

Scham – Das Trennende bei Sucht in Beziehungen

Barbara Stadler

Den nächsten Planeten bewohnte ein Säufer. Dieser Besuch war sehr kurz, aber er tauchte den kleinen Prinzen in eine tiefe Schwermut. „Was machst du da?“ fragte er den Säufer, den er stumm vor einer Reihe leerer und einer Reihe voller Flaschen sitzend antraf. „Ich trinke“, antwortete der Säufer mit düsterer Miene. „Warum trinkst du?“ fragte ihn der kleine Prinz.

„Um zu vergessen“, antwortete der Säufer. „Um was zu vergessen?“ erkundigte sich der kleine Prinz, der ihn schon bedauerte. „Um zu vergessen, dass ich mich schäme“, gestand der Säufer und senkte den Kopf. „Weshalb schämst du dich?“ fragte der kleine Prinz, der den Wunsch hatte, ihm zu helfen. „Weil ich saufe!“, endete der Säufer und verschloss sich endgültig in sein Schweigen. Und der kleine Prinz verschwand bestürzt. (Antoine de Saint- Exupery, 1900–1944)

In der Geschichte von Saint-Exupery wird die Schwere, die sich aufgrund der Scham zwischen dem Säufer und dem kleinen Prinzen auftut, spürbar. Daraus ergibt sich eine Barriere, die sich in Beziehungen als Herausforderung darstellen kann.

Dieser Artikel widmet sich dem Trennenden zwischen zwei Beziehungsmenschen beim Krankheitsbild Abhängigkeit. Ich beziehe mich hier auf drei Merkmale des Trennenden: nämlich die Scham, die Beschämung und die Abwehrmechanismen. Die Scham ist im Erleben des Betroffenen das vordergründig wahrgenommene Phänomen. Voraussetzung für dieses Phänomen ist, dass nur einer der Partner einem schädlichen Verhalten nachgeht. Wie auch hier in der Geschichte vom Kleinen Prinzen.

Die Scham aufgrund des erlebten Kontrollverlustes verunmöglicht es dem Betroffenen wegen seiner empfundenen Schwäche, in Kontakt zu treten. Voraussetzung für das Schamempfinden ist die Schamentwicklung. Der Beziehungspartner erlebt in der Beziehung mit einem Abhängigkeitserkrankten eine zweifache Trennung. Zum einen sind es die trennenden Mechanismen und zum anderen die Tatsache, dass aufgrund des konsumierenden Verhaltens der abhängige Partner in einen Zustand gerät, dem der nüchterne Andere nicht folgen kann. Der Konsumierende zieht sich in seinem emotionalen Haus in ein Extrazimmer zu-

rück, in dem er alleine ist, abgeschottet von den eigenen Ansprüchen und denen des Partners. Auf der biologischen Ebene zeigt sich dies in einer Reduzierung des Bindungshormons Oxytocin. Die Konsequenz dieses Dilemmas kann beide Partner in eine emotionale Notsituation bringen, sollten sie die intrapsychischen Voraussetzungen dafür mitbringen. Es verursacht eine Eigendynamik, in der das Paar ohne therapeutische Hilfe oft verfangen bleibt.

Das Spannende an dieser Dynamik ist allerdings, dass es bei allen Menschen auftreten kann. Man ist umso verletzlicher, je näher man dem Anderen ist. Es ergibt sich fast eine zwingende Gesetzmäßigkeit, wenn der Partner ein sich schädigendes Verhalten pflegt, das beide wiederum aus der Beziehung bringt.

Die Merkmale dieses Dilemmas sowie das therapeutische Vorgehen dagegen möchte ich in diesem Artikel näher beleuchten. Ich beziehe mich in meinem Text auf ein heterosexuelles Paar, wobei der Mann innerhalb der Beziehung eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt hat.

1. Definition von Abhängigkeit

Die Zeitspanne vom missbräuchlichen Konsum bis zu einer Abhängigkeit hängt von der Substanz bzw. dem Verhalten in seiner süchtig machenden Wirkung ab.

Von der WHO gibt es eine standardisierte Klassifikation zu Sucht. Das **ICD-10** (Dilling, 2009) beschreibt bestimmte Kriterien, die für die Diagnose *Abhängigkeitssyndrom* notwendig sind. Drei oder mehrere der folgenden Kriterien müssen innerhalb des letzten Jahres dafür vorhanden gewesen sein:

1. Es besteht ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Das Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
4. Es kann eine Toleranz nachgewiesen werden, d. h. es sind zunehmend höhere Dosen erforderlich, um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen.
5. Andere Vergnügungen oder Interessen werden zugunsten des Substanzkonsums zunehmend vernachlässigt.
6. Der Konsum wird trotz nachweisbarer, eindeutig schädlicher Folgen körperlicher, sozialer oder psychischer Art fortgesetzt.

An dieser Stelle möchte ich Folgendes anmerken: Es existiert für die Abhängigkeitsentwicklung kein Unterschied zwischen stoffgebundenem und stoffungebundenem malignen Geschehen. Aktuelle Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass es neurobiologische Gemeinsamkeiten zwischen stoffgebundenen und

stoffungebundenen Süchten gibt. Das Gehirn unterscheidet hier nicht (Löber & Theodor te Wildt, 2015, S. 153).

Substanzen bzw. Verhalten werden aus biologischer Sicht zur Sucht, indem sie im Belohnungszentrum des Gehirns in die natürliche Signalübertragung eingreifen, eine Verstärkung oder Abschwächung der Signale bewirken und auf diesem Weg die psychische Befindlichkeit verändern (Schneider, 2013, S. 8).

