

Die Ästhetik des Widerstands

Die Bedeutung von Kontaktmodalitäten in der integrativ gestalttherapeutischen Arbeit mit alkoholkranken Frauen

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im

Universitätslehrgang

Psychotherapie

Fachspezifikum - Integrative Gestalttherapie

von

Ursula Zeiringer

Department für Psychotherapie und

Biopsychosoziale Gesundheit

an der

Donau-Universität Krems

Graz, 09.07.2019

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Ursula Zeiringer, geboren am 02.11.1963 in Graz, erkläre,

1. dass ich meine Master-Thesis selbstständig 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 bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master-Thesis mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der schriftlichen Arbeit unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Für meine Kinder Sarah, Jakob und Mira

Mein besonderer Dank gilt:

Fr. A. für die dialogischen Begegnungen und das Vertrauen

Meinen Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten, insbesondere

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ingeborg Netzer MSc für die geduldige und anregende Unterstützung beim
Schreiben dieser Master-Thesis

Dr.ⁱⁿ Gertraud Diestler, Mag. Christoph Lins, Mag.^a Liselotte Nausner und Dr.ⁱⁿ Petra
Scheide für die lehrreiche, inspirierende und liebevolle Begleitung

Allen Menschen, die mich ermutigten, diesen Weg zu gehen, für ihr Dasein

Abstract

Alkoholranke Frauen erleben Veränderungsprozesse, trotz großer Veränderungsmotivation, oftmals als sehr schwierig. Das zeigt sich in der therapeutischen Arbeit an beobacht- und spürbaren Widerstandsphänomenen. Der vorliegende praxisverschränkte Theoriebericht verbindet theoretische Zugänge zu Sucht, Kontaktprozessen und Widerstand mit der Darstellung eines Fallverlaufs anhand der praktischen Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit mit alkoholkranken Frauen. Die Bedeutung von Widerstandsphänomenen und Kontaktmodalitäten für Veränderungsprozesse wird aufgezeigt. Die Rolle der dialogischen Beziehungsgestaltung für den integrativ gestalttherapeutischen Umgang mit Widerstandsphänomenen, als Voraussetzung für Veränderung, wird dargestellt.

Stichworte:

Widerstand, Kontaktprozess, alkoholranke Frauen, Veränderungsprozess, Integrative Gestalttherapie.

Women who suffer from alcohol abuse, experience change processes often as very difficult, even if a high level of motivation exists. In the therapeutic work, this is noticeable through phenomena of resistance. The following practice-oriented report, connects theoretical approaches of addiction, contact processes and resistance with the illustration of a case, based on practical experiences of therapeutic work with alcoholic women. The meaning of phenomena of resistance and avoidance of contact in change processes gets displayed. Furthermore, the role of the dialogical relationship, for the gestalt-therapeutically dealing with the phenomena of resistance, as a requirement of change, is discussed in this report.

Keywords:

processes of contact, resistance of alcoholic women, processes of change, integrative gestalt therapy

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|--|----|
| 1 | Einleitung | 8 |
| 2 | Alkoholranke Frauen | 11 |
| 2.1 | Frauen – Gesellschaft – Alkohol | 11 |
| 2.1.1 | Genderaspekte in Bezug auf Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit..... | 12 |
| 2.2 | Begriffsklärung | 14 |
| 2.3 | Epidemiologische Daten | 15 |
| 2.4 | Ausgewählte Suchttheorien | 15 |
| 2.4.1 | Konzeptionelle Zugänge der Integrativen Gestalttherapie | 16 |
| 2.4.1.1 | Feld | 16 |
| 2.4.1.2 | Organismus/Umwelt-Feld..... | 16 |
| 2.4.1.3 | Das Selbst | 17 |
| 2.4.1.4 | Das Konzept des Kontakts | 17 |
| 2.4.1.4.1 | Kontakt – Grenze | 18 |
| 2.4.1.4.2 | Kontaktprozess | 18 |
| 2.4.2 | Integrativ gestalttherapeutische Aspekte der Sucht | 21 |
| 2.4.3 | Psychodynamische Aspekte der Sucht | 24 |
| 2.4.4 | Neurobiologische Aspekte der Sucht | 26 |
| 2.4.5 | Weiblicher Narzissmus | 28 |
| 2.5 | Diagnostik der Alkoholerkrankung | 30 |
| 2.5.1 | Harmlosigkeits- und Gefährdungsgrenze | 30 |
| 2.5.2 | Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10..... | 31 |
| 2.5.3 | Integrativ-gestalttherapeutische Diagnostik..... | 33 |
| 2.5.4 | Psychodynamische Diagnostik und Integrative Gestalttherapie..... | 34 |
| 3 | Kontakt und Widerstand | 37 |

| | | |
|---------|--|----|
| 3.1 | Aspekte von Widerstand und Abwehr aus der Sicht der Psychoanalyse | 38 |
| 3.1.1 | Widerstand | 38 |
| 3.1.2 | Abwehr | 41 |
| 3.1.3 | Das Zusammenwirken von Widerstand und Abwehr | 42 |
| 3.2 | Aspekte von Kontakt und Widerstand in der Gestalttherapie | 43 |
| 3.2.1 | Einschränkungen der Kontaktfähigkeit | 43 |
| 3.2.1.1 | Angst und Gestaltbildung | 44 |
| 3.2.1.2 | Kontaktmodalitäten | 45 |
| 3.2.2 | Gordon Wheeler: Kontaktfunktionen und Widerstand | 48 |
| 3.2.3 | Das Kontakt-Support-Konzept von Lore Perls | 50 |
| 3.2.4 | Widerstandsphänomene als Schutz und bestmögliche Handlung | 52 |
| 3.2.5 | Zusammenfassung | 55 |
| 4 | Alkoholranke Frauen und die Ästhetik des Widerstands | 56 |
| 4.1 | Psychoanalytische Aspekte | 57 |
| 4.2 | Integrativ gestalttherapeutische Aspekte | 58 |
| 5 | Widerstandsphänomene und die Praxis der Integrativen Gestalttherapie | 60 |
| 5.1 | Awareness | 60 |
| 5.2 | Dialogische Haltung | 61 |
| 5.2.1 | Die dialogisch-therapeutische Beziehungsgestaltung | 62 |
| 5.2.1.1 | Merkmale der dialogisch-therapeutischen Beziehung | 65 |
| 5.2.1.2 | Eingeschränkte Mutualität | 67 |
| 5.2.2 | Varianten der dialogischen Haltung | 68 |
| 5.2.3 | Übertragung und persönliche Resonanz der Therapeutin | 69 |
| 5.3 | Therapeutischer Umgang mit Widerstandsphänomenen | 69 |
| 5.3.1 | Förderung der Selbstregulation durch Verbesserung der Awareness und der Selbststützung | 70 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 5.3.2 | Integrativ gestalttherapeutische Körperarbeit..... | 73 |
| 5.3.3 | Sprache und Kontaktmodalitäten | 74 |
| 5.3.4 | Umgang mit Scham..... | 75 |
| 5.3.5 | Psychoedukation als sichernde Maßnahme..... | 76 |
| 5.3.6 | Die Therapeutin und Widerstandsphänomene..... | 77 |
| 5.3.7 | Paradoxie der Veränderung | 78 |
| 6 | Bedeutung der Theorie für die integrativ gestalttherapeutische Arbeit mit alkoholkranken Frauen | 78 |
| 6.1 | Dialogischer Prozessverlauf | 79 |
| 6.1.1 | Rahmenbedingungen | 79 |
| 6.1.2 | Überweisungskontext | 79 |
| 6.1.3 | Aktuelle Lebenssituation..... | 80 |
| 6.1.4 | Biografischer Hintergrund/ Stütze..... | 81 |
| 6.1.5 | Diagnostische Aspekte | 83 |
| 6.1.6 | Kontaktmodalitäten im dialogischen Prozessverlauf | 85 |
| 6.1.6.1 | Introjektion | 86 |
| 6.1.6.2 | Retroflexion | 88 |
| 6.1.6.3 | Konfluenz | 89 |
| 6.1.7 | Was ist, darf sein – auch ein Rückfall..... | 90 |
| 6.1.8 | Autonomie versus Abhängigkeit und Selbstwertkonflikt..... | 93 |
| 6.1.9 | Abschließende Prozessbetrachtung..... | 97 |
| 7 | Zusammenfassung | 100 |
| 8 | Literaturverzeichnis | 104 |

1 Einleitung

Ich arbeite in einer ambulanten Einrichtung für suchtkranke Menschen als Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision. Das Team besteht aus klinischen Psychologinnen und Psychotherapeuten unterschiedlichster Schulen.

Die Beratungsstelle befindet sich im ländlichen Raum. Am häufigsten suchen Menschen, die Probleme im Umgang mit Alkohol haben, die Einrichtung auf. Die meisten kommen freiwillig mit dem Wunsch, etwas an ihrer Lebenssituation und dem Konsumverhalten verändern zu wollen. Der Weg in die Beratungsstelle ist für suchtkranke Menschen nicht leicht, da eine Suchterkrankung immer noch ein gesellschaftliches Tabu darstellt. Viele befürchten, mit Stigmatisierung und Abwertung belegt zu werden. Auch der Umgang mit Scham stellt ein Hemmnis im Hilfesuchverhalten der Betroffenen dar. In den Jahren meiner Tätigkeit bemerkte ich immer wieder, dass es für alkoholkranken Frauen noch schwieriger und schambesetzter ist, sich Hilfe zu suchen. Viele trinken heimlich. War die Substanz Alkohol und eine Alkoholerkrankung früher eher „Männersache“, sind heute zwei Drittel der Alkoholkranken Frauen. Auch in medialen Beiträgen, am Literaturmarkt und in diversen Blogs zeigt es sich, dass das Thema Frauen und Alkohol zunehmend mehr in den Vordergrund rückt.

In meiner Arbeit mit den betroffenen Frauen berühren mich besonders das Ringen und das Bemühen um Veränderung der gegenwärtigen Situation und des Konsumverhaltens, sowie die Verzweiflung, die folgt, wenn die sich selbst gesetzten Ziele nicht gelingen. Der Wunsch, wieder selbstwirksam das eigene Leben zu gestalten und sich nicht von der Substanz bestimmen zu lassen, ist groß.

Auf dieser Erfahrungsgrundlage wuchs die Motivation, mich in der vorliegenden Master-Thesis mit der Zielgruppe „alkoholkranken Frauen“ auseinanderzusetzen.

Im Therapieverlauf mit den betroffenen Frauen zeigen sich im Laufe des Prozesses, trotz großer Veränderungsmotivation, unterschiedlichste beobachtbare „Widerstandsphänomene“, die sich als Verhinderung oder Blockierung von Veränderung einordnen lassen. Eine Abhängigkeitserkrankung erweist sich, auch was Veränderungsprozesse betrifft, als sehr komplex und multifaktoriell. Viele Aspekte wie z. B. die Psychodynamik

des Suchtverhaltens, interpersonelle Beziehungen, der persönliche biografische und soziokulturelle Hintergrund der Betroffenen und neurobiologische Wirkmechanismen sind mitzubedenken.

Aufgrund all dieser Gegebenheiten zeigt meine persönliche Erfahrung in diesem Arbeitsfeld immer wieder, wie wichtig ein achtsames, wertfreies und respektvolles Beziehungsangebot vonseiten der Therapeutin ist, um es den alkoholkranken Frauen zu ermöglichen, sich auf einen therapeutischen Prozess einzulassen.

Diese Überlegungen brachten mich zu folgenden Fragestellungen:

- *Was begünstigt Veränderungsprozesse?*
- *Welche Bedeutung haben dabei beobachtbare Widerstandsphänomene?*
- *Welche Rolle spielt die therapeutische Beziehungsgestaltung?*

In der Fachliteratur stößt man in diesem Zusammenhang rasch auf die Begriffe Widerstand, Abwehr und Abwehrmechanismen. Die theoretischen Konzepte dahinter stammen ursprünglich aus der Psychoanalyse und sind in Anlehnung an einen Buchtitel Petzolds (1981) ein „strittiges Konzept in der Psychotherapie.“ Der Begründer der Integrativen Therapie nähert sich den „Widerstandsphänomenen“ unter Einbeziehung von Sichtweisen unterschiedlicher psychotherapeutischer Schulen und kommt zu folgendem Schluss: „Die größte Übereinstimmung im Hinblick auf das Konzept des Widerstandes ... liegt in der Feststellung, daß [sic] Widerstand ein Sich-Wehren gegen Veränderung ist. Veränderungswiderstand impliziert auch protektive Widerstandsfunktionen ...“ (Petzold, 1981, S. 35).

Bei Durchsicht der gestalttherapeutischen Fachliteratur lässt sich feststellen, dass es keine fachspezifische Literatur gibt, die alkoholkranken Frauen und Widerstandsphänomene verknüpft. Es findet sich viel Literatur zur Dialogischen Beziehung, z. B. Gremmler-Fuhr, 2001; Hycner, 2003; Jacobs, 2003; Perls L., 2005; Schmidt-Lellek, 2004; Spagnuolo Lobb, 2016; Staemmler, 1993, 2009; Votsmeier-Röhr, 2006; Yontef 1999, 2003. Theoretische Konzepte zu „Widerstandsphänomenen“ sind bei diversen Autoren beschrieben, z.B. Bloom, 2006; Polster & Polster, 2002, 2009; Perls L. 2005; Perls, Hefferline & Goodmann 2006; Robine, 2016; Schneider, 2002; Spagnuolo Lobb, 2016; Wheeler, 2015; Yontef, 1999; Zinker, 2005. Konzeptionelle Zugänge zur Sucht

liefern z.B. Bake, 2008; Boeck, 2015; Brownell & Schulthess, 2016; Dreitzel, 2004; Matzko, 2000; Röser & Votsmeier, 1999; Sosna, 1995.

Durch meine persönliche Erfahrung und die Literaturrecherche ergibt sich für mich die zentrale Fragestellung: *„Inwieweit ist die dialogische Beziehungsgestaltung in der integrativ gestalttherapeutischen Arbeit mit alkoholkranken Frauen ein Weg, um „beobachtbare Widerstandsphänomene“ für Veränderungsprozesse zu nutzen?“*

Aufgrund meiner Arbeitssituation in einem Schulen übergreifenden Team, in dem es immer wieder notwendig ist, im Sinne eines fachlichen Austausches eine „gemeinsame Sprache“ zu finden, formuliere ich eine weitere Fragestellung: *Die Psychodynamische Operationalisierte Diagnostik der OPD-2 stellt eine Möglichkeit für einen Schulen übergreifenden Fachdialog dar. „Inwieweit ist die Anwendung der OPD-2 für die integrativ gestalttherapeutische Arbeit mit alkoholkranken Frauen notwendig und hilfreich?“*

In der vorliegenden Master-Thesis gehe ich wie folgt vor:

Nach der Einleitung (Kapitel 1) werden im Kapitel 2 spezielle Bedingungen von alkoholkranken Frauen und ausgewählte Suchttheorien dargestellt. Weiters werden diagnostische Überlegungen in Bezug auf alkoholranke Frauen angestellt.

Kapitel 3 beschäftigt sich mit unterschiedlichen Aspekten von Kontakt und Widerstand. Nach der theoretischen Auseinandersetzung, insbesondere mit der Literatur der Gestalttherapie, erfolgt zusammenfassend der Versuch einer neuen Begriffsfindung.

Das Kapitel 4 stellt eine nähere Ausdifferenzierung von beobachtbaren Widerstandsphänomenen in Verbindung mit alkoholkranken Frauen dar.

Kapitel 5 beleuchtet die Praxis der Integrativen Gestalttherapie. Es werden integrativ gestalttherapeutische Methoden für den Umgang mit Widerstandsphänomenen aufgezeigt. Zur Veranschaulichung der theoretischen Konzepte erfolgt im Kapitel 6 die Darstellung eines therapeutischen Prozessverlaufs mit einer alkoholkranken Frau, um in weiterer Folge zusammenfassend die Forschungsfragen zu beantworten.

Zugunsten eines gendersensiblen Sprachgebrauchs verwende ich in dieser Arbeit, im Sinne der leichteren Lesbarkeit, abwechselnd die weibliche und die männliche Form, die Pars pro Toto für beide Geschlechter steht und keine Bewertung des jeweils anderen Geschlechts darstellt.

2 Alkoholranke Frauen

2.1 Frauen – Gesellschaft – Alkohol

Der Konsum von Alkohol ist in Österreich und in anderen Ländern Europas ein selbstverständlicher Bestandteil unserer Kultur. Alkohol gilt als Lebens- und Genussmittel, vielfach auch als Rauschmittel. Er dient der Untermalung gesellschaftlicher Anlässe und ist jederzeit verfügbar. Alkohol ist stark mit Emotionen besetzt – es gibt kaum Feste und Rituale, bei denen kein Alkohol konsumiert wird: das Glas Sekt oder ein Prosecco zum Anstoßen auf das „Geburtstagskind“, zur feierlichen Begrüßung eines neugeborenen Kindes bei der Taufe, bei gelungenen Geschäftsabschlüssen, ein gutes Glas Wein, um kulinarische Momente zu vertiefen, ein „Verdauungsschnapsel“ nach einem ausgiebigen Essen, ein Feierabendbier oder ein letztes gemeinsames Anstoßen auf einen geliebten Menschen bei einem Begräbnis. In der Werbung ist Alkohol eng mit Verbundenheit und Natur verknüpft. Ein romantisches Date und tiefe Blicke in die Augen des anderen über erhobene Gläser hinweg oder Naturburschen und Frauen im leichten sportlichen Outfit, die uns mit Bierflaschen in der Hand aus herrlichen Landschaften entgegen prosteten. All das suggeriert uns Verbundenheit, Glück, Freude und Wohlbefinden. Schneider (2017) sieht die bedeutsamste Besonderheit der „Droge Alkohol“ in der Tatsache, dass sie nicht als psychotrope Substanz erkannt wird. Viele Menschen wissen um die Gefahren des Alkohols, bei kaum jemandem stellt sich jedoch das Gefühl der persönlichen Gefährdung ein. Die Einstellung der Gesellschaft zu Alkohol zeigt sich ambivalent. Alkohol und Alkoholkonsum werden einerseits aus oben genannten Gründen durchaus positiv bewertet. Alkoholranke Menschen hingegen werden in der Öffentlichkeit immer noch negativ angesehen. Eine Frau, die einen missbräuchlichen Umgang mit Alkohol betreibt oder an einer Alkoholerkrankung leidet, ist in unserer Gesellschaft auch heute noch mehr

stigmatisiert als ein Mann. Die Forderung an Frauen, wenig bis gemäßigt zu trinken, gilt nach wie vor. Das führt dazu, dass Frauen ihr Trinken mehr verheimlichen als Männer, die eher Gesellschaftstrinker sind. Als Grund dafür werden starke Scham- und Schuldgefühle angegeben (Vogelsang, 2016).

2.1.1 Genderaspekte in Bezug auf Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit

Mögliche Ausgangsbedingungen, weshalb Mädchen und Frauen einen schädigenden Suchtmittelkonsum entwickeln, sehen Doris Heinzen-Voß und Karola Ludwig (2016) einerseits in den tradierten Rollenbildern mit ihrem abhängigkeitsfördernden Bedingungen für Frauen, andererseits in der Veränderung der weiblichen Rolle und den damit verbundenen Herausforderungen. Viele Frauen finden sich in einem Spagat zwischen Tradition und Postmoderne. Kindererziehung, Haushaltspflichten, bessere Ausbildungen und folglich bessere Arbeitsmöglichkeiten, die Gestaltung von Partnerschaft, Familienleben und sozialem Miteinander und das Schritthalten mit neuen Entwürfen von Weiblichkeit sind zu vereinbaren und führen zuweilen zu Überforderung.

Studien belegen inzwischen, dass unter Einfluss von psychotropen Substanzen sowohl bei Männern als auch bei Frauen die Selbstkontrolle abnimmt, was psychische und körperliche Übergriffe zur Folge haben kann. Im häuslichen Umfeld und im sozialen Nahraum werden Frauen und Kinder öfter Opfer von Gewalttätigkeit. Häufiger sind Frauen betroffen, die mit Personen zusammenleben, die selbst psychotrope Substanzen konsumieren. Weitere frauenspezifische Faktoren, die eine Suchtentwicklung begünstigen, sind Erfahrungen von sexueller Gewalt, sexuellem Missbrauch und anderen traumatisierenden Erlebnissen (Gahleitner, 2013; Covington, 2013; Heinzen-Voß & Ludwig, 2016; Schneider, 2017; Vogt & Fritz 2015). Alkohol wird wie ein Medikament eingesetzt, um die Folgestörungen der traumatischen Erfahrung wie Panikattacken, Schlafstörungen, Affektüberflutungen und die damit verbundene Schwierigkeit diese zu regulieren, Depressivität und posttraumatische Belastungsstörungen zu lindern.

In der Literatur wird übereinstimmend eine deutlich erhöhte Quote an psychischen Komorbiditäten bei abhängigen Frauen im Vergleich zu substanzabhängigen Männern

angegeben. An erster Stelle stehen Angststörungen, gefolgt von Depressionen (Lindenmeyer, 2015; Schneider, 2017; Vogelsang, 2016).

Was die Auswahl der Suchtmittel betrifft, so wählen Frauen eher Substanzen, die als leichter gelten, wie z. B. Prosecco, Bier, Wein, Alkopops (Heinzen-Voß & Ludwig, 2016).

Auch die Mutterrolle stellt eine besondere Bedingung von Frauen dar. Der problematische Konsum von Alkohol hat Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung. Der Alkoholprozess der Mutter führt häufig dazu, dass das Suchtmittel wichtiger wird als vieles andere, auch das Kind. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Kinder von alkoholkranken Elternteilen selbst psychische Auffälligkeiten entwickeln, was die Belastung des gesamten Familiensystems steigert (Vogt & Fritz, 2006). Das führt zu einer Lockerung der Bindung und des Kontaktes. Die meisten alkoholkranken Mütter sind begleitet von starken Scham- und Schuldgefühlen. Das belegt eine von Almut Lippert (2006) durchgeführte Studie, in der alkoholabhängige Mütter signifikant höhere Schuldgefühle gegenüber ihren Kindern äußern als nicht abhängige Mütter. Die Schuldgefühle führen oft zum Streben nach Perfektionismus in der Erfüllung der Mutterrolle und zu alles gewährenden, kompensierenden, verwöhnenden Verhaltensweisen. Die Angst, ihre Kinder aufgrund des Alkoholkonsums zu verlieren, erschwert den betroffenen Frauen den Weg zu professioneller Hilfestellung. Viele Frauen bleiben auch aus Angst, bei Trennung oder Scheidung die Obsorge für ihre Kinder nicht zugesprochen zu bekommen, in desaströsen Beziehungen (Vogelsang, 2016).

Sucht zeigt sich im Selbstbild der Betroffenen. Neben anderen Faktoren sind es vor allem Stigmatisierung und Selbststigmatisierung von abhängigen Frauen, die das Hilfesuchverhalten der betroffenen Frauen enorm beeinflussen. Der problematische Umgang mit Alkohol wird lange vor sich selbst und vor anderen verborgen und die Suche nach Hilfe erfordert Mut. Irmgard Vogt und Jana Fritz (2015) untersuchten das Hilfesuchverhalten süchtiger Frauen, die zudem in verschiedenen Phasen ihres Lebens von Gewalt betroffen waren. Das Ergebnis zeigt, dass abhängige Frauen sowohl gesellschaftlich als auch im persönlichen Umfeld, aber überraschenderweise auch immer wieder von Experten verschiedener helfender Berufsgruppen, von

Vorurteilen und Stigmatisierung betroffen sind. Angebote der Suchthilfe erreichen die betroffenen Frauen noch am ehesten. Es zeigt sich, dass durch die Verankerung der Stigmatisierung im Selbstbild und die starke Auswirkung von Scham, Schuld, Selbstverachtung und Ekel eine einfühlsame, nicht bewertende, respektvolle Beziehungsgestaltung zwischen dem Berater bzw. der Therapeutin und der abhängigen Frau besonders wichtig ist. Sie stellt einen entscheidenden Faktor für das Annehmen von Hilfsangeboten und das Einlassen auf einen längeren, therapeutischen Prozess dar.

2.2 Begriffsklärung

Umgangssprachlich wird der Begriff Sucht und Abhängigkeit synonym verwendet. Sucht beschreibt eine psychische Störung und ist durch ein unbezwingbares Verlangen (Craving), durch Toleranzentwicklung und durch zumindest periodischen Kontrollverlust gekennzeichnet. In den letzten Jahrzehnten wurde der Begriff Sucht in den Fachbüchern durch den Begriff der Abhängigkeit ersetzt. Sie gilt als höchste Ausprägung der „Störungen durch psychotrope Substanzen“ (Bake, 2008; Schneider, 2017). Helmut Kuntz (2007) sieht Sucht in der gelebten Wirklichkeit als etwas dynamisch Bewegtes und Bewegendes. „Süchtige Abhängigkeit folgt mit ihrer typischen Dynamik eigenen Gesetzmäßigkeiten und prägt überaus eigenwillig die Beziehungsstrukturen im zwischenmenschlichen Feld“ (S.24). In diverser Fachliteratur oder in der Trivilliteratur wird zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit unterschieden. Physische Abhängigkeit bezeichnet die Veränderungen im peripheren Nervensystem. Durch das Absetzen der Substanz entsteht ein enormer Leidensdruck, der sich in unterschiedlichsten körperlichen und psychischen Entzugserscheinungen zeigt. Die psychische Abhängigkeit ist bestimmt durch den Wunsch nach dem Konsum einer bestimmten psychotropen Substanz, da sich anfangs Wohlbefinden – gute Laune, Zufriedenheit, Zuversicht usw. - leichter mithilfe der Substanz einstellt und schließlich vom Konsum der Substanz abhängt. Aus gestalttherapeutischer Sicht ist im Sinne der Leiblichkeit und des Prinzips der Ganzheit eine Unterscheidung in psychische und physische Abhängigkeit allerdings nicht relevant (Bardeau, 2015).

Für Alkoholabhängigkeit werden auch die Begriffe Trunksucht, Alkoholkrankheit, chronischer Alkoholismus, Alkoholabusus und Alkoholgebrauchsstörung verwendet.

Jellinek nahm 1960 das Krankheitskonzept für Alkoholismus wieder auf. Seit 1968 ist Alkoholabhängigkeit als Krankheit anerkannt und dient einem besseren Verständnis für suchtkranke Menschen. Dadurch ergibt sich für die Betroffenen ein Behandlungsanspruch, der von den Krankenkassen bezahlt wird. Der Krankheitsbegriff in Bezug auf Alkoholabhängigkeit führte zu kontroversen Diskussionen. Einerseits erfuhren die betroffenen Personen dadurch weniger gesellschaftliche Abwertung, da ihr Verhalten von der Allgemeinbevölkerung nicht mehr nur als schuldhaftes Fehlverhalten und Willensschwäche gesehen wurde. Andererseits wurde auf die „Abschiebung der Verantwortung“ auf die „Krankenrolle“ verwiesen (Küfner und Soyka, 2008; Lindenmeyer, 2016). Einige Vertreter der Gestalttherapie betrachten das Individuum nicht als Träger der Psychopathologie, sondern schlagen vor, Funktionsmuster zu beschreiben, z.B. über „Menschen in Suchtprozessen“ zu sprechen (Dreitzel, 2004; Francesetti, Gecele & Roubal, 2016). Ich werde in der vorliegenden Master-Thesis sowohl den Begriff alkoholranke Frauen, der den Sprachgebrauch in meinem Arbeitsfeld widerspiegelt, als auch den Begriff Frauen in Alkoholprozessen, der die Sichtweise der Gestalttherapie beinhaltet, verwenden.

2.3 Epidemiologische Daten

Nach Angaben der österreichischen Sozialversicherungsträger sind etwa 350.000 Menschen in Österreich alkoholkrank und etwa doppelt so viele gefährdet. In „unbedenklichem“ Ausmaß konsumieren 72% der 16- bis 99-jährigen Österreicher Alkohol, 14% haben einen „relativ unproblematischen“ Alkoholkonsum, 9% gelten als gefährdet, 5% sind alkoholabhängig. Rund 75% der Alkoholkranken sind Männer, rund 25% sind Frauen (Mechtcheriakov, Brunner & Uhl, 2018).

2.4 Ausgewählte Suchttheorien

Wie bereits erwähnt, gibt es relativ wenig Literatur zum Thema Sucht in der Gestalttherapie. Im Sinne einer Erweiterung der Erklärungsmöglichkeiten von Suchtprozessen werden hier auch theoretische Zugänge anderer Schulen skizziert. Um die folgenden gestalttherapeutischen Konzepte von Sucht und Widerstandsphänomenen verständlich zu machen, erfolgt einleitend die Beschreibung einiger relevanter gestalttherapeutischer Grundkonzepte.

2.4.1 Konzeptionelle Zugänge der Integrativen Gestalttherapie

Die Erkenntnisse der Gestaltpsychologie, der Theorie der Ganzheit des Organismus von Kurt Goldstein und der Feldtheorie Kurts Lewins hatten einen entscheidenden Einfluss auf die Gründerpersönlichkeiten Fritz und Lore Perls und ihre Konzeption der Gestalttherapie.

2.4.1.1 Feld

Die Gestalttherapie betrachtet den Menschen als Teil eines Feldes. Der Begriff des Feldes im psychologischen Sinn stammt von Kurt Lewin, der den physikalischen Feldbegriff mit dem Begriff Lebensraum erweitert, dem er Feldcharakter zuschreibt (Nausner, 2018). Die Grundannahme der Feldtheorie besagt, dass „... lebendige Phänomene in Wechselbeziehung zu anderen Phänomenen stehen und nur aus diesen Wechselbeziehungen heraus und nur nicht-linear zu verstehen sind“ (Gremmler-Fuhr, 2001, S.356). Für die psychologische Feldtheorie ist Verhalten eine Funktion von Person und Umwelt und betrifft sämtliche im Feld wirksamen Kräfte unabhängig davon, ob sie der Person bewusst sind oder nicht (Nausner, 2018). „Das Bedürfnis organisiert das Feld. Alles, was im Feld wahrgenommen wird, stuft das Subjekt entweder als bedeutsam oder bedeutungslos ein, je nach den eigenen Bedürfnissen, und lädt es dann auf oder misst ihm einen positiven oder negativen Wert bei ...“ (Wheeler, 2015, S. 38).

2.4.1.2 Organismus/Umwelt-Feld

Die Ganzheitstheorie des Organismus Kurt Goldsteins besagt, dass jedes Verhalten eines Organismus, jede Erregungsgestalt nicht nur die Leistung eines Teilbereichs darstellt, sondern der gesamte Organismus miteinbezogen ist. Goldstein bezeichnet das Maß an Integration der Teilprozesse in die Gesamtheit als „Zentrierung“. Umso höher die Zentrierung ist, desto mehr handelt der Mensch aus seiner gesamten Persönlichkeit heraus, umso geringer die Zentrierung ist, desto mehr gerät der Organismus in Unordnung und isoliert Teile seiner Persönlichkeit voneinander (Votsmeier-Röhr, 2004). Fritz und Lore Perls stellten den Organismus ins Zentrum ihrer anthropologischen Überzeugungen. Der Organismus in seiner Ganzheit und die Verschränkung des Organismus mit seiner Umwelt führte zum Begriff

Organismus/Umwelt-Feld. (Nausner, 2018). Das Individuum ist kein isoliertes Lebewesen, sondern steht in einem ständigen Austausch mit der Umwelt.

2.4.1.3 Das Selbst

Das Selbst wird in der Theorie der Gestalttherapie traditionell als nichts Statisches, sondern als Prozess betrachtet. Es ist keine feste Institution, sondern existiert, wenn eine Interaktion zwischen Organismus und Umwelt stattfindet, und ist Figur/Hintergrundprozess in Kontaktsituationen. Das Selbst entfaltet sich mit jeder Bedürfnis- oder Interessensregung und zieht sich mit der Befriedigung wieder in den Hintergrund zurück (Perls, Hefferline & Goodman, 2006). Das Selbst ist ein System der ständig neuen Kontakte und „die Kontaktgrenze in Tätigkeit; diese Tätigkeit besteht im Erschaffen von Figuren und Hintergründen“ (Dreitzel, 2007, S. 43). Je nachdem in welchem Stadium des Gestaltbildungsprozesses (Kontaktprozess) sich das Selbst befindet, aktualisiert es sich als Es, Ich oder Persönlichkeit. Diese Funktionen des Selbst drücken aus, womit sich der Organismus im Kontaktprozess identifizieren muss. Nach Dreitzel (2004) bezeichnet die Es-Funktion, was der Organismus braucht. Die Ich-Funktion, was er tut bzw. nicht tut und die Persönlichkeitsfunktion, was er ist.

