

# Münchwieser Hefte Reihe Konzepte



Heft Nr. 10 März 1997

## Männerspezifische Gruppentherapieangebote

Psychosomatische Fachklinik Münchwies

**Herausgeber:** **Psychosomatische Fachklinik Münchwies**  
**Ltd. Ärztin**  
**Dr. med. Rosemarie Jahrreiss**  
Fachärztin für Neurologie u. Psychiatrie, Psychotherapie  
Fachärztin für psychotherapeutische Medizin  
**Turmstraße 50-58**  
**66540 Neunkirchen/Saar**  
**Tel. (0 68 58) 6 91 - 2 15**  
**Fax (0 68 58) 6 91 - 4 20**

1. Auflage 1997  
**ISSN 0946-7351**

**M. Vogelgesang, P. Kagerer**

**Behandlungskonzept für  
männerspezifische Gruppenangebote**

**Ansprechpartner**

**Dr. med. M. Vogelgesang, Oberärztin**

**Telefon: (0 68 58) 6 91-2 12**

**oder**

**Dipl.-Psychologe P. Kagerer**

**Telefon: (0 68 58) 6 91-4 07**

**oder**

**Sekretariat der Ltd. Ärztin**

**Telefon: (0 68 58) 6 91-2 15**

# INHALT

|   |    |
|---|----|
| 1. Störungsrelevante männerspezifische Sozialisationsfaktoren   | 4  |
| 2. Männer und Substanzabhängigkeit  | 5  |
| 3. Männer und pathologisches Glücksspiel  | 6  |
| 4. Männer und Gewalt  | 7  |
| 5. Therapeutische Leitlinien bezüglich männerspezifischer Gruppentherapien  | 8  |
| 6. Behandlungsrahmen  | 8  |
| 7. Zuweisungskriterien für die Abteilung für psychische und psychosomatische Störungen bzw. die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen | 10 |
| 8. Gruppe für Patienten mit männlichen Rollenproblemen  | 10 |
| 9. Die Gruppe für Patienten mit pathologischem Glücksspielverhalten   | 12 |
| 10. Die Gruppe für unterkontrollierte Patienten mit aggressiven Störungen   | 14 |
| 11. Literatur   | 15 |

# 1. Störungsrelevante männer-spezifische Sozialisationsfaktoren

Einige wesentliche mÄnnerspezifische Sozialisationsfaktoren sind als ursÄchliche und aufrechterhaltende Bedingungen fÄr psychische Störungen bei MÄnnern mitverantwortlich. MÄller (1996) und Wittschier (1996) schildern in Übereinstimmung mit anderen MÄnnernforschern die fÄr das mÄnnliche Selbstbild hÄchst negativen Auswirkungen der im Leben der Jungen, meist abwesenden VÄter. Aufgrund dieses Defizits an einem realistischen und positiven MÄnnlichkeitideal werden die mÄnnlichen Leitlinien in den überzeichneten Figuren der Medien und der Comics gefunden. Da der Junge diesem supermÄnnlichen Ideal trotz grÄßter Anstrengungen nie genügen kann, entwickelt er im tiefsten Inneren ein negatives Selbstbild, das hÄufig durch ein besonders „cooles“ Verhalten hyperkompensiert werden soll. Denn Unsicherheit und Selbstzweifel sind in dem gängigen, fÄr Jungen geltenden MÄnnnerklischee ebensowenig vorgesehen, wie das Wahrnehmen und insbesondere das Äußern von als weiblich konnotierten Geföhlen wie Traurigkeit oder Scham (Oelemann, 1996).

Nicht nur der abwesende Vater, sondern auch die Erziehung durch die in den ersten Lebensjahren meist weiblichen Bezugspersonen und die Sozialisation durch die Peer-Groups erzieht den Jungen zur Ausübung von Macht, Kontrolle, Leistung und Führungsbereitschaft. Nach Hollstein (1990) ist das traditionelle MÄnnnerbild ein Kampfbild. Der „andere Mann“ wird als Konkurrent wahrgenommen, dem mit Vorsicht und einer Maske der Undurchschaubarkeit begegnet werden muß. Dies führt dazu, daß MÄnnner sich auf Äußere Ziele im Leben konzentrieren und dabei ihr störendes Geföhlsleben abspalten, was zu innerer Leere und psychischer Ohnmacht führt. Goldberg (1986) formulierte sieben maskuline Imperative, die wie folgt lauten: Ich bin desto mÄnnlicher, je weniger Schlaf ich benötige, je mehr Schmerzen ich ertragen kann, je mehr Alkohol ich vertrage, je weniger ich mich darum kümmerge, was ich esse, je weniger ich jemanden um Hilfe bitte und von jemandem abhängig bin und je mehr ich meine Geföhle kontrolliere und unterdrücke.

