

# **ZWISCHEN ABSTINENZ UND AKZEPTANZ**

Versuch einer integrativ-gestalttherapeutischen  
Sichtweise auf die psychotherapeutische  
Behandlung von Menschen mit einer Opioid-  
Abhängigkeitserkrankung in Opioid-  
Substitutionstherapie im ambulanten Setting

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades  
Master of Science  
im Universitätslehrgang Psychotherapie  
Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

eingereicht von

Mag.<sup>a</sup> Anna Rosa Bösch

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit  
an der Donau-Universität Krems

Betreuer: Mag. Ernst Windischgraetz

Wien, 05.07.2021

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Mag.<sup>a</sup> Anna Rosa Bösch, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Master-Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master-Thesis oder wesentliche Teile daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master-Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

**Besonderer Dank geht an**

meine Eltern Margit und Hanno Bösch

Paul-Reza Klein

Lisa Krüger

Claudia Fischer

Gerhard Rechberger

Hedwig Graf-Oppolzer

Do Warta

Günter Juhnke

Christina Gollner

Ernst Windischgraetz

**Widmen möchte ich diese Arbeit**  
allen meinen Klient\*innen, die mich in den  
vergangenen Jahren gelehrt haben,  
die langwierigen  
und kleinen Veränderungen  
besonders zu schätzen.

### ABSTRACT (DEUTSCH)

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung erfahren auch von psychotherapeutischer Seite oftmals viele Vorurteile, besonders jene, die sich in Opioid-Substitutionstherapie befinden. Im Vordergrund stehen dabei meist die Ablehnung der Opioid-Substitutionstherapie und die Ansicht, diese sei mit einer Psychotherapie nicht vereinbar oder würde einer Heilung zuwider laufen. Die vorliegende Master-These vermittelt einerseits Grundlagenwissen zur Opioid-Substitutionstherapie und beschäftigt sich andererseits mit möglichen Auswirkungen der Opioid-Substitutionstherapie auf den psychotherapeutischen Prozess. Unter Einbeziehung anderer psychotherapeutischer Schulen bildet die Integrative Gestalttherapie mit ihren theoretischen Grundlagen den prinzipiellen Rahmen für diese Auseinandersetzung.

#### **Schlüsselwörter:**

Sucht, Opioid-Substitutionstherapie, Akzeptanz, Abstinenz, Integrative Gestalttherapie

### ABSTRACT (ENGLISCH)

People with substance use disorders often experience prejudices from psychotherapists, especially those who participate in opioid maintenance treatment. Many psychotherapists neglect opioid maintenance treatment believing that it isn't compatible with psychotherapy and that recovery cannot be achieved. This master-thesis gives basic insight in opioid maintenance treatment and addresses its implications on the psychotherapeutical process. Whereas including other psychotherapeutical schools, Integrative Gestalttherapy with its theoretical foundations forms the main framework for this analysis.

#### **Keywords:**

Addiction, opioid maintenance treatment, acceptance, abstinence, Integrative Gestalttherapy

## INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	7
Hintergründe und Methodik	9
Literaturrecherche	12
Suchterkrankungen und Opioidabhängigkeit aus medizinischer Sicht	16
Opiate, Opioide und Drogen – eine Begriffsklärung	16
Opioidabhängigkeit: Diagnostische Kriterien, Epidemiologie	17
Zur Pharmakologie von Opioiden	19
Grundsätzliche Überlegungen zur Abstinenz- versus Akzeptanzorientierung	20
Entzugstherapie bei Opioidabhängigkeit	23
Opioid-Substitutionstherapie	25
Sucht und Opioid-Substitutionstherapie aus psychotherapeutischer Sicht	38
Psychoanalytisch, tiefenpsychologisch und psychodynamisch fundierte Ansätze	39
Verhaltenstherapeutische Beiträge	43
Beiträge aus der Integrativen Therapie	45
Weitere Ansätze, neuere Entwicklungen und schulen- und professionsübergreifende Beiträge	47
Suchterkrankungen aus der Perspektive der Bindungstheorie	48
Traumatisierung und Suchterkrankungen	50
Das Paradigma Zieloffener Suchtbehandlung	53
Glaubenssätze von Psychotherapeut*innen und die Auswirkung von Haltungen auf den therapeutischen Prozess	55
Rechtliche Grundlagen zur psychotherapeutischen Behandlung von substituierten Personen	58

Perspektiven der Integrativen Gestalttherapie	61
Suchtverständnis der Integrativen Gestalttherapie	61
Anthropologische und theoretische Zugänge der Integrativen Gestalttherapie	65
Prinzip der Ganzheitlichkeit	65
Organismische Selbstregulation und Schöpferische Anpassung	67
Dialogisches Prinzip, Phänomenologie und Hermeneutik als Grundlagen der therapeutischen Haltung	69
Das Kontaktmodell und seine Kontaktfunktionen	73
Das Kontakt-Support-Konzept und die Rolle von Stützfunktionen	78
Möglichkeiten und Grenzen von Psychotherapie bei substituierten Menschen	83
Resümee	90
Literaturverzeichnis	94

## Einleitung

Die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Suchterkrankungen ist in vielerlei Hinsicht von verschiedensten Vorannahmen und Ideologien geprägt. Dass Psychotherapie bei akut berauschten Klient\*innen nur einen begrenzten Wirkungsbereich hat und unter Umständen auch nicht als Psychotherapie bezeichnet werden kann, darüber kann in der wissenschaftlichen Literatur noch am ehesten Konsens hergestellt werden. Betrachtet man jedoch die Opioid-Substitutionstherapie (im Folgenden wird nur noch von OST gesprochen), in Österreich ein wesentlicher (medizinischer) Pfeiler der integrierten Versorgung von suchtkranken Menschen, ändert sich das Bild schlagartig: eine gängige Meinung betrifft z.B. die Annahme, dass einer Suchterkrankung nur durch völlige Abstinenz beizukommen wäre und eine Person so lange in ihrer Sucht feststecke, so lange sie Substanzen konsumiere, auch wenn diese ärztlich verschrieben seien. Im Gegenzug würde wohl keine Psychotherapeut\*in jemals eine medikamentöse, antidepressive Behandlung bei Klient\*innen mit depressiven Erkrankungen in Zweifel ziehen oder die Frage aufwerfen, inwiefern das Antidepressivum den Bewusstseinszustand, die Emotionalität, Aktivität etc. beeinflusse und dadurch die Bearbeitung der der Depression zugrundeliegenden Faktoren erschweren bzw. verunmöglichen würde.

Wird die psychotherapeutische Literatur zur Therapie von Suchterkrankungen betrachtet, zeigt sich nach wie vor ein Vorherrschen der Abstinenzorientierung und eine stark dogmatische Herangehensweise. Dennoch plädieren einzelne Autor\*innen auch dafür, die OST als Hilfsmittel in der Psychotherapie mit einzubeziehen und Menschen in OST nicht automatisch von der Möglichkeit der psychotherapeutischen Behandlung auszugrenzen, da das Ziel der völligen Substanzabstinenz für eine bestimmte Gruppe von Personen mittel- bis langfristig aus den unterschiedlichsten Gründen unrealistisch und nicht sinnvoll scheint.

Vor diesem Hintergrund entwickelte sich das Thema der vorliegenden Master-Thesis. Aufbauend auf dem historischen Gegensatz zwischen Abstinenz- und Akzeptanzorientierung in der Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen soll die vorliegende Master-Thesis durch eine detaillierte Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen von Psychotherapie bei Menschen in OST zu einer

differenzierteren Sichtweise beitragen. Obwohl die Integrative Gestalttherapie mit ihren Grundlagen und ihrem Suchtverständnis den theoretischen Rahmen für diese Auseinandersetzung bildet, kommen auch andere psychotherapeutische Schulen und deren Sichtweisen zu Wort.

Im ersten Teil der Master-Thesis folgt eine detaillierte Beschreibung der Forschungsfrage, die Darstellung der Methodik zur Beantwortung dieser Forschungsfrage sowie eine Übersicht über den Prozess der Quellensuche. Sodann werden die medizinischen Grundlagen der OST dargestellt, um eine gemeinsame Basis zu schaffen, die für das Verständnis der Implikationen dieser medizinischen Behandlung unablässig ist. Vorangestellt werden die Definitionen von Opiaten vs. Opioiden sowie der Opioidabhängigkeit. Im dritten Teil werden Suchterkrankungen aus der Sicht anderer psychotherapeutischer Schulen betrachtet, mit einem besonderen Fokus auf die Frage, ob und inwieweit die OST bei der Behandlung von Opioid-Abhängigkeitserkrankungen in Betracht gezogen wird. Es folgt die Perspektive der Integrativen Gestalttherapie auf Suchterkrankungen sowie jene anthropologischen und theoretischen Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie, die für die Forschungsfrage von Bedeutung sind, bevor alle verwendeten Quellen zur Beantwortung der Fragestellung in einem abschließenden Teil zusammengeführt werden.

## Hintergründe und Methodik

Bei der vorliegenden Master-Thesis handelt es sich um eine theoretisch-wissenschaftliche Arbeit, die einerseits Basiswissen über die medizinische Behandlungsmethode der OST vermitteln und andererseits auf Grundlage dessen neue Erkenntnisse für die Psychotherapie von Menschen mit einer Opioid-Abhängigkeitserkrankung generieren soll.

Bei historischer Betrachtung der Behandlung von Menschen mit einer Opioid-Abhängigkeitserkrankung ab Ende des 19. Jahrhunderts waren im deutschsprachigen Raum (Österreich, Deutschland, Schweiz), aber auch den USA repressive Ansätze vorherrschend. Es galt, dass nur die Abstinenz als sinnvolles Ziel angesehen werden könne und mit der Abstinenz auch das Suchtproblem sowie damit zusammenhängende gesellschaftliche Probleme gelöst seien (Eisenbach-Stangl, Mäkelä & Schmidt-Semisch, 2000). Während viele europäische Staaten diese Repression in ihrer Drogenpolitik übernahmen, gab es in Großbritannien bereits ab den 1920er Jahren die gesetzliche Grundlage für eine medizinische Abgabe von Opioiden an Opioidabhängige. In den Niederlanden galten ab 1976 ebenfalls sehr liberale Richtlinien in Bezug auf die strafrechtliche Verfolgung von Drogenkonsum, mit dem hauptsächlichen Ziel des Schutzes der Gesundheit und Sicherheit der Bevölkerung, sodass dort ein breites Angebot an unterschiedlichen Beratungs-, Substitutions- und Therapieangeboten entstand (Eisenbach-Stangl et al., 2000). Im deutschsprachigen Raum etablierte sich die OST als Behandlung bei Opioidabhängigkeit auf Grundlage mehrerer Faktoren: Erstens zeigte sich, dass durch die wenigen zur Verfügung stehenden Plätze in stationären Langzeittherapien rein zahlenmäßig viele Opioidabhängige nicht versorgt werden konnten, der Zugang darüber hinaus für viele zu hochschwierig war und die Erfolgsquote in Bezug auf Abstinenz bei nur ca. 30% lag (Bossong, 1983, zitiert nach Eisenbach-Stangl et al., 2000). Zudem wurde ab Mitte der 1980er Jahre im Zuge der Ausbreitung von HIV/AIDS deutlich, dass Opioidkonsument\*innen mit intravenösem Konsum eine Hochrisikogruppe für die Infektion mit HIV darstellen. Die Notwendigkeit, mit diesen Konsument\*innen in Kontakt zu kommen, um der Verbreitung von HIV/AIDS entgegen zu wirken, führte im medizinischen Bereich dazu, dass die Gesundheit der Konsument\*innen mehr in den Vordergrund und die Fokussierung auf die Abstinenz zunehmend in den Hintergrund rückte. So gibt es seit 1987 in Österreich gesetzliche Grundlagen, die die OST als Behandlung bei Opioidabhängigkeit erlauben und regeln

und somit vor allem die Zahl der Drogentoten und somatische Folgeerkrankungen bei den Konsument\*innen drastisch senken konnten (Eisenbach-Stangl et al., 2000).

Während die OST im medizinischen Bereich also seit Mitte der 1990er Jahre in den meisten europäischen Staaten zum Goldstandard in der Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit geworden ist (Eisenbach-Stangl et al., 2000) und es nur noch einige wenige Mediziner\*innen gibt, die diese Art der Behandlung als nicht sinnvoll ablehnen, zeigt sich aus psychotherapeutischer Perspektive ein anderes Bild. Zwar wird die OST als medizinische Behandlungsmethode bei Opioidabhängigkeit auch in psychotherapeutischen Kreisen als solche anerkannt, es herrscht jedoch weitgehend die Ansicht vor, dass Menschen in OST nicht psychotherapiefähig wären, da sie durch die Medikamenteneinnahme beeinträchtigt seien. Dies zeigt sich z.B. anhand der oft aufgestellten Forderung diverser psychotherapeutischer Schulen und ihrer Vertreter\*innen, dass eine Psychotherapie erst dann begonnen werden solle/könne, wenn Abstinenz, auch vom Substitutionsmedikament, bereits erreicht worden sei und argumentieren dies damit, dass sich die der Suchterkrankung zugrunde liegende Störung erst bei Abstinenz vom Substitutionsmedikament zeige. Implizit weisen solche Forderungen darauf hin, dass offenbar noch immer wenig Wissen über die OST und deren Rahmenbedingungen vorhanden ist und dieses Unwissen möglicherweise auch dazu beiträgt, Suchterkrankungen im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen per se eine Sonderstellung einzuräumen.

Zwar gibt es in der Zwischenzeit auch psychotherapeutische Ansätze, die die OST während einer Psychotherapie akzeptieren, jedoch sind diese in der Minderzahl. Zudem beruhen diese meist auf einer rein pragmatischen Sichtweise, dass nämlich manche Menschen einfach nicht fähig seien zur Abstinenz und eine OST während einer Psychotherapie deshalb das kleinere Übel sei, als wenn diese Menschen gar keine Psychotherapie in Anspruch nehmen könnten. Der Versuch einer theoretischen Einbettung einer die Psychotherapie begleitenden OST wird selten gemacht, zumindest bisher nicht aus der Perspektive der Integrativen Gestalttherapie. Auch betrifft das einzige theoretisch fundierte Konzept von Lüdecke (2010b; 2011), das nicht automatisch von Abstinenz als Ziel ausgeht und dezidiert OST und Psychotherapie verbindet, den stationären Rahmen, nicht jedoch den ambulanten Bereich, der in der vorliegenden Master-Thesis fokussiert wird. Ein differenziertes Konzept zu „niederschwelliger Psychotherapie“ im Bereich der Suchtbehandlung wurde schließlich von Herbert und

Reininger (2015) vorgelegt. Es geht davon aus, dass bei Menschen mit Substanzabhängigkeiten, die meist mit komplexen traumatischen Erfahrungen, weiteren psychiatrischen Krankheitsbildern und in einer prekären sozialen Situation in die Psychotherapie kommen, sich die Behandlungswürdigkeit alleine schon daraus ergibt, dass diese Menschen eben oft nicht in der Lage sind, klassische Therapievoraussetzungen (wie z.B. das regelmäßige und verlässliche Einhalten der Therapietermine) zu erfüllen. Da sich dieses Konzept nicht spezifischer mit den Wechselwirkungen von OST und Psychotherapie auseinandersetzt, wird es im Rahmen der vorliegenden Master-These jedoch nicht weiter vertieft.

Die Forschungsfrage der vorliegenden Master-These kann somit in folgende Teilfragen unterteilt werden:

Welche Möglichkeiten und Grenzen ergeben sich für die ambulante Psychotherapie, wenn Menschen während der Psychotherapie an einer OST teilnehmen?

Bietet die Integrative Gestalttherapie mit ihren anthropologischen und theoretischen Grundlagen und ihren Suchttheorien darüber hinaus die Möglichkeit, diesen Ansatz auch theoretisch zu fundieren?

Mithilfe der Forschungsfrage wird also der Versuch unternommen, die historische Forderung nach völliger Abstinenz als Bedingung für Psychotherapie kritisch zu durchleuchten und aufzuzeigen, welche Chancen und Herausforderungen sich für den psychotherapeutischen Prozess ergeben, wenn Menschen in OST prinzipiell als psychotherapiefähig betrachtet werden. Der Versuch einer theoretischen Einbettung dieser Analyse in die Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie dient darüber hinaus dazu, die gewonnenen Erkenntnisse auf eine wissenschaftlich breitere Basis zu stellen und für zukünftige Generationen von Integrativen Gestalttherapeut\*innen leichter verstehbar und nutzbar zu machen.

Zur weiteren Eingrenzung des Themenfeldes sind folgende Aspekte zentral: es werden explizit nur jene psychotherapeutischen Prozesse fokussiert, in denen die Klient\*innen mit einer stabilen Erhaltungsdosis substituiert sind, sie ihre ärztlich verschriebenen Substitutionsmedikamente wie vorgesehen einnehmen und es keinen nennenswerten (sprich beeinträchtigenden) Beikonsum von anderen, nicht ärztlich verschriebenen Substanzen gibt. Beeinträchtigenden Beikonsum weisen z.B. Klient\*innen auf, die zusätzlich zur OST täglich Cannabis oder Alkohol konsumieren

oder mehr Benzodiazepine einnehmen, als ärztlich verschrieben. Dies betrifft aber explizit nicht jene Klient\*innen, die z.B. am Wochenende (vergleichbar mit der Allgemeinbevölkerung) Alkohol trinken oder Cannabis rauchen. Es geht also um die psychotherapeutischen Möglichkeiten und Grenzen bei gleichzeitiger stabiler OST und nicht um den psychotherapeutischen Umgang mit akuten und offenkundigen Substanzbeeinträchtigungen, auch wenn letztere im Verlauf eines psychotherapeutischen Prozesses natürlich – auch bei Personen mit anderen psychischen Störungen - vorkommen können. Auch werden Ansätze und Prozesse ausgeklammert, in denen es um eine psychotherapeutische Begleitung von Entgiftung oder Entwöhnung geht. Ebenso wird in der vorliegenden Master-These vor allem Bezug genommen auf Störungen, die im Rahmen einer Opioidabhängigkeit bestehen. Der Konsum oder die Abhängigkeit von anderen legalen und illegalen Substanzen wird, wenn überhaupt, nur am Rande von Interesse sein. Die vorliegende Master-These soll schließlich nicht dazu dienen, ein weiteres Mal die grundsätzlichen Möglichkeiten von Integrativer Gestalttherapie im Zusammenhang mit Suchterkrankungen aufzuzeigen, da dies an anderer Stelle bereits vielfach beschrieben ist, und zuletzt soll die OST nicht als medizinische Behandlungsmethode als solche kritisch durchleuchtet werden, sondern ihre Auswirkungen auf den psychotherapeutischen Prozess.

### **Literaturrecherche**

Die Entscheidung für eine theoretisch-wissenschaftliche Arbeit liegt in der Erfahrung begründet, dass für das im Fokus stehende Thema kaum Ansätze zur Verfügung stehen, die den Erfordernissen der Praxis auch auf theoretischer Ebene begegnen. Dies zeigte sich auch im Rahmen der systematischen Literaturrecherche, die im Folgenden kurz dargestellt wird.

Folgende Schlagwörter wurden in den diversen Suchmaschinen und Datenbanken vorrangig verwendet: Suchttherapie, Opioid-Abhängigkeit, Opiat-Abhängigkeit, Substitutionstherapie, Opioid-Substitutionstherapie, Abhängigkeitserkrankung, Abstinenz(orientierung), Akzeptanz(orientierung), Suchtbehandlung, Psychotherapie und Integrative Gestalttherapie sowie die englischen Pendant addiction therapy, opioid addiction, opiate addiction, opioid maintenance treatment, substance use disorder, abstinence, acceptance, addiction treatment, psychotherapy und Integrative Gestalttherapy. Auch Synonyme und Kombinationen der

Schlagwörter wurden zur Suche verwendet, vor allem die Kombination aus (Synonymen für) Psychotherapie und Opioid-Substitutionstherapie. Folgende Datenbanken wurden mit den Schlagworten durchsucht: die Volltextsuche biber der Donau-Universität Krems, PSYINDEX für den deutschsprachigen und PubMed für den englischsprachigen Raum, die Rechercheplattformen der Universitätsbibliothek Wien (u:search, Elektronische Zeitschriftenbibliothek u.a.) sowie die Bibliothek des Verein Dialog. Diese Plattformen wurden abgesehen von der Suche nach aktuellen Studien und Büchern zu Psychotherapie und OST auch für die Entlehnung von integrativ-gestalttherapeutischen Grundlagenwerken sowie allgemeinen Publikationen zur Psychotherapie von Suchterkrankungen herangezogen. Die medizinischen Quellen wurden einerseits auch von diesen Datenbanken bezogen, andererseits nach persönlichen Empfehlungen ausgewählt. Schließlich wurden die Literaturverzeichnisse aller in die vorliegende Master-Thesis integrierten Publikationen sowie von bereits veröffentlichten Master-Thesen aus dem Bereich Integrative Gestalttherapie mit Fokus auf Abhängigkeitserkrankungen nach weiteren Hinweisen auf relevante Literatur systematisch durchsucht sowie miteinander verglichen.

Für die Auswahl der im theoretischen Teil aufgegriffenen Publikationen wurden bestimmte Kriterien verwendet, die je nach Fachgebiet etwas unterschiedlich gestaltet sind und nachfolgend kurz beschrieben werden.

An medizinischer Literatur wurden sowohl Grundlagenwerke inkludiert, die Basiswissen über die medizinischen Aspekte einer Opioidabhängigkeit sowie der Behandlungsoptionen (Entzug, OST) bieten, als auch Publikationen, die sich mit den spezifischen Implikationen von Abstinenz- und Akzeptanzorientierung in der Suchtbehandlung aus medizinischer Sicht beschäftigen. Vereinzelt wurden auch Publikationen ausgewählt, die aus medizinischer Perspektive dezidiert die OST und Psychotherapie fokussieren. Besonders im englischsprachigen, aber auch im deutschsprachigen Raum existieren einige Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zur Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen und OST. Diese psychosozialen Interventionen reichen dabei von verhaltenstherapeutischen Token-Programmen, eher kurzfristigen beratenden Angeboten, über sozialarbeiterische Hilfen bis hin zu Selbsthilfeprogrammen oder speziellen Traumafolgebehandlungen. Längerfristige psychotherapeutische Angebote sind meist nicht Teil dieses psychosozialen Angebots, weshalb bis auf einige wenige Ausnahmen diese Metaanalysen sämtlich nicht in die

vorliegende Master-Thesis inkludiert wurden, um den Fokus auf die ambulante Psychotherapie nicht aufzuweichen. Da die OST als medizinische Behandlungsmethode länderspezifischen Regelungen unterworfen ist, werden in Bezug auf Durchführungsrichtlinien vorrangig österreichische, aufgrund der inhaltlichen Nähe aber auch schweizerische und deutsche Publikationen fokussiert.

Im Bereich der Psychotherapie wurden Publikationen aus der Integrativen Gestalttherapie, der Verhaltenstherapie, psychoanalytisch orientierten Verfahren und der Integrativen Therapie ausgewählt. Einerseits bietet diese Auswahl eine breite Vergleichsbasis zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Strömungen, andererseits weisen verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologisch orientierte Verfahren eine rege Publikationstätigkeit in Bezug auf Suchterkrankungen auf und können somit zur Eruierung des aktuellen Forschungsstandes vieles beitragen. Die Inklusion der Integrativen Therapie gründet auf der Tatsache, dass die Integrative Gestalttherapie wesentliche theoretische Grundlagen mit dieser gemein hat sowie nicht zuletzt darauf, dass ihr Gründer H. Petzold differenzierte Theorien für die Psychotherapie von Abhängigkeitserkrankungen konzipiert hat, was für die Integrative Gestalttherapie erst in den letzten Jahren der Fall ist.

Beispielhaft für strenge Regelungen in der kassenfinanzierten Psychotherapie von Menschen mit Substanzkonsumstörungen wird auf die Situation in Deutschland stärker eingegangen, da sich anhand dieser Regelungen auch einige Problemstellungen zeigen, die sich in der Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen ergeben. Der Fokus auf kassenfinanzierbare Psychotherapierichtungen macht es zudem möglich, auch die gesellschaftspolitische Dimension der Suchtbehandlung in der Psychotherapie mit zu bedenken.

Für die einzelnen psychotherapeutischen Quellen wurden weiters folgende Kriterien zur Inklusion bzw. Exklusion herangezogen: Der Fokus der vorliegenden Master-Thesis liegt nicht auf einem Vergleich von Suchttheorien verschiedenster psychotherapeutischer Schulen. Die ätiologischen und praktischen Ausführungen der verschiedenen Schulen wurden deshalb nur in dem Maße beachtet, in dem sie sich auch mit dem Themenkomplex Abstinenz- und Akzeptanzorientierung in der Suchtbehandlung bzw. auch der OST in der Psychotherapie auseinander setzen. Exkludiert wurden somit folgerichtig Werke, die sich mit Sucht aus Sicht der jeweiligen psychotherapeutischen Schule ganz allgemein beschäftigen, mit Ausnahme der

Integrativen Gestalttherapie. Da es sich bei der vorliegenden Master-Thesis um eine Graduierungsarbeit zur Integrativen Gestalttherapeutin handelt, wurden theoretische Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie ausführlicher behandelt und auch Theorien zur Suchtentstehung und –behandlung inkludiert, die sich nicht spezifisch mit Akzeptanz- oder Abstinenzorientierung bzw. der OST auseinandersetzen.

Schließlich wurden auch Publikationen mit einbezogen, die nicht eindeutig der Medizin oder der Psychotherapie zuzuordnen sind, weil sie durch die Person der Autor\*in entweder beide Disziplinen miteinander vereinen und/oder eher der Darstellung ideologischer Grundannahmen und rechtlicher Grundlagen zum Themenkomplex der vorliegenden Master-Thesis zuzurechnen sind. Der Einschluss dieser Publikationen liegt in der Ansicht begründet, dass Suchterkrankungen und deren Behandlung noch immer vielen gesellschaftspolitischen Ideologien und Restriktionen unterworfen sind und aufgrund der immer stärker werdenden Interdisziplinarität und Multiprofessionalität in der Suchtbehandlung bei der Beantwortung der Forschungsfragen nicht außen vor gelassen werden dürfen. Die ausschließliche Betrachtung psychotherapeutischer Theorien würde den vielen Aspekten, die sich in der Psychotherapie von Suchterkrankungen ergeben, wohl nicht genügen.

## **Suchterkrankungen und Opioidabhängigkeit aus medizinischer Sicht**

Im folgenden Abschnitt werden Opioide, die Opioid-Abhängigkeitserkrankung inkl. diagnostischer Grundlagen und mögliche Behandlungsmethoden aus medizinischer Sicht beleuchtet, da diese Form der Suchterkrankung nicht nur psychische, sondern ganz wesentlich auch behandlungswürdige somatische Folgeerscheinungen mit sich bringt. Einerseits wird dabei besonderes Augenmerk auf die spezifischen Wirkungen von Substanzen, die im Rahmen einer Opioid-Abhängigkeitserkrankung konsumiert werden (können), auf das Verhalten und Erleben einer Person gelegt, andererseits wird der Ablauf einer OST detailliert beschrieben, um Wissen über diese Form der Behandlung generieren und so die Fragestellung der vorliegenden Arbeit umfassender beantworten zu können.

### **Opiate, Opioide und Drogen – eine Begriffsklärung**

Die Begriffe Opiat und Opioid scheinen in der Gesamtbevölkerung keinen annähernd hohen Bekanntheitsgrad aufzuweisen wie ihr prominentester Vertreter, das Heroin. Um einer Verwirrung vorzubeugen, werden kurz die gängigsten Definitionen beschrieben, um dann zur in der vorliegenden Master-Thesis verwendeten Definition zu kommen. Zieglgänsberger und Höllt (2000) verwenden den Begriff Opiat in ihrem Überblicksartikel z.B. für alle Substanzen, die natürlich, synthetisch oder halbsynthetisch aus Opium hergestellt wurden, wohingegen sie den Begriff Opioid für alle opiatartig wirkenden Substanzen inklusive endogener Substanzen gebrauchen. Beubler (2007) verwendet die Begriffe überhaupt synonym und trifft keinerlei definitorische Unterscheidung. Im populärwissenschaftlichen PharmaWiki („Opioide“, 2021) wiederum wird der Begriff Opioide als Sammelbezeichnung für alle opiatartig wirkenden Substanzen verwendet, während der Begriff Opiate nur für die natürlichen Inhaltsstoffe des Opiums (v.a. Morphin und Codein) verwendet wird. In der anhaltenden Beschäftigung mit diesem Thema wird schließlich deutlich, dass die beiden Begriffe in den meisten Fällen als Synonyme verwendet werden, wohl auch je nach persönlicher Vorliebe. Für die vorliegende Master-Thesis wird einheitlich der Begriff Opioide verwendet, und zwar in der Bedeutung als Sammelbegriff für alle natürlichen, synthetischen und halbsynthetischen sowie opiatartig wirkenden Substanzen. Diese Definition deckt sich auch mit den Begrifflichkeiten in den österreichischen, deutschen und schweizerischen Leitlinien für die Opioid-Substitutionstherapie (Österreichische

Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS), Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP) und Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP), 2017; Bundesärztekammer, 2017; Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin, 2020). Auch wenn also im Folgenden einheitlich von Opioiden gesprochen wird, sei an dieser Stelle doch darauf verwiesen, dass im deutschsprachigen Raum 90% aller Personen mit einer Opioid-Abhängigkeitserkrankung Heroin verwenden und der Konsum von anderen Opioiden vor Beginn einer medizinischen Behandlung nur eine untergeordnete Rolle spielt (Beubler, 2007).

Als Drogen können schließlich alle Substanzen bezeichnet werden, die eine Veränderung der Befindlichkeit, des Bewusstseins und des Verhaltens hervorrufen können, somit psychotrope Substanzen sind. Dazu zählen pflanzliche Wirkstoffe wie Opioide ebenso wie Tabak, Alkohol, Lösungsmittel oder Medikamente (Uchtenhagen, 2000a). In der vorliegenden Master-Thesis wird versucht, wo immer möglich den Begriff Droge für illegalisierte Substanzen vom Schwarzmarkt zu verwenden, in Abgrenzung zum Begriff Medikament, der für ärztlich verschriebene Substanzen steht. Eine Unschärfe ergibt sich jedoch dadurch, dass der Begriff der Substanz auch in der Fachliteratur alternierend für die Begriffe Droge und Medikament verwendet wird sowie durch die mancherorts ausschließliche Verwendung des Begriffs Droge für illegalisierte Substanzen und ärztlich verschriebene Ersatzstoffe (z.B. Burian, 2000), sodass die Abgrenzung nicht durchgängig gelingt.