- Es-Funktion: Triebe, Bedürfnisse, Interessen. Sie treiben den Kontaktprozess an.
- Ich-Funktion: Jene Fähigkeiten, mit denen wir uns die Umwelt aneignen.
- Persönlichkeits-Funktion: Unsere Lebenserfahrung und Identifikationen.

2.4.1.4 Das Konzept des Kontakts

Der Begriff Kontakt wird in der Literatur der Gestalttherapie sehr unterschiedlich und vielfältig verwendet. Zum einen wird er im Sinne von Begegnung als interpersoneller Kontakt beschrieben - auch im Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Zum anderen beschreibt er den Kontaktprozess im Zusammenhang mit der Gestaltbildung als Austauschprozess des menschlichen Organismus mit seiner Umwelt. Kontaktfähigkeit bzw. auftretende Störungen im Kontaktprozess sind bedeutsam für die theoretische Sichtweise auf Widerstand und Suchtprozesse.

2.4.1.4.1 Kontakt – Grenze

„Kontakt ist jede Art von lebendiger Wechselbeziehung im Organismus-Umweltfeld, bei der eine Kontaktgrenze zwischen Organismus und Umweltfeld entsteht, über die ein Austausch stattfindet“ (Gremmler-Fuhr 2001, S.360). An der Grenze zwischen Organismus und seiner Umwelt findet Erfahrung statt. Im Kontakt unterscheidet der Organismus zwischen dem, was für ihn assimilierbar ist und was nicht assimilierbar ist, also dem, was er verarbeiten und integrieren kann und dem, was ihm nicht bekommt. Hier findet Identifikation oder Entfremdung statt (Perl, Herfferline & Goodman, 2006).

2.4.1.4.2 Kontaktprozess

Der Kontaktprozess ist der Vorgang, durch den der Organismus Neues aus der Umwelt aufnimmt. Der Organismus begegnet seiner Umwelt in konkreten Kontakt-situationen, innerhalb derer er die Leistung der schöpferischen Anpassung an seine Umwelt erbringt, die im Entdecken und Erfinden des Neuen in der Bedürfnis-befriedigung entsteht. An der Kontaktgrenze, an der sich Organismus und Umwelt jeweils berühren, versammelt sich die Aufmerksamkeit. Sie ist der Vordergrund, die Figur oder Gestalt, die sich im Zuge des Kontaktprozesses immer klarer vor einem Hintergrund abhebt. Die Antriebskraft des Geschehens an der Kontaktgrenze ist das Bedürfnis, das unsere Aufmerksamkeit erregt, sich als Wahrnehmung und Handlung organisiert und das Geschehen durch Abheben vom Hintergrund der weniger relevanten Mitgegebenheiten zur Figur gestaltet. Die dafür notwendige Mobilisierung der Energien des Organismus zeigt sich in steigender Erregung. Durch die ansteigende Erregung wird die Orientierungs- und Wahrnehmungsfähigkeit des Organismus geschärft mit dem Ziel, seine Gestaltungsfähigkeit zu steigern, damit Neues entstehen kann (Dreitzel, 2007).

Diese Tendenz zur guten Gestalt wird in der Gestaltpsychologie als Prägnanztendenz bezeichnet (Votmeier-Röhr, 2004). Das bedeutet für die gestalttherapeutische Sicht auf Gesundheit und Krankheit, dass jemand, der klar erkennen kann, welches Bedürfnis (Figur) sich gerade im Vordergrund befindet, damit sich die Figur nach der Befriedigung des Bedürfnisses wieder im Grund auflösen kann, gesund ist, da er die Fähigkeit hat, eine prägnante Gestalt zu bilden. Offene Gestalten verursachen

Spannungen und Neurosen. Die Gestalttherapie unterstützt die Wiedererlangung der Fähigkeit, prägnante Gestalten bilden zu können (Nausner, 2018).

Der Kontaktzyklus

Um das Kontakterleben näher zu verdeutlichen, entwickelten Perls und Goodman den Kontaktzyklus, der die einzelnen Phasen des Kontaktprozesses und der Gestaltbildung näher darstellt. Dieser Kontaktzyklus wurde später von der Cleveland School erweitert und von einigen Autoren näher untersucht, um ihn auch für die Erstellung von Diagnosen, als Hypothesen im Hintergrund, nutzbar zu machen (Dreitzel, 2004, Müller, 2001). Der Kontaktzyklus stellt ein idealtypisches Modell dar, da es die Komplexität des Erlebens und der Wirklichkeit nicht erfasst, da sich „... meist mehrere Kontaktzyklen unterschiedlicher Qualität und Dauer überlagern und übereinander reihen“ (Gremmler-Fuhr 2001, S. 360).

Kontaktzyklus nach Perls und Goodman

Perls und Goodman unterteilten den Kontaktprozess in vier Phasen: Vorkontakt, Kontaktaufnahme, Kontaktvollzug und Nachkontakt. Diese Phasen bauen aufeinander auf und können nicht übersprungen werden. Jede Phase beschreibt einen anderen Aspekt der Gestaltbildung und ist von steigender Erregung begleitet. Perls verwendet den Begriff der Erregung für die Mobilisierung der Energie, die eintritt, wenn starkes Interesse und starker Kontakt bestehen, seien diese erotischer, aggressiver, schöpferischer oder sonstiger Natur (Bialy & Volk von Bialy, 1998). „Erregung ist das Gefühl für die Bildung von Figur und Hintergrund in Kontaktsituationen, bei der die unerledigte Situation ihrer Vollendung zustrebt“ (Perls, Hefferline & Goodman, 2006 S. 213). Der Kontaktzyklus wurde in der Theorie der Gestalttherapie oftmals beschrieben. Nun erfolgt eine Darstellung der einzelnen Phasen in Anlehnung an Dreitzel (2004, 2007) und Spagnuolo Lobb (2016).

- *Vorkontakt*

Im Organismus regt sich ein Bedürfnis oder wird durch einen Reiz aus der Umwelt stimuliert. Ein hungriger Mensch sieht oder fantasiert Nahrung, aber auch der Anblick oder der Geruch von Nahrung wecken seinen Appetit. Damit

setzt sich der Kontaktprozess in Gang. Es entstehen Erregungen, die den Figur/Hintergrund-Prozess in Gang setzen. Der Körper wird als Hintergrund wahrgenommen, während das Hungergefühl die Figur darstellt.

- *Kontaktaufnahme*

In einer Sub-Phase der Orientierung und mit ansteigender Erregung untersucht der Organismus die Umwelt nach einem geeigneten Objekt oder einer Reihe von Möglichkeiten. (Nahrung, verschiedene Nahrungsmittel). Das gewünschte Objekt wird zur Figur und das ursprüngliche Bedürfnis oder der ursprüngliche Wunsch ziehen sich in den Hintergrund zurück. Die Erregung bleibt aufrecht. In einer zweiten Sub-Phase der Manipulation „manipuliert“ der Organismus die Umwelt, indem er differenziert, bestimmte Möglichkeiten wählt und andere ablehnt. Hier kommen die Fähigkeiten des Entscheidens, Aussortierens, Beseitigens und der Abgrenzung zum Einsatz, (z.B. aktives Suchen nach einer Bäckerei, einem Restaurant, der Küche – einem Ort, wo die ausgewählte Nahrung zu finden ist.) Die Erregung steigt weiter an.

- *Kontaktvollzug*

Im vollen Kontakt wird aus der Begegnung und Auseinandersetzung mit dem Neuen eine Berührung und Verschmelzung. Hier findet der nährende Austausch mit der Umwelt statt. Im vollen Kontakt geht es nur noch um Sich-Einlassen, Sich-Hingeben. (Die Nahrung wird zerkaut, geschmeckt, genossen). Es stellt sich Befriedigung ein. Die Erregung bleibt dabei auf einem hohen Niveau.

- *Nachkontakt*

In der letzten Phase hat der Organismus die Möglichkeit, das Neue zu verdauen und es weitgehend unbewusst zu assimilieren und aufzunehmen. Die Erregung nimmt ab und der Abstand zwischen Organismus und Umwelt rückt ins Gewahrsein.

Gestaltzyklus des Erlebens (Cleveland School)

Im Gestaltzyklus des Erlebens wurde das Phasenmodell näher ausdifferenziert, weiterentwickelt und in sieben Phasen unterteilt: Empfindung, Bewusstheit, Energie, Handlung, Kontakt, Lösung und Abschluss.

Nach Gremmler-Fuhr (2001) bietet der Gestaltzyklus des Erlebens den Vorteil, dass sich Empfindung und Bewusstsein in der Phase des Vorkontakts neben den körperlichen Empfindungen auch auf Gefühle, bildhafte Vorstellungen, sprachliche Kodierungen, Denken und Urteilen beziehen. Indem zielgerichtetes, absichts- und planvolles Handeln eine Rolle spielt, wird die Eigenaktivität des Organismus deutlicher. Der Kontakt wird nicht auf einen organismischen Prozess reduziert und durch die Betrachtung zwischenmenschlicher Kontaktprozesse wird die Komplexität des Erlebens deutlicher.

Das Konzept des Kontakts hat große Relevanz für die integrativ gestalttherapeutische Sicht auf Suchtprozesse.

2.4.2 Integrativ gestalttherapeutische Aspekte der Sucht

In der Theorie der Gestalttherapie wird Sucht als Endzustand einer Abhängigkeit beschrieben, verbunden mit Kontrollverlust, Toleranzentwicklung und Entzugssyndromen.

Die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit verläuft nach Bake (2008) in folgenden Phasen:

- Intoxikation: häufiger, vorübergehender Konsum (auch Rausch)
- Schädlicher Gebrauch: regelmäßige und häufige Intoxikation mit Dosissteigerung und zunehmender Gewöhnung
- Alkoholerkrankung

Sucht ist ein komplexes Geschehen und so etwas wie die Suchtpersönlichkeit gibt es nicht. Sucht wird in der Integrativen Gestalttherapie als ein Prozess im Organismus/Umwelt-Feld gesehen. Die drei Faktoren Individuum/Persönlichkeit,

Umwelt und Substanz stellen wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung einer Sucht dar und bedingen sich gegenseitig (Bake, 2008).

Der *Faktor Individuum* beinhaltet die persönliche Entwicklung und Vorbelastungen wie Abhängigkeitserfahrungen in der Familie, Beziehungserfahrungen, Ängste, Traumata, Einsamkeit, Resilienz etc. All das bildet den organismischen Hintergrund des substanzabhängigen Menschen.

Der *Faktor Substanz* meint Verfügbarkeit, Wirksamkeit und substanzspezifische psychische und körperliche Nebenwirkungen. Alkohol ist in unserer Gesellschaft immer verfügbar, die gesundheitlichen Schädigungen bei übermäßigem Konsum sind gravierend. Alkohol wirkt entspannend, enthemmend, schmerzlindernd und leistungssteigernd. Er fördert Verdrängung, Betäubung und Vergessen.

Der *Faktor Umwelt* ist abhängig vom kulturellen Hintergrund. Der Konsum von Alkohol wird in diversen Gesellschaften unterschiedlich bewertet. Die gesellschaftliche Akzeptanz von Alkohol spielt eine wesentliche Rolle. Wichtige Kriterien sind weiters das Elternhaus und die erfahrenen Beziehungskonstellationen, das soziale Umfeld, die Peergroup etc. Die Alkoholerkrankung hat psychische, soziale, ökonomische und juristische Folgen, die auf die Betroffenen selbst, aber auch auf deren Angehörige und das soziale Umfeld eine Auswirkung haben.

In den Beiträgen der Gestaltliteratur wird die Entwicklung der Sucht in engem Zusammenhang mit dem Kontaktprozess beschrieben (Bake, 2008; Boeckh, 2015; Brownell & Schulthess, 2016; Matzko, 2000; Rösner & Votsmeier, 1999; Sosna, 1995). Die Abhängigkeitserkrankung wird als eine Störung des Selbst und der Selbststütze, als Störung des Kontaktprozesses zwischen Organismus und Umwelt und als Störung der kreativen Anpassung gesehen (Bake, 2008). In einer gesunden organismischen Selbstregulation haben Menschen die Fähigkeit, Wünsche und Bedürfnisse klar zu erkennen, erleben und befriedigen zu können. Boeckh (2006) sieht Sucht als Weg auf problematische Weise Lösungen, im Sinne von kreativen Anpassungen, zu finden. Die Unfähigkeit, elementare Bedürfnisse, z.B. Bedürfnisse nach Orientierung, Kontrolle, Bindung und Selbstaktualisierung, zu befriedigen oder sich mit Problemsituationen angemessen auseinander zu setzen, stellen entscheidende Kriterien für die

Suchtentwicklung dar. Die Folge dieses Defizits ist Flucht in andere Gefühls- und Erlebniszustände. Nach Brownell & Schulthess (2016) durchlaufen suchtkranke Menschen keine stetige Entwicklung einer Empfindung, die selbstverständlich zur Entstehung einer Figur des Interesses und zur kreativen Problemlösung führt. Die Empfindung ist noch vorhanden, doch die natürliche Entstehung eines intentionalen Objekts wird umgangen und die Befriedigung wird stattdessen in einer sich ständig wiederholenden Handlung, im Substanzkonsum, vollzogen. Die Befriedigung der ursprünglichen Bedürfnisse wird durch nicht bewältigte Lebensereignisse und mangelnde Kontakt- und Stützfunktionen verhindert. „Es kann zu Ersatzhandlungen, in diesem Fall dem süchtigen Verhalten kommen, die Bedürfnis-Gestalt kann sich jedoch nicht schließen, sie wiederholt sich stereotyp und automatisiert in der Eigendynamik der Sucht“ (Röser & Votsmeier, 1999, S.59). Die Regulierung erfolgt zunehmend mehr durch die Substanz. Der Kontakt zu sich selbst und anderen ist nicht mehr gegeben und ist gekennzeichnet durch ständige „Selbstunterbrechungen“. Statt ihre Bedürfnisse im adäquaten Kontakt mit der Umwelt auszuleben, kompensieren suchtkranke Menschen diese mittels Substanz. So wird beispielsweise das dringlichste Bedürfnis im Alltag bei alkoholkranken Frauen der Alkohol und die Intentionalität der Befriedigung bezieht sich vorwiegend auf die Beschaffung und das Stillen des Verlangens (Sosna, 1995). Dadurch werden die Funktionen des Selbst eingeschränkt. Bei Frauen mit einer Alkoholabhängigkeit kann die Es-Funktion dahin gehend eingeschränkt sein, dass grundlegende Bedürfnisse und Wünsche nicht mehr gefühlt, gespürt oder wahrgenommen werden können und nur mehr auf die Befriedigung des Cravings abzielen. Die Ich-Funktion als schöpferisches Tun des Selbst verbindet die Es- und die Persönlichkeitsfunktion, wirkt besonders in Phasen der Kontaktnahme und kann durch Gewohnheit oder Abwehr verloren gehen (Müller, 2001). In den Persönlichkeitsfunktionen spiegeln sich unsere Lebenserfahrungen und Identifikationen. Durch die Fixierung auf die Sucht entwickelt sich „prozesshaft eine Substanzidentität“ (Bake, 2008, S306). Bei Frauen in fortschreitenden Alkoholprozessen sind alle Funktionen betroffen. Absichtsvolles Handeln ist oftmals nicht mehr möglich. Auffallend ist auch, dass die Kontaktvermeidung vielfach im Verleugnen und in der Bagatellisierung ihres Problems besteht. Andererseits sagen die betroffenen Frauen selbst nicht selten über sich: „Ich bin eine Alkoholikerin“. Daran wird sichtbar, wie sehr das Erleben

und die Identität von der Substanz Alkohol geprägt ist. Diese Fixierung kann strukturelle Einschränkungen und mangelnde Kontakt- und Stützfunktionen verbergen, die bei Reduktion der Substanz oder bei Abstinenz sichtbar werden. Nach Röser & Votsmeier (1999) ist die Ausbildung einer Suchtidentität eine wesentliche Folge von strukturell beeinträchtigten Stützfunktionen, die sich im Verlauf der Entwicklung nicht ausgebildet haben. Das hat einen umfassenden Einfluss auf die Regulierungen der Ich-Grenze und die damit verbundenen eingeschränkten Kontakt-, Bindungs- und Beziehungsfähigkeiten, auf das Selbstgefühl und die Identität. Der therapeutische Prozess besteht in der Unterstützung der Klientinnen, ungewohnte Gefühle halten zu können, in der Aufdeckung dysfunktionaler, fixierter Anpassungen und in der Verbesserung der Stütz- und Regulierungsfunktionen. Die äußere Unterstützung durch die Therapeutin liefert die Grundlage für Integrations- und Veränderungsprozesse zur Verbesserung der organismischen Stützfunktionen.

2.4.3 Psychodynamische Aspekte der Sucht

In ihren Anfängen erklärte die Psychoanalyse Sucht mithilfe der klassischen Triebtheorie. Der süchtige Mensch sehnt sich nach Lustgewinn und sein schwaches Ich und gering entwickeltes Über-Ich unterliegen dem Lustprinzip. Das Suchtmittel hat die abschirmende Funktion gegen Unlust verursachende Reize nach außen und nach innen. Die Anforderungen der Realität sind nicht bewältigbar und werden mit Regression auf die oralen Fixierungen gelöst (Subkowski, 2009).

In der Weiterentwicklung der psychoanalytischen Suchttheorie gewann der Ich-psychologische Aspekt mehr an Bedeutung. In den Ich- oder strukturpsychologischen Modellen stehen die Störungen der Persönlichkeitsstruktur des süchtigen Menschen im Vordergrund. Sucht wird als Schutz vor unerträglichen Spannungszuständen betrachtet und das Suchtmittel dient als Versuch, diese Spannung zu verdrängen oder davon abzulenken (Mentzos, 2009). Die Ich-Funktionen suchtkranker Menschen sind strukturell eingeschränkt und defizitär. Häufig sind die Ich-Funktionen der Selbst- und Fremdwahrnehmung, die Affekt- und Impulskontrolle, die Einschätzung des eigenen Verhaltens auf andere sowie die Frustrationstoleranz nicht ausreichend entwickelt. Voigtel (2017) sieht die Einnahme von psychotropen Substanzen ebenfalls als Mittel,

um die Modulation von Affekten und Beziehungen zu steuern. Süchtige Menschen haben Defizite, ihre negativen Affekte durch Beziehungsgestaltung oder innerpsychische Operationen erträglich zu machen und greifen auf ein „äußeres Mittel“ (S.32) zur Affekterleichterung zurück. Als psychische Funktion betont der Autor die Schutzfunktion der Substanzeinnahme, da diese das Bewusstsein vor nicht verarbeitbaren Affekten und Vorstellungsinhalten schützt. Demnach ist Sucht eine spezielle Form der Abwehr. Auch Leon Wurmser (1997) sieht psychoaktive Substanzen als künstliche Affektabwehr und bringt diese abgewehrten Gefühle in Zusammenhang mit der Wahl der Substanz. Durch Alkohol werden Gefühle von Schuld, Einsamkeit, Scham, Schüchternheit und Isolierung verleugnet.

Die selbstpsychologische Sichtweise beschreibt Sucht ähnlich der triebpsychologischen Auffassung als Ersatzbefriedigung, sieht den Ersatz allerdings in der Erfüllung von narzisstischen Bedürfnissen. Mittels Suchtmittel soll das gestörte Selbstwertgefühl reguliert werden. Das kann entweder regressiv oder pseudoprogressiv geschehen. Durch das Suchtmittel entsteht ein regressiver Ich-Zustand, der durch eine wunschlose, diffuse Zurückgezogenheit und eine Auflösung der Ich-Grenzen charakterisiert ist. Dadurch wird narzisstische Kränkung, Minderwertigkeit oder Selbstverachtung nicht mehr so unerträglich empfunden. Die Entlastung intrapsychischer Spannungen kann aber auch auf entgegengesetztem Weg durch Pseudoprogession passieren. In diesem Fall kommt es zur Selbsterhöhung und Grandiositätsfantasien (Mentzos, 2009).

Der objektbeziehungstheoretische Aspekt sieht Störungen im zwischenmenschlichen Feld verantwortlich für Störungen des Selbst. Der suchtkranke Mensch erlebt das Suchtmittel als ein Beziehungsobjekt, das sehr ambivalent besetzt ist. Einerseits wirkt es tröstend, angstlösend, beruhigend, berauschend und anregend, andererseits zeigt es sich in Schuldgefühlen, körperlicher- und seelischer Zerstörung und Leid (Mentzos, 2009). Voigtel (2017) betont den Aspekt des „Suchtmittels als unbelebtes Objekt“ (S. 43). Aufgrund früherer Beziehungserfahrungen sind für suchtkranke Menschen intensivere Beziehungen oftmals mit unangenehmen Gefühlen wie Scham, Angst, Hass und Minderwertigkeit gekoppelt. Das unbelebte Suchtmittel dient dem beziehungsängstlichen Selbst als „Beziehungersatz“. Reale Beziehungen werden

vermieden. „Die Unbelebtheit der Droge ist die Garantie ihrer Unbezogenheit ... In Beziehungen werden insbesondere die Übertragungen, das heißt das Mitschwingen früherer (schlechter) Beziehungserfahrungen, abgewehrt“ (S. 45). Der Suchtmittelgebrauch kann demnach als Widerstand gegen Übertragungen gesehen werden.

Gerd Rudolf (2013, 2017) verschränkt die psychodynamischen Konzepte von konflikthafter Beziehungsbereitschaft und struktureller Vulnerabilität. Im Konzept der Grundkonflikte (Nähe, Bindung, Autonomie, Identität) werden die basalen, konflikthafter Beziehungserfahrungen und die daraus resultierenden strukturellen Störungen beschrieben. Personen mit frühen Beziehungsstörungen und den sich daraus ergebenden strukturellen Einschränkungen sind besonders gefährdet, eine Suchterkrankung zu entwickeln, da ihnen die Fähigkeiten zu differenzieren, zu integrieren und sich selbst und Beziehungen zu regulieren fehlt. Eine Möglichkeit der Spannungsabfuhr ist der Konsum von Alkohol. Rudolf (2017) ordnet süchtiges Verhalten den Krankheitsbildern, die infolge eines depressiven Grundkonflikts (Bindung) entstanden sind, zu. Die Konfliktspannung entstand aus dem Erleben entgegengesetzter Beziehungswünsche und der daraus resultierenden Kränkung des Selbst durch die Objekte. Das therapeutische Augenmerk liegt auf den Bewältigungsformen (Modi der Verarbeitung), die unter einer Belastungssituation des erwachsenen Menschen nicht mehr tragen. Die motivationale Kraft des depressiven Grundkonflikts liegt in „einem interpersonellen Bedürfnis, nämlich dem Wunsch nach Geborgenheit, Nähe, Aufgehobensein bei einem starken Objekt“ (S.127). Demnach kann Sucht als das regressive Suchen nach Befriedigung und Sicherheit bei gleichzeitiger Aktivierung der enttäuschenden Objekterfahrungen gesehen werden.

Die Einbeziehung von Aspekten der psychodynamischen Erklärungsmodelle dient als Grundlage für die Verwendung der OPD-2 und ist eine Möglichkeit der Erweiterung der gestalttherapeutischen Sichtweise im Sinne einer handlungsleitenden Hypothesenbildung für die therapeutische Arbeit mit Frauen in Alkoholprozessen.

2.4.4 Neurobiologische Aspekte der Sucht

Neurobiologische Erklärungsmodelle beziehen sich auf die Entstehung und Manifestation von Abhängigkeit im menschlichen Gehirn. Die Einnahme psychotroper

Substanzen bewirkt eine biochemische Veränderung in den neuronalen, molekularen und zellulären Strukturen des Gehirns. Alkohol gelangt über die Blutbahn sehr schnell ins Gehirn. Durch die Verteilung sind viele Neurotransmitter (Botenstoffsysteme) gleichzeitig betroffen. Die beiden wichtigsten sind das GABA-System (Gamma-Aminobuttersäure) und das Glutamatsystem. Die Wirkung des Alkohols im Gehirn erfolgt hauptsächlich über das GABA-System, das Entspannung, Entschleunigung, Beruhigung und Wohlbefinden auslöst. Da GABA jene Neuronen hemmt, die für die Verhaltenskontrolle zuständig sind, wird die Kontrollfunktion herabgesetzt, woraus Enthemmung resultiert. Der Gegenspieler von GABA ist das Glutamatsystem, das im Sinne der Homöostase hemmende Effekte ausgleicht. Bei dauerhaftem Alkoholkonsum in größeren Mengen ist die angenehme Wirkung des Alkohols kaum noch spürbar, weil das Glutamatsystem „feuert“ und die GABA-Wirkung neutralisiert. Gewöhnung setzt ein und es kommt zur Toleranzentwicklung und der daraus resultierenden Dosissteigerung, um dieselbe Wirkung zu erzielen. Einen weiteren wichtigen Faktor für die Suchtentwicklung stellt das Belohnungssystem dar. Es sorgt für die Entstehung von Wohlbefinden, wenn wichtige Bedürfnisse erfüllt werden. Im Wesentlichen bestimmen die zwei Botenstoffsysteme Endorphin und Dopamin die Aktivität des Belohnungssystems. Durch den Konsum von Alkohol kommt es zu einer Erhöhung dieser Botenstoffe, was sich im Wahrnehmen angenehmer, euphorisierender Empfindungen und Gefühle zeigt. Mäßiger Konsum ermöglicht so das Empfinden von Genuss. Bei erhöhtem Konsum reagiert das Belohnungssystem übersensibel auf alkoholbezogene Reize, im Gegenzug dazu aber unsensibel auf andere Reize. Bestimmte Handlungen, Empfindungen und auf Alkohol bezogene Gefühle werden verknüpft. Deshalb bleiben Verbindungen mit bestimmten Situationen und Reizen sehr lange aufrecht. Für Frauen in Alkoholprozessen stellt der alltägliche Einkauf im Supermarkt nicht selten eine Herausforderung dar, da das Vorbeigehen an den Regalen, in denen alkoholische Getränke angeboten werden, Craving auslösen kann, auch wenn sie schon einige Zeit abstinent sind. Das Verlangen wird getriggert. Es dauert selbst nach einem Entzug lange, bis das Belohnungssystem die verknüpften Reize wieder „entkoppelt“ und für andere Reize empfänglich wird, was das Entstehen von Rückfällen begünstigt (Mechteriakov et al., 2018).

Die Erkenntnisse der Neurobiologie bestätigen die Methodik der Integrativen Gestalttherapie. Da die Entwicklung neuer Bahnen im Gehirn durch unmittelbares, emotionales Erleben begünstigt wird, stellt die integrativ gestalttherapeutische Methode mit der Förderung von Wahrnehmung und Bewusstheit eine gute Möglichkeit für die Entstehung neuer Bahnen dar (Bardeau, 2015). Die Einbeziehung neurobiologischer Erklärungsmodelle liefert einen wichtigen psychoedukativen Beitrag für die therapeutische Arbeit mit alkoholkranken Frauen.

2.4.5 Weiblicher Narzissmus

Bärbl Wardetzki (1991, 2001) beschäftigte sich in ihrer therapeutischen Arbeit mit Bulimikerinnen mit weiblichem Narzissmus und entwickelte daraus unter Einbeziehung psychoanalytischer Aspekte und gestalttherapeutischer Sichtweisen ein Konzept. Es sei hier skizziert, da die Autorin immer wieder Bezüge zum allgemeinen Suchtverhalten von Frauen herstellt. In meiner therapeutischen Arbeit mit alkoholkranken Frauen ist beobachtbar, dass das Verhalten der betroffenen Frauen oftmals auch durch Anteile narzisstischer Erlebensstrukturen geprägt ist. Die Einbeziehung der Überlegungen der Verknüpfung von Suchtverhalten und weiblichem Narzissmus liefert eine interessante Ergänzung der Erklärungsmodelle zur Entwicklung von Suchtprozessen.

Narzisstische Strukturen von Männern und Frauen liegt dieselbe narzisstische Selbstwertstörung zugrunde, sie unterscheiden sich aber in der Art der Beziehungsgestaltung. Der männliche Narzissmus ist eher vom Ausleben der Distanz und der Autonomie bestimmt, der weibliche durch das Streben nach Anerkennung durch Anpassung. Narzisstisches Erleben und Verhalten entwickelt sich aus nicht befriedigenden Beziehungserfahrungen in der Kindheit. Wie auch die Säuglingsforschung zeigt, ist die Qualität der ersten Beziehungen entscheidend. Das Gefühl von Urvertrauen und des „Willkommen-Seins“ in der Welt entwickelt sich durch liebevolle Zuwendung, maßvolle Aufmerksamkeit und aus einem fürsorglichen „Beantwortet-Sein“. Sind diese Voraussetzungen aufgrund unterschiedlichster Bedingungen nicht gegeben und die ersten Beziehungserfahrungen verbunden mit Entwertung, Missachtung und Ignoranz, wird dem Kind das Gefühl von „sei nicht“ vermittelt. Sowohl

Überfürsorge als auch Vernachlässigung kann zu narzisstischen Erlebensstrukturen führen. Durch Überanpassung zeigen jene Kinder nur mehr Gefühle und Verhaltensweisen, die gefragt und erlaubt sind und die anderen werden verborgen. Die Destruktivität von Sei-nicht-Botschaften zeigt sich auch im Suchtverhalten. Zum einen dient der Konsum von Suchtmitteln dazu, das Gefühl der Existenzbedrohung zu verdrängen, andererseits erfüllen und aktualisieren suchtkranke Frauen mit dem Suchtverhalten dieses „Sei nicht“. „Frauen mit einer weiblich-narzisstischen Struktur bleiben hinter ihrem falschen Selbsterleben verborgen. Es ist die Fassade, die Persona, die Maske, die diese Frauen sich und dem Beziehungspartner zeigen: das Bild der Bedürfnislosigkeit, Selbstständigkeit, Coolness, Unabhängigkeit, Perfektion und Leistung“ (Wardetzki, 1991, S. 42). Das wahre Selbsterleben als ein Gefühl von Ganzheit ist beeinträchtigt. Eine Frau mit narzisstischer Erlebensstruktur nimmt sich nicht als eine Person wahr. Ihr Erleben ist geprägt von mangelnder Kontakt-, Beziehungs- und Bindungsfähigkeit. Trennungssituationen werden als existenzielle Verlassenheit erlebt und sind Grenzerfahrungen, die Angst und Panik auslösen. Den zentralen Faktor narzisstischen Erlebens sieht Wardetzki (1991, 2001) im Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Diese Qualitäten werden unverbunden als zwei voneinander getrennte Seinsweisen erlebt. Das Dilemma zeigt sich vor allem in Beziehungen. Nähe macht gleichermaßen Angst wie Distanz. Das spiegelt sich in der Abwertung oder der Idealisierung, mit der Partner belegt werden. Bei alkoholkranken Frauen lässt sich immer wieder beobachten, dass Abgrenzung und Eigenständigkeit nur mittels Alkoholkonsum möglich sind. Es gibt nur ein Entweder-Oder, das sich durch Abhängigkeit und Anpassung oder durch Eigenständigkeit zeigt.

Frauen mit narzisstischen Erlebensstrukturen leben im Spannungsfeld zwischen Minderwertigkeit und Grandiosität. Diese Spaltung stellt einen psychischen Abwehrmechanismus als Bewältigungs- und Schutzstrategie dar. Im aktuellen Erleben zeigt sich nur eine Seite des Konflikts. Die andere wird durch Spaltung verleugnet. Im minderwertigen Zustand ist das grandiose Erleben nicht spürbar und umgekehrt. Narzisstisches Verhalten ist geprägt von Leistungsorientierung, Perfektionismus, Pseudounabhängigkeit, Starksein und Überanpassung. Die damit verbundenen Verhaltensweisen dienen dazu, die Minderwertigkeitsgefühle auszugleichen. Gelingt

es nicht, die Grandiosität zu leben, kann sich die Stimmung rasch in Verzweiflung, depressive Leere und Hilflosigkeit verwandeln. Diese Phasen stellen in der Arbeit mit alkoholkranken Frauen die Gefahr des Rückfalls als Kompensation dar. Wardetzki (1991) stellt einen Zusammenhang zwischen Grandiositätsempfinden- und Verhalten und dem Ess-Brechverhalten bulimischer Frauen her. Die Erfahrung in der therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen zeigt, dass man diese Sichtweise auch als einen Aspekt in der Arbeit mit alkoholkranken Frauen mitberücksichtigen kann. Demnach hätte der Konsum von Alkohol den Zweck, sich den aktuellen Problemen, Spannungen, Enttäuschungen und Ängsten nicht stellen zu müssen. Durch den Konsum von Alkohol werden spezifische Gefühle und Bedürfnisse entweder nicht wahrgenommen, verdrängt oder negiert und gleichzeitig die Angst vor diesen Gefühlen kontrolliert. Der Alkohol dient der Regulation und das Idealbild kann aufrechterhalten werden. Um narzisstisches Erleben zu verändern, ist es wichtig, die jeweils andere Erlebensseite ins Bewusstsein zu bringen, um langsam neue adäquatere Formen der Problemlösung zu entwickeln. Die Annäherung an das „wahre Selbsterleben“ (Wardetzki, 1991, S.170) kann als tiefe Verunsicherung erlebt werden, da damit bisher unterdrückte Gefühle ausgelöst werden. Das kann Zustände von Angst, Scham und Panik auslösen und sich im therapeutischen Setting in Form von Widerstandsphänomenen äußern.

