

Die Integrative Gestalttherapie in der Behandlung von Substanzabhängigkeit

PSYCHOTHERAPEUTISCHE ERKLÄRUNGSMODELLE UND
WIRKSAME HALTUNGEN IN DER BEHANDLUNG VON
SUCHTKRANKEN IM KONTEXT IHRER SPEZIFISCHEN
STÖRUNGSBILDER

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Science“

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

von

Dipl. soz. Päd. Dominik Bardeau

Gärtnerstraße 10

4020 Linz

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Linz am 07.09.15

Besonderer Dank an

Anna Laura Schreilechner, BA,

DIⁱⁿ (FH) Anita Kunze,

Dr. Karin Bardeau, MPH,

Philip Kastinger, Bakk,

Hedwig Graf-Oppolzer, MSc

den Mitarbeiter/inn/en und Klient/inn/en der Therapiestation Erlenhof,

der pro mente Oberösterreich,

WIDMEN

möchte ich diese Arbeit

allen suchtkranken Menschen, ihren Familien, dem Behandlungspersonal,

sowie speziell meinen Kolleg/inn/en,

der Therapiestation Erlenhof und der gesamten pro mente Sucht.

ABSTRAKT

DIE SUCHTTHERAPIE WURDE IN DER WISSENSCHAFTLICHEN AUSEINANDERSETZUNG MIT DER INTEGRATIVEN GESTALTHERAPIE BIS HEUTE NUR WENIG BEHANDELT. DIESE LITERATURARBEIT SOLL DAS THEMA SUCHTTHERAPIE IM ALLGEMEINEN DISKUTIEREN UND DEN BRÜCKENSCHLAG ZUR INTEGRATIVEN GESTALTHERAPIE MACHEN. DIE SPEZIELLEN HERAUSFORDERUNGEN BEI SUCHTKRANKEN MENSCHEN IN ABGRENZUNG UND ÜBEREINSTIMMUNG ZU ANDEREN PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN WERDEN DABEI EINEN GROSSEN PLATZ EINNEHMEN. DIE DEFINITIONEN, HINTERGRÜNDE UND IMPLIKATIONEN DER ABHÄNGIGKEIT UND SUCHT WERDEN ERKLÄRT. FOLGLICH BESCHREIBE ICH VERSCHIEDENE SUCHTTHEORIEN UND SKIZZIERE DIE JEWEILIGEN PSYCHODYNAMISCHEN ZUSAMMENHÄNGE. WIE KANN DAS PHÄNOMEN SUCHT GESTALTHERAPEUTISCH GESEHEN WERDEN, UND WELCHE KONSEQUENZEN ERGEBEN SICH AUS DEN STÖRUNGSBILDERN FÜR DIE HALTUNG DER/DES THERAPEUTEN/IN? DIE BEITRÄGE, METHODEN UND HALTUNGEN DER INTEGRATIVEN GESTALTHERAPIE WERDEN IN DER MASTER THESIS BESONDERS HERVORGEHOBEN.

Schlüsselworte: problematischer Drogenkonsum • Integrative Gestalttherapie • Feldtheorie • Komorbidität • Sucht • Psychotherapie • wirksame Haltung • Drogen • Rückfall • Abhängigkeit • Substanzmissbrauch • psychotrope Substanzen • Erklärungsmodelle der Sucht

Fragestellung: Welche Beiträge kann die Integrative Gestalttherapie in der Behandlung von Substanzabhängigkeit leisten?

ABSTRACT

ADDICTION THERAPY HAS GOTTEN LITTLE ATTENTION IN SCIENTIFIC EXAMINATION OF THE INTEGRATIVE GESTALT PSYCHOTHERAPY SO FAR. THIS WORK WILL DISCUSS THE TOPIC ADDICTION THERAPY IN GENERAL AND ESTABLISHES A TIE TO INTEGRATIVE GESTALT PSYCHOTHERAPY. THE SPECIFIC CHALLENGES OF ADDICTS IN CONTRAST AND COMPLIANCE WITH OTHER MENTAL DISORDERS ARE A BIG PART OF THIS PAPER. THE DEFINITIONS, BACKGROUNDS AND IMPLICATIONS OF ADDICTION WILL BE EXPLAINED. CONSEQUENTLY I WILL DESCRIBE DIFFERENT ADDICTION THERAPIES AND I WILL OUTLINE THE CORRESPONDING PSYCHODYNAMIC CORRELATIONS. HOW CAN THE PHENOMENON ADDICTION BE SEEN FROM A GESTALT THERAPY PERSPECTIVE AND WHAT CONSEQUENCES ARISE FROM THE CLINICAL PICTURES FOR THE THERAPIST. THE CONTRIBUTIONS, METHODS AND ATTITUDE OF THE INTEGRATIVE GESTALT THERAPY ARE HIGHLIGHTED IN THIS MASTER THESIS.

Key words: problematic drug abuse • Integrative gestalt psychotherapy • field theory • comorbidity • addiction • psychotherapy • effective management • drugs • relapse • addiction • substance abuse • psychotropic substances • theories of addiction

Question: What can the integrative gestalt therapy contribute to the treatment of substance addiction?

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	1
1 ABHÄNGIGKEIT	2
1.1 BEGRIFFSKLÄRUNG UND DIAGNOSE	3
1.2 PHYSISCHE UND PSYCHISCHE ABHÄNGIGKEIT	4
1.3 SUCHTTHEORIEN	6
1.3.1 PSYCHODYNAMISCHES ERKLÄRUNGSMODELL	7
1.3.1 VERHALTENSTHEORETISCHES ERKLÄRUNGSMODELL	9
1.3.3 NEUROBIOLOGISCHES ERKLÄRUNGSMODELL	12
1.3.4 SYSTEMISCH-ANALYTISCHES ERKLÄRUNGSMODELL	14
1.3.5 GESTALT THERAPEUTISCHES ENTSTEHUNGSMODELL	15
1.3.2 BINDUNGSTHEORETISCHES MODELL	18
1.3.7 TRAUMA UND SUCHT	20
1.4 KOMORBIDITÄT UND SUCHT	21
1.5 RESILIENZFAKTOREN UND VULNERABILITÄT	23
1.6 GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE	25
1.7 STADIEN DER SUCHTENTWICKLUNG	27
1.8 CO-ABHÄNGIGKEIT	29
1.9 SUCHTVERLAGERUNG	31
1.10 ETHISCHE IMPLIKATIONEN DER SUCHTTHERAPIE	32
1.11 ZUSAMMENFASSUNG	34
2 SUCHTTHERAPIE	35
2.1 HIERARCHIE DER ZIELE	37
2.2 PRÄVENTION	39
2.3 SUBSTITUTION VERSUS ABSTINENZ	40
2.4 KONTROLLIERTER KONSUM	41
2.5 DAS PROGNOTISCHE DRITTELPRINZIP	44
2.6 SETTING	45
2.6.1 ENTZUGSBEHANDLUNG	46
2.6.2 AMBULANTE ENTWÖHNUNGSBEHANDLUNG	47
2.6.3 STATIONÄRE ENTWÖHNUNGSBEHANDLUNG	47
2.7 EINZELPSYCHOTHERAPIE	50
2.8 GRUPPENPSYCHOTHERAPIE	51
2.9 NACHSORGEANGEBOTE	53
2.10 ZUSAMMENFASSUNG	54
3 DER PSYCHOTHERAPEUTISCHE UMGANG MIT SUCHTRELEVANTEN PHÄNOMENEN	54
3.1 ERSTE BEHANDLUNGSMOTIVATION	55
3.2 WIE ENTSTEHT VERÄNDERUNG?	56
3.3 MOTIVIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG	57
3.4 PHASEN DER WANDLUNG	58
3.5 TYPISCHE SUCHTASSOZIIERTE PHÄNOMENE	59
3.6 DAS LEIDEN AM LEIDEN ODER „PROBLEMTRANCE“	62
3.8 DIE THERAPEUTISCHE GRUNDHALTUNG	64

3.9	KONKRETE THERAPEUTISCHE ZIELE	65
3.10	HEILSAME INTERVENTIONEN	67
3.11	RÜCKFÄLLE	69
3.11.1	RÜCKFALLBEHANDLUNG	69
3.11.2	RÜCKFALLPRÄVENTION	71
3.12	PSYCHOEDUKATION	72
3.14	ZUSAMMENFASSUNG	74
4.1	INTEGRATIVE GESTALT THERAPIE	75
4.2	DAS DIALOGISCHE PRINZIP	76
4.3	FELDTHEORIE UND PHÄNOMENOLOGISCHER ANSATZ	77
4.4	ARBEIT IM HIER UND JETZT VERSUS PSYCHOANALYSE	79
4.5	DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG IN DER INTEGRATIVEN GESTALT THERAPIE	80
4.6	LEIBPRINZIP	82
4.7	ACHTSAMKEIT UND STRESS	84
4.8	DIE NARZISSTISCHE KRÄNKUNG - DER RÜCKFALL	85
4.8.1	RÜCKFALL- UND KRISENINTERVENTION	87
4.9	EXPERIMENTELLER ZUGANG - DIE BETONUNG DER SELBSTWIRKSAMKEIT	88
4.10	ORGANISMISCHE SELBSTREGULATION	90
4.11	KREATIVE MEDIEN	91
4.12	ZUSAMMENFASSUNG	93
5	RESÜMEE	94
LITERATURVERZEICHNIS		V
ABBILDUNGSVERZEICHNIS		XVI
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS		XVII

EINLEITUNG

Die Themen Abhängigkeit und Suchterkrankung sind für mich persönlich, sowie auch von akademischer Seite interessant.

Ich habe mich vor vielen Jahren - ohne wirklich zu ahnen, warum es mich anspricht - entschieden, im Sozialbereich zu arbeiten, um einmal Suchtkranken helfen zu können. Seither habe ich Erfahrungen in verschiedenen Settings (wie mobiler Begleitung von psychisch Kranken oder Jugendberatung) gemacht und bin mittlerweile im Feld der Psychotherapie in einer stationären Langzeitentzugsstation gelandet.

Naturgemäß sieht die Suchttherapie in der Praxis abseits von idealistischen Vorstellungen anders aus, als ich erwartet habe. Selten wartet ein Süchtiger auf therapeutische Unterstützung und nimmt diese dankend an, vielmehr handelt es sich oft um ein Ringen mit Scham, Widerstand, Ambivalenz und Verdrängung.

Suchtkrankheit ist für mich eine der dramatischsten psychischen Krankheiten, da Erfolg und Misserfolg der Behandlung unmittelbar nach der Therapie sichtbar werden. Suchtbehandlung lässt wenig Spielraum für Selbstbetrug oder Beschönigung zu, da sich die innere Wirklichkeit in Form von Abstinenz, Rückfall oder Absturz manifestiert.

Ich erlebe täglich, welche enorme Herausforderung das Leben mit einer Suchterkrankung darstellt und mit welchen gesellschaftlichen und innerpsychischen Widerständen die Betroffenen kämpfen müssen.

Suchtkranke werden von der Gesellschaft stigmatisiert und bekommen Zuschreibungen wie Willensschwäche, Faulheit, „selbst Schuld sein“, „kriminell sein“, „HIV-krank sein“, u.v.m. zusätzlich auf ihre bereits belasteten Schultern gelegt. Die Auseinandersetzung mit Suchtkrankheit zwingt die Suchtkranken, wie auch die Psychotherapeut/inn/en zur Beschäftigung mit diesen Stigmata genauso wie mit der Krankheit selbst.

In der Praxis meiner Arbeit sehe ich jeden Tag, welche persönlichen Schicksale dazu geführt haben, dass aus Probierkonsum oder schädlichem Konsum schlussendlich Sucht geworden ist. Wenig kann man hier einer Faulheit, Willensschwäche oder einer bewussten Entscheidung zuschreiben, sondern all zu oft dem Wunsch nach einem Glücksgefühl in einer für die Betroffenen sonst tristen Realität. Jemand der sich nicht in der Lage dieser Menschen befindet, kann nur schwer nachvollziehen, was süchtige Menschen jeden Tag durchmachen. Stellen Sie sich die härteste Zeit ihres bisherigen Lebens vor, und diese Zeit würde für sie nie enden! In dieser Situation wird deutlicher, was einen Suchtkranken bewusst oder unbewusst einmal mo-

tiviert hat, nach dem Strohhalm des synthetischen Glücks zu greifen. Dies steht jedoch nicht im Widerspruch dazu, dass suchtkranke Menschen Verantwortung für ihr Schicksal in der Gegenwart übernehmen müssen, um eine schwer heilbare Krankheit unter Kontrolle zu bringen.

Ich möchte in dieser Arbeit zeigen, dass Suchtkrankheit mehr ist als das „Craving“ nach einer bestimmten Substanz, nämlich eine komplexe innerpsychische Dysfunktion, resultierend aus der individuellen Sozialisation.

Weiters möchte ich darauf eingehen, dass der/die „klassische Abhängige“ vom Aussterben bedroht ist und sich mehr und mehr zeigt, dass Komorbiditäten (Begleiterkrankungen) zur alltäglichen Herausforderung werden, auf welche die Suchttherapie reagieren muss.

In meiner Arbeit werde ich verschiedene Suchttheorien diskutieren, Ziele der Suchttherapie im Allgemeinen beschreiben. Außerdem stelle ich dar, inwieweit die Integrative Gestalttherapie in der Behandlung von Substanzabhängigkeit und der ihr zu Grunde liegenden Dysfunktionen adäquate Angebote zur Verfügung stellen kann.

Suchttherapie ist eines der anspruchsvollsten Gebiete der Psychotherapie und verlangt den Psychotherapeut/inn/en sowohl fachlich als auch menschlich hohe Kompetenzen ab. Rückfälle, Tod, soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und persönliches Scheitern sind leider Alltag und nicht die Ausnahme auf dem steinigen Weg der Genesung.

Ebenso stellen sich der/dem Therapeutin/en ethische Fragestellungen in besonderer Drastik dar. Der Grad zwischen Fürsorge, Bevormundung und Co-Abhängigkeit ist schmal.

Diese Themen will ich in meiner Master Thesis behandeln und damit für andere Integrative Gestalttherapeut/inn/en, aber auch Psychotherapeut/inn/en anderer Schulen, einen nützlichen Einstieg in die Materie verschaffen. Denn eines sollte klar sein: Psychotherapie rettet und gestaltet Leben und kann einem Leben neuen Sinn geben.

1 Abhängigkeit

Abhängigkeit ist eine Krankheit, die quer durch alle Gesellschaftsschichten geht und jeden betreffen kann, wenn lange genug eine psychotrope Substanz mit Suchtpotential konsumiert wird wie z.B. die Morphiumsucht nach langer Schmerztherapie oder eine sich langsam und verdeckt entwickelnde Alkoholkrankheit und/oder Kokainabhängigkeit im Gastronomiemilieu.

Ich erlebe in meiner Arbeit mit suchtkranken Menschen, dass sie die Kriterien der Abhängigkeit erst dann selbst an sich deutlich erkennen können, wenn sie Distanz zum Konsum gewonnen

und Motivation zur Therapie entwickelt haben. Die gesamte persönliche Tragweite der eigenen Krankheit zu erfassen und die innerpsychische Dysfunktion als solche zu erkennen und verändern zu wollen, sind jedoch langwierige Prozesse.

1.1 Begriffsklärung und Diagnose

Der Begriff der Abhängigkeit kann aus verschiedenen Perspektiven dargestellt werden. In dieser Arbeit soll das Phänomen Abhängigkeit beschrieben werden, wie es in der internationalen Klassifikation der Krankheiten, ICD-10 Abhängigkeit F1x.2, definiert wird. Die Abhängigkeit ist eine der psychiatrischen Krankheiten, die am schwierigsten zu kurieren ist, vor allem dann, wenn die Behandlung nicht auf einer genauen Diagnostik der Krankheit, ihrer Ursprünge und ihrer Komorbidität fußt.

Abhängigkeit bzw. Sucht verlangt spezielle Aufmerksamkeit, um eine individuell zielgerichtete Therapieplanung zu erstellen. Die Einfachheit der klinischen Diagnose von Abhängigkeiten erleichtert es, die Krankheitseinsicht der Patient/inn/en zu gewinnen und in einen Dialog über die Behandlungsplanung zu treten, welcher die Compliance (Zustimmung) erhöht und die Erfolgchancen der Therapie verbessert (Kuntz, 2009; Dremml, 2012).

In der Alltagssprache werden die Begriffe Abhängigkeit und Sucht oft synonym verwendet.

In der Fachliteratur wie dem ICD 10, F1x.2, wird jedoch von Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen gesprochen, wobei mit psychotropen Substanzen chemische Verbindungen gemeint sind, die eine starke Wirkung auf die Psyche haben. Die WHO beschreibt Abhängigkeit als *Psychische und Verhaltensstörungen* durch psychotrope Substanzen.

Unter den besagten psychotropen Substanzen versteht man Alkohol, Drogen und Medikamente mit Abhängigkeitspotential jeder Art.

Es wird weiter zwischen dem *schädlichen Gebrauch*, mit negativen Folgen für Körper, Geist oder Umwelt und der Abhängigkeit von einer oder mehreren Substanzen unterschieden. *Schädlicher Gebrauch* meint den Missbrauch von psychotropen Substanzen mit zum Teil negativen Konsequenzen für die/den Betroffene/n und kann zur Abhängigkeit führen (Feuerlein, 2005).

„Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollten zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwei Monaten wiederholt bestanden haben.“ (Dilling & Freyberger, 2010, S.77):

- Anhaltender Konsum wider besseren Wissens mit deutlichen negativen Konsequenzen

- Eine Toleranzentwicklung, die die Wirkung der Substanz betrifft und zur Steigerung der Substanzmenge führt
- Einengung der Lebensbereiche auf die Beschaffung und den Konsum der Substanz bei gleichzeitiger Vernachlässigung anderer Lebensbereiche
- Negativ empfundene Entzugssymptome bei Nichteinnahme oder Reduktion der Substanz im Körper
- Starkes Verlangen oder Zwang die Substanz zu konsumieren (Craving)
- Verminderte Kontrolle in Bezug auf Beginn, Beendigung und Menge der Einnahme und erfolgloses Versuchen die Einnahme zu kontrollieren.

Genuss spielt zu Beginn der Entwicklung der Abhängigkeit eine Rolle, jedoch ist eines der deutlichen Merkmale der fortgeschrittenen Abhängigkeit und der späteren Sucht die Ablöse des Genusses durch den Zwang, die psychotrope Substanz zu konsumieren, allein um die unangenehmen Entzugssymptome zu vermeiden.

Die Fähigkeit von süchtigen Menschen, Genuss zu empfinden, wird im Gegensatz zu gesunden Menschen durch die Sucht und neurobiologischen Folgen des Drogenkonsums eingeschränkt bzw. unmöglich gemacht. Süchtige Menschen leben oft von der Vorstellung, wieder einen solchen Rausch zu erlangen, wie sie ihn zu Beginn der Erkrankung hatten, und jagen dieser Vorstellung oft blind hinterher (Bake, 2008).

Die von der ICD-10 beschriebene Definition ist die praktikabelste, um ein klares Bild der Abhängigkeitserkrankung zu erhalten und zu vermeiden, dass Abhängigkeit mit Zwang und diversen anderen Störungen vermischt wird. Da die ICD-10 eine phänomenologische Beschreibung der Störung liefert, die frei von Erklärungstheorien ist, fügt sich diese Definition gut in das phänomenologische Konzept der Integrativen Gestalttherapie ein.

1.2 Physische und psychische Abhängigkeit

In der internationalen Klassifikation von psychischen Störungen, die ICD-10, wird nicht zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit differenziert (Dilling & Freyberger, 2010).

Oft unterscheidet aber diverse andere Fach- oder Trivalliteratur zwischen der psychischen und der physischen Sucht, was folglich von Leser/inn/en mit sogenannten *weichen und harten Drogen* in Zusammenhang gebracht wird.

Als *physische Abhängigkeit* wird dort eine Veränderung im zentralen und peripheren Nervensystem bezeichnet, welche zur Herstellung der organischen Homöostase die Zufuhr eines psy-

chotropen Suchtmittels braucht. Das Unterlassen der Zufuhr führt zum sogenannten Entzugssymptom oder „Craving“, welches sich in verschiedensten Formen zeigen kann. Alle Formen sind jedoch mit einem enormen bewussten oder unbewussten Leidensdruck verbunden. Die Schwere der Symptome reicht von Durchfall, Erbrechen, Nervosität, Umtriebigkeit, kaltem Schweiß, Schwindel, Zittern, schlechter Laune, Angst, Depression, Schlafstörungen und anhaltendem Substanzverlangen bis zu einem potentiell tödlichen Delirium, wie zum Beispiel bei der Alkoholabhängigkeit.

Die *psychische Abhängigkeit* ist vor allem der Wunsch, eine bestimmte psychotrope Substanz zu konsumieren, welche eine positive Wirkung auf das Zentralnervensystem ausübt, aber für die organische Homöostase kaum relevant ist. Die Entzugssymptome werden hier ebenso als *psychische Entzugssymptome* beschrieben.

Beide Formen der Abhängigkeit haben gemeinsam, dass das Nachlassen der Wirkung der Substanz unangenehme Gefühle auslöst, welche der/die Abhängige vermeiden möchte (Mayer, Linz, Freyberger, 1996).

Die Trennung in Psyche und Physis ist aus gestalttherapeutischer Sicht eine willkürliche, da im Sinne der Leiblichkeit die Psyche und die Physis eins sind (Bitzner-Gavornik, 2004; Hochgerner & Schwarzmann 2004; Blankertz & Doubrawa, 2005).

Es gibt keine psychische Abhängigkeit ohne einen dazugehörigen Körper, welcher leiblich über hormonelle Wechselwirkungen empfindet. Gäbe es keinen Körper, gäbe es keine Empfindung von Sucht, kein „Craving“ oder jedweden anderen Impuls, also auch keine psychische Abhängigkeit.

Wir sind Organismen, wir (das bedeutet irgendein mysteriöses Ich) haben keinen Organismus. Wir sind eine ganzheitliche Einheit, aber wir sind frei, vielerlei Aspekte von dieser Ganzheit zu abstrahieren. Abstrahieren, nicht subtrahieren, nicht aufsplitten. Wir können unserem jeweiligen Interesse entsprechend das Verhalten dieses Organismus oder seine sozialen Funktionen oder seine Psychologie oder seine Autonomie oder dies oder jenes abstrahieren, doch müssen wir uns hüten, eine solche Abstraktion als einen „Teil“ des gesamten Organismus zu begreifen. (Perls, 1981, S.10)

Die sogenannte physische Abhängigkeit ist immer auch eine psychische und umgekehrt, da beide die psychische und die physische Dynamik umfassen und in diesem Sinne leibliche Abhängigkeiten sind. Die Trennung zwischen Körper und Geist ist eine willkürlich philosophische und nicht empirisch belegbar.

Ich sehe eine Gefahr in der Differenzierung zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit, da ich in ihr eine Bagatellisierung *weicher Drogen* erkenne und potentielle Konsum-

ment/inn/en möglicherweise die Gefahren *weicher Drogen* dadurch unterschätzen können.

Da jedoch bestimmte Substanzen eine stärkere leibliche Wirkung auf den Gehirnstoffwechsel ausüben als andere und deren Entzug tödlich sein kann, erscheint es mir hilfreich, von einer schwächeren und stärkeren leiblichen Abhängigkeit zu sprechen, um der jeweiligen Dramatik zu entsprechen.

Psychische Abhängigkeit kann man als die Abhängigkeit verstehen, die sowohl bei *weichen* als auch *harten* Drogen besteht und sich mehr auf die Motivation des Einsatzes von Drogenkonsum bezieht. Der innerpsychische Regulationseffekt der Drogen steht im Vordergrund.

Konsument/inn/en harter Drogen haben zuerst mit den akuten Entzugssymptomen zu kämpfen und kommen den innerpsychischen Problemthemen erst später näher, welche aber ebenso und oft drastisch mit dem Phänomen Drogenkonsum verknüpft sind. Konsument/inn/en weicher Drogen bleibt die intensive körperliche Entzugsphase oft erspart, was jedoch die Dramatik der Abhängigkeit kaschieren kann (Kruse, 2004; Fuchs, 2000; Lüdecke, 2010b).

Im Folgenden möchte ich festhalten, dass Abhängigkeit von weichen Drogen eben so ernst sein kann wie die von harten, da sie genauso zerstörerisch auf das Leben wirken kann. Starke Cannabiskonsument/inn/en haben oft kaum Kontrolle über ihr Leben und sind latent gefährdet an Psychosen oder Depressionen zu erkranken. Ein Suizid aufgrund einer drogeninduzierten Depression durch weiche Drogen kann ebenso wie der Tod aufgrund einer Überdosis an Morphinen als Drogentod verstanden werden.

1.3 Suchttheorien

Suchttheorien beschreiben die Hintergründe und Entwicklung der Erkrankung und geben Psychotherapeut/inn/en Informationen über die zu erstellenden Behandlungsparameter und der Sucht zu Grunde liegenden psychischen Defizite bzw. systemischen Herausforderungen.

Suchttheorien erklären, wie Sucht aus verschiedenen Perspektiven wahrgenommen bzw. aus unterschiedlichen Blickwinkeln gesehen werden kann, und zeichnen in ihrer Gesamtheit ein komplexes Bild.

Die Vielfalt der Theorien ist für Psychotherapeut/inn/en bereichernd, wenn der Blick auf die Krankheit durch sie erweitert wird. Ein breiter Zugang zum Thema Sucht kann so zu einer flexibleren Gestaltung der Interventionen führen.

1.3.1 Psychodynamisches Erklärungsmodell

Aus psychodynamischer Sicht werden Drogen als eine „*künstliche Abwehr*“ oder pharmakologische Verleugnung von Gefühlen gewertet, die sonst das stabile Ich überwältigen würden.

Süchtige Menschen versuchen eine belastende innere Wirklichkeit zu verdrängen, um so das Erleben der realen Außen- und Innenwelt zu verändern. Damit geht einher, dass diverse Affekte undifferenziert und archaisch erlebt werden, da sie vom süchtigen Menschen bislang aus dem Bewusstsein gedrängt wurden.

„Süchtigkeit, verstanden als zwanghafte Abhängigkeit von einem äußeren Faktor, dient vor allem der künstlich verstärkten Abwehr gegen überwältigende Affekte. ...Dieser Abwehr liegt eine phobische Kernstruktur zu Grunde...“ (Wurmser, 2000, S. 40)

Ärger wird als überwältigende Wut empfunden, Angst wird zur Panik, Sympathie und Liebe verschmelzen, Trauer wird zur absoluten Leere und Depression. Der verdrängte Affekt wird zu einer bedrohlichen, übermächtigen Gewalt im Erleben des süchtigen Menschen.