Für die Entwicklung von Abhängigkeit sind maßgeblich drei Faktoren entscheidend: Der *sozialpsychologische Ansatz*, bringt die **Droge/das Suchtmittel** (Wirkungsweise und Suchtpotenzial, Verfügbarkeit und Verbreitung, Art der Konsumation, gesellschaftliche Akzeptanz, Preis und Qualitätskontrolle versus Schwarzlabor) mit dem **Individuum** (Selbstwert, Problemlösungskompetenz, Frustrationstoleranz, Umgang mit Konflikten, Beziehungsfähigkeit, Selbstreflexion, Zugang zu den eigenen Gefühlen, Genussfähigkeit) und der Umwelt, dem **sozialen Umfeld** (Familie, Ursprungsmilieu, Wohnatmosphäre, Bildungssystem (Kindergarten, Schule), Arbeit, Freundeskreis) in Beziehung. Die sich daraus ergebenden Wechselwirkungen aus dem *Dreiecksschema für Bedingungsfaktoren* sind die Voraussetzungen für eine Sucht (vgl. Soyka & Kufner, 2008). Den typischen Abhängigkeitserkrankten gibt es daher nicht.

Die OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) hat ein eigenes Modul „Abhängigkeiten“ entwickelt, um die Komplexität zu erfassen. Der psychische Funktionsbereich von Beziehung, Konflikt und Struktur sowie substanzspezifische Items wie Häufigkeit, Konsummuster, Schwere und Chronifizierung werden darin erhoben. Ein weiterer Baustein ist die Suchtspirale mit der Eigendynamik des Konsums sowie Kompensierung, Habituation, Dosissteigerung und Schädigung (vgl. Jakobsen et al., 2010).

2. Trennendes

2.1 Scham

Scham und Kontrollverlust, Scham und Konsum, Scham und Abhängigkeit – was verbindet diese Phänomene miteinander?

Die Scham ist kein selbst empfundenes Gefühl wie Freude, Wut, Ekel, Angst und Traurigkeit. Sie entsteht an der Schnittstelle zwischen dem Sozialen und dem Individuellen, und zwar aus Angst vor dem Verlust der Zuneigung und von sozialem Prestige (Schreiber, 2014, S. 66).

Die Scham hat nicht nur eine destruktive Seite, wie man vielleicht spontan assoziiert, sondern auch eine schutzgebende Komponente. Sie beschützt uns davor, Verhaltensweisen zu setzen, die Beschämung und Ächtung innerhalb unserer sozialen Gruppe zur Folge haben. Sie bewahrt uns davor, uns bloßzustellen, sowie vor dem Schmerz über die Entwertung des existenziellen Seins.

Jede Gruppe hat Gesetze und Normen. Die erste Gruppe, in der wir sozialisiert werden, ist die Familie. Prägend ist, wie dort Regeln aufgestellt bzw. Regelverstöße geahndet werden, denn daraus ergibt sich ein Wertesystem, das von den Kindern übernommen oder abgelehnt wird. Dies kann geheim oder offen gezeigt werden und zu innerfamiliären Spannungen führen.

Auch innerhalb einer Person gibt es Spannungsfelder. Diese bauen sich aufgrund unterschiedlicher intrapsychischer Anteile auf. Es existieren hilfreiche und auch destruktiv erlebte Aspekte in einer Person. Der sich daraus ergebende intrapsychische Interessenskonflikt kann sich auf ein Verhalten oder auch auf den Wesenskern, das Sein, einer Person beziehen. Die daraus resultierende Empfindung bezüglich eines Verhaltens ist das Schuldgefühl. Aus einer Unzufriedenheit mit dem Wesenskern, dem Sein, entsteht die Scham. Die innere Ambivalenz, das innere abwertende Zwiegespräch zwischen Sollen und Wollen, kann als Maßstab für die Ausprägung von Scham verstanden werden. Solange es neben dem „schädigenden“ Verhalten noch keinen Anspruch gibt, die Handlung zu unterlassen, ist die Scham eher in einem geringeren Ausmaß oder überhaupt nicht vorhanden.

Hier ein *Beispiel* aus meiner Praxis:

Beispiel:

Ein Mann ist im Alltag sehr diszipliniert. Das einzige Laster, dem er frönt, sind Süßigkeiten am Abend. Er erzählt seinen Freunden darüber, bringt daher dieses Verhalten nach außen, die Süßigkeiten isst er jedoch immer alleine. An sich ist er eine sehr ängstliche, schamhafte Person und leidet immer wieder an Panikattacken. Der Konsum von Süßigkeiten konnte dieses Gefühl „noch“ nie auslösen. Den Konsum erlebte er als Freiraum. Ab und zu kam eine innere Kritik im Sinne von „Du solltest damit aufhören, um in eine kleinere Hose zu passen“, „Du kannst damit nicht aufhören. Zucker ist nicht gesund.“ Er erlebt sich als zuckerabhängig. Dieser innere Vorwurf sowie seine innere Sorge haben ihm allerdings nie etwas ausgemacht. Seit 1,5 Jahren hat sich seine Lebenssituation verändert. Er ist Vater geworden. Sein Sohn hat Spaß und Freude am Essen. Immer wieder muss man ihn beim Essen „stoppen“. Beim Erleben seines Sättigungsgefühls braucht er Unterstützung. Der Vater erlebt seinen Sohn in diesem Verhalten als unangenehm. Der Sohn empfindet in seiner „Zügellosigkeit“ keine Reue oder Scham. Sein Sohn ist ihm ein Spiegel. Der Bereich des Essens, der für ihn bis jetzt schamfrei war, beginnt an der Grenze zu ihm schambesetzt zu werden. In der Gegenübertragung zeigt sich dieses Gefühl als Scham darüber, dass das sein Sohn ist. Den Genuss seines Sohnes erlebt er als Kontrollverlust. Der Anspruch unserer Gesellschaft ist, mit Essen umgehen zu können. Wir sollen in der Lage sein, unser Essverhalten zu kontrollieren.