2.5 Diagnostik der Alkoholerkrankung

2.5.1 Harmlosigkeits- und Gefährdungsgrenze

Die Harmlosigkeits- und Gefährdungsgrenzen dienen nur der groben Orientierung, da sich Alkoholkonsum aus genetischen und gesundheitlichen Gründen bei unterschiedlichen Menschen in anderen Auswirkungen zeigt.

Die Harmlosigkeitsgrenze - die Grenze für den relativ unbedenklichen Konsum von Alkohol - liegt bei Frauen bei 16g reinem Alkohol pro Tag. Das entspricht etwa 0,4l Bier oder 0,2l Wein. Bei Männern liegt diese Grenze bei 24g Reinalkohol pro Tag. Das entspricht 0,6l Bier oder 0,3l Wein.

Eine hohe Gesundheitsgefahr besteht bei Frauen ab 40g Alkohol pro Tag. Das entspricht 1l Bier oder 0,5l Wein. Bei Männern liegt die Gefährdungsgrenze bei 60g Alkohol pro Tag. Das entspricht 1,5l Bier oder 0,75l Wein (Mechtcheriakov et al., 2018).

2.5.2 Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10

Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) ist eines der meist gebräuchlichsten Diagnostik-Manuale im Gesundheitsbereich. Im Kapitel F10-19 werden „Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ beschrieben (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015).

Hier folgt eine Auflistung der psychischen Verhaltensstörungen durch Alkohol nach Johannes Lindenmeyer (2016, S. 5).

- F10.0 akute Intoxination (akuter Alkoholrausch)
- F10.1 schädlicher Gebrauch
- F10.2 Abhängigkeitssyndrom
- F10.3 Alkoholentzugssyndrom (z.B. Tremor, Schweißausbrüche, Angst)
- F 10.4 Entzugssyndrom mit Delir
- F10.5. Psychotische Störung (z.B. Alkoholhalluzinose, alkoholische Paranoia)
- F10.6. Alkoholbedingtes amnestisches Syndrom (z.B. Korsakow-Syndrom)
- F10.7 Alkoholbedingter Restzustand (z.B. auch nach Abstinenz anhaltende Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung)
- F10.8 sonstige alkoholbedingte psychische Verhaltensstörung (riskanter bzw. gefährlicher Alkoholkonsum)
- F10.9 nicht näher bezeichnete alkoholbedingte psychische Verhaltensstörung

Eine **Abhängigkeit (F10.2)** liegt vor, wenn innerhalb des letzten Jahres drei oder mehrere der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren (Lindenmeyer, 2016):

- *Craving* (starkes Verlangen nach Alkohol, Konsumzwang)
- *Kontrollverlust* des Alkoholkonsums die Menge betreffend
- *Körperliches Entzugssyndrom* bei Reduzierung der Alkoholmenge
- *Toleranzentwicklung* in Bezug auf die Alkoholwirkung
- *Fokussierung auf den Konsum von Alkohol* und Vernachlässigung anderer Interessen
- *Anhaltender Alkoholkonsum* trotz eindeutiger schädlicher gesundheitlicher, psychischer und sozialer Folgen.

Schädlicher Alkoholkonsum (F10.1) liegt nach ICD-10 vor, wenn es keine Hinweise auf eine Abhängigkeit gibt, aber alkoholbedingte psychische oder körperliche Schäden nachweisbar sind.

Nach Lindenmeyer (2016) können die Kriterien aus dem DSM-5 herangezogen werden, um einen behandlungsbedürftigen Alkoholkonsum unterhalb einer Alkoholabhängigkeit zu identifizieren. Mindestens eines der folgenden Kriterien sollte zutreffen.

- Vernachlässigung wichtiger Pflichten durch wiederholten Konsum
- Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es zu körperlicher Gefährdung kommen kann
- Wiederholter Konsum, trotz ständiger sich wiederholender, sozialer und zwischenmenschlicher Probleme
- Nachweis einer Toleranzentwicklung
- Konsum länger und in größeren Mengen als geplant
- Hoher Zeitaufwand für Konsum, Beschaffung und Erholung
- Aufgabe oder Reduzierung anderer Aktivitäten zugunsten des Konsums

Diese Unterscheidungen sind bedeutsam, da oftmals Frauen mit einem schädlichen Konsum bzw. an der Grenze zur Abhängigkeit die ambulante Suchtberatungsstelle aufsuchen. Diese Differentialdiagnose ist auch relevant, weil der weitere Behandlungs-

verlauf besser geplant werden kann. Mit einer betroffenen Klientin, die einen schädlichen Gebrauch von Alkohol pflegt, können in Bezug auf die Veränderung des Konsums andere Ziele vereinbart werden als mit einer Betroffenen, die ein abhängiges Konsummuster zeigt. Aspekte von Reduktion des Konsums, kontrolliertem Trinken oder einer stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung müssen mitbedacht werden.

Frauen mit einer Abhängigkeit brauchen oftmals eine qualifizierte Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung, bevor sie sich auf die Bedingungen und einen Therapieprozess im ambulanten Setting einlassen können.

Die kategoriale Diagnose mittels ICD-10 ist zwar hilfreich, sichert den betroffenen Frauen die Kostenübernahme und dient der Orientierung in multiprofessionellen und interdisziplinären Teams, berücksichtigt aber weder den persönlichen Hintergrund und das individuelle Konsumverhalten der alkoholkranken Frau noch den Aspekt von Beziehungen als bedeutendes diagnostisches Kriterium.

2.5.3 Integrativ gestalttherapeutische Diagnostik

Die Integrative Gestalttherapie sieht Diagnosen als dialogische Bedeutungsfindung im Sinne einer prozessualen Diagnostik. Die Grundlage der integrativ gestalttherapeutischen Diagnostik ist die phänomenologische Realität des Hier und Jetzt der aktuellen therapeutischen Beziehung zwischen der Therapeutin und der Klientin. Diagnosen sind momentane, handlungsleitende Arbeitshypothesen und entstehen aus einer dialogischen Grundhaltung (siehe unten) heraus (Dreitzel, 2004, Hutterer-Krisch & Amendt-Lyon, 2004; Staemmler, 1993; Yontef, 1999).

Wie in den „Konzeptionellen Zugängen der Integrativen Gestalttherapie“ beschrieben, hat das Konzept des Kontakts große Bedeutung. Die Art und Weise wie Klientinnen in Kontakt mit sich und anderen sind bzw. den Kontakt vermeiden, liefert wichtige Hinweise darauf, wie sie funktionieren. Es gilt, diese Kontakt(vermeidungs)mechanismen (siehe unten) zu erforschen, bewusst zu machen und aufzulösen (Hochgerner, Klampfl & Nausner, 2018).

Bertram Müller (2001) definiert gestalttherapeutische Diagnostik als „die Wissenschaft von den unterscheidbaren Verhaltensarten und Erlebnisweisen bei Kontaktunterbrechung (Blockierung, Verdrängung u. a.) auf dem Weg zur schöpferischen Anpassung“ (S.654). Die Integrative Gestalttherapie sieht Kontakt(vermeidungs)-mechanismen als wichtige diagnostische Hinweise in Zusammenhang mit suchtkranken Menschen. Bertram Müller (2001) und Peter Dreitzel (2004) entwickelten ein Diagnostikmodell, das sich am Prozessmodell der einzelnen Kontaktphasen und der Kontaktunterbrechung bzw. Vermeidung orientiert. Anders als bei neurotischen Prozessen, die an bestimmten Stadien im Kontaktprozess verortet sind, ziehen sich Suchtprozesse durch den ganzen Kontaktprozess und beeinträchtigen diesen. Peter Dreitzel (2004) spricht nicht von süchtigen Menschen, sondern von Menschen in Suchtprozessen. Damit zeigt er auf, dass eine Erkrankung ein Prozess ist, in dem sich der Mensch befindet.

Im klinischen Feld, so auch bei suchtkranken Menschen, reicht es nicht aus, den Fokus nur auf Kontaktprozesse zu richten, da manche Menschen, aufgrund von traumatischen Erlebnissen, Entwicklungsdefiziten und frühen Konfliktkonstellationen strukturelle Einschränkungen haben und nicht in der Lage sind, „in Kontakt“ zu gehen oder aufgrund mangelnder Stütze Gefühle auszuhalten, die durch diesen Kontakt entstehen würden (Hochgerner et al., 2018).

2.5.4 Psychodynamische Diagnostik und Integrative Gestalttherapie

Psychodynamische Diagnostik ermöglicht ein umfassenderes Verständnis für die Möglichkeiten der Selbst- und Beziehungsgestaltung und für die innere Dynamik der Person (Hochgerner et al., 2018).

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Arbeitskreis OPD-2, 2014) stellt die Psychodynamik psychischer Störungen auf vier Achsen dar und nimmt in einer fünften Achse die etablierte deskriptiv-phänomenologische Diagnostik ICD-10 auf.

Achse I – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen erfasst die Beschwerdesymptomatik und die Behandlungserwartungen. Der Fokus liegt auf den

Erlebenselementen, der Motivation und den vorhandenen Ressourcen und weniger auf dem Krankheitsverhalten.

Achse II – Beziehung erfasst das Beziehungsverhalten der Person und bezieht sich sowohl auf das von der Klientin selbst wahrgenommene Beziehungsverhalten als auch auf Aspekte, die andere in der Begegnung mit der Person erleben. Das lässt sich gut mit den Grundhaltungen der Integrativen Gestalttherapie und der sich daraus ergebenden prozessualen Diagnostik verbinden. In diesem Zusammenhang sind auch die Konzepte von Übertragung und persönlicher Resonanz bedeutsam.

Achse III – Konflikt erhebt die Bedeutung zeitlich überdauernder innerer Konflikte einer Person und deren Bewältigung. Eine Differenzierung von aktuellen äußeren Konflikten und verinnerlichten Konflikten wird vorgenommen, wobei sieben Grundkonflikte erhoben werden: Individuation versus Abhängigkeit, Unterwerfung versus Kontrolle, Versorgung versus Autarkie, Selbstwertkonflikt, Schuldkonflikt, ödipaler Konflikt und Identität versus Dissonanz. Zur näheren Darstellung werden die unterschiedlichen Konflikte in „aktiven“ und „passiven“ Modus differenziert. Im Bemühen, die OPD-2 mit den Theorien der Integrativen Gestalttherapie zu verbinden, stellen Hochgerner et al., (2018) fest, dass sich die Achsen Konflikt und Struktur wie Figur zu Grund verhalten. Das Vorhandensein unbewusster, zeitüberdauernder Konflikte ist an bestimmte Ich-strukturelle Voraussetzungen geknüpft. Die Selbstprozesse im Kontakterleben müssen in guter dialogischer Verbindung und ausreichend stabil sein, „damit ein gesichertes Gefühl von Ich und Identität entwickelt und wahrgenommen werden kann als Boden, auf dem ein Konflikt ... sichtbar werden kann“ (Hochgerner et al., 2018, S.196).

Achse IV – Struktur bildet die Fähigkeiten und Einschränkungen psychischer Strukturen ab. Rudolf (2013) definiert Struktur „als die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, die für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den äußeren und inneren Objekten erforderlich sind“ (S.54). Strukturelle Störungen zeigen sich in der ungenügenden Verfügbarkeit dieser Strukturen bzw. ihrer Vulnerabilität und resultieren meistens aus frühkindlichen Beziehungsstörungen. Eine gestalttherapeutische Definition liefert Votsmeier (2001), der Struktur als „... das Gefüge von psychischen Funktionen und deren inneren Zusammenhalt, welches der

Person ihre Selbstregulierung und kreative Anpassung in ihrer Lebensgestaltung und das Empfinden von Identität und Selbstwert ermöglicht“ (S. 715), beschreibt. Diese Definition inkludiert den Kontaktprozess und die Fähigkeit, in Kontakt mit sich und anderen zu sein.

Die strukturellen Funktionen werden in vier Dimensionen gegliedert, die sich jeweils auf das Selbst in der Begegnung mit anderen gliedern lassen. Hier erfolgt eine Auflistung der Items nach Hochgerner et al. (2018).

- Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung: die Fähigkeit sich selbstreflexiv wahrzunehmen und die Affekte differenzieren zu können. Das Vermögen der Differenzierung in Ich und der Andere und Andere ganzheitlich wahrzunehmen.
- Regulierung (Steuerung) des Selbst und der Beziehungen: Fähigkeit, eigene Impulse, Affekte und den Selbstwert regulieren zu können und das Vermögen, die Beziehung zu anderen zu steuern.
- Emotionale Kommunikation nach innen und nach außen: Fähigkeit zur inneren Kommunikation (Affekte, Fantasie, Körpererleben) und das Vermögen zur Kommunikation mit anderen.
- Innere Bindung und äußere Beziehung: Fähigkeit gute, innere Bilder zu etablieren und zur Selbstregulierung zu nutzen und das Vermögen sich zu binden und zu lösen.

Für jedes strukturelle Item, sowie für die Gesamtheit der strukturellen Fähigkeiten lässt sich ein strukturelles Niveau einschätzen: gut integriert, mäßig integriert, gering integriert und desintegriert (OPD-2, 2017).

Wie im Kapitel Suchttheorien beschrieben, sieht Achim Votsmeier (2001) die Beeinträchtigung von strukturellen Stützfunktionen als entscheidendes Kriterium für die Entstehung von Suchtprozessen. Demnach ist die Achse IV gut in die integrativ gestalttherapeutische Sichtweise integrierbar.

Achse V – Psychische und psychosomatische Störungen erfasst unter Einbeziehung der ICD-10 und DSM-5 psychopathologische Phänomene.

Ergänzend zur OPD-2 erstellten Jakobsen et al. (2017) das Manual „Abhängigkeitserkrankungen“ zur besseren Einschätzung stoffbezogenen Missbrauchs oder Abhängigkeit. Die oben beschriebenen Achsen werden durch suchtspezifische Items wie Art des Konsums, Konsumdauer, Schweregrad der Suchtproblematik und der Schädigung erweitert. Darüber hinaus werden mittels Suchtspirale der Verlauf und die Dynamik der Abhängigkeitserkrankung erfasst. Die Suchtspirale beschreibt die Eigendynamik der Abhängigkeitsentwicklung mithilfe der Aspekte Funktion, Gewöhnung, Konsumsteigerung und Schädigung. Die Funktion des Suchtmittels meint die Verwendung der Substanz zur Kompensation von erlebten Defiziten und deren Folgen. Weiters werden die Veränderungsmotivationen, die Veränderungsressourcen und die Veränderungshemmnisse erfasst. Die Einschätzung der Erkrankung erfolgt einerseits auf der Ebene persönlichkeitsbezogener Merkmale, bezieht aber andererseits auch die Umwelt der betroffenen Person mit ein. Das ist gut mit den Grundannahmen der Integrativen Gestalttherapie vereinbar, denn „Abhängigkeit und Symptome der Sucht sind nie allein die Angelegenheit des/der einzelnen Abhängigen, sind nie isoliert von seinem/ihrer Lebens- und Beziehungskontext“ (Brownell & Schulthess, 2016, S. 368).

3 Kontakt und Widerstand

Im Folgenden werden verschiedene Sichtweisen des Phänomens Widerstand dargestellt. Die psychoanalytische Sicht wird einerseits aus historischen Gründen, andererseits wegen der bereits erwähnten Bedeutung der Einbeziehung psychoanalytischer und psychodynamischer Konzepte für eine differenzierte Diagnostik suchtkranker Menschen beschrieben. Es zeigt sich auch, dass sich in der Psychoanalyse Richtungen entwickelten, z.B. die Intersubjektive Psychoanalyse, die sich mit der Integrativen Gestalttherapie verbinden lassen, da die Gestalttherapie von Beginn an mit Lore Perls und danach mit den Vertretern der Relationalen

Gestalttherapie die Dialogische Haltung und damit die Intersubjektivität als Grundannahme sehen.

Die Aspekte aus der Sicht der Gestalttherapie beschreiben die Theorien, die hinter der integrativ gestalttherapeutischen Praxis im Umgang mit dem Phänomen Widerstand stehen.

3.1 Aspekte von Widerstand und Abwehr aus der Sicht der Psychoanalyse

Die Begriffe Widerstand und Abwehr stammen ursprünglich von Sigmund Freud, dem Begründer der Psychoanalyse. Sie stellen bis heute zentrale Konzepte in vielen psychoanalytischen Richtungen dar (Ehlers, 2014; Ermann, 2014). Seiffge-Krenke (2017) sieht in Widerstand und Abwehr keine austauschbaren Begrifflichkeiten, sondern Phänomene, die wertvolle Hinweise auf die Bewältigungsleistungen des Patienten und seine Struktur geben und etwas über die Nähe zum Therapeuten und den gegenwärtigen therapeutischen Prozess zeigen. „Die Abwehr umfasst Prozesse, die gegen Schmerz, Gefahr, negative Affekte schützen und die Emotionen herunterregulieren, dass sie durch das Individuum handhabbar werden. Der Widerstand dagegen verteidigt die Neurose, das Alte, das Infantile, das Vertraute gegen Aufdeckung und Veränderung“ (Seiffge-Krenke, 2017, S.16).

Es würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen, eine umfassende Darstellung der komplexen psychoanalytischen Widerstands- und damit zusammenhängenden Abwehrlehre zu beschreiben, deshalb sind hier nur einige aus meiner Sicht relevante Aspekte erwähnt, um konzeptionelle Zugänge zu Widerstandsphänomenen zu eröffnen.

3.1.1 Widerstand

In der Psychoanalyse bezeichnet man mit Widerstand die unbewussten Kräfte, die sich gegen das Fortschreiten des psychoanalytischen Prozesses richten. Laut Freud bezeichnet Widerstand alles, was der Patient an Gedanken und Handlungen aufbringt, um eine Veränderung zu verhindern (Mackenthun, 2011).

1895 verwendete Freud in seiner Arbeit mit hysterischen Patientinnen erstmals den Begriff Widerstand. Er schrieb, er glaube, die Patientin „... wehre unerträgliche Vorstellungen ab“ (Breuer & Freud zitiert. nach Seiffge-Krenke, 2017, S. 20). Der Begriff Widerstand drückte in der Frühgeschichte der Psychoanalyse das Unvermögen der Patientinnen sich zu erinnern aus. Freud widmete dem Phänomen Widerstand und der ihm zugrunde liegenden Verdrängung immer mehr Interesse und sah die Analyse des in der Behandlung auftretenden Widerstandes als Weg, um ins Unbewusste verdrängte Erinnerungen zugänglich zu machen. Er formulierte: „Was immer die Fortsetzung der Arbeit stört, ist ein Widerstand“ (Freud zitiert nach Mackenthun, 2011, S. 55). Für Freud zeigte sich deutlich, dass der Widerstand den Verlauf der Therapie begleitet. Seine Beobachtungen brachten ihm die Erkenntnis der Verknüpfung von Widerstand und Übertragung zum Übertragungswiderstand. In weiterer Folge beschreibt Freud unterschiedliche Widerstandsformen, die hier nur erwähnt, aber nicht erläutert werden: Übertragungswiderstand, Verdrängungswiderstand und Krankheitsgewinn. Im Verdrängungswiderstand zeigt sich schon bei Freud die schützende Funktion des Ich, die verhindert, dass belastende Erfahrungen ins Bewusstsein treten (Seiffge-Krenke, 2017). Freuds Herangehensweise in der Analyse des Widerstands prägte die analytischen Techniken der freien Assoziation, des Deutens und Durcharbeitens. Nach Ermann (2014) ist Freuds Analyse des Widerstands neben der Übertragung das charakteristische Merkmal der psychoanalytischen Methode. Er sieht im Widerstand „... eine besondere Manifestation von Bewältigungs- und Abwehrprozessen ..., die den zentralen Gegenstand der Psychoanalyse ausmachen“ (Ermann, 2014, S.1079). Die Konzentration auf die Hier-und-Jetzt-Situation der Behandlung, um aus dem Dort-und-Damals in die Übertragung zu überführen, nennt er als methodische Strategie im psychoanalytischen Ansatz, um diese in der Beziehung zwischen Analytiker und Patient sorgfältig zu untersuchen und durchzuarbeiten (Ermann 2014). Daran wird sichtbar, dass die therapeutische Beziehung auch in der Psychoanalyse einen anderen Stellenwert erhalten hat. Die Entmystifizierung der Neutralität als Abstinenz macht es möglich, den therapeutischen Prozess als wechselseitigen, aber asymmetrischen Prozess zu sehen (Jaenicke, 2006).

Für Seiffge-Krenke (2017) liegt im Krankheitswandel und in der zunehmenden Beschäftigung mit schweren Persönlichkeitsstörungen und strukturellen Störungen eine Verlagerung im Umgang mit dem Widerstand, indem man der Schutzfunktion mehr Beachtung schenkt. Die Erkenntnisse der Säuglings- und Bindungsforschung, der Objektbeziehungstheorie und der Selbstpsychologie ermöglichen, dass in gegenwärtigen Konzepten auch Widerstandsmotive beachtet werden, die mit dem Schutz von Selbstkohärenz und wichtigen Beziehungen zusammenhängen. Somit wird die positive Funktion mehr beachtet, da „Widerstand heute als eine Bewältigungsleistung, insbesondere als eine Leistung zur Bewältigung der analytischen Situation gesehen wird“ (Seiffge-Krenke, 2017, S.22).

Rudolf (2013) hinterfragt für die Behandlung von strukturell gestörten Patienten die klassische Technik der analytischen Behandlung in Form von Deutung der Widerstände und der Übertragung. „Der psychoanalytische Versuch zu verstehen, richtet sich auf unbewusste Mitteilungen des Patienten, die in der Regel unbewusste Absichten darstellen, z. B. unbewusste Wünsche oder Widerstände“ (Rudolf, 2013, S.111). Auf die sich aus den Deutungen ergebenden Interventionen reagieren strukturell gestörte Patienten meistens ratlos und überfordert, da sie die gedeuteten Interventionen und Affekte nicht bei sich selbst wahrnehmen können. Daraus entwickelte Rudolf (2013) eine strukturell begründete Haltung und beschreibt drei unterschiedliche therapeutische Grundpositionen. (Siehe Kapitel Dialogische Haltung).

Auch in anderen gegenwärtigen psychoanalytischen Richtungen, wie z.B. der Intersubjektiven Psychoanalyse, werden Haltungen und Einstellungen des Analytikers mit einbezogen. Mit der intersubjektiven Wende „beginnt sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass das Seelenleben des Menschen bis in seine unbewussten Tiefen hinein mit der sozialen Umwelt verbunden und auf andere Menschen bezogen ist“ (Altmeyer & Thomä, 2006, S.7). Die Intersubjektivitätstheorie beschreibt Bezogenheit, die zwischen zwei beliebigen Personen als Subjekten bestehen kann. „Sie betrachtet die Psychoanalyse als den dialogischen Versuch zweier Personen, gemeinsam zu verstehen, wie das emotionale Erleben einer dieser Personen organisiert ist, indem sie ihre intersubjektiv konfigurierte Erfahrung zu klären versuchen“ (Atwood, Orange & Stolorow 2015, S. 14).

Nach diesem Konzept ergibt sich in der intersubjektiven Psychoanalyse ein anderer Umgang mit dem Widerstand. Wird der therapeutische Prozess blockiert, steht im Mittelpunkt des Interesses nicht mehr „Der Patient leistet Widerstand gegen ...“, sondern die Frage, wie Analytiker und Patient gemeinsam diese Blockade konstruiert haben. Dieser kontextuelle Bezug ermöglicht es im Hier und Jetzt die organisierenden Aktivitäten und die interagierenden subjektiven Welten von Patient und Analytiker einschließlich der kulturellen Hintergründe beider Beteiligten mit einzubeziehen (Atwood, Orange & Stolorow, 2015).

3.1.2 Abwehr

Auch der Begriff der Abwehr stammt ursprünglich von Freud, der ihn erstmals 1894 „für das Sträuben des Ichs gegen peinliche und unerträgliche Vorstellungen und Affekte verwendet“ (A. Freud, 2016, S. 49). Im Laufe seiner Studien ersetzte Freud den Begriff durch Verdrängung und griff erst 1926 wieder auf den Begriff Abwehr zurück. 1936 veröffentlichte seine Tochter Anna Freud „Das Ich und die Abwehrmechanismen“ und legte damit die erste Beschreibung und Systematisierung von Abwehrmechanismen vor. (Verdrängung, Regression, Reaktionsbildung, Isolierung, Ungeschehenmachen, Projektion, Introjektion, Wendung gegen die eigene Person, Verkehrung ins Gegenteil und Sublimierung) Diese Darstellung wurde im Laufe der Zeit erweitert, hat aber bis heute Gültigkeit in der Psychoanalyse (Körner, 2013, Seiffge-Krenke, 2017).

Abwehr ist ein psychodynamischer Vorgang, der das Bewusstsein sowohl vor gefährdenden inneren Reizen als auch vor den intrapsychischen Auswirkungen, äußerer überfordernder Reize schützt. Mentzos (2017) sieht die Theorie der Abwehrmechanismen als eine der fruchtbarsten und am meisten akzeptierten Teile der Psychoanalyse – auch außerhalb der Psychoanalyse. „Die ... durch Konflikte, Traumata oder andere Belastungen bedingten, emotionalen Reaktionen bzw. unlustvollen intrapsychischen Spannungen werden oft durch psychische Mechanismen, sogenannte Abwehrmechanismen, abgewehrt, das heißt zwar nicht gelöst, aber weniger bewusst spürbar und dadurch erträglicher gemacht“ (Mentzos, 2017, S.45).

Der Mechanismus der Abwehr passiert unbewusst. Laut Rudolf (2013) werden unterschiedliche Aspekte aus der bewussten Wahrnehmung ferngehalten:

- unerfüllte, objektgerichtete Bedürfnisse von kindlicher Art (Sehnsucht nach Anerkennung, Geborgenheit)
- negative Affekte bezogen auf wichtige Objekte (Ärger, Enttäuschung, Scham, Angst)
- negative Selbstbewertung (Selbstzweifel am eigenen Wert und eigener Kompetenz)
- negative Objektbilder (beschämende, entwertende, strafende, zurückweisende Einstellungen der Objekte)

Diese widersprüchlich erlebten Motive führen zu inneren Spannungen und Unlustzuständen.

3.1.3 Das Zusammenwirken von Widerstand und Abwehr

Für Rudolf (2017) ist die Abwehr in der spezifischen Situation der Psychotherapie leicht zu registrieren, da sie sich beim therapeutischen Versuch sich an das Abgewehrte anzunähern verstärkt und als Widerstand sichtbar oder spürbar wird. Dieser Widerstand ist einerseits ein Schutz und andererseits ein Regulativ für die Beziehung zum Therapeuten. Jene Abwehrmechanismen, die zu Widerstandszwecken eingesetzt werden, ermöglichen dem Patienten die Geschwindigkeit des therapeutischen Prozesses zu beeinflussen und somit seinen Toleranzgrenzen anzupassen (König, 2007).

Während die Abwehrmechanismen emotionale, kognitive und motorische Reaktionen beschreiben, kann sich der Widerstand unterschiedlicher Abwehrmechanismen bedienen, um das Infantile und das Vertraute gegen Aufdeckung und Veränderung zu verteidigen. (Seiffge-Krenke, 2017).

Für Mackenthun (2011) ist jedem Widerstand eine Abwehr implizit. Er unterscheidet zwischen intrapsychischer Abwehr und interpersonellem Widerstand, wobei er betont, dass intrapsychische Abwehr interpersonelle Anstöße bekommt. „Widerstand ist ...

nicht nur Schutz gegen Veränderung, sondern gleichzeitig auch rückwärtsgewandter Schutz vor unerträglichem Vergangenen sowie gegenwartsbezogener Schutz des Persönlichkeitsgefühls“ (Mackenthun, 2011, S. 63).

Die Phänomene des Widerstands zeigen sich im psychotherapeutischen Kontext in unterschiedlichsten Verhaltensweisen. Die Abwehrmechanismen dahinter müssen erschlossen werden (Seiffge-Krenke, 2017).

3.2 Aspekte von Kontakt und Widerstand in der Gestalttherapie

Im Lexikon der Gestalttherapie werden die Begriffe Widerstand und Abwehr synonym verwendet und mit dem Kontaktzyklus in Verbindung gebracht. Zum Begriff des Widerstands „... alternativ gebrauchte Ausdrücke sind 'Abwehrmechanismus' (in der Psychoanalyse), 'Kontaktstörung' und 'Kontaktunterbrechung' (in der Gestalttherapie)“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 323).

3.2.1 Einschränkungen der Kontaktfähigkeit

Wie an anderer Stelle beschrieben, ist der Kontaktprozess ein zentrales Konzept in der Gestalttherapie und bedeutsam für die Sicht auf Gesundheit und Krankheit.

Kontaktmodalitäten/ Kontakt(vermeidungs)mechanismen sind kreative Anpassungen, um die Entwicklung von Erregung zu vermeiden, die im Laufe der verschiedenen Phasen des Kontakterlebens entsteht. Perls nannte diese Mechanismen, mit denen der Kontakt vermieden wird, Kontaktunterbrechungen. Sie schränken die Kontaktfähigkeit ein.

Perls, Hefferline und Goodman (2006) definieren die Psychologie als die Erforschung der kreativen Anpassung und daraus folgend die Klinische Psychologie als „die Erforschung der Unterbrechung, Verhinderung oder anderer Ereignisse im Prozeß [sic] der kreativen Anpassung“ (S. 26). Die Autoren beschreiben diese Kontaktunterbrechungsmechanismen als neurotisches Verhalten und als Stadien der schöpferischen Anpassung, in denen die Erregung unterbrochen wird, um den Status quo aufrecht zu erhalten. Angesichts einer Gefahr oder einer Enttäuschung kann der

Kontaktprozess in jeder Phase unterbrochen werden, indem die Erregung gedrosselt wird, was zu Angst führt.

Im Folgenden wird sichtbar, wie sich in der theoretischen Auseinandersetzung mit den Kontaktunterbrechungen der Begriff veränderte. In der gegenwärtigen Literatur gibt es unterschiedliche Bezeichnungen. Der Begriff der Kontaktunterbrechung wird teilweise immer noch verwendet, wurde aber auch abgelöst von Kontaktfunktionen, Kontaktstile, Kontaktmodalitäten oder Kontakt(vermeidungs)mechanismen.

Perls beschreibt ursprünglich folgende Kontaktunterbrechungsmechanismen: Konfluenz, Introjektion, Projektion und Retroflexion. Goodman fügt noch den Egotismus hinzu. Weitere Kontaktvermeidungsmechanismen, die aber in der weiterführenden Literatur selten rezipiert werden, sind der vom Ehepaar Polster (2009) beschriebene Mechanismus der Deflektion und der von Martina Gremmler-Fuhr (2001) und Peter Dreitzel (2004) genannte Mechanismus der Reaktionsbildung.

3.2.1.1 Angst und Gestaltbildung

Die Unterbrechungsmechanismen sind mit dem Gefühl der Angst verbunden. Nach Lore Perls (2005) kann Kontakt nur kreativ und gut erlebt werden, wenn genügend Stütze vorhanden ist. „Jede Erfahrung, alles Gelernte, das voll assimiliert und integriert ist, wird zum organismischen Hintergrund, welcher der jeweiligen Gestaltbildung im Vordergrund Bedeutung und der Erregung des Grenzerlebnisses Stütze verleiht“ (S. 111). Stütze ist alles, was für gewöhnlich als selbstverständlich empfunden wird und verlässlich scheint. Dazu zählen auch Verhaltensmuster, die zur Zeit ihrer Entstehung unterstützend waren - „...in besonderem Maße unsere Kanten und Widerstände“ (S.94). Verlieren jene Verhaltensweisen ihren Nutzen und werden zu habituellen Gewohnheiten, dann werden sie zu Blockierungen.