Dickstein et al (1991) beschreiben eine Verunsicherung von MÄnnnern durch neu hinzugekommene Rollenanforderungen im Bereich der Partnerschaft, der Familie und des Haushaltes. Viele MÄnnner empfinden Veränderungen im Geschlechterverhältnis als Belastung, da hier-

durch alten Anforderungen neue hinzugefügt worden seien, so daß Männer an einer Diskrepanz zwischen dem als ungenügend wahrgenommenen Selbst und einem diffusen Ideal von Männerbild litten, das gekennzeichnet sei durch eine große Anzahl von unrealistischen und widersprüchlichen Erwartungen, das Beachten eigener Bedürfnisse trete hierbei völlig in den Hintergrund. Betont wird die Ambiguität der neuen Rollenanforderung, die das klassische Männlichkeitsstereotyp abzulösen beginnen: Der Mann soll sich in der harten Berufswirklichkeit als erfolgreich erweisen, aber dennoch einen Großteil der Zeit als fürsorglicher Familienvater fungieren, der sich mit der Ehefrau partnerschaftlich die Haushaltspflichten aufteilt etc.

## **2. Männer und Substanzabhängigkeit**

Bezüglich des klassischen Suchtmittels der westlichen Hemisphäre, dem Alkohol, fällt auf, daß Männer früher mit dem Alkoholkonsum als Frauen beginnen, mehr und regelmäßiger als diese trinken und häufiger zum Alkoholmißbrauch neigen. Wie oben erwähnt, dominieren sie dann zu zwei Dritteln bei der Zahl der Alkoholabhängigen (Hollstein, 1996).

Das Streben nach einem selbstschädigenden Männlichkeitsideal hat einen ersten Höhepunkt in der Zeit der Pubertät, wo in den Jungencliquen im Rahmen eines männlichen Imponiergehaves teilweise exzessiv Suchtmittel konsumiert werden. Der Junge, der in die Männerwelt aufgenommen werden möchte, ordnet sich in der Öffentlichkeit meist dem männlichen Definitionsanspruch seiner Peer-Group unter (Mac Nab, 1990). Im Geheimen bleibt er jedoch weitgehend abhängig von Frauen als emotionaler Quelle und Gefühlsstütze (Wittschier, 1996; Colgan, 1987).

Männer trinken häufig aus Ärger sowie um Probleme „loszuwerden“. Sie trinken zur Stärkung ihres Selbstvertrauens, zur Befähigung, sich einer Frau anzunähern, jedoch auch, um besser in der Lage sein zu können, Rachephantasien zu entwickeln und um Aggressivität durch Gewalttaten äußern zu können (Von Troschke & Stünzner, 1983). Ein großer Teil der Gewaltverbrechen wird von alkoholisierten Männern durchgeführt (Potter-Efron & Potter-Efron, 1991).

Suchtmittel werden von Männern einerseits mit der Intention eingesetzt, sich durch ihre Wirkung dem Männlichkeitsklischee überzeichneter Dominanz und Macht zu nähern, andererseits wiederum sollen

sie die emotionalen Defizite ausgleichen, die durch das Streben nach dem gängigen Männlichkeitsstereotyp aufgetreten sind. Es handelt sich hierbei zum Beispiel um das Bekenntnis zu den eigenen Gefühlen, Empathie, Innerlichkeit, Fürsorge, Entspannung und Hingabe (Hollstein, 1990).

Suchtmittelkonsum und hierbei insbesondere am weitesten verbreitet der Alkohol führt zu gravierenden Beeinträchtigungen der männlichen Sexualfunktionen. Dies geschieht auf einer physiologischen Ebene (durch hormonelle, neurologische und vasale Gegebenheiten), die individuell in unterschiedlichem Ausmaß durch psychische und soziale Faktoren mitgestaltet und überlagert werden (Langer & Hartmann, 1992).

### **3. Männer und pathologisches Glücksspiel**

Der Männeranteil in der ambulanten und stationären Therapie beträgt nach der multizentrischen Studie von Denzer und Petry et al (1995) 94,1 %.

Für die Bundesrepublik Deutschland liegen bisher keine epidemiologischen Daten, insbesondere bezogen auf die Geschlechterkorrelation bei pathologischem Glücksspiel vor.