### **Opioidabhängigkeit: Diagnostische Kriterien, Epidemiologie**

Die Diagnostik von Opioidabhängigkeit erfolgt auch im medizinischen Kontext im Wesentlichen anhand der Kriterien des ICD-10 für „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014) Im Zusammenhang mit dem Konsum von psychotropen Substanzen wird dabei eine Reihe von unterschiedlichen Störungsbildern aufgelistet, z.B. schädlicher Gebrauch, akute Intoxikation oder Entzugssyndrom. Für die vorliegende Master-Thesis sind vor allem die Kriterien für das Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms, im Speziellen von Opioiden, relevant. Um die Diagnose Abhängigkeitssyndrom stellen zu

können, müssen dabei nach ICD-10 mind. 3 der folgenden Kriterien irgendwann in den letzten 12 Monaten gleichzeitig vorhanden gewesen sein (Dilling et al., 2014, S. 115):

- Starker Wunsch oder Zwang, die favorisierte Substanz zu konsumieren;
- Verlust der Kontrollfähigkeit über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums;
- Das Vorliegen eines körperlichen Entzugssyndroms, wenn der Konsum beendet oder reduziert wird bzw. wiederholter Substanzgebrauch, um die Entzugssymptome zu mildern;
- Nachweis einer körperlichen Toleranz der Substanz gegenüber, die sich darin zeigt, dass zunehmend höhere Dosen erforderlich sind, um die anfangs durch niedrige Dosen hervorgerufene Wirkung zu erzielen.
- Die fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums sowie ein hoher Zeitaufwand, um eine bestimmte Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Konsumfolgen zu erholen;
- Der Substanzkonsum wird trotz nachweislicher psychischer und körperlicher Schädigungen fortgesetzt.

Epidemiologische Daten lassen sich für den Bereich der Opioidabhängigkeit nur schätzen, da sich Drogenkonsument\*innen in der Illegalität bewegen und der Zugang zu Versorgungseinrichtungen und Betreuungsangeboten sehr differiert. Meist wird zur Schätzung der Anzahl der Drogenkonsument\*innen die Prävalenz von risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden herangezogen, so z.B. in den regelmäßig erscheinenden Berichten der Gesundheit Österreich GmbH zur Epidemiologie von Substanzkonsum und Personen in Opioid-Substitutionstherapie. Für die Jahre 2018/2019 kamen die Autor\*innen des „Epidemiologiebericht Sucht 2020. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak“ (Anzenberger et al., 2020) dabei auf eine geschätzte Anzahl von 31.000 bis 37.000 Personen in Österreich, die einen risikoreichen Konsum mit Opioidbeteiligung aufwiesen. 53% - 63% dieser Personen wiederum befanden sich in einer OST, für das Jahr 2019 waren dies 19.587 Personen (Anzenberger et al., 2020).

## Zur Pharmakologie von Opioiden

Opioide vermitteln ihre pharmakologischen Effekte über die Opioidrezeptoren (v.a.  $\mu$ -,  $\kappa$ - und  $\delta$ - Rezeptoren sowie Subtypen davon) im Zentralnervensystem, welche für die erregenden und hemmenden Wirkungen verantwortlich zeichnen (Beubler, 2007). Die verschiedenen Substanzen können dabei in Opioidrezeptor-Agonisten und – Antagonisten unterteilt werden, je nachdem, ob ihr Binden an die Opioidrezeptoren eine Opioidwirkung erzielt oder nicht. Bei den Agonisten gibt es zudem den Unterschied zwischen Vollagonisten und Teilagonisten, wobei Erstere eine stärkere Opioidwirkung hervorrufen. Zu den Opioidvollagonisten zählen beispielsweise Morphin und Methadon, Buprenorphin hingegen ist nur ein partieller Opioidagonist. Diese Substanzen werden im Kapitel „Verwendete Medikamente in der OST“ noch genauer beschrieben. Vereinfacht gesagt basiert die Opioidwirkung im Gehirn auf der vermehrten Ausschüttung von Dopamin im Nucleus accumbens, der eine zentrale Rolle im „Belohnungssystem“ des Gehirns spielt. Die Dopaminausschüttung ist dafür verantwortlich, dass bei als angenehm und positiv erlebten Verhaltensweisen ein Lernsignal produziert wird und das Verhalten deshalb auch in Zukunft wiederholt wird (Collège romand de médecine de l’addiction, 2009). Durch die hochgradige Vernetzung wird durch Opioide aber auch die Aktivität von Acetylcholin und Noradrenalin sowie weiterer Neurotransmitter beeinflusst (Tretter, 2007).

Zu den akuten Wirkungen von Opioiden zählen antitussive (hustenreizstillende), analgetische (schmerzlindernde) sowie antidiarrhoische (gegen Durchfall wirksame) Effekte, die vor allem für den medizinischen Gebrauch von Bedeutung sind. Weiters wirken Opioide sedierend, narkotisch, anxiolytisch, hypnotisch und unter Umständen auch antidepressiv. Diese Effekte können aus medizinischer Sicht als Begleiterscheinungen teilweise von Vorteil sein, während es sich bei der Euphorie, Dysphorie, der Atemdepression, Erbrechen, Miosis (Pupillenverengung), Störungen des Blutdrucks und der Temperaturregulation etc. eher um unerwünschte Nebenwirkungen handelt (Beubler, 2007). Bei chronischem Opioidkonsum „gewöhnen“ sich die Opioidrezeptoren an die ständige Anwesenheit von Opioiden, wodurch es zu einer Toleranzentwicklung kommt. Diese kann die Notwendigkeit einer Dosissteigerung nach sich ziehen, besonders dann, wenn mit dem Konsum der Substanz nicht vorrangig therapeutische Effekte erzeugt oder Entzugserscheinungen verhindert, sondern Rauschzustände hervorgerufen werden sollen. Auf Ebene der Neurotransmitter zeigt

sich die Toleranzentwicklung dadurch, dass das Gehirn die Produktion der eigenen Überträgersubstanzen herunterfährt, die Anzahl der entsprechenden Rezeptoren reduziert und die Rezeptoren auf bestimmte Substanzen weniger empfindlich reagieren (Collège romand de médecine de l'addiction, 2009). Es etabliert sich also ein neues Neurotransmitter-Gleichgewicht, das auf Opioide sehr sensibel reagiert und diese Sensibilität auch ein Leben lang behält. In diesem Zusammenhang spricht man auch vom „Suchtgedächtnis“ (Tretter, 2007, S. 215). Alle diese Regulationsmechanismen haben das Ziel, das ursprüngliche Gleichgewicht im Transmittersystem, welches durch chronischen Substanzkonsum gestört wurde, wieder herzustellen (Collège romand de médecine de l'addiction, 2009).

Entgegen der weit verbreiteten Annahme, dass im Zuge einer Überdosierung mit Opioiden Ersticken durch Erbrechen die häufigste Todesursache darstellt, ist die mit einer Opioidüberdosierung einhergehende Atemlähmung tatsächliche Hauptursache für den tödlichen Ausgang einer erhöhten Opioideinnahme.

### **Grundsätzliche Überlegungen zur Abstinenz- versus Akzeptanzorientierung**

Drogenkonsum und sich daraus ergebende Probleme waren bis zur Etablierung von Substanzabhängigkeiten als psychische Krankheiten gesellschaftlichen sowie politischen Strömungen und Restriktionen unterworfen, wobei diese meist nicht das Wohl der einzelnen Suchtkranken zum Ziel hatten, sondern eher die Kontrolle von damit zusammenhängenden gesellschaftlichen Problemen. Laut Eisenbach-Stangl et al. (2000) begannen diese gesellschaftlichen und politischen Restriktionen im Zusammenhang mit dem Konsum von sogenannten „Rauschdrogen“ (Schivelbusch, 1980, zitiert nach Eisenbach-Stangl et al., 2000) nach der industriellen Revolution in Industrieländern, und zwar vorrangig in Bezug auf Alkohol und später Opioide, Kokain und Cannabis, während Tee, Kaffee und Tabak ab diesem Zeitpunkt unbehelligt blieben. Der Staat übernahm also zunehmend mehr Kontrolle über Produktion, Handel und Vertrieb der konsumierten Substanzen, wobei diese Kontrolle in unterschiedlichem Ausmaß auch von verschiedenen sozialen Gruppen und Interessensvertretungen gefordert wurden, was sich z.B. anhand der Geschichte der Alkoholprohibition und Alkoholabgabebeschränkungen in diversen Ländern zeigt (Eisenbach-Stangl et al., 2000). Während der Umgang mit Alkohol stets auf nationaler Ebene geregelt wurde, gibt es in Bezug auf die Kontrolle von illegalen Drogen (Opioide, Kokain, Cannabis) seit

Beginn des 20. Jahrhunderts durch internationale Verträge den Versuch einer Angleichung des Umgangs damit. Dennoch herrschen noch immer mehr oder weniger große Unterschiede in den Drogenpolitiken einzelner Länder vor, die sich auf einem Kontinuum zwischen der Kriminalisierung von (illegalem) Drogenkonsum, der Ansicht, dass Drogenkonsum eine Krankheit sei, die in stationären psychiatrischen Einrichtungen behandelt werden müsse, einem diversifizierten Behandlungsangebot sowie der Akzeptanz von Drogenkonsum als Entscheidung des jeweiligen Individuums bewegen (Eisenbach-Stangl et al., 2000).

Unter dem Schlagwort „Abstinenzparadigma“ versteht man in der Suchttherapie folgerichtig die alleinige Ausrichtung aller Behandlungsbemühungen auf die Abstinenz, d.h. die Konsumfreiheit, von der jeweiligen Droge. Es geht davon aus, dass bei Süchtigen der Drogenkonsum unterbunden werden müsse und eine Heilung von der Sucht nur unter Einhaltung von Abstinenz, also Konsumfreiheit, gelingen könne (Meili, Dober & Eyal, 2004). Damit einhergehend wurde z.B. auch die OST lange Zeit abgelehnt, mit der Begründung, dass mit ihr die Abhängigkeit aufrechterhalten und eine Heilung verunmöglicht werde. Zur Verfolgung des Ziels der langfristigen Abstinenz wurden ab den späten 1970er-Jahren vermehrt stationäre Langzeittherapiestationen aufgebaut.

Erst in der jüngeren Geschichte der Drogenpolitik verbreitete sich zunehmend die Ansicht, dass Drogenkonsum nicht mehr als Verbrechen oder Krankheit anzusehen sei, sondern als Problem verstanden werden könne, für dessen Lösung oder Bearbeitung vor allem das drogenkonsumierende Individuum selbst verantwortlich sei (Eisenbach-Stangl et al., 2000). Dabei geht es wohl weniger darum, die Gesellschaft und Hilfesysteme aus ihrer Verantwortung zu ent- und Süchtige sich selbst zu überlassen, sondern eher um eine grundsätzliche Akzeptanz von gesellschaftlich unerwünschtem Verhalten. Verbunden damit ist auch die Anerkennung der Tatsache, dass Personen sich eigenverantwortlich für oder gegen den Konsum von Substanzen entscheiden und eigenverantwortlich Hilfe annehmen können oder auch nicht, ohne dafür automatisch gesellschaftlich stigmatisiert zu werden.

Ein weitgehend akzeptanzorientierter Umgang mit Suchtkranken und Drogenkonsument\*innen wird z.B. schon seit längerem in den Niederlanden gelebt, wo das vorrangige Ziel der Drogenpolitik weniger in der Abstinenz, sondern vordergründig in der Gesundheit und Sicherheit der Bevölkerung zu suchen ist. Für die Verbreitung

und Akzeptanz dieser liberaleren Haltung in Europa war die Erfahrung wesentlich, dass das Ziel einer drogenfreien Gesellschaft und abstinenter Suchtklient\*innen durch stationäre Langzeittherapien nicht erreicht werden konnte. Viele Klient\*innen wurden durch diese Angebote gar nicht erreicht und zu oft wurden Klient\*innen, die sich für eine stationäre Langzeittherapie entschieden, rückfällig und brachen die Therapie ab. Zudem wurde ab Mitte der 1980er-Jahre die Verbreitung des HI-Virus unter intravenös konsumierenden Personen ein wachsendes Problem. Es zeigte sich also, dass die alleinige Repression von Drogenkonsum, verbunden mit dem „Wegsperrern“ von Klient\*innen in Langzeittherapiestationen, nicht hilfreich war, um den Problemen der Drogenkonsument\*innen und den damit zusammenhängenden gesellschaftlichen Problemen zu begegnen (Eisenbach-Stangl et al., 2000). Rückblickend kann wohl gesagt werden, dass die Bedrohung durch HIV und AIDS in vielen europäischen Staaten dazu führte, dass der Leitgedanke der Abstinenz in der Praxis mehr und mehr in den Hintergrund treten konnte und der Widerstand gegen die OST, auch unter Mediziner\*innen, geringer wurde. Das Ziel der akzeptanzorientierten Suchthilfe ist dabei die Schadensminderung, welche u.a. durch Sprizentauschprogramme, das Einrichten von öffentlichen Konsumräumen oder das Angebot niederschwelliger Sozialarbeit zu erreichen versucht wird. Die OST als schadensmindernde Behandlungsmethode der akzeptanzorientierten Suchthilfe reiht sich in diese Liste von Angeboten ein.

Auch wenn also die Schlagworte Abstinenz- versus Akzeptanzorientierung noch immer oft in einem Widerspruch zueinander verwendet werden, gibt es dennoch die Tendenz, beide Ansätze als gleichwertige, einander ergänzende Konzepte zu begreifen, die bei ein- und derselben Person zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Verlauf einer Suchterkrankung ihre Berechtigung haben. Im Kapitel „Das Paradigma Zieloffener Suchtbehandlung“ wird deutlich, dass in der Suchttherapie die Vereinbarung von realistischen Behandlungszielen mit den Klient\*innen gemeinsam von Beginn an sehr bedeutsam ist und den Erfolg jeglicher Behandlung mitbestimmt. Daraus folgt, dass auch die ärztliche Haltung der Abstinenz- und Akzeptanzorientierung gegenüber ganz wesentlich ist, um die Klient\*innen beim Finden eines realistischen Behandlungszieles möglichst unvoreingenommen unterstützen zu können.

An dieser Stelle sei noch ein Zitat von Meili et al. (2004) angeführt, welches die Problematik der Einordnung von OST als rein akzeptanzorientierte Behandlungsmethode sowie die Verschränkung von Abstinenz- und Akzeptanzorientierung verdeutlicht:

Auch nach über 150-jähriger Auseinandersetzung der Medizin mit der Suchtthematik – später der Psychologie, der Sozialarbeit, der Sozialpädagogik und anderen – wird bis heute mehrheitlich von der Vorstellung ausgegangen, die Suchttherapie habe den Abhängigen und die Gesellschaft von der Sucht zu befreien. Dieser Leitsatz hat seine Gültigkeit bewahrt, auch wenn er oft etwas modifiziert und in ein humaneres Mäntelchen gehüllt daherkommt. Bei Opiatabhängigkeit wird die Substitution als Mittel zur Schadensverminderung weit gehend akzeptiert. Das Kredo heißt dann: Wenn schon nicht abstinente, so doch abstinente von Beikonsum – und langfristig lauert die Abstinenz weiterhin als unumgängliches Ziel. Man könnte diese Haltung „Abstinenzparadigma light“ nennen. Sei es ambulant oder stationär, das Abstinenzparadigma in der Suchttherapie lebt weiter. (Meili et al., 2004, S. 2-3)

Zur weiteren Vertiefung des Diskurses zwischen Abstinenz- und Akzeptanzorientierung folgt nun ein Überblick über die Entzugsbehandlung (Entgiftung) von Opioiden sowie die Opioid-Substitutionstherapie als zwei extreme, prototypische Vertreter dieser Ausrichtungen in der Suchttherapie.

### **Entzugstherapie bei Opioidabhängigkeit**

Entzugssyndrome entstehen generell dann, wenn die ständige Zufuhr einer Toleranz erzeugenden Substanz, wie z.B. Heroin, reduziert oder ganz eingestellt wird (Uchtenhagen, 2000b). Zu den häufigsten Symptomen im Opioid-Entzugssyndrom gehören dabei das Craving (Verlangen) nach Opioiden, Ruhelosigkeit, Schlafstörungen, Schwitzen, Dysphorie, Gliederschmerzen, Nasenlaufen, Zittern, Erbrechen, Diarrhoe etc., wobei die Symptome je nach Person sehr unterschiedlich sein können. Da es kaum möglich ist, anhand der konsumierten Substanz, der Dosierung oder der Dauer des Konsums die Schwere des Entzugssyndroms vorauszusagen, wird heute grundlegend empfohlen, Opioid-Entzugstherapien eher stationär durchzuführen, da vor allem das Opioidcraving sowie die psychischen Unruhezustände eine engmaschige Betreuung während des Entzuges sinnvoll erscheinen lassen (Tretter, 2007).

Ca. 50% der Personen, die einen stationären Entzug beginnen, beenden diesen nicht wie geplant, sondern brechen vorzeitig ab (Hirsch & Tretter, 2000, zitiert nach Tretter, 2007), bei ambulanten Entzügen ist die Abbruchquote nochmals erhöht. Es stellt sich also die Frage nach realistischen Zielen der Entzugsbehandlung, da sich ein erfolgloser Entzugsversuch und das dabei empfundene Scheitern negativ auf die psychische Befindlichkeit der Klient\*innen auswirken kann. Ebenso gilt es zu beachten, dass Opioidkonsum nach einem erfolgreichen Entzugsversuch durch die verringerte Toleranz gegenüber der Substanz mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden ist (Strang et al., 2003). Eine ausführliche Diagnostik von somatischen und psychiatrischen Begleiterkrankungen sowie eine Erhebung der aktuellen sozialen Situation sind deshalb zu Beginn ebenso wichtig wie eine detaillierte Besprechung von realistischen Behandlungszielen (z.B. Vollentzug oder Teilentzug) mit den Klient\*innen. Je nach persönlicher Situation und Behandlungsziel kann dann das Setting (stationär oder ambulant) gewählt werden.

Aus medizinischer Sicht ist das Ziel von Entzugsbehandlungen generell das komplikationsfreie Absetzen von Opioiden (bzw. auch anderer konsumierter, Toleranz erzeugender Substanzen) sowie der Aufbau von Veränderungsmotivation in Bezug auf eine nachfolgende Entwöhnungstherapie (Tretter, 2007; Uchtenhagen, 2000b). Unter Entwöhnung wird dabei die langfristige interdisziplinäre Behandlung von Suchtkranken verstanden, meist mit dem Ziel der dauerhaften Abstinenz. Darüber hinaus kann das Ziel einer Entzugsbehandlung aber auch sein, die Substanzeinnahme wenigstens für eine kurze Zeit zu unterbrechen, z.B. um gefährliche somatische Zustände zu vermeiden oder andere Erkrankungen besser behandeln zu können. Weiters kann ein Teilentzug von Substanzen gewünscht oder auch notwendig sein, um z.B. eine OST vorzubereiten.

In der Regel erfolgt eine medizinisch überwachte Entzugsbehandlung medikamentengestützt, wobei sowohl Opioide zum Einsatz kommen können, die über einen gewissen Zeitraum langsam reduziert werden, als auch andere psychoaktive Medikamente ohne Suchtpotenzial, wie z.B. Clonidin (Tretter, 2007). Obwohl die Behandlung mit Nicht-Opoiden manchmal auch als „kalter Entzug“ bezeichnet wird, versteht man darunter im Normalfall den Entzug von Opioiden ohne jegliche medikamentöse Unterstützung (Tretter, 2007). Meist wird diese Form des Entzugs von suchtkranken Menschen alleine zu Hause durchgeführt, in medizinischen Settings wird der „kalte Entzug“ heute quasi nicht mehr angeboten. In Bezug auf das Setting lautet die

Empfehlung also meist, Entzüge stationär durchzuführen. Nichtsdestotrotz ist es je nach persönlichem Ziel, bei ausreichender Stabilität und beim Vorliegen einer vertrauensvollen Behandlungsbeziehung auch möglich, Entzugsbehandlungen im ambulanten Setting über einen längeren Zeitraum medikamentengestützt durchzuführen. Darüber hinaus können sich Klient\*innen oft erst nach erfolglosen ambulanten Entzugsversuchen für eine stationäre Aufnahme entscheiden, da diese mit dem Aufgeben von vielen Freiheiten verbunden und daher aus Klient\*innensicht oft nicht das Mittel erster Wahl ist. Schließlich stellt sich auch die Frage, inwiefern spezialisierte Entzugseinrichtungen überhaupt vorhanden und wie lange die Wartezeiten für eine Aufnahme sind (Uchtenhagen, 2000b), sodass von der Empfehlung für einen stationären Entzug auch aus anderen Gründen abgesehen werden kann.

### **Opioid-Substitutionstherapie**

Die Opioid-Substitutionstherapie (OST) bezeichnet ganz allgemein die ärztliche Verschreibung von opioidhaltigen Medikamenten an Personen, die eine Opioidabhängigkeit aufweisen. In Österreich ist die orale OST seit 1987 per Erlass geregelt, seit 1997 ist sie zudem im Suchtmittelgesetz (SMG) verankert (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al., 2017). Da detailliertes Wissen über die OST zur Beantwortung meiner Fragestellung vonnöten ist, werden nachfolgend die wichtigsten gesetzlichen Regelungen sowie Informationen zum Ablauf einer OST ausführlicher beschrieben.

### ***Behandlungsziele der OST***

Nach den Leitlinien der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al. (2017) sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (2020) zur OST werden mit dieser allgemein folgende Behandlungsziele verfolgt:

- Reduktion der Mortalität und Morbidität, indem die suchtkranken Menschen einen vereinfachten Zugang zum Gesundheitssystem bekommen und sich so einerseits der allgemeine Gesundheitszustand verbessert, andererseits aber auch Begleiterkrankungen wie HIV-Infektionen, Hepatitis-Infektionen und psychiatrische Komorbiditäten besser behandelt werden können. Die Sterberate bei unbehandelten Opioidabhängigen liegt dabei zwischen 2,5%-

3% pro Jahr (Estermann, 1996, zitiert nach Meili et al., 2004), bei Abhängigen in OST bei rund 1% pro Jahr (Desmond & Maddux, 2000, zitiert nach Meili et al., 2004).

- Reduktion der mit dem illegalen Drogenkonsum verbundenen sozialen Risiken wie Prostitution und Delinquenz, v.a. durch den Zugang zu kontrolliert hergestellten Medikamenten.
- Längeres Verbleiben in der Behandlung im Vergleich zu abstinenzorientierten Behandlungsangeboten.
- Verbesserung der psychosozialen Situation der Betroffenen durch eine dauerhafte Versorgung. Dadurch sind Betroffene z.B. auch weniger dem Risiko von übertragbaren Erkrankungen ausgesetzt. Gleichzeitig führt die Stabilisierung des sozialen Lebens dazu, dass Betroffene eher wieder arbeitsfähig werden und am sozialen Leben teilhaben können.
- Daraus folgend ist ein Ziel auch die Verbesserung der gesamten Lebensqualität sowie die Senkung der volkswirtschaftlichen Kosten, die durch illegalen Drogenkonsum und dessen Folgen entstehen.

Die dargestellten Effekte von OST sind mittlerweile international anerkannt und können als gesichert angesehen werden (Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin, 2020). Dennoch unterliegt die OST nach wie vor einer gesellschaftlichen Bewertung, die in der OST die Verharmlosung von Suchterkrankungen sowie deren Aufrechterhaltung sieht. Auch wird der OST immer wieder vorgeworfen, zur Verbreitung von verschriebenen Substitutionsmedikamenten am Schwarzmarkt beizutragen sowie konsumferne Populationen zu rekrutieren und dementsprechend für Drogentodesfälle verantwortlich zu sein (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al., 2017). Verfechter der OST begegnen diesen Bedenken damit, dass stets aus ärztlicher Sicht der Nutzen und die Risiken der OST bei einer bestimmten Person abzuwägen seien, und verweisen auf die gesetzlichen Regelungen zur adäquaten Durchführung einer OST. Auf keinen Fall aber solle das Missbrauchspotenzial mancher Medikamente dazu führen, dass diese nicht mehr zur OST herangezogen werden dürften, da dies letzten Endes zu einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung Suchtkranker führen und somit den oben beschriebenen Zielen entgegenstehen würde (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al., 2017).

### ***Diagnostische Maßnahmen und Indikationsstellung***

Wie oben bereits kurz angesprochen, folgt die OST klaren medizinischen Richtlinien und rechtlichen Regelungen, die in den folgenden Kapiteln genauer beschrieben werden. Bereits die Indikationsstellung erfolgt unter Einhaltung ganz spezifischer Kriterien. Grundlage einer gesicherten Indikation bilden dabei diagnostische Maßnahmen, die sich zwei Ebenen zuordnen lassen:

- Klinische Diagnostik in Form einer ausführlichen substanzbezogenen, psychiatrischen und somatischen Anamnese auf Grundlage von Klassifikationssystemen. Die Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung im Zusammenhang mit Opioiden nach ICD-10 (Dilling et al., 2014) müssen dabei für eine OST vorliegen. Im Rahmen der klinischen Diagnostik sollte außerdem eine ausführliche Anamnese allfälliger Vorbehandlungen stattfinden.
- Laboruntersuchungen zum Nachweis einer Opioidabhängigkeit (Harnuntersuchungen), zudem Standardlaboruntersuchungen (Blutbild etc.), EKG-Untersuchungen (v.a. bei geplanter Methadonverschreibung), sowie allenfalls die Abklärung von Infektionskrankheiten (v.a. HIV- und Hepatitis-Infektionen) und einer eventuell bestehenden Schwangerschaft.

Auf Grundlage dieser diagnostischen Ergebnisse erfolgt die Indikationsstellung für eine OST schließlich dann, wenn das Vorliegen einer Opioidabhängigkeit nach den Kriterien des ICD-10 (Dilling et al., 2014) gesichert scheint. Für diesen Fall stellt die OST das Mittel erster Wahl dar und soll im Regelfall zeitlich nicht begrenzt werden, wobei natürlich im Rahmen der Indikationsstellung die Vor- und Nachteile der OST gegenüber anderen Behandlungen (z.B. Entzugsbehandlung) abzuklären sind (vor allem hinsichtlich Morbidität und Mortalität, Nebenwirkungen, Reduktion des Konsums anderer Substanzen, Lebensqualität und sozialer Integration). Dies beinhaltet auch den Ausschluss von medizinischen Kontraindikationen. Das Vorliegen von psychiatrischen Komorbiditäten, einer Schwangerschaft oder auch des Beikonsums anderer illegaler Drogen stellt dabei ausdrücklich keine medizinische Kontraindikation dar, die OST kann im Gegenteil zu einer Stabilisierung der jeweiligen Situation beitragen. Im Sinne des informierten Einverständnisses ist es im Rahmen der Indikationsstellung schließlich von enormer Bedeutung, dass die Klient\*innen die Entscheidung für oder gegen eine OST auf der Basis von ausreichend verständlicher Information über Nutzen, Risiken und

Nebenwirkungen selbständig treffen und die individuellen Behandlungsziele mit den behandelnden Ärzt\*innen regelmäßig besprochen werden können.

### ***Verwendete Medikamente in der OST***

In Österreich stehen im Wesentlichen vier unterschiedliche Medikamente für die OST zur Verfügung, die nachfolgend kurz beschrieben werden, da sie sich in ihren Wirkungen und Nebenwirkungen unterscheiden und dementsprechend für unterschiedliche Personen mehr oder weniger geeignet sind. Darüber hinaus gibt es noch weitere Medikamente, die im Rahmen der OST zur Anwendung kommen können, jedoch weit weniger verbreitet sind.

#### *Razemisches (levo- und dextro-) Methadon*

Methadon ist das historisch erste Medikament, das im Rahmen der OST eingesetzt wurde. Es handelt sich dabei um einen Opioidagonisten, verwendet wird das Razemat, eine Mischung aus rechts- und linksdrehender Molekülform. Die Wirkung von Methadon basiert auf dem vollständigen Agonismus am  $\mu$ -Opioidrezeptor und ist deshalb der Wirkung von Morphin sehr ähnlich. Es besitzt eine stark analgetische (schmerzstillende) Wirkung. In optimaler Dosierung führt das Methadon zu einer Verringerung des Verlangens nach Opioiden sowie zu einer Verhinderung der Opioidentzugssymptomatik und erfüllt damit zwei wesentliche medizinische Ziele der OST. Dosisabhängig kann Methadon auch eine sedierende Wirkung entfalten, was z.B. für die Fahrtüchtigkeit, aber auch für die persönliche Akzeptanz des Substitutionsmedikaments eine große Bedeutung hat. Methadon wird im Allgemeinen in flüssiger Form einmal täglich verabreicht, wobei die Verabreichung in flüssiger Form die missbräuchliche intravenöse Verwendung erschweren soll. Der langsame Anstieg der Serumkonzentration wird unter anderem als eine Ursache dafür angeführt, dass Methadon kaum eine euphorisierende Wirkung aufweist. Die häufigsten Nebenwirkungen von Methadon sind Müdigkeit, Benommenheit, Schwitzen, Übelkeit, Obstipation, Gewichtszunahme, Anhedonie, Niedergeschlagenheit, Dysphorie und Antriebsarmut sowie endokrin-bedingte Störungen (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al., 2017).

### *Levo-Methadon*

Levo-Methadon ist die linksdrehende Form des Methadons. Diese linksdrehende Molekülform ist die am  $\mu$ -Opioidrezeptor wirksame Substanz des Methadon-Razemats und vermittelt somit die angestrebte Substitutionswirkung. Die für das razemische Methadon beschriebenen Nebenwirkungen werden vor allem der rechtsdrehenden Form zugeschrieben, auch, was die sedierende Wirkung anbelangt. Levo-Methadon wird von den meisten Klient\*innen gut vertragen, die Nebenwirkungen sind deutlich weniger vorhanden und die Klient\*innen benötigen nur 50% der Dosis, die sie mit dem razemischen Methadon benötigen würden.