Dreitzel (2007) beschäftigt sich mit der Bedeutung von Gefühlen im Zusammenhang mit dem Kontaktprozess. Die Gefühle Angst und Scham benennt er als „hemmende Gefühle“ (S.141). Damit ist nicht Furcht vor einer konkreten Bedrohung gemeint, sondern ein undefinierbares, beklemmendes Gefühl im Brustraum, das sich mit der aufsteigenden Erregung bei einem neuen Kontakt zuweilen einstellt. Dieses Gefühl ist

mit einer Störung des freien Atemflusses verbunden – die Erregung wird unterbrochen und Angst entsteht.

In Anlehnung an Perls stellt Robine (2016) Angst und Erregung, deren Bedeutung für die Kontaktvermeidung bzw. die Art des Kontakts und die damit verbundenen Störungen der Gestaltkonstruktion dar. Der Autor spricht von den Kontaktmodalitäten als „Flexionen des Erlebens“ (S.467) und lehnt den Begriff der Kontaktunterbrechung ab, da sich der Kontaktbegriff in der Theorie der Gestalttherapie auf die Bildung der Figur bezieht. Nicht der Kontakt selbst wird unterbrochen, sondern die Figurbildung. Die Art, wie der Kontakt sich verändert, bezeichnet Robine (2016) vergleichend mit der Umformung eines Wortes in der Linguistik als Flexion. „Diese Flexionen *Konfluenz, Introjektion, Projektion, Retroflexion und Egotismus* [Hervorhebung v. Verf.] verengen das Feld der Möglichkeiten des Erlebens und verändern oder unterbrechen das Kontinuum des selbstregulierenden Kontakts und der kreativen Anpassung“ (Robine, 2016, S.465). Auch Spagnuolo Lobb (2016) geht davon aus, dass nicht der Kontakt unterbrochen wird, sondern die Spontanität, mit der man in Kontakt tritt. Perls, Hefferline und Goodman (2006) bezeichnen mit Spontanität das Gefühl, kontinuierlich und aktiv am Erlebnis im Organismus/Umwelt-Feld beteiligt zu sein. „Der Kontakt kommt tatsächlich in jedem Fall zustande, doch die Qualität, in der dies geschieht, verändert sich. Dadurch ist der Kontakt weniger spontan und es entsteht eine Quelle der Angst“ (Spagnuolo Lobb 2016, S.51).

3.2.1.2 Kontaktmodalitäten

Im weiteren Verlauf werden die „Kontaktunterbrechungen“ synonym als Kontaktmodalitäten oder Kontakt(vermeidungs)mechanismen bezeichnet, da diese Begriffe eine wertneutrale Variante darstellen, indem sie die Art und Weise, mit der jemand in Kontakt ist, beschreiben.

Im Folgenden werden die Kontaktmodalitäten anhand des Konzepts von Robine (2016) näher dargestellt.

Entstehung einer Figur versus Konfluenz

Der Körper und seine primären und sekundären physiologischen Prozesse bilden während der Vorkontaktphase den Grund. In dieser Phase entsteht bewusst oder unbewusst die Wahrnehmung einer Körperempfindung, ein Bedürfnis, die Wahrnehmung eines Umweltreizes, eine Sehnsucht, eine Begierde, eine nicht abgeschlossene Situation, die in die Gegenwart drängt, etc.

Flexion I Eine Empfindung, eine Erinnerung, das Entstehen einer ursprünglichen Repräsentation – alle Phänomene, die Bedeutung erlangen, auch wenn sie noch so vage sind, erzeugen Erregung und können zu Angst führen, die die Figur am Entstehen hindert. Diese Unterbrechung entsteht durch Konfluenz und ist mehr eine „Startschwierigkeit“ als eine Unterbrechung. „Die Entstehung einer Figur nicht zuzulassen, ist gleichbedeutend mit dem Aufrechterhalten oder dem Streben nach Konfluenz“ (Robine, 2016, S.468). Die verfügbaren Modalitäten, die die Konfluenz aufrechterhalten, entsprechen einer Unterdrückung. Eine der Funktionen zur Aufrechterhaltung der Konfluenz ist mit der Angst vor Individuation und Differenzierung verknüpft. „Sich seiner eigenen Sehnsüchte bewusst zu werden, bedeutet die erste Person Singular anzunehmen, ein 'Ich' zu werden. Konfluenz, also die Aufrechterhaltung einer mangelnden Differenzierung zwischen Umwelt und Organismus, beseitigt dieses Risiko“ (S.468). Im Zuge dieser Phase kann es zur Fixierung der Angst kommen, wenn die Erregung zum Stillstand kommt.

Erregung der eigenen Sehnsucht versus Introjektion

Die Entstehung einer Figur aus dem Grund initiiert die Phase der Kontaktsequenz, in der eine dynamische Beziehung zwischen Figur und Grund entsteht. In dieser Phase bringt die Erregung den Organismus aus dem 'Nichts', der Ruhe und Stille zum Erwachen einer Sehnsucht. Hier passiert Identifikation. Der eigenen Sehnsucht gewahr zu werden, sich mit den Möglichkeiten der Umwelt zu identifizieren oder sich abzugrenzen, kann Angst erzeugen. Die wachsende Begierde ist intentional, das heißt, sie ist auf ein Objekt gerichtet, das integriert und assimiliert werden kann. Wird der

Internalisierungsprozess unterbrochen, wird das Objekt in Form eines „Fremdkörpers“ fixiert und es entsteht ein Introjekt.

„Gesunde Introjektion“ kann in sozialen, kulturellen und sprachlichen Kontexten nur in Abwesenheit von Zwang erfolgen.

Flexion II Beginnt irgendein Aspekt der Umwelt Zwang auszuüben, wird die Erregung, die mit dem Auftauchen eines Wunsches einhergeht, immobilisiert. Das Selbst wird daran gehindert, im laufenden Kontakt im Ich-Modus zu funktionieren. Wird der eigene Wunsch durch den eines anderen als Ersatz für den eigenen Wunsch, die eigene Begierde und die eigene Bedeutung ersetzt, geschieht Introjektion. Introjektion ist die Übernahme von Fremdem ohne die Prüfung durch den Organismus

Wahrnehmung der Umwelt versus Projektion

Die Erregung des Wunsches, die in der vorangegangenen Phase die Figur gebildet hat, macht nun einem Objekt Platz. „Dabei handelt es sich um einen besonders sensiblen – und Angst einflößenden – Moment, weil sich die Figur von einem Pol des Feldes (dem Organismus) zum anderen (der Umwelt) bewegt, ...“ (Robine, 2016, S.472). In dieser Phase sind Emotionen sehr wichtig. Die mit dem Auftauchen der Emotion steigende Erregung zu akzeptieren und sich der Umwelt zu stellen, bedeutet Verbindung von innen z.B. einem Antrieb, Verlangen, Wunsch etc. zu einem Objekt herzustellen.

Flexion III Projektion ist eine unwissentliche Verweigerung (Verleugnung, Unmöglichkeit) eigener Affekte, Gefühle und deren begleitenden Repräsentationen. Angst erzeugende und unangemessene Affekte werden nach außen verlagert und anderen Menschen zugeschrieben.

Herangehen versus Retroflexion

Die Erregung kann frei fließen, wenn es möglich ist, die Umwelt wahrzunehmen und zu gestalten, auf etwas oder jemanden zuzugehen und vollständig in Kontakt zu treten. Diese Annäherung kann Angst oder Furcht erzeugen und kann dazu führen, dass sich

die Funktion, die sich ursprünglich vom Individuum auf die Umwelt gerichtet hat, ihre Richtung ändert und sich gegen den Urheber wendet.

In der Gestalttherapie ist *ad-gredi*, das Herangehen, eine Form der Aggression, die förderlich und kreativ ist, um etwas zu bewirken. In dieser Phase ist die Retroflexion jene Kontaktmodalität, die es ermöglicht, die Angst vor der Aggression (*ad-gredi*) zu vermeiden und die Handlung richtet sich rückwärts gegen die eigene Persönlichkeit und den eigenen Körper.

Flexion IV Die Retroflexion kann die gegenwärtige Gestalt mit oder ohne Bewusstheit unterbrechen. Kann die eigene Aggression nicht ausgedrückt werden, richtet sie sich gegen sich selbst. Diese Retroflexion kann sich als selbstdestruktives Verhalten manifestieren, z.B. im Suchtverhalten.

Loslassen versus Egotismus

Um den finalen Kontakt zu erreichen, sich in den vollen Kontakt fallen zu lassen und sich dem Objekt hinzugeben, muss die Kontrolle gelockert werden. Das ist verbunden mit Kontrollverlust. Verspürt das Subjekt in dieser Phase des Erlebens nur mäßig Angst, dann beschränkt sich der Egotismus mit einer Verlangsamung, um zu überprüfen, ob die gegebenen Möglichkeiten ausgeschöpft sind und keine Gefahr droht, bevor Einlassung und Assimilation möglich wird.

Flexion V Das Herannahen an den finalen Kontakt erzeugt in einigen Situationen so große Angst, dass der Egotismus als Bremse fungiert, um den Kontakt zu vermeiden.

Die Kontaktmodalität des Egotismus ist in hohem Maß bei Menschen mit narzisstisch gestörtem Erleben zu finden (Dreitzel, 2004; Robine, 2016).

3.2.2 Gordon Wheeler: Kontaktfunktionen und Widerstand

Wheeler (2015) weist darauf hin, dass Perls, ähnlich Freud, ursprünglich die Kontaktunterbrechungsmechanismen mit den Abwehrmechanismen und dem

Widerstand gleichsetzte, aber im Gegensatz zu Freud eine interessante Veränderung im Umgang mit dem Widerstand aufzeigte: Widerstand wird nicht mehr als Widerstand gegen den Therapeuten oder den therapeutischen Prozess gleichgesetzt, sondern als Widerstand gegen den Kontakt. In der Weiterentwicklung des Konzepts sieht Goodman Kontaktunterbrechungen als Störungen der Bewusstheit. „Neurotische Verhaltensweisen sind kreative Anpassungen in einem Feld, in dem es Verdrängung gibt“ (Perls, Hefferline & Goodman, S.308). Abwehr oder neurotische Mechanismen sind kreative Verhaltensweisen zur bestmöglichen Lösung in der gegenwärtigen Situation. Demnach sind die neurotischen Kontaktunterbrechungsmechanismen weniger ein Widerstand gegen Kontakt, sondern eine Art von Kontakt (Wheeler, 2006).

Ausgehend von der Annahme, dass der Organismus lebt, indem er seinen Unterschied zur Umwelt aufrecht hält und diesen Unterschied an der Grenze abschwächt, um Neues zu assimilieren, begreift Wheeler (2006) Kontaktmodalitäten, die er Kontaktfunktionen nennt, als Dimensionen. Zu jeder Kontaktfunktion (Konfluenz, Introjektion etc.) gibt es einen Gegenpol. Im Sinne einer strukturierten Begegnung an der Grenze sind beide Pole wichtig. Widerstand und Konfluenz sind beides Pole des Kontakts – die natürliche, dynamische Spannung des Andersseins. Die besondere Mischung dieser Pole macht den besonderen Stil des Kontakts aus. Der Autor schreibt:

Was ich hier behaupte, ist, dass es so etwas wie Kontakt in irgendeiner idealen, platonischen, reinen und theoretischen Form ... überhaupt nicht gibt. Stattdessen ist die Ausübung all dieser Modi, all dieser Variablen an der Grenze, die wir Kontaktfunktionen nennen werden, Kontakt. (S. 128)

Dysfunktionale Anpassungen sind in der Dynamik des Kontakts eine Unterentwicklung des einen Pols oder eine Überentwicklung des anderen Pols. Widerstand und Konfluenz sind demnach keine Vermeidung des Kontakts, sondern Dimensionen des Kontakts. Auch die anderen Kontaktfunktionen sieht Wheeler als Modi und Wege der Begegnung an der Grenze. Die Natur des Organismus wird auch als Fähigkeit definiert, bestimmte Kontaktfunktionen gegenüber anderen für spezielle Ziele zu

nutzen. Die Kontaktfunktionen sind ein funktionaler Modus, der im jeweiligen Augenblick unter gegebenen Bedingungen einen Aspekt des Kontakts ausdrückt.

Wheeler (2006) kritisiert am Modell Perls und Goodmans, dass die Struktur des Grundes, die die Bedingungen der Figurbildung darstellt, zu wenig mitberücksichtigt ist und zu sehr auf die Gestaltbildung fokussiert wird. Wesentlich für die „...bedeutungsvollen Ganzheiten des Lebens“ (S. 85) sind innere Prozesse an der Grenze, die Auflösung und Integration konkurrierender Bedürfnisse und Figuren, sowie die Platzierung von all dem in einem strukturierten Grund. Die dynamische Gestaltung der gegenwärtigen Figur passiert auf dem Hintergrund der persönlichen, subjektiven Vergangenheit, die Teil des strukturierten Grundes ist.

Das trifft sich mit dem Konzept der Stütze von Lore Perls und mit den Annahmen der Integrativen Gestalttherapie. Wie Lieselotte Nausner (2018) ausführt, orientiert sich die Integrative Gestalttherapie in Anlehnung an Petzold an den Erkenntnissen der Säuglingsforschung und sieht den Organismus als Träger der unter dem Selbstbegriff gefassten Erfahrung. Mit Merleau-Ponty, der den Organismus als biologischen und das Selbst als psychologischen „Leib“ beschreibt, begreift die Integrative Gestalttherapie das Selbst als ein Leibliches. Anhand der biologischen Anlagen und in Auseinandersetzung mit der Umwelt entwickelt das Selbst zur Orientierung für den Kontakt mit der Umwelt einen Prozess – das Ich. Der Entwicklungsprozess beginnt intrauterin und hält bis zum Lebensende an. Da die Entwicklungen in Auseinandersetzung mit der Umwelt stattfinden, haben Beziehungserfahrungen wesentlichen Einfluss auf die Selbst-Entwicklung. „Defizitäre, traumatische, konfliktbeladene Beziehungserfahrungen hinterlassen defizitäre, traumatische, konfliktreiche Selbste, die nur unzureichend fähig sind, sich selbst und der Welt konstruktiv zu begegnen“ (Nausner, 2018, S.192). Diese Erfahrungen sind Teile des strukturierten Grundes.

3.2.3 Das Kontakt-Support-Konzept von Lore Perls

Lore Perls (2005) beschreibt im Kontakt-Support-Konzept das Verhältnis von Kontaktprozessen und Selbst-Stützung. Kontakt ist im Vordergrund und ist nur möglich, wenn als organismischer Hintergrund Stütze verfügbar ist. Ist diese Stütze

nicht ausreichend vorhanden, entsteht Angst. Da Lore Perls die Folgen der Entstehung von Angst nicht näher ausführte, beschäftigt sich Votsmeier-Röhr (2005) mit dieser Frage. Wird die Angst zu groß, wird ein Mensch versuchen, bestimmte Kontakte zu vermeiden. Er wird versuchen, das Eintreten dieses Zustandes zu verhindern. Diese Vermeidung kann sich auf intrapsychische Bereiche, auf Bereiche der äußeren Umgebung und auf interpersonelle Beziehungen beziehen.

Der Organismus ist bestrebt bei Erschütterungen, mit und ohne Angst, durch Ausgleichsprozesse seine relative Konstanz zu erhalten. Das Kontakt-Support-Verhältnis geht mit der Sicherung, Erhaltung und Verwirklichung von Identität und Individualität einher. Ist diese Sicherung nicht möglich, kommt es zu schweren Erschütterungen. Votsmeier-Röhr (2005) verbindet seine Überlegungen mit dem Konzept der Ich-Grenze von Miriam und Erving Polster (2009), die ausgehend von der dynamischen Beziehung zwischen Organismus und Umwelt die Bedeutung der Kontaktgrenze betonen. Die Ich-Grenze einer Person ist definiert durch die für sie zulässigen Kontaktmöglichkeiten. Die Ich-Grenze ist durch die gesamte Lebenserfahrung und die Fähigkeit neue Erfahrungen zu assimilieren bestimmt, besteht aus einer Reihe von Kontaktgrenzen und definiert Handlungen, Erinnerungen, Vorstellungen usw. bei denen man sich frei engagieren kann „sowohl mit der Welt außerhalb seiner selbst wie auch mit dem Nachhall in sich selbst“ (Polster & Polster, 2009, S.114). Die Art, wie ein Mensch Aktion oder Bewusstheit an der Kontaktgrenze entweder erlaubt oder hemmt, zeigt seine Methode, die eigenen Grenzen zu erhalten. Die Ich-Grenze schließt aber auch das Gefühl dafür ein, welches Risiko in der Kontaktaufnahme man auf sich nehmen will und wo die Konsequenzen einer neuen Erfahrung Erfordernisse mit sich bringen, denen man nicht gewachsen ist. Im Kontakt mit dem Anderen wird eine Kontakt-Grenze erzeugt, die ein Grenzerlebnis ermöglicht. Es ist nicht vorhersehbar, wie das jeweilige Grenzerlebnis, die Erfahrung, aussieht, weil man auf das „Andere“ trifft. Deshalb bedarf es „Kontakt-Regulierungen“, um die Ich-Grenze und damit die Ich-Identität nicht zu gefährden. Diese sichernde Regulation erfordert, das Erleben an der Kontaktgrenze zu beeinflussen. Dies erfolgt durch die Kontaktmodalitäten. Welche Operationen notwendig sind, hängt von der Stützung ab, die für das Kontaktgeschehen entweder vom eigenen organismischen Hintergrund

oder von außen zur Verfügung stehen. Ist der Support nicht ausreichend vorhanden, wird der Kontakt vermieden. Die Folge davon ist der Einsatz der Kontaktmodalitäten als habituelle Schutz- und Vermeidungsstrategien, um zukünftig ähnlich bedrohliche Grenzerlebnisse zu verhindern. „Meist sind diese Strategien nicht mehr flexibel, sondern Fixierungen, fixierte Gestalten, die automatisiert sind und zu Blockierungen werden. Statt von kreativer Anpassung kann man von dem Einsatz dysfunktionaler Anpassungen sprechen“ (Votsmeier-Röhr, 2005, S.37). Wird die Person durch äußere oder innere Umstände mit einer labilisierenden Situation konfrontiert, zeigen sich Widerstandsphänomene. Das Kontakt-Support-Konzept hat Bedeutung für die Praxis der Gestalttherapie, insbesondere für die Behandlung von Menschen mit strukturellen Störungen. Dazu gehören oftmals auch Menschen mit einer Suchterkrankung.

3.2.4 Widerstandsphänomene als Schutz und bestmögliche Handlung

In der Literatur der traditionellen Gestalttherapie werden Widerstand und die Kontaktmodalitäten (die traditionell noch Kontaktunterbrechungen genannt werden) eng in Verbindung mit dem Begriff der Abwehrmechanismen betrachtet.

Einigkeit herrscht darüber, dass das Phänomen des Widerstands mit dem Kontaktprozess, der damit verbundenen schöpferischen Anpassung und den Modalitäten den Kontakt zu gestalten, verknüpft ist.

Nach den bisherigen Ausführungen wird immer deutlicher, dass die Gestalttherapie, in Abgrenzung an diverse psychodynamische Konzepte, „Widerstand“ nicht als etwas gegen die Therapie und die Therapeutin Gerichtetes sieht, sondern als kreative Anpassungen. „Wenn die Bewußtheit [sic]... schöpferisch ist, dann werden eben diese Widerstände und Abwehrmechanismen – tatsächlich sind es ja Gegenangriffe und Aggressionen gegen das Selbst – als aktive Ausdrucksformen der Vitalität angesehen, wie neurotisch diese im Gesamtbild auch sein mögen“ (Perls, Herffeline & Goodman, 2006, S.51). Auch Josef Zinker (2005) betrachtet die Kontaktmodalitäten vom Standpunkt der Abwehrmechanismen aus und stellt fest, wer die Empfindung vom Gewahrsein ausschließt, betreibt eine Abwehr durch Verdrängung. Die Polarität Veränderung versus Stabilität stellt eine der zentralen Polaritäten des Lebens dar. Kontaktmodalitäten sind Fixierungen, die durch die Blockierungen bzw. Unter-

brechungen des Kontakterlebens entstanden sind, chronisch werden und somit die Veränderung als Wachstumsprozess und Ausdruck des gesamten schöpferischen Potentials verhindern. Der Begriff „Widerstand“ impliziert für Zinker (2005) die Wahrnehmung des Widerstrebens nach außen. Was an der Oberfläche in der Beobachtung und Wahrnehmung als ein Widerstand gegen Veränderung erscheint, kann für die Klientinnen eine ganz andere Bedeutung haben und ist im gegenwärtigen Moment die Art und Weise in Begegnung zu sein. „Dies ist die phänomenologische Definition von Widerstand, eine Definition, die die Gültigkeit meiner inneren Erfahrung, meines inneren Lebens in den Vordergrund stellt“ (Zinker, 2005, S. 43-44).

Nach James Kepner (2010) kann der Kontaktzyklus des Erlebens auch als Zyklus der Selbstregulierung bezeichnet werden, da die Herstellung der Balance im Organismus/Umwelt-Feld ein wichtiger Aspekt im Zyklus des Kontaktprozesses ist. Aus der Perspektive des Klienten kann der Begriff der Abwehr mit dem des Schutzes ersetzt werden, da „Widerstand“ eine wichtige Funktion bei der Aufrechterhaltung und der Integrität des Organismus hat. Kepner (2010) stellt fest, dass Widerstand nach Auffassung der Gestalttherapie als Bestandteil des Selbst (als eine Funktion des Selbst) und Ausdruck des inneren Wesens zu betrachten ist. Wird der Zyklus des Erlebens gewohnheitsmäßig und in einer Art und Weise unterbrochen, die außerhalb des Bewusstseins liegt, manifestiert sich das als organismische Störung, da unsere Bedürfnisse keine Erfüllung finden können.

Miriam und Erving Polster (2002) sehen Widerstand vom Blickwinkel unterschiedlicher Motivationen aus, die sich hemmend auf Verhalten und Gefühle auswirken. Die Arbeit mit den Polaritäten beschäftigt sich mit dem inneren Konflikt, da beide beteiligten Seiten nach Dominanz streben. Wenn beide Seiten nicht vereinbar sind, kommt es entweder zur Ambivalenz oder eine Seite ordnet sich der anderen unter. Der unterlegene Anteil arbeitet unbewusst und wird zum Saboteur. Im schlimmsten Fall erzeugt er Panik und Angst. Ziel ist es, die einander entfremdeten Anteile einer Person wieder in Kontakt miteinander zu bringen, um die offene Gestalt zu schließen.

Dreitzel (2007) geht von den Kontaktmodalitäten als neurotische Verhaltensweisen aus, die sich in der Therapie als Widerstand zeigen. Jedes Verhalten war ursprünglich

ein kreativer Akt, der für das Kind oder die Erwachsene die bestmögliche Lösung in einer schwierigen Situation darstellte. Oftmals hat sich die Situation geändert, aber die Verhaltensweisen sind noch dieselben, obwohl sie in der gegenwärtigen Situation nicht angemessen sind. Die ursprünglichen Strategien wurden verdrängt. Nicht die Bedürfnisse und Sehnsüchte sind verdrängt worden, sondern die Art und Weise wie mit den Frustrationen und Ängsten umgegangen wurde. Demzufolge definiert Dreitzel (2004) den neurotischen Prozess als „... die Art und Weise, wie wir in der jeweiligen Gegenwart unseren Austauschprozess mit der Umwelt aufgrund von Verdrängungen schwächen oder unterbrechen und damit die Entfaltung unseres kreativen Potenzials verhindern. Diese Schwächung erfolgt durch die schrittweise Unterdrückung einzelner Ich-Leistungen“ (S.31).

Jene beobachtbaren sich wiederholenden Verhaltensweisen in Situationen, in denen sie unangemessen scheinen und die sich zur Abwehr von Erregungsangst bewährt haben, sind Reaktionsbildungen und zählen ebenfalls zu den Kontaktmodalitäten (Gremmler-Fuhr 2001; Dreitzel 2004).

Kristine Schneider (2002) betrachtet den Widerstand aus verschiedenen Blickwinkeln. Vom Überlebensbedürfnis aus als Schutzmaßnahme, von der Gestalttheorie aus als bestmögliche Handlungsgestalt, um ein Problem zu lösen, phänomenologisch als ein Ausweichen des Offensichtlichen und psychodynamisch als eine Blockierung im Prozess. Schutzmaßnahmen wirken nach innen und nach außen und grenzen unerwünschte Erlebnisse und Erinnerungen ab. Nach innen bieten sie Schutz vor Erregung, Unruhe, Scham, Angst, Gefühlen und Fantasien, nach außen Abschirmungen vor zu großer Nähe. Schutzmaßnahmen sind Einschränkungen in der Struktur der Kontaktaufnahme, waren früher sinnvoll und verhindern in der gegenwärtigen Situation angemessenes Verhalten. Für Schneider (2002) liegen in der Erhellung des Widerstands wichtige Hintergrundinformationen für die Struktur des Bezogenseins auf sich und die Welt.

Eine Erweiterung der Überlegungen bringt Bloom (2013), indem er der Ästhetik in Zusammenhang mit den gestalttherapeutischen Begriffen des Kontakts und der schöpferischen Anpassung einen zentralen Stellenwert gibt. „Ästhetisch“ bedeutet in

seiner ursprünglichen Bedeutung aus dem Griechischen αἰσθητική „mit allen Sinnen wahrnehmen“. Wahrnehmung basiert auf den Sinnen und ist damit eng mit Ästhetik verbunden. Demnach enthält jedes Detail der Kontaktnahme „seine in Entwicklung befindliche Ästhetik als gefühltes und wahrgenommenes Organisieren von Erfahrung. ... Es ist eine fließende Synthese von Organismus und Umwelt, wobei sensorische, motorische und affektive Elemente miteinander eins sind“ (Bloom, 2013, S.80). Das Ästhetische entsteht aus einer sinnlichen Erfahrung. Sind die ins Wahrnehmungsfeld tretenden Figuren matt, diffus und undeutlich, kann das ein Hinweis für unbewusste habituelle Anpassungen sein. Die Aufgabe der Gestalttherapie ist es, sich um beobacht- und erfahrbare Kontaktmodalitäten als Anzeichen neurotischer Funktionsweisen zu kümmern. Diese Einschränkungen in der Kontaktnahme werden gespürt bzw. gefühlt. Sie werden vom Therapeuten und von der Klientin wahrgenommen. „Es handelt sich hierbei ... um wahrgenommene Aktualitäten, die den Kontaktstrom in Mitleidenschaft ziehen. Das bedeutet ästhetisches Kriterium als klinischer Wert“ (Bloom 2013, S.87).

3.2.5 Zusammenfassung

Unter Berücksichtigung der rezipierten Literatur ergibt sich für mich folgende Definition: Kontaktmodalitäten sind fixierte, automatisierte Gestalten. Sie sind kreative Anpassungen und unbewusste, habituelle Schutz- und Vermeidungsstrategien, die in früheren Situationen die bestmögliche Lösung waren. Die Vermeidung des Kontakts bezieht sich auf intrapsychische Bereiche, auf Bereiche der äußeren Umgebung und auf interpersonelle Beziehungen. Nach innen schützen Kontaktmodalitäten vor Erregung, Angst, Scham, belastenden Erinnerungen, unangenehmen Gefühlen und Repräsentanzen, nach außen gestalten sie das Maß an Nähe und Distanz der aktuellen Begegnung. Kontaktmodalitäten sind sichernde Kontaktregulierungen, um die Ich-Identität und die Ich-Grenze nicht zu gefährden. In der gegenwärtigen, therapeutischen Begegnung können die beobacht- und erfahrbaren Widerstandsphänomene als Anzeichen eingeschränkter Kontaktfähigkeiten wahrgenommen werden. Da die Wahrnehmung auf den Sinnen beruht und damit eng mit der Ästhetik verbunden ist, könnte man von Widerstandsphänomenen als einer „Ästhetik des Widerstands“ sprechen. Das würde den Begriff „Widerstand“ von seiner negativen

Konnotation befreien und der phänomenologischen Sichtweise der Integrativen Gestalttherapie gerecht werden.

Widerstandsphänomene können sich auch aufgrund von bewussten und gezielten Verhaltensweisen seitens der Klientin gegenüber der Therapeutin zeigen. Nicht jedes wahrgenommene „Widerstandsphänomen“ liefert Hinweise auf zugrunde liegende unbewusste Kontaktmodalitäten, sondern kann auch die Bedeutung einer gesunden Abgrenzung haben.

In der Integrativen Gestalttherapie werden die Kontaktmodalitäten und die damit verbundenen spür- und beobachtbaren Phänomene, also die Ästhetik des Widerstands, nicht als ein dem therapeutischen Prozess entgegenwirkendes und verhin-derndes Verhalten betrachtet, sondern als eine schützende und beziehungs-regulierende Fähigkeit. Sie geben wichtige Hinweise auf die Art und Weise, mit der ein Mensch in Kontakt ist. Die Frage lautet also nicht "Warum vermeidet jemand den Kontakt?", sondern das Interesse gilt der Frage, wie er es tut. Das „Wie“ ist beobachtbar und mit allen Sinnen wahrnehmbar, das „Warum“ nicht.

Diese Sichtweise hat Auswirkung auf den Umgang mit der „Ästhetik des Widerstands“ in der integrativ gestalttherapeutischen Praxis.

4 Alkoholranke Frauen und die Ästhetik des Widerstands

Veränderungsprozesse, auch wenn sie ersehnt und erwünscht sind, lösen oftmals auch Angst aus. Veränderung bedeutet, Bekanntes zu verlassen und Neues zu versuchen und steht dem Bedürfnis nach Stabilität und Sicherheit entgegen. Die Veränderungswünsche von Frauen in Alkoholprozessen sind sehr ambivalent besetzt. Einerseits ist das aufrichtige Bedürfnis vorhanden, den Alkoholkonsum zu verändern, andererseits stellt die Reduktion von Alkohol oder das Weglassen der Substanz eine Verlust Erfahrung und somit eine Bedrohung dar. Lange Zeit war Alkohol die „stabile Beziehung“. Diese Ambivalenz begleitet von Ängsten und Schamgefühlen gemischt mit dem Verlangen nach Alkohol macht Veränderung schwierig. Im therapeutischen

Prozess mit Frauen in Alkoholprozessen zeigt sich das oftmals in der Ästhetik des Widerstands. „Im Widerstand verbindet sich die Angst vor dem Sich-Einlassen auf eine unbekannte Erfahrung, mit dem Mut und Willen zur Selbstbewahrung und Selbstbehauptung“ (Osten, 1995, S.125). Manchmal ist „etwas“ nur atmosphärisch in der persönlichen leiblichen Resonanz spürbar. Herman Schmitz (2016) definiert Gefühle als „räumlich ergossene Atmosphären und leiblich ergreifende Mächte“ (S.30) und zeigt am Beispiel der Scham die atmosphärische Wirkung dieses Gefühls. Es kann vorkommen, dass sich jemand beschämend benimmt ohne sich zu schämen, die anwesenden Personen zeigen sich aber peinlich berührt. In der therapeutischen Begegnung mit suchtkranken Menschen ist es wichtig, diese atmosphärischen Phänomene, besonders in Bezug auf Scham und Angst, miteinzubeziehen, und sie als Widerstandsphänomene zu würdigen, um in einen guten therapeutischen Prozess zu kommen (Bernstädt, 2016).

Vielfach sind Widerstandsphänomene in der therapeutischen Begegnung auch beobachtbar: Verharmlosen und Abstreiten des Alkoholproblems, Lügen den Alkoholkonsum betreffend, Ablehnen der Behandlung, ständiges Absagen der Therapiestunden, oftmaliger Themenwechsel, Ausweichen in Belanglosigkeiten, abwehrende oder verkrampfte Körperhaltung, das Gespräch ständig auf andere Personen lenken, Lachen beim Erzählen trauriger Inhalte, phrasenhaftes Sprechen, etc.