Oft steht das im Zusammenhang damit, dass die Fähigkeit Gefühle bzw. Stress zu verbalisieren und zu symbolisieren nur eingeschränkt zur Verfügung steht und deswegen nur somatisch ausgetragen wird. Die Bandbreite der psychosomatischen Symptome reicht von Belastungskopfschmerzen, massiven Essstörungen und autoaggressiven Handlungen bis zum gesamten Spektrum der autonomen Körperreaktionen. Die ursächlichen Spannungszustände sind süchtigen Menschen nicht oder nur zum Teil bewusst zugänglich.

Psychodynamische Erklärungsmodelle meinen auch eine Typologie der substanzbezogenen Abwehr zu erkennen. Tendenziell sagt die psychodynamische Theorie, dass Narkotika und Sedativa gegen das Empfinden von Wut, Scham, Aggression und Eifersucht, Stimulanzien hauptsächlich gegen Depressionen, dem Gefühl der Schwäche sowie Apathie und psychodelische Drogen gegen Langeweile, enttäuschte Ideale und innere Leere genommen werden. Mit Alkohol im Speziellen richtet man sich gegen übermächtige Ängste, Einsamkeit und Schuld, sowie gegen die Angst vor der Angst.

Unabhängig von der beschriebenen Typologie sagt das psychodynamische Erklärungsmodell jedoch, dass Verletzungen, Ängste und Vulnerabilität generell Hintergrund für den Konsum aller erwähnten Drogen sind.

Gesellschaftliche Strukturen, Gesetze und Regeln werden vom süchtigen Menschen oft als beengend, erdrückend und einschnürend empfunden. Besonders hier spielt die psychische und physische Nähe in zwischenmenschlichen Beziehungen eine große Rolle, da sie oft als

belastende Abhängigkeit empfunden und mittels Drogenkonsums abgewehrt wird.

Einen weiteren Aspekt des psychodynamischen Erklärungsmodells stellen *Schutzphantasien* dar. Wo immer es einen phobischen Kern gibt, besteht auch eine Schutzphantasie, die sich den Bedrohungen, welche die Ängste auslösen, entgegenstellt.

Die kontraphobische Abwehr führt oft zu dem/der „geliebten, gehassten Partner/in“, zu welchem die Droge wird. Eine paradoxe Situation entsteht: Die Flucht vor der Angst hin zur Droge erzeugt eine Situation, in welcher der/die vermeintliche „Beschützer/in“, also die Droge selbst, eine Bedrohung wird.

Das System aus Bedrohung und Flucht verlagert sich von der Ausgangssituation, z.B. von den aggressiven oder abwesenden Eltern hin zur Droge und bleibt erhalten, solange die Schutzphantasien nicht aufgearbeitet werden (Wurmser, 2000; Lüdecke, 2010b).

Im Prozess der Psychotherapie werden die Psychotherapeut/inn/en, ebenso wie die Droge selbst, von den Suchtkranken oft narzisstisch überbewertet und laufen Gefahr, die überhöhten Erwartungen der Patient/inn/en zu enttäuschen. Der/die „Beschützer/in“ wird überbewertet, was ein Merkmal der *narzisstischen Objektwahl* darstellt. Süchtige Menschen bestehen darauf, dass das erlösende Element (der/die Beschützer/in), allmächtig, allverzeihend und perfekt ist. Sie erschaffen sich eine Idealvorstellung und bangen gleichzeitig darum, dass ihnen im Umkehrschluss die totale Entwertung, Vernichtung oder Schuld droht, worauf sie infolgedessen mit Ohnmacht reagieren (Unterrainer, 2013).

Narzissmus, Selbstwert und Identität sind drei eng miteinander verwobene Konzepte.

Ich begreife die ausreichende Befriedigung narzisstischer Bedürfnisse als Vorbedingung für einen gesunden Selbstwert und integriertes Erleben von Identität – bleiben diese Bedürfnisse vor allem in der frühkindlichen Entwicklung unbefriedigt und wird dieses an sich gesunde Streben nach Selbstwert und Anerkennung blockiert, kann sich das Individuum in seiner Persönlichkeitsentwicklung nicht frei entfalten. (Unterrainer, 2013, S. 20)

Die *Spaltung der Identität* kann Ursache und Effekt solcher Ausformungen sein, welche sich vor allem in den periodischen Abläufen des Verhaltens niederschlagen. Ehrlichkeit, Empathie und Freundlichkeit können plötzlich in dissoziales Verhalten und Brutalität umschlagen. Die Spaltung der Identität ist ein zentraler Punkt der Sucht, da die Wirkung der Droge selbst eine Abspaltung des Erlebens von der äußeren und inneren Realität darstellt und vorantreibt.

Die ursprüngliche Spaltung kommt meist nicht von den Drogen, sondern von diversen *Traumata und der damit verbundenen Affektdysregulation*. Das Trauma, welches per definitionem die Fähigkeit der Person, Reize zu verarbeiten, überstiegen hat, weswegen diese Reize somit

nicht integriert werden konnten, wird durch den Drogenkonsum wiederholt; dies kann man als Affektregression bzw. Sexualisierung der Affekte bezeichnen. Ähnlichkeiten zwischen Trauma und Drogenkonsum zeichnen sich z.B. folgendermaßen ab (Wurmser, 2000):

- Aggressive Phantasien und Gewalttätigkeit,
- das Gefühl des Platzens und des nicht mehr Aushaltens,
- sexuelle Erregung,
- Überstimulation von Außen und das passive Erleben davon.

Psychodynamische Erklärungsmodelle ermöglichen eine Vorstellung vom innerpsychischen Erleben und den konfliktbehafteten Störungen. Sie sind nützlich, um die Störungen, die der Sucht zugrunde liegen, zu begreifen. Sie geben Auskunft über die offenen, inneren Konflikte, deren unangenehme und emotionalen Folgen mit Suchtmittelkonsum gedämpft werden.

Diese Theorie betont klar, dass Suchterkrankung keine rein organische, sondern vor allem eine psychische Krankheit mit vielfältigen Ursachen ist und dementsprechend in ihrer Behandlung ebenso variabel sein muss. Der organische, leibliche Teil wird in dieser Theorie kaum miteinbezogen.

1.3.1 Verhaltenstheoretisches Erklärungsmodell

Ein zentrales Element der Verhaltenstherapie sind die lernpsychologischen Theorien. Sie eignen sich sowohl für die Erklärung angemessenen als auch unangemessenen Verhaltens. Durch die Beobachtung von realen und fiktiven Vorbildern werden Verhaltensweisen und Kognitionen gelernt, die manchmal erst Jahre später zum Vorschein kommen. (Vollmer, 2000, S. 55)

Süchtige Eltern z.B. bieten ihren Kindern über die Vorbildfunktion ein Modell für das Erlernen des süchtigen Verhaltens. Neben der Modellfunktion für Drogenkonsum bieten süchtige Eltern ihren Kindern kaum Modelle für gesunde Lebensführung an, dies wirkt sich negativ auf die Entwicklung von innerpsychischen Resilienzfaktoren aus (Klein, 2014; Batthyány, 2014 und Lieb, Isensee, Höfler, Pfister & Wittchen, 2001).

Hinzu kommt, dass der Mensch ein Wesen ist, das, um sich überhaupt entwickeln zu können, besondere Formen von »Information« benötigt. Denken wir an das Erlernen von Sprache und Sprechen bzw. an Informationen, die über die Interaktion mit anderen Menschen, mit der materiellen und sozialen Welt gewonnen werden. Denken wir hier aber auch an die lebenswichtigen, frühkindlichen, bewussten und unbewussten Informations-Interaktionen

zwischen Mutter und Kind. All dies prägt den Menschen außerordentlich und ist essentiell für seine Entwicklung, für die Entwicklung seiner Persönlichkeit. Die menschliche Konstitution verlangt diese »Prägung«; sie wirkt auf die psychische und physische Entwicklung des Menschen, begleitet und nährt sie. (Batthyány, 2014, S.22)



Abb.1: Verhaltenstheoretisches Erklärungsmodell. Quelle modifiziert übernommen aus:
<https://www.uni-due.de/edit/lp/behavior/skinner.htm>. Zugriff: 04.05.2015

Die *operante* oder *instrumentelle Konditionierung* sagt, dass durch positive bzw. negative Gefühle Annäherung oder Vermeidung gelernt wird. Wobei dieses komplexe Modell differenziert betrachtet werden muss, da biologische, gesellschaftliche, psychische und materielle Faktoren in Wechselwirkung stehen, und von außen nicht eindeutig zu erkennen ist, welche Faktoren dominant oder zusammen wirken und welche Faktoren positive oder negative Gefühle auslösen. Drogenkonsum an sich hat meist eine positiv empfundene Wirkung auf das Belohnungssystem. Positive Verstärker können aber auch von außen hinzukommen, z.B. durch den Zuspruch von Freunden.

Negative Verstärkung des Verhaltens, also die Steigerung der Häufigkeit zur Linderung bzw. Reduktion unangenehmer Reize, findet in Form der Distanzierung von unangenehmen Gefühlen statt. Konsument/inn/en steigern den Konsum, um weniger Leid zu spüren.

Besonders wirksam wird die positive und negative Verstärkung von Drogenkonsum, wenn der Person neben dem Drogenkonsum wenig andere Strategien zur emotionalen Verarbeitung und Belohnungsmechanismen zur Verfügung stehen.

Die *klassische Konditionierung* erklärt in der Dynamik der Suchtentwicklung zusätzlich die Kopplung von neutralen Reizen mit Suchtgedanken. Neutrale Reize wie bestimmte Musik, Orte oder Handlungen werden über einen längeren Zeitraum durch den gleichzeitigen Drogenkonsum an die damit verbundene, affektive Erregung gekoppelt. Die aneinander gekoppelten Reize lösen später unabhängig voneinander dieselbe autonome Reaktion aus.

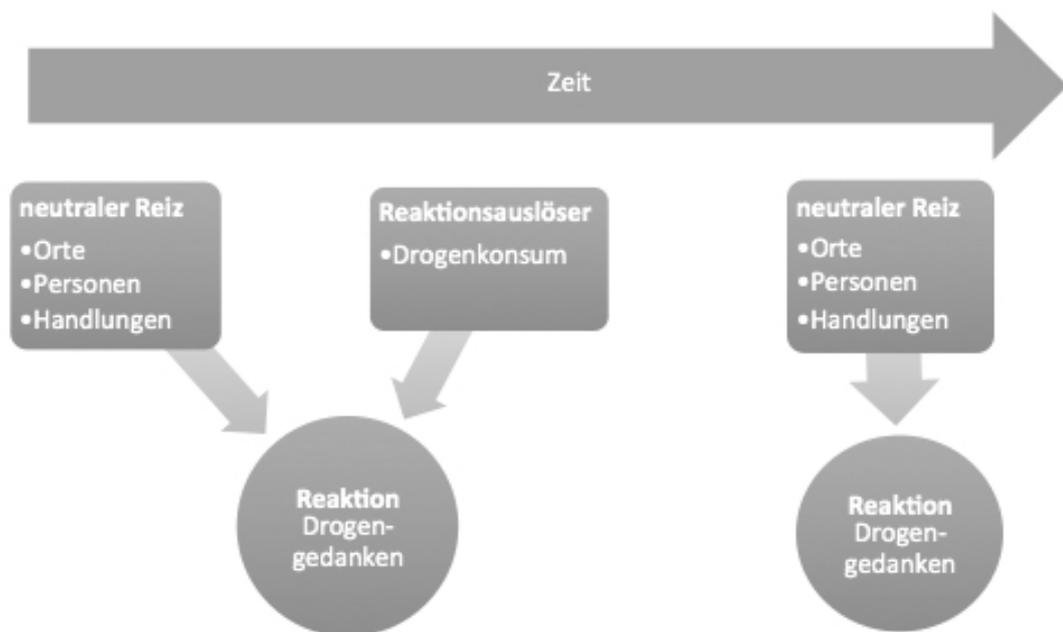


Abb.2: Konditionierung und Koppelung. Eigene Darstellung. Daten entnommen aus: <http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/LERNEN/KonditionierungKlassisch.shtml>. Zugriff: 04.05.2015

Das Gehirn der süchtigen Menschen lernt also verschiedenste Reize mit Drogenkonsum in Verbindung zu bringen, welche mit der Droge selbst unmittelbar nichts zu tun haben müssen. Deutlich wird es, wenn Suchtkranke beschreiben, welche Schwierigkeiten sie während der Reintegration in die Gesellschaft haben. Bestimmte Reize lösen einen starken Suchtdruck aus, welcher bei gesunde Menschen nicht vorhanden ist. Wenn jemand z.B. beim Tanzen immer Alkohol getrunken hat, ist für diese Person Tanz mit dem Wunsch nach Alkoholkonsum verbunden und selbst das Beobachten von Tanzenden kann diesen Wunsch auslösen (Vollmer, 2000; Englert & Ziegler, 2001; Blankertz & Doubrawa, 2005).

Ich habe dies in verschiedensten Varianten kennengelernt. Es geht manchmal so weit, dass süchtige Menschen ihre Venen nicht ansehen können, ohne dass dadurch ein Suchtdruck ausgelöst wird.

Verhaltenstheoretische Modelle verdeutlichen in der Arbeit mit suchtkranken Menschen, dass

klassische und operante Konditionierungen stark in Patient/inn/en wirken. Verhaltenstheoretische Modelle sind für das Verständnis der Suchterkrankung nützlich, da sie die Krankheit auf eine Weise erklären, welche den Patient/inn/en spürbar Verantwortung auf der Handlungsebene für ihre Genesung zukommen lässt. Was erlernt wurde, muss umgelernt werden und Neues kann erlernt werden. Es dauert, bis die gekoppelten Reize sich wieder entkoppeln und die ehemals neutralen Reize wieder subjektiv neutral werden.

1.3.3 Neurobiologisches Erklärungsmodell

Neurobiologische Erklärungsmodelle erklären die Entwicklung von Abhängigkeit mit den Stoffwechselfvorgängen im Gehirn, z.B. dem Dopamin-, Serotonin- und Endorphinhaushalt. Neurobiologische Erklärungsmodelle geben Auskunft über die biochemischen Vorgänge, welche beim Drogenkonsum verändert werden, und wie sich das wiederholende Verhalten und Fühlen in den immer gleichen Bahnen im Gehirn suchtkranker Menschen manifestiert. Die Suchtspirale schraubt sich weiter nach unten und so kommt es zur „doppelten“ Abhängigkeit, der Abhängigkeit in biochemischer wie hirnologischer Hinsicht (Kuntz, 2009; Lüdecke, 2010b).

Drogenkonsument/inn/en lernen anfänglich, dass sie erwünschte Gefühlszustände sofort herbeiführen können. Die Intensität dieser Gefühle überschreitet normales Glücksgefühl zum Teil um ein Vielfaches und stellt natürliche euphorisierende Handlungen in den Schatten.

Später in der Suchtentwicklung verkümmert das gesunde System wegen der ständigen Überbeanspruchung bestimmter hormoneller Rezeptoren durch die Zufuhr künstlicher euphorisierender Erreger. Das führt dazu, dass immer höhere Mengen der gleichen Substanz gebraucht werden, um dieselbe Wirkung zu erlangen.

Das ständig gereizte Hormonsystem wird immer träger und braucht mehr Anregung, um die gewünschten Hormone auszustoßen. Das bringt den süchtigen Menschen wieder dazu, immer höhere Mengen zu konsumieren, um eine Wirkung zu spüren und wird als *Toleranzentwicklung* beschrieben. Das Leben mit der Sucht konzentriert sich nun mehr und mehr auf die Beschaffung und den Konsum von Substanzen, während gleichzeitig andere Ressourcen verkümmern, da sie nicht mehr genutzt werden, weil sie keine ausreichend euphorisierende Wirkung mehr erzeugen (Kupferschmidt, 2011; Lüdecke, 2010b).

Eine weitere neurobiologische Folge des Verkümmerns des Belohnungssystems während der Sucht ist, dass nach dem Beenden des Konsums die Konsument/inn/en unter Depressionen, Stimmungsschwankungen, Affektarmut oder Antriebslosigkeit leiden. In vielen Fällen

reguliert sich das System nach bestimmter Zeit wieder von selbst oder mit pharmakologischer Unterstützung. In einigen Fällen sind die Schäden irreparabel (Lehofer, 2010; Kupferschmidt, 2011; Lüdecke, 2010b).

Trotzdem kann die Perspektive für süchtige Menschen, nach einer zeitlich befristeten Durststrecke wieder normale Freude empfinden zu können, eine Motivation sein, die Entzugs- und die Entwöhnungszeit weiter auf sich zu nehmen.

Süchtige Menschen lernen anhand der neurobiologischen Zusammenhänge auch, dass sie über das Steuern der Gedanken und Gefühle Regionen im Gehirn aktivieren und sogenannte Bahnen bzw. Verknüpfungen schaffen. Das Gehirn arbeitet nach der Devise: „Use it or lose it.“ (Hüther, 2014; Lüdecke, 2010b).

Das Denken an Suchtmittel, das Sprechen oder Phantasieren über Drogen regt Hirnregionen an, welche auch im Zusammenhang mit dem sogenannten Suchtgedächtnis stehen und Suchtdruck auslösen. Das Phantasieren über den Rausch wirkt ähnlich euphorisierend wie die Substanz selbst, hat aber zur Folge, dass keine neuen Bahnen entstehen und der Wunsch, wieder Drogen zu konsumieren stetig steigt (Hüther, 2014; Lüdecke, 2010b).

Die Wirkung der Verknüpfungen wird anhand von Biographien suchtkranker Menschen verständlich, wenn sie über ihre Lebenswelt sprechen wollen. Es ist wichtig zu wissen, dass es für eine Ablösung von der süchtigen Lebensweise bedeutsam ist, neue Verbindungen im Gehirn zu schaffen und die Gedanken und Gefühle bewusst langfristig auf das Neue, Gesunde bzw. Andere zu lenken, denn die Beschäftigung mit Drogen aktiviert das Suchtgedächtnis, was potentiell gefährlich ist. Die Aktivierung des Suchtgedächtnisses erfolgt z.B. bereits, wenn Alkoholiker/inn/en in einem Supermarkt an der Kassa die kleinen Alkoholfläschchen sehen.

Über das unmittelbare, emotionale Erleben von eigenen Ressourcen, Kreativität und positiver Beziehung gelingt es, neue Bahnen im Gehirn zu schaffen. Neue Bahnen entstehen unter anderem durch emotionale Erfahrungen und direktes Erleben, was den gestalttherapeutischen Zugang zur Therapie bekräftigt. Die Genesung erfordert die Beschäftigung sowohl mit dem kranken als auch mit den gesunden Anteilen der Patient/inn/en (Schiepek, 2003; Hartmann Kottek, 2008b; Lüdecke, 2010b).

1.3.4 Systemisch-analytisches Erklärungsmodell

„Besondere Berücksichtigung finden die komplexen Wechselwirkungen zwischen dem Suchtmittelkonsum (sic), den interpersonalen Konflikten im Feld familiärer Beziehungen und den Erziehungsstilen.“ (Thomasius, Gemeinhardt & Schindler, 2000, S. 122)

In der systemisch-analytischen Erklärung der Sucht wird Suchtkrankheit als eine Störung beschrieben, die aus Beziehungs- und Kommunikationsmustern heraus entsteht. In einem dysfunktionalen Familiensystem bzw. Bezugspersonensystem entwickeln sich sogenannte Symptomträger/inn/en, welche eine stabilisierende Wirkung auf das System haben. Einzelne oder mehrere Familienmitglieder werden unbewusst dazu gedrängt, Symptomträger/inn/en zu werden, um das System Familie, das sich natürlicherweise z.B. durch Loyalität, das gemeinsame Geheimnis oder Zugehörigkeit auszeichnet, zu stabilisieren, indem die Aufmerksamkeit weg von den eigentlichen Schwierigkeiten hin zum/zur Symptomträger/in, dem „schwarzen Schaf“, gelenkt wird (Kuntz, 2009; Lieb, Isensee, Höfler, Pfister & Wittchen, 2001; Thomasius, Gemeinhardt & Schindler, 2000).

Solche Familien können zwar subjektiv stark an der Sucht leiden; sie zeigen aber einen hohen unbewussten Widerstand, wenn es zu Veränderungsprozessen kommt, da sie durch das Wegfallen der Symptomträger/inn/en wieder mit den eigentlichen Problemen konfrontiert werden. Das System richtet sich unbewusst gegen die Veränderung, die während der Behandlung der süchtigen Menschen stattfindet, um selbst stabil bleiben zu können und muss deswegen miteinbezogen werden, um für diese Dynamik sensibilisiert werden zu können (Thomasius & Bröning, 2014; Lieb, Isensee, Höfler, Pfister & Wittchen, 2001; Thomasius, Gemeinhardt & Schindler 2000; Lüdecke, 2010b).

Kuntz meint, dass der Suchtentwicklung bestimmte Beziehungsstrukturen zu Grunde liegen. Diese Beziehungsstruktur ist geprägt von unbestimmter Vieldeutigkeit der Beziehungsinformationen, unterschwelliger Spannung und Widersprüchlichkeit, Verweigerung von Kommunikation, dem Rückzug aus der realen Welt in erschaffene Welten, Empfindungstaubheit und chronischen Grenzverletzungen. Diese Kommunikationsstruktur wirkt sich auf die innere Organisation oder Matrix des Betroffenen aus, welche zur Eskalation führt - das Selbst wird gespalten. In der Psychotherapie soll das zerstörte Selbst wiederhergestellt werden, und das System sich neu organisieren (Kuntz, 2009).

Systemische Ansätze sind konstruktivistisch und besagen, dass jeder/jede Einzelne seine/ihre eigene Wirklichkeit erschafft. So gesehen sind süchtige Menschen wie auch ihr System mitverantwortlich für ihre Sucht, da sie die Möglichkeit haben, sich eine andere Wirklichkeit zu

schaffen. Im Fokus der Psychotherapie stehen nicht nur die Einzelnen, sondern das gesamte Familiensystem bzw. der Umgang mit den Betroffenen und die Wechselwirkungen der Betroffenen mit dem System.

1.3.5 Gestalttherapeutisches Entstehungsmodell

Sucht wird in der Integrativen Gestalttherapie als Endzustand bzw. die Entgleisung der Abhängigkeit mit Kontrollverlust, Toleranzentwicklung und dem Entzugssyndrom definiert. Die Verlagerung des Lebens ganz auf die Sucht hat existenziell bedrohliche Folgen für die Gesundheit, die soziale Integration und das Umfeld der süchtigen Menschen.

Abhängig von der konsumierten Substanz und anderen biopsychosozialen Faktoren entwickelt sich die Abhängigkeit in einem mehr oder weniger langen Prozess. Diesem Prozess liegt anfangs die Unfähigkeit des Betroffenen zugrunde, emotionale, soziale Grundbedürfnisse zu befriedigen oder Probleme kreativ zu lösen. Bedürfnisse wie Orientierung, Lustgewinn und Unlustvermeidung, Kontrolle, Bindung und Selbstwerterhöhung können nicht selbstständig bzw. durch Beziehung erreicht werden, die organismische Selbstregulation wird nicht erreicht. Diese Dysfunktion führt dazu, dass die innerpsychische Spannung zur Kompensation mittels Flucht in andere drogeninduzierte Bewusstseinszustände treibt (Bake, 2008).

Der Prozess der Suchtentwicklung verläuft in aufeinanderfolgenden Phasen:

1. Intoxikation durch die Substanz (Rausch).
2. Schädlicher Gebrauch der Substanz, Häufigkeit der Intoxikation, sowie die Dosissteigerung im Zusammenhang mit negativen Konsequenzen für die/den Betroffene/n.
3. Abhängiger Konsum.

Folglich werden die drei Faktoren beschrieben, welche wesentlich für die Entwicklungsdynamik der Suchtkrankheit zuständig sind und miteinander gegenseitig in ständiger Wechselwirkung stehen. Diese Faktoren bestimmen z.B. die Geschwindigkeit und Dramatik der Suchtentwicklung und das individuelle Suchtpotential im Sinne des Vulnerabilität- und Resilienzmodelles (Bake, 2008).

1.3.1.1 Das Individuum, die Substanz und die Umwelt

Das *Individuum* umfasst die persönlichen Eigenschaften, Entwicklungen, Vorbelastungen, wie Ängste oder Trauma, Abhängigkeitserkrankungen in der Familie, Einsamkeit, Frustrationstole-

ranz oder Reizhunger, Bindungsfähigkeit, genetische Belastungen, individuelle leibliche Reaktionen auf den Substanzkonsum und alle Teile, welche als subjektiv bezeichnet werden können (Bake, 2008).

Der Faktor *Substanz* beschreibt die subjektiv positiv empfundene Wirkung der Substanz, die pharmakologische bzw. biochemische Wirkung, das Suchtpotential, die Verfügbarkeit und die normativ rituelle Einbettung in die Gesellschaft (Bake, 2008).

Umwelt beschreibt die Rolle der wichtigen Bezugspersonen, meist der Familie (evtl. „broken home“-Situation), der „peer group“, die soziale Situation und Beziehungskonstellationen, gesellschaftliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Akzeptanz des Konsums (Klein, 2014).

Der Faktor Umwelt kann kulturell stark divergieren, z.B. bietet die rituelle, kulturelle Einbettung diverser, psychotroper Substanzen in einigen indigenen südamerikanischen Bevölkerungsgruppen Schutz vor Missbrauch dieser Substanzen. Im Gegenzug ist jedoch Alkohol für indigene afrikanische und asiatische Bevölkerungsgruppen gefährlicher, als für den westlichen Kulturkreis, da hier kaum genetische Anpassung gab und das Enzym zum Alkoholabbau, die Alkoholdehydrogenase, im Körper wenig ausgeprägt wurde. (Messmann, 2012)

Die Integrative Gestalttherapie beschreibt, dass die Eigendynamik des missglückten Lösungsversuchs letztendlich in der Fixierung auf die Sucht mündet. Der missglückte Lösungsversuch ist das Herstellen eines angenehmen Zustandes durch den Konsum von Drogen, welcher das Kollabieren aller biopsychosozialen Ebenen zur Folge hat.