### *Buprenorphin*

Buprenorphin ist ein partieller Agonist am  $\mu$ -Opioidrezeptor und zeigt demnach eine geringere Wirkung als Methadon und Morphin. Dennoch hat auch Buprenorphin eine starke analgetische Wirkung und führt zur Verhinderung von Opioidentzugssymptomen sowie zur Verringerung des Verlangens nach Opioiden. Vorteilhaft für die OST ist die Eigenschaft von Buprenorphin, dass es auch in höheren Dosen kaum eine sedierende Wirkung zeigt. Buprenorphin wird oral (sublingual) verabreicht, wobei es aufgrund der langen Rezeptorbindung prinzipiell auch nur alle 2-3 Tage eingenommen werden könnte. In Bezug auf die Anwendungssicherheit ist relevant, dass Buprenorphin ein begrenztes Wirkungsmaximum hat („ceiling-effect“), weshalb Überdosierungen durch Atemdepression kaum möglich sind (Werner, 2007). Als Nebenwirkungen werden für Buprenorphin vor allem Kopfschmerzen, Übelkeit und Appetitreduktion sowie Angstgefühle und Agitiertheit beschrieben.

### *Morphin in retardierter Form*

Morphin ist ein Vollagonist am  $\mu$ -Opioidrezeptor und besitzt demnach alle für die OST wünschenswerten Wirkungen wie Verringerung der Entzugserscheinungen, Verringerung des Verlangens nach Opioiden sowie Sedierung. Mittlerweile wird Morphin fast nur noch in der retardierten (nicht-flüssigen) Form als Tabletten oder Kapseln zur OST verschrieben, die über eine kontinuierliche und gleichmäßige Freisetzung des Wirkstoffs im Körper eine einmal tägliche Einnahme erlauben. Retardiertes Morphin ist das Medikament, dem am häufigsten die missbräuchliche Verwendung in Form von intravenösem Konsum nachgesagt wird und das am Schwarzmarkt nach Heroin den höchsten Stellenwert hat. Dennoch stellt es aufgrund seines spezifischen

Wirkungsprofils eine wichtige Alternative zu den anderen beschriebenen Medikamenten dar.

Der Vollständigkeit halber sei angeführt, dass in seltenen Fällen neben den eben beschriebenen Medikamenten noch weitere in der OST Verwendung finden, die jedoch mangels Zulassung zur OST in Österreich für die Langzeitbehandlung kaum eine Rolle spielen. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Codein und Tramadol. Die Substitution von Straßenheroin durch die ärztlich kontrollierte Abgabe von pharmazeutischem Heroin (Diacetylmorphin) an Heroinabhängige, die vor allem in Großbritannien, der Schweiz und den Niederlanden praktiziert wird, ist in Österreich aufgrund der gesetzlichen Regelungen untersagt.

### ***Auswahl des Substitutionsmedikaments***

Eine zentrale Voraussetzung für den Verbleib in der Behandlung und damit den Erfolg einer OST ist die Akzeptanz des verschriebenen Medikaments sowie dessen Verträglichkeit durch die Klient\*innen. Die Wahl des passenden Substitutionsmedikaments gemeinsam mit den Klient\*innen ist somit von großer Bedeutung. Dabei geht es nicht nur um das persönliche Wohlfühl der Klient\*innen während der Behandlung, sondern spezifisch auch um die Berücksichtigung des jeweiligen Wirkprofils eines Medikaments und mögliche Interaktionen mit zusätzlichen somatischen oder psychiatrischen Symptomen bzw. Medikamenten, die im Rahmen von komorbiden Erkrankungen eingenommen werden (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung der Suchtkrankheit et al., 2017). Während z.B. die sedierende, dämpfende Wirkung des Methadons für manche Klient\*innen von Vorteil sein kann und z.B. Personen mit Persönlichkeitsstörungen in ihrem Wohlbefinden diese abschirmende Wirkung oft als angenehm erleben, wird dieselbe Wirkung von anderen Klient\*innen wiederum als störend erlebt. Bei diesen Klient\*innen könnte der Einsatz von Buprenorphin vorteilhafter sein, da viele Klient\*innen berichten, sich unter Buprenorphin wacher und klarer zu fühlen (Matschinski, 2000). Zudem gibt es die Erfahrung des emotionalen „Abgeschirmtseins“ unter Morphin (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken et al., 2017), die von manchen Klient\*innen ebenso erwünscht ist. Erfahrungen vieler Kliniker gehen auch dahin, dem Buprenorphin eine antidepressive Wirkung sowie dem Morphin eine antipsychotische Wirkung nachzusagen (Comfort, 1977; Gold, Pottash, Sweeney, Martin & Extein, 1982).

Die Bestätigung dieser Annahmen in klinischen Studien gestaltet sich jedoch aufgrund ethischer Richtlinien sehr schwierig. Unabhängig davon muss im Einzelfall das jeweilige Substitutionsmedikament an die Bedürfnisse und Erfahrungen der Klient\*innen angepasst werden, weshalb diese von einer großen Bandbreite an möglichen Substitutionsmedikamenten sehr profitieren können.

### ***Die Dosisfindung***

Nach der Wahl des richtigen Substitutionsmedikaments stellt die anfängliche Einstellungsphase die kritischste Zeit in Bezug auf die Mortalität, aber auch das Verbleiben in der Behandlung, dar: grundsätzlich ist die Initialdosis mit der schon bestehenden Opioidtoleranz abzugleichen (Uchtenhagen, 2000c), wobei meist mit einer niedrigeren Anfangsdosis begonnen wird, um Überdosierungen zu vermeiden. Eine niedrige Anfangsdosis reduziert zwar das Risiko einer Überdosierung, führt aber im Gegenzug zu Entzugsserscheinungen und deshalb bei einzelnen Klient\*innen auch zu einem Beikonsum von anderen Opioiden, wodurch wiederum das Risiko einer Überdosierung sowie das Risiko für den Abbruch der Behandlung steigt. Aus diesem Grund werden kurzfristige Wiederbestellungen mit Anpassung der Opioidsubstitutionsdosis nach klinischer Symptomatik empfohlen. Im Normalfall sollte nach 5-7 Tagen die passende Erhaltungsdosis erreicht worden sein.

Die Frage, was eine passende und optimale Erhaltungsdosis ist, wird dabei immer nur im Einzelfall zu entscheiden sein. Es gibt zwar internationale und nationale Empfehlungen dahingehend, welche zulässige Tageshöchstdosis für ein bestimmtes Substitutionsmedikament nicht überschritten werden sollte (z.B. Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al., 2017; Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin, 2020). Internationale Studien belegen jedoch, dass die Dosis jedenfalls ausreichend sein sollte in dem Sinne, dass es bei den Klient\*innen ein subjektives Wohlbefinden und keine subjektiven oder objektivierbaren Entzugssymptome gibt, da diese meist nur einen Beikonsum von anderen Opioiden sowie einen Abbruch der Behandlung zur Folge haben (Leavitt, Shinderman, Maxwell, Eap & Paris, 2000). Geht man davon aus, dass es sich bei einer Opioid-Abhängigkeitserkrankung um eine chronische Erkrankung handelt, die auch eine chronische Behandlung vonnöten macht, sollte somit auch bei der Dosisfindung eine gewisse Flexibilität in Bezug auf das individuelle Verhalten und Erleben unter einem

Substitutionsmedikament gegeben sein. Auf die Frage, welche Aspekte der Beziehung zwischen Ärzt\*in und Klient\*in hier zum Tragen kommen, wird später noch genauer eingegangen.

Interessant sind im Zusammenhang mit der Wahl des Substitutionsmedikaments und der Dosisfindung auch die Aussagen von Payte (2004) in Bezug auf das subjektive Wohlbefinden von Klient\*innen in OST. Als Komfortzone oder normale Stimmungslage („Normophorie“) bezeichnet er dabei den Bereich der Normalität in der Stimmung, die bei opioidabhängigen Menschen in OST zwischen der Dysphorie bei Vorliegen von Entzugserscheinungen einerseits, sowie der Euphorie, Intoxikation und schließlich Überdosierung bei Vorliegen eines Substanzeffekts andererseits liegt. In dieser Komfortzone liegt auch die Wirkung des Methadons, welches langsam anflutet und über 24 Stunden gleichmäßig wirkt. Eine adäquate Dosis (= Erhaltungsdosis) des Substitutionsmedikaments führt demnach dazu, dass die Klient\*innen weder relevante Entzugserscheinungen, noch deutlich spürbare „Kicks“ durch das Medikament haben, sich also im Tagesverlauf immer ähnlich „normal“ fühlen (Payte, 2004). Was für viele Klient\*innen eine wünschenswerte Folge der OST ist, stellt für andere ein Hindernis für den langfristigen Verbleib auf einer bestimmten Erhaltungsdosis oder in der OST generell dar, da aufgrund der veränderten Regulationsmechanismen im Gehirn mit der Erhaltungsdosis auch schon geringe euphorische Effekte nicht mehr erzielt werden können.

Folglich ist die Wahl des richtigen Substitutionsmedikaments und der richtigen Erhaltungsdosis nicht nur für das persönliche Wohlbefinden und die Minimierung des Mortalitätsrisikos wesentlich, sondern auch für die soziale Teilhabe der Klient\*innen und damit verbunden die langfristige psychosoziale Stabilisierung.

### ***Verlaufsformen der OST und gesetzliche Regelungen***

Laut Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al. (2017) ist der normale Verlauf einer OST eine Dauertherapie, da ja auch die zugrunde liegende Suchterkrankung als chronische Erkrankung angesehen wird. Bei der Dauertherapie kann die optimale Erhaltungsdosis unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle prinzipiell lebenslang beibehalten werden. Änderungen der sozialen, somatischen oder psychischen Gegebenheiten können aber auch Änderungen in der Dosis, des Substitutionsmedikaments oder der

Begleitmedikation nach sich ziehen. Schließlich ist es auch möglich, die OST geplant zu beenden, mit einer dauerhaften Abstinenz als Folge. Letzteres kommt erfahrungsgemäß jedoch eher selten vor, im Langzeitverlauf nach Beendigung einer OST zeigen Studien immer wieder sehr hohe Rückfallsraten (Payte, 2004). Festzuhalten ist, dass es für die erzwungene Reduktion der OST oder eine erzwungene Ein- oder Umstellung auf andere Medikamente keine medizinische Indikation gibt.

Die OST unterliegt einer Vielzahl an gesetzlichen Regelungen, die sich zum Teil länderspezifisch unterscheiden. Nachfolgend werden die wichtigsten für Österreich geltenden Regelungen kurz beschrieben:

- Verschreibung und Abgabe der Medikamente: das Substitutionsmedikament muss mittels eines Suchtgiftrezeptes vom verschreibenden Arzt/der verschreibenden Ärztin verordnet werden. Die Ärzt\*innen müssen speziell für die Opioid-Substitutionsbehandlung ausgebildet sein und regelmäßige Fortbildungen nachweisen. Das Suchtgiftrezept wird in der Dauerbehandlung meist für einen Monat ausgestellt, dieses muss von einem Amtsarzt oder einer Amtsärztin viduiert werden, sodass eine zentrale Erfassung ermöglicht und Mehrfachverschreibungen durch verschiedene Ärzt\*innen unterbunden werden können. Die Ausgabe der Medikamente erfolgt schließlich täglich in einer von den Klient\*innen selbst gewählten Apotheke.
- Mitgabemodalitäten: im Normalfall müssen die Klient\*innen ihre Apotheke täglich aufsuchen und das verschriebene Substitutionsmedikament dort unter Sicht einnehmen. Es gibt zwar die Möglichkeit einer Mitgabe des Substitutionsmedikamentes, diese ist jedoch nur unter bestimmten, individuell zu klärenden Bedingungen zu gewähren, abhängig von der Stabilität der Klient\*innen. Oberstes Gebot ist hierbei die Abwägung des individuellen Risikos. Es muss beachtet werden, dass nicht nur liberale Mitgaberegulungen mit Risiken verbunden sind (z.B. intravenöser Konsum, Weitergabe an andere), sondern auch die Verweigerung der Mitgabe (eigenmächtig angepasste Dosisänderungen sind häufiger, es werden häufiger Informationen über den tatsächlichen (Bei-)Konsum verschwiegen, Therapieabbrüche sind häufiger). Die wichtigsten Kriterien zur Entscheidung über eine Mitgabe sind die Plausibilität des Grundes (z.B. Berufstätigkeit, Ausbildung, Reise), die Qualität der Behandlungsbeziehung, die psychische, somatische und soziale

Stabilität (z.B. stabiles soziales Umfeld, Arbeitsplatz etc.), ein stabiles Konsumverhalten sowie das Fehlen von polizeilichen Anzeigen im Zusammenhang mit Suchtmitteln (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al., 2017).

- Harnuntersuchungen: obwohl regelmäßig durchgeführte Harnuntersuchungen nur wenige diagnostische Hinweise zulassen, werden diese im Rahmen einer OST dennoch empfohlen, vor allem zur Unterstützung der Diagnose Opioidabhängigkeit sowie um das verschriebene Opioid im Harn aus forensischen Gründen nachweisen zu können (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al., 2017). Einschränkend muss für den Nachweis von anderen eventuell zusätzlich konsumierten Substanzen gesagt werden, dass es sich bei einer Harnuntersuchung immer nur um eine Momentaufnahme handeln kann und die meisten Substanzen im Harn eher nur kurz nachweisbar sind. Dem Vorhandensein einer vertrauensvollen Behandlungsbeziehung, die Offenheit in Bezug auf den Beikonsum von anderen Substanzen zulässt, ist also als diagnostisches Instrument meist der Vorzug zu geben.

Bezüglich der Dauerverschreibung von Opioiden muss im Langzeitverlauf mit dem Auftreten von vor allem somatischen Folgeerscheinungen gerechnet werden. Die Obstipation und damit einhergehend der Verlust von Lebensqualität betrifft dabei einen Großteil der substituierten Klient\*innen, ebenso schlafbezogene Atemstörungen bzw. Schlafapnoe und die Prävalenz von Depressionen (Baldini et al., 2012, zitiert nach Haltmayer, 2013). Abhängig von einer hohen Dosis ergeben sich in höherem Lebensalter zudem eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit sowie ein erhöhtes Risiko für Knochenbrüche, wobei dies auch mit Phänomenen wie Schwindel und Benommenheit zusammenhängen könnte, die im Alter vermehrt auftreten (Chou, 2009, zitiert nach Haltmayer, 2013; Miller, 2001, zitiert nach Haltmayer, 2013). Schließlich konnte ein starker Einfluss einer Dauermedikation mit Opioiden auf das endokrine System nachgewiesen werden (Vuong, 2010, zitiert nach Haltmayer, 2013): der damit zusammenhängende Hypogonadismus führt bei Männern vor allem zu Müdigkeit, Depression, Libidoverlust, Osteoporose, Infertilität, Gewichtszunahme, Abnahme des Hodenvolumens etc., bei Frauen zusätzlich zu einem erhöhten Angstniveau, emotionaler Instabilität und Amenorrhoe (Haltmayer, 2013). Diese Langzeitfolgen sollten

also mit den Klient\*innen ausreichend besprochen und mögliche, schon zu Beginn bestehende Risikofaktoren abgeklärt werden.

### ***Die Beziehung zwischen Ärzt\*in und Klient\*in***

Bereits weiter oben wurde auf die Bedeutung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen behandelndem Arzt/behandelnder Ärztin und Klient\*in hingewiesen. Viele Klient\*innen sind aufgrund ihrer Erfahrungen mit der Substanzabhängigkeit geprägt von Gefühlen der Angst und Unsicherheit, das Suchtmittel nicht rechtzeitig besorgen zu können und deshalb Entzugserscheinungen zu entwickeln (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al., 2017). Diese Angst zeigt sich während der Behandlung mit einer OST oftmals durch forderndes Verhalten in Bezug auf die Art und Dosis des Substitutionsmedikaments, das Vorliegen weiterer psychischer Erkrankungen kann sich dabei noch erschwerend auswirken. Laut Leitlinie kann die Behandlung mit einer OST ausschließlich gesundheits- bzw. krankheitsbezogene Ziele verfolgen, wobei z.B. auch eine Veränderung der Behandlung (z.B. Dosisreduktion oder Verweigerung der Mitgabe) nicht als disziplinierende Maßnahme durchgeführt werden darf. Grundsatz all dessen bildet dabei das informierte Einverständnis, d.h. die Aufklärung der Klient\*innen über die Art der Behandlung, Risiken und Nebenwirkungen etc., sowie das darauf aufbauende, auf beiden Seiten freiwillige Zustandekommen eines Behandlungsvertrages. Die Beziehung zwischen Ärzt\*in und Klient\*in sollte daher von größtmöglicher Offenheit getragen sein, da nur so der schadensmindernde und akzeptanzorientierte Anspruch der OST zum Tragen kommen kann. Gleichzeitig soll mit der OST eine größtmögliche Autonomie auf Seiten der Klient\*innen unterstützt werden. Dies erscheint insofern als nicht ganz einfache bis unlösbare Aufgabe, als die OST eben zahlreichen gesetzlichen Regelungen unterworfen ist und die verschreibenden Ärzt\*innen letztlich eben doch die Macht haben, über Art und Dosis des verschriebenen Substitutionsmedikaments sowie die Ausgestaltung der Mitgabe zu entscheiden. Tiapal und Sanin (2016) werfen in ihrem Artikel einen kritischen Blick auf die OST und beschäftigen sich mit der Frage, warum es trotz aller Vorteile dieser Behandlung noch immer ca. 40% an Opioidkonsument\*innen in Österreich gibt, die sich nicht in OST befinden. Neben Faktoren, die den Zugang zu den medizinischen Angeboten, v.a. für die Bevölkerung in ländlichen Regionen, betreffen, scheint es mit dem Eintreten in eine OST auch einen

subjektiv erlebten Verlust an Autonomie zu geben. Die Klient\*innen würden sich laut den Autor\*innen in hierarchische Gesundheitssysteme begeben, in denen sie als Kranke angesehen würden und durch die vielen gesetzlichen Regelungen der OST die Suchterkrankung zementiert werde. Abgesehen von gesellschaftspolitischen Interessen, die in der OST wie wohl in keiner anderen medizinischen Behandlungsform präsent sind, beeinflusst laut Tiapal und Sanin (2016) die ärztliche Haltung ganz entscheidend, wie stark dieser Autonomieverlust tatsächlich ist und erlebt wird. Auf die Auswirkungen dieser Regelungen auf die therapeutische Haltung und die therapeutische Beziehung wird im Kapitel „Glaubenssätze von Psychotherapeut\*innen und die Auswirkung von Haltungen auf den therapeutischen Prozess“ noch eingegangen, auf Wechselwirkungen der Beziehungen zwischen Ärzt\*in/Therapeut\*in/Klient\*in kann im Rahmen der vorliegenden Master-Thesis aus Platzgründen jedoch nicht weiter eingegangen werden.

### ***Begleitende Betreuungsangebote***

In der Leitlinie wird sowohl von der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchkrankheit et al. (2017), als auch von der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (2020) grundsätzlich festgehalten, dass eine begleitende psychosoziale Betreuung für Personen in OST zur Verfügung stehen, die Inanspruchnahme dieser Maßnahmen jedoch keine Bedingung für die Aufnahme in die OST darstellen soll. Damit wird ein weiteres Mal die Wichtigkeit eines niederschweligen Zugangs zur OST herausgestellt, wobei gleichzeitig auch die Wichtigkeit eines zusätzlichen Angebotes betont wird und dass der Bedarf von begleitenden Maßnahmen stets individuell anzupassen sei. Als begleitende Angebote gelten dabei sowohl medizinische Maßnahmen (allgemeinmedizinische Behandlungen, HIV- und Hepatitis-Behandlungen, psychiatrische Behandlungen etc.), als auch alle Formen von sozialarbeiterischen, psychologischen oder psychotherapeutischen Maßnahmen, die meist unter „psychosoziale Angebote“ zusammengefasst werden. Der Stellenwert, der den einzelnen Maßnahmen dabei zugeschrieben wird, ist je nach Land und Einrichtung unterschiedlich zu bewerten (Gerlach & Stöver, 2007). In Deutschland ist es z.B. rechtlich verpflichtend, während einer OST an einer gleichzeitigen psychosozialen Betreuung teilzunehmen. Dennoch steht ambulante Psychotherapie als Kassenleistung für Personen in OST in Deutschland erst seit 2011 zur Verfügung und

auch nur unter Einhaltung von strikten Regeln und dem langfristigen Ziel der Abstinenz seitens der Klient\*innen (von Blanc, 2011), womit eine pauschale Bewertung von substituierten Klient\*innen als psychotherapiefähig nur unter bestimmten Umständen und mit bestimmten Zielen einhergeht. Insgesamt zeigt sich also eine große Bandbreite an zur Verfügung stehenden Begleitmaßnahmen, die oftmals mehr von politischen Interessen und weniger von den tatsächlichen Bedürfnissen der Betroffenen abhängig zu sein scheinen (Gerlach & Stöver, 2007). Dies zeigt sich nicht zuletzt auch daran, dass viele stationäre, aber auch tagesklinische Angebote für Personen in OST ausdrücklich nicht zugänglich sind und die OST hier als Ausschlusskriterium gilt (z.B. in medizinischen Reha-Einrichtungen oder bei tagesklinischen Angeboten für Menschen mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ etc.).

## **Sucht und Opioid-Substitutionstherapie aus psychotherapeutischer Sicht**

Während im ersten Teil medizinische Grundlagen der Behandlung von Suchterkrankungen beschrieben wurden, rücken nun psychotherapeutische Perspektiven in den Vordergrund. Auch wenn sich in der Behandlung von Suchterkrankungen in den letzten Jahren eine zunehmend schulenübergreifende Praxis etabliert hat, existieren dennoch je nach psychotherapeutischer Schule unterschiedliche Konzepte zur Behandlung von Suchterkrankungen, die meistens auf spezifischen ätiologischen, aber auch ideologischen Annahmen beruhen. Im Rahmen der vorliegenden Master-Thesis werden die theoretischen und praktischen Überlegungen anderer psychotherapeutischer Schulen nur in dem Maße vorgestellt, in dem sie in Bezug auf das Thema Abstinenz- und/oder Akzeptanzorientierung relevante Beiträge liefern.

Bevor im nächsten Kapitel auf die theoretischen Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie eingegangen wird, werden hier zunächst Ansätze aus psychoanalytisch und tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapieschulen, der Verhaltenstherapie sowie der Integrativen Therapie besprochen. Die Auswahl erfolgte, wie im Kapitel „Literaturrecherche“ bereits ausführlicher beschrieben, auf Basis unterschiedlicher Kriterien: Während die psychoanalytisch/tiefenpsychologisch orientierte Schule und die Verhaltenstherapie in Deutschland zu den gesetzlich anerkannten Verfahren zählen, die eine Abrechnung mit den Krankenkassen möglich machen, und es aufbauend darauf viel Erfahrung und theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht und OST gibt, liegen für die Integrative Therapie differenziert ausgearbeitete Konzepte für die Suchttherapie vor. Aufgrund ihrer theoretischen Nähe zur Integrativen Gestalttherapie ist ihr somit ein eigenes Kapitel gewidmet. Sodann werden schulenübergreifende Konzepte vorgestellt, die nicht eindeutig einer psychotherapeutischen Schule zuzuordnen sind und die z.B. auch Erkenntnisse aus der Bindungsforschung oder der Psychotraumatologie mit einbeziehen. Ziel dieser Übersicht ist es, eine Einschätzung darüber zu bekommen, welche Haltung psychotherapeutische Schulen und ihre Vertreter\*innen in der Suchttherapie einnehmen und was dies für die Behandlung von Menschen mit einer Opioid-Abhängigkeitserkrankung in OST bedeutet.

An dieser Stelle sei nochmals auf die wesentlichen thematischen Einschränkungen der vorliegenden Master-Thesis hingewiesen, dass nämlich der Fokus auf der ambulanten Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit liegt.

Überlegungen zur stationären Therapie von Suchterkrankungen oder der ambulanten Psychotherapie von Menschen mit Mehrfach-Substanzabhängigkeiten, wie z.B. Opioid- und Alkoholabhängigkeit, werden, wenn überhaupt, nur am Rande von Interesse sein. Eine genauere Auseinandersetzung mit grundsätzlichen Überlegungen zur Entstehung und Behandlung von Suchterkrankungen findet nur insofern statt, als diese Erkenntnisse für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Master-Thesis zu liefern imstande ist.

### **Psychoanalytisch, tiefenpsychologisch und psychodynamisch fundierte Ansätze**

Die Entwicklung der psychoanalytischen Suchttheorien lässt sich grob einteilen in triebtheoretische Ansätze, ich-psychologische Theorien sowie später die Selbstpsychologie und Objektbeziehungstheorie der Sucht (Bilitza, 2008a). Somit orientierten sich die theoretischen Überlegungen zu Suchterkrankungen an den zentralen Paradigmen der Psychoanalyse und ihrer Vertreter\*innen. Laut Bilitza (2008b) gebe es somit nicht die eine Psychoanalyse der Sucht, sondern in Bezug auf Entwicklungs- und Konfliktpathologie sowie Psychotraumatologie unterschiedliche Theorien, die sich jedoch in folgender Vorstellung einig seien: Sucht entstehe nicht einfach bei einer ansonsten seelisch völlig unauffälligen Entwicklung, sondern als Symptom oder Ergebnis einer bereits bestehenden seelischen Krankheitsentwicklung. Die Unterschiedlichkeit der Ansätze unterstreicht auch Wurmser (2000), wenn er sagt, dass es keine einheitliche Persönlichkeitsstruktur von Süchtigen gebe, die in ihrer inneren Dynamik kohärent sei und daher von einem einheitlichen Behandlungskonzept profitieren würde. Nachfolgend werden einige ausgewählte Überlegungen skizziert, immer mit Blick auf die Abstinenz- und Akzeptanzorientierung der jeweiligen Theorie.

Rost (1994) versteht psychoanalytische Suchttherapie als Therapie der Grundstörung, wenn auch in einem modifizierten Setting. So plädiert er beispielsweise für eine Aufhebung des Couch-Settings, um zu große Regression zu verhindern, das Aufgeben einer übermäßigen therapeutischen Abstinenz, stattdessen für eine aktivere und supportive Technik sowie das Arbeiten mit gesunden Anteilen (Rost, 2008). Auch wenn er in seinem früheren Artikel zum psychoanalytischen Ansatz noch meint, dass bei Klient\*innen mit schweren Grundstörungen die Abstinenzorientierung als alleinige Zielvorstellung an ihren Bedürfnissen vorbeigehe (Rost, 1994), kehrt er doch später zu

einer Abstinenzforderung zurück. Er meint, dass das Vorliegen einer manifesten Sucht aus psychoanalytischer Sicht unbedingt als Ausschlusskriterium für eine ambulante (kassenfinanzierte) Psychotherapie zu sehen sei (Rost, 2008). Das Suchtmittel sei als zentrales Liebesobjekt viel zu mächtig, so dass sich neben ihm keine tragfähige Beziehung entwickeln könne und somit ein Arbeiten an der meist zugrundeliegenden Beziehungsstörung nicht möglich sei. Laut Rost (2008) ist Sucht immer eine Abwehrformation oder Reaktionsbildung auf tiefer liegende Störungen (Depressionen, Traumatisierungen, Ängste etc.), die jedoch erst bei vorliegender Abstinenz vom Suchtmittel manifest werden würden. Er folgert daraus, dass die Abstinenz für die Psychotherapie der Grundstörung unabdingbar sei, und zwar schon vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie. Rückfälle gehörten zwar zum Symptom Sucht dazu, sind für Rost (2008) aber meist Ausdruck von Störungen oder Konflikten in der analytischen Beziehung und daher auch auf Beziehungsebene zu klären.

Relativ unbestritten scheint also die Ansicht, dass Rückfälle im Rahmen von Suchterkrankungen zum chronifizierten Krankheitsgeschehen dazu gehören. Büchner (2008) sieht den Rückfall zwar als Verschlimmerung der Erkrankung, plädiert aber dafür, bei Rückfällen die therapeutischen Bemühungen zu intensivieren und von einem Therapieabbruch unbedingt abzusehen. Dies schlägt sich auch in seiner Haltung nieder, Rückfälle nicht überzubewerten, sondern bei der Beurteilung von Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung die Entwicklung der Persönlichkeit in den Mittelpunkt zu stellen (Büchner, 2008). Während sich hier also einerseits eine weniger moralisierende Haltung suchtkranken Menschen gegenüber zeigt, wird andererseits die Abstinenz als Ziel jeglicher Behandlungsbemühungen nicht in Frage gestellt.

Schultze-Dierbach widmet sich in ihrem 1995 erschienenen Buchbeitrag „Therapieziele in der Suchtkrankenbehandlung“ einer differenzierten Analyse von Therapiezielen im Bereich der Suchtkrankenhilfe sowie der Personen, Institutionen und Haltungen, die diese Ziele beeinflussen und bestimmen. Zwar betont Schultze-Dierbach (1995) die unbedingte Notwendigkeit, die Therapieziele mit den Klient\*innen auf Basis einer realistischen Einschätzung abzustimmen. Gleichzeitig lauert jedoch die Abstinenz als Goldstandard jeglicher therapeutischer Bemühungen im Hintergrund und die Möglichkeit von Nicht-Abstinenz existiert nur als notwendiges Übel in dem Maße, in dem Abstinenz bei einer bestimmten Person nicht realistisch scheint:

Wir stehen vor der Notwendigkeit, Therapieziele wie *Abstinenz* oder *Autonomie* differenzierter sehen zu müssen, zum Beispiel [sic] herauszufinden, welche Abhängigkeiten jeweils am wenigsten schaden. Wir sind letztlich, was wohl am schwierigsten zu entscheiden ist, weil es sehr weitreichende Auswirkungen auf das Leben des Patienten hat, sogar manchmal gefordert, uns und ihm einzugestehen, daß es zum Suchtmittel oder zu seinem Ersatz keine Alternative gibt. Das kann den äußeren Erfolgsdruck, unter dem Therapeuten stehen, mindern, weil sie ein Scheitern ihrer Bemühungen in Kauf nehmen dürfen. (Schultze-Dierbach, 1995, S. 111)

Burian (2000) schreibt in Bezug auf die Indikation von Psychotherapie bei suchtkranken Menschen, dass zu Beginn die Drogenabstinenz rigoros zu kontrollieren sei und er geht davon aus, dass Psychotherapie meist erst dann eingesetzt werde, wenn andere Behandlungsformen versagt hätten. Zwar anerkennt er, dass Psychotherapie anfangs eine Ergänzung zur Substitution sein könne, fordert jedoch, dass sich die Klient\*innen zumindest in der Ausschleichphase der OST befinden sollten, bevor eine ambulante Psychotherapie durchgeführt werden könne. Er spricht sich somit ebenfalls für einen stufenweisen Prozess aus, in dem die (beginnende) Abstinenz als Voraussetzung für Psychotherapie gesehen wird. Interessant erscheint im Zusammenhang mit dem Thema der vorliegenden Master-Thesis, dass eine begleitende pharmakologische Behandlung, z.B. mit Antidepressiva, für die Dauer der gesamten Psychotherapie und auch darüber hinaus von Burian (2000) nicht nur nicht hinterfragt, sondern sogar empfohlen wird. Die Drogeneinnahme sieht er dabei als Versuch der Selbstbehandlung, mit dem z.B. aggressive, depressive oder schmerzhaft Gefühle und Stimmungen vermieden werden sollen, und folgert daraus, dass für eine erfolgreiche Psychotherapie der Konsum unterbunden werden müsse, um an diesen Gefühlen und Stimmungen, also der Grundstörung, arbeiten zu können. In Bezug auf Psychopharmaka findet sich jedoch keine Auseinandersetzung damit, was deren Einnahme für die Therapie der Grundstörung bedeuten könnte.