Obwohl davon auszugehen ist, daß die betroffenen Männer in der speziellen Therapie des pathologischen Glücksspielverhaltens überrepräsentiert sind, so kann dennoch davon ausgegangen werden, daß pathologisches Glücksspielverhalten derzeit in der BRD ganz überwiegend ein „Männerproblem“ ist. Dies entspricht dem Glücksspielerstereotyp das in überzeichneter Form einige Eigenschaften darstellt, die allgemein als typisch männlich eingeordnet werden (Vogelgesang & Petry, 1996). Der klassische Glücksspieler ist getrieben von ruheloser Aktivität, er geht bedenkenlos die größten Risiken ein, wenn er „will“ (d.h. wenn er gerade genug Geld verfügbar hat), kann er sich jede Männerfreundschaft und jede Frauenliebe erkaufen, im tiefsten Inneren bleibt er jedoch der einsame Wolf, weshalb ihm tiefergehende und längerfristige Bindungen fremd sind. Der Glücksspieler traut nur seinen eigenen, von ihm als überragend eingeschätzten Fähigkeiten und seinem Glück. Er verabscheut alles Mittelmaß, bürgerliche Normen, Regeln und Verpflichtungen gelten für ihn nicht. Er ist etwas Besonderes. Teile dieses Stereotyps finden sich in klassi-

schen Männerbildern wie dem des Seefahrers, des Glücksritters und des mittelalterlichen Vaganten. Der Glücksspieler entzieht sich dem Reglement des grauen Alltags durch seinen grandiosen Wagemut, der ihn immer wieder die Konfrontation mit der völligen Vernichtung suchen läßt. Er ist einer, der dem Tod kalt ins Auge blicken kann. Die Faszination, die für andere, jedoch auch insbesondere für den Glücksspieler selbst, von diesem archaischen Bild ausgeht, besteht sicher größtenteils darin, daß der Glücksspieler über die ansonsten gültigen moralischen Maßstäbe triumphiert. Seine Betrügereien, seine Untreue, ja selbst seine kriminellen Handlungen brauchen vor diesem Hintergrund von ihm nicht gerechtfertigt zu werden. Er steht über einer Kategorisierung nach Gut und Böse.

## **4. Männer und Gewalt**

Mit großem Abstand werden von Männern mehr Gewaltdelikte als von Frauen verübt. Obwohl nicht jedes unangemessen aggressive Verhalten per se als Zeichen einer Krankheit anzusehen ist, gehört andererseits Aggressivität zu einer Reihe von psychischen Störungen, deren wichtigste, nach DSM-IV-R (American Psychiatric Association, 1994) definiert, im Erwachsenenalter folgende sind: Antisoziale Persönlichkeitsstörung, narzißtische Persönlichkeitsstörung, paranoide Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, selbstunsicher-aggressionsgehemmte Persönlichkeitsstörung mit sporadischen aggressiven Durchbrüchen, die intermittierende explosive Störung und die verschiedensten Arten der organischen und endogenen Psychosen.

Untersucht man deren Funktionalität, so findet man, daß sich die Störungen aggressiven Verhaltens nach Kruse (1985) um die Regulation von Nähe und Distanz und um die Behauptung im Zusammenhang mit der Wahrung des Selbstwertes zentrieren.

Lochmann et al (1993) fanden, daß bei heranwachsenden Jungen eine durchgängige positive Korrelation zwischen Delinquenz und Suchtmittelmißbrauch einerseits und der Wertigkeit von Dominanzstreben andererseits sowie eine negative Korrelation zu gleichwertigen Sozialkontakten bestand.

Bei erwachsenen Patienten mit aggressiven Verhaltensstörungen überwiegt durchgängig das männliche Geschlecht.

