazu kommt und was man eben dagegen machen kann und so. Ich weiß auch, dass mein süchtiges Ich sozusagen sich immer wieder melden wird. Aber das ist auch so eine Sache, die hätte ich so nicht im Griff ohne Psychotherapie, so wie ich sie jetzt im Griff habe. Wenn es mich anspricht, das süchtige Ich, dann bin ich nicht mehr überrascht und planlos, sondern damit rechne ich schon. Und habe so meine Strategien sozusagen, wenn es mir schlecht geht. Aber auch wenn's mir sehr gut geht, weil bei mir kommt es auch, das Übermütige, doch alles zu haben, sozusagen. Ein normales Leben,