Im Prozess der Fixierung auf die Sucht wird die Sucht personalisiert, die sogenannte Suchtidentität prägt sich aus. Süchtige Menschen sehen sich immer mehr als Süchtige, als Menschen mit einer Suchterkrankung. Die süchtige Identität wird von den Betroffenen oft idealisiert. Die süchtige Identität nützt dem süchtigen Menschen anfangs dabei, mit Problemen fertig zu werden oder sich von ihnen zu distanzieren, und oft ist es erst das Scheitern der Suchtidentität, der den Tiefpunkt des süchtigen Lebens bedeutet und zur Veränderungsmotivation führt (Bake, 2008; Gölz, 2004).

An diesem Punkt angelangt, sind süchtige Menschen oft weniger daran interessiert das süchtige Leben aufzugeben, als die süchtige Identität zu stabilisieren. Im Gespräch mit Suchtmedizinern wurde häufig erwähnt, dass einige süchtige Menschen den Entzug nicht dazu nutzen, ihr Leben zu verändern, sondern den Rezeptoren Zeit zu geben sich zu regenerieren, damit nach dem Entzug der Drogenkonsum wieder für eine bestimmte Zeit die erwünschte Wirkung erzielt (Rösler & Votsmeier, 1999).

Die gestalttherapeutischen Ansätze für mehr Verständnis von Abhängigkeitserkrankungen gehen für mich über den Weg des Verständnisses des Selbst, wie es von Fritz Perls definiert wurde.

„Unter »Selbst« versteht die Gestalttherapie das Bewusstsein vom Kontakt zwischen einem Organismus und dessen Umwelt. Dieses Bewusstsein wird dann »aktiviert«, wenn der Kontakt schwierig ist.“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 258)

Das Selbst, welches viele Funktionen ausüben will, konzentriert sich immer mehr auf die Beschaffung und den Konsum des Suchtmittels und entwickelt prozesshaft die „Substanzidentität“. Kreative Anpassung, Kontakt zu Mitmenschen, zur eigenen Innenwelt und zur Umwelt, Gefühlsverarbeitung und angemessene Problembewältigung werden dem Konsumverhalten untergeordnet oder ganz vermieden. Die Wirkung der Substanz kann je nach ihrer Eigenart pharmakologisch eingesetzt werden, um den Kontakt zu ermöglichen, im Erleben zu verändern oder zu vermeiden. Man kann den Substanzkonsum als einen fortwährend misslingenden Lösungsversuch der Kontaktstörungen verstehen. Das Beharren auf nicht mehr adäquate Verhaltensweisen wird zu einer „starrten Figur“. Die äußeren Kontakt- und Verhaltensstörungen werden als eine äußere Erscheinung innerer Konflikte bzw. *offener* Gestalten (offene, unerledigte Dinge, ungelöste Konflikte) gedeutet (Rösler & Votsmeier, 1999).

„Gestalttherapeutisch lässt sich somit eine Abhängigkeitserkrankung als Störung des Selbst und der Selbst-Stützung, als Störung des Kontaktprozesses zwischen Organismus und Umwelt und als Störung der kreativen Anpassung, verstanden im Sinne einer unbefriedigenden interpersonalen Beziehungsgestaltung und Krisenbewältigung, betrachten.“ (Bake, 2008, S.307)

Problematisch in der praktischen Behandlung von Patient/inn/en erscheint mir, dass manche Konzepte der Integrativen Gestalttherapie auf Grund ihrer Komplexität und schwerfälligen inhomogenen Sprache der/dem Patient/inn/en schwer vermittelbar sind. Den Patient/inn/en soll möglichst klar und einfach in der Psychoedukation erklärt werden, woran sie leiden und was sie tun können.

Ich erlebe es als hilfreich, wenn sich Psychotherapeut/inn/en weniger der klassischen Terminologie bedienen und mehr die Patient/inn/en dort abholen, wo sie stehen, und eine leicht verständliche, allgemein gebräuchliche Sprache verwenden.

Der Ansatz der „misslingenden Lösung“ ist leicht zu verstehen und wird von den Patient/inn/en gut angenommen. Die „misslingende Lösung“ beschreibt, dass der/die Patient/in zu Beginn seines/ihrer Substanzmissbrauchs keine bessere Lösung für seine innerpsychischen und sozialen Konflikte hatte, als diese zu betäuben, um zu überleben. Dies schafft Verständnis für die

belastenden Faktoren, unter denen der/die Patient/in gelitten hat und gibt einen Hinweis darauf, welche konflikthafter Themen im Fokus der Psychotherapie stehen können.

1.3.2 Bindungstheoretisches Modell

Die Bindungstheorie erscheint meiner Meinung nach für die Arbeit in der Sucht besonders beachtenswert, da das Ausmaß, wie stark Menschen die eigenen Emotionen und spontanen Impulse kontrollieren können, direkt mit den stabilen Bindungserfahrungen, welche sie gemacht haben, zusammenhängt. Vor diesem Hintergrund wird klar, dass die Impulskontrolle, welche einen wichtigen Aspekt in der Suchtbehandlung darstellt, durch stabile Beziehungen begünstigt wird. Bindung ist ein primärer Impuls und somit eine Lebensnotwendigkeit jedes Menschen. Sichere Bindung entsteht bereits durch die adäquate Beantwortung von Bedürfnissen von Säuglingen bzw. schon pränatal durch die primären Bezugspersonen. Sichere Bindung ist dafür verantwortlich, dass sich „Unvertrauen“ bildet. Adäquat erlebte Resonanz führt zur Entwicklung einer positiven Repräsentanz oder eines Introjektes (ins Ich aufgenommene, äußere Realität) im Säugling und Kind, welche durch das Leben begleitet werden und zum Hintergrund des Erlebens neuer Erfahrungen werden (Flores, 2013; Brisch, 2013; Blankertz & Doubrawa, 2005).

Man weiß heute, dass das Bindungsgefühl durch Affektspiegelung der sogenannten primären Bezugspersonen im Kind erzeugt wird. Damit ist eine einfühlsame und feinfühligere Reaktion auf das Kind gemeint, die dem Kind die Möglichkeit eröffnet, seine eigenen Emotionen und damit sich selbst zu verstehen (Lehofer, 2010, S.6).

Suchtverhalten wird in der Bindungstheorie als Lösung und Folge des Fehlens stabiler Bindungen gesehen. Die Droge wird zum Ersatz für zwischenmenschliche Beziehungen. Sie verhilft zur Stressbewältigung und ermöglicht angenehme Gefühle. Im gleichen Maß verhindert der Drogenkonsum, dass zwischenmenschliche Beziehungen entstehen können, da die Droge das primäre bzw. alles überschattende Bindungsobjekt ist (Lehofer, 2010).

Oft liegt der effektive Beginn süchtigen Verhaltens eng verknüpft mit belastenden Bindungserfahrungen wie Trennungssituationen, Einsamkeit, Angstsituationen, Traumata, chronisch pathologischen Beziehungen, Überforderung und Stress oder extrem intensiv erlebten Gefühlen. Genau in diesen Situationen würde eine positive Repräsentanz zur Beruhigung führen; das Fehlen dieser positiven Repräsentanz führt dazu, dass der ausgelöste Stress nicht ausreichend verarbeitet wird und erst mit Drogen kompensiert werden kann (Thomasius & Bröning, 2014; Lüdecke, 2014).

Sich als bedeutsam im sozialen Kontext erleben zu können, setzt aber voraus, dass einer Person genügend Gelegenheit für die Stillung ihrer Grundbedürfnisse geboten wird... Je größer dieser Druck wird, desto größer wird auch die Gefahr, dass immer mehr Menschen nach einem Ersatz für das suchen, was sie in ihrer jeweiligen Lebenswelt nicht finden, nämlich andere Menschen, mit denen sie sich verbunden, in deren Gemeinschaft sie sich sicher und gewertschätzt fühlen. (Hüther, 2014, S.9)

Psychotherapie soll Bindungsfähigkeit und Empathie fördern und nicht auf übertriebene Individualisierung oder Autonomisierung abzielen. Begünstigt wird die psychotherapeutische Behandlung dadurch, dass Bindung lebenslang gestaltet werden kann und lebenslang notwendig ist. Die prägendsten Bindungserfahrungen sind zwar jene in der Kindheit, es kommen jedoch ständig neue Erfahrungen hinzu. Natürlich sehen viele Psychotherapeut/inn/en in ihrer Arbeit, dass im Bereich der frühen Störungen Bindungen in den ersten Lebensjahren dysfunktional waren und massive Auswirkungen auf die Fähigkeiten und das Erleben von Bindung in der Gegenwart haben; dennoch ist der Mensch bis ins hohe Alter adaptionsfähig (Klein, 2014; Lüdecke, 2010b).

Eltern und Psychotherapeut/inn/en müssen wissen, dass die Beziehung der Eltern zu ihren Kindern sich nicht so gestaltet wie jene der Kinder zu ihren Eltern bzw. Klient/inn/en zu Psychotherapeut/inn/en. Die Instrumentalisierung der Kinder durch die Eltern zur Befriedigung eigener Bindungswünsche führt bei den Kindern zu Pathologien und Bindungsstörungen (Flores, 2013; Brisch, 2013).

Drogensüchtige bleiben hoch anfällig für Rückfälle, bis sie gelernt haben in wechselseitig befriedigende Beziehungen zu treten. Psychotherapeut/inn/en nehmen die Funktion der primären sicheren Bezugsperson ein. Patient/inn/en sollen bei den Psychotherapeut/inn/en erleben, dass belastende Gefühle sich beruhigen, schwierige Situationen mit Gelassenheit erlebt werden und angenehme wie unangenehme Gefühle geteilt werden können und dies Beziehung fördert. Diese Erfahrung soll motivieren und ermöglichen, dass bei zukünftigen Frustrationen Abhilfe in Beziehung anstatt bei Drogen gesucht wird. Zu den bestehenden negativen Introjekten sollen durch die Psychotherapie positive Introjekte hinzukommen.

1.3.7 Trauma und Sucht

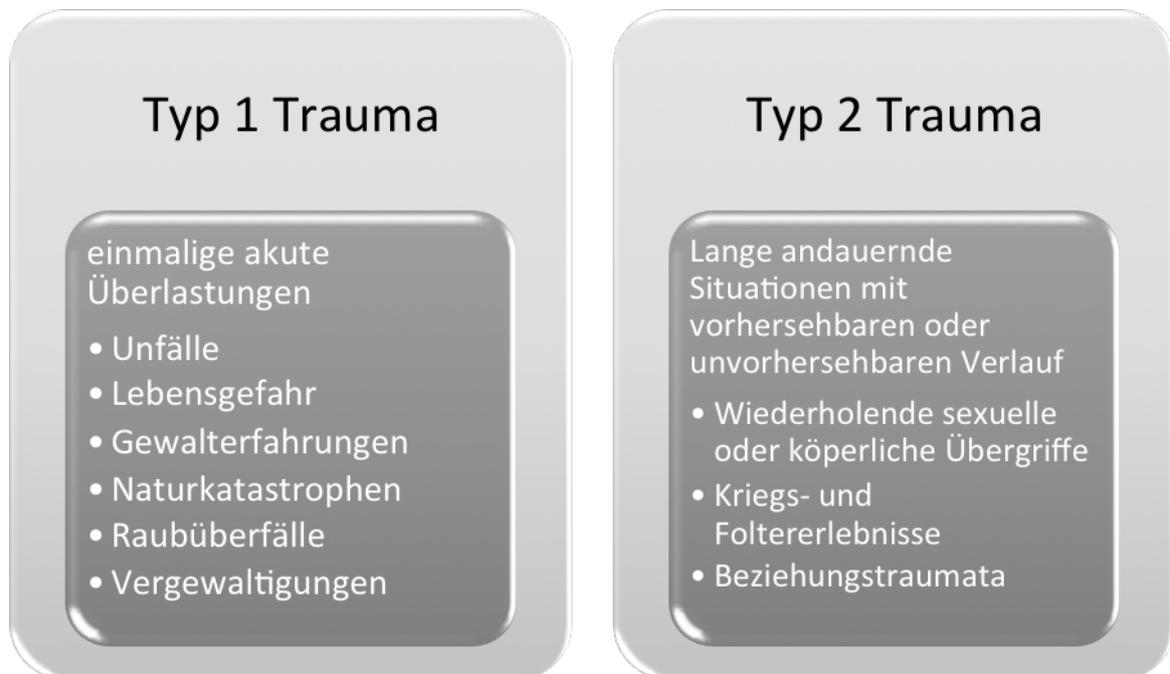


Abb. 3: Trauma Typen 1 und 2. Quelle: modifiziert übernommen aus: Frommberger, 2004, S.717

„Ein psychisches Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer & Riedesser, 1999, S. 79)

Sollte es den Betroffenen nicht möglich sein, die Ereignisse zu integrieren, also zu verarbeiten, bleiben die Spannungszustände aufrecht, und es besteht die Gefahr der Entwicklung eines posttraumatischen Belastungssyndroms, Psychosyndroms, von Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen. Dies kommt vor allem dann vor, wenn es kein ausreichendes Netz aus Unterstützungspersonen gibt, und eine erhöhte Vulnerabilität der Betroffenen vorhanden ist (Barth, 2011; Dilling & Freyberger, 2010; Lüdecke, 2010b; Scheide, 2012).

Im Zusammenhang mit der Suchterkrankung ist die Traumatheorie eine anschauliche und hilfreiche Theorie, um die Dynamik der Suchtentwicklung zu verstehen. Frühe Traumatisierungen des Typ 2 liegen der Suchterkrankung in vielen Fällen ursächlich zugrunde. Süchtige, die frühe Traumata erlitten haben, beginnen den Suchtmittelkonsum statistisch früher als andere Menschen mit Suchterkrankung (Wirth, 2008; Wimmer, 2008).

Suchtmittelkonsum und die damit oft einhergehende, schlechte Lebensführung gehen häufig mit Traumatisierungen einher. Akute Intoxikation enthemmt und erhöht die Bereitschaft zur Gewalt und führt dazu, mit dem eigenen Körper grenzüberschreitend zu verfahren. Das kann unter Umständen weitere Traumatisierungen, resultierend aus Prostitution, Beschaffungskriminalität, sexuellen Übergriffen oder Gewalt im Milieu zur Folge haben (Krausz & Briken 2002; Gahleitner, 2000; Lüdecke, 2010b; Wirth, 2008).

Der Drogenkonsum wird von Traumatisierten zuerst zur Eigenmedikation verwendet, um die Folgesymptome des Traumas zu kompensieren, das führt in weiterer Folge zur Abhängigkeit. Süchtige Menschen können zum Teil genau beschreiben, welche speziellen Drogen sie zur Eigenbehandlung spezifischer Symptome einsetzen (Unterrainer, Kapfhammer, 2012; Lüdecke, 2010b).

„Menschen mit erlittenen Traumatisierungen verlieren in der Regel das Vertrauen und die Kompetenz sich selbst schützen und von anderen beschützt werden zu können oder sie können diese Fähigkeiten erst gar nicht aufbauen.“ (Scheide, 2012, S.14)

Die Behandlung traumatisierter Patient/inn/en ist besonders komplex, da die Gefahr der dramatischen, haltlosen Rückfälligkeit bei traumatisierten, süchtigen Menschen stärker ist als bei Suchtkranken ohne frühe Traumata. Die Folgen dramatischer Rückfälle können Überdosierungen, der totale Absturz in die Sucht, Therapieabbrüche, bis hin zum Suizid sein (Lüdecke, 2010a; Schay, 2013c; Wirth, 2008).

Die Überforderung der eigenen Kompensationsfähigkeit tritt durch die Droge und die süchtige Lebensweise genauso wie schon durch das Trauma ein. Die Sucht selbst verhindert zusätzlich die Integration des Traumas durch positive Beziehungserfahrungen und begünstigt stattdessen die Manifestierung und Entwicklung von weiteren Komorbiditäten. Es ist wichtig, eine kombinierte Therapie durchzuführen, welche die Traumata berücksichtigt. Die therapeutische Beziehung, aber auch insbesondere die therapeutische Gemeinschaft mit Leidensgenossen, welche zum Teil ähnliche Traumata erlitten haben, bieten die Möglichkeit über das Trauma zu sprechen und darüber hinaus zu wachsen, indem die Patient/inn/en neue positive Beziehungserfahrungen in einer geschützten Atmosphäre machen (Barth, 2011; Lüdecke, 2010b).

1.4 Komorbidität und Sucht

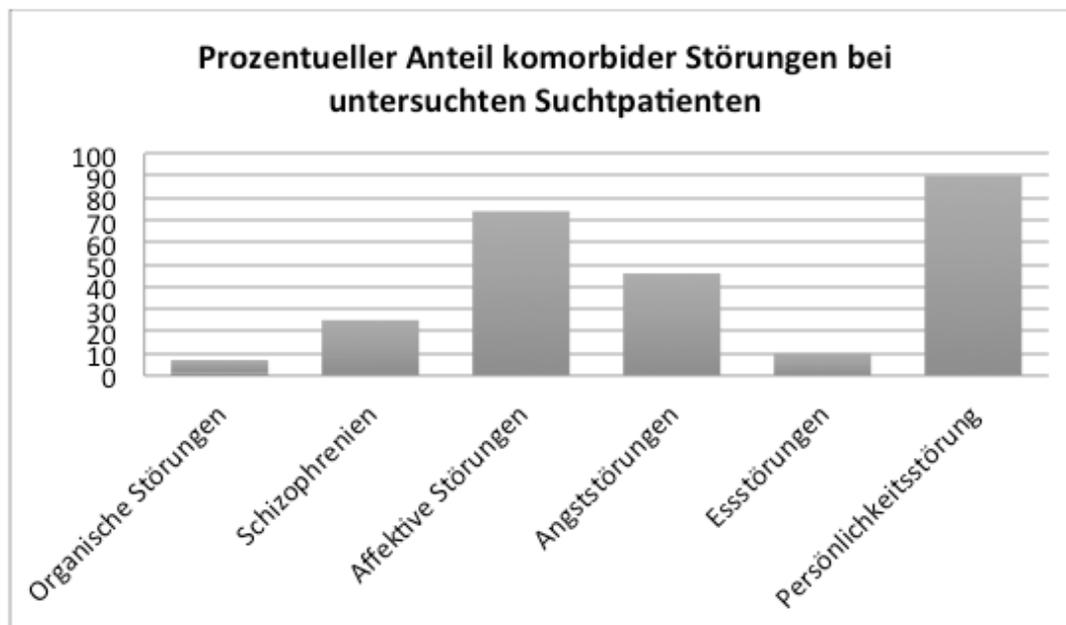


Abb.4: Komorbidität und Sucht. Eigene Darstellung. Daten entnommen aus: Madlung-Kratzer, 2015; Wendt, 2001

„Komorbidität kann sich auf eine beliebige andere Erkrankung beziehen, also auf eine psychische, eine physische Erkrankung oder auf eine weitere Suchterkrankung. Oft wird Komorbidität auch als »Begleiterkrankung« bezeichnet.“ (Barth, 2011, S.90-91)

Die Komorbidität oder Doppeldiagnose in der Suchttherapie wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1995) definiert, als das gleichzeitige Auftreten von Störungen durch den Gebrauch psychoaktiver Substanzen und einer anderen psychiatrischen Störung. In der Suchttherapie wird die Komorbidität oft unterschätzt. 30-50% aller in psychiatrischer Behandlung befindlichen Patient/inn/en in Europa leiden neben ihrer psychiatrischen Störung unter einer Substanzstörung und jüngere Forschungsarbeiten beweisen, dass die Psychopathologie dem Drogenkonsum meist vorausgeht (Fridell & Nilson, 2004; Barth, 2011).

Es wird zwischen der dominanten Krankheit als Hauptdiagnose und der Nebendiagnose unterschieden. Die Haupt- und Nebendiagnose können im Laufe der Behandlung ihre Reihung jedoch wechseln. Eine bestehende psychische Krankheit begünstigt die Entwicklung weiterer psychischer Erkrankungen, wie auch der Suchterkrankung. Mehrere Krankheiten stehen, wie ich bereits im Kapitel Trauma und Sucht beschrieben habe, miteinander in Wechselwirkung und verstärken sich gegenseitig. Um die Behandlung auf die Komorbidität abzustimmen, sollten verschiedene Maßnahmen ergriffen werden (Madlung-Kratzer, 2015; Wendt, 2001):

- Case-Management zur Koordination der Behandlungsangebote,

- die Diagnose der psychischen und physischen Komorbiditäten und eine darauf individuell abgestimmte Therapieplanung,
- Förderung der Krankheitseinsicht,
- Psychoedukation der Betroffenen,
- spezielle Nachsorge und Maßnahmen zur sozialen Wiedereingliederung,
- Weiterbildung der Mitarbeiter/inn/en im Umgang mit Komorbidität und neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Das Bestehen von Komorbiditäten erfordert eine individuelle Therapieplanung, welche die Gesamtheit der bestehenden Störungen umfasst, da süchtige Menschen, die an Komorbiditäten leiden, eine Vielzahl an psychischen, physischen und sozialen Problemen haben. Die Behandlung solcher Erkrankungen muss in den meisten Fällen über die rein psychotherapeutische Behandlung hinausgehen. Die Zusammenarbeit verschiedener psychosozialer Dienste wie Sozialarbeit, Arbeitstraining, Psychotherapie und psychiatrische Behandlung ist indiziert. Die Einsicht der Patient/inn/en in die Haupt- und Nebendiagnosen ist essentiell für das Gelingen der Psychotherapie. Psychoedukation ist hierbei ein wichtiges Mittel, um die Patient/inn/en für die speziellen Bedürfnisse ihrer Erkrankungen zu sensibilisieren (Schay, Lojewski & Siegele, 2013; Barth, 2011).

1.5 Resilienzfaktoren und Vulnerabilität

„Resilienz meint eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken.“ (Fthenakis & Wustmann, 2004, S.18)

Als Resilienzfaktoren oder protektive Faktoren werden jene Faktoren verstanden, welche die Belastbarkeit gegenüber Reizen aus der Umwelt erhöhen. Sie dienen dazu, Probleme zu bewältigen, Risiken abzuschätzen, sich von Stress erholen zu können bzw. unter dem Einfluss von Stress die Handlungsfähigkeit aufrecht erhalten zu können, sich an belastende Situationen anpassen zu können und ebenso dazu, Hilfe von außen organisieren zu können.

In der Suchtforschung konnte ich bis dato kaum Beiträge über Resilienzfaktoren finden, weshalb ich auf Forschungsergebnisse aus der Kinderpsychotherapie zurückgreife, unter der Annahme, dass diese für die Abhängigkeitserkrankung ebenso anwendbar sind.

Resilienz ist zum Teil angeboren und zum Teil erworben. Resilienz entwickelt sich besser, wenn ein unterstützendes, verlässliches Familiensystem oder andere verlässliche, soziale

Netzwerke bestehen, episodisch positives Entwicklungsklima herrscht, Raum für Entfaltung bereit steht, Eigenschaften wie Optimismus, Vitalität, Extraversion und Affektregulation sich entwickeln können und positiv besetzte soziale Vorbilder gegenwärtig sind (Scheiblich & Petzold, 2006; Schay & Haag, 2013; Batthyány, 2014; Reis, 2012).

Der Mangel an dieser begünstigenden Resilienz – den fördernden Faktoren bzw. das Gegenteil dieser, wie Missbrauch, psychische Erkrankungen oder Sucht in der Familie, Gewalt u.v.m., kann man als die malignen Faktoren bezeichnen, welche zur Entwicklung von individueller Vulnerabilität führen (Lieb, Isensee, Höfler, Pfister & Wittchen, 2001; Lehofer 2010; Reis, 2012).

„Ein Individuum durchläuft in seiner lebenslangen Entwicklung unterschiedliche vulnerable Phasen, sowohl was die biologische als auch die psychische Empfänglichkeit für Substanzen und Risiken oder Schutzfaktoren angeht.“ (Reis, 2012, S. 10)

Einzelne Maligne- oder Risikofaktoren führen nicht zwangsweise zu einer psychischen Störung bzw. Sucht. Kommen sie aber gehäuft oder intensiv vor, erhöhen sie die Wahrscheinlichkeit für die Ausprägung von Krankheiten.

Man kann Risikofaktoren oder Schutzfaktoren grob in biopsychische Faktoren, Eltern-Kind-Interaktion und soziale Umgebung unterteilen.

Biopsychische Faktoren können von einer Frühgeburt, Geburtskomplikationen, Erkrankungen im Säuglingsalter, von Abhängigkeitserkrankungen der Eltern oder anderen genetischen Prädispositionen durch die Eltern ausgehen.

Die Eltern-Kind-Interaktion umfasst ungünstige Beziehungserfahrungen bzw. die Sozialisation im Kontext von Inzest, Gewalt, Missbrauch, psychischen Erkrankungen oder der Sucht eines Elternteils sowie problematisches Erziehungsverhalten.

Soziale Umgebung meint in diesem Zusammenhang Konflikte zwischen den Eltern, Gewalt und Missbrauch innerhalb der Familie, schwere Vernachlässigung, Zurücksetzung, Armut und einen sehr niedrigen sozioökonomischen Status und negative schulische Erfahrungen (Klein, 2014; Reis, 2012).

Einer der wesentlichsten Resilienzfaktoren ist das Erleben von stabilen Bindungen, welcher die Fähigkeit, mit Impulsen umzugehen oder bei Problemen auf Bezugspersonen zurückgreifen zu können, verbessert bzw. erlaubt, im Kontakt Beruhigung zu erleben. Beruhigung im Kontakt wird zu einem Introjekt, auf das die Person später zurückgreifen kann - innerpsychisch in Form der Selbstregulation und sozial in Form der Aktivierung eines Helfernetzes (Flores, 2013; Senf, Tagay & Langkafel, 2011; Blankertz & Doubrawa, 2005; Reis, 2012).

1.6 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Bei der Suchterkrankung gib es, wie auch bei anderen Erkrankungen geschlechtsspezifische Unterschiede, welche z.B. den Konsum und die Komorbidität betreffen.

Hier werden Unterschiede beschrieben, welche auf Grund der Sozialisation, nicht aber von einer genetischen Prädisposition herrühren. Geschlechterstereotypen beeinflussen die Entwicklung der persönlichen Suchterkrankung.

Den traditionellen sozialen Erwartungen entsprechend, werden Männer bestärkt, Stress tendenziell externalisierend, also über Aggression und Wut zu verarbeiten. Frauen hingegen werden bei psychischen Belastungen dahingehend bestärkt, eigene Bedürfnisse unterzuordnen und internalisieren diese daher. Dies geschieht mittels Angst, Trauer und Scham.