4.1 Psychoanalytische Aspekte

In der Praxis lässt sich feststellen, dass vom Fachpersonal des klinischen Feldes das aus der Psychoanalyse stammende Konzept der Abwehr zumindest sprachlich oftmals angewandt wird, wenn es um die Beschreibung von Phänomenen, die Veränderungsprozesse verhindern, geht. Jellinek (zitiert nach Schneider 2017), der die Entwicklung von Alkoholprozessen in mehreren Phasen beschreibt, nennt in der Anfangsphase der Entwicklung der Alkoholkrankheit Strategien wie Bagatellisierung, Verleugnung, Herunterspielen durch Vergleichen, Schuldabwehr, Vermeidungs- und Flucht-tendenzen.

Beinahe alle in der Abwehrlehre beschriebenen Abwehrmechanismen lassen sich in der Arbeit mit suchtkranken Menschen erschließen: Verdrängung, Reaktionsbildung, Verneinung, Verleugnung, Projektion, Rationalisierung, Intellektualisierung, Vermeidung, Altruismus, Humor, Sublimierung. Wolf-Detlef Rost (2009) sieht die Verleugnung als den zentralen Abwehrmechanismus der Sucht.

4.2 Integrativ gestalttherapeutische Aspekte

Die Integrative Gestalttherapie geht davon aus, dass gesundes Erleben durch die Fähigkeit, geschlossene Gestalten zu bilden, gekennzeichnet ist und sieht psychopathologisches Leiden als Ausdruck und Folge eines Mangels an signifikantem Kontakt. Die Einschränkung der Kontaktfähigkeit manifestiert sich in Kontaktstörungen (Francesetti, Gecele & Roubal, 2016). Dieses Konzept zeigt sich auch in den Suchtheorien der Integrativen Gestalttherapie. Es gibt kaum Literatur über suchtkranke Menschen in Verbindung mit Widerstandsphänomenen. In den bisher beschriebenen Theorien der Gestalttherapie wird deutlich, dass Kontaktmodalitäten bzw. Defizite in der Kontaktfähigkeit sowohl in einem engen Zusammenhang mit Widerstandsphänomenen als auch mit Suchtprozessen stehen. Folgt man der oben genannten Definition, Kontaktmodalitäten als unbewusste, automatisierte, habituelle, kontaktregulierende Schutz- und Vermeidungsstrategien zu betrachten, dann ergibt es Sinn in der Arbeit mit alkoholkranken Frauen, die therapeutische Wahrnehmung auf die Art und Weise der Klientin in Kontakt zu sein, bzw. wie die Klientin den Kontakt vermeidet, zu richten. Welche Kontaktmodalitäten lassen sich erschließen? Das betrifft sowohl die gegenwärtige interpersonelle Begegnung als auch die intrapsychischen Kontaktprozesse der Klientinnen.

Im Kontext von Abhängigkeit hält Regina Sosna (1995) die Kontaktmodalitäten der Konfluenz und Introjektion für besonders relevant. In der Praxis mit Frauen in Alkoholprozessen zeigen sich im Verlauf der Therapie oftmals Introjekte der Abhängigkeit, Abwertung und der Minderwertigkeit. Substanzabhängige Menschen sind konfluent mit der Substanz. Die dahinterliegende Sehnsucht nach der Substanz ist eine Sehnsucht nach einer Auflösung der Grenzen, nach Konfluenz mit sich und der Umwelt, um das Gefühl von Getrenntheit und Isolation zu dämpfen. (Sosna, 1995).

Der Selbstregulierungsprozess von suchtkranken Menschen erfolgt nicht frei fließend, sondern durch die Substanz, um die sich alles dreht. Sie sind fremdbestimmt. Das konfluente Verhalten in Bezug auf den Alkohol bestimmt oftmals das Leben der Klientinnen. Nach Brownell & Schulthess (2016) ist das In-Kontakt-Treten mit sich und der Umwelt gedämpft und von Selbsttäuschung und Leugnung geprägt. Diverse körperliche Indikatoren werden ebenso wenig wahrgenommen wie Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und Probleme in den sozialen Beziehungen. Die Entstehung von relevanten neuen Figuren wird verhindert. „Es gibt Empfindungen und neurotische Angst. Die Auswahl ist nur eine Pseudoauswahl und eine täuschende Funktionsweise des Ich, das eine starre Gestalt wählt, was zunächst durch Retroflexion und dann durch eine Konfluenz mit der Substanz oder dem selbstmedikativen Verhalten ermöglicht wird“ (S.371). Nach Albrecht Boeckh (2015) kommen Kontakt(vermeidungs)mechanismen bei Suchtklienten besonders häufig vor. Die Kontaktmodalitäten der Introjektion (ich bin nicht gut genug, ich muss es besonders gut machen, um geliebt zu werden, wenn ich nicht „brav“ bin, werde ich verlassen), der Projektion (der andere ist ärgerlich, egoistisch, rücksichtslos, meine Nachbarin trinkt wirklich zu viel), der Retroflexion (ich halte mich zurück, ich mache es alleine, ich bin gehemmt, wenn ich trinke, ertrage ich es leichter), der Konfluenz (ich gehöre dazu, ich habe dieselben Interessen wie mein Mann, es ist selbstverständlich in diesem Familiensystem, dass ich als Schwiegertochter meinen kranken Schwiegervater pflege, Alkohol tut mir gut) kommen bei alkoholkranken Frauen in den unterschiedlichsten Ausprägungen vor und lassen sich dialogisch im therapeutischen Prozess erschließen.

Reaktionsbildungen sind ebenfalls beobachtbare Phänomene, die den Kontakt schwächen oder verhindern, da sie dazu dienen, die Erregungsangst aus dem Erleben zu verdrängen. Dazu zählen beispielsweise Arroganz, Zynismus, Verächtlichkeit, ständiges Widersprechen, oftmaliges Weinen, chronische Entrüstung, sich ständig das Haar aus dem Gesicht streichen, dauerndes Witzeln etc. Jedes Verhalten kann durch Chronifizierung zu einer Reaktionsbildung werden und tritt dann häufig in Situationen auf, in denen es nicht angemessen erscheint (Dreitzel, 2004).

Es gilt, psychotherapeutisch sowohl die Wirkungsweise und das Ausmaß der wahrnehmbaren Kontakt(vermeidungs)mechanismen zu erforschen, als auch die Frage, was an Erleben vermieden und was daran so unerträglich für das Selbst ist (Salem, 2018). Das integrativ gestalttherapeutische Ziel ist es, in einer dialogischen Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin das Gewahrsein der Klientin für die Art und Weise in Kontakt zu sein, bzw. den Kontakt zu vermeiden zu entwickeln, um anschließend neue Handlungsmöglichkeiten zu erproben, zu integrieren und dadurch Wachstumsprozesse zu ermöglichen.

5 Widerstandsphänomene und die Praxis der Integrativen Gestalttherapie

Anschließend folgt die Beschreibung von Awareness und der Dialogischen Haltung, da diese Konzepte für die Methodologie der Integrativen Gestalttherapie bedeutsam sind. Danach wird der therapeutische (methodische) Umgang mit der Ästhetik des Widerstands anhand einiger theoretischer Überlegungen skizziert.

5.1 Awareness

Als wesentliches Element für Wachstum und Veränderung wird in der Integrativen Gestalttherapie Bewusstheit oder Awareness angesehen. Das bezieht sich auf das unmittelbare Wahrnehmen all dessen, worauf sich die gegenwärtige Aufmerksamkeit richtet. Die Differenziertheit der Bewusstheit hängt mit den jeweiligen Kontaktmöglichkeiten und damit mit dem Potenzial für Veränderung und Wachstum zusammen (Gremmler-Fuhr, 2001).

Yontef (1999) betrachtet die Arbeit an der Awareness in vier Entwicklungsstufen, da erst mit zunehmender Differenzierung der Bewusstheit Veränderung im therapeutischen Prozess und darauf aufbauend im Alltag möglich wird.

- Einfache Awareness: Die Klienten berichten über ein Problem in ihrem Leben. Ihnen ist weder der Prozess noch die Beziehung zur Therapeutin bewusst. Das geschieht häufig in der Anfangsphase im therapeutischen Prozess. Frauen, die

einen problematischen Umgang mit Alkohol pflegen, kommen, weil die Partner das wünschen oder sind sich darüber im Klaren, dass ihr Alkoholkonsum Probleme verursacht, können aber die Zusammenhänge sich selbst und das Umfeld betreffend, noch nicht benennen.

- Awareness der Awareness: Auf dieser Ebene der Bewusstheit wird sich die Klientin ihrer Awareness bewusst. Bei dieser Arbeit am Prozess ist das phänomenologische Vorgehen sehr bedeutsam. Hierher gehört die Bewusstheit über Vermeidung, Widerstand, Arbeit am Kontakt im Hier und Jetzt und die Verfeinerung der Hilfsmittel zur Kontaktaufnahme.
- Awareness bezüglich des Charakters der Person, die Erfahrungen macht: Kennt man die Muster der Vermeidung, die Muster der Bewusstheit und Unbewusstheit wird die gesamte Charakterstruktur des erlebenden Menschen bewusst. Hier werden eigene Verhaltensweisen und Muster schon spür- und erkennbar und die Funktion von Alkohol kann klar benannt werden.
- Phänomenologischer Aufstieg: Die phänomenologische Haltung durchdringt auch den Alltag des Klienten und ist nicht mehr nur auf die therapeutische Situation bezogen.

Bewusstheit entsteht in der gemeinsamen Arbeit zwischen dem Klienten (der Awareness des Klienten) und dem Therapeuten (dessen Awareness). Die Voraussetzung dafür liefert das „Zwischen“ des Dialogs (Yontef, 1999).

5.2 Dialogische Haltung

Das dialogische Prinzip und das Primat der Beziehung gehören zu den Grundannahmen der Integrativen Gestalttherapie und sind von zentraler Bedeutung für die therapeutische Beziehungsgestaltung. Einer der wichtigsten Referenzphilosophen ist Martin Buber. Viele Gestalttherapeuten betonen den Einfluss von Bubers Ich-Du- und Ich-Es-Beziehung auf den Aspekt der Beziehungsgestaltung in der therapeutischen Arbeit (Gremmler-Fuhr, 2001; Hartmann-Kottek, 2012; Jacobs, 2003; Staemmler, 1993; Schmidt-Lellek, 2004; Votsmeier-Röhr, 2006). Die dialogische

Haltung wird als ein Hin- und Herschwingen zwischen dem Handeln aus einer Ich-Es-Haltung und einer Ich-Du-Haltung verstanden. Die Ich-Du-Haltung wendet sich aus ontologischer Bezogenheit heraus dem anderen Menschen zu und schätzt ihn, ohne einen Zweck zu verfolgen als Person. Die Ich-Es-Haltung ist aufgrund ontologischer Getrenntheit ziel- und zweckgerichtet (Votsmeier-Röhr, 2006). In der Psychotherapie sind beide Haltungen wichtig. Da Psychotherapeutinnen in Bezogenheit auf die Klienten auch Diagnosen stellen, Therapieziele verfolgen und Entscheidungen treffen, welche Intervention für das jeweilige Gegenüber sinnvoll und passend ist, beschert der Ich-Es-Modus Urteilsvermögen, Willen, Orientierungsfähigkeit und Reflexion. Die Ich-Du-Begegnung hingegen ist unmittelbar, direkt, gegenwärtig und gegenseitig und eine Hingabe und ein Vertrauen auf das „Zwischen“ (Hartmann-Kottek, 2012).

Zentrale Elemente einer dialogischen Haltung sind die Intersubjektivität, die Anerkennung des Anderen und die Gegenwärtigkeit. Die dialogische Gestalttherapie „ist von der Erkenntnis durchdrungen, dass wir erst in Beziehung zu anderen Individuen unsere individuelle Einzigartigkeit erlangen“ (Hycner, 2003, S.65).

5.2.1 Die dialogisch-therapeutische Beziehungsgestaltung

„Jede wirkliche Beziehung zu einem Wesen oder einer Wesenheit in der Welt ist ausschließlich. Losgemacht, herausgetreten und gegenüber wesend ist ihr Du“ (Buber, 2014, S.79).

Auf dem Hintergrund der gestalttherapeutischen Rezension Bubers haben sich Kriterien für die konkrete Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin entwickelt. Jacobs (2003) betrachtet als wichtigsten Beitrag Bubers für die Psychotherapie die Annahme, dass jede Therapie, die den Wesenskern eines Menschen erreichen will, eine wahrhaftige Begegnung zwischen den Personen enthalten muss, da nur durch eine dialogische Beziehung Heilung möglich ist. Der Psychoanalytiker Hans Trüb (2015), ein Schüler C.G. Jungs, fand in Buber einen Freund und Mentor und betonte die Wichtigkeit der Einbeziehung des Beziehungsaspekts in die therapeutische Arbeit. Er sah den entscheidenden Wirkfaktor im Gegensatz zur Psychoanalyse nicht nur in der Erforschung des Intrapsychischen, sondern im therapeutischen Prozess, der sich zwischen dem Klienten und dem Therapeuten ereignet und den Dialog als ein

Gespräch, das auch ohne Sprache in der Stille in Zugewandtheit stattfinden kann. Das lässt an die Wahrnehmung im Sinne des Leib-Begriffs Merleau-Pontys denken:

Eben mein Leib ist es, der den Leib des Anderen wahrnimmt, und er findet in ihm so etwas wie eine wunderbare Fortsetzung seiner eigenen Intentionen, eine vertraute Weise des Umgangs mit der Welt; und wie die Teile meines Leibes ein zusammenhängendes System bilden, bilden somit auch der fremde Leib und der meinige ein einziges Ganzes, zwei Seiten eines einzigen Phänomens. (Merleau-Ponty, zitiert nach Staemmler, 2009, S.142)

Für den Psychiater und Philosophen Thomas Fuchs (2013) ist der Leib ein Resonanzraum aller Stimmungen, Gefühle und Bedürfnisse und das Zentrum von Wahrnehmungen, Bewegungen und Handlungen. Die Wahrnehmung anderer beruht „auf der leiblichen Kommunikation und wechselseitigen Empathie verkörperter Subjekte“ (S.102). Mathias Staemmler (2009) bezeichnet das als „leibliche Einfühlung“. In dieser Weise begegnen sich die Klientin und die Therapeutin in der therapeutischen Situation mit ihrer ganzen Leiblichkeit und kreieren im intersubjektiven Feld „Interleiblichkeit“ (Staemmler, 2009, 2015). Die therapeutische Beziehung der Integrativen Gestalttherapie basiert auf den dialogisch-leiblichen Begegnungen zwischen dem Klienten und der Therapeutin.

Lore Perls (2005) macht die Überlegungen Bubers für die Gestalttherapie fruchtbar. Den persönlichen Hintergrund mit allem was der Therapeutin an Erfahrung, Wissen und Geschick zur Verfügung steht, in der gegenwärtigen Situation, im Dienst des Dialogs und der Begegnung sieht die Mitbegründerin der Gestalttherapie als wichtige Kriterien für die therapeutische Haltung. Die dialogische Haltung impliziert die Hingabe an das, was sich aus der Interaktion entwickelt. Das hat Auswirkung auf den Klienten und die Therapeutin, die sich als ganze Person einbringt und den Raum öffnet für alles, was dazwischen geschieht (Yontef, 1999).

Eine Beziehung ist etwas, das geschieht – sie ist ein Prozeß [sic]. Der Prozeß [sic] vollzieht sich zwischen zwei Personen. Sie muss den Anforderungen des Kontakts entsprechen ... Verbindung, Trennung, Bewegung, Awareness. Zum Zweck einer von Kontakt getragenen Beziehung müssen zwei getrennte, sich

selbstbestimmende Menschen sich verbinden und gegenseitig anerkennen und zugleich ihre selbständige Identität aufrechterhalten (Yontef, 2003, S.43).

Kontakt/Begegnung geschieht gegenwärtig im Hier und Jetzt, Beziehung entwickelt sich. Die therapeutische Beziehung muss erarbeitet werden. Alle Beziehungserfahrungen lagern sich im Hintergrund ab und reichern die gesamte Lebensgeschichte an (Gremmler-Fuhr, 2001).

Stephanie Covington (2013) und Linda Hartling (2013) betrachten Suchtmittelmissbrauch bei Frauen vom Blickwinkel der beziehungs-sensiblen Kulturtheorie aus. Diese sieht den Menschen als ein in und für Beziehungen handelndes Wesen und wachstumsfördernde Beziehungen als einen entscheidenden Faktor für gesunde Entwicklung. Die beiden Autorinnen plädieren für eine ganzheitliche Betrachtung von Sucht, die sowohl die individuellen körperlichen, emotionalen, spirituellen Eigenschaften einer Frau, sowie die soziopolitischen und umweltbedingten Einflüsse mitberücksichtigt, um Sucht zu verstehen. Das deckt sich mit der Theorie der Integrativen Gestalttherapie. Hartling (2013) entwickelte einen beziehungs-sensiblen Behandlungsansatz – Prävention durch Verbundenheit - für Studentinnen an Universitäten, die einen risikoreichen Umgang mit Suchtmitteln pflegten (z.B. Teilnahme an Alkoholgelagen, wiederholte Alkoholvergiftungen etc.). Es zeigte sich, dass einer der größten Wirkfaktoren für die Veränderung ihres Konsumverhaltens die Etablierung einer mitfühlenden, vertrauenswürdigen therapeutischen Beziehung war.

Der Gestalttherapeut Thomas Bake (2008) sieht die therapeutische Beziehung als entscheidende Dimension der Therapie mit suchtkranken Menschen, da viele der Betroffenen aufgrund ihrer biografisch häufig unterbrochenen Bindungs- und Beziehungserfahrungen eine besonders sichere und unterstützende Beziehungsgestaltung benötigen. Die Etablierung einer dialogisch therapeutischen Beziehung soll es der Klientin ermöglichen, die Awareness zu vergrößern und in der gegenwärtigen Begegnung neue Beziehungserfahrungen zu integrieren.

5.2.1.1 Merkmale der dialogisch-therapeutischen Beziehung

Nach Yontef (1999) erfordert gute therapeutische Arbeit eine spezifische Art der Kontaktaufnahme, die getragen ist von Wertschätzung, Verständnis und Akzeptanz.

In Anlehnung an Buber beschreibt Yontef (1999) wichtige Merkmale der gestalttherapeutischen dialogischen Ich-Du-Beziehung:

- **Beteiligtsein (Umfassung)** bedeutet, sich mit Achtsamkeit und Respekt in die Welt des anderen zu begeben und die Begegnung von der Seite des Gegenübers wie von sich selbst aus zu erleben. Das ermöglicht der Therapeutin, sowohl die eigene phänomenologische Wirklichkeit zu erleben als auch Kenntnisse über die Klientin zu erlangen.
- **Präsenz** meint, sich als Therapeutin aufrichtig in die Interaktion mit dem Gegenüber einzubringen und in der therapeutischen Situation im Hier und Jetzt für den Anderen so gegenwärtig wie möglich zu sein. Das macht es möglich, das eigene Erleben, wenn es für den Klienten hilfreich scheint, in den Dialog mit einzubringen.
- **Bestätigung** bedeutet, die Anerkennung des Anderen wie er im Moment ist. Es gilt auch, das Wachstumspotenzial eines Menschen zu erkennen und „beinhaltet die Bekräftigung der Möglichkeiten, die in einer Person vorhanden sind einschließlich der Möglichkeiten, des Anerkennens verleugneter, abgespaltener Anteile, die ihr nicht bewusst sind, sie aber ebenfalls ausmachen“ (Votsmeier-Röhr, 2006, S.162).
- **Das Engagement für das Dialogische** bedeutet, sich im Dienst des Zwischen für den Dialog verantwortlich zu fühlen und offen dafür zu bleiben, was im Augenblick geschieht. Nach Votsmeier-Röhr (2006) erfordert diese Haltung immer wieder die Position der „schöpferischen Indifferenz“ einzunehmen. Diese Haltung im „mittleren Modus“ zwischen Aktivsein und Passivsein ist getragen von Neugier, Staunen, Interesse und der Bereitschaft sich von Unerwartetem überraschen zu lassen.

- Keine Ausbeutung, d.h. keine Grenzverletzungen hinsichtlich Ethik und Mitmenschlichkeit zuzulassen.

Über die genannten Merkmale hinaus ist es vertiefend, die Denkweise der sokratischen Dialogik in die Beziehungsgestaltung der Integrativen Gestalttherapie mit einzubeziehen (Schmidt-Lellek, 2004).

Die sokratische Haltung betrachtet beide Gesprächspartner gleichermaßen als Nichtwissende, die sich als Fragende im Dialog begegnen und sich um das Verstehen einer Sache bemühen. Im Gegensatz dazu steht die monologische Haltung. Hier tritt ein Wissender einem Nichtwissenden gegenüber. Die Dialogik sieht Erkenntnis als Prozess. „... Ziel des Erkennens ist, sich zu öffnen und sich offen zu halten für das Andere, Fremde“ (Schmidt-Lellek, 2004, S.67). Damit kann die Therapeutin durch das Einbringen ihrer Person in einem gemeinsamen Prozess des Suchens Möglichkeiten des Verstehens eröffnen. Sie ist keine „Wissende“, die die Wahrheit über die Lösung des Problems weiß. Diese Haltung des „Nicht-Wissens“ meint keine ahnungslose Ignoranz, sondern das Bewusstsein darüber, einen Menschen trotz kompetenter Bemühungen nicht vollständig erfassen zu können. Schmidt-Lellek (2004) zeigt Dimensionen des Nicht-Wissens auf, die es in der Praxis zu berücksichtigen gilt:

- Irrtumsvorbehalt durch ständiges Überprüfen von Diagnosen und Hypothesen
- Ganzheitsvorbehalt durch ständiges Überprüfen, inwieweit die Therapeutin die Klientin als ganze Person mit ihrem gesamten Hintergrund, eingebettet in ihre Umwelt, in ihrem Dasein und ihrer persönlichen Verwirklichung vom Leben gesehen hat.

Dieser Punkt ist für die therapeutische Arbeit mit alkoholkranken Frauen besonders wichtig, da sie von ihrem Umfeld oftmals nur unter dem Blickwinkel ihres Suchtverhaltens gesehen werden, was zu Stigmatisierung und Abwertung führt. Die Abhängigkeit von Alkohol stellt nur einen Aspekt der betroffenen Frauen dar und es gilt viele andere Anteile ihrer Selbst und auch ihres Umfeldes mitzuberücksichtigen und wieder bewusst und erfahrbar zu machen.

- Kulturvorbehalt als ein sich Einlassen auf interkulturelle Zusammenhänge und fremde Denkmuster.

5.2.1.2 Eingeschränkte Mutualität

Gremmler-Fuhr (2001) beschäftigt sich mit der Frage, wie die therapeutische Haltung des dialogischen Prinzips angewendet werden kann, ohne nur als schlichte wohlwollende Haltung praktiziert zu werden oder ein „Normenkatalog“ zu sein. Das bedeutet im Sinne der Rollenklarheit auch, die unterschiedlichen Rollen von Therapeutin und Klientin mitzuberücksichtigen.

Ein wesentlicher Aspekt in der therapeutischen Beziehung ist die eingeschränkte Gegenseitigkeit. Im Gegensatz zu einer liebevollen Freundschaft oder einer innigen Liebesbeziehung gibt es keine vollständige Mutualität zwischen der Therapeutin und dem Klienten (Hycner, 2003). Aufgrund ihrer verschiedenen Aufgaben und Positionen unterscheiden sich die jeweiligen Perspektiven von Therapeutin und Klientin im therapeutischen Dialog. Somit ist es bedeutsam, die dialogische Einstellung und Beziehungsgestaltung unabhängig von den Empfindungen und Haltungen des Klienten zu praktizieren. Es ist möglich, einem anderen Menschen wertschätzend in einer dialogischen Haltung gegenüberzutreten, ohne dass das auf Gegenseitigkeit beruht, denn „... der Therapeut kann präsent sein und des anderen `Realität phantasieren`. Das ist die dialogische Einstellung. Sie ist Ausdruck der Latenz des Ich-Du“ (Jacobs, 2003, S. 114).

Aufgrund der eingeschränkten Mutualität der dialogischen Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin ist die Unterscheidung in eine funktionale Dimension und eine personale Dimension eine notwendige Differenzierung für die dialogisch therapeutische Beziehungsgestaltung. Die funktionale Dimension bezieht sich auf die notwendige Asymmetrie, die sich durch die unterschiedlichen Rollen und Funktionen ergibt, die personale Dimension gründet auf dem Respekt für die Individualität des Anderen, die eine Begegnung auf gleicher Ebene ermöglicht (Gremmler-Fuhr, 2001).

Das bedeutet für den therapeutischen Prozess mit alkoholkranken Frauen in der funktionalen Haltung über die gesundheitlichen Gefahren von Alkoholkonsum zu

informieren und sowohl die Bedingungen als auch die Grenzen der ambulanten Therapie aufzuzeigen. Es gilt, auch die Möglichkeiten von stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen zu nennen. Im Umgang mit suchtkranken Menschen, die sehr konfluent mit dem Suchtmittel sind, gilt es gut darauf zu achten, in der Rollenklarheit zu bleiben, um sich nicht in die „Suchtdynamik“ verstricken zu lassen. Die personale Ebene ermöglicht es, respektvoll im gemeinsamen Prozess den persönlichen Hintergrund und die Wünsche, auch in Bezug auf die Veränderung des Alkoholkonsums, jeder einzelnen Klientin mitzubedenken und dialogisch Schritt für Schritt individuelle und umsetzbare Möglichkeiten zu erarbeiten.

5.2.2 Varianten der dialogischen Haltung

Im Zusammenhang mit der strukturbezogenen Psychotherapie verweist Gerd Rudolf (2013) auf die Notwendigkeit differenzierter therapeutischer Haltungen. Bezugnehmend auf das strukturelle Niveau der Klientin unterscheidet er im Hinblick auf die Position der Therapeutin unterschiedliche Einstellungen, die sich als hilfreich erweisen: sich hinter den Klienten stellen, sich neben die Klientin stellen, sich der Klientin gegenüberstellen, der Klientin vorangehen. Daraus ergeben sich folgende Positionen: Stützen, Begleiten, Konfrontieren.

Auch Achim Votsmeier (2001) verweist auf die Wichtigkeit der genauen Abstimmung des therapeutischen Beziehungsangebots im Vordergrund mit den vorhandenen persönlichen Stützfunktionen der Klienten im Hintergrund.

In Bezug auf alkoholranke Frauen ist es sinnvoll, unterschiedliche therapeutische Haltungen einzunehmen, da der individuelle Hintergrund der betroffenen Frauen von großer Diversität geprägt ist. Unterschiedliche Lebensbedingungen, die sich durch alle Gesellschafts- und Bildungsschichten ziehen, diverse Komorbiditäten, strukturelle Defizite, Traumata, schwierige häusliche Verhältnisse und starkes emotionales Erleben von Scham, Angst und Schuld prägen und begleiten das Leben. Auf dem Hintergrund einer dialogischen Haltung und einer auf die Klientin abgestimmten therapeutischen Position können Ängste und Schamgefühle reduziert werden und Widerstandsphänomene bearbeitet werden.

5.2.3 Übertragung und persönliche Resonanz der Therapeutin

Frank Staemmler (1993) sieht in der Berücksichtigung der Konzepte von Übertragung und persönlicher Resonanz wichtige Elemente für die gestalttherapeutische Beziehungsgestaltung.

Die *Übertragung* im gestalttherapeutischen Sinn ist als Einschränkung im persönlichen, gegenwärtigen Kontakt zu verstehen, die entsteht, indem sich eine Person auf das Gegenüber in der Weise bezieht, die von vergangenen Beziehungserfahrungen mit anderen Menschen geprägt sind. Wichtig für den integrativ gestalttherapeutischen Umgang mit der Übertragung von Beziehungsmustern aus der Vergangenheit ist deren verhindernder Charakter bezüglich des aktuellen Kontakts. Deren aktuelle Funktion des Beziehungsmusters kann erspürt, erforscht und bearbeitet werden, sofern sie die Klientin bei der Befriedigung ihrer Kontaktbedürfnisse hindern. Übertragung wird demnach nur zum Gegenstand gestalttherapeutischen Arbeitens, wo sie Vermeidungscharakter in Bezug auf Kontaktbedürfnisse aufzeigt. Das Ziel ist nicht die Analyse der Übertragung, sondern die Wiederherstellung von Kontakt.

Die *persönliche Resonanz* beinhaltet zum einen den unmittelbaren Eindruck, den die Klientin im gegebenen Moment hinterlässt und andererseits die emotionale, unmittelbare, leibliche Reaktion der Therapeutin auf diesen Eindruck. Bewusstheit von einem anderen Menschen bedeutet, eine emotionale Anteilnahme an der Begegnung mit ihm in der gegenwärtigen Situation. Für die therapeutische Situation bedeutet das, die Therapeutin wird zum Resonanzkörper für das, was sich zwischen ihr und der Klientin abspielt (Staemmler, 1993). Die persönliche Resonanz ist ein wichtiges diagnostisches „Instrument“.

5.3 Therapeutischer Umgang mit Widerstandsphänomenen

In der Integrativen Gestalttherapie gibt es wenig Literatur, die Hinweise für den Umgang mit Widerstandsphänomenen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtprozessen liefert. Da es sich im klinischen Feld in der Arbeit mit alkoholkranken Frauen immer wieder zeigt, dass sich hinter dem „Vordergrundphänomen Alkohol“ oft schöpferische Anpassungen „verstecken“, die durch strukturelle Defizite, belastende Beziehungs-

erfahrungen, Traumatisierungen, depressive Prozesse etc. entstanden, ist es sinnvoll, auch die dafür entwickelten, bestehenden Konzepte zu nutzen. In der Integrativen Gestalttherapie werden Defizite in der Ich-Entwicklung, mangelndes Bewusstsein für sich und andere und geringe Selbststütze als Hintergrund für eingeschränkte Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, aber auch für erschwerte Veränderung und Integration gesehen (Klampfl, 2016).

Nach Yontef (1999) widmet sich die Gestalttherapie dem Gewahrsein eines Menschen von dessen Awarenessprozess. Es geht um die Erlangung von Bewusstheit. Das betrifft auch den therapeutischen Umgang mit der Ästhetik des Widerstands. „Wir wollen in der Gestalttherapie Widerstand erlebbar machen, damit die Selbstregulation des Patienten durch Awareness und Kontakt verbessert wird“ (S. 49).

In Abgrenzung zur Psychoanalyse steht der beobachtbare Prozess in der gegenwärtigen Situation und der therapeutischen Beziehung im Hier und Jetzt im Mittelpunkt der integrativ gestalttherapeutischen Vorgangsweise. Aktuell erlebte Widerstandsphänomene geben wertvolle Hinweise auf die persönliche Entwicklungs- und Beziehungsgeschichte der Klientin und erzählen von ihrem Lebenshintergrund und ihrer persönlichen Art und Weise in Kontakt zu sein. Widerstandsphänomene werden erfahrbar gemacht und durchlebt.

5.3.1 Förderung der Selbstregulation durch Verbesserung der Awareness und der Selbststützung

Einsichtsvolle Awareness basiert auf der Bildung einer neuen Gestalt. Die Fähigkeit, eine Gestalt bilden zu können ist für eine gelingende, organismische Selbstregulation wesentlich.

Oftmals ist der Awarenessprozess bei Frauen mit einer Alkoholabhängigkeit eingeschränkt. Es gilt Alternativen der Wahrnehmung aufzuzeigen und die Klientinnen dabei zu unterstützen, ihre Handlungsmöglichkeiten zu erweitern. Die Verbesserung der Bewusstheit macht es den Betroffenen möglich, Einsicht in die Bedeutung ihrer (Kontakt- und Beziehungs-)Muster zu erlangen und ihre Reaktionsweisen besser zu verstehen (Stadler, 2016).