## **5. Therapeutische Leitlinien bezüglich männerspezifischer Gruppentherapien**

J. Müller (1996) hebt hervor, daß im Rahmen einer psychosozialen therapeutischen Behandlung bei Männern das übergeordnete Ziel eine wohlverstandene Autonomieentwicklung ist. Das langfristige Veränderungsziel der Identitätsentwicklung und Identitätsstärkung beinhaltet ein befriedigendes Erleben der eigenen Rolle als Mann, das Infragestellen des vorherrschenden kulturspezifischen Männerbildes, die Versöhnung von idealem und realem Selbstbild, das Finden individueller Antworten auf Sinn und Lebensfragen, einen zufriedenstellenden Zugang zum Erleben der eigenen Gefühle, ein erfülltes Erleben sozialer und partnerschaftlicher Beziehungen, der Aufbau eines tragenden Beziehungsnetzes und das Finden einer zufriedenstellenden Arbeitssituation, bei der auch soziale Bedürfnisse abgedeckt werden. Eine Männergruppe mit einem männlichen Therapeuten kann bei der männlichen Identitätsentwicklung und Identitätsstärkung sehr wirksam eingesetzt werden (Weil & Steier, 1994). In diesem Setting ist es möglich, sich mit der Sozialisation als Mann, mit seinem Selbstbild und der damit häufig zusammenhängenden Blockierung der Gefühlswahrnehmung auseinanderzusetzen (Merz, 1996).

## **6. Behandlungsrahmen**

Die Psychosomatische Fachklinik Münchwies besteht aus einer Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen und aus einer Abteilung für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. In beiden Abteilungen wird aus diagnostischen und therapeutischen Gründen eine möglichst realitätsgetreue Abbildung der sozialen Wirklichkeit durch den Mikrokosmos der therapeutischen Gruppe vorgesehen. Das heißt, die Patientinnen und Patienten leben gemischtgeschlechtlich in einer sogenannten Wohngruppe und durchlaufen das Basistherapieprogramm (bestehend aus hochfrequenter interaktionell-problemlösungsorientierter Gruppenpsychotherapie, Sport- und Bewegungstherapie sowie Ergotherapie) gemeinsam, ebenso, wie sie die Freizeit zusammen verbringen. In diesem die Lebenswirklichkeit recht gut abbildenden Milieu können persönlichkeitspezifische Konflikte und interpersonale Störungen inklusive

Probleme der Identifikation mit der Geschlechtsrolle identifiziert und wirksam bearbeitet werden. Deshalb ist die gemischtgeschlechtliche Gruppentherapie ein unverzichtbarer Bestandteil des Therapiekonzeptes (Jahrreiss, 1993). In der Abteilung für psychische und psychosomatische Störungen ist die Geschlechterproportion in der Regel 6 zu 6, manchmal stehen sogar 4 Patienten 8 Patientinnen gegenüber. In der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen ist die Gruppe nie mit mehr als höchstens 8 Männern versus 4 Frauen belegt, erfreulicherweise kann sogar in den meisten Fällen ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis von 6 zu 6 erreicht werden. Dies liegt daran, daß die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies hauptsächlich durch das Angestelltenklientel der BfA Versicherten belegt wird, so daß männliche Patienten hier nicht einer solche überwältigende Mehrheit darstellen, wie in den Kliniken, denen größtenteils LVA-Patienten zugewiesen werden.

Auf dieser Grundlage ist in Münchwies traditionell die Therapie auf beide Geschlechter zugeschnitten. Die Bearbeitung geschlechtsspezifischer Probleme, bei Männern und bei Frauen, ist deshalb durchgehend wichtiger Bestandteil sowohl der Gruppen- als auch der Einzeltherapie, deren Thematik ja per Definitionem auf die individuellen Gegebenheiten und Bedürfnisse des betroffenen Patienten oder der jeweiligen Patientin zugeschnitten ist.

Bezüglich der Gruppentherapie zeigte sich, daß für einen Teil der Patienten, insbesondere bei Männern mit Problemen, die aus (vermeintlichen) männlichen Geschlechtsrollenanforderungen resultieren, ein gleichgeschlechtlicher Rahmen notwendig ist, in dem männer-spezifische Aspekte in einer solidarischen Atmosphäre möglichst angst- und störungsfrei bearbeitet werden können. Deshalb wurden als zusätzliche Therapiebausteine ein Gruppeninterventionsprogramm ausschließlich für Männer (Gruppe für Patienten mit männlichen Rollenproblemen) entwickelt, das zweimal wöchentlich für eine Doppelstunde im Rahmen des sogenannten indikativen Programmes wohngruppenübergreifend für jeweils etwa 8 Männer unter der Leitung von ein bis zwei Therapeuten angeboten wird.

Weiterhin werden indikationsgeleitet in der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies einige „männerzentrierte“ Gruppen angeboten. Aufgrund ihrer überwältigenden zahlenmäßigen Überlegenheit (die Geschlechterkorrelation beträgt in diesen Therapiebereichen etwa 9 Männer zu einer Frau) prägen Männer die Themen, die Gruppenatmosphäre und den Arbeitsstil der indikationsgeleiteten Gruppen für patho-

logisches Glücksspielverhalten und für unterkontrollierte Patienten mit aggressiven Störungen. Obwohl diese Gruppen auch für Frauen offen stehen und sich die Therapeuten um deren Integration bemühen, kann de facto davon ausgegangen werden, daß die Therapie in diesen Gruppen im wesentlichen auf Männer zugeschnitten ist.