Maßgeblich für Schamentwicklung ist der gesellschaftliche Kontext. Solange der gemeinsame Konsum naiv ist und es noch nicht zu einer Abhängigkeit gekom-

men ist, ist der Spaß groß. Bei der Substanz Alkohol blicken viele immer noch durch die „Harmlosigkeitsbrille“ (vgl. Burger, 2017). Sobald er für jemanden ein sichtbares Problem wird, ist es allerdings oft schon zu spät und der Spaß in jedem Fall vorbei.

Die „schädliche“ Wirkung der Substanz wird innerhalb von konsumierenden Gruppen oft ignoriert. Die soziale Gruppe fungiert wie der intrapsychische Raum des oben beschriebenen Mannes. Sie hat die Funktion, die Bewertung draußen zu halten. Sollte ein Betroffener ein Suchtproblem entwickeln, tritt bei ihm Scham auf, da er mit dem Anspruch, mit Alkohol zurechtzukommen zu müssen, gescheitert ist.

Eine Klientin hat mir letzens geschildert, dass sie mit ihren Arbeitskolleginnen zu Beginn ihrer Tätigkeit nach dem Dienst regelmäßig auf mehrere Biere gegangen ist. Und es war immer lustig. Die Sehnsucht nach dieser früheren Unbeschwertheit zu überwinden, ist für viele Abhängige eine wichtige Etappe beim Eingestehen der entwickelten Abhängigkeit. Mit der Krankenrolle des Abhängigkeitserkrankten geht einerseits eine Entlastung einher, andererseits bringt sie den Kranken auch in eine Eigenverantwortung, sich helfen zu lassen.

Der Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung kann sehr unterschiedlich sein. Bis es letzten Endes zu einer schweren Abhängigkeit kommt, gibt es Abstufungen. Bei einer Alkoholabhängigkeit bleiben statistisch gesehen 57 % der abhängigkeitserkrankten Personen ohne therapeutische Unterstützung ihrem Trinkstil bis zum Tod treu, die Spontanremissionsrate als Jahresprävalenz beträgt 19–20 % (Soyka & Küfner, 2008, S. 265). Der Mensch ist ein träges Wesen. Wir ändern uns nicht einfach so. Dafür braucht es Leidensdruck und Liebe. Wenn eines von beiden fehlt, gibt es keine Veränderung. Gleichzeitig kann in der Kombination von beidem viel möglich sein.

Um die Scham zu reduzieren, suchen sich Menschen mit einer Suchterkrankung soziale Gruppen, in denen sie nicht auffallen. So kann es sein, dass im Laufe einer Therapie rückblickend eine Änderung der Konsumgemeinschaft stattgefunden hat. Sollten allerdings im umgekehrten Fall Menschen für sich entscheiden, nüchtern sein zu wollen, kann die „alte Umgebung“ diese Entscheidung oft sehr schwer akzeptieren. Daniel Schreiber schildert in seinem autobiographischen Buch: „Wer sich schämt, versucht, ob er es will oder nicht, immer auch, anderen seine Scham aufzuzwingen. [...] Als ich noch trank, konnte ich auch nur schlecht damit leben, wenn jemand in meiner Gesellschaft nicht trank. Auch wenn es mir nicht bewusst war, wollte ich mit meinen Schamgefühlen nicht alleine sein“ (Schreiber, 2014, S. 76). Die innere Möglichkeit, sich Hilfe zu holen, korreliert mit der inneren Scham und Abwertung des Betroffenen. Je größer das Gefühl, sich vor den Augen der Anderen zu schämen, umso größer ist die Vermeidung und Abwehr nach außen (vgl. Grechenig, 2012).

2.2 Beschämung

Scham und Beschämung sind untrennbar verbunden. Im inneren Erleben bezieht sich die Beschämung auf die Reaktion der Außenwelt auf das Verhalten der sich schämenden Person. Die Beschämung existiert über die empfundene Scham. Die Scham tritt aufgrund der befürchteten Beschämung auf den Plan. Beschämung und Demütigung waren in der Vergangenheit weitverbreitete erzieherische Maßnahmen und werden mancherorts immer noch aktiv dazu eingesetzt, um Menschen *im Werturteil bezüglich charakterlichen Verhaltens herabzusetzen* (Kausche, 1975; vgl. Haneke, 2009).

Beaumont hielt 1988 einen Vortrag, der einem Plädoyer für Menschen mit schizoiden Prozessen gleichzusetzen ist. Zu Beginn zählt er Beispiele auf, die in Therapiestunden üblich waren, um Menschen zu einer Änderung ihres Verhaltens zu „provozieren“: *„Du bist in deinem Kopf. Du bist ein Mind Fucker.“* *„Du hast überhaupt keine Gefühle.“* *„Du sagst, du willst arbeiten, und du tust das nicht.“* Menschen mit schizoiden Prozessen ziehen sich als Schutz vor Beschämung in sich selbst zurück. Sie verlieren im Außen die Kontrolle über ihre Handlungen. Diesen Sätzen geht die Annahme voraus, dass sich der Patient mit Absicht so verhält und dass er echte Verhaltensalternativen hätte. Kann der Patient nicht wirklich etwas anderes tun, werden die Sätze zu Instrumenten der Gewalt. Sie werden zu Metabotschaften an den Patienten: *„Du bist schuld ...“* (Beaumont, 1988, S. 16).