Man kann nachweisen, dass Frauen, die unter Suchtkrankheit leiden, häufiger unter Komorbiditäten leiden als Männer, jedoch Männer häufiger zu illegalen Drogen greifen, Frauen wiederum vermehrt zum Medikamentenmissbrauch neigen.

Gewalterfahrungen und sexueller Missbrauch treten vermehrt in der Geschichte suchtkranker Frauen auf. Dieses Phänomen darf bei süchtigen Männern auch nicht unterschätzt werden (Metz & Fischer zitiert nach Barth, 2010).

Abhängigkeit bei Frauen ist auf Grund der gesellschaftlichen Konventionen weiterhin stark mit ihrer oktroyierten Rolle als devote Versorgerin verbunden. Diese Rolle sieht die Frau im privaten Bereich vor und sieht sie stark mit der Versorgung der Familie und dem Partner verbunden. Das Versorgen anderer hat einen höheren Stellenwert als die Selbstfürsorge. Sich also zum Wohl anderer mit den Gegebenheiten abzufinden, führt dazu, dass Frauen häufiger weniger Ausgleichsmöglichkeiten haben und eigene Interessen vernachlässigen.

Das passive Erdulden und Erleiden stellt bei Frauen tendenziell einen krankheitsstabilisierenden Faktor dar, der in der Behandlung die Konsequenz nach sich zieht, dass eigenverantwortliche Problembewältigung und die Konfrontation mit Vermiedenem besonders gefördert werden müssen. Ein Phänomen, das einem in der Arbeit mit süchtigen Frauen immer wieder begegnet, ist das Vermeiden schwieriger Themen und Herausforderungen unter dem Vorwand, dies zugunsten anderer, wie den eigenen Kindern, des Partners oder Familienmitgliedern zu tun. Die Angehörigen werden bewusst oder unbewusst dazu instrumentalisiert, die Sucht aufrecht zu erhalten und Herausforderungen zu meiden (Koschler, 2010; Unterrainer, 2012; Wimmer, 2008).

Sucht bei Männern hat oft mit Themen zu tun, welche bei einem großen Teil der Gesellschaft als „unmännlich“ eingestuft werden: Umgang mit Angst, mit eigener Begrenztheit, geringe Leistungsfähigkeit, Körpernähe, Scham, Hilflosigkeit, Trauer, aber auch mit Trennung, Selbstfürsorge und Zuwendung. Konsum von Suchtmitteln ist in der männlichen Sozialisation zum Teil erwünscht und wird dadurch erst später als bei Frauen sanktioniert. Das Fehlen männlicher Bezugspersonen und Modelle in Schulen und im Privatleben führt dazu, dass Jungen weniger mit einer „männlichen“ Problembewältigung in Kontakt kommen und weniger genderspezifische Resilienz ausbilden. Männer leiden deutlich stärker an substanzgebundenen Süchten, sie konsumieren öffentlicher und risikofreudiger (Preinsperger, 2014; Stöver, 2007; Barth, 2011; Krausz & Briken, 2002).

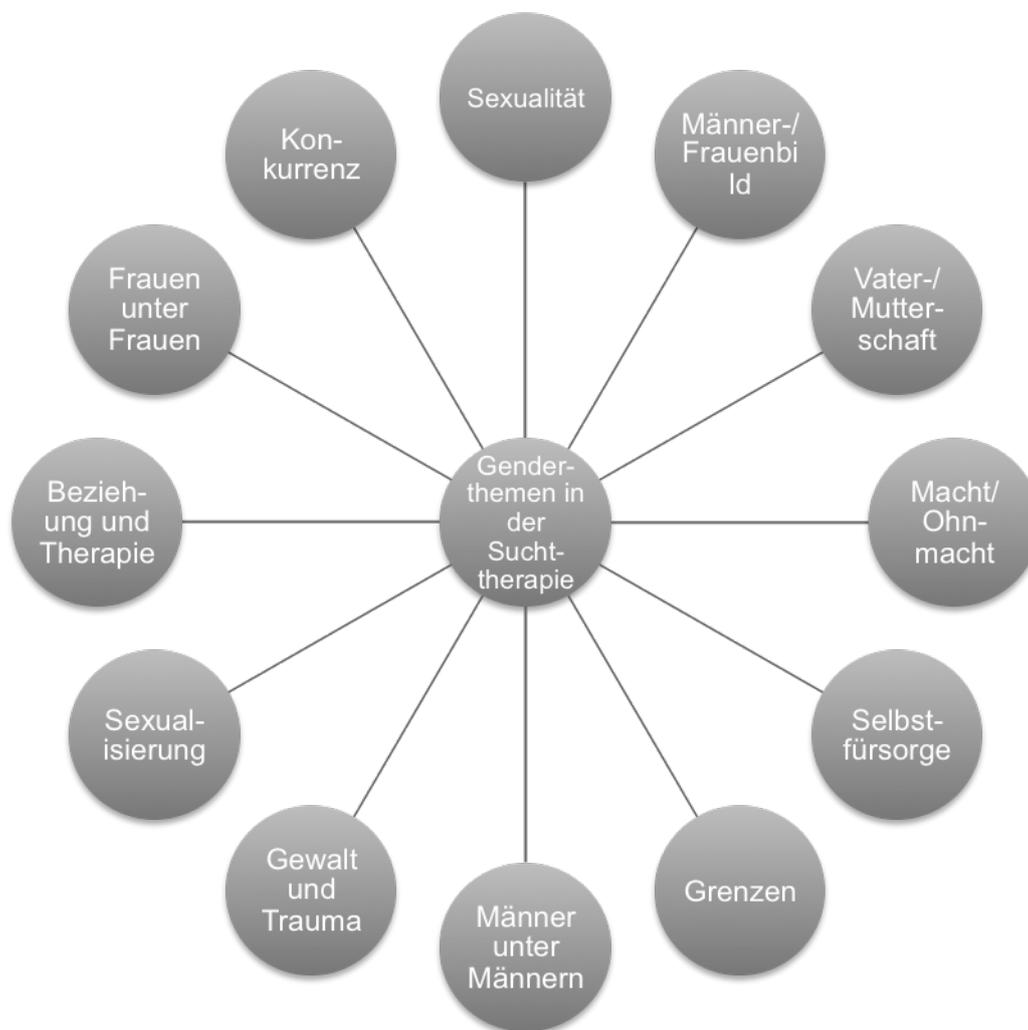


Abb.5: Themen geschlechtsspezifischer Suchttherapie. Eigene Darstellung. Daten entnommen aus: Preinsperger, 2014; Stöver, 2007; Barth, 2011; Krausz & Briken, 2002

Fragen, die in der geschlechtsspezifischen Entwicklung von Sucht eine Rolle spielen, sind bei Frauen als auch bei Männern jene, welche im Konflikt mit gesellschaftlichen Geschlechternor-

men stehen. Drogenkonsum wird an diesem Konfliktpunkt oft als Kompensator für die narzisstischen Kränkung durch die Gesellschaft verwendet (Preinsperger, 2014; Stöver, 2007; Barth, 2011; Krausz & Briken, 2002).

Neben den konservativen Rollenbildern, welche nach wie vor transportiert werden, ist die postmoderne Gegenbewegung, die Auflösung von fixen Rollenbildern, ein weiterer Faktor, der belastend wirken kann.

„Viele tragende kulturelle Deutungsmuster und Normalitätsvorstellungen sind aus dem alltäglichen Leben gewichen. Die Loslösung von Rollenschemata führt einerseits zu einem Gewinn an selbstbestimmter Lebensgestaltung, andererseits jedoch auch zu Überforderungen und Unsicherheiten.“ (Gahleitner, 2013, S. 234)

Die Auflösung besagter Rollenbilder hin zu einem immer mehr androgynen Menschenbild hebt Strukturen auf, welche auch stabilisierend wirken können. Männer und Frauen sind heutzutage in bestimmten eher urbanen Umgebungen mehr denn je in einer Position, in der sie die eigene Rolle selbst definieren sollen und kommen gleichzeitig durch diese Definition in Konflikt mit anderen Definitionen, welche ebenfalls einen Wahrheitsanspruch stellen. Während manche an den neuen Möglichkeiten wachsen, sind andere mit diesen überfordert und erleben „Distress“ in der Auseinandersetzung mit ihrer Geschlechtsidentität (Gahleitner, 2013; Preinsperger, 2014).

1.7 Stadien der Suchtentwicklung

Die Begriffe „süchtige Karriere“, „süchtige Karriereleiter“, „Suchtspirale“ oder „Suchtentwicklung“ sind Beschreibungen für typische Entwicklungsprozesse, die suchtkranke Menschen durchlaufen. Sucht entsteht durch den Konsum von Drogen über einen mehr oder weniger langen Zeitraum. Von einer Substanz durch einen einmaligen Konsum süchtig zu werden, ist so gut wie nicht möglich. Es ist ein Prozess, abhängig von der persönlichen Vulnerabilität, dem Suchtpotential der Substanz und der sozialen Situation der Betroffenen.

„Biologische, psychologische und soziale Faktoren und die materielle Umwelt beeinflussen die Entstehung und Aufrechterhaltung des Missbrauchs und der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ... Sämtliche Faktoren stehen miteinander in Wechselwirkung.“ (Vollmer, 2000, S. 55)

Zu welchem Zweck die Substanz ursprünglich konsumiert wird, hat aber Einfluss darauf, wie schnell und dramatisch sich die Sucht ausprägt. Gelegentlicher Genuss von psychotropen Substanzen muss nicht zwangshalber zur Sucht führen.

Substanzmissbrauch beschreibt, je nachdem wie eng der Begriff gefasst ist, das aktive Steuern der Befindlichkeit durch psychotrope Substanzen. Wenn Drogenkonsum z.B. zum Ertragen unangenehmer Gefühle oder als enthemmende Substanz in sozialen Situationen eingesetzt wird, spricht man von Substanzmissbrauch. Dieser darf nicht mit Sucht gleichgesetzt werden. Jemand der zeitweilig Probleme z.B. mit Alkohol betäubt, ist nicht zwangsläufig süchtig. Geschieht dies aber gehäuft, ist die Gefahr der Suchtentwicklung höher als bei Menschen, die Drogen als Genussmittel verwenden.

Einmaliger Konsum oder Probierkonsum diverser Drogen ist noch wenig bedenklich; es sollte aber genau auf die jeweilige Motivation geachtet werden, um zwischen Genuss und Missbrauch unterscheiden zu können.

Entwickelt sich aus dem Probierkonsum jedoch ein regelmäßiges Ritual, spricht man in weiterer Folge von *Gewohnheitskonsum*. Betroffene können in diesem Stadium mehr oder weniger lange bleiben, ohne weiter in die Abhängigkeit und in den unkontrollierten Konsum zu rutschen, wenn die abstinenter Phasen zwischen dem Konsum lange genug sind. Der Genuss und die Dauer abstinenter Phasen helfen zu erkennen, ob aus der Gewohnheit bereits Abhängigkeit geworden ist.

Wenn der Genuss an Bedeutung verliert und der Konsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen eingesetzt wird, spricht man von *Abhängigkeit*. Weitere Kriterien wurden bereits im Kapitel Begriffserklärung und Diagnose beschrieben. Abhängigkeit kann in einigen Fällen sozial kompatibel sein und überschaubare negative Konsequenzen für das Leben des Betroffenen haben. Ein Beispiel ist die, in Österreich wenig geächtete, Nikotinabhängigkeit (Kuntz, 2009; Kupferschmidt, 2011).

Unter *süchtigem Konsum* versteht man ein Leben, das jenseits der Abhängigkeit außer Kontrolle gerät. Es gehen Ressourcen verloren, es kommt zur soziale Einengung, und immer mehr Bereiche des Lebens stehen unter dem Fokus der Suchtbefriedigung. In dieser Phase verlieren süchtige Menschen mehr und mehr die Kontrolle über ihr Leben und den Konsum. Die unkontrollierte Sucht hat mit Genuss, wie es noch beim Gewohnheitskonsum möglich ist, nichts mehr zu tun. Es geht primär um das Vermeiden von Entzugssymptomen - der Konsum ist zum Selbstzweck geworden (Bake, 2008).

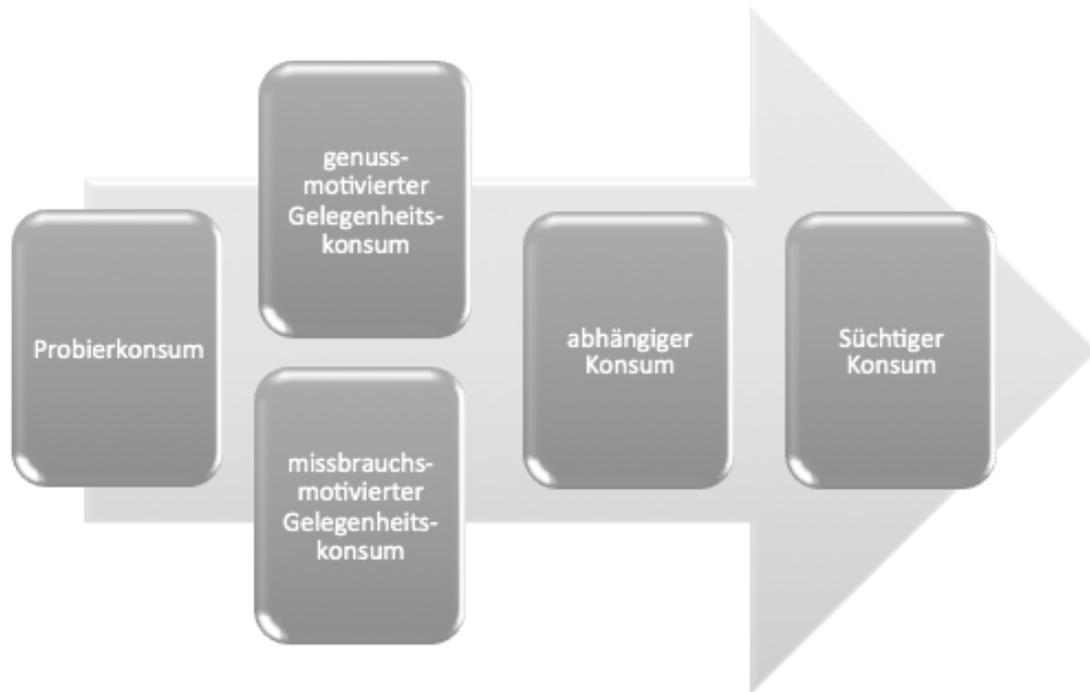


Abb.6: Entwicklung der Sucht. Eigene Darstellung. Daten entnommen aus: Kuntz, 2009; Kupferschmidt, 2011

Das nach Autonomie strebende Selbst, seine Struktur und seine Tätigkeit wird durch eine Substanzabhängigkeit gestört, d.h. zunehmend einseitig auf eine Substanz, deren Beschaffung und deren Konsum eingeschränkt; daraus entwickelt sich prozesshaft eine Substanzidentität, d.h. der überwiegende Anteil des Selbst, letztlich des Lebensinhaltes, identifiziert sich wiederholend und zunehmend mit der Beschaffung und dem Konsum einer Substanz. (Bake, 2008, S. 306)

Wo sich der Einzelne effektiv auf der Suchtleiter befindet, hängt wenig von Kategorien wie Genuss und Missbrauch ab, da es wertende Begriffe sind, die zwar über Motive Aussagen machen, aber nicht über klinische Kriterien der Abhängigkeit.

1.8 Co-Abhängigkeit

Ich möchte eingangs erwähnen, dass der Begriff der Co-Abhängigkeit eine negative Reaktion bei Angehörigen von süchtigen Menschen auslösen kann, und vermeintliche Helfer/innen sich in eine Täter/innen/rolle gedrängt fühlen. Dies ist hier nicht meine Absicht, da meine Erfahrung mir gezeigt hat, wie hilflos die Angehörigen in ihrer Position sind und wie sehr sie sich an jeden Strohalm klammern, den sie als Hilfe deuten.

Hier geht es um die Definition von *Verhaltensweisen* Angehöriger und von Freund/inn/en,

aber auch von Psychotherapeut/inn/en süchtiger Menschen, welche auf die Sucht indirekt oder direkt stabilisierend wirken und auf diesem Weg Veränderungen blockieren.

Für Angehörige, die im Kontakt mit süchtigen Menschen stehen, ist es wichtig, über diese Dynamik Bescheid zu wissen, da Suchtkranke unbewusst und bewusst manipulativ agieren und den Ungeschulten in eine co-abhängige Rolle drängen.

Für Psychotherapeut/inn/en ist es wichtig erkennen zu können, zu welchem eigenen Modus der Abhängigkeit bzw. Benutzbarkeit in Beziehungen sie tendieren. Behandler/inn/en sollten Angehörige von suchtkranken Menschen darüber aufklären, welche Rolle ihre speziellen Verhaltensweisen für die Aufrechterhaltung der Suchtkrankheit des/der Betroffenen spielt.

„Co-Abhängige sind beziehungsüchtig, d.h. sie benutzen eine Beziehung oft so wie ein Trinker den Alkohol, nämlich als eine Art von „Fix“. Da der Co-Abhängige sich selbst nicht wichtig findet, sucht er seine Bestätigung bei anderen.“ (Wilson Schaef, 1986, S.56)

Co-abhängiges Verhalten ist implizit suchstabilisierendes oder suchtförderndes Verhalten von Angehörigen oder Helfern von suchtkranken Menschen, welches sie unbewusst und oft mit besten Absichten ausüben. Dies kann vom „Vertuschen“ der Sucht beim Arbeitgeber bis hin zur direkten Finanzierung der Sucht gehen. Süchtige Menschen werden zu Meistern darin, die wunden Punkte Angehöriger zu finden, um diese zu motivieren, etwas für sie zu tun. Oft geht dies über Vorwürfe und die Instrumentalisierung des eigenen Leides und der Hilflosigkeit gegenüber den Auswirkungen der Sucht.

Co-abhängiges Verhalten mindert den Leidensdruck des Suchtkranken, kann aber gerade dadurch den Zeitraum bis der Suchtkranke in Therapie geht, verlängern. Typischerweise verläuft co-abhängiges Verhalten in drei Phasen:

1. Die *Beschützerphase* ist jene, in welcher der süchtige Mensch durch besondere Hingabe und Mitgefühl dazu gebracht werden soll, sich der Krankheit zu stellen und etwas zu verändern.
2. In der *Kontrollphase* übernehmen die Bezugspersonen die Herausforderungen, welche die süchtigen Angehörigen nicht mehr bewältigen können, um die Auswirkungen für Dritte zu verschleiern. Beispiele sind: Flaschen verstecken, süchtige Angehörige bei dem/der Arbeitgeber/in krank melden, Situationen mit Konsumdruck vermeiden, motivieren zur Einschränkung des Konsums, usw..
3. Die *Anklagephase* ist durch zunehmende Aggression und Verachtung durch die Angehörigen gegenüber den Kranken geprägt. In der letzten Phase kommen die völlige Hilflosigkeit der co-abhängigen Angehörigen, die Resignation der Angehörigen gegenüber der Krankheit und der damit verbundene, eigene Leidensdruck der Angehörigen.

Um co-abhängiges Verhalten zu erkennen, braucht es meist professionelle Hilfe und Aufklärung, da die Betroffenen mit der Zeit den klaren Blick für ihre Wirkung verlieren. Es ist eine enorme Herausforderung, mit süchtigen Menschen zu leben, ohne co-abhängiges Verhalten zu entwickeln. Für die Betroffenen ist es wichtig, sich klar abzugrenzen, damit die süchtigen Menschen mit den Auswirkungen ihres Verhaltens in Kontakt kommen. Für Angehörige ist es deshalb besonders wichtig, eigene gesunde Lebensbereiche vor dem/der süchtigen Angehörigen zu schützen, um nicht selbst ebenso, wie die süchtigen Menschen es tun, ihr Leben an der Sucht des/der Erkrankten auszurichten. Selbsthilfegruppen und professionelle Beratung für Angehörige können hierfür eine große Hilfe sein. In einigen Fällen bedarf es aber totaler psychischer und physischer Abgrenzung, um als Betroffener selbst gesund bleiben zu können. Süchtige Menschen mittels Druck zum letzten Schritt der Einsicht zur Therapie zu zwingen, ist in einigen Fällen möglich, in manchen ist es hierfür zu spät (Rennert, 2012; Schmidbauer, 2009; Wilson Schaef, 1986).

1.9 Suchtverlagerung

„Ich habe erst nach meiner Therapie angefangen Alkohol zu trinken. Alkohol hat mir nie wirklich geschmeckt und dann bin ich nach meiner Therapie total darauf abgestürzt.“ (Aussage eines opiatabhängigen Patienten).

In der Praxis der Suchttherapie zeigen sich häufig die Phänomene der Suchtverlagerung, Suchtverschiebung oder „*craving shift*“, welche von den Patient/inn/en vielfach unterschätzt werden. Suchtverlagerung bezeichnet die Verlagerung süchtigen Verhaltens von einer Substanz auf eine oder mehrere andere bzw. auf exzessiv ausgeübte Handlungen, wie z.B. Leistungssport, Essen, Glücksspiel, Internetkonsum oder Sexualität. Patient/inn/en haben oft die Vorstellung ausschließlich von bestimmten psychotropen Substanzen abhängig zu sein und mit den restlichen suchtauslösenden Substanzen einen natürlichen Umgang pflegen zu können. Anhand dieses Phänomens wird jedoch deutlich, dass es sich bei der Suchterkrankung nicht primär um die Abhängigkeit von einer gewissen Substanz handelt, sondern um eine externalisierte Störung im Umgang mit innerpsychischen Spannungszuständen, welche mehr oder wenig unabhängig von der jeweiligen Substanz ist.

Typische „Karrieren“ in der Suchttherapie sind z.B. der Konsum von Alkohol, Cannabis oder Extasy zu Amphetaminen oder Methamphetaminen, weiter zu Opiaten. Ein häufiges Phänomen ist, dass ehemals Opiatsüchtige wiederum eine Alkoholabhängigkeit entwickeln.

Hierbei muss gesagt werden, dass es sich um Verläufe von „Suchtkarrieren“ von suchtkranken Menschen handelt, nicht um jene der Gelegenheitskonsument/inn/en. (Junghanns & Wetterling 1997; Lüdecke 2010b)

Alkohol und Cannabis sind die häufigsten Einstiegsdrogen, der Großteil der Konsument/inn/en wird nicht süchtig. Die Wahrscheinlichkeit von Cannabiskonsument/inn/en zu anderen Drogen zu greifen, ist aber um ein Vielfaches höher als bei Personen, die zuvor keinen Konsum von illegalen Drogen hatten. (Platz, 1996)

Ein typisches Phänomen in der allgemeinen Gesellschaft ist die wechselseitige Suchtverlagerung von Nikotin und Koffein.

In der Suchttherapie ist es wichtig, dass Patient/inn/en über die Gefahr der Suchtverschiebung aufgeklärt bzw. bei Hinweisen auf Suchtverlagerung darauf aufmerksam gemacht werden.

1.10 Ethische Implikationen der Suchttherapie

Suchttherapie ist permanent mit ethischen Fragestellungen konfrontiert, diskutiert diese aber selten intern bzw. kommuniziert kaum eigene ethische Haltungen der Gesellschaft. Behandlungsziele und Methoden der Suchttherapie greifen direkt in das Leben der suchtkranken Menschen und der Gesellschaft jenseits des Drogenkonsums ein. Suchtkrankheit ist tabuisiert und geschieht im Verborgenen. Selbst die Suchttherapie wird kaum öffentlich kommuniziert, obwohl Sucht ein fixer Bestandteil der österreichischen Gesellschaft ist. Eine moderne Gesellschaft ohne Sucht ist derzeit eine utopische Vorstellung. Sucht auszumerzen wird nicht möglich sein. Die Frage, die sich stellt, ist: Wie gehen wir in der Gesellschaft mit suchtkranken Menschen um?

Die an Universitäten gelehre Ethik bietet Methoden an, Fragestellungen systemisch abzuhandeln und Entscheidungen aufgrund von Tatsachen, nicht aufgrund von Annahmen, zu treffen und so auch transparenter zu machen.

Folgende ethische Fragen stellen sich konkret in Bezug auf die Ziele und Methoden der Suchttherapie:

- Soll Konsum legalisiert werden oder illegal sein?
- Sollen rückfällige Patient/inn/en weiter behandelt werden oder nicht?
- Sollen süchtige Eltern ihre Kinder behalten oder sie abgeben?
- Warum soll die Behandlung von bestimmten Kostenträgern finanziert werden?
- Warum sollen Patient/inn/en abstinent werden oder Substitution stattfinden?

- Warum sollen psychische Störungen und Traumata aufgearbeitet werden?
- Warum sollen Süchtige psychosozial begleitet werden?
- Wie viel Autonomie kann man Menschen zugestehen, die mit ihrer Autonomie nicht umgehen können?

Therapeutische Institutionen müssen sich diese Fragen stellen. Die Klärung dieser ethischen Fragen ist zentral, da die individuellen Antworten Motive für die Haltungen und Behandlungsmethoden der Psychotherapeut/inn/en liefern.

Die Diskussion dieser ethischen Fragen soll das Menschenbild der Gesellschaft bzw. des Behandlungsteams herausarbeiten, welches der Behandlung zu Grunde liegt, um mehr Klarheit über Motivation und Ziele zu gewinnen. Das individuelle Menschenbild entscheidet mit darüber, welche Methoden als adäquat empfunden werden, was heilsam und kränkend ist bzw. welche Ziele anzustreben sind.

Beispiele für konträre Pole der Suchttherapie und Suchtpolitik		
Staatliches Drogenmonopol	vs.	Schwarzmarkt
Folgen der Kriminalisierung	vs.	Leichter Zugang zu Drogen
Fürsorgeprinzip	vs.	Autonomieprinzip
Selbstschädigung	vs.	Fremdschädigung
Therapie	vs.	Strafe

Abb.7: Ethische Spannungsfelder. Eigene Darstellung. Daten entnommen aus: Körkel, 2008; Scharrer, 2008

Die Suchttherapie verfolgt gleichzeitig verschiedene Ziele, welche teilweise zueinander im Widerspruch stehen können. Das Fürsorgeprinzip widerspricht z.B. dem Autonomieprinzip. Die Prioritäten dieser Ziele werden von verschiedenen Psychotherapeut/inn/en unterschiedlich gesetzt. Welches Ziel im Vordergrund stehen soll, ist eine Aufgabe der Behandlungsplanung.