## **7. Zuweisungskriterien für die Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen bzw. die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen**

Patientinnen mit Auffälligkeiten aus dem gesamten Formenkreis psychischer und psychosomatischer Störungen mit Ausnahme akuter Psychosen und manifester Substanzabhängigkeiten werden der Abteilung für psychische und psychosomatische Störungen zugeteilt. Patientinnen mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit werden in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen behandelt, wobei selbstverständlich auch in dieser Abteilung die häufig vorliegenden, die Abhängigkeitserkrankung begleitenden Störungen therapiert werden.

Patienten, bei denen zwar Probleme im Umgang mit chemischen Substanzen bestehen, sich jedoch noch keine manifeste Abhängigkeitserkrankung herausgebildet hat, werden in der Abteilung für psychische und psychosomatische Störungen behandelt, wobei sie hier eine gesonderte Gruppe für Patienten mit Substanzabusus besuchen können. Falls die Abgrenzung zwischen einem Substanzmißbrauch und einer Substanzabhängigkeit im Vorfeld unklar ist, bietet die Psychosomatische Fachklinik Münchwies ambulante Vorgespräche an, um eine adäquate Zuteilung zu ermöglichen.

## **8. Die Gruppe für Patienten mit männlichen Rollenproblemen**

Seit einigen Jahren bietet die Psychosomatische Fachklinik Münchwies im Rahmen des oben erwähnten indikationsgeleiteten Programms ausschließlich für Männer eine Gruppe für Patienten mit Unsicherheiten in ihrem männlichen Rollenverständnis und -verhalten an.

Diese Gruppe wird abteilungsübergreifend für psychisch und psychosomatisch erkrankte sowie für substanzabhängige Männer angeboten.

Die optimale Gruppengröße liegt bei etwa acht Männern. Wichtig ist hier das Schaffen einer Atmosphäre, die die Erlaubnis gibt, über alles sprechen zu dürfen, nicht jedoch zu müssen. Neben der sachlichen Seite eines Problems ist es wesentlich, insbesondere auch dessen emotionale Seite zu betrachten. Emotionale und direkte Rückmeldungen werden gefördert. Einen Schwerpunkt bilden auch immer die Beziehungsgestaltung und die Nähe-Distanz-Regulierung sowie andere Dynamiken innerhalb der Gruppe. Selbstverständlich werden keine Vorgaben gemacht, wie ein Mann zu sein hat, sondern konstruktive Verunsicherung wird als eine Motivationsquelle für Reflexion und Veränderung genutzt. Die Männer sollen sich der auf sie einwirkenden Rollenanforderungen bewußt werden und sich Entscheidungen erarbeiten, welchen Anforderungen sie nachgeben wollen und welchen nicht. Als ebenso wesentlich wird es erachtet, eigene Bedürfnisse zu erspüren und auch hier zu wählen, wie jeder einzelne Mann damit umgehen möchte.

Bewährt als Einstieg ins Gespräch haben sich weniger bedrohlich wirkende Zugänge in Form von Gruppenübungen, die sich auf einer vordergründig recht rational-kognitiven Ebene bewegen, wie zum Beispiel der Übung „Der richtige Mann“ (Kagerer, 1996), wo an der Tafel die Merkmale eines richtigen Mannes aufgelistet werden, die sich in der Regel zu einem massiven Anforderungskatalog auswachsen. Es werden Übungen bevorzugt, bei denen alle Teilnehmer zu Wort kommen, was das gegenseitige Vertrauen und die Bereitschaft zur Selbstenthüllung steigert und somit der Gruppenkohäsion zugute kommt.

Der explizite Hinweis auf die Vertraulichkeitsregelung ist ein selbstverständlicher, jedoch expliziter Bestandteil der Begrüßung jedes Neankömmlings.

Unbeeinträchtigt durch gegengeschlechtliche Irritationen soll in Männergruppen Männern die Möglichkeit gegeben werden, über ihr inneres Erleben zu sprechen, nicht zuletzt auch um sie somit erfahren zu lassen, daß dies nicht nur möglich, sondern auch von anderen Männern angenommen und positiv sanktioniert wird.