Ich zitiere Beaumonts Vortrag nicht nur wegen seiner Kritik an dem vermeintlichen Freibrief, innerhalb einer psychotherapeutischen Begleitung aktiv provozieren zu dürfen, sondern auch um anhand seiner Gedanken eine Analogie im Umgang mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung anzustreben im Sinne von: *„Was machen diese Sätze mit Menschen, die sich in ihrem Verhalten als unfrei erleben?“*

Am Ende seines Vortrages vergleicht Beaumont schizoide Prozesse mit Suchtgefühlen. Menschen, die an diesem Phänomen leiden, erleben ein Defizit ihrer Selbstprozesse. Diese fragilen Selbstprozesse führen dazu, dass ihre Selbst-Integration manchmal auseinanderbricht, dass sie als eine Gestalt, als eine Einheit manchmal auseinanderfallen und fragmentieren. Sie können sich auf die Stabilität ihrer Gestalt als Person nicht verlassen. Eine Gewohnheit, damit umzugehen, ist, sich innerlich zurückzuziehen. Der Rückzug ist eine Form des Selbstschutzes vor dem Kontrollverlust. Sie haben Angst, dass, wenn sie nicht aufpassen, sie in einen Zustand kommen könnten, in dem sie ihre Reaktionen übertreiben oder etwas Beschämendes tun würden (Beaumont, 1988, S. 24).

Der Abhängigkeitserkrankte erlebt seinen Kontrollverlust im konsumierenden Verhalten. Seine Form, damit umzugehen, ist, sich zurückzuziehen und über seine Not nicht zu sprechen. Das Erleben eines fragilen Selbstprozesses, der Zusammenbruch der Selbst-Integration, die Fragmentierung sowie der Auseinan-

derfall sind gleich. Deren Bewusstwerdung sowie die Bearbeitung sind wichtige Teile in der Begleitung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung.

Im Gehirn eines Abhängigkeitserkrankten hat das Belohnungssystem die Regie übernommen. Er sieht sich seinem Konsum ausgeliefert. Die Scham über seine Schwäche macht es ihm unmöglich, darüber zu sprechen. Das Erleben dieses Verlusts an Selbstkontrolle ist belastend. In der Verleugnung liegt für den Süchtigen die einzige Chance, seine Selbstachtung zurückzugewinnen. Sobald die Partnerin aufgrund ihrer empfundenen Hilflosigkeit mit Provokationen, wie z. B. „War ja klar“, „Du willst es ja nicht anders“, reagiert, zieht sich der Süchtige noch weiter zurück und geht in die Abwehr.

Sätze wie „Du willst dich nicht wirklich ändern“, „Du sagst, du willst arbeiten, und du tust das nicht“ beschämen und führen dazu, dass sich diese Person weiter in sich selbst zurückzieht. In der Begleitung eines Abhängigkeitserkrankten ist das Wissen über die innere Not essenziell und vergleichbar mit der Notwendigkeit, über das innere Erleben von Menschen mit schizoiden Prozessen Bescheid zu wissen. Beim Süchtigen sind es die „Lügen“, beim Schizoiden ist es der Rückzug. Beides sind Versuche, sich zu schützen und vor Beschämung zu bewahren. Es ist allerdings ein Überlebenskonzept, in dem der Betroffene gefangen bleibt.

Für ein Umfeld zu sorgen, in dem Entwicklung möglich ist, ist die Aufgabe einer erfahrenen Psychotherapeutin.

In der Paar- bzw. Einzeltherapie braucht es einen kompetenten, konfrontierenden und respektvollen Zugang zur Thematik von Seiten der Therapeutin. Der Betroffene benötigt Vertrauen in die Neutralität der Therapeutin im Hinblick auf das schädigende Verhalten sowie beiden Partnern gegenüber.

2.3 Abwehrmechanismen

Dieser Begriff stammt aus der Psychoanalyse. Abwehrmechanismen sind an sich gesunde innere Vorgänge, die eine Anpassung an eine schwierige Situation ermöglichen. Bleiben sie anschließend weiterhin bestehen, bezeichnet man sie als pathologisch, da sie die Anpassung dann verhindern (Janssen, 1999, S. 771).

Perls (Gründer der Gestalttherapie) hat zwei der Freudschen Abwehrmechanismen, die **Projektion** und die **Introjektion**, in die Gestalttherapie eingeführt.

Perls betrachtet die Introjekte tiefenstrukturell und biographisch als Elemente der frühen Übernahme von Aspekten wichtiger Bezugspersonen und somit als Teil der Persönlichkeitsbildung (Perls, 1979, S. 190, zit. nach Baulig, 1999, S. 251). Das Introjekt wird als etwas Fremdes, Belastendes angesehen. Es ist ein Teil der Fremdbestimmung und zeigt sich mittels innerer Sätze, die eine Person von einer ihr negativ eingestellten Bezugsperson übernommen hat.

In der Projektion geht das Gefühl für das Eigene ebenfalls verloren. Es ist ein Mechanismus, in dem Eigenes anderen zugeschrieben wird (Baulig, 1999, S. 252).