Seltene Einblicke liefert Wurmser (1997) in seiner Zusammenschau von eigenen Erfahrungen in der ambulanten Psychotherapie von Menschen, die mit Methadon substituiert sind. Für Wurmser (1997) wirken Narkotika, und demnach auch Opioide, vor allem beruhigend auf Scham, Wut, Aggression, Angst und Einsamkeit. Auf einer theoretischen Ebene führe die Droge dazu, dass die Intensität von narzisstischen

Konflikten durch Stärkung der Selbstachtung und des Allmachtsgefühls vermindert sowie überwältigende Affekte generell gedämpft werden würden. Er führt dazu exemplarisch Aussagen seiner Klient\*innen an, die er allesamt in ambulanter Psychotherapie begleitete: diese berichteten z.B., die Gefühle der inneren Leere, der Wut und Einsamkeit, der Kränkung und Zurückweisung durch die Wirkungen des Methadons besser ertragen zu können. Zwar seien die Gefühle auch mit Methadon da, aber nicht in so überwältigender Art und Weise. Während sich laut Wurmser (1997) einige durch das Methadon entspannt und normal gefühlt hätten, sei bei anderen wiederum das Gefühl der Langeweile und Depersonalisation in den Vordergrund getreten. Die zugrundeliegenden Störungen hätten somit nach Wurmser (1997) durch das Methadon nicht gelöst werden können, wohl aber habe die Dämpfung der Affektstörungen bei seinen Klient\*innen zu einer Entlastung beigetragen. Wurmser (1997) betrachtet die Affekte der Enttäuschung, Wut, Scham, Verletzung und Entsetzen/Panik als zentrale Affekte, die durch Narkotika, wie beispielsweise Methadon, gedämpft oder sogar beseitigt werden würden. Laut seinen Beobachtungen zeigte sich denn auch bei allen Klient\*innen, dass die unter Methadonabstinenz überwältigenden Affekte eine Dekompensation ausgelöst hätten, welche durch ein Wiedereinsetzen von Methadon augenblicklich rekompensiert wurde. Wurmser (1997) meint schließlich, dass die völlige Abstinenz für alle Drogensüchtigen zwar wünschenswert sei, wie es z.B. auch für alle schizophrenen oder auch herzkranken Menschen wünschenswert sei, wenn diese keine Medikation mehr benötigen würden, aber eben nicht realistisch. Er fordert also eine Vielfältigkeit in den (pharmakologischen) Methoden der Suchtbehandlung, um süchtigen Menschen ein möglichst erfülltes und angenehmes Leben zu ermöglichen.

Mentzos (2009) nähert sich der Frage nach der Sinnhaftigkeit von Abstinenz aus psychodynamischer Perspektive. Analog der eingangs vorgestellten Paradigmen der Psychoanalyse reichen für ihn die triebtheoretischen, Ich-psychologischen und selbstpsychologischen Erklärungsansätze für süchtiges Verhalten nicht aus. Erst wenn man objektbeziehungstheoretische Aspekte berücksichtige, lasse sich das Phänomen der Sucht hinreichend erfassen, weil man erst dann erkenne, dass der Süchtige das Suchtmittel als Beziehungsobjekt betrachte und einsetze. Dies mache er jedoch in sehr ambivalenter Weise, indem das Suchtmittel nämlich einerseits positive Gefühle hervorrufe und anregend, beruhigend sowie entängstigend wirke, andererseits aber auch zu Leid, Schuldgefühlen sowie Zerstörung führe. In Bezug auf die Abstinenz meint

Mentzos (2009), dass diese zwar sehr wichtig sei und zumindest kurzfristig zu einer Unterbrechung des konsumierenden Teufelskreises führe, für ihn aber nicht das relevante Therapieziel darstelle. Erst wenn es in der Psychotherapie gelinge, neue, positivere Beziehungserfahrungen zu machen, sei dies in den meisten Fällen ein Schritt Richtung Besserung.

Zusammenfassend lässt sich auf Basis der vorliegenden psychoanalytisch orientierten Literatur folgendes festhalten: Während vielerorts der Begriff der (Opioid-)Substitution gar nicht vorkommt und sich auch in den wenigsten Glossaren psychotherapeutischer Werke findet, gibt es auf der anderen Seite doch auch einige Autor\*innen, die aufgrund ihrer praktischen Erfahrungen eine pragmatischere Einstellung zur OST aufweisen oder sogar deren Sinnhaftigkeit während einer Psychotherapie betonen. Es scheint schließlich an der konkreten Person des Autors oder der Autorin zu liegen, ob die OST eher als „Übergangsobjekt“ vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie mit der Notwendigkeit, möglichst bald davon wegzukommen, oder als gleichwertige medizinische Behandlungsoption mit Auswirkungen auf den psychotherapeutischen Prozess, ohne Notwendigkeit der sofortigen Veränderung, betrachtet wird. Die Forderung nach der Therapie der Grundstörung, die wohl die meisten psychoanalytisch, tiefenpsychologisch und psychodynamisch orientierten Autor\*innen vereinen dürfte, scheint für diese aber letztendlich nur im Rahmen einer abstinenzorientierten Psychotherapie verfolgbar zu sein.

### **Verhaltenstherapeutische Beiträge**

Verhaltenstherapeutische Theorien betrachten in Bezug auf die Ätiologie von Suchterkrankungen eher lerntheoretische und kognitionspsychologische Aspekte. Die wichtigsten Prinzipien sind dabei laut Vollmer und Krauth (2000) die Berücksichtigung biopsychosozialer Aspekte, eine fortlaufende Diagnostik während des gesamten therapeutischen Prozesses, eine Orientierung an empirisch gestützten Theorien, vor allem der Allgemeinen, der Klinischen und der Sozialpsychologie, die Förderung von Eigenverantwortung, Lösungsorientierung und Selbstregulation der Klient\*innen sowie die Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionen auf Basis eines empiriegeleiteten Vorgehens. Ohne wiederum auf die einzelnen theoretischen Grundlagen genauer einzugehen, werden die daraus gewonnenen Erkenntnisse für die Psychotherapie von

Menschen mit Suchterkrankungen betrachtet, sowie die verhaltenstherapeutische Auseinandersetzung mit dem Thema Abstinenz- und Akzeptanzorientierung analysiert.

In Bezug auf die Wahl des Settings merken Vollmer und Krauth (2000) zwar an, dass das ambulante Setting gegenüber dem stationären viele Vorteile habe, jedoch gebe es keine wissenschaftlichen Kriterien, um im Einzelfall eindeutig eine Entscheidung für oder gegen eine ambulante Behandlung treffen zu können. Sie folgern daher aus ethischen und Kosten-Nutzen-Überlegungen, dass das stationäre Setting bei Drogenabhängigen vorzuziehen sei. Unabhängig vom Setting orientieren sie sich bei den Therapiezielen an Prochaska und DiClemente (1986, zitiert nach Vollmer & Krauth, 2000), wonach zunächst symptombezogene Ziele, dann kognitionsbezogene Ziele, aktuelle soziale Konflikte, Familien- und Systemkonflikte sowie zuletzt intrapersonelle Konflikte in der Behandlung bearbeitet werden sollten. Sie akzeptieren zwar die Reduktion des Substanzkonsums oder eine OST als Zwischenziele bei Opioidabhängigkeit, sehen jedoch als das schließlich erwünschte therapeutische Ziel ebenfalls die Abstinenz. Ähnlich wie viele psychoanalytisch/tiefenpsychologisch/psychodynamisch orientierte Autor\*innen gehen sie zudem davon aus, dass eine Reduktion des Substanzkonsums oder Abstinenz vor allfälligen Veränderungen in der Persönlichkeitsentwicklung zu erreichen sei. Das langfristige Ziel der Abstinenz, das laut den Autor\*innen aus therapeutischer Sicht stets erwünscht sei, bleibt somit auch hier aufrecht und erinnert an den von Meili et al. (2004) weiter oben eingeführten Terminus „Abstinenzparadigma light“. Eine theoretische Auseinandersetzung mit der Frage, unter welchen Umständen eine langfristige OST mit den postulierten verhaltenstherapeutischen Zielen vereinbar wäre, findet jedoch nicht statt.

Schneider (1995) möchte sich in seinen Überlegungen zum Realismus von Therapiezielen bei Menschen mit Suchterkrankungen nicht mit der Grundsatzfrage beschäftigen, ob Abstinenz prinzipiell ein realistisches, erreichbares Ziel sei, sondern mit der Frage, inwieweit für eine bestimmte Person zu einem bestimmten Zeitpunkt Abstinenz als Therapieziel realistisch scheine oder eben auch nicht. Damit legt er einleitend sogleich fest, dass Abstinenz als grundsätzliches erstrebenswertes Ziel in der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nicht zu hinterfragen sei. Gleichzeitig beschreibt er aber die Abstinenz eher als Mittel zum Zweck und nicht als Ziel per se: als Mittel nämlich, um übergeordnete Ziele der Psychotherapie zu erreichen.

Je eher also die Abstinenz geeignet sei, gewünschte Zielzustände zu erreichen, desto eher werde sie eingehalten. Nach Schneider (1995) würden Psychotherapeut\*innen deshalb auch möglichst früh nach Zielen suchen, die nur durch ein drogenfreies Leben zu erreichen seien. Zwar merkt auch Schneider (1995) einschränkend an, dass die „Verordnung“ von Abstinenz als Mittel zum Zweck nur zurückhaltend eingesetzt werden sollte und die Vereinbarung von akzeptablen Zielen mit den Klient\*innen für eine erfolgreiche Therapie unabdingbar sei. Dennoch orientiert er sich in seinen Ausführungen stets an der Abstinenz, Substitution als Möglichkeit wird nicht erwähnt.

Vogelsang (2011a) beschreibt die Opioid-Substitution hingegen überhaupt nur als Möglichkeit der Schadensminderung, die vor allem die Mortalität und die Kriminalität reduzieren soll. Sie plädiert dafür, die enge therapeutische Anbindung, die durch die OST resultiere, immer wieder für die Motivation in Richtung Abstinenz zu verwenden. Die „zufriedene Abstinenz“ (Vogelsang, 2011a, S. 40) komme der Heilung von der Substanzstörung dabei am nächsten und dürfe Klient\*innen, bei denen eine Abstinenz nicht völlig ausgeschlossen sei, auf keinen Fall vorenthalten werden. In eine ähnliche Richtung deutet ihr Vorgehen, beim Vorliegen von komorbiden Störungen Prioritäten für die Planung von Therapiezielen zu setzen: unabhängig von der Art der Komorbiditäten stehe die Entgiftung vom Suchtmittel an erster Stelle, da nur so „ein möglichst aufnahmefähiges und durch Suchtsubstanzen unbeeinträchtigtes Gehirn“ für die Therapie zur Verfügung stehe (Vogelsang, 2011b, S. 130).

### **Beiträge aus der Integrativen Therapie**

Für die Integrative Therapie hat vor allem Hilarion Petzold wesentliche theoretische und praktische Beiträge für die Arbeit mit suchtkranken Menschen geleistet, wobei er einer der Ersten war, der die Notwendigkeit von sogenannten Therapieketten in der Suchttherapie hervorgehoben hat (Petzold, 1986, zitiert nach Petzold & Hentschel, 1994). Besonders wichtig war ihm und seinen Co-Autoren dabei, dass eine effektive Hilfe in der Suchtarbeit nur gelingen könne, wenn die stationären Angebote durch eine kontinuierliche, langfristige Nachsorge ergänzt werden würden und eine Vielzahl an inhaltlich unterschiedlichen Hilfestellungen zur Verfügung stehe (Thomas, Petzold & Schay, 2006). Petzold und Hentschel (1994) weisen darauf hin, dass zusätzlich zu traditionellen Angeboten in der Suchthilfe, wie z.B. stationäre Therapeutische Wohngemeinschaften, die oft hohe Rückfalls- und Abbruchraten

aufweisen würden, Alternativen notwendig seien, um einen größeren Anteil an drogenkonsumierenden Menschen ansprechen zu können. Die Autoren plädieren hierbei für eine Vernetzung der unterschiedlichsten mittel- bis langfristigen Angebote auf möglichst niederschwelligem Niveau, um möglichst viele Personen durch die Angebote in Behandlung zu bekommen. Ambulante Psychotherapie soll dabei dezidiert in einem Verbundsystem mit medizinischen, sozialarbeiterischen oder anderen Maßnahmen angeboten werden, da sie sich im Suchtbereich als alleiniges Behandlungselement nicht bewährt habe (Petzold, Scheiblich & Thomas, 2006). Nach Thomas et al. (2006) sowie Petzold und Hentschel (1994) sei dabei ein integratives, schulenübergreifendes Vorgehen anstatt eines Einzelverfahrens (wie z.B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gestalttherapie) zu bevorzugen, um der Komplexität von Suchterkrankungen gerecht zu werden. Diese Multidimensionalität von Sucht betont auch Schwennen (2006), wenn er fordert, in der Behandlung somatische, psychotherapeutische und sozialtherapeutische Ansätze zu kombinieren, um die physiologischen, psychologischen, sozialen, ökologischen und spirituellen Aspekte einer Suchterkrankung berücksichtigen zu können.

In Bezug auf die Zielorientierung gehören die o.g. Autoren der Integrativen Therapie zu den wenigen, die akzeptierende und drogenfreie Programme als einander ergänzende Angebote sehen und für eine Aufhebung der Entweder-Oder-Struktur in der Suchttherapie eintreten. So weisen etwa Thomas et al. (2006) darauf hin, dass Rückfälligkeit nicht zum Ausschluss aus einer Behandlung führen, sondern eine Weiterbehandlung unbedingt gewährleistet werden sollte. Gleichzeitig ist es jedoch auch für Thomas et al. (2006) immer noch die Abstinenz, die die Erfolgsrate bestimmt, und letztlich als höchstes Ziel angestrebt wird. Es scheint, als wären die Vertreter\*innen der Integrativen Therapie lediglich beim Weg zur Abstinenz weniger dogmatisch, nicht jedoch in ihrer Zielorientierung schlechthin. An dieser Stelle sei auf ein 1974 entwickeltes Programm verwiesen, das Ambulante Therapieprogramm unter Verwendung von Methadon (ATM), welches unter der Leitung von H. Petzold konzipiert wurde (Lotze et al., 1997). Das ATM ist als dezidiert psychotherapeutisches Programm aufgebaut, welches durch Methadonsubstitution flankiert wird. Es ist somit wohl eines der ersten Programme dieser Art im deutschsprachigen Raum und für schwerst opioidabhängige Menschen gedacht. Ziel ist es jedoch auch hier, spätestens nach zwei Jahren eine Abstinenz von Methadon erreicht zu haben. Zudem sind die Aufnahme und der Ablauf

des Programms stark reglementiert und mit vielen Auflagen für die Klient\*innen versehen, was wiederum zu einer Einschränkung der Zielgruppe und zu einer von außen vorgegebenen Struktur ohne Flexibilität für die einzelnen Personen im Programm führt. Immerhin zeigte eine Nachuntersuchung von Krach und Peschke (1987, zitiert nach Petzold et al., 2006), dass 13 Jahre nach Absolvierung des ATM 55% der teilnehmenden Klient\*innen abstinent und sozial stabil lebten.

Betrachtet man theoretische Überlegungen der Integrativen Therapie zum Phänomen Sucht, lässt sich folgendes festhalten: als Ziel der Psychotherapie wird die Gewinnung einer stabilen und reifen Identität angesehen, die zur Entwöhnung von Suchtmitteln beitragen soll (Funk, 1994). Identität bezieht sich dabei auf die fünf Säulen der Identität, nämlich Leiblichkeit, soziales Netzwerk, Arbeit und Leistung, materielle Sicherheit sowie Werte und Normen. Die Beschädigung der unterschiedlichen Säulen passiere laut Funk (1994) und Petzold und Hentschel (1994) nicht nur im frühkindlichen Alter in Form von sogenannten frühen Störungen, sondern auch während der gesamten Suchtkarriere, indem sich drogenabhängige Menschen vielfach in negativen Milieus aufhalten würden. So gelinge es dort nicht, Kontakt-, Beziehungs-, Bindungs- und Kommunikationsfähigkeit aufzubauen, die jedoch für die Entwicklung der verschiedenen Säulen der Identität vonnöten wären (Funk, 1994).

### **Weitere Ansätze, neuere Entwicklungen und schulen- und professionsübergreifende Beiträge**

Ohne direkt auf das Thema der OST im Rahmen von Psychotherapie abzielen, formulierte der systemische Familientherapeut Lücke schon 1992 die These, dass in der Behandlung von abhängigen Menschen üblicherweise „die Heilung vor der Behandlung erwartet“ werde (S. 156), womit gemeint ist, dass vor Beginn einer Behandlung oft Abstinenz erwartet wird. Daraus lässt sich zwar weder die Forderung nach OST bei opioidabhängigen Menschen, noch deren theoretische Fundierung in systemischen Konzepten ableiten. Die These dient in ihrer Prägnanz jedoch einleitend für weitere, teilweise schulenübergreifende Konzepte als Hinweis darauf, dass die übliche, nämlich abstinenzorientierte, Haltung in der Behandlung von suchtkranken Menschen schon vor einigen Jahren auch von Vertreter\*innen anderer Schulen in Zweifel gezogen wurde. Besonderes Augenmerk wird dabei auf Erkenntnisse aus der Bindungsforschung sowie der Therapie von Traumafolgestörungen gelegt, da sich

aufgrund der hohen Komorbiditätsrate und der spezifischen Probleme suchtkranker Menschen zunehmend die Sichtweise etabliert hat, Suchterkrankungen als Bindungs- und Beziehungsstörungen aufzufassen (Flores, 2015; Hase, 2015; Lüdecke, 2010a; Schindler, 2015). Auch wird auf das Paradigma der zieloffenen Suchtarbeit eingegangen, welches von Joachim Körkel (2020) vertreten wird und für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Master-Thesis wesentliche Anknüpfungspunkte liefert.

### **Suchterkrankungen aus der Perspektive der Bindungstheorie**

John Bowlby (1984) beschäftigte sich als einer der wichtigsten Vertreter der Bindungsforschung in seiner Bindungstheorie bereits sehr früh mit der Reziprozität zwischen dem Verhalten von Kindern und deren Müttern sowie den Bindungserfahrungen, die in Abhängigkeit des Verhaltens des jeweiligen Gegenübers gemacht werden. Schindler (2015) baut in seinen theoretischen Ausführungen zum Zusammenhang zwischen dem Bindungssystem und abhängigem Substanzkonsum darauf auf und gibt einen Überblick über verschiedene Studien und Fragebogenerhebungen zu diesem Thema. Sein Modell geht davon aus, dass wenn die Beziehungen eines bestimmten Kindes diesem keine ausreichend „sichere Basis“ bieten könnten, es somit Affekte, wie z.B. Angst, nicht mit Hilfe der Bindungsfiguren in seiner Umgebung regulieren könne (Schindler, 2015, S. 15). Diese negativen Erfahrungen würden sodann internalisiert, es würden negative „innere Arbeitsmodelle“ (ebd., S. 14) entstehen und somit verhindert, dass Affekte über positive innere Repräsentanzen oder Objekte reguliert werden könnten. Nach Schindler (2015) könnten Substanzen hier als Ersatz dienen, nämlich im Sinne von Selbstmedikation und Affektregulation. Besonders negativ wirke hier zudem die Tatsache, dass solcherart eingesetzter Substanzkonsum wiederum nachteilige bindungsspezifische Auswirkungen habe: Die Exploration der Umwelt sowie der eigenen Innenwelt (Mentalisierung) würden ebenso verzerrt, verhindert oder unterdrückt, wie altersadäquate Bindungs- und Beziehungserfahrungen nicht gemacht werden könnten. Auf die Reziprozität zwischen abhängigem Substanzkonsum und Beeinträchtigungen im Bindungssystem bei substanzabhängigen Müttern sowie deren Kindern verweist auch Hase (2015).

Schindler (2015) ist zudem der Frage nachgegangen, inwiefern es einen Zusammenhang zwischen sicherer bzw. unsicherer Bindung und Substanzmissbrauch bzw. abhängigem Konsum gibt. Schindler et al. (2005, zitiert nach Schindler, 2015) konnten dabei für heroinabhängige Jugendliche feststellen, dass diese im Vergleich zu deren nichtabhängigen Geschwistern ein vorwiegend ängstlich-vermeidendes Bindungsmuster aufwiesen und das Ausmaß der ängstlich-vermeidenden Bindung nicht nur mit dem Vorliegen von komorbiden psychischen Störungen, sondern auch mit der Schwere der Abhängigkeit korrelierte. Schindler et al. (2005, zitiert nach Schindler, 2015) schlossen daraus auf eine mögliche Ersatzfunktion von Heroin für nichtvorhandene bindungsbezogene Bewältigungsstrategien. Für das Erleben von sicherer Bindung würden Opioide darüber hinaus eine zentrale Rolle spielen, da extern zugeführte Opioide in den neuronalen Schaltkreisen einen ähnlichen emotionalen Effekt hätten wie körpereigene Endorphine, die beim Erleben von sicherer Bindung ausgeschüttet werden. So konnte z.B. in Tierstudien nachgewiesen werden, dass körpereigener Endorphinmangel das Bedürfnis nach Zuwendung erhöht und andererseits die Verabreichung von Opioiden bei Jungtieren zu einer Verringerung von Trennungsschmerz von der Mutter führt (Schindler, 2015). In einer weiteren Studie untersuchten Schindler et al. (2009, zitiert nach Schindler, 2015) deshalb noch die Frage, ob die gefundenen Bindungsmuster spezifisch bei Opioidabhängigen zu finden seien und Abhängige anderer Substanzen andere Bindungsmuster aufweisen würden oder nicht. Es zeigte sich, dass die überwiegend ängstlich-vermeidende Bindung nur bei Heroinkonsument\*innen vorliegt, nicht aber bei Konsument\*innen von Ecstasy oder Cannabis (Schindler et al., 2009, zitiert nach Schindler, 2015). Sie folgern, dass Opioide als Ersatz für fehlende Bindungsstrategien und somit als Beziehungersatz gesehen werden könnten. In Bezug auf therapeutische Implikationen schließt Schindler (2015) mit der Feststellung, dass Abstinenz die Voraussetzung für jede „echte Beziehungsaufnahme“, auch eine therapeutische Beziehung, darstelle, aber auch eine schutzlose Situation sei, in der Selbstregulationsmechanismen noch fehlen würden. Demzufolge seien auch Rückfälle oder Therapieabbrüche nicht nur unter dem Aspekt von Craving, sondern auch als Rückgriff auf bewährte Affektregulationsmechanismen zu verstehen.

## **Traumatisierung und Suchterkrankungen**

Bei Menschen mit Suchterkrankungen liegen überdurchschnittlich häufig komorbide psychische Störungen vor (Lüdecke, 2010c). Krausz, Verthein und Degkwitz (1998, zitiert nach Krausz, Degkwitz & Verthein, 2000) fanden in einer Verlaufsuntersuchung in Hamburg bei Opioidabhängigen unter Ausklammerung von Persönlichkeitsstörungen in 55% eine zusätzliche psychiatrische Diagnose nach ICD-10, bei einem Drittel mehrere psychische Störungen. Wurmser hat bereits 1997 festgehalten, dass die Besonderheiten heutiger Suchtkranker darin bestehen würden, dass diese multimorbid und vielfach traumatisiert seien, sowie eine hohe Rate an Persönlichkeitsstörungen aufweisen würden. Traumatisierungen spielen dabei eine besondere Rolle, da sie einerseits zur Entwicklung einer Suchterkrankung führen könnten, wobei der Substanzkonsum im Sinne einer Selbstmedikation angewandt wird. Andererseits könnten aber auch die Erfahrungen, die im Rahmen einer Opioid-Abhängigkeitserkrankung in den jeweiligen Milieus gemacht werden, wiederum traumatisierend sein, worauf z.B. auch Petzold und Hentschel (1994) und Funk (1994) hingewiesen haben (s. weiter oben). Für den deutschsprachigen Raum zeigte sich, dass mindestens zwei Drittel der Suchtklient\*innen massive Traumatisierungen erlitten hatten (Driessen et al., 2008, zitiert nach Lüdecke, 2010a). In einer amerikanischen Untersuchung wurde von Mills, Teesson, Ross und Darke (2007, zitiert nach Meshberg-Cohen, Black, DeViva, Petrakis & Rosen, 2019) bei 41% der Personen, die aufgrund ihres Heroinkonsums eine Behandlung aufsuchten, die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach ICD-10 gefunden, wobei sich in Studien mit weiblichen Probandinnen noch höhere Prozentsätze an PTBS fanden (Smith, Smith, Cercone, McKee & Homish, 2016, zitiert nach Meshberg-Cohen et al., 2019). Mittlerweile existieren deshalb zahlreiche Konzepte, die sich mit den Spezifika von Traumafolgebehandlungen beim Vorliegen von Abhängigkeitserkrankungen befassen (Hase, 2015; Kunzke, 2008; Lüdecke, 2010b).

Grundsätzlich stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage nach der Abfolge von Sucht- und Traumafolgebehandlung, wobei Kunzke (2008) mit Bezug auf verschiedene namhafte Autor\*innen empfiehlt, nicht zunächst die Sucht und dann das Trauma oder umgekehrt zu behandeln, sondern beide Erkrankungen gleichzeitig in der Psychotherapie zu berücksichtigen. Die für die Traumafolgebehandlung notwendige Stabilisierungsphase solle bei abhängigen Klient\*innen noch stärker fokussiert werden,

auch, um eine zu große Belastung und eventuelle Rückgriffe auf die vertrauten Drogen zu verhindern. Er führt hierzu auch Befunde an, wonach die hohe Abbruchrate bei Opioid-Entzugstherapien nicht vorrangig durch die körperlichen Entzugssymptome zu erklären sei (Scherbaum, Heppekausen & Rist, 2004, zitiert nach Kunzke, 2008), sondern eher im Entzug auftretender traumatischer Stress sowie eine geringe Frustrationstoleranz zu Abbruch und Rückfall führen würden (Back et al., 2006; Coffey et al, 2002; Saladin et al., 2003; Sharkansky et al., 1999; Sinha et al., 2000, zitiert nach Kunzke, 2008). Traumakonfrontation sollte laut Kunzke (2008) überhaupt nur nach einer längerfristigen Phase der Abstinenz gewagt werden. Kunzke (2008) setzt sich zwar mit den Möglichkeiten einer die Psychotherapie begleitenden Pharmakotherapie auseinander, berücksichtigt diesbezüglich aber vor allem antidepressiv wirkende Medikamente. In seinen „Leitlinien einer integrativen, psychodynamisch-orientierten Behandlung süchtiger, traumatisierter Patienten“ (Kunzke, 2008, S. 316) hält er darüber hinaus fest, dass sich bei traumatisierten, süchtigen Klient\*innen alle Ansätze verbieten würden, die statt einer Abstinenz nur eine Konsumreduktion anstreben würden, da ebendiese Klient\*innen einen sehr hohen Leidensdruck hätten und daher für einen entgleisenden und selbstmedikamentösen Substanzkonsum besonders anfällig seien. Ohne damit die OST direkt anzusprechen, ist anhand der Leitlinien von Kunzke (2008) klar davon auszugehen, dass er die Einbeziehung einer OST bei süchtigen, traumatisierten Klient\*innen ablehnt.

Die deutsche Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Christel Lüdecke beschreibt hingegen als eine von wenigen Autor\*innen die Möglichkeiten und Vorteile einer OST bei traumatisierten Klient\*innen (Lüdecke, 2010a). Sie bezieht sich dabei auf das Zusammenspiel von posttraumatischem Stress und dem Stress, der während eines Entzugssyndroms auftritt: beide Stresstörungen würden nämlich sich gegenseitig verstärkend auf das vegetative Nervensystem wirken, sodass es beim Vorliegen einer Traumatisierung und einer Opioidabhängigkeit zu einer noch stärkeren Aktivierung der Stressachse komme. Lüdecke (2010a) schließt daraus, dass rein abstinenzorientierte Ansätze bei Klient\*innen, die an posttraumatischen Störungen und einer Suchterkrankung, vor allem einer Opioidabhängigkeit, leiden, obsolet seien. Sie bezieht sich zudem auf eine persönliche Mitteilung von Cimander (zitiert nach Lüdecke, 2010a), demzufolge die substitutionsgestützte Behandlung von drogenabhängigen Menschen mittlerweile zum Goldstandard gehören würde und hilfreich sei. Erst mit der

Unterstützung einer OST sei es bei diesen Klient\*innen möglich, den therapeutischen Fokus überhaupt auf komorbide Erkrankungen zu legen, indem nämlich der Kreislauf aus Intoxikation, Entzug, Entgiftung und Rückfall bei nicht abstinenzfähigen Klient\*innen unterbrochen und therapeutisch modulierend auf das neuronale Belohnungssystem eingegriffen werde.