Die Sehnsucht nach einer Männergemeinschaft (Ruther, 1996) wird hierdurch ernstgenommen. Es entsteht jedoch eine neue Form von Gemeinsamkeit als Gegengewicht zu der bisher gewohnten, die meistens einen massiven Gruppendruck in Richtung eines überzeichne-

ten Männlichkeitsideals ausübte und damit verbunden sehr häufig zu Selbstverleugnung und zu Suchtverhaltensweisen animierte (Weil & Steier, 1994).

Bei abhängigen Patienten sollen Zusammenhänge zwischen der männlichen Sozialisation und Suchtverhaltensweisen aufgedeckt werden. Männerspezifische Probleme, die ursächlich oder aufrechterhaltend für den Suchtmittelkonsum waren, sollen identifiziert und auf eine weniger destruktive Weise gelöst werden. Die gemeinsame Erarbeitung möglicher Lösungswege bildet einen wichtigen Bestandteil der Gruppentherapie. Hierbei ist darauf zu achten, daß jedem Mann die individuelle Entscheidungsfreiheit übertragen wird, für welchen Weg er sich entscheidet.

## **9. Die Gruppe für Patienten mit pathologischem Glücksspielverhalten**

Den Patienten mit pathologischer Glücksspielproblematik stehen zwei parallel laufende Gruppen mit jeweils 10 Plätzen zur Verfügung. Jede Gruppe trifft sich zweimal wöchentlich zu einer 90minütigen Gruppensitzung. Daneben findet für alle im Haus befindlichen pathologischen Glücksspieler monatlich eine Plenumsitzung zur Regelung organisatorischer, die Zusatzhausordnung und das Behandlungsangebot betreffender Fragen statt.

Einmal im Vierteljahr führt die Glücksspielergruppe einen ganztägigen Psychotherapiemarathon außerhalb der Klinik durch. Diese Aktivität hat primär Selbsterfahrungscharakter und dient dem Aufbau der Gruppenkohäsion. Darüber hinaus können in diesem Rahmen auch verstärkt erlebnisaktivierende Übungen zum Einsatz kommen.

Diese indikativen Angebote sind auf die Symptomatik des Glücksspielverhaltens ausgerichtet und dienen der Klärung der Funktionalität des Glücksspielverhaltens, der Bearbeitung von Problemen der Abstinenz- und Verträglichkeitsmotivation, dem Abbau glücksspielbezogener kognitiver Verzerrungen und der Rückfallaufarbeitung bzw. Rückfallprävention.

Darüber hinaus erfolgt, ergänzend zur Therapie im Rahmen des Basisprogrammes, eine psychotherapeutische Bearbeitung der jeweiligen Hintergrundproblematik des Patienten. Neben einer häufig zu beobachtenden narzißtischen Fehleinschätzung der eigenen Person

und deren Fähigkeiten zeigen sich auch Muster der depressiven Selbstabwertung und bisweilen erhebliche Defizite im Bereich der sozialen Kompetenzen, insbesondere der Problemlösefähigkeiten. Es bestehen häufig Autoritätsprobleme in der Vater-Sohn-Beziehung, sowie schwerwiegende Selbstwertprobleme. In vielen Fällen sehen die Patienten auf eine schwierige, oft von tiefgreifenden Brüchen gekennzeichnete, primäre Sozialisation zurück. Nicht selten finden sich „Broken-home-Situationen“ in der Anamnese der Glücksspieler.

Weitere Themen, die mit dem Glücksspielverhalten korrespondieren, sind die Bewältigung einer häufig zu beobachtenden psychophysiologischen Unruhe und Getriebenheit, der die Patienten durch immer wieder neue Reizsuche und der Vermeidung der häufig erlebten Langleweiligkeit entgegensteuern. Es zeigt sich weiterhin bei der Mehrzahl der Patienten ein ausgeprägtes Kontrollbedürfnis, verbunden mit einer starken Neigung zur Intellektualisierung. Das Gewahrwerden und Erleben von Gefühlen tritt demgegenüber meist in den Hintergrund. Die sozialen Beziehungen sind nicht selten geprägt von Leistungs- und Konkurrenzstreben, und dem überbetonten starken Bedürfnis nach sozialer Anerkennung, bei gleichzeitiger Vermeidung enger partnerschaftlicher Beziehungen (Petry, 1996). Schließlich zeigen sich immer wieder auch illusionäre Sehnsüchte nach absoluter Freiheit und „Glück“, die wenig mit der realen Lebenssituation übereinstimmen. So sind die Lebenserfahrungen der pathologischen Glücksspieler mehrheitlich von der Erfahrung des Verlierens geprägt, was letztlich seine Entsprechung in der vom Patienten gewählten Symptomatik des Glücksspielens findet.