Das kontrollierende, abwertende Mutter-Introjekt trifft auf die Lebenspartnerin, die ihre Sorge um den alkoholmissbrauchenden Partner hinter einem kontrollierenden, abwertenden Verhalten verbirgt. In der Folge kann er aufgrund seines Introjekts nicht adäquat reagieren, sondern versteckt seinen Konsum. Diese Dynamik verursacht Heimlichkeiten, die einen Rattenschwanz an Schwierigkeiten mit sich bringen. So kommt es zu einer Projektion der inneren Mutter auf die Partnerin und es beginnen „**Verleugnung**“ und „**Ungeschehenmachen**“. Aufgrund der Vorhaltungen der Partnerin geht der Abhängige in die Deckung und nützt Gelegenheiten, die er sonst niemals genützt hätte. Aufgrund seines erhöhten Konsums hat sich ein **Extremverhalten** etabliert. Der Betroffene ist auf einem Pol gefangen, umso mehr braucht er den Gegensatz zum Ausgleich. Betroffene neigen dazu, sich in ihren nüchternen Phasen sehr um die Beziehung zur Partnerin zu bemühen, um ihr Verhalten „ungeschehen zu machen“ (vgl. Hartmann-Kottek, 2008, S. 159).

In einer psychotherapeutischen Sitzung hat ein Klient auf die Frage, wie es ihm in der letzten Woche mit dem Alkohol ging, für sich festgestellt, dass er einerseits viel weniger getrunken hat und andererseits seine Partnerin dem Alkohol keine Aufmerksamkeit geschenkt hat. Er war selbst erstaunt, welchen starken Zusammenhang es hier gibt.

3. Psychotherapeutischer Blick auf die Paardynamik

3.1 Zwischenraum der Paarbeziehung

Die Aufmerksamkeit auf den Zwischenraum der Paarbeziehung zu lenken, kommt aus der Imago-Paartherapie. Harville Hendrix und Hellen Hunt haben dieses Werkzeug entwickelt (weiter unten werde ich auf diese Methode erklärend eingehen). Wenn sich das Paar in einem Konflikt verfängt, gibt es zumeist eine Thematik. Den dynamischen Konfliktraum, der sich zwischen zwei Menschen auftut, bezeichnet man als Machtkampf oder als Zwangsprozess (Hendrix & Hunt, 2016). Der Inhalt ist variabel, die Form der Konfliktaustragung bleibt hingegen konstant (Zinker, 1997). Das Thema des Machtkampfes spielt sich auf einer Achse der Ursprungsverletzungen ab. Die Ursprünge liegen in der Kindheit beider Beziehungspartner, in den Entwicklungsphasen der Erforschung/Differenzierung, der Identität, der Kompetenz, des Interesses und der Intimität (Hendrix & Hunt, 2006).

Die Partner befinden sich in ihrem Überlebensmuster jeweils auf der komplexeren Seite. Um es salopp auszudrücken: Es braucht für einen Konflikt in der gleichen Thematik zwei unterschiedliche Zugänge. Zum Beispiel findet sich bei Menschen mit einer Verletzung in der Phase der Erforschung/Differenzierung eine Tendenz des einen Elternteiles zu einem überprotektiven Erziehungsstil. Der

Partner hingegen hat das Gegenteil erlebt. Er wurde vernachlässigt bzw. fühlte sich verlassen. Aus dieser Erfahrung agiert der Eine besitzergreifend/erstickend, worauf der Andere mit Rückzug aus der Beziehung reagiert. Aufgrund der Instabilität in der Kindheit fehlt beiden Partnern zu dem gemeinsamen Konfliktthema die Souveränität bzw. bleiben beide in einer für sie verletzenden Beziehung, ohne sich dem Verhalten des Anderen gegenüber klar positionieren zu können. Oft werden diese Beziehungskonflikte mit wechselnden Partnern fortgesetzt.

Dieses Muster existiert bei allen Paardynamiken. In der Konfliktsituation möchte der Eine das Verhalten des Anderen ändern. Er ist nicht in der Lage, dem Anderen seine Situation in klaren Worten mitzuteilen. Der Eine fühlt sich vom Anderen beschnitten und da er sein aus der Sicht des Anderen leidiges Verhalten für sich als Ausweg aus einer für ihn belastenden Situation setzt, sieht er sich nicht in der Lage, sein Verhalten kritisch zu betrachten, geschweige denn, es zu verändern.

Andere Themen können sein: Körperpflege, Kleidungsstil, Internetpornografie, Rauchen, gelebte Ordnung u. v. m.

An dieser Stelle möchte ich gerne die vier Trinktypen nach Lesch vorstellen, da sie exemplarisch zeigen, aus welcher Not heraus Menschen zu schädlichen Verhaltensweisen neigen (vgl. Frohnwieser, 2017):

Typ I

Alkoholiker des Typs I sind in erster Linie körperlich abhängig. Wenn sie keinen Alkohol trinken, dann treten entsprechend starke Entzugssymptome wie Zittern, Unruhe, Schwitzen, Krampfanfälle bis hin zu einem Delirium auf. Wenn sie abstinenter sind, wollen sie alles gleich „Anpacken“.

Typ II

In dieser Gruppe befinden sich meist sehr unsichere, ängstliche Patienten mit einem sehr niedrigen Selbstwertgefühl, die den Alkohol als Konfliktlöser und Angstlöser einsetzen. Eine psychische Belastung in der frühkindlichen und familiären Entwicklung ist meist vorhanden.

Typ III

In dieser Gruppe findet man sehr leistungsorientierte Menschen. Sie stehen meist sehr unter Druck bis hin zum Burnout und setzen den Alkohol zum Stressabbau, gegen Depressionen oder als Schlafmittel ein.