Die Methode zur Entscheidungsfindung nach Scharrer empfiehlt, folgende Fragen im Behandlungsteam gemeinsam zu reflektieren:

- *Soll Abstinenz das alleinige Ziel sein?*
- *Soll die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit das Ziel sein?*
- *Soll die Integration in die Gesellschaft/Gemeinschaft das Ziel sein?*
- *Wie verhalten sich diese Ziele zueinander?*

- *Wie lassen sich die Normen einer Hausordnung begründen und rechtfertigen?*
- *Welche Menschenbildauffassungen stecken hinter den Zielen?*

Die wissenschaftliche Ethik bietet der Suchttherapie Hilfestellungen, um Fragestellungen systematisch beleuchten zu können. Dennoch bleibt die Herausforderung, von Fall zu Fall individuell zu entscheiden, bestehen, da Situationen nur bedingt übertragbar sind. Auf Grund der Subjektivität kommen unterschiedliche Situationseinschätzungen zustande.

Antworten auf verschiedene ethische Fragen der Suchttherapie werden auf Grund des Ausmaßes der weitreichenden Implikationen des Themas Sucht in dieser Arbeit nicht möglich sein. Es wird deutlich, dass es in der Suchttherapie keine allgemeingültigen und einfachen Antworten gibt. (Körkel, 2008; Scharrer, 2008).

1.11 Zusammenfassung

Die Suchterkrankung wird aus medizinischer Sicht und von verschiedenen psychotherapeutischen Lehren unterschiedlich betrachtet. Die verschiedenen Thesen können den Blick des/der Therapeuten/in erweitern und zu einem tieferen Verständnis der Krankheit führen. Medizinische/neurobiologische Erklärungsmodelle können die Krankheitsdynamik biologisch erklären, bieten aber keine ursächliche Erklärung der innerpsychischen und psychodynamischen Vorgänge. Oft stehen eine traumatische Lebensgeschichte und Bindungsstörungen, auf die es keine adäquate innerpsychische oder reelle Antwort gab, im Zusammenhang mit der Flucht in die psychotrope Betäubung. Das individuelle Suchtpotential hängt von der persönlichen Vulnerabilität bzw. Resilienz ab. Sucht ist eine leibliche und soziale Krankheit, die süchtige Menschen und ihr Umfeld betreffen. Suchterkrankung begünstigt die Entwicklung komorbider Störungen, vor allem der Psyche, welche sich wechselseitig mit der Sucht verschlechtern.

Die Psyche leidet unter dem zunehmenden Drang, alle anderen Lebensbereiche hinter den innerlichen Fokus der Suchtbefriedigung zu stellen, unter der Unfähigkeit, Genuss und Freude zu erleben, unter verminderter Belastbarkeit, unter herabgesetztem Selbstwert und den weiten Folgen des Egozentrismus.

Die Physis zeigt diverse körperliche Schäden und Erkrankungen, die direkt und indirekt mit der Sucht in Zusammenhang stehen: Zahnprobleme, Zahnausfall, Nervenschäden, organische Schäden (Leber, Niere,...), HIV, Hepatitis, div. Entzugssymptome, verminderte Körperwahrnehmung und Somatisierungsstörungen.

Im sozialen Bereich leidet der/die Suchtkranke unter einer zunehmenden Vereinsamung im und durch das Drogenmilieu, unter dem Abbruch gesunder sozialer Kontakte, dem Verlust an Interessen, fehlender Eingliederung in die Gesellschaft, Arbeitsverlust, Schulden, niedrigem sozialen Status, dem Verlust von haltgebenden Strukturen, etc.

Frauen und Männer haben tendenziell ebenso unterschiedliche Problemverarbeitungsmuster, die aus gesellschaftlichen Rollenzuschreibungen genährt werden. Die Psychotherapie muss deshalb gesellschaftliche Normen ansprechen und kritisch hinterfragen, welches Verhalten gesellschaftlich bestärkt oder sanktioniert wird.

Für eine gelungene Behandlung ist es erforderlich, die oben genannten Faktoren ganzheitlich zu berücksichtigen, ebenso wie eine eindeutige Diagnose der Sucht und Komorbidität zu erstellen sowie eventuelle posttraumatische Belastungsstörungen zu berücksichtigen. In welchem Stadium der Suchtentwicklung sich Patient/inn/en befinden und welches Motiv sie für den Konsum haben, entscheidet über die Behandlungsbedürftigkeit und die Auswahl der passenden Methoden aus dem Behandlungsangebot.

Ethische Haltungen spielen in die Methodik und Zielsetzung der Suchttherapie hinein und können zu Konflikten in den Behandlungsteams führen.

Die gestalttherapeutische Sichtweise der Suchterkrankung ist eine besonders ganzheitliche und kann die verschiedenen Bereiche berücksichtigen. Sie erkennt den sozialen, psychischen und biologischen Teil der Sucht an und integriert dies in die Behandlung.

2 Suchttherapie

Im folgenden Kapitel werden verschiedene Behandlungsmöglichkeiten beschrieben. Spezielle Angebote der Suchttherapie passen zu unterschiedlichen Entwicklungsstadien und Ausprägungen der Suchterkrankung. Ebenso sind die Ziele der Suchttherapie hierarchisch aufgebaut und können, wenn sie falsch gewählt werden, Patient/inn/en über- bzw. unterfordern (Schay, Lojewski & Siegele, 2013; Uchtenhagen, 2008).

Sucht ist ein fixer Bestandteil von Gesellschaften, welche die Möglichkeiten und das Wissen zur Beschaffung oder Herstellung von Drogen haben. Die Vorstellung, dass sich Suchterkrankungen aus der Gesellschaft verbannen lassen oder auskuriert werden können, ist utopisch. Es ist jedoch möglich, gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu schaffen, in welcher die Suchterkrankung und -behandlung einen sicheren Platz finden, um so die negativen Auswirkungen durch die Stigmatisierung zu lindern.

Weiters wird beschrieben, dass Suchttherapie in einem vernetzten Szenario stattfinden soll, um der Gesamtheit des biopsychosozialen Gesundheitskonzepts gerecht zu werden. Suchttherapie kann sich je nach Indikation aus Psychotherapie, Sozialtherapie, Sporttherapie, Netzwerktherapie, pharmakologischer Therapie und anderen Therapien zusammensetzen (Wendt, 2001)

Da die Suchterkrankung oft mit Komorbiditäten und Therapieabbrüchen zusammenhängt, ist es zielführend, einzelne suchtkranke Menschen mit Methoden des Case-Managements zu begleiten, bei dem sich die verschiedenen Helferstellen vernetzen und ein objektiver, distanzierter Blick auf die Erkrankten ermöglicht wird.

Merkmale moderner, evidenzorientierter Suchttherapie sind:

- Evaluationstaugliche Dokumentation der Behandlungsmaßnahmen,
- gemeinsame modulare und bedürfnisorientierte Behandlungsplanung,
- gute Erreichbarkeit der Ziele,
- Hilfestellung für Patient/inn/en bei der Aufrechterhaltung der Behandlungsmotivation,
- öffentlich zugängliche Informationen,
- Patientenzufriedenheit,
- Unterstützung der Mitarbeiter/inn/en durch Supervision/Intervision, klare Abläufe und abgegrenzte Aufgabengebiete, Weiterbildung und Trainingsmöglichkeiten,
- Vermittlung von Notfallhilfe,
- vernetztes Arbeiten mit den zuweisenden Stellen,
- Vernetzung des Helfernetzwerkes.

Wichtig für die Entwicklung einer gelingenden Suchttherapie ist auch, dass sich Psychotherapeut/inn/en vor Einseitigkeiten hüten. So hat die Behandlung das Wohl und die Bedürfnisse des/der Einzelnen, wie auch der Gemeinschaft/Gesellschaft im Blickfeld. Die niederschwellige Versorgung einer größeren Gruppe darf nicht auf Kosten der hochqualifizierten Behandlung einzelner Personen vernachlässigt werden. Ebenso sollen die Anstrengungen qualifizierter Suchtarbeit nicht in Perfektionismus ausarten, sondern stattdessen auch Freiraum für neue Ansätze lassen, für die noch wenig Evidenz besteht. Der Großteil der Suchttherapie findet im medizinisch-therapeutischen Bereich der Basisversorgung sowie im Strafvollzug statt (Springer 2003; Schay, 2013b).

2.1 Hierarchie der Ziele

In der Suchttherapie kommt es immer wieder vor, dass die Ziele der in Behandlung gehenden, süchtigen Menschen und die des Behandlungspersonals nicht miteinander übereinstimmen oder sogar konträr verlaufen.

Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ist eine chronische Krankheit und kann in vielen Fällen nicht geheilt werden, wenn man unter Heilung Drogenabstinenz versteht. Einige Psychotherapeut/inn/en stehen der pharmakologischen bzw. für die Abhängigkeitsbehandlung besonders relevanten Substitutionsbehandlung und dem kontrollierten bzw. reduzierten Konsum negativ gegenüber, wobei diese Instrumente oft das Überleben der Patient/inn/en sichern oder wesentlich verbessern können.

Psychotherapeut/inn/en streben in ihrer Arbeit mit den Klient/inn/en oft Abstinenz an, wohingegen ihre Patient/inn/en parallel einen kontrollierten oder reduzierten Konsum beabsichtigen. Diese Konstellation führt zwangsläufig zu Konflikten und teils zum Scheitern der Behandlung, sofern sich die Ziele der beiden Gruppen im Laufe der Behandlung nicht in eine gemeinsame Richtung entwickeln.

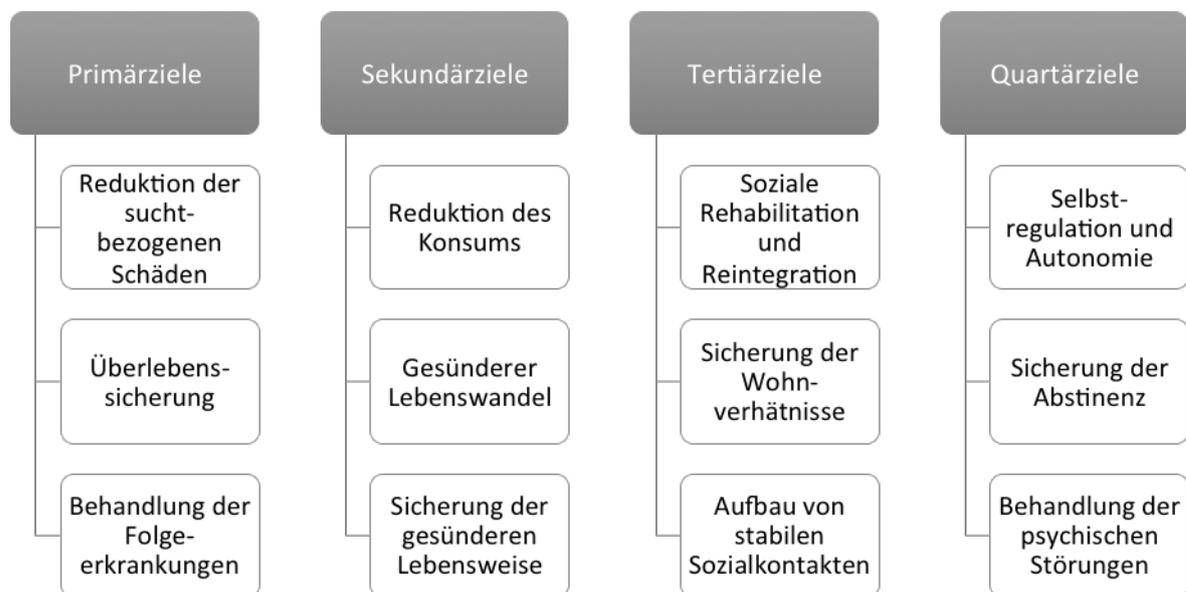


Abb.8: Hierarchie der Ziele. Eigene Darstellung. Daten entnommen aus: Meili, Dober & Eyal, 2004; Uchtenhagen, 2008

Beim Setzen der Behandlungsziele gelten zwei wichtige Maßstäbe, jener der *Realisierbarkeit* und jener der *Gemeinschaftlichkeit*, also dem Übereinstimmen der Behandlungsziele und -methoden des/der zu Behandelnden und der Psychotherapeut/inn/en.

Grundsätzlich ist es wichtig von moralischen Wertungen bezüglich des Konsums von Drogen abzusehen, da dies der Behandlung im Weg stehen kann und die Möglichkeit, realisierbare Ziele zu stecken, einschränkt.

Die Ziele in der modernen, evidenzorientierten Suchttherapie sind hierarchisch aufeinander aufbauend geordnet:

- Beispiele für Primärziele: Akzeptierende Drogenhilfe, (Drogenhilfe, die Konsument/inn/en unterstützt) Ausgabe sauberer Spritzen, sterile Konsumräume schaffen, medizinische Behandlung der Folgeerkrankungen, Wohnraumbeschaffung, Wahrung der Menschenwürde, Hygiene, Überprüfung der Substanzen, Bereitstellung von Informationen über Wirkung und Nebenwirkungen von Substanzen.
- Beispiele für Sekundärziele: Reduktion des Drogenkonsums, kontrollierter Konsum oder Abstinenz, Erwerb neuer Bewältigungsstrategien und sozialer Kompetenzen, Integration in die Gesellschaft, Erarbeitung von Therapiemotivation, Verringerung von Risikoverhalten.
- Beispiele für Tertiärziele: Sicherung des Erarbeiteten und Rückfallprävention, soziale und gesellschaftliche Reintegration, wie z.B. die in den Arbeitsmarkt, Vereine.
- Beispiele für Quartärziele sind die Abstinenz, deren Sicherung mittels Nachsorgeangeboten und Behandlung, der der Sucht zugrundeliegenden Störungen.

Patient/inn/en, denen es nicht möglich ist, etwas an ihren Lebensumständen zu verändern, solange der Suchtdruck übermächtig ist, brauchen eine oft substanzgestützte Therapie, um handlungsfähig zu werden und den Schritt zur medizinischen Versorgung zu machen.

Hierfür sind besonders die niederschweligen Angebote wichtig, die es süchtigen Menschen möglich machen, in einen regelmäßigen Kontakt mit dem Gesundheitssystem zu treten und an dieser Schnittstelle, evtl. weitere Angebote in Anspruch zu nehmen. Ziel ist, dass süchtige Menschen von den niederschweligen an die höherschweligen Angebote herangeführt werden und bei eventuellen Rückschlägen das vorhergehende Angebot in Anspruch nehmen, um wieder Stabilität zu erreichen (Soyka & Küfner, 2008; Meili, Dober & Eyal, 2004; und Teusch & Gastpar, 2006; Uchtenhagen, 2008).

Einige süchtige Menschen werden am Ende dieser Kette die Abstinenz erreichen, andere sind dazu nicht im Stande, bleiben aber durch die anderen Angebote vom Gesundheitssystem erfasst und haben dadurch geringere Schäden durch die Lebensführung mit Sucht als jene, welche gar keine Behandlung erfahren.

2.2 Prävention



Abb.9: Präventionspyramide. Quelle: modifiziert übernommen aus: Leppin, 2010 S.36

Drogenprävention wird in drei Bereiche unterteilt (Schay, 2013b; Schay, Sichau 2013; Körkel & Schindler, 2003):

1. Die Primärprävention umfasst Angebote, welche an Personen gerichtet sind, bei denen keine Erkrankung vorliegt. Über Informationen sollen Erkrankungen vorgebeugt werden. Beispiele im Suchtbereich sind: Suchtberatungsstellen, Schulsozialarbeiter/in, Jugendamt, Hausarzt/ärztin, Bewährungshilfe, Aufklärungsunterricht oder Streetwork.
2. Die Sekundärprävention umfasst Angebote, welche der Früherkennung von Krankheiten dienen und der weiteren Eskalation entgegenwirken sollen. Beispiele im Suchtbereich sind: Suchtberatungsstellen, Streetwork, der/die Haus- und Facharzt/ärztin, Screenings oder Arbeitsmedizin und -psychologie.
3. Die Tertiärprävention umfasst Angebote zur Behandlung einer bestehenden Erkrankung. Beispiele im Suchtbereich sind:
 - a. Akzeptierende niederschwellige Angebote: Angebote der Überlebenshilfe, Methadonambulanz, Originalstoffvergabe und Konsumräume.

- b. Akutbehandlung: Krankenhäuser, Psychiatrien, niedergelassene Ärzt/e/innen, Substitutionsstellen und Psychotherapeut/inn/en.
- c. Leistungen der medizinischen Rehabilitation: Entgiftungs-/Entzugsbehandlung, Entwöhnungsbehandlung, Ambulante Nachsorgeeinrichtungen und kombinierte Angebote.
- d. Leistungen der sozialen Rehabilitation: Eingliederungshilfen, betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, Leistungen zur gesellschaftlichen Reintegration und Selbsthilfegruppen.

2.3 Substitution versus Abstinenz

Substitution bezeichnet die Behandlung schwerer Abhängigkeiten durch die kontrollierte Vergabe von Opiaten oder anderen Ersatzstoffen, wie Methadon, *Buprenorphin* oder *retardierten Morphinen* in therapeutischer Dosis.

Die Substitution wird medial diskutiert und der sachliche Diskurs wird durch Populärpolitik oder Boulevardmedien erschwert. Keine andere medizinische Behandlung ist derartig einer moralischen Kritik ausgesetzt, obwohl in der Substitutionstherapie unumstritten ist, dass diese Form der Behandlung Leben rettet. Es spricht für sich, dass die Mortalitätsrate unter Substitution deutlich geringer ist, als die der unbehandelten Drogenabhängigkeit. Substitution ermöglicht schwer süchtigen Menschen ihre Krankheit zu überleben.

Merkmale einer modernen evidenzorientierten Substitutionsbehandlung sind:

- Abklärung der Suchtbegleit- und Folgeerkrankungen,
- Abklärung, ob Abstinenz- oder Substitutionsbehandlung indiziert sind,
- Abschluss einer Therapievereinbarung,
- Ermittlung des psychosozialen Hilfebedarfs,
- Ermöglichung einer Beschäftigung,
- Erstellung eines individuellen Therapieplans,
- Menschen, die erfolglose Versuche der Abstinenztherapie hinter sich haben oder Abstinenz gar nicht erst anstreben, eine Behandlung zukommen lassen, welche soziale Integration und Legalität ermöglicht (Entkriminalisierung);

- Risiken während einer Schwangerschaft minimieren,
- schrittweise Entwicklung der Abstinenz und Verbesserung des Gesundheitszustandes,
- Umfassende ärztliche Anamnese, Durchführung von Verlaufskontrollen, körperliche Untersuchung mit Harnkontrolle zum Ausschluss des Beikonsums.

Die Substitutionsbehandlung kann als Durchgangsstadium geschehen, dies ist aber nicht zwangsläufig notwendig. Es sollen nicht jene Abhängige vorweg abgeschreckt werden, welche nicht zum Ziel haben, ein drogenfreies Leben zu führen. Sie entscheiden sich vielleicht im Laufe der Substitutionsbehandlung um.

Trotzdem ist eine lebenslange Substitution in Fachkreisen umstritten. Das sogenannte „Abstinenzparadigma“ hält sich in der Gesellschaft, und Substitution wird von vielen als staatlich finanzierte Suchterfüllung gesehen. Auch viele Psychotherapeut/inn/en, Ärzt/e/innen sind dieser Meinung, wofür wahrscheinlich moralisch-normative Vorstellungen und das mangelnde Wissen über die evidenzbasierten Daten verantwortlich sind (Meili, Dober & Eyal, 2004).

Sucht steht oft im Zusammenhang mit Beschaffungskriminalität und wird zu einem politischen Thema. In keinem anderen Fachbereich der medizinisch-therapeutischen Behandlung haben politisch-gesellschaftliche Kräfte einen derart starken Einfluss.

Man stelle sich vor, es gäbe eine „Diabetiker-“ oder „Adipositaspolitik“ - welche gesellschaftliche Reaktionen würde dies auslösen? Ich nehme an, man würde von Bevormundung und dem Recht auf individuelle Lebensführung sprechen. Für die Suchttherapie bzw. der Drogenpolitik werden solche Argumente oft per se abgelehnt (Gölz, 2004).

Psychotherapeut/inn/en sollten das Thema Substitution gemeinsam mit den Patient/inn/en vorbehaltlos diskutieren können, um Ziele zu setzen, an denen Patient/inn/en und Psychotherapeut/inn/en gemeinsam arbeiten wollen und welche auch langfristig halten können. In vielen Fällen kann sich im Laufe einer Substitutionsbehandlung bei den Patient/inn/en durch die Förderung der Stabilität neue Motivation für weitere Schritte entwickeln (Springer 2003; Möller 2006).

2.4 Kontrollierter Konsum

Das basale Ziel der Behandlungen ist, das Überleben zu ermöglichen. Um das übergeordnete Ziel der Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen, bedarf es darauf ausgerichteter gemeinsam erarbeiteter realistischer Schritte. Die Modifikation und die

Eigenkontrolle des Drogenkonsums sind meist ein hilfreicher Bestandteil dieses Prozesses. (Meili, Dober & Eyal, 2004, S.2)

Kontrolliertes Konsumieren ist ein System, das sich an Suchtkranke richtet und sich deutlich vom „Normalkonsum“ nicht süchtiger Menschen unterscheidet. Süchtige Menschen sind zum „Normalkonsum“ nicht mehr fähig, da sie die Fähigkeit zur Kontrolle, den Beginn, Beendigung und Menge des Konsums betreffend, nur mehr eingeschränkt zur Verfügung haben.

Kontrollierter Konsum in der akzeptierenden Drogenarbeit ist in vielen Kreisen noch immer ein Tabuthema und noch mehr als die Substitutionsbehandlung umstritten. Aus der Arbeit mit Alkoholabhängigen gibt es jedoch bereits einige positive Erfahrungswerte aus englischsprachigen und skandinavischen Ländern. Ebenfalls gibt es Belege dafür, dass es bestimmten drogensüchtigen Menschen möglich ist, aus eigener Kraft oder mit Unterstützung von Therapieangeboten kontrollierten oder reduzierten Umgang mit bestimmten Substanzen zu entwickeln (Schippers & Cramer, 2002; Kassel, 2007).

Süchtige Menschen sollen in diesen Programmen unter professioneller Supervision lernen, ihren Konsum in feste Regelwerke einzubetten und damit die negativen Folgen für ihr Leben zu reduzieren und Platz für die Entwicklung neuer Fähigkeiten zu schaffen.

Ein Konsumplan eines kontrollierten Konsumprogramms beinhaltet z.B. folgende Komponenten:

- Abstinente Zeiten,
- Berücksichtigung der Umstände und des Befindens,
- ein Konsumtagebuch,
- finanzielle Planung,
- im Voraus festgelegte Mengen,
- keinen Mischkonsum,
- Konsum nur während angenehmer Stimmungslagen, nicht zur Problembewältigung,
- Konsumgeschwindigkeit,
- tatsächliche Konsummenge,
- nur bestimmte Konsumformen (oral, nasal, Konsum),
- vorgegebene Konsumfrequenz,
- zeitliche und örtliche Planung.

Programme, wie jene für den kontrollierten Alkoholkonsum, haben bei den Betroffenen ähnliche Erfolgschancen wie abstinenzorientierte Programme. Weber G. und Schneider W (1997) zeigen in ihrer Studie „Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen“, dass vieles dafür spricht, dass sich kontrollierter Konsum durch die Nutzung von Helfersystemen und Aktivierung eigener Ressourcen fördern lässt (Körkel, Joachim, Schindler & Christin, 2003; Kassel, 2007).

Jeglicher Konsum illegaler Drogen verstößt gegen das Gesetz und somit bleibt - neben der schädlichen Wirkung der Substanz - die Kriminalisierung eine faktische Belastung. Durch die häufige Kriminalisierung im Drogenmilieu ist die Behandlung der Krankheit mit medizinischen und politischen Implikationen verbunden. Die Grenze zwischen legal und illegal wird vom jeweiligen Gesetzgeber gezogen. Die Abhängigkeitserkrankung unterscheidet jedoch nicht zwischen legal und illegal.

Aus therapeutischer Sicht sollte die zentrale Frage sein, wie man den Betroffenen bestmöglich helfen kann. Trotzdem dürfen wir nicht blind für die politischen Implikationen der Entkriminalisierung von Drogenkonsum sein.

Es gibt wenige Programme, die zum Ziel haben, kontrollierten Konsum einzusetzen. Dies hat zum Nachteil, dass eine Gruppe der Betroffenen, welche nicht substituiert oder abstinent leben will, keine passenden Angebote erhält und somit vom Gesundheitssystem nicht erreicht wird.

Weiters kann das Scheitern am Versuch, kontrolliert zu konsumieren, auch zu einer Entscheidung für ein abstinentes oder substituiertes Leben führen. Süchtige Menschen spielen oft mit dem Gedanken, nach einer Zeit der Abstinenz zum kontrollierten Konsum zu wechseln, da sich viele nicht vorstellen können, ein Leben lang abstinent zu bleiben.

Schon aufgrund dieser Gedanken und Wünsche ist es wichtig, das Thema *kontrollierter Konsum* offen zu diskutieren und Gefahren, Risiken, aber auch Möglichkeiten und Voraussetzungen ehrlich zu besprechen (Körkel, Joachim, Schindler & Christin 2003).

Kontrollierten Konsum einzuhalten, verlangt süchtigen Menschen ein hohes Maß an Selbstreflexion und Impulskontrolle ab, und birgt immer das Risiko des Scheiterns. Die Entscheidung für kontrollierte Konsumprogramme sollte in Übereinstimmung mit dem Helfernetzwerk und den Betroffenen gemeinsam unter der Abwägung von Vor- und Nachteilen getroffen werden und nach dem Prinzip der Realisierbarkeit und Freiwilligkeit geschehen, um eine realistische Chance auf Erfolg zu haben.

Eine mögliche Trainingssituation zur Verdeutlichung der Schwierigkeit des kontrollierten Konsums kann für rauchende Patient/inn/en sein, den eigenen Zigarettenkonsum experimentell zu kontrollieren, indem mit den Psychotherapeut/inn/en ein Konsumplan vereinbart wird (Körkel, Schindler & Christin, 2003; Kassel, 2007).