Dem hier skizzierten Persönlichkeitsprofil begegnen wir mit einer von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz gekennzeichneten therapeutischen Beziehung, die zu einer Auseinandersetzung mit dem individuellen Symptomhintergrund ermutigt. Hierbei kommt insbesondere auch der Atmosphäre innerhalb der Glücksspielergruppe große Bedeutung zu. Der Aufbau einer guten Gruppenkohäsion und eines Wir-Gefühls (auch als Gruppe innerhalb des gesamten Patientenverbandes der Klinik) wird gefördert. Dieses Setting hat zur Folge, daß die behandelten Glücksspieler neben der Wohngruppe eine zweite wichtige Bezugsgruppe während des Therapieverlaufes erleben, die der Verbesserung der Beziehungsgestaltung und des sozialen Kontaktverhaltens dient. Die beiden indikativen Gruppen für Glücksspieler werden von zwei in der Arbeit mit pathologischen Glücksspielern erfahrenen Psychotherapeuten und einer Co-Therapeutin geleitet.

Die Therapeuten stehen des weiteren auch für ergänzende Einzelgespräche und -therapie zur Verfügung.

## **10. Die Gruppe für unterkontrollierte Patienten mit aggressiven Störungen**

Dieser Gruppe werden Patienten zugeteilt, die durchgängig eine Neigung zu aggressiven Verhaltensweisen haben und hierdurch andere und letztendlich auch sich selbst schädigen. Die häufigsten mit dem aggressiven Verhalten in Zusammenhang stehenden Diagnosen sind hier die antisoziale und narzißtische Persönlichkeitsstörung, die Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie die Alkoholabhängigkeit.

Unter durchgehend verhaltenstherapeutischer Ausrichtung und unter der Berücksichtigung interaktioneller gruppenspezifischer Aspekte kommen schwerpunktmäßig und auf erlebnisaktivierender Basis kognitive Interventionen zum Einsatz.

Weitere grundlegende Bestandteile der Gruppe bilden Interventionen aus dem Bereich des Problemlöse- und Assertivitätstrainings, häufig in Verbindung mit Feedback und Rollenspielen, narrative, imaginative und entspannende Verfahren sowie körpertherapeutische Vorgehensweisen aus dem Bereich der Sport- und Bewegungstherapie.

Der Patient soll durch die Teilnahme an dem Interventionsprogramm dazu befähigt werden, die Funktionalität seiner aggressiven Auffälligkeiten zu erkennen, ihre Auslöser zu identifizieren und den kurzfristigen positiven Folgen mittel- und langfristige negative Konsequenzen gegenüberzustellen. Lernziele sind die Differenzierung von Kognitionen, Emotionen und den entsprechenden Handlungen. Weiterhin soll der Patient durch die Teilnahme an dem Programm bessere soziale Problemlösestrategien und alternative Verhaltensweisen finden und diese einüben. Der Patient hat ein wesentliches Therapieziel erreicht, falls er individuell wirksame Maßnahmen zur Verhinderung von Gewalttätigkeit kreativ und falls nötig auch unkonventionell anzuwenden gelernt hat.

Nach fast einem Jahrzehnt Erfahrung im relativ „jungen“ Sektor männerspezifischer Therapie bleibt es ein wichtiges Anliegen des Münchwieser Team's, Therapie „bedarfsorientiert“ und „patientengerecht“ zu gestalten, d. h. neuen Entwicklungen mit entsprechenden Therapiekonzepten kreativ zu begegnen.