Die Integrative Gestalttherapie fördert die Selbstregulation im Sinne einer schöpferischen Anpassung und schafft Möglichkeiten zur Entwicklung eigener Potenziale. „Unter dem Aspekt der Selbstregulierung zielt das gestalttherapeutische Vorgehen darauf ab, Fixierungen zu deautomatisieren, d.h. die nicht mehr bewusst erlebten Fixierungen sollen wieder bewusst erlebbar werden“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S.88). Das Augenmerk richtet sich darauf, wie sich die dysfunktionale Anpassung im Hier und Jetzt der therapeutisch-dialogischen Beziehung zeigt und an welcher Stelle die Phänomene des Widerstands erlebbar werden. Sie werden dann auftauchen, wenn sich die Klientin vor der drohenden Angst oder anderen unangenehmen Gefühlen schützt. Das Ziel der Therapie ist, dass diese Schutzmechanismen nicht mehr benötigt werden und Klienten wieder in ihren natürlichen Erlebensprozess kommen, den sie durch Kontakt(vermeidungs)mechanismen unterbrochen haben. Um die Angst zu verringern, ist es notwendig, die mangelnden Stützfunktionen zu erweitern. Die Therapeutin reguliert die Begegnung, indem sie Kontaktinteraktionen als Vordergrundprozesse ermöglicht, die den vorhandenen Stützfunktionen im Hintergrund angemessen sind. Dadurch werden Erfahrungen an der Ich-Grenze möglich, die assimilierbar und verarbeitbar sind. Durch phänomenologisches Explorieren kann an den Kontaktprozessen im Vordergrund gearbeitet werden. Es wird exploriert, was sich gegenwärtig zeigt (Votsmeier-Röhr, 2004). Nach Lore Perls geht es darum

sich der Automatismen ... und der Erregung gewahr zu sein ... sie wahrzunehmen und sie ohne Korrektur auszuhalten. Aktuelle Erfahrung braucht nicht manipuliert zu werden, man kann sie erleben und beschreiben und sich mit dem, was als prägnanteste Figur erlebt wird, auseinandersetzen und dafür Verantwortung übernehmen ...“ (L. Perls, zitiert nach Sreckovic, 2001, S.54)

Im Zusammenhang mit Prozessen struktureller Störungen erachtet Votsmeier (2001) für die Bearbeitung dysfunktionaler Anpassungs- und Regulationsmuster und struktureller Defizite- und Vulnerabilitäten folgende therapeutische Ansatzpunkte als sinnvoll:

- *Fokus – Ich-Grenze*: Die Ich-Grenze ist unflexibel und eingeschränkt und das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten ist begrenzt. Das Ziel ist es, die Ich-Grenzen wieder flexibler zu machen und die Kontaktmöglichkeiten mit sich und

im Umgang mit der Umwelt zu erweitern. Es gilt zu untersuchen, wo und wie der Kontakt verhindert wird (Projektion, Introjektion, Retroflexion, Konfluenz, etc.). Durch das Untersuchen der Widerstandsphänomene und deren Bedeutung und Funktion für die Person sollen adaptive Formen der Kontaktregulierung entwickelt werden.

- *Fokus – Differenzierungsvermögen:* Der intersubjektive Ansatz ermöglicht die Arbeit an der Differenzierung zwischen sich und anderen als Voraussetzung für den Wiedergewinn der Balance zwischen Bezogenheit und Abgrenzung. Das Ziel ist es, die Wahrnehmung der Innenwelt von der Außenwelt besser zu unterscheiden und dadurch mehr Orientierung zu erlangen.
- *Fokus – Selbst-Stützung:* Da die Selbst-Stützung alle organisierenden Stützfunktionen des organismischen Hintergrundes umfasst, ist die Bewusstwerdung dysfunktionaler Anpassungsmuster von großer Bedeutung für die Integration neuer Erfahrungen. Das geschieht durch einen sichernden therapeutischen Rahmen, in dem ein Raum geschaffen wird zur Erarbeitung von neuen Strategien in belastenden Situationen und durch die Verbesserung innerer und äußerer Ressourcen. Lore Perls (1997) beschreibt die Wichtigkeit der Beobachtung wahrnehmbarer Phänomene seitens der Therapeutin und das langsame Herantasten an die Erregung und die damit verbundene Angst der Klientin.

... und wenn du ängstlich wirst, anstatt die Erregung zu spüren, bedeutet das, daß [sic] du dir selbst nicht erlaubst, das Entstehen der Erregung zu unterstützen, indem du mehr atmest und beweglicher wirst. Du ziehst dich zusammen - und gewöhnlich kontrollierst du dich vom Zwerchfell und vom Kreuz aus - daran arbeite ich ziemlich lange, bevor ich dann den nächsten Schritt mache und den Klienten ermutige, mehr Angst zuzulassen. Indem diese Fähigkeit zur Selbstunterstützung zunimmt ... haben die Leute genügend Support (Unterstützung), um mit ihrem wachsenden Interesse an der Grenze umgehen zu können. (Perls, L. & Rosenblatt, 1997, S. 114-115)

- *Fokus – Integrierendes Selbst*: Die Verbesserung von organisierenden Stützfunktionen im Hintergrund bildet die Basis für Veränderungs- und Integrationsprozesse. Das Fördern und Nutzen der Bewusstheit ist neben der Verbesserung der Kontaktprozesse ein Teil der therapeutischen Aufgabe. Der Fokus liegt darauf, „eigene Impulse und Bedürfnisse wieder wahrzunehmen, sich zu orientieren, Affekte zu differenzieren“ (Votsmeier, 2001, S.729). Im sichernden therapeutischen Rahmen können die Fähigkeiten zur Affekttoleranz und Impulssteuerung verbessert werden. Alternative Regulationsmöglichkeiten zur Spannungsreduktion, statt der Abfuhr durch den Konsum von Alkohol, können erarbeitet werden. Im Sinne des Kontaktzyklus lautet die dahinter liegende Frage: „Welches Bedürfnis in mir liegt hinter dem Konsum von Alkohol – was möchte gestillt werden?“ (Stadler, 2016).

5.3.2 Integrativ gestalttherapeutische Körperarbeit

Erfahrung ist leiblich und beinhaltet Körperprozesse als Dimension. Die Bedeutung des Körpers und das Interesse an nonverbalen Ausdrucksweisen war für die Gestalttherapie von Anfang an wesentlich. Besonders Lore Perls (2005) betonte die Wichtigkeit von bewusster, körperbezogener Wahrnehmung und das Lenken der Aufmerksamkeit auf Atmung, Muskelverspannungen, körperliches Empfinden, Bewegungen und Mikrobewegungen als Hinweis darauf, wie jemand mit sich und der Welt in Kontakt ist. Die Integrative Gestalttherapie fördert das Gewahrsein von eigenen Impulsen und Zuständen auch auf der körperlichen Ebene. Es gilt, Klientinnen dabei zu unterstützen, wahrzunehmen, welche Gefühle mit ihrem „unmittelbaren, körperlichen Ausdruck verbunden sind“ (Netzer, 2017, S. 69). James Kepner (2010) verbindet erfahrbare Körperphänomene mit dem Kontaktzyklus des Erlebens und den Einschränkungen der verkörperten Kontaktaufnahme und sieht die Aufgabe der Körperarbeit darin, „erstarrte oder automatisierte Körperstrukturen in aktive organismische Prozesse umzuwandeln“ (S, 92). Widerstandsphänomene zeigen sich auf der körperlichen Ebene als Ausdrucksmöglichkeiten. Demnach ist es bedeutsam, bei der Erschließung von Kontaktmodalitäten Körperphänomene mit zu berücksichtigen. Durch Experimente zur Sensibilisierung der Empfindungen, durch das Arbeiten mit kleinen Körperimpulsen durch Verstärken und Verlangsamen von

Mikrobewegungen und Bewegungsabläufen, durch Experimente mit der Körpergrenze und durch die bewusste „leibliche“ Regulation von Kontakt können Schutzstrategien erkannt und bearbeitet werden. Da sich der erhöhte Konsum von Alkohol sowohl sehr stark anhand körperlicher Symptome in Form von unangenehmen Zuständen wie verstärktes Schwitzen, Übelkeit, Schwindelgefühl, Gewichtsabnahme oder Gewichtszunahme, etc. als auch an emotionalen Überflutungen auf der Empfindungsebene zeigt, ist die Einbeziehung des Körpers in die Arbeit mit alkoholkranken Frauen unerlässlich. Viele integrativ gestalttherapeutischen Methoden, wie der Dialog mit Körperteilen, das Malen oder das Gestalten mit Ton einer Körperempfindung oder eines Symptoms, der Ausdruck eines Gefühls mittels Bewegung etc. ermöglichen es, Körperempfindungen und Bewegungsabläufen Ausdruck zu verleihen. Es gilt zu beachten, dass durch erhöhtes Körpergewahrsein eigene Gefühle prägnanter ins Bewusstsein gelangen und als bedrohlich erlebt werden können. Das erfordert, dass genug Stütze gewährleistet wird, damit in kleinen Schritten auch Bedrohliches wahrgenommen und neu geordnet werden kann (Netzer, 2018).

5.3.3 Sprache und Kontaktmodalitäten

Einen interessanten Aspekt zur Exploration von Kontaktmodalitäten liefert Monika Sange (2017) in ihrer Auseinandersetzung mit kontaktholvollem Sprechen. Bezüglich Sprache gibt die Art, wie etwas gesagt wird, wichtige Hinweise. Wann spricht jemand leise, wann lauter, wie ist die Prosodie des Gesagten, wann wird Gesagtes mehr, wann weniger betont, welche Wortwahl wird getroffen. Von welchen Gesten und mit welcher Mimik wird das Gesagte begleitet. Monika Sange verweist auf Daniel Bloom (1995), der einen Bezug zwischen Kontaktmodalitäten und sprachlichem Ausdruck herstellt und betont, dass sich Störungen des Kontakts auch in der Sprache manifestieren.

Bei der *Introjektion* scheinen die ausgesprochenen Worte nicht zur Person gehörig. Anweisungen an sich selbst kommen häufig vor (ich muss, ich soll). *Projektion* findet in der Sprache in Sätzen wie „Du bist heute aber ärgerlich“ ihren Ausdruck. Die Sprechenden ordnen eigene Gefühle dem Gegenüber zu und drücken aus, was sie an sich selbst nicht wahrnehmen wollen. Die Sprache von retroflektierenden Menschen ist

begleitet von selbstkritischen Äußerungen. Ein weiteres Merkmal besteht darin, dass retroflexiv Sprechende nicht zum Punkt kommen. Im *Egotismus* wird vieles gesagt, um die eigene Stimme zu hören und sich selbst darzustellen. Ein wirklich dialogischer Austausch ist schwer möglich. *Konfluentes* Sprechen zeigt sich in Äußerungen, die „wir“ statt „ich“ beinhalten und enthält sich wiederholender Bestätigungsfragen. Damit verschwimmen die Unterschiede zwischen der Außen- und der Innenwelt (Sange, 2017). Die Beobachtung des sprachlichen Ausdrucks und das vorsichtige Experimentieren damit unterstreicht die Förderung der Bewusstheit von Kontaktmodalitäten.

5.3.4 Umgang mit Scham

Neben der Angst ist auch Scham ein hemmendes Gefühl, das die Gestaltkonstruktion unterbricht. Wie oben beschrieben, stellt der Umgang mit Schamgefühlen ein Problem für viele alkoholabhängige Frauen dar und zeigt sich in Widerstandsphänomenen. Scham wird oft begleitet von Impulsen sich nicht zeigen oder sich verstecken zu wollen und macht sich an Phänomenen wie der Vermeidung von Augenkontakt, durch Erröten, durch verkrampfte Körperhaltungen, durch Vermeidung von Themen, Bagatellisierung etc. bemerkbar. Josta Bernstädt (2017) betont die Bedeutung von Widerstandsphänomenen in der Therapie mit Menschen in Suchtprozessen. Je größer der Widerstand, umso tiefsitzender sind die zugrunde liegenden Schamgefühle. Die Unterscheidung, welches Schamgefühl gehört zu mir und welches Schamgefühl ist durch Beschämung (Introjekt) entstanden, ist eine wichtige Differenzierung für den Umgang mit Scham. Nicht erkannte und als kreative Anpassungen gewürdigte Schamgefühle können zum Abbruch der Therapie führen. Schamgefühle dienen dem Schutz und der Orientierung und haben eine affektregulierende und beziehungsregulierende Funktion. Konfluenz und Introjektion sind wichtige Kontaktvermeidungsmechanismen bei der Schamentwicklung (Yontef, 1999). Diese Mechanismen sind der Klientin oftmals nicht bewusst und nur über unangenehme Körperempfindungen spürbar. Die Angst vor der Veränderung kann aus dem Risiko entstehen, Scham nicht spüren zu wollen, d.h. der Kontakt mit den Schamgefühlen wird vermieden. Scham bleibt oft unentdeckt, da sich die Klientinnen auch der Scham schämen. Schamprozessen liegen vielfach beschämende Introjekte der Unzulänglichkeit und damit einhergehend ein schwaches Selbstgefühl zugrunde (Yontef,

1999). Daher ist es den Klienten nicht möglich, ihr Schamgefühl auszudrücken. Robine (2016) sieht Scham als hemmendes Gefühl, das das Vorkommen der Selbstfunktion im Es-Modus verhindert. Im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit mit Scham steht demzufolge die Unterstützung der Es-Funktion des Selbst, da Scham oft in der Welt der „Begehrlichkeiten und Triebe zuschlägt“ (S.253). Auf der Basis einer dialogisch therapeutischen Beziehung können Schamgefühle von der Therapeutin oftmals intuitiv wahrgenommen oder aus den Narrativen der Klientin erschlossen werden und achtsam zur Verfügung gestellt werden. So kann beispielsweise der unterbrochene Blickkontakt vorsichtig sichtbar gemacht werden, an der verkrampften Körperhaltung gearbeitet werden, die Klientin gefragt werden, wie sie sich fühlt, während sie von ihrem Suchtproblem berichtet (Grechenig, 2016). Bezogen auf Schamprozesse ist es wichtig, die Scham kennen, mitteilen und aushalten zu lernen. Die therapeutische Arbeit mit Scham bedarf kleiner Schritte und eines langsamen Vorgehens, da oftmals schon die Tatsache wegen eines Alkoholproblems eine Therapie zu machen, Scham auslöst. Es gilt zu beachten, den Schamgefühlen Raum zu geben, ohne die Klientin noch mehr zu beschämen. Bemerkungen, Körperhaltungen, humorvolle Äußerungen, die für die Therapeutin wertneutral und harmlos klingen, können für die Klientin eine beschämende Seite haben (Grechenig, 2016). Im Umgang mit Scham ist es besonders wichtig, auf die wahrnehmbaren Phänomene zu achten, die sich in der therapeutischen Situation, vor allem bei der Klientin, zeigen. Ziel ist es, durch die gegenwärtige therapeutische Begegnung Bewusstheit über das Bedürfnis sich verstecken zu wollen und die damit verbundenen Kontaktmodalitäten zu erlangen. Der geschützte therapeutische Rahmen soll es der Klientin ermöglichen, neue Erfahrungen im Umgang mit Schamprozessen zu machen. Nach Yontef (1999) kann eine Klientin, die zu Schamgefühlen neigt „... nur im Kontext eines Kontaktes von Mensch zu Mensch gesund werden“ (S. 371).

5.3.5 Psychoedukation als sichernde Maßnahme

Das Anbieten von Informationen über das Suchtmittel, über diverse Auswirkungen auf den Gesundheitszustand oder über Erkenntnisse der Neurobiologie des Suchtprozesses, stellt eine wichtige Begleitmaßnahme in der Arbeit mit suchtkranken Menschen dar und schafft Orientierung und Sicherheit (Stadler, 2016). Das Gefühl von

Sicherheit ist wesentlich zur Förderung der Selbststützung der Klientin und verringert das Auftreten von Widerstandsphänomenen. Anfangs ist es für die betroffenen Frauen vielfach leichter, sich gemeinsam mit der Therapeutin mit allgemeinen Informationen zum Thema Alkohol auseinanderzusetzen, als über das persönliche Konsumverhalten und die individuellen Lebensumstände zu sprechen. Psycho-educative Maßnahmen liefern oft den Einstieg in eine vertrauensvolle Beziehung. Das bereitet den Boden für eine dialogische Auseinandersetzung mit den möglichen Auslösern und der Funktion des Alkoholkonsums.

5.3.6 Die Therapeutin und Widerstandsphänomene

Das therapeutische Setting passiert auf dem Hintergrund einer fein abgestimmten dialogischen Beziehungsgestaltung und inkludiert auch die Phänomenologie und den persönlichen Hintergrund der Therapeutin. Schneider (2002) weist darauf hin, dass auch auf Seite der Therapeutin Widerstand entstehen kann. Gefahr besteht, wenn nicht mehr der Prozess im Vordergrund der Beobachtung steht, sondern der eigenen Zufriedenheit und der Zufriedenheit der Klientin zu große Beachtung geschenkt wird und das rasche „Erfolgserlebnis“ als Kriterium für eine erfüllende Zusammenarbeit gesehen wird. Auch durch manipulative Verhaltensweisen des Klienten können Widerstandsphänomene seitens der Therapeutin auftreten.

Barbara Stadler (2016) betont den Einfluss der persönlichen Resonanz der Therapeutin. Es ist wichtig, sich die eigenen Ängste, Aggressionen und Vorurteile in Bezug auf Abhängigkeit bewusst zu machen, da sich diese in der therapeutischen Beziehung aktivieren können. Die Arbeit mit alkoholkranken Frauen ist begleitet von Rückfällen, Hoffnungslosigkeit seitens der Klientinnen, Lügen über das Konsumverhalten, Narrative über die Schwierigkeiten, die der Alltag mit sich bringt, die Sorge um das Wohl der Kinder. All das bringt die Therapeutin an ihre eigenen Grenzen und kann Widerstandsphänomene bei ihr hervorrufen. Ist sich die Therapeutin darüber bewusst und die therapeutische Beziehung schon von Vertrauen getragen, kann das Ansprechen der Gefühle seitens der Therapeutin ein wichtiger Schritt im gemeinsamen Prozess darstellen. Das macht Entscheidungsmöglichkeiten für beide Seiten sichtbar

und bringt die Übernahme der Verantwortung wieder in die richtige Balance (Stadler, 2016).

Erkennt die Therapeutin das Schutzbedürfnis der Klientin nicht und tätigt unpassende Interventionen oder stimmt die Beziehungsgestaltung nicht auf die Bedürfnisse der Klientin ab, kann „technischer Widerstand“ auftreten. Die Klientin wird „widerspenstig“ und geht gegen die Verletzung ihrer Integrität vor (Schneider, 2002).

5.3.7 Paradoxie der Veränderung

Arnold Beisser (2009) erkannte durch seine Erfahrung mit seiner körperlichen Einschränkung die Theorie zur Paradoxie der Veränderung. „Veränderung geschieht, wenn jemand wird, was er ist, nicht wenn er versucht, etwas zu werden, das er nicht ist“ (S.139). Veränderung passiert demnach nicht durch das Bemühen unbedingt etwas verändern zu wollen, sondern durch die Akzeptanz dessen, wer und wie man ist. Selbststützung ist eine wichtige Voraussetzung für Wachstum und Veränderung. Wichtig für die Selbststützung ist die Identifikation mit der eigenen Seinsweise, das bedeutet den eigenen Zustand, d.h. das gegenwärtige Erleben und Verhalten in der aktuellen Situation wahrzunehmen. Da sich der Zustand immer verändert, impliziert das Vertrauen in die Veränderung und Bewegung (Yontef, 1999). Bezogen auf Widerstandsphänomene bedeutet das, dass es nicht darum geht, diese zu brechen oder die Klientin zur Veränderung zu drängen, sondern Widerstandsphänomene als „Beistände“ (Perls, 2007) zu würdigen und sie als Phänomene wahrzunehmen. Was ist, darf sein – auch die Ästhetik des Widerstands.

6 Bedeutung der Theorie für die integrativ gestalttherapeutische Arbeit mit alkoholkranken Frauen

Im Folgenden werde ich versuchen, die Bedeutung der angeführten theoretischen und methodischen Konzepte auf dem Hintergrund meiner persönlichen Erfahrung in der therapeutischen Arbeit mit alkoholkranken Frauen anhand ausgewählter Sequenzen

eines Therapieprozesses zu illustrieren. Der Fokus richtet sich dabei auf Widerstandsphänomene, Kontaktmodalitäten und die dialogische Beziehung.

6.1 Dialogischer Prozessverlauf

6.1.1 Rahmenbedingungen

In der ambulanten Einrichtung für suchtkranke Menschen, in der ich tätig bin, haben Menschen die Möglichkeit, sich sowohl Informationen einzuholen als auch sich in längere Beratungs- und Therapieprozesse zu begeben. Der Erstkontakt erfolgt in den meisten Fällen am Telefon. Das Erstgespräch findet nach Terminvereinbarung statt. Andererseits gibt es die Möglichkeit während der Journaldienstzeiten, die immer mit Fachpersonal besetzt sind, die Beratungsstelle ohne Terminvereinbarung aufzusuchen und ein Gespräch zu führen.

6.1.2 Überweisungskontext

Die erste Begegnung mit Frau A. ergibt sich während eines Journaldienstes. Zum Zeitpunkt dieses ersten Kontakts ist sie 50 Jahre alt, hat eine sehr gepflegte Erscheinung, ist modisch gekleidet, dezent geschminkt und hat ein selbstsicheres Auftreten. Frau A. drückt ihre Sorge bezüglich ihres Alkoholkonsums aus, der sich in den letzten Monaten gesteigert habe. Gleichzeitig betont sie immer wieder, dass es „noch nicht so schlimm sei“ und sie sich nur eine fachliche Expertise bezüglich ihres Konsumverhaltens einholen wolle. Zur Exploration ihres persönlichen Konsumverhaltens kommt es in dieser ersten Begegnung nicht, da es kaum möglich ist, persönliche Fragen zu stellen. Die Selbstsicherheit schwankt und die peinliche Berührung, die Anspannung und die Scham werden in der persönlichen Resonanz gut spürbar. Frau A. drückt monologisch rational und auf hohem intellektuellem Niveau mögliche Erklärungen für ihren Umgang mit Alkohol aus und stellt viele Fragen über etwaige Gefahren, neurobiologische Wirkmechanismen, Gefährdungsgrenzen etc. Sie will allgemeine Informationen über Alkoholerkrankung und über Behandlungsoptionen. Es ist ihr kaum möglich, in Blickkontakt mit der Therapeutin zu gehen. Ihr Blick richtet sich meistens seitlich an dieser vorbei oder auf ihre eigenen Hände, die ruhig auf ihren Oberschenkeln liegen. Die Klientin sitzt aufrecht auf der vorderen Sessselkante, ohne die Sitzlehne zu beanspruchen. Frau A. wird zunehmend unruhiger und beendet das

Gespräch sehr plötzlich mit der Feststellung, dass sie jetzt alles wisse. Ein weiterer Termin wird nicht vereinbart.

Die therapeutische Haltung in dieser ersten Begegnung ist geprägt von freundlicher Zugewandtheit, von aktivem Zuhören und dem Erteilen von Auskünften in Bezug auf Alkoholkrankheit. Die Ich-Es-Haltung, die funktionale Rolle der Therapeutin und das Bereitstellen von Psychoedukation stehen im Vordergrund des Dialogs. Das Engagement für das Dialogische (Yontef, 1999) im Sinne des Bewusstseins der Latenz des Ich-Du (Jacobs, 2003) ist im Hintergrund der Therapeutin vorhanden. Kleine ermutigende Sequenzen mit der Klientin sind möglich. Bagatellisierung, Intellektualisierung, Rationalisierung, das Ausweichen des Blickkontaktes und das Verweilen bei sachlichen Informationen schützen Frau A. vor dem zu intensiven Kontakt mit ihren Schamgefühlen und regulieren die Begegnung zwischen der Therapeutin und der Klientin.

Acht Monate später meldet sich Frau A. während der letzten Tage einer achtwöchigen, stationären, qualifizierten Entwöhnungsbehandlung und wir vereinbaren einen Termin zum Start der ambulanten Nachbetreuung. Frau A. ist abstinent. Ihr Ziel in Bezug auf den Alkoholkonsum ist es, diese Abstinenz zu halten. Als weiteres Ziel formuliert sie das Weiterarbeiten an den Themen, die sich ihr in den therapeutischen Gesprächen während des stationären Aufenthalts erschlossen haben, insbesondere die Stärkung der Fähigkeit sich abzugrenzen und wieder mehr in ihre Eigenständigkeit und Eigenverantwortung zu gehen.

6.1.3 Aktuelle Lebenssituation

Frau A. lebt zusammen mit ihrem Mann, der eine erwachsene Tochter aus erster Ehe und zwei Enkelsöhne hat. Sie selbst ist kinderlos. Sie ist seit einem Jahr aufgrund ihrer Depression und ihrer Alkoholerkrankung nicht berufstätig. Ihr Mann hatte eine Krebserkrankung, ist aber derzeit beschwerdefrei und in Pension. Frau A. genießt diese Lebenssituation einerseits, fühlt sich aber andererseits zunehmend unzufrieden. Sie spricht von lähmenden Zuständen, Langeweile, „Hunger nach mehr“, intellektueller Unterforderung, Bedeutungslosigkeit und existenzieller Sinnfindung. Die Beziehung zu ihrem Mann ist sehr symbiotisch. Der Tag wird gemeinsam gestaltet, eigenständige

Unternehmungen gibt es kaum. Das erlebt sie einerseits als große Enge, andererseits ist es ihr nicht möglich sich abzugrenzen, da sie ihren Mann „nicht enttäuschen“ will und ihm das Gefühl, „sie wäre unglücklich“ nicht vermitteln möchte. Sobald sie den Wunsch äußert, etwas nur für sich zu tun, kommt sie in ein „Gefühl von beängstigendem Unwohlsein“ und Unbehagen und empfindet es so, als ob sie ihren Mann „im Stich“ lassen würde. Das Paar unternimmt viel. Diese gemeinsamen Freizeitunternehmungen, die meistens aus ihren Vorschlägen entstehen, füllen zwar den Tag, erfüllen sie aber zunehmend weniger. Eigene Interessen und Hobbies sind ihr im Laufe der letzten Jahre „abhandengekommen“.

Finanziell ist sie gut abgesichert, da sie früher in guten Positionen gearbeitet und Ersparnisse hat. Ihre Arbeitslosigkeit ist ihr sehr unangenehm. Im sozialen Umfeld, bei Nachbarn und Bekannten, hält sie das Bild der selbstständigen Frau, die im Homeoffice arbeitet, aufrecht.

6.1.4 Biografischer Hintergrund/ Stütze

Frau A. ist in einer bürgerlichen Familie aufgewachsen. Sie ist die ältere Tochter, ihre Schwester ist um zwei Jahre jünger. Frau A. beschreibt ihre Mutter als eine sehr unglückliche, depressive Frau. Ihr Vater arbeitete in einer sehr guten Position und war viel unterwegs. Wie sich später herausstellte, führte er lange ein „Parallelleben mit einer anderen Frau in einer anderen Stadt“. Ihre Mutter war Hausfrau, einerseits sehr selbstlos und machte „alles mit, um das Familienglück nicht zu gefährden“, andererseits sehr bedürftig und hilflos. Sie suchte Trost bei der älteren Tochter, die schnell zum Partnerersatz wurde. Die jüngere Schwester war in den ersten Lebensjahren oft krank, was viel Zuwendung bedurfte. Sie ist „bis heute das erklärte Lieblingskind“ der Mutter. Wenn ihre Mutter in einer depressiven Phase war, kümmerte sich Frau A. um die kleine Schwester und die Mutter. Sehr früh übernahm sie Aufgaben im Haushalt. Der Vater „wollte das alles nicht sehen“. Frau A. beschreibt sich als ein „vernünftiges, braves, oftmals trauriges Kind“. Sie fühlte sich ungerecht behandelt, da sie auch für die „Missetaten“ ihrer kleinen Schwester zur Verantwortung gezogen wurde. Schön erinnert sie die Zeiten, in denen ihr Vater zu Hause war, den sie sehr zugewandt, liebevoll und humorvoll erlebte. In diesen Tagen wurde viel

unternommen und der Vater nahm sie zu sportlichen Aktivitäten mit. Die Zuneigung des Vaters sicherte sie sich durch sehr gute schulische und sportliche Leistungen und später durch zwei Studienabschlüsse. Sportliche Aktivitäten, die sie auch überforderten, machte sie als heranwachsende junge Frau nicht mit, weil sie Spaß daran hatte, sondern weil sie die Anerkennung ihres Vaters, später dann von Freunden wollte. Als sie mit dem Studium begann und ausziehen wollte, verließ der Vater ihre Mutter, die in eine schwere depressive Krise fiel. Frau A. beschloss, vorerst weiterhin bei der Mutter zu wohnen. Ihre Studienzeit genoss sie dennoch, war viel mit Freunden unterwegs, die sie „beneideten, weil sie es spielend schaffte, das Studentenleben und ihre universitären Leistungsanforderungen zu vereinbaren“.

Nach dem Abschluss des ersten Studiums zog sie aus dem Elternhaus aus. Es begann ein erfolgreicher beruflicher Weg in einem großen Unternehmen. „Nebenbei“ absolvierte sie in Mindestdauer ein zweites Studium, was ihr einen „weiteren beruflichen Aufstieg“ ermöglichte. Zu diesem Zeitpunkt lebte sie in einer Beziehung, die sie sehr erfüllend beschreibt, hatte Heiratspläne und einen Kinderwunsch. Ihr Partner beendete die Beziehung sehr unerwartet. Frau A. erlebte ihre erste depressive Phase. Zu dieser Zeit begann sie abends, allein in ihrer Wohnung, immer wieder Alkohol zu trinken. Als sie sich „ein bisschen stabilisiert hatte“, kündigte sie ihren Job. Sie zog in eine andere Stadt und machte sich selbstständig. Diese Lebensphase beschreibt Frau A. als sehr anstrengend, aber „das Konzept ging auf und der berufliche Erfolg stellte sich ein“. Sie arbeitete viel und oftmals bis spät in die Nacht. Ihr Alkoholkonsum steigerte sich. Einerseits sah sie das Glas „guten Rotweins“ als Belohnung dafür, dass sie abends arbeitete – er weckte trotz der Arbeit ein Gefühl von Freizeit, andererseits vermittelte ihr der Alkoholkonsum noch mehr leisten zu können. Für Privatleben blieb wenig Zeit. Sie erlebte eine längere Beziehung „zu einem Mann, der nicht frei war“ und erzählt von großen Anpassungstendenzen. „Ich richtete mein Leben so gut es ging nach seinem Zeitplan und nach seinen Interessen. „Wenn er Zeit hatte, hatte ich auch Zeit.“ Die Begegnung mit ihrem Mann, während einer Geschäftsreise, brachte eine Wende. Nach einer kurzen Zeit der Fernbeziehung zog Frau A. zu ihrem Lebensgefährten in ein anderes Bundesland. Die Hochzeit folgte rasch. Anfangs reduzierte sie ihren Alkoholkonsum. Der Plan, ihre Selbständigkeit

weiter zu führen, erwies sich aufgrund mangelnder Infrastruktur als schwierig und ging nur sehr langsam voran. Die alten Freunde, die anfangs noch zu Wochenendbesuchen kamen, blieben aus. Es war auch nicht möglich, eine Anstellung in einer ihrer Ausbildung adäquaten Position zu finden. Als ihr Mann schwer erkrankte, stellte sie ihre beruflichen Pläne zurück und unterstützte ihn bei seinem Genesungsprozess. In dieser Lebensphase, die ein Jahr anhielt, steigerte sich der Konsum von Alkohol. Frau A. trank ausschließlich allein zu Hause, verharmloste und verheimlichte den tatsächlichen Konsum. Als sich der Gesundheitszustand ihres Mannes stabilisierte, „normalisierte“ sich das Leben vorübergehend. Kurze Zeit später fiel sie in eine schwere Depression, ihr Alkoholkonsum steigerte sich abermals und ließ sich nicht mehr verheimlichen. Ihr Mann motivierte sie, sich Hilfe zu suchen. Es dauerte viele Monate, bis sie sich bereit erklärte Hilfe anzunehmen, da sie es sich kaum eingestehen konnte, es nicht aus eigener Kraft zu schaffen.

6.1.5 Diagnostische Aspekte

Frau A. kam von ihrem stationären Aufenthalt mit folgenden Diagnosen in die Beratungsstelle: schädlicher Konsum von Alkohol, derzeit abstinent (F10.1.21), Rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte Episode (F33.0).

Formulieren der Suchtspirale nach OPD-2, Modul Abhängigkeitserkrankungen

Funktion des Suchtmittels: Alkohol wird von Frau A. ursprünglich eingesetzt, um die Leistung zu steigern, um das Gefühl der Leere in der Freizeit zu kompensieren und als Belohnung für ihr Arbeitspensum. Weiters zur Beruhigung, um den Kontakt zu beängstigenden, unangenehmen Gefühlen, wie später die „unerträgliche Angst um ihren Mann“, zu vermeiden.

Gewöhnung: Die ursprüngliche Entspannung und positiv erlebte Wirkung von Alkohol führte zu einer sich langsam steigernden Zunahme von Alkohol, die sich im Laufe der belastenden Lebenssituation nicht mehr kontrollieren ließ.