2.5 Das prognostische Drittelprinzip

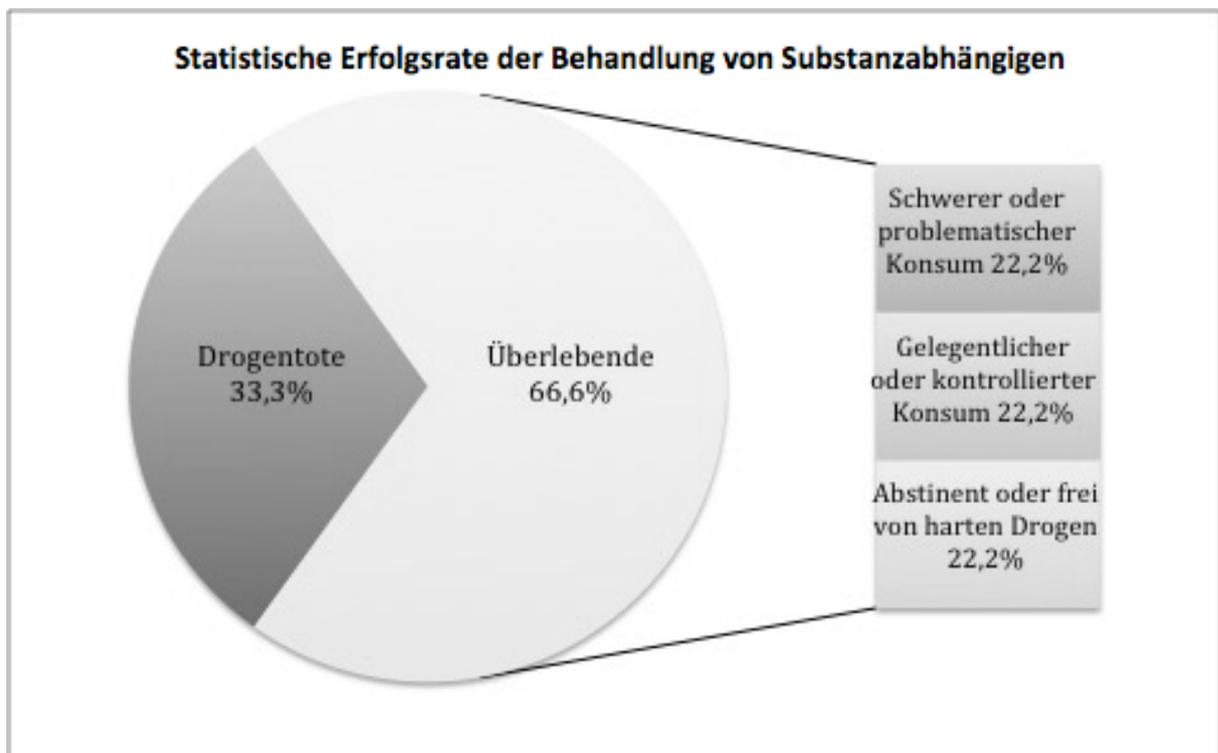


Abb.10: Prognostische Drittelregel. Eigene Darstellung. Daten entnommen aus: Meili, Dober & Eyal, 2004

Meili, Dober und Eyal (2004) schreiben, dass trotz der wenigen validen Langzeitstudien von einer „Drittelregelung“ bezüglich der Erfolgsprognose der Suchttherapie von Opiatabhängigen ausgegangen werden kann:

Ein Drittel der süchtigen Menschen erliegt der Krankheit, wobei dies vorwiegend Krankheiten sind, die in Zusammenhang mit Sucht stehen (Hepatitis, HIV, Leberzirrhose, Leberkarzinom, Speiseröhrenblutungen oder Herzinfarkt), aber auch Überdosen und Suizid mit einschließen.

Zwei Drittel überleben die Krankheit.

Von den Überlebenden wird ein Drittel abstinent von harten, illegalen Drogen, jedoch bleiben einige Konsument/inn/en weicher Drogen. Ein Drittel der Überlebenden erreicht einen redu-

zierten oder kontrollierten Konsum, das letzte Drittel lebt weiter im problematisch-süchtigen Konsummuster.

Neue Drogen, mit starkem Abhängigkeitspotential wie Meta-Amphetamin, sind hier nicht erfasst. Wichtig ist hier noch zu sagen, dass diese Studie mit süchtigen Menschen gemacht wurde, welche sich in irgendeiner Form in Behandlung befunden haben. Die Zahl der unbehandelten Suchtkranken ist nicht bekannt (Meili, Dober & Eyal, 2004).

Die moderne Drogenlandschaft verändert sich stark, seit 1997 haben EU-Länder nach Angaben der EU-Kommission mehr als 360 neue psychotrope Substanzen erfasst. Zehn Substanzen wurden in der EU auf Vorschlag der Brüsseler Behörde Kontrollen unterzogen, zuletzt Mephedron, 4-MA und 5-IT. Die EU-Kommission schlug zuletzt vor, vier neue psychotrope Substanzen zu verbieten, welche eine ähnliche Wirkungen haben wie Heroin oder LSD: MDPV, 25I-NBOMe, AH-7921 und Methoxetamin. Dazu wollen sie Risikoabschätzungen zu zwei neuen psychotropen Substanzen anfertigen: - 4,4'-DMAR und MT-45 (EBDD, 2013).

2.6 Setting

Abhängigkeit verläuft, wie im Kapitel „Stadien der Suchtentwicklung“ beschrieben, nicht linear. Die Unterscheidung zwischen passenden und unpassenden Settings der Behandlung ist ein wichtiger Faktor für deren Gelingen. Die Behandlung soll das intakte gesunde Leben, die soziale und berufliche Integration nicht unnötig gefährden, damit nach der Therapie für die süchtigen Menschen nicht noch mehr Probleme entstehen. Auf der anderen Seite wäre es nicht zielführend, eine schwere Abhängigkeit oder entgleiste Sucht mit „homöopathischen“ Therapieansätzen zu behandeln.

Fragen, deren Antworten über die adäquate Therapie Auskunft geben können (Keilhuber, 2013), sind z.B.:

- Besteht eine gesicherte Wohnsituation?
- Gibt es ein unterstützendes soziales Netz?
- Soll eine berufliche (Re-)Integration angestrebt werden?
- Über welchen Zeitraum ist der Betroffene schon süchtig?
- Wie dramatisch sind die körperlichen Schäden, und welche Gefahr birgt weiterer Konsum?
- Wie hoch sind die Fähigkeiten zur aktiven Mitarbeit an der Therapie?
- Wie ist die soziale und finanzielle Situation des/der Betroffenen?

- Wie stark ist die körperliche und psychische Abhängigkeit?

2.6.1 Entzugsbehandlung

Unter Entzugsbehandlung versteht man die körperliche Entgiftung, also das medizinisch-therapeutisch begleitete Absetzen der Droge. Sie wird für Substanzen angeboten, welche vermehrt zu einer leiblichen (körperlichen) Abhängigkeit führen, wie z.B. Alkohol, Medikamente und Opiate oder auch für Polytoxikomanie. Sollte der Entzug von mehreren Substanzen notwendig sein, kann dieser auch in Teilentzügen vorgenommen werden. Eine Entgiftungsbehandlung dauert in der Regel zwischen 2 und 8 Wochen.

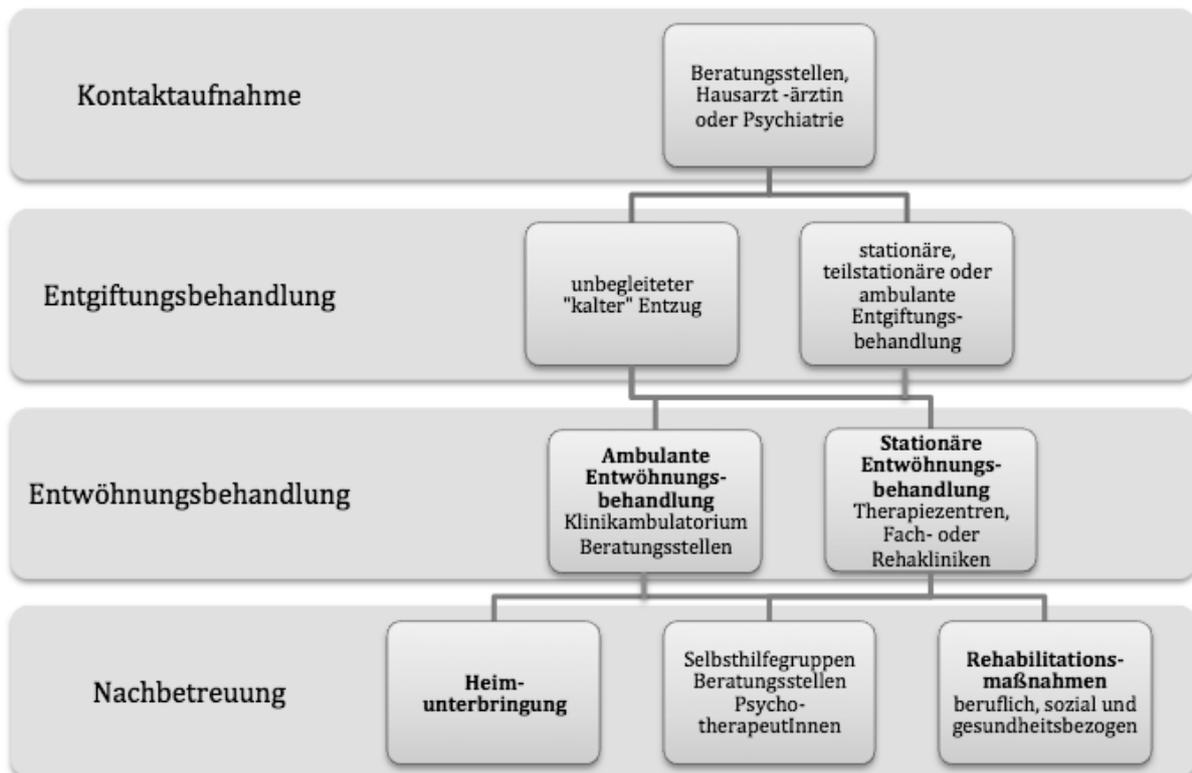


Abb. 11: Behandlungsverlauf. Eigene Darstellung. Daten entnommen aus: Werner, Rath, Constantinescu-Fomino & Grec 2012. S. 71

Je nach Schwere der Erkrankung und der sozialen Einbettung kann diese Entzugsbehandlung ambulant, stationär oder in einer Tagesklinik teilstationär durchgeführt werden. Patient/inn/en, welche den Entzug unbegleitet zu Hause durchführen, machen einen sogenannten „kalten“ Entzug, welcher medizinisch gefährlich ist. Während oder im besten Fall bereits vor der Entzugsbehandlung sollen die Patient/inn/en darüber aufgeklärt werden, welche weiteren Behandlungsangebote zur Verfügung stehen, um zu verhindern, dass sie wieder in ihre

alten Muster zurückzufallen. Viele Patient/inn/en unterschätzen die psychischen und sozialen Implikationen zu Beginn ihrer Erkrankung und machen mehrere Entzüge, bis sie sich schließlich für eine weiterführende Behandlung entscheiden. Um für weiterführende Behandlungen die Bereitschaft zu erhöhen, ist die kritische Auseinandersetzung mit den Rückfällen nach Entgiftungen sehr wichtig (Kiefer & Soyka, 2011; Lindenmeyer, 2011).

2.6.2 Ambulante Entwöhnungsbehandlung

Die ambulante Entwöhnungsbehandlung bei Psychotherapeut/inn/en, Hausarzt/inn/en, in Drogenambulanzen oder in Beratungsstellen kann direkt nach einem ambulanten oder stationären Entzug, auch unter Substitution, bei reduziertem bzw. süchtigen Konsum starten und bietet somit einen niederschweligen Zugang zur medizinischen Versorgung für süchtige Menschen.

Die ambulante Therapie bietet sich besonders für sozial gebundene und berufstätige Patient/inn/en an, und für jene, die ihr Konsumverhalten schrittweise, langsam verändern wollen oder wenig Motivation haben, ihren Konsum zu verändern.

Die Ziele können von der Verbesserung der Lebensumstände, über reduzierten, kontrollierten Konsum bis hin zur Abstinenz reichen. Wichtig ist jedoch, dass sie nach den bereits genannten Prinzipien der Realisierbarkeit und Gemeinschaftlichkeit gewählt werden (Meili, Dober & Eyal, 2004 und Schay, 2013a).

2.6.3 Stationäre Entwöhnungsbehandlung

Auf Grund der räumlichen Distanzierung von den Konsumorten setzt eine stationäre Entwöhnungsbehandlung eine radikale Veränderung des Konsummusters voraus und wird nur für abstinenten oder in einer Substitutionstherapie stehenden Patient/inn/en angeboten. Diese Behandlungsform ist besonders dann indiziert, wenn das Leben der süchtigen Menschen derart außer Kontrolle gerät, dass sie selbst keinen Weg mehr finden, alleine oder mit ambulanter Unterstützung nüchtern zu bleiben oder den Konsum selbst unter Kontrolle zu bringen, und nur die räumliche Distanzierung von Risikofaktoren die Distanzierung von der Sucht ermöglicht.

Es ist jedoch wichtig, dass auch bei der stationären Entwöhnungsbehandlung die Patient/inn/en in absehbarer Zeit wieder mit der Außenwelt in Berührung kommen, damit die Pa-

tient/inn/en nicht dem Irrtum erliegen, dass sie ganz gesund geworden sind, und dann aber bei der ersten Gelegenheit in ungeschützter Atmosphäre rückfällig werden.

Den erneuten Konsum und das Rückfallpotential anzusprechen, ist in einer stationären Einrichtung enorm wichtig, da die Wahrscheinlichkeit dafür sehr hoch ist. Die Gefahr der stationären Entwöhnungsbehandlung liegt in der Scheinsicherheit. Süchtige Menschen werden kaum mit Risikosituationen konfrontiert und erleben durch die therapeutische und gemeinschaftliche Unterstützung viel Halt, welcher nach der Therapie schlagartig wegbricht.

Meist verlaufen stationäre Therapieangebote in Phasenmodellen, bei denen die Patient/inn/en erst streng überwacht werden und mit fortlaufender Dauer der Therapie und den erworbenen Fähigkeiten immer mehr Freiheiten bekommen. Sie machen erst begleitete, dann unbegleitete Ausgänge, später längere Ausgänge mit auswärtigen Übernachtungen. Diese Schritte sind therapeutisch geplant und beinhalten eine Gesamtsicht auf die Lebenswirklichkeit der Patient/inn/en (Meili, Dober & Eyal, 2004; Schay & Haag, 2013).

2.6.3.1 Die Therapeutische Gemeinschaft

„Unter Therapeutischer Gemeinschaft versteht man nicht nur das Zusammenleben und die Zusammenarbeit verschiedener BetreuerInnen und KlientInnen, sondern auch eine Verantwortungs- und Interessensgemeinschaft. Die Therapeutische Gemeinschaft ist die Basis der stationären Behandlung/Rehabilitation..., der Gedanke der Selbsthilfe ist zentrales Element.“ (Grüner Kreis, 2015, S.1)

„Die therapeutische Gemeinschaft aller KlientInnen und des Teams hat die wichtige Funktion, Nähe, Vertrauen und Sicherheit zu vermitteln und gleichzeitig konfrontatives Korrektiv zu sein. Diese Konfrontation ist nur möglich auf Basis einer Atmosphäre, die Achtung, Wertschätzung und Angenommenwerden sicherstellt.“ (Therapiestation Erlenhof, 2015, S.1)

Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft entstand in England in der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg und war eine Gegenbewegung zu autoritären Hierarchieformen. In der therapeutischen Gemeinschaft liegt der Schwerpunkt der Therapie in der Gemeinschaft von Patient/inn/en und Psychotherapeut/inn/en, welche den wesentlichen Vorteil hat, dass schambesetzte Themen unter Leidensgenossen leichter zu besprechen sind als mit den „gesunden“ Psychotherapeut/inn/en und in der Gemeinschaft neue Kompetenzen für das Leben entwickelt werden können. Therapieältere Patient/inn/en sollen im Konzept der therapeutischen Gemeinschaft therapiejüngere Patient/inn/en anleiten und als Modell begleitend zur Seite stehen.

Hierarchische Konzepte werden zurückgestellt, und ein intensiver Dialog wird gefördert. Man kann es als eine Lebensgemeinschaft auf Zeit verstehen, welche von Psychotherapeut/inn/en und Patient/inn/en gleichberechtigt gestaltet wird. Die Therapie besteht aus Psychotherapie, Sozialarbeit und Sozialpädagogik, bzw. Arbeitstherapie. Das Erleben und Verhalten der Patient/inn/en in der therapeutischen Gemeinschaft lässt wesentliche Rückschlüsse auf die Psychodynamik zu. Konflikte, wie die mangelnde Fähigkeit zur Autonomieherstellung oder ein verfälschtes Selbstbild werden oft in der therapeutischen Gemeinschaft sichtbar und können direkt im Hier und Jetzt bearbeitet werden. Patient/inn/en haben hier besonders stark die Möglichkeit voneinander und miteinander zu lernen. Entgegen der Situation in der freien Praxis besteht verstärkt die Möglichkeit, unterschiedlichste Sichtweisen zu Patient/inn/en durch die Vernetzung der verschiedenen Professionen und das direkte Zusammenleben mit den Patient/inn/en zu erhalten. Die Resozialisation spielt eine wesentliche Rolle in der Arbeit, da die therapeutische Gemeinschaft ein Übungsfeld für das Leben nach der Therapie ist, welches Fehlverhalten und Rückfälle zulässt bzw. weniger stark sanktioniert und gezielt damit umgeht (Vormann, 2002; Blankertz & Doubrawa, 2005).

2.6.4 Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung

Die teilstationäre Behandlung ist eine wirksame Kombination aus ambulanter und stationärer Therapie. Patient/inn/en verbringen während der Therapie einen Teil der Zeit stationär und den anderen zu Hause, um dort das Erarbeitete anzuwenden. Der Schwerpunkt dieser Behandlungsform liegt in der Gruppentherapie. Patient/inn/en, welche akut rückfall- oder suizidgefährdet sind, kommen hierfür nicht in Frage, da die Überwachung zu lose stattfindet. Ebenso ist es eine unbedingte Voraussetzung, dass der körperliche Entzug bereits stattgefunden hat.

Die teilstationäre Entwöhnungsbehandlung kann in einer Tagesklinik oder in Form einer Intervalltherapie durchgeführt werden.

Die Indikation hierfür ist, wie der stationären Therapie, dass die/der Patient/in Schutz vor den Belastungen, die das soziale oder familiäre Umfeld mit sich bringt braucht. Trotzdem soll die/der Patient/in, über die notwendigen Fähigkeiten verfügen, um im Umfeld stabil bleiben zu können. Die teilstationäre Entwöhnungsbehandlung hat mehrere Vorteile. Die Beziehungen zu den Psychotherapeut/inn/en und der damit verbundene, gemeinsame Prozess können hier über einen längeren Zeitraum stabil geführt werden. Den regressiven Dynamiken eines vollstationären Aufenthalts wird entgegengewirkt, da eine immer wiederkehrende „Realitäts-

prüfung“ durchgeführt wird. Ein Rückfall kann therapeutisch besser nutzbar gemacht werden, als bei Patient/inn/en, welche nach der erfolgreich abgeschlossenen Therapie in der hochrisikanten Zeit danach einen unbegleiteten Rückfall haben (Zehr, 2013; Vormann, 2002; Ploeger & Neises, 2010).

2.7 Einzelpsychotherapie

Die Einzeltherapie ist für viele Patient/inn/en und ihre Psychotherapeut/inn/en das Mittel der Wahl. Während der Einzeltherapie haben Patient/inn/en die größtmögliche Sicherheit, welche es ihnen erlaubt, sich mit schambesetzten Themen intensiv auseinanderzusetzen. Um diese Sicherheit zu schaffen, ist es Aufgabe der Psychotherapeut/inn/en, zu den Patient/inn/en eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und in dieser Ziele zu entwickeln. Die entwickelten Ziele sollten klar, transparent und wahrnehmbar sein. Die Hierarchie der Ziele (S.37) kann dazu herangezogen werden (Holm-Hadulla, 1997; Kuntz, 2009).

Die Ziele leiten sich aus den Vorstellungen der Patient/inn/en und den fachlichen Überlegungen der Psychotherapeut/inn/en ab und müssen sich am jeweiligen Entwicklungsstand der Patient/inn/en und ihrer aktuellen Lebenssituation orientieren.

Beispielsweise ist es nicht zielführend, mit den Klient/inn/en an ihren Biographien vertiefend zu arbeiten, solange die Patient/inn/en in einer massiv belastenden Lebenssituation sind, und basale Bedürfnisse nicht gesichert sind. Leiblich Emotionen wahrzunehmen und diese Reaktionen in einen biografischen Zusammenhang zu setzen, ist vor dem Hintergrund der oft pathologischen familiären Situation hilfreich, jedoch braucht es hierfür wiederum Kompetenzen der Patient/inn/en, welche diese Auseinandersetzung erst möglich machen. Die Bandbreite der Behandlung reicht - gemessen an den Strukturniveaus der Patient/inn/en - von der Entwicklung praktischer Strategien wie, mit dem Alltag umzugehen ist, bis zur Aufarbeitung traumatischer oder chronisch pathologischer Erfahrungen.

In weiterer Folge geht es darum, Fähigkeiten zu entwickeln, die zur besseren Bindungsfähigkeit verhelfen und es ermöglichen, Psychotherapeut/inn/en als stabile, sichere Bezugspersonen zu erleben. Neben den pathologischen Belastungen ist es ebenso wichtig, an den Stärken und Strategien zu arbeiten, die das Überleben unter widrigen Umständen möglich gemacht haben, und diese für die Genesung zu nutzen.

Sollten Patient/inn/en nicht die Möglichkeit haben, auf positive Repräsentanzen zurückzugreifen, können auch fiktive, ideale Elternfiguren entwickelt werden, welche ein neues Erleben

möglich machen.

Es ist eine der Aufgaben der Psychotherapeut/inn/en, die pathologischen Interaktionsmuster der Klient/inn/en mit sich und der Umwelt zu erkennen, zu diagnostizieren und die Wechselwirkung zwischen diesen Mustern und der Suchtdynamik zu verdeutlichen. Bei Patient/inn/en mit niedrigen Strukturniveaus sind die Interaktionsmuster basal strukturiert und leichter zu erkennen, bei höher strukturierten Patient/inn/en sind die pathologischen Dynamiken facettenreicher. Jenseits aller Methoden ist die therapeutische Beziehung das am stärksten wirkende Element der Psychotherapie (Kuntz, 2009; Schay & Haag, 2013; Schay, 2013c).

2.8 Gruppenpsychotherapie

Gruppentherapie ist ein zentraler Bestandteil der Suchtbehandlung. Die Palette der Gruppenangebote in der Suchttherapie ist weit: Offene und geschlossene Gruppen für Betroffene und Angehörige, Selbsthilfegruppen, Psychoedukationsgruppen, Gendergruppen, Gruppen für süchtige Mütter und indikative Gruppen für spezielle Störungsbilder.

Gruppentherapie bietet Angehörigen süchtiger Menschen, wie auch süchtigen Patient/inn/en selbst die Möglichkeit, direkte Hilfestellungen von der „Peer Group“ zu erhalten.

In der Gruppe von Gleichgesinnten mit ähnlichen Erfahrungen wird die Hemmschwelle, über schambehaftete Themen zu sprechen, oft verringert, und der Zugang zum Erleben von Solidarität ermöglicht. Angehörige wie auch süchtige Menschen erleben sich oft als vereinsamt und schuldbesetzt. Wenn sie auf andere treffen, welche mit den gleichen oder zumindest verwandten Themen zu kämpfen haben, hilft ihnen das, neuen Mut zu fassen, Handlungskompetenzen zu erwerben und Bestärkung im eigenen Handeln zu bekommen.

Die gegenseitige Unterstützung während der Psychotherapie unter Patient/inn/en bei der Entwicklung ist qualitativ anders, als jene durch die Psychotherapeut/inn/en. Dies kann so weit gehen, dass Psychotherapeut/inn/en nur mehr eine moderierende Rolle einnehmen oder die Gruppe sogar von den Mitgliedern selbst geführt wird (wie beispielsweise bei den anonymen Alkoholiker/inn/en).

Die Gruppenmitglieder lernen, untereinander in Beziehung zu treten, indem sie aufeinander Bezug nehmen. Resozialisation und Sozialisation in der therapeutischen Gruppe werden modellhaft für neues, anderes Erleben. Die Gruppentherapie darf hierzu nicht wie eine Reihe von aufeinanderfolgenden Einzeltherapien in der Gruppe vonstattengehen, sondern soll dynami-

sche Auseinandersetzungen und Kommunikation unter den Teilnehmer/inne/n fördern. Gruppenteilnehmer/inne/n erkennen oft sehr exakt das Verdrängte oder den nicht beachteten Teil beim Gegenüber und fungieren als ein Resonanzkörper für unterdrückte Gefühle.

In der Gruppenpsychotherapie ist eine zentrale Aufgabe die Gestaltung der Atmosphäre, welche noch vor den inhaltlichen Themen steht, da die Gruppe immer auch ein Stück reinfiziertes Familienerleben und ein gesellschaftlicher Mikrokosmos ist. Es empfiehlt sich Gruppenleitungen geschlechtlich gemischt zu besetzen; das ist leider aus finanziellen Gründen in vielen Einrichtungen kaum möglich (Kuntz, 2009; Schay & Peters, 2013; Schay & Haag, 2013; Körkel, Schindler, 2003).

„Gute Atmosphäre“ bedeutet jedoch im Kontext der Gruppentherapie nicht, dass nur das Kollegiale und Angenehme in der Gruppe Platz hat und eine scheinbar „heile Welt“ inszeniert wird; im Gegenteil, Konflikte anzusprechen und zu klären, ist ein wesentlicher Teil einer gelungenen Gruppentherapie (Holm-Hadulla, 1997; Kuntz, 2009).

Wie in anderen Therapien, aber besonders in der Gruppentherapie, sollten die Gruppentherapeut/inn/en auf Übertragungen von Patient/inn/en und deren Gegenübertragungen Acht geben, um von ihnen sinnvolle Interventionen und Haltungen abzuleiten. Die Konfrontation mit malignen Verhaltensweisen der Patient/inn/en in der Gruppe sollte möglichst auf Augenhöhe geschehen, indem die emotionale Resonanz auf das Erlebte angesprochen wird (Blankertz, Doubrawa, 2005).