# 11. Literatur

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DMS-IV) Washington DC: APA.
- Colgan P (1987) Treatment of dependency disorders in men: Toward a balance of identity and intimacy. In Colgan P (ed) Chemical dependency and intimacy dysfunction. The Haworth Press, New York, pp 205-227
- Denzer P, Petry J, Baulig, T & Volker U (1995) Pathologisches Glücksspiel: Klientel und Beratungs-/Behandlungsangebot (Ergebnisse der multizentrischen Studie des Bundesweiten Arbeitskreises Glücksspielsucht). In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 1996. S. 279-295. Geesthacht, Neuland.
- Dickstein L, Stein T, Plech J, Myers M, Lewis R, Duncan S, Brod H (1991) Men's changing social roles in the 1990s : Emerging issues in the psychiatric treatment of men. Hospital and Community Psychiatry 42: 701-705.
- Goldberg H (1986) Man(n) bleibt Mann. Reinbek, Hamburg
- Hollstein W (1996) Männlichkeit und Alkohol. Abhängigkeiten 2: 23-26.
- Jahrreiss R (1993) Das Konzept der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies. St. Ingbert, Westpfälzische Verlagsdruckerei
- Kagerer P (1996) Männerrolle und Sucht: Praktische Arbeit mit einer Männergruppe. Abhängigkeiten 2: 49-52
- Kruse O (1985) Emotionsdynamik und Psychotherapie. Weinheim: Beltz.
- Langer D, Hartmann U (1992) Psychosomatik der Impotenz. Enke, Stuttgart
- Lochmann J, Wayland K, White, K (1993) Social Goals: Relationship to Adolescent Adjustment and to Social Problem Solving. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 21, 135-151.

- Mac Nab T (1990) What do men want? Male rituals of initiation in group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 40: 139-154
- Merz F (1996) Der Männerclub: Ein Angebot der Basellandschaftlichen Beratungsstelle für Alkohol- und andere Suchtprobleme in Liestal. *Abhängigkeiten* 2: 53-54.
- Müller J (1996) Männerspezifische Suchtaspekte. *Abhängigkeiten* 2: 38-54.
- Oelemann B (1996) Männliche Sozialisation und Suchtberatung. Sprechen wir die gleiche Sprache? *Abhängigkeiten* 2: 55-59.
- Petry J (1996) Psychotherapie der Glücksspielsucht. Weinheim, Belz
- Potter-Efron R, Potter-Efron P (1991) Anger, alcoholism and addiction. Norton and Company, New York
- Ruther M (1996) Männerkrankheit (Alkohol). Sucht-was ist mit uns Männern los? *Abhängigkeiten* 2: 65-66.
- Troschke JV, Stünzner V (1983) Alkoholkonsum von jungen Soldaten als Versuch der Bewältigung emotionaler Spannungen im Zusammenhang mit der Wehrdienstzeit. *Suchtgefahren* 29: 1-18
- Vogelgesang M, Petry M (1996) Frauenspezifische Behandlung bei „pathologischem Glücksspielverhalten“. *Sucht*, 42, 428-437
- Vogelgesang M, Martin J, Staufer H, Wagner A, (1995) Gruppeninterventionsprogramm für Patienten mit aggressiven Störungen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 2, 149–169.
- Weil T, Steier A (1994) Ständig unter Strom. *Sucht Report* 4: 4-11
- Wittschier S (1996) Von der Sucht ein Mann sein zu müssen und der Sehnsucht, ein Mann werden zu dürfen. *Abhängigkeiten* 2: 43-48.
- World Health Organisation (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10, Bern: Huber.



Die „Münchwieser Hefte“ werden von der Klinik seit 1985 herausgegeben. Im wesentlichen sind darin die Referate der jährlich stattfindenden Münchwieser Symposien niedergelegt, ein Sonderheft enthält Informationen für Angehörige von Suchtpatienten.

Neu eingeführt wurde die Reihe „Konzepte“ der Münchwieser Hefte. In dieser Reihe haben wir seit 1996 begonnen, Behandlungskonzepte einzelner Therapiebausteine, die bisher in unterschiedlicher Form und Ausführung vorlagen, zusammenzufassen.

Das Gesamtkonzept der Klinik erscheint weiterhin in der bisherigen Form, d. h. außerhalb dieser Reihe. Es kann – wie die Münchwieser Hefte und die Reihe Konzepte der Münchwieser Hefte – in der Klinik angefordert werden.

In der Reihe sind bisher erschienen:

Heft 1 – Pathologisches Glücksspiel

Heft 2 – Stationäre Rückfallprävention als Auffangbehandlung

Heft 3 – Angststörungen

Heft 4 – Der chronisch Kopfschmerzkranke

Heft 5 – Anorexia/Bulimia nervosa

Heft 6 – Adipositas permagna

Heft 7 – Sexueller Mißbrauch

Heft 8 – Aggressive Störungen

Heft 9 – Frauenspezifische Therapieangebote

Heft 10 – Männerspezifische Therapieangebote

Heft 11 – Depression

Heft 12 – Suchtmittelmißbrauch psychosomatisch Kranker

Heft 13 – Einführungstraining in die Psychosomatik

Heft 14 – Medikamentenabhängigkeit (in Vorbereitung)