Schädigung: Berufliche Etablierung wird zusehends schwieriger, Selbstregulierung durch andere Strategien ist erschwert, Steigerung von Schuld- und Schamgefühlen. Eigene Bedürfnisse werden kaum mehr formuliert, depressive Phasen häufen sich.

Krankheitseinsicht: Als Frau A. nach ihrem stationären Aufenthalt in die Beratungsstelle kommt, hat sie ein hohes Maß an Problembewusstsein für ihre Alkoholkrankung entwickelt. Sie zeigt sich offen dafür, sich mit den innerseelischen, biografischen, sozialen und gesellschaftlichen Hintergründen ihres Alkoholprozesses auseinander zu setzen.

Einschätzung des Strukturniveaus nach OPD-2

Das Strukturniveau von Frau A. ist als gut bis mäßig integriert einschätzbar. Ihre Selbst- und Fremdwahrnehmung ist aufgrund ihrer kognitiven Fähigkeiten gut integriert. Die Klientin kann sich differenziert wahrnehmen und auch intrapsychische Vorgänge beschreiben. Ihre Selbstwahrnehmung ist sehr selbstkritisch und sie wirkt sehr kontrolliert. Ihre Identität war früher stark auf ihre berufliche Identität beschränkt, scheint jetzt fragil. Die Steuerung wird als mäßig integriert eingeschätzt und erfolgte auch durch Alkohol. Die Wahrnehmung und Differenzierung eigener Affekte ist eingeschränkt. Gefühle von Ärger, Wut, Zorn und Trauer werden kaum wahrgenommen und nicht ausgedrückt. Sie machen sich eher in selbstkritischen Äußerungen und Abwertungstendenzen bemerkbar. Die Bedürfnisse anderer werden ihrem eigenen Erleben vorangestellt. Die Fähigkeit zum eigenen Erleben liegt eher auf der kognitiven Ebene als im Umgang mit Körper, Körperempfindungen und dem Ausdruck von Gefühlen. Frau A. zeigt große Angst den Partner zu verlieren, nicht mehr geliebt zu werden. Beziehungsrepräsentanzen zur Selbstregulation scheinen in eingeschränktem Ausmaß verfügbar, ebenso wie die Fähigkeit Hilfe anzunehmen.

An dieser Stelle sei der von Schmidt-Lellek (2004) genannte Irrtumsvorbehalt als eine Dimension des „Nicht-Wissens“ erwähnt. Die Einschätzung des Strukturniveaus erfolgte zwar in Anlehnung an das strukturelle Interview, ist aber im Sinne der prozessualen Diagnostik der Integrativen Gestalttherapie und im Sinne der sokratischen Dialogik als handlungsleitende Hypothesenbildung im Hintergrund zu

verstehen und immer wieder zu überprüfen. Es ist sinnvoll, etwaige Defizite der Stützfunktionen zu explorieren, denn die Einschränkung der Stützfunktionen bestätigt die Arbeit an der Awareness. Es ergibt bei Frau A. Sinn, die Fähigkeiten zur Wahrnehmung von Körperempfindungen, Gefühlen und eigenen Bedürfnissen zu fördern, sowie an der Stärkung der Ich-Grenze und der Selbststütze zu arbeiten.

6.1.6 Kontaktmodalitäten im dialogischen Prozessverlauf

Die gestalttherapeutische Diagnostik ist hier nicht dem Abschnitt „Diagnostische Aspekte“ zugeordnet. Integrativ gestalttherapeutische Diagnostik „passiert“ in der gegenwärtigen therapeutischen Beziehung im Prozessverlauf. Das Augenmerk der Wahrnehmung liegt auf der Art und Weise der Klientin in Kontakt zu sein bzw. wie Frau A. den Kontakt vermeidet.

Die anfänglichen Therapiestunden mit Frau A. sind von großer Ambivalenz ihrerseits geprägt. Einerseits beschreibt die Klientin sehr malerisch wie schön und entspannt sich das Leben nun anfühle – ohne Druck. Ihre Aufgabe sei nun, die Zeit mit ihrem Mann zu genießen, an dessen Bedürfnissen sie sich stark orientiert. Andererseits ist die zunehmende Unzufriedenheit und die Sehnsucht nach einer beruflichen Neuorientierung, die sich vordergründig zunehmend mehr „als die Sehnsucht nach dem alten Leben, nach ihrer alten Identität, nach sinnvollen Aufgaben, anderen intellektuellen Inputs, dem Glanz des Erfolgs und der alten schlanken Frau mit den schicken Kleidern“ herausstellt. Frau A. verbringt ihre Zeit damit, Initiativbewerbungen zu entwerfen und sich mit neuen Konzepten für die Selbstständigkeit zu beschäftigen. Weder schickt sie eine Bewerbung ab, noch entwickelt sie die Ideen weiter. Als sie die Therapeutin vorsichtig auf diese Ambivalenz und ihre Unzufriedenheit anspricht, meint sie fröhlich: „Da hatte ich vermutlich einen schlechten Tag, mir geht es wirklich gut, das ist jetzt nicht so wichtig“. Anfangs folgen die Stunden einem bestimmten Muster. Ihre Versuche, sich „sinnvoll“ zu beschäftigen, präsentiert Frau A. am Beginn der Stunde einerseits stolz und mit Begeisterung. Nach der durchaus lebendigen Beschreibung, was in der letzten Woche gut war – unter genauer Beobachtung der Reaktionen der Therapeutin, folgen Erklärungen, was sie noch „müsste“ und „sollte“, wenn sich was verändern soll. Dann berichtet sie sehr selbstkritisch und abwertend über ihre

„stümperhaften Versuche“ und ihre „zunehmende Verblödung“. Es ist schwierig, ihren Redefluss zu stoppen. Auf vertiefende Fragen antwortet sie sehr kurz oder weicht ganz aus, um danach wieder ins rationale Monologisieren zu fallen. Die Therapeutin spürt in der persönlichen Resonanz eine Mischung unterschiedlichster Gefühle, Unruhe, Scham, Ärger und Traurigkeit und weiterhin das Schutzbedürfnis der Klientin.

6.1.6.1 Introjektion

In der 11. Therapiestunde, nachdem Frau A. wieder mit demselben Muster begonnen hat und wortreich beschreibt, was sie in der letzten Woche „gut gemacht hat“, endet sie mit der Frage:

Kl.: Na, sind Sie zufrieden mit mir? (Sie wartet die Antwort der Therapeutin nicht ab, sondern redet im Anschluss an ihre Frage weiter.)

Th.: Einen Moment bitte. Das würde mich näher interessieren. (Die Klientin schweigt, und schaut überrascht die Therapeutin an)

Th.: Wäre es denn wichtig für Sie, dass ich zufrieden bin?

Kl.: Ja (die Klientin ist erstaunt)

Th.: Wollen Sie mir erzählen, warum es so wichtig ist?

Kl.: (denkt nach und sagt leise und mit gesenktem Blick) Weil ich es schaffen will (schweigen). Und weil ich Sie nicht enttäuschen will.

Th.: Haben Sie eine Idee, wie sie mich enttäuschen könnten?

Kl.: (Stille) Naja, ich bin da, damit ich mein Leben verändere, damit sich etwas bewegt, damit ich nicht wieder trinke, damit alles so wird wie früher. (Klientin beginnt zu weinen).

Th.: Und Sie vermuten, wenn sich nicht bald was ändert, dann bin ich enttäuscht?

Kl.: (nickt)

Th.: Ich bin nicht enttäuscht – es muss sich auch nicht schnell was ändern. Wir begeben uns gemeinsam auf Spurensuche und Sie kommen mit dem in die Therapiestunde, was Sie gerade bewegt. Das ist genug. Wir haben Zeit.

Kl.: (schaut die Therapeutin an, sagt nichts, bleibt aber in Blickkontakt)

Th.: (nach einer Weile, nachdem die Klientin unruhig wird) Kennen Sie das? Dieses Gefühl, jemanden zu enttäuschen?

Kl.: Ja, von meinen Eltern (denkt nach). Eigentlich von beiden. Aber mehr von meiner Mutter.

Diese Sequenz verändert die Qualität der Beziehung zwischen der Therapeutin und der Klientin. Es zeigt sich, dass durch Beteiligtsein, Präsenz und Bestätigung möglich wird, ein „Experiment an der Grenze“ zu wagen und die dialogische Beziehung zu vertiefen. Die Übertragung – wie von Staemmler (1993) definiert als Verhinderung des Kontakts im gegenwärtigen Augenblick - bewusst zu machen, erwies sich für den weiteren Prozessverlauf als hilfreich. In dieser Sequenz zeigt sich, wie stark die introjizierten negativen Bewertungen und Ängste, im Sinne fixierter dysfunktionaler Anpassungen wirken. „Ich muss alles richtig machen“, „ich darf niemanden enttäuschen“, „ich muss alles perfekt machen“. Wie sich im weiteren Therapieverlauf herausstellt, ist die dahinter liegende Angst, die Angst davor, verlassen zu werden.

Die Paradoxie der Veränderung nimmt der Klientin den Druck, auch in der Therapiestunde etwas leisten zu müssen. Die Haltung der Therapeutin, die anfänglich stützend, begleitend war, ist nun auch „sanft“ konfrontativ. In den folgenden Stunden zeigen sich diese fixierten Anpassungen in den Begegnungen zwischen der Therapeutin und der Klientin immer wieder sehr hartnäckig, aber es wird möglich, sie anzusprechen und ausgehend davon an den frühen Beziehungserfahrungen zu arbeiten und die Wahrnehmung für die Introjekte und die damit verbundenen Beziehungsmuster zu erhöhen.

6.1.6.2 Retroflexion

Im Therapieverlauf kristallisiert sich das Thema „das Leiden an der Grenze“ immer mehr heraus. In der therapeutischen Begegnung nennt Frau A. zunehmend mehr Anpassungen, die ihr im Alltag auffallen, kann sich aber noch schwer darauf einlassen, in der Therapie näher damit in Kontakt zu gehen. Das zeigt sich in selbstkritischen Äußerungen wie „na, wenn ich nicht einmal das allein lösen kann, was dann“. Die Klientin unternimmt viele Versuche, eigenständig und unabhängig von ihrem Mann Teilbereich ihres Lebens zu gestalten. Sie aktiviert Ressourcen und Interessen von früher und nimmt sich viel vor. Im häuslichen Umfeld gelingt es ihr, sich zunehmend mehr in ihr Arbeitszimmer zurückzuziehen (was, wie sich später zeigen wird, auch mit dem Konsum von Alkohol verbunden ist) und sich eigenen Interessen zu widmen. Alle Unternehmungen, die damit verbunden wären, außerhalb dieses Raumes allein aktiv zu werden, werden nicht umgesetzt. Die Frage, wie es für ihren Mann wäre, wenn sie ihre eigenen, individuellen Interessen wieder mehr forcieren würde, beantwortet sie mit: „Ich glaube, für ihn wäre das okay – in mir ist etwas, das es verhindert – es ist, als ob es einen innerlichen Auftrag gäbe, der lautet: bis hierher und nicht weiter.“

Das weist nach Francesetti und Roubal (2016) auf depressives Erleben hin. Menschen in diesem Modus haben ein Bewusstsein für ihre Bedürfnisse, agieren sie aber nicht aus, sondern richten sie auf sich selbst, indem sie retroflektieren und halten sich damit von Handlungen ab, die zu einem befriedigenden Kontakt führen können. Auch der gelegentliche Konsum von Alkohol unterstützt den retroflexiven Modus bei Frau A.

Während einer Sitzung berichtet Frau A. vom Rückzug in ihr Zimmer. Allerdings müsse sie aufpassen, denn die Arbeit am PC ist stark verbunden mit ihrem Konsumverhalten in früheren Tagen. (Vgl. neurobiologische Aspekte der Verknüpfung). Sie sei oft versucht, sich ein Glas Rotwein mit in ihr Arbeitszimmer zu nehmen. Das mache es dann auch leichter, sich zurückzuziehen und das schlechte Gewissen und den Zustand der Enge zu ertragen.

6.1.6.3 Konfluenz

Die Kontaktmodalität der Konfluenz, mit der die Klientin sich selbst und auch die Beziehung zu ihrem Mann und ihrer Mutter immer wieder reguliert, zeigt sich ebenfalls im gegenwärtigen, persönlichen therapeutischen Kontakt. Nach den anfänglichen „Ausweichmanövern“ ist sie nun sehr bemüht, immer wieder Konfluenz mit der Therapeutin herzustellen. Sie verhält sich der Therapeutin gegenüber sehr aufmerksam und nimmt deren Vorschläge sehr schnell und bereitwillig an. Die nächsten Sequenzen verdeutlichen den „Verschmelzungswunsch der Klientin“:

Die Klientin hadert immer wieder mit ihrer Figur, da sie in den letzten Jahren stark zugenommen hat. Nach unzähligen Versuchen abzunehmen, hat Frau A. sich endlich von dem Gedanken befreit darauf zu warten, bis sie „irgendwann wieder in die schicke Garderobe aus besseren Zeiten“ passt und nimmt sich vor, ihren Kleiderschrank auszuräumen und die teuren Sachen zu verschenken.

Zu diesem Zeitpunkt ist Fr. A. 10 Monate in Therapie. Die Klientin beginnt in Bezug auf die Therapeutin, ähnlich wie bei ihrem Mann, von „Wir“ zu sprechen. Z.B. „Wenn wir es geschafft haben, ein Jahr abstinent zu sein“. Die Abstinenz und der Alkohol sind seit einiger Zeit kein „Vordergrundthema“ in den Therapiestunden. Die Therapeutin vermutet aber seit der vorangehenden Stunde, dass Frau A. hin und wieder Alkohol konsumiert, entscheidet sich aber, diese nicht darauf anzusprechen, sondern noch zu warten, ob die Klientin von sich aus darauf zu sprechen kommt.

Frau A. kommt sichtlich gut gelaunt zur Therapie und eröffnet der Therapeutin, dass sie ein Geschenk für sie habe. Sie habe beim Ausräumen des Kastens dieses Kleid mit dem dazu passenden Mantel entdeckt und habe sich gedacht, das passe perfekt zur Therapeutin. Nachdem die Therapeutin, die überrascht und kurz ratlos ist, erklärt, dass sie das Geschenk nicht annehmen kann, ist Frau A. spürbar enttäuscht und gekränkt und benennt das Gefühl „etwas falsch gemacht zu haben und zurückgewiesen worden zu sein“. Es ist möglich, in der stützenden Haltung bei der Klientin zu bleiben, an ihren Unzulänglichkeitsgefühlen, die durch die Reaktion der Therapeutin ausgelöst wurden, zu arbeiten und die Position der Therapeutin verständlich zu machen. Die Therapeutin hat das Gefühl, zur „besten Freundin“

gemacht zu werden, um auch vom Rückfall abzulenken. Sie entscheidet in dieser ohnehin schwierigen Situation den Rückfall nicht anzusprechen, um die Klientin nicht zu beschämen. Es wird vereinbart, das Geschenk „symbolisch“ vorerst in der Beratungsstelle zu lassen, um in der nächsten Stunde über das, wofür es möglicherweise steht, zu sprechen.

Hier erschließt sich das konfluente Erleben der Klientin, gemischt mit ihren Introjekten (ich muss aufmerksam sein, ich muss gefallen, ich muss mir die Zuwendung sichern). Elisabeth Salem (2001) sieht die Introjekte bei Menschen mit narzisstischem Erleben im Dienst der Konfluenz zur Herstellung des Gefühls totaler Übereinstimmung. An dieser Sequenz zeigt sich auch die Bedeutung der „eingeschränkten Mutualität“. Für die Therapeutin ist die funktionale Dimension (Gremmler-Fuhr, 2001) hilfreich. Die Besinnung auf Rollenklarheit macht es, trotz der eigenen Verunsicherung, möglich, ihre persönliche Ich-Grenze zu wahren und parallel dazu mit wohlwollender Aufmerksamkeit bei den Belangen der Klientin zu bleiben.

6.1.7 Was ist, darf sein – auch ein Rückfall

In der nächsten Stunde kommt Frau A. in schlechter Stimmung. Sie wirkt abweisend, kühl, setzt sich und verschränkt die Arme vor dem Körper. Die Therapeutin ist in der Annahme, dass die Klientin gekränkt und ärgerlich wegen des nicht angenommenen Geschenkes ist. Im ersten Moment will sie die Klientin darauf ansprechen, entscheidet sich dann aber dafür, vorerst auf die Körperhaltung von Frau A. einzugehen, zumal diese die Arme noch fester um sich gelegt hat, den Blick nach unten senkt und einen sehr unnahbaren Eindruck macht. Im Raum herrscht eine dichte, spannungsvolle Atmosphäre. Nach einer Weile des Schweigens:

Th.: Ich bin gerade selbst ein bisschen ratlos. Sie machen den Eindruck, als ob Sie Ruhe haben wollen und Ihre Arme wirken beinahe so, als ob Sie sich schützen wollten.

Kl.: (schweigt, schaut dann kurz auf und nickt)

Th.: Wollen Sie mit ihrem Schutz arbeiten oder gibt es etwas anderes, was Sie mitgebracht haben?

Kl.: (nickt bei der ersten Frage, schüttelt bei der zweiten Frage den Kopf)

Th.: Versuchen Sie doch mal Ihren Schutz noch kräftiger zu machen und die Arme noch ein wenig fester werden zu lassen – Sie können ausprobieren, wie es für Sie angenehm ist.

Kl.: (probiert erst rasch, dann immer langsamer und bedächtiger unterschiedliche Druckbewegungen aus – mal stärker, mal weniger stark und pendelt sich schließlich ein. Die Therapeutin fordert sie immer wieder auf, dabei zu atmen).

Th.: Wie ist das, wenn Sie sich so umarmen und geschützt sind?

Kl.: (beginnt zu weinen, schluchzt und sagt nach einer Weile). Gut. Ich fürchte mich nicht mehr so.

Th.: (ebenfalls berührt) Wollen Sie sagen, wovor Sie sich so fürchten?

Kl.: Davor, es nicht zu schaffen mit dem Alkohol. Wieder zu trinken. Das alles nicht zu packen. Mein Leben nicht mehr auf die Reihe zu bringen. Ihnen sagen zu müssen, dass ich wieder Wein trinke. Abends ein Glas, aber ich habe Angst, dass es mehr wird. (ihre Stimme wird zunehmend lauter und auch aggressiver, dann atmet sie tief durch und schweigt).

Th.: (bemerkt, dass die Armhaltung der Klientin sich gelockert hat). Und wie ist es jetzt, wo Sie es ausgesprochen haben?

Kl.:(schaut die Therapeutin lauernd und unsicher an). Und wie ist es für Sie? Sind Sie jetzt enttäuscht von mir?

Th.: Nein, ich bin nicht enttäuscht. Ich sehe es als Prozess und jetzt, dieser Tage, trinken Sie abends ein Glas Wein und Sie sind heute trotzdem gekommen. Sie bleiben dran, auch wenn es schwierig ist. Sie waren mutig. (Bemerkt, dass die Klientin nur mehr einen Arm um ihre Mitte gelegt hat). Was macht denn Ihr Schutz? (Zeigt auf den Arm).

Kl.: So ist es gut. Ich fühle mich irgendwie erleichtert, aber ich schäme mich so. Ich wollte es letztes Mal schon sagen, aber ich habe mich nicht getraut. (schaut die Therapeutin an und beginnt zaghaft zu lächeln).

Th.: (lächelt auch) Ja, stattdessen haben Sie mir ein Geschenk mitgebracht.

Kl.: (zaghaft) Ich weiß.

Th.: Mich hat das noch beschäftigt und ich habe darüber nachgedacht, ob das nicht so etwas war, wie mich zu „Ihrer Freundin, zur Verbündeten“ zu machen, um nicht zu sagen, dass Sie wieder ab und zu trinken. Oder, damit es Ihnen leichter fällt, es zu sagen. Sie waren noch nicht so weit und das ist völlig in Ordnung. Ich bin Ihre Therapeutin und arbeite sehr gerne mit Ihnen, aber ich bin nicht Ihre Freundin.

Kl.: (Überlegt) Ja. Vielleicht dachte ich, es sei weniger schlimm, wenn ich Ihnen was schenke. Und was machen wir jetzt mit mir und dem Kleid?

Th.: (Die Stunde geht dem Ende zu) Ich schlage vor, Sie beobachten Ihr Konsumverhalten, Sie lassen das Kleid noch hier und überlegen sich in Ruhe, wem Sie es schenken könnten und wir treffen uns vorerst wieder wöchentlich. Was halten Sie davon?

Kl.: Ja, das klingt nicht schlecht.

Th.: Was macht jetzt Ihr Schutz? Schön, dass Sie ihn haben.

Kl.: Der hält mich zusammen.

Kathrin Grechenig (2016) beschreibt im Zusammenhang mit Schamprozessen und Rückfall auch die Scham im Verborgenen. Dabei geht es nicht nur um den Blick des Anderen, sondern auch um die Verletzung privater Normen, wie beispielsweise das Nicht-einhalten-Können der Regeln in Bezug auf den Alkoholkonsum, was zu erheblichen Versagens- und Schamgefühlen führen kann.

Durch das Wahrnehmen der Widerstandsphänomene der Klientin auf der körperlichen Ebene und das Lenken der Aufmerksamkeit darauf, ist es der Klientin möglich, sowohl in Kontakt mit ihrer Scham und ihren Ängsten zu gehen als auch den Kontakt mit der Therapeutin zuzulassen. Die Würdigung der Ästhetik des Widerstands als Schutzfunktion erhöhte die Bereitschaft der Klientin mit ihren Widerstandsphänomenen zu experimentieren und sie zu durchleben. Den Rückfall als das zu nehmen, was er derzeit ist und die damit verbundenen Schamgefühle und Katastrophenerwartungen der Klientin zu entlasten, ermöglicht einen weniger selbstentwertenden Umgang damit. Abschließend entscheidet die Therapeutin auf die Frage der Klientin nicht die Klientin zu fragen, was sie denn gerne mit sich und dem Kleid machen würde, sondern macht einen Vorschlag, um der Klientin Orientierung und Stütze von außen zu geben. Das unterstreicht die stützend-begleitende Position der Therapeutin.

6.1.8 Autonomie versus Abhängigkeit und Selbstwertkonflikt

Nach OPD-2 lässt sich als Hauptkonflikt Individuation versus Abhängigkeit und als zweitwichtigster Konflikt der Selbstwertkonflikt feststellen. Beiden Konflikten wird als Leitaffekt die Scham zugeordnet und eine große Angst vor dem Verlust des geliebten Objekts.

In den persönlichen Verhaltens- und Erlebensmustern widerspiegeln sich Konfliktspannungen, die aufgrund ihrer persönlichen Vorgeschichte ihre persönliche Prägung haben. Diese lebensbestimmenden dysfunktionalen Konflikte zeigen sich bei Menschen mit repetitiv neurotischen Konflikten und/oder bei Persönlichkeitsstörungen (Arbeitskreis OPD, 2017).

Wie im Theorieteil beschrieben, sieht das Ehepaar Polster (2002) die Entstehung von Widerstandsphänomen auch in einem engen Zusammenhang mit Polaritäten bzw. Konflikten. Dazu passen in Bezug auf Frau A. auch die Überlegungen von Bärbl Wardetzki (1999) zum weiblichen Narzissmus.

Der Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit, der in Frau A. wirkt, ist auch in der dialogischen Beziehung immer wieder gut im bereits beschriebenen konfluenten Verhalten der Klientin spürbar. Auch Phänomene wie das Pendeln zwischen Grandiosität

(in der Beschreibung des beruflichen Erfolgs), dem Aufrechterhalten der Maske (Wartezki, 1999), der Angst vor dem Versagen, die das Handeln schwer macht, den Projektionen auf ihren Mann (mein Mann braucht mich) und dem Leiden an ihrer durch den Wegfall des beruflichen Erfolgs erlebten Minderwertigkeit zeigen sich in den einzelnen Therapiestunden sehr deutlich und geben Hinweise auf das narzisstische Erleben von Frau A.

Die Therapeutin hat immer wieder den Eindruck, dass sich die Klientin auch in der Therapiestunde von ihrer „besten Seite“ zeigen und sich beweisen „muss“ und macht die Klientin im Verlauf des Prozesses darauf aufmerksam.

Lange Zeit ist es nicht möglich, mit Frau A. an den unterschiedlichen Polen der Autonomie und der Abhängigkeit zu arbeiten. Will die Therapeutin von der Klientin Gesagtes, das ihr ambivalentes Erleben spürbar macht, aufgreifen, lenkt die Klientin ab, ihre Körperhaltung wird starr, ihre Mimik leblos. Oft verschränkt sie die Arme vor ihrer Körpermitte.

Kl.: Gestern habe ich mich wirklich elend gefühlt. Ich wollte unbedingt walken gehen, mein Mann hat in der Wohnung herumgewerkelt und ich wollte raus. Ich habe es einfach nicht geschafft zu gehen und habe mir dann einen Film angesehen. Manchmal fühle ich mich, als ob mein Mann mich einmauern würde in unserer heilen Welt. Eigentlich sollte ich mich wie Goldmarie fühlen, ich habe ja alles. Aber es fühlt sich an wie Pechmarie – klebrig.

Es ist kurz möglich, diese Metapher aufzugreifen. „Goldmarie“ wird gut beschrieben und die Ressourcen der Klientin werden erlebbar. Als die Therapeutin nach Pechmarie fragt, blockt Frau A. ab und stellt fest, dass sie heute nicht darüber nachdenken will.

Man könnte die zuletzt genannte Aussage von Frau A. auch als eine Entscheidung im Sinne einer bewussten Abgrenzung sehen. Die Therapeutin erlebt die Reaktion von Frau A., nach dem Stellen der Frage nach „Pechmarie“, eher als eine „schützende Art und Weise, in Kontakt zu sein“. Hier war das Ansprechen der „klebrigen“ Seite ein zu großer Schritt seitens der Therapeutin, die sich von ihrer Neugier und der angebotenen Metapher verleiten ließ und das Schutzbedürfnis der Klientin nicht aus-

reichend wahrnahm. Frau A. reagierte mit „technischem Widerstand“ (Schneider, 2002). Die Klientin reguliert mit ihrer Kontaktvermeidung die Beziehung zur Therapeutin und vermeidet gleichzeitig den Kontakt zu einem für sie schwierigen Thema. Im dialogischen Prozessverlauf vieler nachfolgenden Stunden wird es in kleinen Schritten möglich, sich den Polaritäten anzunähern, bis sie sich plötzlich wirklich im Vordergrund zeigen:

Nachdem die Klientin nach langer Zeit wieder einmal allein mit dem Auto unterwegs war, kommt sie sehr aufgekratzt in die Stunde und berichtet von einem großen Freiheitsgefühl. Sie habe im Auto laut gesungen und sich sehr befreit gefühlt. Als sie dieses Gefühl näher ausführt und in einer öffnenden Körperbewegung darstellt, „pendelt“ sie nach einiger Zeit des Wohlbefindens in eine kauernde, gekrümmte Haltung, die den Gegenpol darstellt, den sie als eng, demütigend, kränkend und einschränkend beschreibt. Frau A. bezeichnet sich auf der einen Seite als „die Freie“ und auf der anderen Seite als „die Zusammengefaltete“.

In der folgenden Stunde bringt die Klientin diese Anteile noch einmal zur Sprache und die Therapeutin schlägt einen Dialog mit den beiden unterschiedlichen Selbstanteilen vor, mit denen sich die Klientin abwechselnd identifizieren soll. Die Therapeutin arbeitet mit der Technik des „leeren Stuhls“. Ein kurzer Ausschnitt daraus illustriert die Polaritäten:

Frau A. platziert zwei Sessel im Raum. Die Therapeutin lädt die Klientin ein, auf einem der beiden Stühle Platz zu nehmen, sich mit dem Selbstanteil zu identifizieren und zu spüren, ob dieser Anteil etwas sagen möchte. Die Klientin möchte zuerst auf dem Platz „der Freien“ Platz nehmen und sich mit ihr identifizieren.

Frau A. als „die Freie“: Ich fühle mich sehr lebendig. Ich hätte viele Ideen. Ich möchte gerne wieder arbeiten und mich wieder fühlen wie früher. Ich möchte etwas Sinnvolles tun in einer guten Position als Führungskraft. Ich hätte auch gerne wieder die gesellschaftliche Anerkennung. Es wäre schön wieder mal ins Theater zu fahren, oder in ein Konzert, ich könnte mir auf der Uni eine Vorlesung anhören, auch wenn das nicht die Welt meines Mannes ist. Ich möchte meine Freundin in X besuchen. Ich weiß,

dass ich viel kann und ich möchte das auch leben. Warum lässt du mich das nicht? Was willst du von mir? (die Frage stellt sie in Richtung des zweiten leeren Stuhls, der den Platz der „Zusammengefalteten“ symbolisiert – Schweigen).

Th.: Möchten Sie sich auf den Platz der „Zusammengefalteten“ setzen und mal schauen, ob sie auch was zu sagen hat?

Frau A wechselt den Sessel.

Frau A. als „die Zusammengefaltete“: Ich habe Angst. Ich passe auf dich auf. Wenn du das alles nicht mehr schaffst, geht es dir wieder nicht gut und dann trinkst du. Wie stellst du dir das vor, jetzt nach langer Zeit wieder beruflich einzusteigen. Schau dich mal an, was aus dir geworden ist. Und denk mal an deinen Mann. Du bist nie zufrieden. Du wolltest immer eine Beziehung. Er liebt dich. Er tut alles für dich und du bist nur unzufrieden. Du solltest ein bisschen dankbarer sein und nicht immer alles infrage stellen. Du müsstest erst mal die „Sauferei“ in den Griff bekommen – auch wenn es nur ein Glas Wein ist – nicht mal das schaffst du. Wenn du so weiter machst, wird dich dein Mann verlassen. (Frau A. steht unaufgefordert auf und setzt sich auf ihren ursprünglichen Platz). Die Therapeutin stellt sich neben sie und ermutigt sie durchzuatmen. Beide atmen.

Frau A. (nach einer Weile sehr nachdenklich, leise zur „Zusammengefalteten“): Ich bin erstaunt, wie streng und abwertend du bist. Deine Meinung über mich tut mir weh.

Die Therapeutin legt Frau A. kurz die Hand auf die Schulter. Beide atmen tief durch.

Frau A. (nach einer Weile ebenfalls nachdenklich zur „Freien“): Dein Tempo kann ich nicht halten.

In der Besprechung danach stellt Frau A. fest, dass sie bisher dachte, wenn sie Alkohol trinke, sei sie die „Zusammengefaltete“. Nun habe sie eher das Gefühl, sich dann wie „die Freie“ zu fühlen „denn Trinken ist das einzige, was ich ohne meinen Mann mache, – und außerdem macht der Alkohol mir all das, was die „Zusammengefaltete“ denkt, erträglicher.“

Es zeigt sich, dass der Konsum von Alkohol es ermöglicht, das ideale Selbstbild der Klientin aufrechtzuerhalten. Gegenwärtige Probleme, potenzielle Konflikte mit ihrem Mann und der Kontakt mit Angst- und Schamgefühlen werden vermieden. Yontef (1999) beschreibt Menschen mit narzisstischem Erleben als konfluent und von den Reaktionen des Gegenübers abhängig. Sie vermeiden alles, was Scham auslöst, damit sich die Kehrseite des grandiosen Selbst, das von Selbstzweifeln und Scham geschwächte Selbst, nicht aktiviert (Salem, 2001). Nach zwei Jahren Psychotherapie im Rahmen von wöchentlichen bis vierzehntägigen dialogischen Begegnungen rücken langsam beide Seiten des Erlebens in das Bewusstsein der Klientin und sie kommt auch mit dem strengen, abwertenden Selbstanteil und ihrer Verlassenheitsangst näher in Kontakt. Sowohl die grandiose als auch die von Minderwertigkeit geschwächte Seite „kommen zu Wort“. Frau A. entwickelt ein „Gewahrsein von der Dynamik zwischen ... beiden Teilen und ihrer Art miteinander umzugehen“ (Zinker, 2005). Die Projektionen auf ihren Mann (er braucht mich, er wird mich verlassen) werden weniger und sie übernimmt mehr Selbstverantwortung. Im weiteren Prozessverlauf entwickelt die Klientin mehr „Mitgefühl“ für ihre Selbstanteile.

6.1.9 Abschließende Prozessbetrachtung

Frank Staemmler und Werner Bock (2001) sehen Veränderungsprozesse im Rahmen eines therapeutischen Prozesses auf der Basis folgender Voraussetzungen: ein dialogisches Beziehungsangebot, ein therapeutisches Angebot basierend auf der „Paradoxie der Veränderung“ und die Förderung der Bewusstheit der Klienten.