In Bezug auf Veränderungen, die durch Psychotherapie möglich seien, verweisen Lüdecke und Sachsse (2010) auf die Stressbereiche der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) nach Marsha Linehan, wonach ein mittlerer Stressbereich für das Erreichen von Veränderungen optimal sei. Im Hochstressbereich würden drogensüchtige Klient\*innen dazu neigen, Suchtmittel zu konsumieren, da dies die bisher effektivste Bewältigungsstrategie gewesen sei, um mit extremem Stress umzugehen. Daraus folge, dass in der Psychotherapie eine Umgebung geschaffen werden sollte, in der die Klient\*innen im mittleren Stressbereich operieren könnten. Die Anpassung dieses Stressniveaus könne nach Lüdecke und Sachsse (2010) bei ansonsten kaum behandlungsfähigen Klient\*innen nun eben auch durch eine OST mit einer adäquaten Dosis eines geeigneten Substitutionsmedikaments erreicht werden, so dass sich, neben psychotherapeutischen Stabilisierungsmethoden, auch bei dieser Klient\*innengruppe mit Mehrfachdiagnosen gute Behandlungsergebnisse erzielen lassen würden. Die Autor\*innen plädieren dafür, sich diesen „Behandlungsvorteil“ auf keinen Fall nehmen zu lassen (Lüdecke & Sachsse, 2010, S. 154). In ihrem stationären Therapiekonzept für traumatisierte suchtkranke Menschen in Göttingen erfolgt Stabilisierung deshalb stets auf mehrfache Weise (Lüdecke, 2010b): Viele Klient\*innen würden z.B. nach einer erfolgten Traumafolgetherapie zur Reduktion oder Entgiftung ihres Substitutionsmedikaments kommen. Sollte es während der Reduktion zu einer traumaspezifischen Destabilisierung kommen, werde die Dosis des Substitutes konstant gehalten oder sogar vorübergehend erhöht, bis wieder eine Stabilisierung erreicht werden könne. Erst wenn die traumabedingten Symptome für die Klient\*innen bewältigbar scheinen, werde die traumaspezifische Behandlung fortgesetzt. In kleinen Schritten könnten so beide Störungen abwechselnd bzw. gleichzeitig behandelt werden, ohne die Bewältigungsmechanismen der Klient\*innen zu überfordern.

Zu beachten seien nach Lüdecke (2010b) zudem die Art des Substitutionsmedikaments sowie dessen Dosierung. Während bei depressiven Klient\*innen eher auf Buprenorphin zurückgegriffen werden sollte, empfiehlt sie für eine konfrontative Traumafolgebehandlung eine Einstellung auf Methadon oder Levo-Methadon, wobei das Auftreten von Flashbacks, Craving und Hyperarousal nach Lüdecke (2010b) sogar eine vorübergehende Dosiserhöhung nach einer Traumakonfrontation notwendig machen könne: „Nichts hilft da besser als ein Opiat!“ (Lüdecke, 2010b, S. 194). Diese positiven Effekte von OST auf die Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen berichtet auch Sachsse (2010). So konnte er z.B. im klinischen Bereich beobachten, dass Klient\*innen unter Methadon- oder Levo-Methadon-Substitution während der Traumakonfrontation weniger dissoziative Zustände zeigten, im Vergleich zur OST mit Buprenorphin. Zudem sei die Dosis unter Methadon/Levo-Methadon aufgrund der kürzeren Halbwertszeit der Substanzen besser anpassbar, womit flexibler auf Craving nach einer EMDR-Sitzung reagiert werden könne (Sachsse, 2010). Schließlich beeinflusse eine erfolgreiche traumaspezifische Behandlung auch den Verlauf der Suchterkrankung positiv, weshalb Klient\*innen nach Abschluss der Traumafolgebehandlung oft einen Reduktionswunsch äußern würden. Auch hier müsse flexibel auf das Wiederauftreten von traumabedingten Symptomen nach Reduktion der OST reagiert werden, entweder mit einem Reduktionsstopp, einer Dosiserhöhung, oder auch einer weiteren stabilisierenden Traumafolgebehandlung (Sachsse, 2010). Einschränkend bleibt zu sagen, dass alle diese Vorgehensweisen für das stationäre Setting konzipiert wurden, im Rahmen der Fachtagung „Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting“ 2011 in Berlin jedoch auch Ideen für eine Umsetzung im ambulanten Setting erarbeitet wurden (Lüdecke, 2011).

### **Das Paradigma Zieloffener Suchtbehandlung**

Joachim Körkel ist Psychologe und Suchtforscher in Deutschland, der sich mit dem von ihm geprägten Begriff „Zieloffene Suchtarbeit“ bzw. „Zieloffene Suchtbehandlung“ (Körkel, 2020) seit vielen Jahren gegen die noch immer vorherrschende Abstinenzorientierung als alleiniges Ziel in den Einrichtungen der Suchthilfe wendet. Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit geht davon aus, dass Menschen mit einer Substanzkonsumstörung in der Regel einen problematischen Konsum mehrerer Substanzen aufweisen (also z.B. Alkohol und Zigaretten oder Alkohol,

Zigaretten, Opioide und Benzodiazepine) und zumindest für eine der konsumierten Substanzen auch bereits ein Änderungswunsch bei den betreffenden Personen vorhanden sei, auch wenn dieser nicht immer gleich ersichtlich sei (Körkel, 2020). Zudem geht Körkel (2020) davon aus, dass mehr Menschen für eine Schadensminderung in Bezug auf ihren Konsum oder eine Konsumreduktion zu gewinnen seien, als für das Ziel der Abstinenz, dass jedoch die gewünschten Ziele substanzspezifisch bei einer Person durchaus variieren könnten. So könne eine Person z.B. das Ziel der Abstinenz in Bezug auf ihren Benzodiazepinkonsum verfolgen, bei Alkohol eine Konsumreduktion anstreben und für Zigaretten das Ziel der Schadensminderung verfolgen (z.B. in Form des Übergangs zu E-Zigaretten). Zieloffene Suchtarbeit (ZOS) heiÙe also, „mit Menschen (Patienten, Klienten, Betreuten, Bewohnern usw.) an einer Veränderung ihres problematischen Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, das sie sich selbst setzen“ (Körkel, 2014a, zitiert nach Körkel & Nanz, 2016, S. 199). Körkel (2020) scheint hier wichtig, zu betonen, dass es nicht um ein unhinterfragtes Akzeptieren jeglichen problematischen Konsums gehe, sondern eine Veränderung dieses problematischen Konsums jedenfalls verfolgt werden soll. In welche Richtung diese Veränderung gehe, mit den drei Grundausrichtungen Abstinenz, Konsumreduktion, Schadensminderung, könne laut Körkel (2020) jedoch nur von den Klient\*innen selbst bestimmt werden. Auf Seiten der Behandler\*innen setzt er voraus, dass diese sich prinzipiell für die Arbeit an der Veränderung des Konsums zuständig erachten, grundlegende Kenntnisse über alle drei Zielrichtungen mitbringen sowie eine grundsätzlich zieloffene Haltung haben. Letztere zeige sich in einer Offenheit den Konsumzielen der Klient\*innen gegenüber, die nicht auf ein bestimmtes, vorab festgelegtes Ziel beschränkt seien (Körkel & Nanz, 2016). Körkel und Nanz (2016) plädieren mit dem Paradigma Zieloffener Suchtarbeit also dafür, Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung als gleichwertige Behandlungsziele in der Suchtarbeit anzuerkennen und demzufolge auch für alle Personen substanzspezifisch entsprechende Angebote in den verschiedenen Settings (ambulant, stationär, Selbsthilfe etc.) zur Verfügung zu stellen und zu finanzieren.

## **Glaubenssätze von Psychotherapeut\*innen und die Auswirkung von Haltungen auf den therapeutischen Prozess**

Die Tatsache, dass die Arbeit mit suchtkranken Menschen in vielerlei Hinsicht von persönlichen und gesellschaftlichen Vorstellungen, Normen und Ideologien sowie politischen und rechtlichen Entscheidungen geprägt ist, macht es notwendig, sich mit den Glaubenssätzen und Ideologien derjenigen auseinander zu setzen, die mit den suchtkranken Menschen direkt arbeiten. Behrendt, Bühringer und Hoyer (2014) beschäftigten sich im Anschluss an gesetzliche Änderungen zum Zugang zu ambulanter Psychotherapie für Menschen mit Suchterkrankungen in Deutschland mit der Frage, welche Einstellungen und Glaubenssätze Psychotherapeut\*innen in Bezug auf Suchterkrankungen haben und welchen Einfluss diese Einstellungen auf die Anzahl an Menschen mit Suchterkrankungen in der ambulanten Praxis haben. Seit 2011 ist es in Deutschland für Menschen in OST möglich, eine kassenfinanzierte ambulante Psychotherapie, wenn auch mit Einschränkungen, wahrzunehmen. Auf die genauen rechtlichen Grundlagen wird im nächsten Kapitel noch eingegangen, hier werden vor allem die Ergebnisse der von Behrendt et al. (2014) durchgeführten Befragung vorgestellt. Es zeigte sich, dass zum Zeitpunkt der Befragung lediglich 6,1% der befragten Psychotherapeut\*innen (n = 229) Menschen in OST in psychotherapeutischer Behandlung hatten. Bei einer Ausweitung der Frage auf Nikotin- und Alkoholabhängigkeit gaben 94,3% der befragten Psychotherapeut\*innen an, Menschen mit substanzbezogenen Störungen zu behandeln. Zudem zeigte sich, dass die Behandlung von Störungen im Zusammenhang mit legalen Substanzen (Alkohol, Nikotin) bei den befragten Psychotherapeut\*innen als wünschenswerter gesehen wurde, als die Behandlung von Störungen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen. Die erforderliche intensivere Zusammenarbeit mit medizinischen Einrichtungen sowie die in Deutschland teilweise notwendige Kontrolle der Beikonsumfreiheit bei Klient\*innen in OST schätzten 56,6% der befragten Psychotherapeut\*innen als Aspekte ein, die sich negativ auf die therapeutische Beziehung auswirken könnten. Zusammenfassend kann also nach Behrendt et al. (2014) gesagt werden, dass vor allem die negativ erlebte Beeinflussung der therapeutischen Beziehung sowie die erwartete Mehrarbeit durch die Kontrolle von medizinischen Maßnahmen als problematisch im Sinne der Psychotherapie zu werten seien und mit der geringen Rate an Klient\*innen in OST in

ambulanter, kassenfinanzierter Psychotherapie in Deutschland zusammenhängen könnten.

Gölz (2004) setzt sich in seinem Artikel mit den Gründen für die Stigmatisierung von suchtkranken Menschen auseinander. Ihm zufolge habe nämlich der prohibitive Umgang mit Drogen und vor allem Opioiden vor dem Auftreten von HIV und AIDS dazu geführt, dass innerhalb des medizinischen und therapeutischen Versorgungssystems noch immer eine latente „Opiophobie“ (Gölz, 2004, S. 169) vorherrsche. Diese führe zu unreflektierten Abstinenzforderungen des professionellen Hilfesystems an die suchtkranken Klient\*innen. In Bezug auf die Psychotherapie sei es nach Gölz (2004) besonders wichtig, zwischen der behelfsmäßigen Übernahme von steuernden Ich-Funktionen und zu großen Eingriffen in die Autonomie der Klient\*innen eine Balance zu wahren und den Klient\*innen eben nicht eigene Ansprüche und Ziele aufzudrücken.

Roubal und Kivková (2016) beschäftigen sich als Psychiater\*innen und Gestalttherapeut\*innen mit dem Einfluss von Psychopharmaka auf die Klient\*innen und den therapeutischen Prozess. Da sie sich nicht dezidiert mit der OST auseinandersetzen, soll auf die spezifischen Medikamentenwirkungen nicht näher eingegangen werden. Interessant sind im Zusammenhang mit der vorliegenden Master-These jedoch ihre Überlegungen zur Beziehung zwischen Klient\*in und Therapeut\*in zum Medikament, sowie die Auswirkungen dieser Beziehungen auf den therapeutischen Prozess. Sie betrachten Medikamente als unabhängige Faktoren, die notwendigerweise auf die Therapie und deren Verlauf Einfluss nehmen würden, betonen aber auch, dass es neben der Medikation eine Vielzahl anderer unabhängiger Einflussfaktoren auf die Psychotherapie gebe, die in ihrer Fülle nicht immer vollständig beachtet werden könnten. Als besonders wichtig erscheint Roubal und Kivková (2016) daher, sich die Auswirkungen der Medikation auf den therapeutischen Prozess bewusst zu machen und die Frage zu stellen, welche unterstützenden oder hinderlichen Funktionen und Einstellungen mit der Medikation verbunden sind. Die Beziehung von Klient\*innen zu ihrer Medikation könne laut Roubal und Kivková (2016) schwanken zwischen einer vollständigen Ablehnung der Medikation inkl. der Vorstellung, dass Psychotherapie zur Verbesserung des Leidenszustandes ausreiche, und dem ausdrücklichen Wunsch nach Medikation sowie der Ansicht, den eigenen Leidenszuständen hilflos gegenüber zu stehen und keine Verantwortung für die Veränderung derselben zu haben. So würden Medikamente z.B. nicht selten dazu eingesetzt werden, um unangenehme Erfahrungen

und Gefühle nicht spüren zu müssen. Andererseits könne aber diese Weichzeichnung von Gefühlen auch dazu führen, dass Klient\*innen nicht von ihren Gefühlen überflutet und so bewusstere Entscheidungen möglich werden würden, wodurch sich bereits das Spannungsfeld ergebe, in dem Medikamente im psychotherapeutischen Prozess wirksam werden könnten. Aufseiten der Psychotherapeut\*innen empfehlen Roubal und Kivková (2016), dass diese sich ihrer Einstellung gegenüber der Medikation bewusst werden und sich kritisch damit auseinandersetzen sollten, da auch die Haltung der Psychotherapeut\*innen einen Einfluss auf das therapeutische Feld und den therapeutischen Prozess habe.

Roubal und Kivková (2016) schlagen zwei Metaphern vor, anhand derer sie den Einsatz von Medikamenten während einer Psychotherapie beschreiben: das Medikament als Krücke vs. das Medikament als Prothese. Im ersten Fall werde die Medikation als etwas gesehen, das auf Zeit eine bestimmte unterstützende Funktion in der Psychotherapie einnehme. Die Psychotherapie werde dann auch dafür genutzt, alternative Unterstützungsmöglichkeiten für die Zeit nach Absetzen der Medikation zu erarbeiten. Bei schweren psychischen Erkrankungen könne es nach Roubal und Kivková (2016) jedoch auch langfristig oder ein Leben lang zur Einnahme von Medikamenten kommen, wenn Menschen in ihren Fähigkeiten dauerhaft eingeschränkt sind, z.B. im Rahmen einer Schizophrenie oder einer rezidivierenden depressiven Erkrankung. In diesen Fällen stelle die Medikation eine permanente äußere Unterstützung dar und die Psychotherapeut\*innen seien gefordert, nicht nur die Notwendigkeit des Gebrauchs der Medikation anzuerkennen, sondern auch die Probleme, die mit der Medikamenteneinnahme für die Klient\*innen einhergehen könnten. Sie sollten die Medikation als eine unvermeidliche Einschränkung in der Psychotherapie ansehen, so wie z.B. auch ein nicht unterstützendes soziales Umfeld eine Einschränkung darstelle, und den Klient\*innen dabei helfen, diese Einschränkungen zu akzeptieren und innerhalb dieser Einschränkungen vorhandene Fähigkeiten zu entwickeln.

Roubal und Kivková (2016) kommen zu dem Schluss, dass die Einnahme von Psychopharmaka gleichzeitig mit einer Psychotherapie dann sinnvoll sei, wenn die Psychopharmaka den Klient\*innen dabei helfen würden, aktiv am psychotherapeutischen Prozess teilzunehmen und eigene Entscheidungen zu treffen sowie insgesamt den Kontakt zwischen Klient\*in und Psychotherapeut\*in erleichtern würden.

### **Rechtliche Grundlagen zur psychotherapeutischen Behandlung von substituierten Personen**

Die Frage, ob Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung, die sich in OST befinden, kassenfinanzierte ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen dürfen oder nicht, unterliegt in Österreich keiner gesetzlichen Regelung. Der Vorteil davon ist augenscheinlich, dass nicht von vornherein eine bestimmte Gruppe von Personen von öffentlichen Gesundheitsleistungen ausgeklammert wird oder sich aufoktroierten Zielen verschreiben muss, um eine Behandlung finanziert zu bekommen. Bei allen Einschränkungen und Vorurteilen, denen sich suchtkranke Menschen im Gesundheitssystem immer wieder ausgesetzt sehen, kann dieser Umstand nicht genug betont werden. Gleichzeitig gibt es aber auch kaum einen breit geführten Diskurs dazu, was dazu führt, dass Menschen in OST in ambulanten Psychotherapiepraxen eher ein Schattendasein führen. Dies hängt wohl oft mit Unwissenheit und sich darauf gründenden Berührungängsten auf Seiten der Psychotherapeut\*innen zusammen und verstärkt mitunter wiederum die Annahme, dass Menschen in OST mehrheitlich nicht zu einer ambulanten Psychotherapie in der Lage wären.

In Deutschland gestaltet sich die Situation hingegen völlig anders. Bis zum Jahr 2011 war es dort für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und aufrechtem Konsum nicht möglich, einen ambulanten, kassenfinanzierten Psychotherapieplatz zu bekommen (Behrendt et al., 2014). Dies galt für alle Substanzen, für die Psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10 (Dilling et al., 2014) diagnostiziert werden können. Erst nach erfolgtem Entzug und unter der Prämisse anhaltender Abstinenz konnten Kassenpsychotherapiestunden beantragt und finanziert werden. Auf der einen Seite gab es also mehrheitlich medizinische Angebote, die im ambulanten Bereich ohne Psychotherapie auskommen mussten, und auf der anderen Seite psychotherapeutische Angebote, die mit den vorangegangenen Interventionen kaum Berührungspunkte

hatten. Die steigende Anzahl an Menschen in OST führte jedoch zur Notwendigkeit einer größeren Verschränkung dieser unterschiedlichen Angebote, weshalb im Juli 2011 eine Änderung der Psychotherapierichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erreicht werden konnte (Behrendt et al., 2014). Die Bedingungen für Menschen in OST, die eine ambulante, kassenfinanzierte Psychotherapie in Anspruch nehmen wollen, haben sich dadurch zwar deutlich verbessert. Jedoch unterliegen sie noch immer einer Reihe an Regelungen, die wohl auch Rückschlüsse auf die Haltung der Entscheidungsträger\*innen sowie der Psychotherapeut\*innen der Psychotherapie von suchtkranken Menschen gegenüber zulassen. Aus diesem Grund sind diese Regelungen auch für die vorliegende Master-Thesis von besonderem Interesse.

Einleitend sei gesagt, dass laut Psychotherapierichtlinie Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nicht per se eine Indikation zur Psychotherapie rechtfertigen, sondern die Indikationsstellung nur nach oder während einer ärztlichen, somatischen Behandlung möglich ist (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019a). Prinzipiell gilt die Möglichkeit der Indikationsstellung nur bei Abstinenz oder Suchtmittelfreiheit bzw. bei Rückfällen unter der Prämisse, dass Suchtmittelfreiheit nach spätestens zehn Einheiten wieder hergestellt ist. Über die Suchtmittelfreiheit müssen der Kasse auf Verlangen auch Bestätigungen vorgelegt werden können, die nicht von den Therapeut\*innen ausgestellt werden können (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019a). Eine Sonderstellung wird jedoch der Opioidabhängigkeit eingeräumt: hier kann die Indikation zur Psychotherapie bei gleichzeitiger stabiler OST unter der Bedingung der Beigebrauchsfreiheit gestellt werden. Was genau unter einer stabilen OST zu verstehen ist, wird dabei in der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019b) und der Richtlinie der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer, 2017) geregelt, die ähnlich den österreichischen Qualitätsstandards (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al., 2017) sowie den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (2020) die OST als medizinische Behandlungsmethode regeln. Beigebrauchsfreiheit oder Beikonsumfreiheit ist dabei eine oft aufgestellte Forderung, die meint, dass zusätzlich zur OST keine weiteren psychoaktiven Substanzen, wie z.B. Alkohol, Benzodiazepine, Kokain o.ä. eingenommen werden.

Während also für Menschen in OST dezidiert festgelegt wurde, wie die OST zu sein hat, damit eine kassenfinanzierte Psychotherapie möglich ist, sehen die Regelungen für Menschen mit anderen Abhängigkeitserkrankungen anders aus. Hier wird in der Psychotherapierichtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019a) ausdrücklich die Abstinenz als Bedingung oder auch Ziel formuliert, das demnach von außen vorgegeben wird und nicht als in der therapeutischen Beziehung gemeinsam erarbeitet betrachtet werden kann.

### **Perspektiven der Integrativen Gestalttherapie**

Die Integrative Gestalttherapie als in Österreich anerkannte psychotherapeutische Fachrichtung beruht auf einer Vielzahl an unterschiedlichen Einflüssen, z.B. aus der Psychoanalyse, der Gestaltpsychologie und –theorie, dem Holismus, dem Psychodrama, dem Zen-Buddhismus sowie aus der Philosophie Friedlaenders, Bubers und Husserls (Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004), die in ihrer Ganzheit im Rahmen dieser Arbeit nicht dargestellt werden können. Aufbauend auf Konzepten zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen in der Integrativen Gestalttherapie werden in einem nächsten Kapitel diejenigen anthropologischen und theoretischen Grundlagen genauer erläutert, die zur Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Master-Thesis wesentlich erscheinen.

### **Suchtverständnis der Integrativen Gestalttherapie**

Bei der Durchsicht gestalttherapeutischer Literatur zum Verständnis von Abhängigkeitserkrankungen finden sich einige Konzepte, wobei in den meisten Ansätzen für die Entstehung von süchtigen Verhaltensweisen dysfunktionale Anpassungsprozesse eine zentrale Rolle spielen, die als Versuche gesehen werden, elementare Bedürfnisse zu befriedigen (Brownell & Schulthess, 2016; Bake, 2008, zitiert nach Hartmann-Kottek, 2012; Matzko, 2000; Röser & Votsmeier, 1999; Sosna, 1995). Im Folgenden werden wenige ausgewählte Konzepte näher beschrieben, immer auch mit einem speziellen Fokus auf die Frage, ob und wie die OST erwähnt oder näher erläutert wird.

Röser und Votsmeier (1999) begreifen Suchterkrankungen als strukturelle Störungen und argumentieren, dass die meisten substanzabhängigen Personen in ihrer Entwicklung anhaltenden Traumatisierungen ausgesetzt gewesen und oft in prävalenten Milieus aufgewachsen seien (Funk, 1994, zitiert nach Röser & Votsmeier, 1999). Diese kumulativen negativen Erfahrungen führten dazu, dass nicht ausreichend Stützfunktionen aufgebaut werden könnten und würden aufgrund der nicht vorhandenen Unterstützung erschütternd auf die ganze Person wirken. Bewältigungsversuche von Integration und Selbstregulation würden scheitern und es würden sich negative Erwartungen in Bezug auf das Beziehungserleben mit anderen Personen im Sinne von dysfunktionalen Anpassungsprozessen verfestigen (Horowitz, 1991, zitiert nach Röser & Votsmeier, 1999). Grundlegende Bedürfnisse, wie die Bedürfnisse nach Orientierung

und Kontrolle, Lustgewinn und Unlustvermeidung, Bindung und Selbstwerterhöhung (Epstein, 1990, zitiert nach Röser & Votsmeier, 1999) sowie das Bedürfnis nach Selbstaktualisierung (Goldstein, 1971, zitiert nach Röser & Votsmeier, 1999) könnten somit nicht befriedigt werden. Der Konsum von Drogen sei sodann der Versuch, die strukturellen Defizite und traumatischen Erfahrungen zu bewältigen oder zu lösen und in andere Gefühls-, Erlebnis- und Bewusstseinswelten zu flüchten.

Im Ansatz von Röser und Votsmeier (1999) wird Substanzabhängigkeit somit als „Störung der kreativen Anpassung der Person als Ganzheit“ (ebd., S. 68) gesehen, anstelle des Bedürfnisses nach Selbstaktualisierung trete das Bedürfnis nach Selbsterhaltung. Die Fixierung der bestehenden Identität in der „Suchtidentität“ (ebd., S. 69) wird als zentrales Moment beschrieben: aufgrund der mangelnden Stützfunktionen gebe es nur eine eingeschränkte Auseinandersetzung mit der Welt, Interaktionen und Beziehungen würden nach fixierten Regeln und Mustern ablaufen. Aufgrund des Mangels an positiver, haltender Zuwendung in diesen Interaktionen könnten auch keine neuen Erfahrungen assimiliert oder integriert werden, die sich positiv auf die Entwicklung von Selbst-Stützung auswirken würden, sondern es würden eher Erfahrungen von Bedrohlichkeit, Angst, Scham, Schuld, Verlassenheit und Diskontinuität integriert, welche die Suchtidentität weiter fixieren würden. Die Droge erscheine als scheinbar verlässlich, nicht enttäuschend, kontrollierbar und verfügbar und ersetze die nicht vorhandenen positiven Stütz-Funktionen.

Laut Röser und Votsmeier (1999) ist die Unterbrechung dieser süchtigen, dysfunktionalen Eigendynamik in Form von Abstinenz die einzige Möglichkeit, Suchterkrankungen effizient zu behandeln, da erst in der Abstinenz die strukturellen Defizite in den Stütz- und Kontakt-Funktionen deutlich werden würden, die vorher durch die Droge kompensiert worden seien. Sie konzentrieren sich in ihrem Behandlungsansatz auf den Aufbau von äußerem Support, die heilende Wirkung einer vertrauensvollen Klient\*innen-Therapeut\*innen-Beziehung sowie die Erarbeitung von Bewältigungsmöglichkeiten zum Umgang mit eventuell auftretendem Verlangen nach der Droge. Handlungsleitend sind dabei das Verständnis von Wachstum als der „Übergang von äußerer Unterstützung zu Selbstunterstützung“ (F. Perls, 1999, zitiert nach Röser & Votsmeier, 1999), ganz wesentlich aber auch die Überlegungen von L. Perls (2005) zum Support. Auch wenn Röser und Votsmeier (1999) in der Konzeption ihres Behandlungsansatzes für suchtkranke Menschen mehrheitlich von abstinenten

Individuen ausgehen, gestehen sie am Ende aber auch ein, dass möglicherweise die Opioid-Substitutionstherapie als Form äußerer Stützung für manche notwendig sei, um Selbstunterstützung aufbauen zu können. Offen bleibt, ob dies nur für kurzfristigen äußeren Support gilt oder auch als längerfristige Unterstützung gedacht sein könnte.

Matzko (2000) entwickelte auf Grundlage der Gestalttherapie ihr eigenes Modell von Abhängigkeiten und ihren Behandlungsmöglichkeiten, den „mehrphasigen Transformationsprozeß (MPTP)“. Sie bezieht sich dabei vor allem auf den Zyklus des Erlebens als eine andere Darstellungsform der organismischen Selbstregulation nach F. Perls (1969, zitiert nach Matzko, 2000): gelinge es uns, unsere Bedürfnisse und Wünsche im Zyklus des Erlebens erkennen zu können und durch das Gewahrsein der Bedürfnisse Energie zu mobilisieren, so könnten wir durch die Handlung in Kontakt kommen und uns letztlich von der Suche nach Bedürfnisbefriedigung zurückziehen, assimilieren und anerkennen. Werde dieser Zyklus des Erlebens jedoch an irgendeinem Punkt blockiert, müssten wir auf andere, weniger funktionale Anpassungsleistungen zurückgreifen. Laut Matzko (2000) treten Verzerrungen im Erlebniszyklus bei Menschen mit Suchterkrankungen meist sehr früh auf, d.h. bereits in der Phase des Erkennens oder Gewahrseins. Sucht sei demnach die Folge vom Festhalten an inadäquaten kreativen Anpassungen mit dem Ziel, den Kontakt mit sich selbst und anderen aufrechtzuerhalten. Was Matzko (2000) von anderen Autor\*innen unterscheidet, ist ihre Sichtweise, dass Suchtverhaltensweisen immer nur einen Aspekt des ganzen funktionalen Selbst betreffen würden und niemals die gesamte Persönlichkeit.

Der MPTP-Ansatz von Matzko (2000) gliedert sich in elf Phasen, die einander auch überlagern können, wobei sich nicht nur die einzelnen Phasen, sondern auch die Prozesse innerhalb der einzelnen Phasen am Zyklus des Erlebens orientieren. Aus Platzgründen können die einzelnen Phasen hier nicht genauer dargestellt werden, im Zusammenhang mit der zu beantwortenden Fragestellung sei jedoch darauf hingewiesen, dass Matzko (2000) für die Behandlung weder Abstinenz noch eine Reduktion des Substanzkonsums vorschreibt. Durch diese Haltung soll die Freiwilligkeit der Behandlung betont und bei den Klient\*innen das Bewusstsein gefördert werden, dass sie an der Entstehung von selbstzerstörerischen und destruktiven Verhaltensweisen selbst beteiligt sind.

Brownell und Schulthess (2016) unterscheiden einleitend die Abstinenz und die Schadensminimierung als Ansätze zur Gesundung bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Während Abstinenz darauf abziele, auf jeglichen Substanzkonsum vollständig zu verzichten, soll im Rahmen der Schadensminimierung die Dynamik des süchtigen Verhaltens in eine gesunde, positive Richtung gelenkt werden. Nach Brownell und Schulthess (2016) hänge die Entscheidung für den einen oder den anderen Therapieansatz davon ab, wer sich in Behandlung begeben, welche früheren Therapieerfahrungen bestehen würden und ob es gelinge, Motivation für eine Behandlung und eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen.

In ihrer Abhängigkeitstheorie stützen sie sich auf grundlegende phänomenologische Konzepte und betrachten in weiterer Folge Felddynamiken, dyadische Beziehungen sowie das individuelle Erleben als wichtige Ansatzpunkte zum Verständnis von Suchterkrankungen.