Die therapeutische Arbeit an der Bewusstheit, dem Erkennen und Überprüfen eigener Gefühle, eigenen Verhaltens und eigener Verhaltensmuster ist, insbesondere als Arbeit in Gruppen, heilsam; die Fokussierung auf Gefühle und das erfahrungsorientierte Experimentieren mit möglichen Krisensituationen allein oder in der Gruppe sind gestalttherapeutische Ansätze, die hilfreich sind... (Bake, 2008, S.309)

Die Gruppentherapie stellt hohe Anforderungen an die Psychotherapeut/inn/en: Sich gegenseitig verstärkende, destruktive Widerstandsphänomene, Aggression, Abwertung, Vermeidung, Verleugnung und Hoffnungslosigkeit können die Psychotherapeut/inn/en selbst an der Sinnhaftigkeit der Gruppe zweifeln lassen. Wenn diese Phänomene von ihnen identifiziert und für die Psychotherapie genutzt werden, kann auf diesem Weg die Arbeit in Gruppen anregend und spannend für alle Beteiligten sein und das maximale Entwicklungspotential entfalten (Schmidbauer, 2009).

Gruppenmitglieder können passiv von den anderen profitieren, ein szenisches Arbeiten wird ermöglicht. Die gestalttherapeutische Ausbildung findet zu einem großen Teil in Gruppen statt und sensibilisiert die Psychotherapeut/inn/en für typische Dynamiken und die Analyse

von Gruppenprozessen (Kuntz, 2009; Schay & Haag, 2013; Schay, Peters, 2013; Körkel, Schindler, 2003; Bolen, 2004).

2.9 Nachsorgeangebote

Nachsorgeangebote sind in der Suchtbehandlung ebenso wichtig wie alle anderen Angebote. Ihre Trennung von der Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung begründet sich administrativ, aber auf keinen Fall therapeutisch. Sucht ist eine lebenslange, chronische Krankheit. Die Nachsorge ist das letzte Glied der Behandlungskette, soll die erreichten Erfolge stabilisieren, nach Rückfällen schnell helfen, wieder zur Abstinenz zurückzukehren, und Komorbiditäten behandeln. Dies wird durch die Studie von Küfner, Feuerlein und Huber 1988 für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit belegt.

„Die Nachsorge soll vor allem Rückfälle verhindern, das Erreichte sichern und weiteres Persönlichkeitswachstum ermöglichen. Oft ist auch sozial- arbeiterische Elementarhilfe zu leisten... Ein bisher wenig beachtetes Nachsorgeziel ist auch die schnelle Beendigung von Rückfällen in dieser späten Phase.“ (Poser, 2006, S.646)

Nachsorge wird meist in Selbsthilfegruppen oder anderen ambulanten Angeboten, wie Beratungsstellen, Einzel- oder Gruppentherapien, Sozialarbeit oder rehabilitativen Programmen angeboten. Das Rückfallrisiko bzw. die Rückfalldauer wird durch eine Nachsorgebehandlung verringert. Süchtige Menschen können in den Nachsorgeangeboten den Halt finden, welchen sie zuvor in den therapeutischen Settings bekommen haben. In der Nachsorge sollen Patient/inn/en weiterhin motiviert werden, nüchtern zu bleiben, sich weiter zu entwickeln, und frühzeitig darauf aufmerksam gemacht werden, wenn sich wieder riskante Muster einschleichen. Nachsorgeangebote bieten süchtigen Menschen die Möglichkeit, auch nach einer stationären Therapie, stabile Beziehungen zu pflegen; dies ist wichtig, denn viele süchtige Menschen leiden nach dem Ende der Therapie unter Einsamkeit, da meist ein großer Teil des alten Bekanntenkreises suchtassoziiert ist und deswegen gemieden werden muss.

Eine Aufgabe der Suchttherapie ist es, die Wichtigkeit der Nachsorgebehandlung schon während der Entwöhnungsbehandlung zu betonen. Der koordinierte Übergang zwischen den Behandlungsschritten ist wesentlich. Beim Übergang zur Nachsorge und dem damit verbundenen Wechsel der Betreuungspersonen kommt es zu vielen Therapieabbrüchen. Die Überführung in ein Nachsorgeangebot und die Aufklärung über ihre Bedeutung für den Erhalt der Stabilität sollte bereits während der vorhergehenden Therapie geschehen (Poser, 2006; Körkel & Schindler, 2003).

2.10 Zusammenfassung

Im vorangegangenen Kapitel habe ich beschrieben, dass Suchttherapie in Stadien verläuft. Je nach Motivationsbildung und Zielsetzung kommen Patient/inn/en in unterschiedliche Behandlungsangebote mit verschiedenen Zielsetzungen. Ambulanter oder stationärer Voll- oder Teilentzug, Substitution, stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung und spätere Nachsorgeangebote sollten ineinander verzahnte, aufbauende Angebote sein, um die Patient/inn/en optimal zu unterstützen.

Die Ziele der Behandlung sind hierarchisch geordnet und werden nach den Kriterien der Realisierbarkeit und des gemeinsamen Übereinkommens zwischen Psychotherapeut/inn/en und Patient/inn/en gesetzt. Hierbei sollten moralische Kategorien, wie jene, dass der Drogenkonsum immer beendet werden muss oder Kriminelle keine Therapie bekommen sollen, der Genesung und der adäquaten Behandlung nicht im Weg stehen. Das Wohl der Patient/inn/en sollte die oberste Priorität sein.

In der Suchttherapie spielt Gemeinschaft und Resozialisation eine wesentliche Rolle, um den süchtigen Menschen von seiner egoistischen Lebenshaltung zu distanzieren. Süchtige Menschen, wie auch deren Angehörige, können in Gruppen von den Erfahrungen der anderen profitieren, sowie Halt und Motivation finden. Die Einzelpsychotherapie hat in diesem Netz die Funktion, den größtmöglichen Schutz zu bieten, der es erlaubt, sich mit schambesetzten Themen auseinander zu setzen. Neben der Stabilität bietet die Einzeltherapie ein Übungsfeld für das Erleben positiver Beziehung, welches die Patient/inn/en motivieren soll, schambesetzte Themen auch jenseits der Psychotherapie anzusprechen und so soziale Unterstützung zu bekommen. Zum Erhalt der erworbenen Fähigkeiten sind Nachsorgeangebote essentiell.

3 Der psychotherapeutische Umgang mit suchtrelevanten Phänomenen

Wie bereits im Kapitel „Hierarchie der Ziele“ beschrieben, sind die therapeutischen Ziele nach Erreichbarkeit und Notwendigkeit hierarchisch geordnet. Dieses Kapitel beschreibt die inhaltlichen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung. Um diese Ziele klar zu setzen, brauchen

Psychotherapeut/inn/en zuerst ein Verständnis von den pathologischen, suchtrelevanten Phänomenen.

Für die Psychotherapeut/inn/en ist es zentral, das individuelle Phänomen Sucht mit den Patient/inn/en gemeinsam zu ergründen und die psychischen Störungen zu ermitteln, die der Sucht zu Grunde liegen bzw. während der Lebensführung mit Sucht entstanden sind. Die ICD 10 Diagnostik gibt über diese keinerlei Auskunft.

Die Frage ist also: Welche Fähigkeiten und Beziehungserfahrungen sind vor dem Hintergrund einer Suchterkrankung therapeutisch relevant?

3.1 Erste Behandlungsmotivation

Suchtkranke Menschen kommen zum Teil deswegen in Behandlung, weil sie ihr Leben mit der Sucht oder ihre Suchtidentität nicht mehr aufrechterhalten konnten. Ihre Suchtidentität ist kollabiert.

Der finale Auslöser kann z.B. ein Jobverlust, die Trennung von Angehörigen, der Führerscheinentzug oder ein drogeninduzierter Krankenhausaufenthalt sein. In dieser ersten Phase ist die Motivation oft niedriger sich selbst zu ändern, als die Motivation, die eigene Störung handhabbarer zu machen, um mit ihr weiter leben zu können.

Süchtige Menschen versuchen dann, ihre Sucht unter Kontrolle zu bringen, um ihren Lebensstil aufrecht zu erhalten und dabei ein gesundes Leben zu führen. Die Illusion der Kontrolle wird von süchtigen Menschen meist so lange bewahrt, bis sie gezwungen sind, sie aufzugeben, oder bis Bedingungen geschaffen werden, welche das Festhalten an der Lebensführung mit Sucht weniger notwendig machen, also eine intrinsische Bereitschaft zur Veränderung auslösen.

Früher galt das Eingestehen der Suchtkrankheit als die Voraussetzung für den Beginn einer Psychotherapie. Mittlerweile ist klar geworden, dass der Weg bis zum Eingestehen der Krankheit länger dauert und ebenfalls therapeutisch unterstützt werden sollte.

Patient/inn/en sollen ihre Unfähigkeit, mit den jeweiligen Suchtmitteln einen „normalen“ Umgang zu praktizieren, erkennen. Ebenso ist es für die Psychotherapie zentral, dass die Patient/inn/en erkennen, welche psychische Dysfunktion durch die Krankheit ausgelöst bzw. aufrechterhalten hat und welche Funktion der Suchtmittelkonsum in ihrem Leben eingenommen hat (Lindenmeyer, 2012; Kuntz, 2009).

Typisch für Suchtverhalten ist, dass es für Außenstehende so wirkt, als würden die Betroffenen kaum Interesse an Veränderung haben, trotz der offensichtlich schädlichen Auswirkungen für sie. Eine Erklärung hierfür ist die Gewöhnung und die damit einhergehende Toleranzentwicklung nicht nur gegenüber der Substanz, sondern auch gegenüber den damit verbundenen Lebensumständen.

„Nach diesem Modell entsteht bei Suchtkranken nur dann eine Änderungsmotivation, wenn die Vorteile einer Veränderung gegenüber weiterem Suchtmittelkonsum kurzfristig und ausreichend sicher überwiegen.“ (Lindenmeyer, 2012, S.32)

Eine weitere Erklärung ist, dass süchtige Menschen an individuellen Tiefpunkten immer wieder die Motivation finden, ihr Leben zu verändern, aber dabei wiederholt scheitern. Das wiederholte Scheitern verringert die Hoffnung und damit einhergehend die Motivation zur Veränderung.

Suchttypisch ist aber, dass die Motivation für Veränderung oft impulsiv entsteht und ebenso impulsiv wieder weichen kann, wenn die negativen Auswirkungen des Lebens mit Sucht aus dem Bewusstsein verdrängt werden und die angenehmen Seiten des Konsums wieder mehr Platz gewinnen (Schay & Haag, 2013; Hoyer, 2003).

Um zur nachhaltigen Motivation zu gelangen, sind die Auseinandersetzung mit den negativen Folgen der Sucht bzw. mit den individuell gesetzten, positiven Zielen für ein anderes Leben sowie die sorgsame, gemeinsame Planung der einzelnen Therapieschritte und eine bestimmte Anlaufzeit vor der Therapie zentral.

Im Laufe der Psychotherapie ist es Ziel, von der extrinsischen zur intrinsischen Motivation zu gelangen, so dass die Patient/inn/en eine Perspektive für eine gesündere Lebensführung entwickeln (Gahleitner, 2000; Hoyer, 2003; Do Warta, 2004).

3.2 Wie entsteht Veränderung?

Veränderung ist ein natürlicher, lebenslanger Prozess und findet unter gesunden Umständen permanent statt. Veränderung ist die natürliche Adaption eines Organismus an seine Umwelt. Psychotherapeut/inn/en können diesen Prozess im besten Fall begleiten, jedoch kaum erzwingen. Ratschläge, welche auch unter Psychotherapeut/inn/en einen schlechten Ruf genießen, haben nur einen bedingten Einfluss auf Veränderung.

Entwicklung ist im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass jemand die *Motivation hat, sich zu entwickeln*. In der Praxis wird schnell klar, dass Patient/inn/en mit hohem Widerstand sich weniger entwickeln, als jene, welche mehr *compliant* sind. Ein weiterer Faktor, welcher

Veränderung begünstigt, ist *der Glaube an die Entwicklung*.

Patient/inn/en, die an ihren Erfolg glauben, werden diesen eher erreichen können, als jene die nicht zuversichtlich sind. Daraus ergibt sich, dass es Aufgabe der Psychotherapeut/inn/en ist, mit den Widerständen in einer Form umzugehen, dass sie aufgelöst werden, und Motivation entstehen kann. Dabei ist zu beachten, dass Konfrontation teilweise mehr Widerstand bei Klient/inn/en erzeugt, und Empathie und Wertschätzung diese Widerstände eher auflösen können (Miller & Rollnick, 2009; Vogt, Schid & Schu, 2003; Lindenmeyer, 2012).

Intrinsische Motivation wird am besten in einer Atmosphäre gefördert, die akzeptierend und befähigend ist. In dieser Atmosphäre gewinnen Menschen die Sicherheit, sich auf ungewisse Veränderungen einlassen zu können. Aus gestalttherapeutischer Sicht entsteht Entwicklung dann, wenn offene Gestalten geschlossen werden bzw. das Verdrängte integriert wird und Platz für Neues frei wird, also der Widerstand gegen die Veränderung thematisiert wird (Hoyer, 2003; Kuntz, 2009; Blankertz & Doubrawa, 2005; Lindenmeyer, 2012).

3.3 Motivierende Gesprächsführung

„Motivational Interview“

Motivierende Gesprächsführung nach Miller (2009) ist eine Methode, die im Umgang mit Suchtkranken entwickelt wurde und mittlerweile in vielen psychosozialen Bereichen angewandt wird. Zentral ist der Umgang mit Widerstand. Sie betont die beiden Seiten der Ambivalenz, will Zuversicht fördern und Widerstand konstruktiv nutzen. Als Methode für den Umgang mit schwierigen Widerstandsphänomenen und scheinbar fehlender Motivation kann motivierende Gesprächsführung ein hilfreiches Werkzeug sein.

„Die Motivierende Gesprächsführung erkennt den Widerstand als „gemeinschaftliches oder gemeinsam konstruiertes Phänomen“... und als „Produkt sowohl des Ausmaßes der Ambivalenz beim Patienten als auch der Reaktion des Therapeuten auf diese Ambivalenz“ an und möchte ihn nicht direkt angehen, sondern umlenken.“ (Schay & Peters, 2013, S. 126)

Vier Elemente werden im Gespräch genutzt, um positiv auf den Veränderungswunsch zu reagieren:

1. Das Bestärken der Vorteile einer Veränderung.
2. Das Hervorheben der negativen Auswirkungen des Status Quo.
3. Förderung der Absicht zur Veränderung der Patient/inn/en.

4. Optimistische Bestärkung des Veränderungswunsches durch die Psychotherapeut/inn/en. Aktiv das Vertrauen in die Fähigkeiten zur Veränderung aussprechen.

Wie jede Methode hat auch die motivierende Gesprächsführung Grenzen, und es gibt Bereiche, in denen direktiv gearbeitet werden muss, und auch Ratschläge hilfreich sind. Motivierende Gesprächsführung appelliert an eine zumindest teilweise gut strukturierte Persönlichkeit. Es gilt jedoch, dass Personen mit stark angestauter Wut weniger gut darauf reagieren. Patient/inn/en mit besserer Compliance nehmen direkte Therapieansätze leichter an.

Für Psychotherapeut/inn/en ist es in der Motivationsarbeit wichtig, sich nicht in eine co-abhängige Rolle zu bringen und sich klar abzugrenzen. Ansonsten gilt für die Motivationsarbeit die Freiheit der Kreativität - alles, was ethisch korrekt ist und zum Ziel führt, ist erlaubt (Vogt, Schid & Schu, 2003; Miller & Rollnick, 2009).

„Letztlich geht es um die positive Identifikation mit einem abstinenten Lebensstil.“ (Bake, 2008, S. 310)

3.4 Phasen der Wandlung

In der ersten Phase sollten Psychotherapeut/inn/en nicht verfrüht zwischen tendenziell motivierten und unmotivierten Patient/inn/en unterscheiden. Ich erlebe es oft, dass der Wunsch nach Veränderung kaum ausgesprochen werden kann, da die Angst zu scheitern zu bedrohlich ist, wobei der Wunsch trotzdem verschleiert in den Patient/inn/en existiert.

Neben den leicht erkennbaren Defiziten müssen Ressourcen herausgearbeitet werden, mit welchen die Patient/inn/en ihrer Sucht begegnen können. Diese sind oft schwer zu erkennen, da die Patient/inn/en ihre eigenen Kompetenzen tendenziell selbst kaum kennen. Sie trauen sich entweder zu wenig zu oder haben übersteigerte Vorstellungen ihrer Fähigkeiten, welche ebenso maligne Auswirkungen auf ihr Leben haben können.

In der *ersten diagnostisch-therapeutischen Phase* sollen Patient/inn/en Motivation für die Psychotherapie gewinnen, indem sie die Möglichkeit bekommen, ihr Leben mit der Sucht zu reflektieren ohne noch eine Idee dafür haben zu müssen, wie sie ihr Leben ändern wollen, den Wunsch nach Veränderung erleben und artikulieren dürfen. Der Glaube an die Möglichkeit der Entwicklung muss hier, wie bereits beschrieben, besonders bestärkt werden. Die Phase der Motivationsbildung nimmt bei Suchtkranken oft längere Zeit in Anspruch. Diese Zeit sollten die Patient/inn/en bekommen, um von einer extrinsischen zu einer nachhaltigen intrinsischen Motivation zu gelangen.

Der zweite Schritt ist die *Veränderung vorzubereiten*. Patient/inn/en sollen erkennen, was sie brauchen, um die Veränderung durchführen zu können, welche Unterstützungsmöglichkeiten sie nutzen können, und welche Strategien wertvoll sind. Diese Phase erlebe ich oft als eine, welche Patient/inn/en gerne überspringen und dann an ihren unvorbereiteten Lösungsversuchen scheitern. Da süchtige Menschen sich nicht aktiv mit den notwendigen Voraussetzungen für Veränderung befassen wollen oder können und impulsiv auf ihre Ziele zustürmen, sind Rückschläge vorprogrammiert. Süchtige Menschen haben oft Schwierigkeiten selbstfürsorglich zu handeln und langfristige Ziele systematisch zu verfolgen, worauf ihre Psychotherapeut/inn/en Rücksicht nehmen müssen.

Erst der dritte Schritt ist, *die Umsetzung*, also die Reduktion oder Unterbrechung des Konsums bzw. das Ausüben neuer Verhaltensweisen. Patient/inn/en nehmen therapeutisch diverse Unterstützungsmaßnahmen in Anspruch und setzen das Besprochene auf der Handlungsebene um.

Der vierte Schritt ist *die Aufrechterhaltung, Anpassung und Stabilisierung der Veränderung*. In dieser Phase treten innerpsychische Probleme in Form von Widerständen vermehrt auf, da die Patient/inn/en ihr Leben bei klarerem Verstand und anderen Affekten erleben und dazu die Konsequenzen ihres Handelns nüchtern und direkt verarbeiten müssen. Süchtige Menschen müssen in dieser Phase lernen, mit sich und ihrem Umfeld anders umzugehen, und werden besonders stark mit ihren dysfunktionalen Anteilen konfrontiert. Die Herausforderungen sind, Stress und die Konflikte, welche mittels Drogenkonsums verdrängt wurden, nun nüchtern aktiv zu bewältigen und die Veränderung des Lebens abzusichern (Vogt, Schid & Schu, 2003; Miller & Rollnick, 2009).

3.5 Typische suchtassoziierte Phänomene

Jeder Mensch kann potentiell süchtig werden, wenn er nur lange genug eine Substanz einnimmt, welche ein Abhängigkeitspotential in sich trägt bzw. eine starke Wirkung auf die Psyche hat. Dementsprechend vielfältig sind auch süchtige Menschen. Es gibt nicht eine klare Suchtpersönlichkeit oder monokausale Erklärungen für Sucht. Trotzdem gibt es Ähnlichkeiten, welche immer wieder auftreten. (Unterrainer, 2014)

Diese Ähnlichkeiten liegen der Krankheit oft ursächlich zu Grunde bzw. resultieren aus der Suchtkarriere:

Verminderte Stressverarbeitung: Das zentralste Merkmal von süchtigen Menschen ist die verminderte Fähigkeit, Stress- und Spannungszustände in Beziehung nachhaltig zu lösen und somit einen konstruktiven Umgang damit finden. Je höher der Stresslevel steigt, desto

größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass süchtige Menschen schlechte Entscheidungen treffen. In vielen Fällen bedeutet die akute Stressreaktion, zur Droge zu greifen, Gewalt auszuüben oder andere inadäquate Reaktionen zu zeigen.

Typische suchtasoziierte Phänomene

- Belastung der Bezugspersonen
- Bindungs- und Beziehungsstörungen
- Dissozialität, Gewalt
- Dysfunktionale Copingstrategien/Stressbewältigung
- Kognitive Störungen (Arbeitsgedächtnis, Impulskontrolle, Entscheidungskompetenz, ...)
- Koinzidierende psychische Störungen
- manipulative Beziehungsgestaltung
- Posttraumatische Phänomene, Dissoziation, Auto-destruktivität
- Reduzierte Affektdifferenzierung und -kontrolle
- Somatische Störungen
- Soziale Ausgrenzung

Abb.12: Typische suchtasoziierte Phänomene. Eigene Darstellung. Daten entnommen aus:

Kurz, 2014, S. 1

Ambivalenz: Süchtige Menschen schwanken zwischen extremen Polen, was sich in unterschiedlichen Ebenen zeigt. Süchtige Menschen wollen zum einen ein gesundes Leben führen, zum anderen weiter Drogen konsumieren. Die Perspektive nie wieder Drogen zu konsumieren, ist für die wenigsten wirklich vorstellbar. Die Ambivalenz zeigt sich aber auch auf der Ebene der Motivation oder Entscheidungsfähigkeit.

Verdrängung und Egoismus: Süchtige Menschen haben ihr Leben nicht mehr unter Kontrolle. Um diesen Zustand zu ertragen und am Leben mit der Sucht festhalten zu können, werden Teile des Erlebens verdrängt. Dies kann sich beispielsweise in Form von Abspal-

tung, Bagatellisierung, Rationalisierung oder/und Somatisierung zeigen. Süchtige Menschen sind irgendwann gezwungen, über ihre eigenen Grenzen zu gehen und gegen persönliche und kulturelle Werte zu verstoßen, um den Konsum aufrecht zu erhalten. Süchtige Menschen sind dann gezwungen, sich dissoziale Verhaltensweisen anzueignen, d.h., die negative Wirkung des eigenen Verhaltens am anderen zu verdrängen. Diese Muster wirken auf ihre Suchtpersönlichkeit stabilisierend und verhindern Entwicklung.

Ungesunde Lebensführung: Süchtige Menschen engen ihre Lebenswirklichkeit immer weiter um den Drogenkonsum ein und verlieren an anderen, gesunden Aktivitäten das Interesse. Damit büßen sie Ressourcen ein und verlieren Fertigkeiten, welche für das nüchterne Leben notwendig sind. Selbstfürsorge findet fast ausschließlich in Form von Konsumverhalten und Suchtbefriedigung statt. Andere Bereiche des Lebens werden völlig vernachlässigt.

Depression/Aggression und andere Komorbiditäten: Da süchtige Menschen nach ihrem Drogenkonsum kaum fähig sind, Freude und Entspannung auf natürliche Art herzustellen, erleben sie sich oft als unzufrieden und depressiv. Dies kann sich auch in Form von Aggression zeigen und diese kann gegen die vorgegebenen Strukturen gerichtet werden. Einige externalisieren die eigenen Probleme und machen ihre Umwelt für ihr Schicksal verantwortlich.

Soziale Isolation: Süchtige Menschen sind ab einem gewissen Zeitpunkt gezwungen, ihr Bedürfnis nach Drogenkonsum mit allen Mitteln durchzusetzen. Menschen, die sich diesem Bedürfnis entgegenstellen, werden vermieden. So engt sich der Bekanntenkreis immer weiter ein und reduziert sich in vielen Fällen auf andere süchtige Menschen. Gesunder, zwischenmenschlicher Kontakt zu nichtsüchtigen Menschen wird in weiterer Folge teilweise bedrohlich oder hinderlich empfunden.

Einengung der Gedanken: Süchtige Menschen sind gezwungen, zur Drogenbeschaffung in bestimmten, engen Bahnen zu denken. Dies wirkt sich auch dahingehend aus, dass kreatives Denken über die eigenen Vorstellungen hinaus verkümmert. Fremde Vorschläge oder andere Gedanken und Gefühle sind für süchtige Menschen schwerer nachzuvollziehen bzw. zu integrieren und werden tendenziell als bedrohlich oder hinderlich erlebt.

Das Leiden am Leiden: Suchtverhalten führt zur Verwahrlosung, Isolation und Depression, was wiederum andere psychische Krankheiten auslösen kann. In vielen Fällen kommt es zu Grenzüberschreitungen und Traumatisierungen und der Entwicklung weiterer Komorbiditäten (Kurz, 2014; Schay, 2013; Körkel, Schindler, 2003).

3.6 Das Leiden am Leiden oder „Problemtrance“

„Was machst du da?“ fragte er den Säufer, den er stumm vor einer Reihe leerer und einer Reihe voller Flaschen sitzend antraf.

„Ich trinke“, antwortete der Säufer mit düsterer Miene.

„Warum trinkst du?“ fragte ihn der kleine Prinz.

„Um zu vergessen“, antwortete der Säufer.

„Um was zu vergessen?“ erkundigte sich der kleine Prinz, der ihn schon bedauerte.

„Um zu vergessen, dass ich mich schäme“, gestand der Säufer und senkte den Kopf.

„Weshalb schämst du dich?“ fragte der kleine Prinz, der den Wunsch hatte, ihm zu helfen.

„Weil ich saufe!“ endete der Säufer und verschloss sich endgültig in sein Schweigen.

Und der kleine Prinz verschwand bestürzt.