Typ IV

Alkoholranke aus dieser Gruppe kommen meist aus desolaten familiären Verhältnissen. Schwere Verhaltensauffälligkeiten wurden schon in der Kindheit festgestellt, oft sind diese auf hirnorganische Schäden zurückzuführen. Diese Gruppe kann dem Trinkdruck der Gesellschaft nicht widerstehen und das Trinkverhalten ist oft als Zwangserkrankung zu sehen.

Abhängige Beziehungsmuster

Abhängigkeit ist einerseits eine Erkrankung einer Person, andererseits kann auch das abhängige Verhalten einer Angehörigen oder nahestehende Person ein Teilaspekt der Erkrankung sein. Wenn das der Fall ist, spricht man von Co-Abhängigkeit der Angehörigen. Alkoholabhängige haben den Begriff entwickelt, als sie den Zusammenhang zwischen sich und ihren Angehörigen erkannten. Dieser Ausdruck wird allerdings in der heutigen Suchttherapie nicht mehr verwendet, man spricht nun von einer abhängigen Persönlichkeitsstruktur bis hin zu einer abhängigen Persönlichkeitsstörung einer Angehörigen bzw. nahestehenden Person. Co-Abhängige leiden an überstarken Trennungsängsten, geringem Selbstbewusstsein und depressiver Grundstimmung.

Der nichtkonsumierende Part beobachtet ständig den abhängigen Angehörigen. Er konzentriert sich auf die Beeinflussung seiner Gefühle und Verhaltensweisen sowie auf Personen, die den Abhängigen beeinflussen könnten.

Co-Abhängige haben Versagensängste und Schuldgefühle, da ihre Einwirkungsmöglichkeiten begrenzt sind und sie das Konsumieren der Partner nicht beeinflussen können. Sie sind es gewohnt, eigene Bedürfnisse für die Anderer zurückzustellen. Bei Wünschen nach Distanz reagieren sie mit Ängsten bzw. mit Abgrenzungsschwierigkeiten.

Der Substanzabhängige wiederum ist gefangen in seinen Schuldgefühlen, die Erwartungen nicht zu erfüllen, mit der Gier nicht umgehen zu können, die vermeintliche Hilfe nicht annehmen zu wollen/können, und in dem Ärger auf die Partnerin, weil ihm ohnehin nichts zugetraut wird.

Um aussteigen zu können, ist es wichtig, dass die Klientin sich dieser Beziehungsdynamik bewusst wird und erkennt, was sie dazu beiträgt. Je destruktiver die Dynamik, desto eher verläuft sie nach folgendem Muster: Umso mehr sie den Partner abwertet, Vorwürfe macht und emotional in die Suchtdynamik involviert ist, desto mehr geht der Abhängigkeitserkrankte in die Abwehr und verleugnet die Erkrankung. Im Verlauf einer gelingenden Therapie entflechtet sich diese Dynamik und die Verantwortlichkeiten werden für die Beteiligten sichtbar (Stadler, 2016).

Das Paar

Für eine oben beschriebene Paardynamik mit dem Symptom Abhängigkeitserkrankung braucht es einen konsumierenden und einen abstinenten bzw. geringer konsumierenden Part. Der abstinente Part fühlt sich dem süchtigen Verhalten gegenüber unterlegen. Er erlebt den Konsum als Entwertung seiner Person. Dazu kommt, dass er in der Folge das Verhalten des Abhängigen abwertet, um die Selbstentwertung zu stoppen. Der Abhängigkeitserkrankte ist mitunter aus

einer naiven Lösungsidee heraus in eine Abhängigkeit geraten. Der abstinente Part ist aufgrund der beschriebenen Dynamik keine Ansprechperson für das entstehende Leid. Der Abhängige beginnt mitunter sein Verhalten zu verbergen und zu verleugnen.

An dieser Stelle möchte ich ein *Beispiel* skizzieren, um eine Idee davon zu entwickeln, wie es in der Praxis aussehen kann.

Beispiel:

Es handelt sich um ein heterosexuelles Paar. Beide Partner sind Ende dreißig, leben in einem Haus am Land und haben drei Kinder zwischen zwei und zehn Jahren. Der Mann ist Akademiker und erfolgreich in seinem Beruf, die Frau ist Lehrerin und aktuell bei den Kindern zu Hause. Beide wollten dieses Leben. Er steht in der Firma oft sehr unter Druck und fühlt sich überlastet. Unter der Woche bleibt er nüchtern, am Wochenende jedoch kauft er sich am Weg nach Hause in einem Supermarkt, spätestens an einer Tankstelle eine Flasche Whisky. Er sagt, er braucht den Alkohol, um sich zu entspannen. Die Frau droht ihm mit Scheidung. Älter als die Alkoholthematik in ihrem Machtkampf ist die Frage „Wer macht wie viel?“. Beiden fällt es schwer bzw. ist es unmöglich, einander Wertschätzungen für den Beitrag des anderen am Familienleben zu geben. Sie stehen in Konkurrenz, wer ärmer ist und wer mehr beiträgt. Beide wurden in ihrer Entwicklungsphase, in der es um Kompetenz und Tun geht, verletzt. Aus diesem Blickwinkel ist es verständlich, dass sie Anerkennung brauchen.

Schwierig ist allerdings, dass sie diese Anerkennung voneinander einfordern und sie sich gegenseitig nicht geben können.

Der Mann

Vordergrund: Der Mann benötigt den Alkohol, um den auf ihm lastenden Druck auszugleichen (Alkoholiker Typ III). Er möchte seine Frau nicht verlieren. Das Trinken ist seine einzige Entlastung. Er kann sein Trinkverhalten am Wochenende nicht ändern. Er selbst sieht kein Problem darin, da er jeden Sonntagabend wieder damit aufhören kann. Der Leidensdruck entwickelt sich an der Stelle, wo seine Frau ihm sagt, dass sie die Scheidung will. Ansonsten würde er sein Verhalten nicht ändern wollen. Die Not seiner Frau ist ihm nicht zugänglich.