Die therapeutische Beziehung zwischen der Klientin und der Therapeutin war anfangs nicht einfach und hinterließ bei der Therapeutin den Eindruck, schwer in einen „persönlichen Kontakt“ mit der Klientin zu kommen. Die Ich-Es-Haltung seitens der Therapeutin lieferte ihr eine wichtige persönliche Stütze im Hintergrund. Auch die Klientin war lange in dieser Haltung. Bärbl Wardetzki (2001) stellt fest, dass die Beziehungen von Personen mit narzisstischen Erlebensstrukturen davon geprägt sind, dass die Menschen in ihrem Umfeld ihre Wertigkeit nach ihrem Beitrag, den sie zur Aufwertung der eigenen Person und zur Erreichung bestimmter Ziele leisten, erhalten. In der Ich-Du-Haltung präsent, offen und wertschätzend zu bleiben bedeutete in den

Begegnungen mit Frau A., sie erfahren zu lassen, dass es im therapeutischen Kontext, im Sinne des Ganzheitsvorbehalts Schmid-Lelleks (2004), in erster Linie um sie als ganze Person, um ihre Bedürfnisse, Gefühle und ihren gesamten persönlichen Hintergrund geht und nicht nur um ihren Alkoholkonsum und ihre „Maske“. „Das existenzielle Bedürfnis nach Gesehen-Werden“ (Wardetzki, 2001, S. 822) wird von Frau A. im Sinne der Bestätigung in den dialogischen Begegnungen mit der Therapeutin erfahren und macht es der Klientin möglich, ihre eigene Beziehungsfähigkeit weiter zu entwickeln. Das zeigt eine Aussage der Klientin gegen Ende des Therapieprozesses: „Ich habe gar nicht gewusst, wie groß meine Angst ist von meinem Mann verlassen zu werden. Jetzt bin ich mutiger geworden, auch wenn das eigenartige Gefühl immer wieder kommt. Meine eigenen „Unternehmungen“ bereichern nicht nur mich, sondern bringen auch etwas Lebendiges in die Beziehung zwischen meinem Mann und mir – es ist mehr Verbindung spürbar.“

Die Förderung der Bewusstheit und die Stärkung der Ich-Grenze und der Stützfunktionen kann man vom Standpunkt der im Kapitel 5.3.1 beschriebenen Foki von Achim Votsmeier (2001) aus betrachten, die er für den Umgang mit dysfunktionalen Anpassungs- und Regulationsmustern beschreibt. Durch das Erschließen und Bewusstmachen der dysfunktionalen Kontaktmodalitäten konnten die Kontaktmöglichkeiten der Klientin mit sich und der Umwelt erweitert werden. Ihre Ich-Grenze wurde flexibler. Die Differenzierung von Ich und der Andere wurde prägnanter. Der Wiedergewinn der Balance zwischen Bezogenheit und Abgrenzung zeigt sich in der Beziehung zu ihrem Mann, zu ihrer Mutter und zu den Nachbarn. Ihr Augenmerk liegt nun mehr auf der Wahrnehmung eigener Wünsche und Bedürfnisse und deren Ausdruck. Es gelang Frau A. zunehmend „Nein“, vor allem zu ihrer Mutter, zu sagen. Die Abhängigkeit von der Meinung, die andere über sie haben könnten, ist nicht mehr so stark vorhanden. Frau A. begann, eigene Ressourcen von früher zu aktivieren. Sie entdeckte die Freude am Malen wieder, zu der sie während ihres stationären Aufenthaltes Zugang gefunden hatte. Ein „Durchbruch“ war der Besuch einer Freundin in ihrem früheren Wohnort, den sie nach mehreren Anläufen machte. Auch ihre „Bezogenheit“ auf den Alkohol wurde ihr durch das Bewusstwerden der hinter dem Alkoholkonsum liegenden Wünsche und Bedürfnisse zunehmend klarer. Die Konfluenz

mit dem Alkohol zeigte sich deutlich an einem Bild, das Frau A. zu Hause zwischen zwei Therapiesitzungen anfertigte. Der Titel des Bildes lautet: Ich und der Alkohol. Es stellt zwei ineinander verschwimmende abstrakte, menschenähnliche Figuren dar.

Nach und nach nahm Frau A. wieder Kontakt zu ihren inneren und äußeren Ressourcen auf und erweiterte damit ihre Stützfunktionen. Sie aktivierte alte Freundschaften in der Ferne, besuchte einen Malkurs, ging walken und begann wieder mit autogenem Training. Sie machte den Eindruck Freude an den Tätigkeiten zu haben und sich dabei nicht beweisen zu müssen. Das Abwägen ihrer Handlungsmöglichkeiten folgte zunehmend mehr ihren realistischen Möglichkeiten und weniger der „Sehnsucht und den Bewertungen des Idealbildes von sich und dem früheren Leben.“

Insgesamt geht Frau A. heute liebevoller und bewusster mit sich und ihren Selbstanteilen um. Die zugrunde liegenden, stark bewertenden, strengen Introjekte sind milder geworden. Die Stützfunktionen Selbstfürsorge und Eigenverantwortung sind deutlich gestärkt.

Die Phasen der Minderwertigkeit mit den damit verbundenen Introjekten und Emotionen tauchen immer wieder auf, halten aber nicht mehr so lange an. Meistens sind sie mit dem Konsum von Alkohol in sehr reduziertem Ausmaß verbunden. Die Gefahr wieder mehr zu trinken war auch mit Ende der Therapie nach wie vor gegeben.

Die Haltung der „Paradoxie der Veränderung“ erwies sich für die dialogische Beziehungsgestaltung, die Ästhetik des Widerstands, mit den damit verbundenen Kontaktmodalitäten und hemmenden Gefühlen sowie für den Umgang mit Rückfällen als hilfreich. Die Einstellung „Was ist, darf sein“ wirkte druckregulierend auf Frau A., war aber auch eine wichtige Stütze für die Therapeutin. Was Rückfälle und den Konsum von Alkohol betrifft, gilt es dennoch auch zu beachten, nicht nur in der wohlwollend stützend begleitenden Haltung zu verharren, sondern gegebenenfalls auch in der konfrontierenden Haltung die neuerlichen Gefahren, Risiken und Veränderungshemmnisse, die mit dem Konsum von Alkohol verbunden sind, aufzuzeigen.

Der Alkohol am leeren Stuhl

Wie sehr der Alkohol selbst ein „Widerstandsphänomen“ darstellt und Kontaktvermeidung begünstigt, illustriert die folgende, abschließende Sequenz:

Frau A. setzt sich als „Alkohol“ auf den leeren Stuhl und identifiziert sich mit ihrem „abhängigen Anteil“: Ich bewirke bei dir ein angenehmes Gefühl der Wärme und Ruhe, das „innere Wurrln“ hört dann auf, wenn ich da bin, brauchst du dich nicht wirklich mit deinen Problemen auseinander zu setzen, du hast dann weniger Angst, dass es mit deinem Mann nicht passen könnte oder er dich verlassen wird, du kannst dann eher an der „Frau von früher“ festhalten, du brauchst dich nicht zu schämen, dass du nichts auf die Reihe bekommst, du kannst nichts falsch machen, es ist dir dann egal was die anderen von dir denken, du musst nichts verändern.

Der gemeinsame Weg von Frau A. und der Therapeutin endet nach zweieinhalb Jahren, als es Frau A. gelingt, ihrem Mann gegenüber den schon lange verborgenen Wunsch zu äußern, wieder in ihrer früheren Heimat leben zu wollen. Ein halbes Jahr später findet der Umzug statt.

7 Zusammenfassung

Die vorliegende Master-Thesis legte den Fokus auf alkoholranke Frauen in Verbindung mit Widerstandsphänomen und der dialogischen Beziehungsgestaltung in der integrativ gestalttherapeutischen Arbeit mit den Betroffenen. Ausgehend von einer theoretischen Auseinandersetzung mit ausgewählten Aspekten zu „Widerstand“ und Suchtprozessen wurden anschließend Methoden für die integrativ gestalttherapeutische Praxis mit den Phänomenen des Widerstands und den dahinter liegenden Kontaktmodalitäten aufgezeigt. Nach der Darstellung der integrativ gestalttherapeutischen Konzepte zu Kontakt und Widerstand wurde der Begriff „Ästhetik des Widerstands“ eingeführt, der den Begriff „Widerstand“ von seiner negativen Konnotation befreien soll und die phänomenologische Sicht der Integrativen Gestalttherapie unterstreicht.

Mit der Illustration eines therapeutisch-dialogischen Prozessverlaufs wurde die angeführte Theorie veranschaulicht.

Die Frage, inwieweit die Anwendung der OPD-2 in der Arbeit mit alkoholkranken Frauen hilfreich und in die Integrative Gestalttherapie integrierbar ist, lässt sich folgendermaßen beantworten:

Viele Menschen mit einer Alkoholerkrankung haben strukturelle Einschränkungen. Deshalb stellt die Einbeziehung der OPD-2, insbesondere zur Einschätzung des Strukturniveaus, eine sinnvolle Ergänzung für die therapeutische Arbeit mit alkoholkranken Frauen dar. Durch Gordon Wheelers (2015) Betonung der Bedeutung des strukturierten Grundes und Lore Perls (2005) Konzept der Stützfunktionen im Hintergrund lässt sich das gut mit der Integrativen Gestalttherapie verbinden. Rösner und Votsmeier (1999) sehen die Ausprägung einer Suchtidentität in engem Zusammenhang mit der Einschränkung strukturell beeinträchtigter Stützfunktionen. Die Einschätzung des Strukturniveaus in der therapeutischen Arbeit mit Frauen in Alkoholprozessen, die aufgrund ihrer Lebens- und Beziehungsgeschichten oftmals auch strukturelle Mängel und somit Störungen der Kontaktfähigkeit aufweisen, ist ein hilfreiches Instrument, um die therapeutische Beziehungsgestaltung auf die Fähigkeiten und Bedürfnisse der betroffenen Frauen abzustimmen.

Auch die Einschätzung des Hauptkonfliktes im Sinne von Polaritäten (Polster & Polster, 2002; Zinker, 2005) kann eine Erweiterung der handlungsleitenden Hypothesen im Hintergrund darstellen. Ein Mensch, der seine inneren „negativen“ Polaritäten leugnet „hat eine starre stereotype Anschauung von sich und kann viele Teile seiner selbst nicht akzeptieren“ (Zinker, 2005, S.196). Er projiziert sie auf andere. Bewusstheit über Polaritäten und konflikthafte Selbstanteile zu erlangen, erweitert die Handlungsmöglichkeiten. Die Bedeutung der „Achse II Beziehung“ ist für die Integrative Gestalttherapie mit der Grundannahme des Primats der Beziehung seit jeher relevant. Die prozessuale Diagnostik lenkt das Augenmerk auf die gegenwärtige therapeutische Begegnung. Die Grundannahme des Organismus/Umwelt-Feldes bedingt es auch, die aktuellen persönlichen und biografisch bedeutsamen Beziehungen der Klienten miteinzubeziehen. Die Anwendung des Ergänzungsmoduls

Sucht liefert wichtige Hinweise auf die Funktion des Suchtmittels und den bisherigen Verlauf des Alkoholprozesses.

Auf dem Hintergrund der angeführten Theorie und der dialogischen Prozessdarstellung kann die zentrale Forschungsfrage *„Inwieweit ist die dialogische Beziehungsgestaltung in der integrativ gestalttherapeutischen Arbeit mit alkoholkranken Frauen ein Weg, um Widerstandsphänomene für Veränderungsprozesse zu nutzen?“*, wie folgt beantwortet werden:

Die Integrative Gestalttherapie sieht Veränderungs- und Wachstumsprozesse in einem engen Zusammenhang mit dem Kontaktprozess. „Im Kontaktprozess erleben und erfahren wir unsere Welt. Alle wirkliche Erfahrung vollzieht sich an der Kontaktgrenze und berührt den menschlichen Organismus als Ganzes. Ihr Gewinn ist Wachstum und Reife, eine Erneuerung des Lebens und ein Mehr an Kompetenz“ (Dreitzel, 2007, S.42). In der gegenwärtigen therapeutischen Begegnung können die beobacht- und erfahrbaren Widerstandsphänomene als Anzeichen eingeschränkter Kontaktfähigkeiten wahrgenommen werden. Das Zusammenwirken von beobachtbaren Widerstandsphänomenen und dahinter liegenden Kontaktmodalitäten als habituelle Schutzmechanismen, die eine regulierende Funktion haben, bestätigt die Bedeutung der Kenntnis von Kontaktmodalitäten. Die dialogische Beziehungsgestaltung bildet die Grundlage und den Support für das Bewusstmachen eingeschränkter Kontaktfähigkeiten und die Förderung frei fließender Kontaktprozesse. Sowohl die Ich-Es-Haltung als auch die Ich-Du-Haltung, mit den Merkmalen Beteiligtsein, Präsenz und Bestätigung, stellen sich als notwendige, sich gut ergänzende Haltungen heraus. Die Einbeziehung der sokratischen Dialogik und die Anerkennung der „eingeschränkten Mutualität“, im Sinne von Rollenklarheit, Situationsbezogenheit und Funktionsbewusstsein erweisen sich als hilfreich für die Praxis der therapeutischen Beziehungsgestaltung mit alkoholkranken Frauen. Das Differenzieren und bewusste Einsetzen der therapeutischen Positionen begleitend, stützend, konfrontativ, erlauben es, die Kontaktfähigkeiten der Klientinnen mitzuberücksichtigen. Auf dem Hintergrund der dialogischen Beziehung bieten alle Techniken der Integrativen Gestalttherapie wie z.B. die Arbeit mit dem leeren Stuhl, die Einbeziehung von kreativen Medien und von Körperprozessen und die Arbeit mit Selbstanteilen eine gute Möglichkeit,

beobachtbare Widerstandsphänomene erlebbar zu machen und somit das Bewusstsein für dysfunktionale Anpassungen zu erhöhen. Wie sich sowohl in den erwähnten integrativ gestalttherapeutischen konzeptuellen Zugängen zur Sucht als auch am Prozessverlauf mit Frau A. zeigt, sind die Exploration und Bearbeitung von Kontakt- (vermeidungs)mechanismen bedeutsam, um die Kontaktfähigkeit sowohl in Bezug auf intrapersonelle Prozesse als auch in interpersonellen Beziehungen und im Kontakt mit der Umwelt zu stärken. Das fördert die Möglichkeiten, für alternative Selbstregulierungsprozesse, unabhängig vom Suchtmittel. Im therapeutischen Prozess mit alkoholkranken Frauen gilt es eine gute Balance von Ressourcenarbeit, stabilisierender Stütze, Förderung der Wahrnehmung und der Arbeit an der Bewusstheit zu finden, da die Auseinandersetzung mit individuellen, dysfunktionalen Anpassungen auch mit dem Wahrnehmen ungewohnter Körperempfindungen und Gefühlsregungen verbunden ist. Das kann Angst und Überforderung seitens der Klientinnen auslösen und die Gefahr eines Rückfalls erhöhen. Deshalb erachte ich es im dialogisch therapeutischen Prozessverlauf mit alkoholkranken Frauen für besonders wichtig, die Wahrnehmung für die Ästhetik des Widerstands zu sensibilisieren. Die individuellen Einschränkungen der Kontaktfähigkeiten als „schützende Beistände“ zu würdigen, erhöht die Chancen für Veränderung und Wachstum.

Abschließend möchte ich Catherine Gray (2019), mit einem Auszug aus ihrem autobiografischen Roman „Vom unerwarteten Vergnügen, nüchtern zu sein“ zu Wort kommen lassen:

Hoffnung ist wohl das größte Geschenk, das mir das Nüchternsein gemacht hat. Ich hatte nämlich eine Höllenangst in der Magengrube. Die Angst wurde weniger, wenn ich sie mit Wein betäubte. Wenn ich an die Zukunft dachte, spürte ich nur Angst. Angst, dass ich das Wildpferd Suff nie würde zureiten können. Angst, dass ich meine Lieben immer im Stich lassen würde. Angst, dass ich in dieser ... zugehörnten Spur stecken bleiben würde. Es dauerte einige Monate nach dem Trockenwerden, bis die Angst verschwand. Irgendwann aber wick sie einem winzigen Funken. Der zur Flamme wurde, zum Leuchtfeuer der Hoffnung und des Vertrauens in die Zukunft. Als ich mein wahres Selbst kennenlernte, den Menschen, der ich nüchtern war, mein eigentliches Ich, entwickelte ich Hoffnung. (S. 393-394)

8 Literaturverzeichnis

- Altmeyer, M. & Thomä, H. (Hrsg.). (2016). *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse* (3. erweiterte Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2014) *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (3. überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.
- Arbeitskreis OPD – Abhängigkeitserkrankungen und Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2017). *OPD-2 Modul Abhängigkeitserkrankungen. Das Diagnostik Manual* (2.korrigierte Auflage). Bern: Hogrefe.
- Bake, T. (2008). Gestalttherapie in der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankungen. In L. Hartmann-Kottek (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 303-310). Berlin: Springer.
- Bardeau, D. (2015). *Die Integrative Gestalttherapie in der Suchttherapie. Wirksame Haltungen in der Psychotherapie von suchtkranken Menschen im Kontext spezifischer Störungsbilder*. Saarbrücken: Akademiker Verlag.
- Beisser, A. (1997). *Wozu brauch ich Flügel?* Wuppertal: Peter Hammer Verlag.
- Bernstädt, J. (2017). Über den Umgang mit Scham und Widerstand in der Gestalttherapie – eine Einführung. *Gestalttherapie*, (2-2017), 11-19.
- Bialy, J. von & Volk- Bialy, H. von (1998). *Siebenmal Perls auf einen Streich. Die klassische Gestalttherapie im Überblick*. Paderborn: Junfermann.
- Blankerts, S. & Doubrawa, E. (2005). *Lexikon der Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.
- Boeckh, A. (2006). *Die Gestalttherapie. Eine praktische Orientierungshilfe*. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Brownell, P. & Schulthess P. (2016). Abhängiges Verhalten. In G. Francesetti, M. Gecele & J. Roubal (Hrsg.), *Gestalttherapie in der klinischen Praxis. Von der Psychopathologie zur Ästhetik des Kontakts* (S. 361-382). Gevelsberg: Andreas Kohlhage Verlag.
- Buber, M. (2014). *Das dialogische Prinzip* (13.Auflage). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Covington, S.S. (2013). Frauen und Sucht: Ein traumasensibler Ansatz. In S.B. Gahleitner & C.L. Gunderson (Hrsg.), *Frauen Trauma Sucht. Neue Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen* (S. 21-43). Kröning: Asanger Verlag.

Dilling, M., Mobour, W. & Schmidt M.H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien* (10. überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe Verlag.

Dreitzel, H.P. (2004). *Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnostik oder: der gesunde Mensch hat wenig Charakter*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.

Dreitzel, H.P. (2007). *Reflexive Sinnlichkeit I. Emotionales Gewahrsein*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.

Ehlers, W. (2014). Abwehrmechanismen. In W. Mertens (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (4. überarbeitete Auflage) (S. 14-28). Stuttgart: Kohlhammer.

Ermann, M. (2014). Widerstand. In W. Mertens (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (4. überarbeitete Auflage) (S. 1078-1083). Stuttgart: Kohlhammer.

Francesetti, G., Gecele M. & Roubal J. (2016). Psychopathologie: Ein gestalttherapeutischer Ansatz. In G. Francesetti, M. Gecele, J. Rouhal, (Hrsg.), *Gestalttherapie in der klinischen Praxis. Von der Psychopathologie zur Ästhetik des Kontaktes* (S.59-76). Gevelsberg: Edition Humanistische Psychologie.

Francesetti, G. & Roubal J. (2016). Ein gestalttherapeutischer Ansatz bei der Behandlung von Depression. In G. Francesetti, M. Gecele, J. Rouhal, (Hrsg.), *Gestalttherapie in der klinischen Praxis. Von der Psychopathologie zur Ästhetik des Kontaktes* (S.421-446). Gevelsberg: Edition Humanistische Psychologie.

Freud, A. (2016). *Das Ich und die Abwehrmechanismen* (23. Auflage). Frankfurt a. M.: Fischer.

Fuchs, T. (2013). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch ökologische Konzeption* (4.Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

Gahleitner, S.B. (2013). Das Doppel Trauma/Sucht: Eine frauenspezifische Annäherung. In S.B. Gahleitner & C. L. Gunderson (Hrsg.), *Frauen Trauma Sucht. Neue Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen* (S. 11-20). Kröning: Asanger Verlag.

Gray, C. (2019). *Vom unerwarteten Vergnügen nüchtern zu sein. Frei und glücklich. Ein Leben ohne Alkohol*. München: mvg-Verlag.

Grechenig, K. (2016). Über Scham und Beschämung in der Arbeit mit Suchtkranken. In H. Neumeyer & P. Klampfl (Hrsg.), *Integrative Gestalttherapie im klinischen Feld* (S. 169-210). Wien: Facultas.

Gremmler-Fuhr, M. (2001). Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 393-416). Göttingen: Hogrefe.

Gremmler-Fuhr, M. (2001). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 345-392). Göttingen: Hogrefe.

Hartling L.M. (2013). Prävention durch Verbundenheit: ein beziehungssensibler Behandlungsansatz für Frauen mit Suchtproblematiken. In S.B. Gahleitner & C.L. Gunderson (Hrsg.), *Frauen Trauma Sucht. Neue Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen* (S. 112-138). Kröning: Asanger Verlag.

Heinzen-Voß, D. & Ludwig, K. (2016). Empfehlungen: Genderaspekte in Institutionen und Suchthilfe. In D. Heinzen-Voß, K. Ludwig & H. Stöver (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann* (S. 9-48). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Hochgerner, M., Klampfl, P. & Nausner, L. (2018). Diagnostische Perspektiven der Integrativen Gestalttherapie. In: M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2. überarbeitete und aktualisierte Auflage) (S. 179-205). Wien: Fakultas.

Hutterer-Krisch, R. & Amendt-Lyon, N. (2004). Gestaltdiagnostik – Gestalttradition und grundlegende diagnostische Modelle und Konzepte. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 153-175). Wien: Facultas.

Hycner, R. (2003). Für eine dialogische Gestalttherapie. In E. Doubrawa & F.M. Staemmler (Hrsg.), *Heilende Beziehung. Dialogische Gestalttherapie* (S. 59-82). Wuppertal: Peter Hammer Verlag.

Jacobs, L. (2003). Ich und Du, hier und jetzt. Zur Theorie und Praxis des Dialogs in der Gestalttherapie. In E. Doubrawa & F. M. Staemmler (Hrsg.), *Heilende Beziehung. Dialogische Gestalttherapie* (S. 95-124). Wuppertal: Peter Hammer Verlag.

Jaenicke, C. (2006). *Das Risiko der Verbundenheit – Intersubjektivitätstheorie in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kepner, J. (2010). Körperprozesse. Ein gestalttherapeutischer Ansatz (6. Auflage). Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.

Klampfl, P. (2016). Selbsterstörung und Selbstfürsorge bei Menschen mit strukturellen Störungen. In H. Neumeyer & P. Klampfl (Hrsg.), *Integrative Gestalttherapie im klinischen Feld* (S. 75-123). Wien: Facultas.

König, K. (2007). *Abwehrmechanismen* (4. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Körner, J. (2013). Abwehr und Persönlichkeit. In M. Ermann (Hrsg.), *Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kuntz, H. (2007). *Sucht – Eine Herausforderung im therapeutischen Alltag*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lindenmeyer, J. (2016). *Alkoholabhängigkeit* (3. überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Lippert, A. (2006). Schuld und Sühne – Die Schuldproblematik in der Therapie alkoholabhängiger Mütter. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, (1-2006), 39-54.
- Mackenthun, G. (2011). *Widerstand und Verdrängung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Matzko, H.G. (2000). Ein gestalttherapeutischer Behandlungsentwurf für Suchterkrankungen: Ein mehrphasiger Transformationsprozess. *Gestaltkritik*, (2-2002), 52-63.
- Mechtcheriakov, S., Brunner, A. & Uhl, A. (2018). Zwischen Genuss und Gefahr. In *Gesund werden. Gesund bleiben*. Wien: MedMedia Verlag.
- Mentzos, S. (2017). *Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen* (8. unveränderte Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Müller, B. (2001). Ein kategoriales Modell gestalttherapeutischer Diagnostik. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 647-671). Göttingen: Hogrefe.
- Nausner, L. (2018). Begriffe und Konzepte der Gestalttherapie – Grundlagen und Entwicklungen. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2. überarbeitete und aktualisierte Auflage) (S. 109-131). Wien: Facultas.
- Netzer, I. (2017). Körperlichkeit als Quelle subjektiven Seins. Gestalttherapeutische Zugänge auf dem Hintergrund leibphilosophischer Überlegungen. In H. Neumeyer & P. Klampfl (Hrsg.), *Spektrum der Integrativen Gestalttherapie* (S. 61-103). Wien: Facultas.
- Netzer, I. (2018). Körperorientierte Arbeit in der Integrativen Gestalttherapie – die Wiedergewinnung des körperlichen Selbst. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2. überarbeitete und aktualisierte Auflage) (S. 250-258). Wien: Facultas.
- Orange D., Atwood, G. & Stolorow, R. (2015). *Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Frankfurt a. M.: Brandes & Aspel.
- Osten, P. (1995). *Die Anamnese in der Psychotherapie. Ein integratives Konzept*. München: Ernst Reinhard Verlag.

- Perls, F. S. (2007). *Das Ich, der Hunger und die Aggression* (7. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, F., Hefferline R. & Goodman P. (2006). *Gestalttherapie. Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung* (7. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, L. (2005). *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
- Perls L. & Rosenblatt, D. (1997). *Der Weg zur Gestalttherapie. Lore Perls im Gespräch mit Daniel Rosenblatt*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.
- Petzold, H. (1981). *Widerstand ein strittiges Konzept in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Polster, E. & Polster, M. (2002). *Das Herz der Gestalttherapie. Beiträge aus vier Jahreszeiten*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.
- Polster, E. & Polster, M. (2009). *Gestalttherapie. Theorie und Praxis der Integrativen Gestalttherapie* (3. Auflage). Wuppertal: Peter Hammer Verlag.
- Robine, J.-M. (2016). Angst in der Situation! Störungen der Gestaltkonstruktion. In G. Francesetti, M. Gecele, J. Rouhal, (Hrsg.), *Gestalttherapie in der klinischen Praxis. Von der Psychopathologie zur Ästhetik des Kontaktes* (S. 245-254). Gevelsberg: Edition Humanistische Psychologie.
- Robine, J. M. (2016). Scham. In G. Francesetti, M. Gecele, J. Rouhal, (Hrsg.), *Gestalttherapie in der klinischen Praxis. Von der Psychopathologie zur Ästhetik des Kontaktes* (S.59-76). Gevelsberg: Edition Humanistische Psychologie.
- Röser, U. & Votsmeier, A. (1999). Gestalttherapie am Beispiel von Suchtkranken am Beispiel der Drogenabhängigkeit. *Gestalttherapie*, (1-1999), 57-78.
- Rost, W.D. (2009). *Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. & Henningen, P. (2017). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart: Thieme.
- Salem, E. (2001). Gestalttherapie und narzißtische Störungen. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 733-746). Göttingen: Hogrefe.

Sange M. (2017). Kontaktvolle Kommunikation – Sprache und Sprechen. In H. Neumeyer & P. Klampfl (Hrsg.), *Spektrum der Integrativen Gestalttherapie*. Wien: Facultas.

Schneider, K. (2002). Willkommen Widerstand. Ein Konzept und sein Verständnis in der Gestalttherapie. *Gestaltkritik* (2-2002). Zugriff am 15.04.2019. Verfügbar unter http://gestalt.de/schneider_widerstand.html.

Schneider, R. (2017). *Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit*. (19. korrigierte Auflage). Baltmannsweiler: Schneider Verlag.

Schmidt-Lellek, C. (2004). Gestalttherapie als dialogisches Verfahren. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 53-76). Wien Facultas.

Schmitz, H. (2016). *Atmosphären*. Freiburg: Karl Alber Verlag.

Seiffge-Krenke, I. (2017). *Widerstand, Abwehr & Bewältigung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Sosna, R. (1995). Kontakt und Beziehung aus gestalttherapeutischer Sicht. In F. Erlbach (Hrsg.), *Sucht, Beziehungen und Abhängigkeit* (S. 66- 83). Freiburg: Lambertus.

Soyka, M. & Kufner, H. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie*. Stuttgart: Thieme.

Spagnuolo Lobb, M. (2016). Grundlagen und Entwicklung der Gestalttherapie im Kontext der Gegenwart. In G. Francesetti, M. Gecele, J. Rouhal, (Hrsg.), *Gestalttherapie in der klinischen Praxis. Von der Psychopathologie zur Ästhetik des Kontaktes* (S. 27-55). Gevelsberg: Edition Humanistische Psychologie.

Sreckovic, M. (2001). Geschichte und Entstehung der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 15-178). Göttingen: Hogrefe.

Stadler, B. (2016) Behandlung von Substanzabhängigkeit im Einzelsetting. *Gestalttherapie*, (1-2016), 122-133.

Staemmler, F.M. (1993). *Therapeutische Beziehung und Diagnose. Gestalttherapeutische Antworten*. München: Pfeiffer.

Staemmler, F.M. (2009). *Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie. Wie Therapeuten und Klienten einander verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Staemmler, F.M. (2015). *Das dialogische Selbst. Postmodernes Menschenbild und psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Staemmler, F.M. & Bock, W. (2001). Verstehen und Verändern. Dialogisch-prozessuale Diagnostik. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S.673-689). Göttingen: Hogrefe.
- Subkowski, P. (2009). Störungen der Trieborganisation in Suchtentwicklungen. In K.W. Bilitzka (Hrsg.), *Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie* (S. 51-90). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Trüb, Hans (2015). *Heilung aus der Begegnung. Überlegungen zu einer dialogischen Psychotherapie*. Bergisch-Gladbach: Edition Humanistische Psychotherapie.
- Vogelsang, M. (2016). Frauen und Substanzabhängigkeit. In D. Heinzen-Voß, K. Ludwig & H. Stöver (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann* (S. 191-218). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Vogt, I. & Fritz, J. (2006). Alkoholabhängige Mütter und ihre Gefühle gegenüber ihren Kindern. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, (1-2006), 17-38.
- Vogt, I. & Fritz, J. (2015). Welche Auswirkungen haben Stigmatisierung und Selbststigmatisierung auf das Hilfesuchverhalten von süchtigen Frauen, die zudem von Gewalt betroffen sind? In S.B. Gahleitner, C. Frank & A. Leitner (Hrsg.), *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma: Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik* (S. 52-72). Weinheim: Beltz Juventa.
- Voigtel, R. (2017). *Sucht*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Votsmeier, A. (2001) Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 715-732). Göttingen: Hogrefe.
- Votsmeier-Röhr, A. (2004). Selbstregulierung in der Gestalttherapie. In P. Geissler (Hrsg.), *Was ist Selbstregulierung? Eine Standortbestimmung* (S. 69-94). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Votsmeier-Röhr, A. (2005). Das Kontakt-Support-Konzept von Laura Perls und seine Bedeutung für die heutige Gestalttherapie. *Gestalttherapie*, (2-2005), 29-39.
- Votsmeier-Röhr, A. (2006). Dialogische Gestalttherapie als eine Variante prozess-erfahrungsorientierter Psychotherapie. In N. Gegenfurther & R. Fresser-Kuby (Hrsg.), *Emotionen im Fokus* (S. 158-174). Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.

- Wardetzki, B. (1991). *Weiblicher Narzissmus. Der Hunger nach Anerkennung* (27. Auflage). München: Kösel.
- Wardetzki, B. (2001). Gestalttherapie mit suchtkranken Menschen – Bulimie als Beziehungskrankheit. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 813-826).
- Wheeler G. (2015). *Kontakt und Widerstand. Ein neuer Zugang zur Gestalttherapie* (2. korrigierte Auflage). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Wurmser, L. (1997). *Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Yontef, G. (1999). *Awareness, Dialog, Prozess. Wege zu einer relationalen Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
- Yontef, G. (2003). Gestalttherapie als dialogische Methode. In E. Doubrawa & F. M. Staemmler (Hrsg.), *Heilende Beziehung* (S. 27-58). Wuppertal: Peter Hammer Verlag.
- Zinker, J. (2005). *Gestalttherapie als kreativer Prozeß* (7. Auflage). Paderborn: Junfermann.