Basierend auf der Beobachtung, dass sich mit einer Abhängigkeitserkrankung die Prioritäten im täglichen Leben auf Konsum und Beschaffung verlagern würden, rücken Brownell und Schulthess (2016) zunächst die Haltung als „phänomenologisches Konstrukt des Interesses“ (ebd., S. 310) in den Vordergrund: Je nachdem, ob jemand gerade hungrig sei, Designer\*in von Beruf oder Künstler\*in, werde die Person einen Supermarkt entweder als einen Ort betrachten, an dem sie Essen kaufen könne, oder als einen Ort der Kreativität bzw. als Inspiration für das nächste Werk. Unsere Haltung bestimme also unser Interesse an der Welt und beeinflusse unsere Wahrnehmung. Die Welt als phänomenologisches Konstrukt beziehe sich auf den Kontext, den natürlichen Rahmen unseres Lebens. Sie stelle dabei nicht nur die physische Umgebung dar, sondern auch einen Ideenraum. Der Horizont umfasse schließlich alles, was in einer gegebenen Welt und mit einer bestimmten Haltung möglich sei. Nach Brownell (2011, zitiert nach Brownell & Schulthess, 2016) habe jede Haltung ihre eigene Welt und ihren eigenen Horizont, so auch die Haltung eines suchtkranken Menschen. So betrachten sie Suchterkrankungen nie als Angelegenheit der einzelnen Person, sondern eingebettet in ihren Lebens- und Beziehungskontext (Felddynamiken), in dem Menschen z.B. in ihrer Kindheit die Erfahrung machen könnten, dass bei ihren primären Bezugspersonen der Konsum von Substanzen eine mögliche Copingstrategie bei Schwierigkeiten darstelle. Brownell und Schulthess (2016) referieren auf Martin Buber, wenn sie schreiben, dass Menschen in dyadischen Beziehungen einander in der Ich-

Du-Haltung oder in der Ich-Es-Haltung begegnen könnten, also präsent und offen für eine echte, authentische Beziehung, oder zielorientiert. In Abhängigkeitsprozessen herrsche laut Brownell und Schulthess (2016) die Ich-Es-Dynamik vor: Andere Menschen seien ein Mittel zum Zweck, würden z.B. für die Beschaffung von Substanzen gebraucht werden, die Beziehung zur Substanz werde so zur primären Beziehung. Das subjektive Erleben im Abhängigkeitsmodus sei schließlich geprägt vom Rückzug von neuen Reizen und dem Kontakt im aktuellen Feld und stelle eine immer gleiche Wiederholung früherer Erfahrungen dar. Es gebe nichts Neues mehr, das assimiliert werden könnte, alternative Möglichkeiten zur Befriedigung von Bedürfnissen würden nach und nach schwinden und der Konsum von Substanzen rücke immer mehr in den Mittelpunkt des Interesses und der Haltung – es entstehe eine fixierte Gestalt und durch die fehlende Assimilation von Neuem könne der Organismus nicht mehr wachsen. Dementsprechend setzen sie in der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen auf erlebnisbezogene Arbeit und das In-Kontakt-Treten in der therapeutischen Beziehung. Dabei plädieren die Autoren aber auch dafür, nicht nur auf der subjektiven Wahrnehmungsebene der Klient\*innen zu intervenieren, sondern darüber hinaus auch das gesamte Feld mit einzubeziehen, weil nur so eine Erweiterung der Lebenswelt der Klient\*innen möglich sei.

## **Anthropologische und theoretische Zugänge der Integrativen Gestalttherapie**

### **Prinzip der Ganzheitlichkeit**

Eine der tiefgreifendsten Grundannahmen der Integrativen Gestalttherapie ist das Prinzip der Ganzheitlichkeit oder das „Primat der Ganzheit“ (Nausner, 2004, S. 38), demzufolge das Ganze stets mehr und etwas anderes ist als die Summe seiner Teile (ebd.). Nach Yontef (zitiert nach Blankertz & Doubrawa, 2005) sei zudem von Interesse, wie sich die einzelnen Teile und das Ganze zusammenfügen und welche Art von Beziehung alles zueinander hat. Laut Nausner (2004) zeigt sich dieses Prinzip auch auf den unterschiedlichsten theoretischen Ebenen der Integrativen Gestalttherapie: Vordergründig werde der Mensch als Einheit von Körper, Seele und Geist und demnach als ganzer Mensch angesehen – hier zeigt sich bereits die wichtigste Intention der Ganzheitlichkeit, nämlich die Überwindung der künstlichen Spaltung in Körper und Geist/Seele. Andererseits würden aber auch das subjektive Erleben von Menschen

sowie deren Erkenntnisvorgänge als ganzheitliche Vorgänge betrachtet werden und schließlich könne auch der therapeutische Prozess als ganzheitlicher Vorgang gesehen werden, der mehr sei als nur die Summe von spezifischen Interventionen und Techniken.

Zwar hat sich Fritz Perls bei unterschiedlichen Theorien gedanklich bedient (z.B. Gestaltpsychologie und Gestalttheorie, Feldtheorie, Organismustheorie, Holismustheorie etc.), die alle das Prinzip der Ganzheitlichkeit miteinander teilen, die wichtigen Einflüsse der Organismustheorie von Kurt Goldstein auf die Gestalttherapie gehen jedoch wesentlich auf Laura Perls zurück (Votsmeier, 1995).

Für Goldstein ist der Organismus eine Einheit, die ganzheitlich und in enger Verflechtung mit ihrer Umwelt funktioniere (Nausner, 2004). Die Bedeutung einzelner Aktivitäten oder Komponenten des Organismus ergebe sich dabei nicht isoliert, sondern nur im Kontext des Ganzen, also im Gegensatz zu einer analysierenden Herangehensweise (Fuhr, Sreckovic & Gremmler-Fuhr, 2006). Zudem haben laut Goldstein diese einzelnen Komponenten die Tendenz, sich zu einer „letzten, ursprünglichen Ganzheit“ zu konfigurieren (Sreckovic, 2001, zitiert nach Fuhr et al., 2006, S. 120).

Die grundlegende Bedeutung der Theorien Goldsteins für die (Mit-)Entwicklung der Gestalttherapie durch L. Perls zeigt sich auch in ihrer Erklärung, warum sie ihre Methode „Gestalttherapie“ nennt: für L. Perls (2005) ist „Gestalt“ ein ganzheitlicher Begriff und eine strukturelle Einheit, die mehr und anders ist als die Summe ihrer Teile. Die Gestalt sei die Figur, die im Vordergrund existiere und sich vom Hintergrund abhebe. Dieser Gestaltbildungsprozess, die Figur-Grund-Auflösung, ist für das Verständnis der meisten gestalttherapeutischen Theorien und Konzepte wesentlich: Die Figur sei dabei jener Aspekt der Wahrnehmung, welcher ins Zentrum der Aufmerksamkeit der jeweils wahrnehmenden Person rücke und sich dadurch vom (Hinter-)Grund abhebe (Amendt-Lyon et al., 2004; Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002). Das, was im Hintergrund mehr oder weniger schwimmt, diene als Basis dafür, welche Bedeutung wir der auftretenden Figur geben, könne potentiell aber auch in den Vordergrund treten und somit selbst zur Figur werden. Dadurch wird deutlich, dass diese Figur-Grund-Auflösung auf unterschiedliche Weise erfolgen kann und stets eine dynamische und subjektive Konstruktion der wahrnehmenden Person ist. Diese Wahrnehmung von Unterschieden, der Gestaltbildungsprozess, könne einerseits von Bedürfnissen ausgelöst sein, da wir

unsere Wahrnehmung nach unseren Bedürfnissen differenzieren, und andererseits auch Bedürfnisse auslösen, in dem unsere Wahrnehmung davon beeinflusst werde, welche Unterschiede wir machen. Der Gestaltbildungsprozess sei somit auch eine Art und Weise, wie wir uns in der Welt orientieren und wie wir Bedeutungen schaffen, aufgrund derer wir handeln, sowie ein Grundprinzip des Bewusstseins (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002).

Eine weitere Konzeption von Perls, Hefferline und Goodman (2013), die ihrer ganzheitlichen Sichtweise vom Menschen Rechnung trägt, ist das Organismus/Umwelt-Feld: Ihnen zufolge müssten wir bei jeder Erforschung „immer bei der Interaktion zwischen dem Organismus und seiner Umwelt beginnen“ (ebd., S. 22). Die Umwelt habe dabei aber nicht nur physische Aspekte, wie die Schwerkraft oder die Luft zum Atmen, sondern auch biologische und soziale Aspekte, welche sie als Feld bezeichnen. Wichtig sei dabei, das Organismus/Umwelt-Feld als eine einheitliche, dynamische und ungeteilte Gestalt zu betrachten, wobei sich in der Differenzierung zwischen Organismus und Umwelt-Feld wieder die der Gestalt inhärente Figur-Grund-Dynamik spiegle. Nach Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) gehe es vor allem darum, „wie bei der Gestaltbildung ein Empfinden und Bewußtheit der eigenen Existenz in Abgrenzung und Beziehung zu unserer Umwelt entsteht, wie ein ‚Ich‘ von einem ‚Nicht-Ich‘ oder ein ‚Wir‘ von einem ‚Nicht-Wir‘ bei der Inszenierung von Wirklichkeiten unterschieden wird“ (ebd., S. 65). Es gehe also um einen selbstreflexiven Prozess, die Wahrnehmung der Unterschiedlichkeit zwischen Organismus und Umwelt-Feld, wobei diese Abgrenzung für das Überleben des Organismus notwendig sei und sich dieser dadurch in Beziehung zu seiner Umwelt erlebe. Wie wir später noch sehen werden, sind diese Abgrenzung und dieser dynamische Prozess der ständigen Veränderung im Organismus/Umwelt-Feld das, was in der Gestalttherapie mit „Kontakt“ gemeint ist und sich im Kontaktmodell niederschlägt (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002).

### **Organismische Selbstregulation und Schöpferische Anpassung**

Das Konzept der Selbstregulation geht einerseits ebenfalls auf Kurt Goldstein, andererseits auf die Theorien Wilhelm Reichs zurück, kann aber auch als politisches Gegenkonzept zu „äußerer“ Kontrolle und totalitären Regimen verstanden werden, mit denen die Gründerpersönlichkeiten der Gestalttherapie Fritz und Laura Perls sowie Paul Goodman zeitlebens zu kämpfen hatten (Fuhr et al., 2006, S. 122). Ihnen zufolge würden

sich Menschen und Gemeinschaften dann am gesündesten entwickeln, wenn es von außen möglichst wenig Kontrolle oder rigide Vorgaben gebe. Diese Grundannahmen entwickelten die frühen Gestalttherapeut\*innen im Konzept der „organismischen Selbstregulation“ weiter: die im Austausch mit der Umwelt im Organismus auftretenden Bedürfnisse würden selbständig nach Prioritäten geordnet und befriedigt werden, solange es keine Kontrolle oder Steuerung von außen gebe. Sie würden sich also auf spontane Weise von selbst regulieren und auch dazu tendieren, sich wieder zu korrigieren, sofern die Bedürfnisbefriedigung aus dem Ruder gelaufen sei (Perls et al., 2013). Dabei ging es ihnen jedoch nicht um die grenzenlose individuelle Befriedigung von Bedürfnissen, sondern eher um weniger Kontrolle und mehr Spontaneität im Erleben und im Austausch mit der Umwelt, wobei Spontaneität als zentrales Merkmal von Gesundheit hervorgehoben wird (Fuhr et al., 2006; Perls et al., 2013).

Die „schöpferische Anpassung“, ein Begriff, der vor allem von Goodman geprägt wurde, kann als Erweiterung der Selbstregulation verstanden werden, die sich auf das gesamte Organismus/Umwelt-Feld bezieht. Dabei sei der Mensch in sein Umwelt-Feld eingebunden und mit ihm verflochten, in den Wechselbeziehungen werde auf Grundlage der jeweils vorherrschenden Interessen und Bedürfnisse eine Balance hergestellt– die kreative oder schöpferische Anpassung (Fuhr et al., 2006). Die schöpferische Anpassung sei also der Versuch, zwischen der reinen Anpassung des Organismus an das Umwelt-Feld und der ausschließlichen Anpassung des Umwelt-Feldes an die Bedürfnisse des Organismus einen Mittelweg zu finden, wobei dieser produktive Kontakt zwischen diesen beiden Polen eine ständige kreative Aktivität des Selbst verlange, da das Gleichgewicht zwischen beiden Extremen immer nur vorübergehend hergestellt werden könne (Blankertz & Doubrawa, 2005).

Im Konzept der schöpferischen Anpassung finden sich auch erste Hinweise auf das Gesundheits- und Krankheitsverständnis in der Integrativen Gestalttherapie. Weiter oben wurde bereits Spontaneität als wesentliches Gesundheitsmerkmal hervorgehoben, in Bezug auf die schöpferische Anpassung sei Gesundheit daran zu erkennen, wie sehr der Organismus in Kontakt mit sich und seinem Umwelt-Feld sei und wie lebendig er in der Lage sei, sich anzupassen (Fuhr et al., 2006). So wird z.B. auch die Neurose als schöpferische Anpassung an bestimmte belastende, schwierige Lebenssituationen gesehen, wobei auch in diesen neurotischen Verhaltensweisen nutzbare Potentiale und Ressourcen steckten. Problematisch werde es dann, wenn sich diese neurotischen

Anpassungen verfestigen würden und zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr funktional seien. Ziel der Gestalttherapie sei es dann, diese verfestigten Verhaltensweisen bewusst zu machen, zu reaktivieren und für die Gegenwart nutzbar zu machen (Fuhr et al., 2006).

### **Dialogisches Prinzip, Phänomenologie und Hermeneutik als Grundlagen der therapeutischen Haltung**

Der Begriff „Dialog“ bezeichnet zunächst die ganz alltägliche Situation, dass zwei oder mehr Menschen miteinander kommunizieren. In der Integrativen Gestalttherapie geht es beim Dialog oder bei der dialogischen Haltung jedoch um eine ganz bestimmte Form und eine bestimmte Qualität des miteinander Redens; darum, dass zwischen den beteiligten Menschen eine Begegnung stattfindet (Schmidt-Lellek, 2004). Die dialogische Grundhaltung war zwar von Anfang an in den Grundzügen der Gestalttherapie und ihrer Gründer\*innen vorhanden, vor allem bei L. Perls, die theoretische Einbindung erfolgte jedoch erst später, z.B. durch H. Petzold oder F. Staemmler (Schmidt-Lellek, 2004).

In seiner vielbeachteten Schrift „Ich und Du“ beschreibt Buber, dass der Mensch von Beginn an in Beziehungen lebe und es auch ein Verlangen nach Beziehungen gebe, welches von Geburt an bestehe: „Im Anfang ist die Beziehung: als Kategorie des Wesens, als Bereitschaft, fassende Form, Seelenmodell; das Apriori der Beziehung; *das eingeborene Du*.“ (Buber, 1994, S. 31). Was einen Menschen als solchen ausmache, entwickle sich also in den unterschiedlichsten Beziehungen zu anderen Menschen: „Der Mensch wird am Du zum Ich.“ (Buber, 1994, S. 32). Dadurch, dass Buber die Beziehung als Grundtatsache menschlichen Seins versteht, betrachtet er dieses auch nicht von einem individuellen Standpunkt aus, sondern bezieht sich auf das, was zwischen einem Du und einem Ich geschieht. Dieses Zwischen kann nach Buber (1994) zwei Orientierungen oder Haltungen annehmen, die er mit den Grundworten „Ich-Du“ und „Ich-Es“ bezeichnet. Das Ich, welches das Grundwort Ich-Du spricht, nennt er Person. In der Ich-Du-Haltung trete ich mit einem Anderen in eine Beziehung ein, das Ich und das Du könnten sich hier gegenseitig annehmen, akzeptieren und bestätigen und so könne ein Dialog entstehen. Das Ich, welches das Grundwort Ich-Es spricht, nennt er demgegenüber Eigenwesen: in dieser Haltung distanzieren sich das Subjekt vom Es, es denke kausal und vergangenheitsbezogen, grenze sich vom anderen ab und die

Beziehung sei von Zweckhaftigkeit und Funktionalität geprägt (Schmidt-Lellek, 2004). „Die Welt als Erfahrung gehört dem Grundwort Ich-Es zu.“ (Buber, 1994, S. 10).

Für die therapeutische Beziehung ergibt sich aus der Berücksichtigung dieser philosophischen Grundlagen Bubers folgendes: In einer dialogischen Beziehung sind die Therapeut\*innen nicht nur diagnostizierende und beobachtende Subjekte und die Klient\*innen die Objekte ihrer Beobachtung und Therapie, sondern sie sind ebenso Teilnehmer\*innen einer Beziehung. Davon ausgehend, dass Krankheiten der Seele immer Krankheiten der Beziehung sind (Schmidt-Lellek, 2004) ergibt sich, dass alle psychischen Störungen oder Konflikte in Beziehungen entstanden sind und auch nur in Beziehungen wieder geheilt werden können. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn eine Kränkung oder Verletzung in einem Dialog entstanden ist und als erstarrter Monolog internalisiert wurde. Die betreffende Person sei dann auf dialogbereite Therapeut\*innen angewiesen, um diesen erstarrten Monolog wieder zu einem Dialog werden zu lassen (Schmidt-Lellek, 2004). Daraus sollte allerdings nicht der Schluss gezogen werden, dass das Grundwort Ich-Du dem Grundwort Ich-Es überlegen wäre oder letzteres ein zu vermeidendes Übel wäre, da beide notwendigerweise zum Menschsein dazu gehören würden und ihren eigenen Wert hätten. Zudem entspräche die Haltung, eine dialogische Beziehung als wünschenswertes Ziel einer Psychotherapie zu definieren, nach Buber dem Grundwort „Ich-Es“, indem der Psychotherapie ein Zweck oder ein bestimmtes Ziel auferlegt werde. „Das Du begegnet mir von Gnaden – durch Suchen wird es nicht gefunden.“ (Buber, 1994, S. 15). So könnten Psychotherapeut\*innen also eine dialogische Beziehung nicht herstellen, sondern nur die Grundvoraussetzungen dafür schaffen, dass eine dialogische Begegnung möglich ist. Dazu sei es auch notwendig, dass Psychotherapeut\*innen ihre eigenen inneren Dialoge als Teil des dialogischen Geschehens betrachten und diese miteinbeziehen. Zudem sei die Ich-Es-Haltung auch notwendig für Psychotherapeut\*innen, wenn es z.B. darum gehe, Diagnosen zu vergeben oder in einen wissenschaftlichen Diskurs mit Kolleg\*innen einzusteigen. Für Schmidt-Lellek (2004) ist es für die gestalttherapeutische Praxis daher notwendig, zwischen den Grundworten Ich-Du und Ich-Es flexibel hin- und herwechseln zu können und den Respekt vor der Andersartigkeit der Klient\*innen sowie die Empathie für diese hochzuhalten, darüber aber gleichzeitig das fundamentale Anderssein des Gegenübers nicht zu vergessen. So beschreiben auch Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) mit Bezug auf Bubers Begriff der „Umfassung“ als Grundvoraussetzungen für einen gelingenden

Dialog den Respekt vor der Andersartigkeit der anderen und die Fähigkeit, sich in die Realität anderer hineinversetzen zu können, ohne sich in dieser Realität zu verlieren. Wenn es gelinge, in der therapeutischen Situation für eine bestimmte Zeit einen gemeinsamen Sinn oder gemeinsame Bedeutung zwischen den Dialogpartner\*innen herzustellen, zeige sich eine Qualität des interpersonellen Kontaktverhaltens, die als dialogisch bezeichnet werden könne (Amendt-Lyon et al., 2004).

Für Buber (1994) ist es zudem nicht notwendig, dass beide beteiligten Personen eine Ich-Du-Haltung einnehmen, um eine Beziehung herstellen zu können: „Beziehung kann bestehen, auch wenn der Mensch, zu dem ich Du sage, in seiner Erfahrung es nicht vernimmt. Denn Du ist mehr, als Es weiß. Du tut mehr, und ihm widerfährt mehr, als Es weiß.“ (ebd., S. 13). Für die therapeutische Praxis ergibt sich daraus die Schlussfolgerung, dass auch dann eine Beziehung zwischen Therapeut\*in und Klient\*in bestehen kann, wenn bei dem/der Klient\*in (noch) eine Ich-Es-Haltung vorherrscht. Für Lynne Jacobs (1995, zitiert nach Gremmler-Fuhr, 2017) ist es gerade das Besondere am Dialog in der therapeutischen Situation, dass die volle Gegenseitigkeit im Sinne der Umfassung sowie der Bestätigung durch die anderen eben keine Bedingung für Beziehung oder Kontakt darstelle. Gremmler-Fuhr (2017) verweist in diesem Zusammenhang auf die funktionale und die personale Dimension einer therapeutischen Beziehung, von denen erstere durch eine rollenbedingt notwendige Asymmetrie in der Beziehung, letztere durch eine persönliche, symmetrische Begegnung von Therapeut\*innen und Klient\*innen auf gleicher Ebene gekennzeichnet sei. Erst im intentionalen Dialog im Sinne Salomo Friedlaenders (als Gegenpart zum als normativ verstandenen Dialogverständnis Martin Bubers) ist es für Gremmler-Fuhr (2017) möglich, diese beiden Dimensionen zu integrieren: Für sie bedeute intentionaler Dialog eine Grundhaltung, in der die Therapeut\*innen beabsichtigen, mit den Klient\*innen in eine Begegnung und Verständigung einzutreten, sie aber gleichzeitig akzeptieren und wertschätzen, was ist. Das könne auch bedeuten, dass eine Begegnung zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht möglich sei. Die Grundhaltung des intentionalen Dialogs beinhalte jedoch die Offenheit und Möglichkeit für zukünftige Begegnungen (Gremmler-Fuhr, 2017).

Das Erkennen dessen, was in einer jeweils gegebenen Situation ist, erfordert für Integrative Gestalttherapeut\*innen die Berücksichtigung phänomenologischer und hermeneutischer Herangehensweisen in der Praxis. Ohne detailliert auf die Phänomenologie und Hermeneutik als philosophische Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie einzugehen (Fuhr, 2017; Nausner, 2017), scheinen hier doch einige Aspekte einer phänomenologisch-hermeneutischen Erkenntnisweise für die integrativ-gestalttherapeutische Praxis relevant. Fuhr (2017) zufolge sind die Phänomenologie und die Hermeneutik für die Gestalttherapie deshalb so wichtig, weil es eben nicht darum gehe, auf der Basis von empirischen Daten möglichst sichere Handlungsanleitungen zu erstellen, sondern durch die bewusste Wahrnehmung dessen, was ist, und durch das Erforschen der Bedeutungen dessen, was ist, ein „Höchstmaß an Wahrhaftigkeit im zwischenmenschlichen Austausch“ (ebd., S. 418) zu erlangen. Yontef (1993, zitiert nach Fuhr, 2017) verbindet die beiden Wissenschaftsmethoden, wenn er sagt: „Phänomenologie ist die Suche nach Verstehen, das auf dem gründet, was offensichtlich ist oder in der Situation offensichtlich wird anstelle der Interpretation durch den Beobachter.“ (ebd., S. 420). Sowohl Fuhr (2017), als auch Nausner (2017) betonen dabei die Rolle der Hermeneutik als sinnverstehendes Vorgehen in der Praxis, um das im Hier und Jetzt offensichtlich Wahrgenommene in einen biografischen oder historischen Kontext zu setzen und so tieferes Verständnis möglich zu machen. Grundlage einer phänomenologischen Vorgangsweise in der therapeutischen Praxis sei dabei die Intention, die Phänomene möglichst vorurteilsfrei unter Einklammerung aller Gewohnheiten und Voreingenommenheiten zu erkennen und wahrzunehmen und ihnen Wert beizumessen, auch wenn sie für uns zunächst unlogisch oder unerwartet erscheinen können (Fuhr, 2017). Durch die hermeneutische Herangehensweise soll sodann das Wahrgenommene in tiefere Sinnzusammenhänge gesetzt werden, wobei dies in zirkulärer Weise im Dialog zwischen Klient\*in und Therapeut\*in geschehe. Die Verbindung der hermeneutischen mit der phänomenologischen Vorgangsweise führe nach Nausner (2017) auch dazu, dass das, was ist, immer wieder neu verhandelt und ausgelegt werden müsse. Der gestalttherapeutische Erkenntnisprozess führe dabei aber nicht nur über geistige Prozesse, sondern beziehe die leibliche Verankerung des Menschen in der Welt mit ein (Fuhr, 2017; Nausner, 2017).

Für die integrativ-gestalttherapeutische Praxis bietet die dialogische Grundhaltung also eine Basis, auf der Begegnung und Beziehung mit unseren Klient\*innen prinzipiell ermöglicht werden kann. Hier sind Grundzüge einer phänomenologischen Sichtweise bereits impliziert, wenn wir die anderen als andere wertschätzen und davon ausgehen, dass die Welt, wie sie da ist, immer ein bisschen anders da ist, in Abhängigkeit vom jeweiligen Bewusstsein, das diese Welt „entstehen lässt“ (Nausner, 2017, S. 472). Die hermeneutische Herangehensweise bietet schließlich eine Möglichkeit, Sinnzusammenhänge in einer bestimmten Situation in einem dialogischen Prozess zu erforschen und so zu einem gemeinsamen Verständnis der Situation und des Erlebens unserer Klient\*innen zu kommen, was für Amendt-Lyon et al. (2004), wie bereits weiter oben beschrieben, einem dialogischen Kontaktverhalten entspräche. Entsprechend bezeichnet Fuhr (2017) Gestalttherapie als ein experientiell (erlebnismäßiges, erfahrungszentriertes) Verfahren, weil sich der dialogische Prozess der hermeneutischen Erforschung von Sinnzusammenhängen auf das unmittelbare Erleben der Phänomene im Hier und Jetzt beziehe (Fuhr, 2017).

### **Das Kontaktmodell und seine Kontaktfunktionen**

*Jeder Kontakt ist kreative Anpassung zwischen Organismus und Umwelt* (Perls et al., 2013, S. 25).

Der Begriff des Kontakts ist in der Gestalttherapie zentral und bezeichnet verschiedenste Austauschprozesse im Organismus/Umwelt-Feld (Blankertz & Doubrawa, 2005). Kontakt finde dann statt, wenn sich der Organismus in seinem Umwelt-Feld mit Neuem auseinandersetze und dieses im Sinne von kreativer Anpassung assimiliere oder abwehre. Für Perls et al. (2013) ist Kontakt also eine Tätigkeit, die in Assimilation und Wachstum bestehe, gleichzeitig bilde sich im Kontakt aber auch eine Figur des Interesses vor dem Hintergrund des Organismus/Umwelt-Feldes. Aus der Vielfalt an verschiedenen Definitionen von Kontakt haben Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) versucht, die wesentlichsten Merkmale des Kontaktbegriffs zusammenzufassen.

Laut ihrer Zusammenfassung ist Kontakt ein Prozess, der drei Vorgänge beschreibt:

- Den Vorgang der Gestaltbildung bzw. die Figur-Grund-Auflösung;
- Die Differenzierung zwischen Organismus und Umwelt-Feld und
- Einen Austauschprozess zwischen Organismus und Umwelt, der Neues dahingehend auswähle und unterscheide, ob es assimilierbar sei oder nicht.

Kontakt finde also an der Grenze zwischen dem Organismus und seinem Umwelt-Feld statt, wobei der Organismus seinerseits das Umwelt-Feld mithilfe des Gestaltbildungsprozesses in Figur-Grund-Formationen auflöse, die jeweils Gegenstand des Interesses werden könnten (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002). Der Organismus unterscheide schließlich die sich in den Vordergrund drängenden Figuren danach, ob diese assimilierbar seien oder nicht, wobei das, was ausgewählt und assimiliert werde, immer neu sei. Für Perls et al. (2013) überlebe der Organismus, indem er Neues durch Wachstum und Veränderung assimiliere.

Die Kontaktgrenze sei der Ort, an dem die Erfahrung des Kontakts stattfindet. Mit Grenze soll dabei jedoch keine Trennung zwischen Organismus und Umwelt-Feld bezeichnet werden, sondern eher eine Begrenzung, Schutz und Umfassung des Organismus und eine gleichzeitige Berührung des Umwelt-Feldes (Perls et al., 2013). Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) beschreiben die Kontaktgrenze als das „Phänomen, daß sich ein Organismus von einem Umweltfeld *durch die Art und Qualität seiner Selbstorganisation unterscheidet*, wobei der Organismus seinerseits eine Figur-Grund-Differenzierung im Feld vornimmt.“ (ebd., S. 87). Diese Kontaktgrenze sei dabei dynamisch zu verstehen, sei mehr oder weniger durchlässig und entstehe, verändere und löse sich im Verlauf eines Kontaktprozesses immer wieder auf (Fuhr et al., 2006).

In der gestalttherapeutischen Literatur wird Kontakt also als Prozess dargestellt, der idealtypisch in verschiedenen Kontaktphasen abläuft. Perls et al. (2013) beschreiben vier Kontaktphasen, die sich in der erlebten Wirklichkeit jedoch meist nicht so klar voneinander trennen ließen, sondern sich überlagern und aneinanderreihen würden (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002).

- Vorkontakt: Im Stadium des Vorkontakts beginnen wir, Unterschiede im Organismus/Umwelt-Feld wahrzunehmen, die Bedürfnisse in uns auslösen oder umgekehrt können bereits vorhandene Bedürfnisse dazu führen, dass wir Unterschiede im Umwelt-Feld wahrnehmen. Dies können periodische Bedürfnisse sein, wie Hunger oder Durst, oder aperiodische Bedürfnisse wie z.B. auftretende Schmerzen oder emotionale Erregungen. Die Bedürfnisse und Empfindungen sind anfangs noch diffus, haben keinen klaren Fokus, lösen aber die Erregung eines Figur-/Hintergrundprozesses aus, in dem die Bedürfnisse und Interessen allmählich zur Figur vor dem Hintergrund anderer Wahrnehmungen (z.B. des Körpers) werden (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002; Perls et al., 2013).
- Kontaktaufnahme: Die Erregung steigert sich und wird allmählich zum Hintergrund, während verschiedene Möglichkeiten oder Objekte deutlich und zur Figur werden, die das bestehende Bedürfnis befriedigen könnten. Ein Gefühl taucht auf und der Organismus beginnt, eine Möglichkeit zur Bedürfnisbefriedigung auszuwählen, während er gleichzeitig andere Möglichkeiten verwirft, die nicht zur Befriedigung geeignet sind. Aggression spielt in dieser Phase eine wichtige Rolle, um Hindernisse aus dem Weg zu räumen (Perls et al., 2013). Die ausgewählte Möglichkeit wird schließlich zur Figur, wobei die absichtsvolle Orientierung und Abgrenzung des Organismus vom Umwelt-Feld eine besondere Bedeutung haben (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002).
- Kontaktvollzug: Für Perls et al. (2013) ist der Kontaktvollzug ein Ziel (wenn auch nicht das endgültige Ziel) des Kontaktprozesses. Das Selbst ist hierbei vollständig mit der Figur beschäftigt, die es entdeckt hat, es gibt für kurze Zeit praktisch keinen Hintergrund, da die Figur die gesamte Bewusstheit des Selbst ausfüllt. Auch die Kontaktgrenze wird in diesem Stadium extrem durchlässig oder verschwindet zum Teil sogar. Spontaneität ist eine wesentliche Eigenschaft im Stadium des Kontaktvollzugs, in dem das Selbst die Einheit der Funktionen von Wahrnehmung, Bewegung und Gefühl wahrnimmt und die Interaktion von Organismus und Umwelt-Feld spürt (Perls et al., 2013).
- Nachkontakt: wenn das Bedürfnis befriedigt wurde, klingt die Erregung ab und die Kontakterfahrung, das Neue, das assimiliert wurde, kann in das Selbst

integriert werden. Zudem ist es die Phase, in der der Organismus vom Kontakterlebnis Abschied nimmt (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002). Für Perls et al. (2013) zeigen sich in der Nachwirkung des Kontaktvollzugs auch die Ergebnisse der schöpferischen Anpassung, Assimilation und Wachstum, die für sie das funktionale Endziel des Kontaktzyklus darstellen.