Hintergrund: Der Mann ist sehr streng aufgewachsen. Sein Vater ist gestorben, als er neun Jahre alt war. Er hat für seine Mutter stark sein müssen. Als er in die Pubertät kam, entwickelte er Ängste, mit denen seine Mutter überfordert war. Mit 14 Jahren begann er Cannabis zu konsumieren, um einschlafen zu können. Der Alkohol half ihm, beim Ausgehen locker zu werden. Wenn seine Mutter bemerkte, dass er beeinträchtigt war, hat sie ihn massiv entwertet und beschimpft. Er entwickelte ein schlechtes Gewissen und ein sehr hohes Schamempfinden für seinen Kontrollverlust.

Die Frau

Vordergrund: Die Frau leidet sehr an dem Wochenendtrinken des Mannes, da er sie mit der Arbeit mit den Kindern im Stich lässt und auch als Beziehungspartner nicht erreichbar ist. Sie kann ihm ihre Not nicht begreifbar machen, genauso ist ihr seine Not nicht zugänglich.

Hintergrund: Die Frau wuchs mit einem alkoholkranken Vater auf, für den sie früh die Verantwortung übernehmen musste. Sie hatte sich geschworen, niemals mit einem Mann, der trinkt, zusammenzuleben. Für sie ist dieser von außen erlebte Kontrollverlust fast schon körperlich unangenehm. Die Alkoholabhängigkeit ihres Vaters war für sie sehr belastend und schambesetzt. Auch jetzt geniert sie sich für den Alkoholkonsum ihres Mannes und hält es vor ihrer Umgebung geheim. In ihrer Kindheit hat sie nie erlebt, dass es um sie geht. Daher fällt es ihr sehr schwer, klar ihre Bedürfnisse zu formulieren. Sie hat in ihrem Bewusstsein keine innere Vorstellung, dass sich jemand nach ihr richten könnte.

4. Psychotherapeutisches Vorgehen

Um dieses Paar aus der Krise führen zu können, braucht es seitens des Paares eine hohe Motivation, die aus dem Leidensdruck und der Liebe füreinander sowie für sich selbst resultiert.

Neben der Paartherapie ist es essenziell, dass der Mann für sich selbst Hilfe in Anspruch nimmt, da die Paartherapie mit der Bearbeitung der Alkoholproblematik überfordert wäre. Die Hilfe kann eine psychiatrische Begleitung, der Besuch der AA (Anonymen Alkoholiker), das Aufsuchen einer Beratungsstelle für Abhängigkeitserkrankungen oder eine Psychotherapie sein. Auch wenn die Frau für sich Hilfe in Anspruch nimmt, wäre die Einwirkung von dieser Seite für das Paar sowie auf das schädliche Verhalten positiv. Falls einer oder beide Partner sich auf Einzeltherapie beschränken, ist eine Paartherapie zu empfehlen. Diese Impulse zu setzen, ist die Aufgabe der begleitenden Psychotherapeuten.

In den Sitzungen mit dem Paar ist es elementar, beide dahin zu begleiten, offen über ihre Gefühle zu sprechen. Sie benötigen viel Mut, um über sich zu sprechen und nicht nur darüber, was der Andere einem antut. Die Pflicht der Psychotherapeutin ist es, hier in Sicherheit zu investieren, um diese Prozesse zu ermöglichen und damit beide beginnen, einander wieder zu vertrauen. Vertrauen ist die Basis, um aus dieser Paardynamik, die einen massiv schädigenden Charakter hat, herauszukommen. Dafür ist es notwendig, dass die Frau sich klar darüber wird, welche Auswirkungen zum Beispiel ihre Kontrolle und Abwertungen haben. Die Partnerin braucht Mut, um ihrem Mann mit Liebe und ohne Vorwurf ihr Erleben zu schildern. Denn beim kleinsten Vorwurf schwingt sein Hintergrund mit und er kann die eigentliche Botschaft nicht mehr hören.

Aus der Sicht des Abhängigkeitserkrankten ist die Übernahme der Verantwortung für seine Situation elementar. Das Übernehmen von Verantwortung ist auch die einzige Möglichkeit, mit der Scham umzugehen. Darauf aufbauend kann eingeschätzt werden, wie viel externe Hilfe zusätzlich nötig ist – wie weiter oben bereits angeführt: kommen eine psychiatrische Begleitung, das Aufsuchen einer Alkoholambulanz bzw. einer ambulanten Gruppe in einer speziellen Einrichtung, die AA (Anonyme Alkoholiker) oder Psychotherapie bei einer Suchtexpertin in Frage.

Ein konkretes Tool zur Bearbeitung der Krise kann der Dialog „Fluchtwege schließen“ sein. Er dient dazu, Ausgänge zu benennen, um sich von ihnen zu verabschieden. Klaus und Evelin Brehm gehen in ihrem Artikel in diesem Buch genauer auf die Methode der Imago-Paartherapie ein. Ich möchte hier kurz für meinen Zweck das Vorgehen beschreiben:

Der Dialog „Fluchtwege schließen“ fasst die emotionalen Schritte sehr klar zusammen, die es dazu braucht. Er besteht aus Satzanfängen, die den Sender in sein Thema eintauchen lassen und ihn zum Kern dieses Themas führen. Die Imago-Paartherapeutin bietet diese Sätze an. Vor dem vertiefenden Eintauchen in ein Thema gibt sich das Paar einander eine Wertschätzung. Wertschätzungen sind die Basis von Veränderung.

In meinem Beispiel sind beide Partner eingeladen, diesen Dialog in beide Richtungen zu führen. Der Mann mit dem Konsum sowie die Frau mit ihrer Abwertung und emotionalen Abweisung verbergen ihre darunterliegenden Ängste voreinander. Zu Beginn wird der „Beziehungsausgang“ benannt, anschließend das Gefühl mit dem Satzanfang „Ich mache das, wenn ich fühle ...“ formuliert. Im nächsten Schritt wird dies begründet mit dem Satz „Und ich kann mit dir nicht darüber sprechen, weil ich Angst habe ...“. Zum Abschluss wird eine Rückschau mit „Und woran es mich in meiner Kindheit erinnert, ist ...“ eingeleitet. Im nächsten Schritt fasst der Empfänger die Essenz des Gehörten zusammen und verleiht dem Gehörten Sinn, sodass der Sender erfährt, ob er vom Empfänger verstanden wurde. Der Dialog wird mit einer Wertschätzung von beiden beendet (Hendrix & Hunt, 2006, S. 62).

Vor dem Imago-Paardialog wird das Paar auf seine Rolle mental eingestimmt, um den Inhalt emotional halten zu können. Die Dialoge finden in meiner Praxis ihre Anwendung, wenn das Paar emotional in der Lage ist, den Inhalt des Anderen neutral aufzunehmen. Dafür braucht es einige Zeit an Stabilisierung und an Begleitung, weg von „Mein Partner ist mein Feind“ hin zu „Mein Partner ist mir wohlgesonnen“.

5. Zusammenschau

So wie ein abhängiger Mensch in den Teufelskreis der Suchtspirale eintauchen kann, so ist es auch möglich, daraus wieder aufzutauchen. Wesentliche Schritte sind dabei das Durchbrechen des Kreislaufs von Scham und Beschämung sowie das Durchschauen der Abwehrmechanismen. Alle drei Merkmale können sonst zu einem inneren Kontaktabbruch mit unheilvollen Folgen sowohl für den Betroffenen als auch für das umliegende soziale System führen.

Wie bereits weiter oben erwähnt sind die Wechselwirkungen dreier Bedingungsfaktoren für die Entwicklung von Sucht entscheidend; die Droge/das Suchtmittel, das Individuum und die Umwelt mit dem sozialen Umfeld (vgl. Soyka & Kufner, 2008). Lebenspartner sind Teil der sozialen Umgebung und von daher ein wesentlicher protektiver bzw. abhängigkeitsfördernder Faktor.

Allerdings muss gesagt werden, dass die Umsetzung der theoretischen Kenntnisse in die Realität außerordentlich herausfordernd ist.

Literatur

- Baulig, V. (1999). Psychoanalytische Wurzeln der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Beaumont, H. (1988). Ein Beitrag zur Gestalttherapietheorie und zur Behandlung schizoide Prozesse. *Gestalttherapie* 88(2), 16–26.
- Burger, J. (2017). Alkohol. *Zeit Magazin*, 40, 33.
- Dilling, H. (2009). *Lexikon zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen*. World Health Organization. Bern: Hans Huber.
- Frohnwieser, H. (2017). Alk-Info: Du bist nicht allein. <http://www.alk-info.com/index.php/gesundheit-hm/866-typologie-nach-prof-otto-lesch-vier-trinkertypen-koerperlich-abhaengig-konflikt-angstloeser-stressabbau-verhaltensauffaellig-the-rapiemoglichkeiten-lat-online> (letzter Zugriff: 28.10.2017).
- Grechenig, K. (2012). *Aspekte der Scham in der therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen*. Master-Thesis Donau-Universität Krems.
- Haneke, M. (2009). *Das weiße Band: Eine deutsche Kindergeschichte*, Film.
- Hartmann-Kotteck, L. (2008). *Gestalttherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hendrix, H. & Hunt, H. (2006). „So viel Liebe wie du brauchst“: *Das Workshop Arbeitsbuch für Paare*. Imago Gesellschaft Österreich.
- Jakobsen, Th., Albertini, V., Dieckmann, A., Forschner, L., Nitzgen, D., Obendiek, J.-H., Sporn, H., Tabatabai, D. & Von Ploetz, K. (2010). Das OPD-Modul für Abhängigkeitserkrankungen. *Suchttherapie* 11(4), 183–188.
- Janssen, N. (1999). Therapie von Borderline-Störungen. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 767–788). Göttingen: Hogrefe.
- Kausche, M. (1975). Brockhaus, Wiesbaden.
- Löber, S. & Theodor te Wildt, B. (2015). Verhaltenssuchte. *Suchttherapie*, 16(4), 153.
- Perls, F. (1979). *Gestalt-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

298 Barbara Stadler

Schneider, R. (2013). *Die Suchtfibel*. Hohengehren: Schneider.

Schreiber, D. (2014). *Nüchtern: Über das Trinken und das Glück*. Berlin: Hanser.

Soyka, M. & Küfner, W. (2008). *Alkoholismus: Missbrauch und Abhängigkeit*. Stuttgart: Thieme.

Stadler, B. (2016). Behandlung von Substanzabhängigkeit im Einzelsetting. *Gestalttherapie*, 30(1), 122.

Zinker, J. C. (1997). *Auf der Suche nach gelingender Partnerschaft: Gestalttherapie mit Paaren und Familien*. Paderborn: Junfermann.