Erving und Miriam Polster (1997) betonen, dass Kontakt nicht nur zwischen einem Organismus und einem anderen Organismus oder einem unbelebten Objekt im Umwelt-Feld stattfinden könne, sondern auch dann, wenn ein Organismus Kontakt mit einer neuen Qualität seiner selbst aufnehme, wir also mit uns selbst in Kontakt sein können. Die Ich-Grenze bezeichnen sie dabei als die Grenze des menschlichen Wesens, die durch alle seine Lebenserfahrungen und die Fähigkeit zur Assimilation von Neuem bestimmt sei. Diese Ich-Grenze bestimme, welche Kontaktmöglichkeiten für einen Organismus grundsätzlich zulässig seien (Polster & Polster, 1997). Innerhalb der Ich-Grenze sei es für einen Organismus einfach, Kontakt herzustellen und dieser führe zu einer Befriedigung und zu Wachstum. An der Ich-Grenze sei Kontakt mit einem höheren Risiko verbunden und mit einer geringeren Sicherheit, dass die vorherrschenden Bedürfnisse befriedigt werden würden. Werde die Ich-Grenze völlig überschritten, sei Kontakt nach Polster und Polster (1997) nahezu unmöglich. Dies sei z.B. dann der Fall, wenn ein Mensch extremer Hitze ausgesetzt sei, die er nicht mehr assimilieren könne, und stirbt, oder, weniger physiologisch, wenn jemand sehr schwere Beeinträchtigungen oder Erniedrigungen erlebe, die die zulässige Grenze überschreiten würden und der Mensch diese Überschreitung mittels Aufgabe des Kontaktes abzuwehren versuche.

Während Wachstum also durch einen gelungenen Kontaktprozess stattfinden kann, wird in der Gestalttherapie dann von Krankheit oder krank gesprochen, wenn der Kontaktprozess dauerhaft gestört ist. Perls et al. (2013) verwendeten für die Beschreibung dieser Phänomene die Begriffe Kontaktunterbrechung, Kontaktvermeidung oder Widerstand, heute wird jedoch eher auf den auf L. Perls zurückgehenden Begriff der Kontaktfunktionen zurückgegriffen, um Irreführungen in Bezug auf den Gestalt-Ansatz zu vermeiden (Fuhr et al., 2006). Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) sehen in den Kontaktfunktionen Erklärungsprinzipien für das Kontaktgeschehen und notwendige Bedingungen für Kontakt, deren Funktionalität oder Dysfunktionalität sich immer nur in Zusammenhang mit den jeweiligen Bedürfnissen und

Interessen des Organismus sowie den Bedingungen der Situation zeige. Fuhr et al. (2006) schlagen daher vor, nur dann von Kontaktstörungen oder Krankheit zu sprechen, wenn Kontaktfunktionen automatisiert ablaufen und nicht mehr den situativen Bedingungen oder der Kontaktphase entsprechen, weisen aber darauf hin, dass auch diese habitualisierten Kontaktstörungen einst kreative Anpassungen in einer Notfallsituation dargestellt hätten.

Als klassische Kontaktfunktionen können Konfluenz, Introjektion, Projektion und Retroflektion betrachtet werden, wobei Goodman diesen noch die Kontaktfunktion des Egotismus hinzugefügt hat und Erving und Miriam Polster noch die Deflektion anführen. In Anlehnung an Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) können sie folgendermaßen charakterisiert werden:

- Konfluenz: bezeichnet den Vorgang der Verschmelzung im Organismus/Umwelt-Feld, in dem die Differenz zwischen Subjekt und Objekt negiert wird (Blankertz & Doubrawa, 2005). Nach Perls et al. (2013) existiert in der Konfluenz keine Selbstgrenze. Der Gegenpol ist die Abgrenzung gegenüber der Umwelt, wenn eine klare und kaum durchlässige Grenze entsteht.
- Introjektion: bei der Introjektion wird die im Kontakt entstehende Grenze so weit in das Umwelt-Feld hinaus verlagert, dass dem Organismus fremde Elemente ohne Prüfung oder Verarbeitung als zugehörig erlebt werden. Als Gegenpol bezeichnen Fuhr & Gremmler-Fuhr (2002) die Ablehnung aller Inhalte, die von uns als fremd empfunden werden.
- Projektion: die Projektion kann als die Umkehr der Introjektion verstanden werden, indem wir Impulse, Gefühle, Vorstellungen und Gedanken, die im Verlauf des Kontaktprozesses im Organismus entstehen, in das Umwelt-Feld verlagern. Die Grenze verlagert sich hier also weit in den Organismus hinein, das Objekt wird verleugnet und ihm werden Eigenschaften unterstellt (Blankertz & Doubrawa, 2005). Der Gegenpol besteht hier in der Zurückhaltung von Vorstellungen, Phantasien und Visionen.
- Retroflektion: bei der Retroflektion werden Impulse und Aktivitäten, die auf das Umwelt-Feld gerichtet sind, zurückgehalten und gegen den Organismus gerichtet. Versteht man Aggression als natürliche Lebensäußerung, bei der der Organismus auf das Umwelt-Feld zugeht, bezeichnet die Retroflektion

somit die Richtung der Aggression gegen sich selbst. Im Gegenpol der Retrofektion werden auftauchende Impulse und Aktivitäten im Umwelt-Feld ungehemmt ausgelebt und ausagiert (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002).

- Egotismus: nach Perls et al. (2013) ist Egotismus eine Verlangsamung der Spontaneität im Kontaktgeschehen, bei dem wir vor Abschluss des Kontaktprozesses nochmal Nachsinnen und Nachprüfen, ob alle Möglichkeiten tatsächlich ausgeschöpft sind. Nach Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) zeigt sich in der Kontaktfunktion des Egotismus die Vermeidung des Sich-Einlassens in einem Kontaktprozess, der Organismus wolle kein Risiko eingehen und nicht in die Phase des Kontaktvollzugs eintreten, verhindere dadurch aber auch neue Erfahrungen (Perls et al., 2013). Als Gegenpol beschreiben sie das ungeprüfte Eingehen von Risiken und die Hingabe.
- Deflektion: „grenzüberschreitende Impulse des Organismus oder Aktivitäten [werden] auf andere Dinge abgelenkt als die ursprünglich angezielten oder angestrebten.“ (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002, S. 126). Deflektion ereignet sich somit als Ablenkung in den Phasen der Kontaktaufnahme, des Kontaktvollzugs oder des Nachkontakts, der Gegenpol wird durch beharrliche Konzentration auf den Fokus der Aufmerksamkeit gebildet. Während Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) die Deflektion als unabhängig vom Egotismus sehen, stellt der von Perls et al. (2013) eingeführte Begriff Egotismus für Blankertz und Doubrawa (2005) eher eine Sonderform der allgemeineren Deflektion dar.

### **Das Kontakt-Support-Konzept und die Rolle von Stützfunktionen**

Das Kontakt-Support-Konzept ist eine Weiterentwicklung des Kontaktmodells durch Lore Perls, wobei sie sich in der Konzeption besonders auf die Organismustheorie von Kurt Goldstein bezieht und davon ausgeht, dass Kontakt als Vordergrundfunktion nur in dem Ausmaß möglich sei, in dem Stützung als organismischer Hintergrund vorhanden sei (Perls, 2005; Votsmeier-Röhr, 2005). Für Votsmeier-Röhr (2005) bietet es vor allem für die therapeutische Arbeit mit Menschen mit strukturellen Störungen bedeutsame Anhaltspunkte, so eben auch für Menschen mit Suchterkrankungen.

Kontakt ist für L. Perls (2005) die Bewusstheit des Unterschieds, das „Erkennen des ‚Andersseins‘“ (ebd., S. 62) von Organismus und Umwelt-Feld und mit spezifischer Aktivität verbunden, wobei Kontakt als Figur eben nur dann stattfinden könne, wenn im

organismischen Hintergrund adäquate Unterstützung vorhanden sei. Diese Stützfunktionen würden physiologische und konstitutionelle Faktoren genauso umfassen wie erworbene, automatisierte Gewohnheiten (z.B. Körperhaltung, Sprache) sowie alle Erfahrungen, die vollständig assimiliert worden seien und die wir üblicherweise für selbstverständlich halten würden. Dies gelte auch für neurotische Verhaltensweisen oder fixierte Ideale, da diese zu einem früheren Zeitpunkt einmal unterstützend gewesen seien. Perls (2005) betont hier vor allem die vollständige Assimilation von Neuem in das gesamte Funktionieren des Organismus, da eben nur das zur Stütze werden könne, was vollständig assimiliert und integriert worden sei. Unbewusstes kann so per definitionem nicht als Stütze gesehen werden, sondern im Gegenteil als das Fehlen von Stützung.

Perls (2005) definierte „Neurose als Zustand schlechter Koordination der Kontakt- und Stützfunktionen“ (ebd., S. 62) und folgerte daraus, dass das Ziel der Therapie sein müsse, dass Kontakt- und Stützfunktionen in optimaler Weise koordiniert werden können. Der Nutzen dieses Konzepts zeigt sich für Perls (2005) in der Gestalttherapie als erfahrungszentrierter Methode, die ohne Interpretation und Spekulation mit dem arbeite, was in der jeweils aktuellen Situation für die Klient\*innen unmittelbar verfügbar sei. So könne einerseits verhindert werden, allzu früh z.B. durch symbolische Handlungen verdrängte traumatische Inhalte verfügbar zu machen, da dies laut Perls (2005) zur Erfahrung von Angst, zu „Kontakt ohne Stütze“ (ebd., S. 63) und einer weiteren negativen Erfahrung in der therapeutischen Situation führe. Andererseits führe die Konzentration auf die unmittelbare Erfahrung im therapeutischen Prozess zur Erweiterung von Stützfunktionen, die dann wiederum verdrängte Inhalte leichter zugänglich machen würden, da ja mehr Stützfunktionen als zuvor vorhanden seien. Perls (2005) vergleicht diesen Prozess mit der Schöpfung eines Kunstwerks, „in welchem der Konflikt zwischen einer Fülle von unvereinbaren und nicht handhabbaren Erfahrungen in dem Moment bewußt wird, in dem die Mittel für ihre Interpretation und Verwandlung verfügbar werden“ (ebd., S. 63). Sie betont zudem, dass das Entstehen von prägnanten Gestalten im Kontaktprozess nur dann gelingen könne, wenn ausreichend Unterstützung vorhanden sei.

Für Perls (2005) ist die Atmung die wesentlichste Funktion für Stützung, die normalerweise vollautomatisch abläuft. Ähnlich werde die Art und Weise, wie ein bestimmtes Individuum Kontakt aufnehme, also seine Kontaktfunktionen, durch Wiederholung und Formalisierung (z.B. durch Rituale oder gesellschaftliche Umgangsformen) automatisiert. Ist eine Person mit ihrer Art und Weise, Kontakt aufzunehmen, erfolgreich, könnten diese Erfahrungen assimiliert, integriert und zu Stützfunktionen werden. Ist sie damit nicht erfolgreich, werde der erwünschte oder lebensnotwendige Kontakt unterbrochen und blockiert. Laut Perls (2005) beschäftigt sich die Psychotherapie nun mit denjenigen Verhaltensmustern und Gewohnheiten von Personen, die aus verschiedenen Gründen nicht voll in den Hintergrund integriert werden konnten. Das ist z.B. dann der Fall, wenn Verhaltensmuster, die zur Zeit ihrer Entstehung hilfreich waren, ihren Nutzen verloren haben und zu Blockierungen und fixen Gestalten werden. Für Perls (2005) besteht die Lösung in der Ent-Automatisierung dieser Gewohnheiten durch das bewusste Erforschen jedes Details der Situation. Durch die zunehmende Bewusstheit würden Fixierungen zu einem Problem, mit dem wir uns auseinandersetzen und so neue Verhaltensweisen erproben könnten.

Votsmeier-Röhr (2005) verweist vor allem für die Arbeit mit Personen mit strukturellen Störungen auf die Wichtigkeit von ausreichend Support und hat sich ausführlich mit der von L. Perls angesprochenen, jedoch nicht weiter ausgeführten, Angst in Kontaktprozessen ohne ausreichende Stützfunktionen auseinandergesetzt. Er bezieht sich auf Goldstein, nach dessen Ansicht der Organismus in Angst in seiner Existenz bedroht sei. D.h. es gehe nicht so sehr um die Angst, ein Bedürfnis nicht befriedigen zu können oder zu scheitern, sondern um eine existenzielle Angst vor der Erschütterung des gesamten Ich, der Desorganisation der Persönlichkeit und „seiner Existenz als Möglichkeit, sich seiner Wesenheit entsprechend in der Welt zu verwirklichen“ (Goldstein, 1934, zitiert nach Votsmeier-Röhr, 2005, S. 31). Votsmeier-Röhr (2005) betont, dass nicht jede Erschütterung zu Angst führe, sondern die Erfahrung von existenzieller Bedrohung von der Bedeutung der jeweiligen Situation für die Existenz einer Person abhängen. Bei ausreichend vorhandenen Stützfunktionen könne selbst diese existenzielle Bedrohung als Herausforderung erlebt werden, durch die eine Person ihrem grundlegenden Bedürfnis nach Selbstverwirklichung nachgehen könne. Fehle jedoch die für eine Situation angemessene Stützung, strebe die Person vordergründig nach Selbsterhaltung, da es dann nicht mehr um eine positive Erregung

bei der Überwindung von Hindernissen gehe, sondern die existenzielle Angst vorherrsche (Votsmeier-Röhr, 2005).

Für Votsmeier-Röhr (2005) besteht eine wichtige Präzisierung des Kontakt-Support-Konzepts von L. Perls dabei darin, dass das Verhältnis von Kontakt und Support direkt mit der Erhaltung, Sicherung und Verwirklichung der Identität einhergehe. Das Erleben von schwerwiegenden Erschütterungen, wenn diese Sicherung der eigenen Identität nicht möglich ist, führe laut Votsmeier-Röhr (2005) dann auch dazu, dass alle Kontaktprozesse vermieden werden, die eine solche existenzielle Erschütterung auslösen könnten. Die Frage, welche Kontakte mit einem jeweils gegebenen Support denn möglich sind, beantwortet Votsmeier-Röhr (2005) mit dem Konzept der Ich-Grenze von Polster und Polster (1997), welches weiter oben bereits beschrieben wurde als bestimmendes Moment dafür, welche Kontakte grundsätzlich zulässig sind. Besteht nicht ausreichend Stützung in einem Kontaktprozess, kommen laut Votsmeier-Röhr (2005) schließlich alle Spielarten der Kontaktfunktionen in Frage, um ein Grenzerlebnis an der Kontaktgrenze zu vermeiden bzw. die Art und Intensität des Grenzerlebnisses zu regulieren.

Für die konkrete therapeutische Arbeit bedient sich Votsmeier (2017) der Begriffe des selbst-reflexiven und des responsiven Modus. Im selbst-reflexiven Modus werde eine Situation mit bewusst gerichteter Aufmerksamkeit von einer Metaebene aus betrachtet, wodurch es dieser Modus ermögliche, sich von inneren Erfahrungen zu distanzieren oder auch eine andere Perspektive einzunehmen. Im responsiven Modus werde die Aufmerksamkeit hingegen von außen gelenkt, wir würden von konkreten äußeren Stimuli bestimmt und auf die vorhandenen Reize reagieren (Votsmeier, 2017). Auch diese Modi wirken wieder im Figur-Hintergrund-Prinzip zusammen: während wir viele Aktivitäten im responsiven Modus erledigen würden, sei unser Verhalten stets mitbestimmt durch den selbst-reflexiven Modus, der im Hintergrund immer vorhanden sei. Meist trete er dann in den Vordergrund, wenn es bei einer Aktivität zu einer Störung komme und eine Neuorientierung in der Situation erforderlich sei. Nach Goldstein (1971, zitiert nach Votsmeier, 2017) sei aber gerade im Zustand der Angst und nach existenziellen Erschütterungen die organisierende Kraft des selbst-reflexiven Modus eingeschränkt, wodurch Erleben und Verhalten vorrangig im responsiven Modus stattfinden würden und die Einbettung von Situationen in einen adäquaten Hintergrund verlorengelange. Ziel in der Psychotherapie, z.B. bei Menschen mit strukturellen

Störungen, sollte es nach Votsmeier (2017) demnach sein, die Funktionsfähigkeit des selbst-reflexiven Modus sicherzustellen und zu verbessern. Einerseits sollten z.B. die Situation und die Lebensumstände der Klient\*innen zunächst dahingehend verändert werden, dass Angst und existenzielle Bedrohung möglichst vermieden werden könnten. Andererseits gehe es darum, bewusst Perspektiven zu wechseln, Erlebnisse von einer Metaebene aus zu betrachten und durch ein Narrativ das Erlebte in einen Kontext einzubetten. Die Therapeut\*innen sollten hier aktiv bei der Einordnung und Strukturierung im Sinne eines Hilfs-Ichs mitwirken (Votsmeier, 2017). Die Erforschung, welche weiteren Stützfunktionen vorhanden und wie adäquat oder hilfreich diese sind, sowie die Veränderung von fixierten inneren Bildern und Bedeutungsstrukturen, sind nach Votsmeier (2017) weitere Ansatzpunkte zur Erweiterung der vorhandenen Stützung.

## **Möglichkeiten und Grenzen von Psychotherapie bei substituierten Menschen**

Die Frage, welche Möglichkeiten und Grenzen sich für die Psychotherapie von Menschen in Opioid-Substitutionstherapie ergeben, kann neben einer rein pragmatisch-praktischen Perspektive auch unter Berücksichtigung von anthropologischen und ethischen Überlegungen sowie Vorstellungen zu Krankheits-, Persönlichkeits- oder Therapietheorie etc. beantwortet werden. Auf Basis der dargestellten medizinischen Grundlagen, integrativ-gestalttherapeutischen Theorien sowie der Ansätze aus anderen psychotherapeutischen Schulen wird nun der Versuch unternommen, die Fragestellung der vorliegenden Master-Thesis möglichst differenziert zu beantworten. Der Rekurs auf weiter oben beschriebene theoretische Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie liefert gleichzeitig die Begründung dafür, warum sich genau diese Konzepte und Grundlagen in der vorliegenden Master-Thesis wiederfinden. Zudem können die Ergebnisse dieser Zusammenschau von Psychotherapeut\*innen als Basis dafür verwendet werden, eine professionelle Haltung für ihre (integrativ-gestalttherapeutische) Arbeit mit Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in OST zu entwickeln.

Das Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung von Opioiden nach ICD-10 (Dilling et al., 2014) erfordert den fortlaufenden Konsum von Opioiden, der mit Kontrollverlust, Dosissteigerung und Entwicklung von Entzugserscheinungen einhergeht sowie damit, dass wichtige Bedürfnisse und Lebensbereiche dem Konsum untergeordnet werden bzw. der Konsum so in den Mittelpunkt gestellt wird, dass dieser auch bei ansonsten negativen Auswirkungen weitergeführt wird. Stellt man die Spezifika einer OST diesen Kriterien gegenüber, zeigen sich in vielen Punkten wesentliche Unterschiede: Während der Konsum von Opioiden im Rahmen einer unbehandelten Abhängigkeitserkrankung meist mit dem Ziel der Berausung stattfindet, besteht das Ziel einer OST gerade darin, eine stabile Erhaltungsdosis zu finden, mit der die betreffenden Personen weder Entzugserscheinungen, noch einen Rauschzustand erleben, sondern sich annähernd „normal“ fühlen (Payte, 2004). Somit kann einer regelmäßigen Dosissteigerung ebenso entgegen gewirkt werden, wie einem Kontrollverlust über den Konsum. Zwar bleiben die Entzugserscheinungen, wenn die OST nicht eingenommen wird. Die garantierte tägliche Einnahme der ärztlich verschriebenen Substitutionsmedikamente führt aber auch dazu, dass der Beschaffungsdruck am Schwarzmarkt wegfällt und sich die Personen wieder um andere Lebensbereiche kümmern können, wie z.B. der Verbesserung ihres

Gesundheitszustandes, dem Nachgehen einer regelmäßigen Beschäftigung oder der Erfüllung von Fürsorgepflichten. Nicht zuletzt führt die medizinisch kontrollierte Herstellung der verwendeten Medikamente dazu, dass die Personen nicht den Gefahren von verunreinigten Substanzen ausgesetzt sind, was sich wiederum positiv auf den gesamten Gesundheitszustand auswirkt (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al., 2017). Schließlich kann die Entscheidung, den selbst gesteuerten Konsum aufzugeben und sich in ein professionelles Hilfesystem zu begeben, auch dazu führen, dass sich die betreffenden Personen insgesamt kritisch mit ihrem Konsum auseinandersetzen, dessen Funktionalität hinterfragen und so letztlich den ersten Schritt in Richtung einer Veränderung ihrer Leidenszustände setzen können. Wenn wiederholt argumentiert wird, dass die OST nur eine Verlängerung und Verfestigung der Sucht sei und dadurch die Heilungschancen für das betreffende Individuum auch von institutioneller Seite her behindert würden, scheint es besonders wichtig, immer wieder auf die Unterschiede zwischen einer unbehandelten Abhängigkeitserkrankung durch Opioide und einer OST im Rahmen einer Abhängigkeitserkrankung durch Opioide hinzuweisen. Anhand der ICD-10-Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung zeigt sich dies z.B. darin, dass Menschen in OST diese Kriterien schlicht nicht mehr erfüllen würden (Dilling et al., 2014).

Aus medizinischer Sicht führt die OST also auf viele verschiedene Arten zu einer Stabilisierung der Klient\*innen, sei es in Bezug auf die körperliche Unversehrtheit oder die soziale und finanzielle Stabilisierung und Teilhabe (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al., 2017). Wie ist diese Stabilisierung jedoch aus psychotherapeutischer bzw. integrativ-gestalttherapeutischer Perspektive zu beurteilen und welche Auswirkungen auf den psychotherapeutischen Prozess könnten sich ergeben? Bietet die Integrative Gestalttherapie in ihren theoretischen Grundlagen darüber hinaus Anhaltspunkte, die die zeitgleiche Teilnahme an einer OST und Durchführung einer Psychotherapie stützen?

An dieser Stelle scheint es angebracht, zu fragen, welches Ziel mit einer Psychotherapie prinzipiell verfolgt werden soll, da diese Frage je nach Zielausrichtung (Abstinenz, Konsumreduktion, Bearbeitung komorbider psychischer Erkrankungen, Verbesserung der Lebensqualität etc.) zu einer anderen Antwort führen wird. Die Integrative Gestalttherapie und auch die anderen angesprochenen

psychotherapeutischen Schulen geben dahingehend konträre Antworten: Während der Großteil der in der vorliegenden Master-Thesis angeführten Autor\*innen davon ausgeht, dass von einer Heilung im Rahmen einer Abhängigkeitserkrankung nur dann gesprochen werden kann, wenn der Substanzkonsum unterbrochen wird, und damit meist auch das Nicht-Vorhandensein einer OST meinen, sind sich die meisten doch auch darin einig, dass die Frage, welches Ziel mit einer Psychotherapie verfolgt werden soll, nicht einseitig von den Psychotherapeut\*innen beantwortet werden kann, sondern immer nur im Zusammenspiel und in Übereinkunft mit den Klient\*innen. Hier sei nochmal auf das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit (Körkel, 2020; Körkel & Nanz, 2016) verwiesen, welches der Abklärung der jeweiligen Zielrichtung in der Behandlung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen eine ganz wesentliche Bedeutung zuschreibt. Bereits vorhandene, intrinsische Behandlungsmotivation kann laut Körkel (2020) viel eher zur Veränderung eines problematischen Konsums eingesetzt werden, wenn die Zielrichtung von den Klient\*innen bestimmt und ihnen auch entsprechende Angebote zur Verfügung gestellt werden, als wenn ein Ziel von außen aufgezwungen wird. Meili et al. (2004) gehen hier noch einen Schritt weiter und orientieren sich in der Zielfindung für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung an den Grundzielen bei chronischen Erkrankungen, nämlich der Reduktion von Schädigungen und der Verbesserung der Lebensqualität. Aus ihrer Sicht wird die Abstinenz als Ziel von Suchtbehandlungen überbewertet und sei oftmals auch nicht realistisch, weshalb das therapeutische Angebot anders gewichtet werden müsse. Dass das jeweilige Ziel gemeinschaftlich mit den Klient\*innen gefunden werden müsse, bildet eine Basis ihrer Überlegungen.

In der Integrativen Gestalttherapie bildet das Dialogische Prinzip die theoretische Grundlage für die Zielfindung: Im Sinne einer Ich-Du-Haltung (Buber, 1994) sollten die Psychotherapeut\*innen versuchen, die Andersartigkeit der Klient\*innen zu akzeptieren und sich in deren spezifische Situation empathisch hineinzusetzen. Dies ermöglicht eine gemeinsame, möglichst vorurteilsfreie Exploration und Bewusstmachung der Vorstellungen und Ziele, die die Klient\*innen, aber auch die Psychotherapeut\*innen in die therapeutische Situation einbringen, und kann so vor überzogenen Erwartungen und damit verbundenen Enttäuschungen schützen. Gleichzeitig bietet die dialogische Prozessorientierung die Möglichkeit, die Ziele über den Therapieverlauf hinweg immer wieder an die Situation anzupassen. Gerade die

Erfahrung von Akzeptanz im therapeutischen Setting kann es Klient\*innen ermöglichen, heilsame und korrigierende Beziehungserfahrungen zu machen. Wenn diese dialogische Grundhaltung zu Ende gedacht wird, bedeutet dies letztlich die Akzeptanz von Zielen in der Psychotherapie, die von einer möglichen Abstinenz von Substanzen bzw. dem Entzug der OST unabhängig sind oder abweichen. Die Sichtweise von Körkel (2020) könnte hier insofern hilfreich sein, als dieser grundsätzlich die Schadensminderung und Konsumreduktion als der Abstinenz gleichgestellte Ziele in der Suchtbehandlung betrachtet und eine grundlegende Offenheit der Behandler\*innen den Zielen der Klient\*innen gegenüber voraussetzt.

Die Untersuchungen von Lüdecke (2010b), Sachsse (2010) sowie Lüdecke und Sachsse (2010) zeigen, dass eine OST sich stabilisierend auf die betreffenden Personen auswirken kann, und zwar in dem Sinne, dass diese sich unter OST z.B. mit schmerzhaften Gefühlen oder traumatischen Erfahrungen eher auseinandersetzen können, als dies ohne Medikation der Fall wäre, da diese Empfindungen mit OST weniger überflutend wahrgenommen werden. Gleichzeitig zeigten sich aber keine Hinweise darauf, dass die Einnahme der OST dazu geführt hätte, dass diese Gefühle und Erfahrungen per se verdrängt oder nicht bearbeitet wurden. Diese Untersuchungen könnten somit das oft vorgebrachte Argument entkräften, wonach sich die eigentliche Grundstörung oder die Kontaktfunktionen erst nach dem Entzug der Opiode zeigen würden. Viel eher scheint es so zu sein, dass die Schwierigkeiten im Kontakt sowie die Auswirkungen der Grundstörungen der Klient\*innen immer schon da sind und auch unter einer OST zum Ausdruck kommen, somit in einer bestimmten Psychotherapiesitzung präsent, wahrnehmbar und behandelbar sind. Dass die Einnahme der OST die Bearbeitung dieser oft traumatischen, schmerzhaften und überflutenden Gefühle möglicherweise erleichtert, sei Klient\*innen mit chronischen und teils mehrfachen psychischen Erkrankungen nicht nur aus ethischer, sondern auch aus fachlicher Perspektive zugestanden, wenn wir wollen, dass sich für Klient\*innen nachhaltig problematische Erlebens- und Leidenszustände verändern können. Der Glaube, dass die OST die Bearbeitung von grundlegenden Störungen verhindern würde, verdeutlicht die Sonderstellung, die Suchterkrankungen im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen noch immer einnehmen. In Bezug auf andere Psychopharmaka, die Klient\*innen tagtäglich einnehmen, zeigt sich hingegen in vielen Fällen, dass Psychotherapeut\*innen diesen Medikamenten und ihren Auswirkungen auf

den therapeutischen Prozess weit weniger voreingenommen begegnen bzw. eher die positiven Effekte fokussiert werden (Roubal und Kivková, 2016). Kaum vorstellbar wäre z.B. eine Forderung von Psychotherapeut\*innen, dass ihre depressiv erkrankten Klient\*innen vor Beginn einer Psychotherapie ihre antidepressiven Medikamente absetzen müssen, um die zugrunde liegende Störung deutlicher sichtbar und besser bearbeitbar zu machen. Auch wäre der Gedanke, dass antidepressive Medikamente eine Heilung von der Depression verhindern würden, für die meisten Psychotherapeut\*innen wohl nicht haltbar.

In Anlehnung an die Ausführungen von Röser und Votsmeier (1999) zur integrativ-gestalttherapeutischen Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, die Überlegungen zur Integrativen Gestalttherapie bei strukturellen Störungen (Votsmeier, 2017) sowie die Implikationen aus dem Kontakt-Support-Konzept und dessen Weiterentwicklung (Perls, 2005; Votsmeier-Röhr, 2005) lässt sich für die Psychotherapie von Menschen mit OST folgendes festhalten: Bei Menschen mit Suchterkrankungen kann meist von zugrunde liegenden strukturellen Störungen gesprochen werden, im Sinne kumulativer negativer, auch traumatischer, Erfahrungen im Leben dieser Personen (Röser & Votsmeier, 1999). Diese wiederholten negativen Erfahrungen führen dazu, dass nicht ausreichend Stützfunktionen aufgebaut werden können, was sich wiederum negativ auf die Assimilation und Integration neuer Erfahrungen auswirkt. Veränderung und Wachstum in integrativ-gestalttherapeutischem Sinne sind somit nicht möglich, da Kontakt nur in dem Maße möglich ist, in dem im organismischen Hintergrund ausreichend Stützfunktionen vorhanden sind (Perls, 2005). Die Substanzeinnahme wird nun in der Integrativen Gestalttherapie als Bewältigungsversuch dieser traumatischen Erfahrungen gesehen und die Abstinenz sei notwendig, um die strukturellen Defizite in den Stütz- und Kontaktfunktionen deutlich zu machen. Röser und Votsmeier (1999) sprechen hier auch von der Bildung einer Suchtidentität, die nur durch Abstinenz durchbrochen werden könne. Sofern die Personen in ihrer Opioidabhängigkeit darauf angewiesen sind, sich für den täglichen Kick am Schwarzmarkt mit der favorisierten Substanz zu versorgen, sich dementsprechend nicht nur kriminalisieren müssen, sondern auch finanziellem Druck und gesundheitlichen Risiken sowie der ständigen Furcht vor dem Entzug ausgesetzt sind, scheint die Perspektive der Suchtidentität durchaus nachvollziehbar. Bringen wir jedoch nochmals die Rahmenbedingungen der OST in den Blickpunkt der Betrachtung,

drängt sich das Konzept der Suchtidentität nicht mehr ganz so leicht auf. Aus einer akzeptanzorientierten Perspektive könnte eine stabile OST sogar dazu beitragen, eine bestehende, fixierte Suchtidentität in Frage zu stellen und würde somit den Blick freimachen auf die Möglichkeiten, die sich dadurch im psychotherapeutischen Prozess ergeben. Hier ist als wesentlichstes Element die intrapsychische Stabilisierung der Klient\*innen anzuführen (Lüdecke, 2010b; Lüdecke & Sachsse, 2010; Sachsse, 2010). Die OST kann also aus integrativ-gestalttherapeutischer Perspektive im Sinne L. Perls' (2005) auch als äußere Stütze aufgefasst werden, die die Ich-Grenze und somit die zulässigen Kontaktmöglichkeiten erweitern und so zu organismischer Selbstregulation und schöpferischer Anpassung, also Wachstum, beitragen kann. Dass schon Röser und Votsmeier (1999) sanft auf die Möglichkeit hingewiesen haben, dass die OST als äußere Stütze aufgefasst werden könnte, bekräftigt die hier angeführten Überlegungen und Schlussfolgerungen. Auch sollte die hohe Rate an komorbiden psychischen Erkrankungen bei Menschen mit einer Opioid-Abhängigkeitserkrankung aus ethischer Sicht ausreichende Begründung dafür sein, diesen Menschen die Möglichkeit einer ambulanten Psychotherapie zur Verfügung zu stellen. Während die pauschale Vorverurteilung von Menschen in OST als nicht psychotherapiefähig und der damit zusammenhängende Ausschluss aus ambulanten Psychotherapieangeboten automatisch dazu führt, dass es zu keinen Veränderungen, Assimilation, Integration oder Wachstum kommt, bietet die Inklusion dieser Menschen in ambulante Angebote die Möglichkeit, zu erforschen, welche Themen sich trotz oder gerade mit OST im therapeutischen Prozess sonst noch ergeben. Dieser Ansatz würde auch der Sichtweise der Ganzheitlichkeit in der Integrativen Gestalttherapie entsprechen, indem die OST als Teil der Person in die Behandlung mit einbezogen wird und nicht ausschließlich die Suchtidentität von therapeutischer Seite einseitig fokussiert wird. In dieselbe Kerbe schlagen die Überlegungen von Roubal und Kivková (2016), die davon ausgehen, dass Psychopharmaka den therapeutischen Prozess und die therapeutische Beziehung notwendigerweise beeinflussen, für viele Menschen jedoch unverzichtbar seien, um überhaupt aktiv am therapeutischen Prozess teilnehmen zu können. Besonders wichtig erscheint es daher auch für die ambulante Psychotherapie von Menschen in OST, die Funktion der OST für und die Auswirkungen der Substitutionsmedikamente auf unsere Klient\*innen, sowie die Haltungen von Klient\*innen und Psychotherapeut\*innen der OST gegenüber immer wieder auf Basis einer dialogischen Grundhaltung sowie unter

Heranziehung einer phänomenologisch-hermeneutischen Vorgangsweise zu erforschen und die so gewonnenen Erkenntnisse wiederum in den fortlaufenden therapeutischen Prozess einzugliedern. Dieser erfahrungszentrierte Fokus bietet sich auch dann an, wenn es um die Erforschung der Kontaktfunktionen geht, die durch eine OST möglicherweise verändert, erleichtert oder verhindert werden und sich individuell unterscheiden werden.

Wenn es der Psychotherapie gelingt, Suchterkrankungen, und hier insbesondere die Opioid-Abhängigkeitserkrankung, endlich als chronische Erkrankungen aufzufassen und die OST als state-of-the-art Medikation zu begreifen, die sich von einer unbehandelten Abhängigkeitserkrankung in ganz wesentlichen Bereichen unterscheidet, könnte das alleinige Ziel der Abstinenz in den Hintergrund rücken und den Blick frei geben auf das, was in der Psychotherapie sonst noch möglich ist. Dies soll keineswegs als Ablehnung der Abstinenz als solcher verstanden werden, sondern als Plädoyer für die Vielfältigkeit von Zielrichtungen in der Suchtkrankenhilfe und für die Erweiterung von bestehenden psychotherapeutischen Angeboten.

## Resümee

Menschen mit einer Opioid-Abhängigkeitserkrankung können als chronisch krank angesehen werden und leiden oftmals unter komorbiden psychischen Erkrankungen, wobei hier Traumafolgeerkrankungen und Persönlichkeitsstörungen eine große Rolle spielen. Insgesamt entwickeln sich Suchterkrankungen oft vor einem Hintergrund struktureller Defizite bzw. auf Basis von Bindungsstörungen.

Die Opioid-Substitutionstherapie bietet für Menschen mit einer Opioidabhängigkeit in Österreich seit 1987 (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al., 2017) die Möglichkeit der ärztlichen Verschreibung von Medikamenten zum Ersatz der vorher vom Schwarzmarkt bezogenen Drogen und somit eine legale Möglichkeit der medizinischen Behandlung der Opioidabhängigkeit. Die Reduktion der Mortalität und Morbidität, die Verbesserung der psychosozialen Situation sowie der Aufbau eines dauerhaften, regelmäßigen Behandlungssettings sind dabei wesentliche Merkmale der OST, die diese Form der Behandlung mittlerweile zum Goldstandard in der Behandlung von Menschen mit einer Opioid-Abhängigkeitserkrankung gemacht haben (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit et al., 2017; Bundesärztekammer, 2017; Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin, 2020).

Die immer stärkere Verbreitung der OST in der Behandlung von Menschen mit einer Opioid-Abhängigkeitserkrankung hat auch mit einem prinzipiellen Paradigmenwechsel in der Suchtbehandlung zu tun, wo es immer stärker darum geht, die Behandlungsziele gemeinsam mit den Klient\*innen zu erarbeiten und vom alleinigen Ziel der Abstinenz nicht nur aus pragmatischen, sondern auch aus fachlichen und ethisch-ideologischen Gründen abzukommen (Körkel & Nanz, 2016; Meili et al., 2004). Dies hat zunehmend auch dazu geführt, dass sich Psychotherapeut\*innen unterschiedlichster psychotherapeutischer Schulen mit den Implikationen einer OST für die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit einer Opioidabhängigkeit befasst haben und auch in der Psychotherapie die alleinige Vorherrschaft der Abstinenz langsam aber sicher in Frage gestellt wird. In der vorliegenden Master-Thesis wurden einige dieser Ansätze skizziert.

Die Sinnhaftigkeit einer Psychotherapie bei Menschen in OST darf dabei wohl nicht nur daran gemessen werden, ob mit Hilfe der Psychotherapie Abstinenz von einer bestimmten Substanz oder eines Medikaments erreicht wird, sondern muss ganz wesentlich auch die vorliegenden Komorbiditäten mit einbeziehen und sich der Frage stellen, welche Prozesse trotz oder gerade wegen der OST in der Psychotherapie möglich sind.

Für die psychotherapeutische Praxis bietet die OST die Möglichkeit einer intrapsychischen Stabilisierung auf Seiten der Klient\*innen, die es für manche erst möglich macht, sich überhaupt in einen längerfristigen psychotherapeutischen Prozess zu begeben und an diesem aktiv teilzunehmen (Roubal & Kivková, 2016). Gerade für den Bereich der Traumafolgebehandlungen haben Studien gezeigt, dass die intrapsychisch stabilisierende Wirkung der OST die Auseinandersetzung mit und die Bearbeitung von traumatischen Inhalten erleichtern kann (Lüdecke, 2010b; Lüdecke & Sachsse, 2010; Sachsse, 2010).

In der Integrativen Gestalttherapie bildet das Kontakt-Support-Konzept von Lore Perls (2005) eine theoretische Grundlage dafür, die Sinnhaftigkeit einer OST während einer Psychotherapie auch aus fachlich-theoretischer Sicht zu bekräftigen. Nach Perls (2005) ist Kontakt nur in dem Maße möglich, in dem ausreichend Stützung vorhanden ist. Wenn wir mit Röser und Votsmeier (1999) von Suchterkrankungen als strukturellen Störungen, und demzufolge chronischen Erkrankungen, sprechen, scheint es nur logisch, für manche unserer Klient\*innen die OST als längerfristige äußere Stütze für die Psychotherapie zu akzeptieren, ohne damit den Wert oder den Sinn der Psychotherapie an sich in Frage stellen zu müssen. Viel eher wird es für die meisten unserer Klient\*innen nur dann möglich sein, sich mit anderen Inhalten auseinander setzen zu können, im Kontakt mit ihren Psychotherapeut\*innen neue Erfahrungen zu machen und diese zu assimilieren und integrieren, folglich zu wachsen.

Auch hier bieten die theoretischen Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie eine gute Basis, allen voran das Postulat der Ganzheitlichkeit, die dialogische Grundhaltung sowie das phänomenologisch-hermeneutische Vorgehen in der Praxis. Sie ermöglichen es uns, nicht nur die Süchtigen in unseren Klient\*innen zu sehen, sondern die OST als Teil der Person als Ganzheit zu betrachten, so wie andere soziale und Umwelteinflüsse sich im Laufe des Lebens unserer Klient\*innen diese ebenso beeinflusst haben. Mit einer dialogischen Grundhaltung kann es gelingen, uns auf einen

gemeinsamen zieloffenen Prozess in der Psychotherapie einzulassen und uns in die Lebenswelt unserer Klient\*innen empathisch einzufühlen. Die bewusste Wahrnehmung dessen, was Hier und Jetzt ist, sowie das Erforschen der Bedeutungen dieser Wahrnehmungen können schließlich dazu beitragen, überholte Wert- und Zielvorstellungen in der Psychotherapie aufzugeben und unsere Klient\*innen bei der Verbesserung ihrer Lebensqualität zu unterstützen, mit welcher Behandlung das auch immer gelingen mag.

Auch wenn im Rahmen der vorliegenden Master-Thesis nicht alle Auswirkungen und Zusammenhänge zwischen OST und Psychotherapie erschöpfend abgehandelt werden konnten, besteht doch die Hoffnung, dass Berührungsängste und Vorurteile auf Seiten von Psychotherapeut\*innen damit abgebaut werden konnten und der Kombination von OST und Psychotherapie nach und nach ein größerer Stellenwert zukommt, so wie das für andere Psychopharmaka bei bestimmten psychischen Erkrankungen bereits der Fall ist.

Aus der vorliegenden Master-Thesis ergeben sich weiterführende Forschungsfragen auf dem Gebiet der multiprofessionellen Suchtbehandlung. In Österreich werden mit den periodisch erscheinenden Epidemiologieberichten (Anzenberger et al., 2020) zwar grundlegende Zahlen dazu publiziert, wie viele Personen sich in OST befinden und in welchem Setting (bei praktischen Ärzt\*innen, Fachärzt\*innen für Psychiatrie, in ambulanten vs. stationären Suchthilfeeinrichtungen etc.). Weitere Datenerhebungen, die z.B. möglichen Ursachen für einen Verbleib in der OST nachgehen oder ausweisen, welche Personen wann psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen haben, fehlen jedoch weitgehend. So könnte von Interesse sein, wie und wodurch sich die Beziehungen zwischen Ärzt\*in, Therapeut\*in und Klient\*in wechselseitig beeinflussen und welche förderlichen oder hinderlichen Faktoren sich dadurch für die Psychotherapie und den Verbleib in der OST ergeben. Auch stellt sich für die angewandte Psychotherapieforschung die Frage nach der Wirksamkeit der Kombination von OST und Psychotherapie. Bestehende internationale und nationale Metaanalysen zur Wirksamkeit von begleitenden psychosozialen Angeboten während einer OST fokussieren meist die Abstinenz als Gradmesser dafür, ob Interventionen hilfreich sind oder nicht. Ein veränderter Fokus auf die Verbesserung der Lebensqualität der Klient\*innen insgesamt kann hier neue Erkenntnisse liefern. Auffallend ist, dass die meisten psychotherapeutischen Schulen in ihren ätiologischen

Modellen und Behandlungsperspektiven einseitig auf psychische Prozesse fokussieren und die weitgehend anerkannte Sichtweise einer multifaktoriellen Entstehung von Sucht vielfach vernachlässigt wird. Gerade in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen scheint es jedoch unablässig, multiprofessionell vorzugehen, weshalb das Abgleichen psychotherapeutischer Theorien mit denen anderer Professionen im Feld zukünftig noch dringlicher erscheint. Voraussetzung dafür ist, die OST als prinzipiell hilfreich und sinnvoll für den psychotherapeutischen Prozess anzusehen und langfristig in der therapeutischen Community von der Ansicht abzugehen, dass Suchtbehandlung nur dann erfolgreich ist, wenn am Ende der Psychotherapie die Abstinenz steht.

### Literaturverzeichnis

- Amendt-Lyon, N., Bolen, I. & Höll, K. (2004). Konzepte der Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffman-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 101-124). Wien: Facultas.
- Anzenberger, J., Busch, M., Gaiswinkler, S., Grabenhofer-Eggerth, A., Klein, C., Schmutterer, I., ..., Strizek, J. (2020). Epidemiologiebericht Sucht 2020. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wien: Gesundheit Österreich.
- Behrendt, S., Bühringer, G. & Hoyer, J. (2014). Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011. *Psychotherapeut*, 59, 310-316.
- Beubler, E. (2007). Pharmakologie psychotroper Substanzen. In E. Beubler, H. Haltmayer & A. Springer (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit: Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis* (S. 51-64). Wien: Springer.
- Bilitza, K. (2008a). Psychodynamik der Sucht – Einführung. In K. W. Bilitza (Hrsg.), *Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie* (S. 11-25). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bilitza, K. (2008b). Suchtpsychotherapie – Einführung. In K. W. Bilitza (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis* (S. 13-27). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Blanc, von, A. (2011). Psychotherapie mit Substituierten. In akzept e.V., *Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting*. Verfügbar unter: [https://www.akzept.org/experten\\_gespraech/pdf\\_4\\_10/reha\\_doku021211web.pdf](https://www.akzept.org/experten_gespraech/pdf_4_10/reha_doku021211web.pdf)
- Blankertz, S. & Doubrawa, E. (2005). *Lexikon der Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.
- Bowlby, J. (1984). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung* (3. Auflage). Frankfurt/Main: Fischer.
- Brownell, P. & Schulthess, P. (2016). Abhängiges Verhalten. In G. Francesetti, M. Gecele & J. Roubal (Hrsg.), *Gestalttherapie in der klinischen Praxis. Ein internationales Handbuch* (S. 308-328). Bergisch Gladbach: EHP Edition Humanistische Psychologie.

- Buber, M. (1994). *Das dialogische Prinzip* (7. Auflage). Gerlingen: Verlag Lambert Schneider GmbH.
- Bundesärztekammer. (2017). *Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger*. Verfügbar unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf)
- Burian, W. (2000). Psychodynamische Psychotherapie bei Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S. 90-101). Stuttgart: Thieme.
- Büchner, U. (2008). Der Rückfall im diagnostischen und therapeutischen Prozess. In K. W. Bilitza (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis* (S. 179-190). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Collège romand de médecine de l'addiction (CoRoMA). (Hrsg.). (2009). *Neurowissenschaften und Sucht*. Verfügbar unter: [https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/pdf/neurowissenschaften\\_und\\_sucht\\_100401.pdf](https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/pdf/neurowissenschaften_und_sucht_100401.pdf)
- Comfort, A. (1977). Morphine as an antipsychotic. Relevance of a 19th-century therapeutic fashion. *Lancet*, 2, 448-449.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien* (9. Auflage). Bern: Hans Huber.
- Eisenbach-Stangl, I., Mäkelä, K. & Schmidt-Semisch, H. (2000). Gesellschaftliche Reaktionen auf Drogenkonsum und Drogenprobleme. In A. Uchtenhagen und W. Zieglgänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (S. 150-161). München: Urban & Fischer.
- Flores, P. J. (2015). Die Bindungstheorie in ihrer Relevanz für die Suchtbehandlung. In K. H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Sucht* (S. 32-59). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fuhr, R. (2017). Praxisprinzipien: Gestalttherapie als experiencieller, existentieller und experimenteller Ansatz. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 417-437). Göttingen: Hogrefe.

- Fuhr, R. & Gremmler-Fuhr, M. (2002). *Gestalt-Ansatz. Grundkonzepte und –modelle aus neuer Perspektive*. Bergisch Gladbach: EHP – Verlag Andreas Kohlhaage.
- Fuhr, R., Sreckovic, M. & Gremmler-Fuhr, M. (2006). Das Menschenbild in der Gestalttherapie von Frederick S. Perls, Laura Perls und Paul Goodman. *Integrative Therapie*, 32(1-2), 117-155.
- Funk, K. (1994). Integrative Therapie mit Drogenabhängigen – ein Praxisbericht. In W. Scheiblich (Hrsg.), *Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen* (S. 122-144). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2019a). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie*. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2019b). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung*. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/7/>
- Gerlach, R. & Stöver, H. (2007). Begleitende psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. In E. Beubler, H. Haltmayer & A. Springer (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit: Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis* (S. 225-230). Wien: Springer.
- Gold, M. S., Pottash, A. C., Sweeney, D., Martin, D. & Extein, I. (1982). Antimanic, antidepressant, and antipanic effects of opiates: clinical, neuroanatomical, and biochemical evidence. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 398, 140-150.
- Gölz, J. H. (2004). Stigmatisierung von Drogenabhängigen. *Suchttherapie*, 2004(5), 167-171.
- Gremmler-Fuhr, M. (2017). Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 393-416). Göttingen: Hogrefe.
- Haltmayer, H. (2013). *Ältere Suchtkranke. Problemstellungen und Lösungsstrategien*.
- Hartmann-Kottek, L. (Hrsg.). (2012). *Gestalttherapie* (3. Auflage). Heidelberg: Springer.

- Hase, M. (2015). Traumatisierter sucht Bindung. Über die Zusammenhänge zwischen Bindung, Bindungsstörung, seelischer Traumatisierung und substanzgebundener Abhängigkeit. In K. H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Sucht* (S. 92-109). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Herbert, M. & Reininger, C. (2015). „Probleme, nichts als Probleme!“ Niederschwellige Psychotherapie für mehrfach belastete Menschen im Kontext der ambulanten Drogenhilfe. In L. Trinkl & S. Klar (Hrsg.), *Diagnose: Besonderheit. Systemische Psychotherapie an den Rändern der Norm* (S. 161-186). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Körkel, J. (2020). Die Interventionsmatrix als zentraler Bestandteil zieloffener Suchtbehandlung. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 2020(2), 30-40.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2016). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit. In akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V. (Hrsg.), 3. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016* (S. 196-204). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Krausz, M., Degkwitz, P. & Verthein, U. (2000). Psychiatrische Komorbidität und Suchtbehandlung. *Suchttherapie*, 2000(1), 3-7.
- Kunzke, D. (2008). *Sucht und Trauma. Grundlagen und Ansätze einer psychodynamisch-integrativen Behandlung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Leavitt, S. B., Shinderman, M., Maxwell, S., Eap, C. B. & Paris, P. (2000). When „enough“ is not enough: New perspectives on optimal methadone maintenance dose. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 67, 404-411.
- Lotze, J., Stasch, R., Mohr, O., Vollmer, S., Rabe, M.-L., Meyer, A. & Petzold, H. (1997). Konzeption des Ambulanten Therapieprogramms unter Verwendung von Methadon (ATM). In H. Petzold (Hrsg.), *Drogentherapie: Modelle – Methoden – Erfahrungen*. Frankfurt am Main: Klotz.
- Lücke, C. (1992). „Keiner soll dran rühren“. Der Versuch, Veränderungen zu verhindern. Ideen zur ambulanten Behandlung von Abhängigen. In G. Osterhold & H. Molter (Hrsg.), *Systemische Suchttherapie: Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext* (S. 155-169). Heidelberg: Asanger.

- Lüdecke, C. (2010a). Neurobiologische Grundlagen von Trauma und Sucht. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure (Hrsg.), *Sucht – Bindung – Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 27-83). Stuttgart: Schattauer.
- Lüdecke, C. (2010b). Trauma- und Sucht-Therapie. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure (Hrsg.), *Sucht – Bindung – Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 175-209). Stuttgart: Schattauer.
- Lüdecke, C. (2010c). Zusammenhänge zwischen Traumatisierung, Posttraumatischer Belastungsstörung und Suchterkrankung. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure (Hrsg.), *Sucht – Bindung – Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 11-26). Stuttgart: Schattauer.
- Lüdecke, C. (2011). Psychotherapie und Substitutionsbehandlung. In akzept e.V., *Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting*. Verfügbar unter: [https://www.akzept.org/experten\\_gespraech/pdf\\_4\\_10/reha\\_doku021211web.pdf](https://www.akzept.org/experten_gespraech/pdf_4_10/reha_doku021211web.pdf)
- Lüdecke, C. & Sachsse, U. (2010). Die therapeutische Beziehung in der Behandlung traumatisierter Suchtkrankter. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure (Hrsg.), *Sucht – Bindung – Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 141-174). Stuttgart: Schattauer.
- Matschinski, F. (2000). *Unterschiede und differentieller Einsatz der verschiedenen zur Verfügung stehenden Substitutionsmittel. Praxisorientierte Einführung*. Verfügbar unter: <https://docplayer.org/23517402-Dokumentation-der-netzwerk-tagung-zum-thema.html>
- Matzko, H. (2000). Ein gestalttherapeutischer Behandlungsentwurf für Suchterkrankungen. *Gestaltkritik*, 2000(2). Verfügbar unter: [http://www.gestalt.de/matzko\\_suchttherapie.html](http://www.gestalt.de/matzko_suchttherapie.html)
- Meili, D., Dober, S. & Eyal, E. (2004). Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele der Suchttherapie. *Suchttherapie*, 2004(5), 2-9.
- Mentzos, S. (2009). *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Meshberg-Cohen, S., Black, A. C., DeViva, J. C., Petrakis, I. L. & Rosen, M. I. (2019). Trauma treatment for veterans in buprenorphine maintenance treatment for opioid use disorder. *Addictive Behaviors*, 89, 29-34.
- Nausner, L. (2004). Anthropologische Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 37-53). Wien: Facultas.
- Nausner, L. (2017). Phänomenologische und hermeneutische Grundlagen der Gestalttherapie. Die Welt als Heimat des Denkens. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 463-484). Göttingen: Hogrefe.
- Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS), Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP) & Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) (2017). *Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie* (1. Auflage). Verfügbar unter: [https://www.oegpp.at/fileadmin/user\\_upload/news/Leitlinie-Qualitaetsstandards\\_fuer\\_die\\_Opioid-Substitutionstherapie\\_April\\_2017.pdf](https://www.oegpp.at/fileadmin/user_upload/news/Leitlinie-Qualitaetsstandards_fuer_die_Opioid-Substitutionstherapie_April_2017.pdf)
- Payte, J. T. (2004). *Opioid Maintenance Pharmacotherapy – A Course for Clinicians*.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (2013). *Gestalttherapie* (8. Auflage). Frankfurt: Klett-Cotta.
- Perls, L. (2005). *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalt-Therapie* (3. Auflage). Bergisch-Gladbach: EHP Verlag.
- Petzold, H. G. & Hentschel, U. (1994). Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In W. Scheiblich (Hrsg.), *Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen* (S. 89-105). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Petzold, H., Scheiblich, W. & Thomas, G. (2006). Drogentherapie – Entwicklung, Formen, Methoden, Wirkungen und „der Integrative Ansatz“. In H. Petzold, P. Schay & W. Scheiblich (Hrsg.), *Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation* (S. 41-94). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- PharmaWiki (2021). *Opioide*. Verfügbar unter: <https://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Opioide>
- Polster, E. & Polster, M. (1997). *Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Röser, U. & Votsmeier, A. (1999). Gestalttherapie in der Behandlung von Suchtkranken am Beispiel der Drogenabhängigkeit. *Gestalttherapie*, 1999(1), 57-78.
- Rost, W.-D. (1994). Der psychoanalytische Ansatz: Die Therapie der Grundstörung. In W. Scheiblich (Hrsg.), *Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen* (S. 26-39). Freiburg: Lambertus.
- Rost, W.-D. (2008). Die ambulante Suchttherapie in der Praxis des Psychoanalytikers. In K. W. Bilitza (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis* (S. 67-79). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Roubal, J. & Kivková, E. (2016). Die Kombination von Gestalttherapie und psychiatrischer Behandlung. In G. Francesetti, M. Gecele & J. Roubal (Hrsg.), *Gestalttherapie in der klinischen Praxis. Ein internationales Handbuch* (S. 134-153). Bergisch Gladbach: EHP Edition Humanistische Psychologie.
- Sachsse, U. (2010). Trauma-Syntheseverfahren. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure (Hrsg.), *Sucht – Bindung – Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 307-344). Stuttgart: Schattauer.
- Schindler, A. (2015). Bindung und Sucht – theoretische Modelle, empirische Zusammenhänge und therapeutische Implikationen. In K. H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Sucht* (S. 13-31). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmidt-Lellek, C. J. (2004). Gestalttherapie als dialogisches Verfahren. In M. Hochgerner, H. Hoffman-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 53-76). Wien: Facultas.

- Schneider, R. (1995). Realistische Therapieziele: Eine Fiktion? Verhaltenstherapeutische Sicht. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H. C. Vollmer (Hrsg.), *Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität. Praxis der Suchttherapie im Methodenvergleich* (S. 119-141). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schultze-Dierbach, E. (1995). Therapieziele in der Suchtkrankenbehandlung. Psychoanalytische Sicht. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H. C. Vollmer (Hrsg.), *Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität. Praxis der Suchttherapie im Methodenvergleich* (S. 97-118). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM). (2020). Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom 2020. Verfügbar unter: [https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/heroin/20200716\\_SSAM\\_Empfehlungen\\_de\\_def.pdf](https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/heroin/20200716_SSAM_Empfehlungen_de_def.pdf)
- Schwennen, H. (2006). Philosophische, ideologische und ideologiekritische Positionen in der Suchttherapie. In H. Petzold, P. Schay & W. Scheiblich (Hrsg.), *Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation* (S. 95-116). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sosna, R. (1995). Kontakt und Beziehung aus gestalttherapeutischer Sicht. In F. Erbach (Hrsg.), *Sucht: Beziehungen und Abhängigkeit* (S. 66-83). Freiburg: Lambertus.
- Strang, J., McCambridge, J., Best, D., Beswick, T., Bearn, J., Rees, S. & Gossop, M. (2003). Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *BMJ*, 326, 959-960.
- Thomas, G. J., Petzold, H. G. & Schay, P. (2006). Perspektiven und Ergebnisse der Psychotherapieforschung für die Praxis der Suchtkrankenbehandlung. In H. Petzold, P. Schay & W. Scheiblich (Hrsg.), *Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation* (S. 393-420). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tiapal, C. & Sanin, D. (2016). Substituieren lass ich mich sicher nicht. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 40(4), 61-75.

- Tretter, F. (2007). Entzugstherapie der Opiatabhängigkeit. In E. Beubler, H. Haltmayer & A. Springer (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit: Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis* (S. 213-223). Wien: Springer.
- Uchtenhagen, A. (2000a). Einführung. In A. Uchtenhagen und W. Zieglgänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (S. 1-21). München: Urban & Fischer.
- Uchtenhagen, A. (2000b). Entzugsbehandlung („Entgiftung“). In A. Uchtenhagen und W. Zieglgänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (S. 288-294). München: Urban & Fischer.
- Uchtenhagen, A. (2000c). Substitutionsbehandlung. In A. Uchtenhagen und W. Zieglgänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (S. 353-363). München: Urban & Fischer.
- Vogelsang, M. (2011a). Der lange Weg zur Suchttherapie – Im Spannungsfeld zwischen Tradition und Innovation. In M. Vogelsang & P. Schuhler (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht: Methoden, Komorbidität und klinische Praxis* (S. 18-43). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Vogelsang, M. (2011b). Zur Komorbidität bei Suchterkrankungen. In M. Vogelsang & P. Schuhler (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht: Methoden, Komorbidität und klinische Praxis* (S. 126-133). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Vollmer, H. C. & Krauth, J. (2000). Verhaltenstherapie bei Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S. 102-121). Stuttgart: Thieme.
- Votsmeier, A. (1995). Gestalttherapie und die „Organismische Theorie“. Der Einfluss Kurt Goldsteins. *Gestalttherapie*, 1995(1), 2-16.
- Votsmeier, A. (2017). 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. (2005). Das Kontakt-Support-Konzept von Lore Perls und seine Bedeutung für die heutige Gestalttherapie. *Gestalttherapie*, 2005(2), 29-39.

- Werner, W. (2007). Substitutionstherapie. In E. Beubler, H. Haltmayer & A. Springer (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit: Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis* (S. 185-203). Wien: Springer.
- Wurmser, L. (1997). *Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wurmser, L. (2000). Psychodynamische Aspekte der Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S. 40-54). Stuttgart: Thieme.
- Zieglänsberger, W. & Höllt, V. (2000). Opiate und Opioide. In A. Uchtenhagen und W. Zieglänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (S. 87-97). München: Urban & Fischer.