(„Der kleine Prinz“, Antoine de Saint-Exupéry, 2015 S. 42-43)

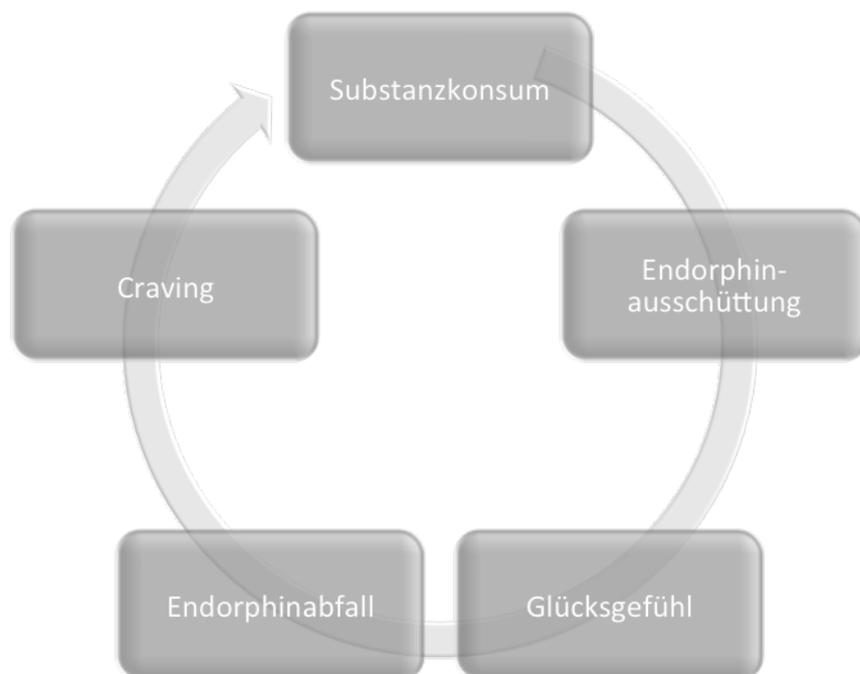


Abb.13: Suchtkreislauf. Quelle: modifiziert übernommen aus: <http://schulbuch-omat.oncampus.de/loop/Abh%C3%A4ngigkeit>. Zugriff: 04.05.2015

Es kann für Psychotherapeut/inn/en verführerisch sein, auf das subjektive Leiden der Patient/inn/en an der Suchterkrankung einzusteigen und es als Rechtfertigung für die Unfähigkeit

zur aktiven Veränderung des Verhaltens zu sehen bzw. die Aufrechterhaltung des Konsums zu tolerieren.

Das Leiden an der Sucht zum zentralen Thema der Psychotherapie zu machen, kann in die Falle der Co-Abhängigkeit führen, was jedoch weder für die Patient/inn/en noch für die Psychotherapeut/inn/en angenehm und zielführend ist. Im Gegenteil, es kann maligne Tendenzen und das Gefühl der Machtlosigkeit verstärken. Neben dem Verständnis muss deswegen immer wieder auch der aktive Teil der Gestaltungsmöglichkeit und der Weg zur Veränderung betont werden, um nicht in dieselbe Sackgasse der Ohnmacht wie die Patient/inn/en zu geraten (Reinoldner, 2007; Günther, 2008).

3.7 Ambivalenz

„Widerstand ist ein Ausdruck unzureichend gewürdigter Ambivalenz und entsteht häufig, wenn Behandler den Patienten eine bestimmte Lösung präsentieren... Dann präsentieren Patienten häufig Gründe und Indizien, warum das Suchtproblem doch nicht so gravierend ist...“ (Lüdecke & Sachsse, 2010, S.161)

Ambivalenz beschreibt den Zustand, in dem ein Konflikt zwischen unterschiedlichen Impulsen, die einander im Widerspruch stehen, herrscht. Ambivalenz ist ein Zustand, den süchtige Menschen oft sehr gut kennen. Der Wunsch nach Veränderung steht dem Wunsch, das Leben beizubehalten wie es ist, gegenüber und wird von außen oft als Demotivation wahrgenommen. Ambivalenz ist ein gesunder Zustand, solange sie ein Durchgangssphänomen bleibt, wobei Ambivalenz sich bei süchtigen Menschen oft verfestigt.

In einer Phase der Ambivalenz kann hinterfragt werden, welche Entscheidung die richtige ist, indem Vor- und Nachteile des Drogenkonsums gegenübergestellt werden. Ohne Ambivalenz würden wohl sehr viele schlechte Entscheidungen getroffen werden. Erst die Ambivalenz ermöglicht es, aus zwei oder mehreren unterschiedlichen Impulsen etwas Neues zu entwickeln. Ambivalenz hat jedoch für Betroffene den Vorteil, sich nicht entscheiden zu müssen und in einem Übergangsstadium verharren zu können. Es kann hierzu hilfreich sein, mit den Patient/inn/en Rahmenbedingungen zu entwickeln, unter denen Entscheidung getroffen werden können oder müssen (Miller, Rollnick, 2009).

Für Psychotherapeut/inn/en ist es wichtig zu verstehen, in welchem Zwiespalt sich süchtige Menschen befinden, und dass sie den Abwägungen der positiven und negativen Aspekte des Drogenkonsums und den jeweiligen Entscheidungen für ein nüchternes oder süchtiges

Leben tolerant Raum geben. Die verdrängten Impulse können jene sein, welche am Ende die Entscheidung zu Gunsten des Konsums fallen lassen.

Hierbei gilt eine wesentliche Maxime: Psychotherapeut/inn/en sollen die Entscheidung, die sie für richtig halten, nicht erzwingen, da dies oft eine paradoxe Reaktion hervorruft, sondern sollen mit den Patient/inn/en in das Gefühl der Ambivalenz eintauchen und die Impulse zur Veränderung verstärken (Miller, Rollnick, 2009; Joachim, Schindler & Christin, 2003).

Toleranz kann auch bedeuten, dass Patient/inn/en keine Therapie machen oder destruktive Handlungen fortsetzen. Die akzeptierende Haltung der Psychotherapeut/inn/en gegenüber den Entscheidungen ihrer Patient/inn/en setzt jedoch auf vielen Ebenen positive Signale: Die Rückkehr zur Therapie zum passenden Zeitpunkt wird erleichtert, die Entscheidung wird als eine autonome wahrgenommen und wird nicht aus Trotz getroffen, da die Psychotherapeut/inn/en die Autonomie der Patient/inn/en anerkennen. Diese Haltung steht den oft negativen Erfahrungen der Patient/inn/en mit ihren co-abhängigen Angehörigen entgegen und fördert dadurch ihre Offenheit und das Vertrauen (Miller, Rollnick, 2009; Günther, 2008; Körkel, Schindler & Christin, 2003).

3.8 Die therapeutische Grundhaltung

Sucht bedeutet immer auch persönliches Scheitern, Rückfälle, Verdrängung und die Diktation von außen, in diesem Fall der Substanz, die das Leben je nach Intensität der Sucht mehr oder weniger bestimmt. Schuld und Scham müssen von süchtigen Menschen verdrängt werden, um ihr Verhalten aufrecht erhalten zu können.

Der Therapeut... bringt die engagierte Bereitschaft mit, sich aus einer intersubjektiven Grundhaltung mit dem Patienten als Person, mit seiner Lebenslage und Netzwerksituation partnerschaftlich auseinanderzusetzen, mit seinem Leiden, seinen Störungen, Belastungen, aber auch mit seinen Ressourcen, Kompetenzen und Entwicklungsaufgaben, um mit ihm gemeinsam an Gesundheit, Problemlösungen und Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten...(Schay, 2013b, S. 22)

Eine wichtige Qualität von Psychotherapeut/inn/en ist die optimistische und akzeptierende, empathische Grundhaltung mit professioneller Distanz. Es soll durch Klärung der Ziele und Begleitung der Veränderung ein gemeinsamer, partnerschaftlicher Blick zwischen Patient/inn/en und Psychotherapeut/inn/en auf die Behandlung entwickelt werden. Vertrauen,

Respekt und Partnerschaftlichkeit sind hier genau so gefragt wie bei der Behandlung anderer psychischer Erkrankungen. Die individuellen Möglichkeiten der Patient/inn/en müssen berücksichtigt werden, speziell bei der Fähigkeit, Ziele zu formulieren, je nachdem in welcher Phase sie sich befinden. Die Patient/inn/en müssen ebenso wie die Psychotherapeut/inn/en Verantwortung dafür übernehmen, dass die Psychotherapie gelingt und Fortschritte erzielt werden.

Zentral ist, dass die Psychotherapeut/inn/en den Prozess begleiten und sich nicht strafend bei Rückschlägen (z.B.: Rückfall) verhalten sollen, auch wenn es notwendig ist, die Patient/inn/en mit dem verdrängten, unangenehmen Themen klar zu konfrontieren. Die Herausforderung ist, das Verdrängte zu belichten und in der Haltung weiter als unterstützend empfunden zu werden. Rückschläge sollen als Indiz und Hinweis auf weiter zu behandelnde Themen und als Chance zur Weiterentwicklung der Fähigkeiten der Patient/inn/en gewertet werden (Kurz, 2014; Schay, 2013a; Schay, 2013b; Blankertz & Doubraw, 2005; Schay, 2013c).

3.9 Konkrete therapeutische Ziele

Global kann man sagen, dass die Ziele jeder psychotherapeutischen Behandlung immer individuell sind.

Für die Behandlung des speziellen Phänomens der Sucht, wie bereits beschrieben, gilt jedoch neben den allgemeinen Aspekten der Psychotherapie, dass spezielle Aspekte in die Behandlung einfließen müssen, auch wenn sie nicht primär vom Patient/inn/en eingebracht werden.

Darunter fallen folgende Ziele und Themen (Kurz, 2014; Flores, 2013; Blankertz & Doubrawa, 2005):

- Affektregulation: Verbesserung der Fähigkeiten im Umgang mit unangenehmen Gefühlen, Stress und spontanen Impulsen.
- Das Thematisieren einer langfristigen Weiterentwicklung.
- Entwicklung und Verbesserung von Bindungsfähigkeit im Rahmen der therapeutischen Beziehung und Förderung sozialer Vernetzung.
- Gewohnheitsbildung in Bezug auf soziale Vernetzung: Die Patient/inn/en sollen angehalten werden, sich sozial zu vernetzen und stabile Beziehungen vor allem zu nicht-süchtigen Menschen aufzubauen und zu pflegen.

- Ich-Stärken und Ich-Schwächen erkennen: Erkennen der eigene Vulnerabilität als einen Baustein für selbstfürsorgliches Handeln bei paralleler Förderung der persönlichen Ressourcen.
- Einsicht in eine langfristige Betreuung. Diese senkt klar das Rückfallrisiko und führt dazu, dass die Zeitspanne, welche nach einem Rückfall zur Rückkehr zur gewohnten Lebensweise gebraucht wird, reduziert wird. Die Patient/inn/en müssen für die Herausforderungen des veränderten Lebens nach der Behandlung sensibilisiert und vorbereitet werden.
- Realistische Beziehung zu den Psychotherapeut/inn/en: Die Beziehung zu den Psychotherapeut/inn/en sollte realistisch eingeschätzt werden, um zu erkennen, wo die persönliche Verantwortung liegt. Der Idealisierung und Abhängigkeit von den Psychotherapeut/inn/en muss entgegengewirkt werden, indem die Patient/inn/en die Ressourcen in sich erkennen, um sich langfristig von den Psychotherapeut/inn/en emanzipieren zu können. Die therapeutische Beziehung soll sich von einer abhängigen zu einer partnerschaftlichen Beziehung entwickeln.
- Scham ertragen: Die Patient/inn/en sollen lernen, mit dem eigenen Scheitern und der Scham darüber besser umzugehen. Schwächen dürfen kein Tabu sein, sondern müssen in ein gesamtes Ich-Konzept integriert werden. Die Grenzen der eigenen Fähigkeiten zu ertragen, schafft ein realistischeres Selbstbild.
- Sensibilisierung für eigene dysfunktionale Abwehrmechanismen: Patient/inn/en sollen dafür sensibilisiert werden, auf welche Weise sie Herausforderungen vermeiden und Verantwortung für ihr Leben übernehmen können. Später sollen sie dieses Wissen nutzen, um frühzeitig zu erkennen, wenn sich gefährliche Verhaltensweisen, welche in einem Rückfall enden können, wieder einschleichen.
- Sinnfindung: Die Entwicklung von Zielen und Werten, welche dem Leben Inhalt geben und erfüllend erlebt werden. Das Leben ohne oder mit reduzierter Sucht soll für die Patient/inn/en Sinn und Erfüllung bieten.
- Therapeutisch-medizinische Versorgung: Die Patient/inn/en sollen motiviert werden, für die unterschiedlichen leiblichen Leiden die passende Anlaufstelle zu finden: Arzt/Ärztin, Psychiater/in, Suchtmediziner/in, Neurolog/e/in, Sozialarbeiter/in etc.

3.10 Heilsame Interventionen

Das Nebeneinander und Wechseln einer unterstützend-wohlwollenden und einer durchaus emotionalen, konfrontativ-eingreifenden Haltung des Therapeuten, die Erfahrung von Nähe und Distanz, von Autonomie und Zugehörigkeit ist sowohl notwendig als auch gleichzeitig als ein Angebot einer beide Haltungen integrierenden Beziehungserfahrung für Abhängigkeitskranke heilsam. (Bake, 2008, S.308)

Für süchtige Menschen verliert das eigene Leben zunehmend an *Sinn*, was sich auch in der starken Verknüpfung mit der Depression zeigt. Sinnfindung ist dementsprechend essentiell. Der/die Patient/in wird leichter in der Lage sein, die therapeutischen Ziele zu verfolgen, wenn das damit verbundene Leben sinnvoll empfunden wird. Angestrebte Ziele, wie Abstinenz oder reduzierter Konsum, haben für die Patient/inn/en per se keinen Selbstzweck. Die Frage nach dem Sinn des nüchternen Lebens muss gemeinsam gestellt werden. Hier sollte eine Verlagerung vom Vermeiden der negativen Effekte der Sucht hin zu positiv gewünschten Effekten des nüchternen bzw. stabileren Lebens stattfinden. Diesen Fragen sollen Psychotherapeut/inn/en offen und neugierig begegnen und dabei immer wissen, dass Sinnfindung keine pauschalen Antworten bereithält.

Vertrauensvoller Kontakt ist ein weiterer wertvoller Baustein der Psychotherapie. Vertrauensvoller Kontakt fördert die Bereitschaft dafür, dass Scheitern oder Rückfälle in der Therapie Thema werden können. Ausgehend von den bindungstheoretischen Hintergründen der Suchterkrankung fällt es süchtigen Menschen schwerer in positiven Kontakt zu treten, da sie diesen während der Sucht kaum erleben. Aus diesem Grund bedarf es einer Nachsozialisation, welche die süchtigen Patient/inn/en in die Lage bringen soll, diesen Missstand zu kompensieren und trotz Kontaktstörungen positive Übertragungen zu erleben, um das Grundvertrauen zu restituieren. Ängste sollen hier Platz bekommen und von den Psychotherapeut/inn/en direkt angesprochen werden, um der Scham darüber entgegenwirken. Die Patient/inn/en lernen auf diese Weise, mit ihren Ängsten und Schwächen zu leben und dazu leichter in Kontakt zu treten. Erst im geschützten Bereich zusammen mit den Psychotherapeut/inn/en, später in anderen sozialen Situationen, lernen sie Unterstützungsangebote anzunehmen und auf Herausforderungen sozial-vernetzt zu reagieren. Beziehung wird in der Psychotherapie gestaltbar erlebt, neu gelernt, und somit erhalten die Patient/inn/en zu ihren selbstwirksamen Anteilen Zugang.

Ressourcenorientierung ist für süchtige Menschen wichtig, da sie durch das ständige Scheitern immer weniger zwischen ihren Stärken und Schwächen differenzieren können und sich mehr als ganzheitlich versagend oder triumphierend erleben. Ein weiteres Problem ist, dass süchtige

Menschen oft wenig konstante, positive Bezugspersonen hatten, die ihnen geholfen haben, ihre Persönlichkeit zu strukturieren. Psychotherapeut/inn/en unterstützen Patient/inn/en deshalb dabei, die eigenen Ressourcen zu erkennen und in den Alltag einzubringen. Dies sollte möglichst lebensnah geschehen, damit die Veränderung direkt ganzheitlich erlebt werden kann. Der Erfolg der Psychotherapie lässt sich auf diese Weise ebenfalls zeitnahe evaluieren. Im geschützten Rahmen der Psychotherapie können unterschiedlichste Formen des Umgangs mit Problemen bzw. Herausforderungen besprochen, geübt, vorbereitet oder angepasst werden. Die Herausforderung hierbei ist es, die Ressourcen der Patient/inn/en zu erkennen und zu bestärken, sie von dysfunktionalen Anteilen zu unterscheiden, und gleichzeitig ein authentisches Gegenüber zu sein, das andere Zugänge zum selben Thema mitbringt. Der konstruktive Umgang mit Misserfolgen hat einen besonders hohen Stellenwert.

Solidarität ist eine Beziehungserfahrung, die süchtige Menschen oft kaum gemacht haben und die im Zuge des Voranschreitens der Sucht weiter entzogen wird, wenn sich Familie, Freunde und Arbeitskolleg/inn/en auf Grund der suchtbedingten Belastung distanzieren. Viele Angehörige müssen unter großen Belastungen den Verfall des süchtigen Menschen miterleben, scheitern beim Versuch zu helfen und müssen sich früher oder später zum Erhalt der eigenen Gesundheit distanzieren. Süchtige Menschen erkennen dieses Verhalten teilweise sogar auf einer bewusst rationalen Ebene an, aber auf der Beziehungsebene wird dies dennoch als Kränkung verarbeitet. Psychotherapeut/inn/en fungieren als „Anwälte der Süchtigen“ gegenüber der sie stigmatisierenden Gesellschaft und klären über die Suchtkrankheit auf.

Psychotherapeut/inn/en wissen über die defizitären Hintergründe diverser dissozialer Verhaltensmuster süchtiger Menschen Bescheid bzw. ergründen diese zusammen mit den Patient/inn/en und nutzen das gewonnene Wissen im Dialog mit den Patient/inn/en und in der Haltung ihnen gegenüber. Sie erkennen das dissoziale Verhalten, ähnlich wie den Suchtmittelkonsum, als ein Verhalten an, das überlebenssichernd gewesen ist und wissen, dass sich erst durch das Erleben neuer Beziehungserfahrungen und der eigenen Motivation der süchtigen Menschen neue Strukturen bilden können. (Kurz, 2014; Klumpp, 2006; Blankertz, Doubrawa, 2005; Schay, 2013c; Schay, 2013a).

Aus Studien können wir erkennen, dass die Persönlichkeit der Psychotherapeut/inn/en - unabhängig von der Ausbildung - ein wesentlicher Faktor ist, welcher über den Erfolg der Therapie entscheidet. Rogers hat gezeigt, dass hierbei die Authentizität, Empathie und Wertschätzung qualitative Merkmale von Psychotherapeut/inn/en sind. Der authentische, solidarische Kontakt kommt vor den technisch-kognitiven Interventionen (Kurz, 2014; Klumpp, 2006; Blankertz, Doubrawa, 2005; Schay, 2013c; Schay, 2013a).

3.11 Rückfälle

Die Auseinandersetzung mit Rückfällen, ebenso wie die Vorbereitung darauf, ist in der Suchttherapie unverzichtbar, wobei ein Rückfall hier nicht nur neuerlichen Konsum von Substanzen bedeutet, sondern auch das Wiederaufnehmen maligner Verhaltensmuster und risikanten Verhaltens und die Abkehr von entwickelten Zielsetzungen. Im Fall von kontrolliertem Konsumieren wäre dies das Abweichen vom entwickelten Konsumplan.

Rückfälligkeit weist auf Dysfunktionen hin, welche bisher noch nicht ausreichend kompensiert werden konnten.

Beispiele hierfür können Loslösung von alten Freunden, Entwicklung neuer Beziehungen, Stressbewältigung, Einsamkeit, Selbstüberschätzung u.v.m. sein.

In jedem Fall muss man einen Rückfall immer ernst nehmen und sich therapeutisch damit auseinandersetzen, obwohl die Rückfallbesprechung für die Patient/inn/en oft schambesetzt und unangenehm ist.

Verständnis seitens der Psychotherapeut/inn/en für die Spannungszustände der süchtigen Menschen, welche zum Rückfall geführt haben, erleichtern die gemeinsame Bearbeitung, nehmen die Patient/inn/en aber nicht aus der Verantwortung für die konkreten Handlungen (Körkel, 1992; Körkel & Schindler, 2003).

Ich erlebe oft, dass Patient/inn/en mit Rückfällen unbewusst auf belastende Themen aufmerksam machen wollen. Sie agieren Konflikte aus, welche sie noch nicht entsprechend verbalisieren können.

3.11.1 Rückfallbehandlung

Der Umgang mit Rückfällen erfordert sowohl von Sucht- und Drogenabhängigen als auch von Mitarbeitern in den Versorgungsinstitutionen eine differenzierte Sichtweise, Beurteilung und Erarbeitung individueller Bewältigungsstrategien, da Rückfälle komplexe, krisenhafte und hoch individuelle Prozesse sind, die aber auch einige Regelmäßigkeiten aufweisen. (Schay & Sichau, 2013, S. 45)

Rückfälle dürfen in der therapeutischen Arbeit nicht dramatisiert werden, da die Wahrscheinlichkeit dafür hoch ist und Rückfälle ein Teil der Suchterkrankung sind. Vorwürfe, wie "Ich habe es dir doch gesagt!", wirken beschämend und erzeugen weiteren Widerstand.

Die Bearbeitung von Rückfällen kann vielmehr die Psychotherapie befruchten und offene therapeutische Themen aufzeigen.

Wenn Rückfälle ernst genommen und kritisch analysiert werden, bieten sie den Patient/inn/en die Chance etwas zu lernen, neue bessere Erfahrungen zu machen, im kognitiven wie im emotionalen Sinn. Das Ernstnehmen eines Rückfalls zeigt Patient/inn/en auch, dass sie als ganzheitlicher Mensch (Ressourcen als auch Schwächen beinhaltend) gesehen werden.

Bei Rückfällen besteht immer auch die Gefahr eines Absturzes in Form des Fortsetzens des Rückfalles, welcher eine rapide Dekompensation zur Folge haben kann. Die Wahrscheinlichkeit, nach einem Rückfall direkt wieder rückfällig zu werden, ist hoch und wird erst mit zeitlichem Abstand geringer. Deshalb muss ein Rückfall gemeinsam analysiert und handlungsbezogene Strategien ausgearbeitet werden, welche unmittelbar greifen. Ein Leitsatz der anonymen Alkoholiker lautet: Es kommt auf die nächsten 24 Stunden nach einem Rückfall an.

Die Analyse des Rückfalls kann auf offene Themen und Dysfunktionen hinweisen, zu denen die Patient/inn/en einen proaktiven Zugang finden sollen.

Bausteine für eine gelungene Rückfallanalyse sind:

- Emotionale Verarbeitung und Auseinandersetzung mit dem Rückfall anregen,
- Identifizierung belastender Situationen und Risikosituationen, welche vermieden werden können oder mit denen ein adäquater Umgang gesucht werden kann;
- Identifizierung der individuellen Rückfallwahrscheinlichkeit,
- konkrete Schritte setzen, um mit kommenden Situationen besser umgehen zu können;
- Sensibilisierung für angenehme und unangenehme Gefühlszustände.

Am Umgang der Patient/inn/en mit dem Rückfall in der therapeutischen Beziehung lässt sich deutlich erkennen, wie die Patient/inn/en mit narzisstischen Kränkungen bzw. Schwächen oder Scham umgehen. Die Bandbreite reicht wieder von Rückzug und Verzweiflung, Selbstaufgabe bis zum Bagatellisieren und der aggressiven Abwehr.

Der Umgang von Patient/inn/en mit dem Rückfall sollte möglichst handlungsorientiert sein und kann in Form eines Therapievertrages fixiert werden, um den selbstwirksamen verantwortlichen Teil des süchtigen Menschen zu betonen (Körkel, Schindler, 2003 und Körkel, 1992; Schay & Sichau, 2013).



Abb. 14: Rückfallverlauf. Quelle: modifiziert übernommen aus: <http://www.blaueskreuz.de/eichstaett/sucht/sucht/rueckfall.html>. Zugriff: 04.05.2015

Die angemessene therapeutische Haltung hängt stark von der persönlichen Beziehung der Psychotherapeut/inn/en mit den Patient/inn/en ab. Dennoch muss die Beziehung von professionellen Grundhaltungen (siehe S.66) getragen sein. (Hüther, 2014; Blankertz & Doubrawa, 2005).

3.11.2 Rückfallprävention

Die Prävention von Rückfällen bzw. Rückschritten sind in der Psychotherapie von suchtkranken Menschen mindestens so wichtig, wie die Aufarbeitung von Rückfällen. Sie ist die Auseinandersetzung mit den bereits besagten eigenen Schwächen, Sensibilitäten, Begrenztheiten und Unvermögen (Körkel, 1992; Schay & Sichau, 2013).

In der Rückfallprävention werden zusammen mit den Patient/inn/en mögliche Auslöser und Strategien für den Umgang mit Rückfällen gesucht. Die Patient/inn/en werden für die eigenen Gefahrenherde sensibilisiert, indem sie potentielle Rückfallszenarien mit den Psychotherapeut/inn/en besprechen. Beispiele für Fragen nach fiktiven Rückfallszenarien sind (Körkel, Schindler 2003; Schay & Sichau, 2013):

- Mit wem würde der Rückfall vollzogen werden?
- Wann bekommt man Lust auf Drogen?
- Welche Reize erinnern an Drogen oder bringen Konsumstimmung auf?
- Welche Substanzen sind besonders reizvoll/gefährlich?
- Wie gehe ich damit um, wenn Drogen angeboten werden?
- Wo kommt es am ehesten zu einem Rückfall?

Prävention bietet die Möglichkeit, aus einer relativ sicheren Entfernung diese unangenehmen Themen zu betrachten und proaktiv zu agieren. Hierbei ist es wichtig, dass neben dem Schutz und der Vorsicht vor Risikosituationen, die Bewältigungskompetenzen gestärkt werden, und vor allem auch ein ausgewogener Lebensstil angestrebt wird, welcher Entlastungen und Freu-

de bietet, damit das nüchterne Leben erleichtert wird, da süchtige Menschen, genauso wie nicht-süchtige Menschen, Sinn und Erfüllung im Leben brauchen. Wenn sie keine Erfüllung bekommen und keinen Sinn finden, werden sie nicht langfristig nüchtern leben können. Die Ressourcenförderung nimmt auf Grund dessen in der Rückfallprävention einen wichtigen Stellenwert ein (Miller, Rollnick, 2009).

Sollte es dennoch zu Rückfällen kommen, werden in der Psychotherapie Strategien dafür entwickelt, wie am besten mit diesen umgegangen werden kann, um aus einem „Ausrutscher“ keinen „Totalabsturz“ in alte Muster werden zu lassen und die Rückkehr zum gewünschten Verhalten möglichst einfach zu gestalten. Hier gilt es, schnell und entschlossen zu handeln und den Konsum so schnell wie möglich zu unterbrechen und nicht wieder aufzunehmen.

Langfristig erfolgreich werden die Bemühungen nur dann sein, wenn es gelingt, unsere bisherige Beziehungs-, Arbeits- und Führungskultur umzugestalten. Und zwar so, dass alle Menschen die Erfahrung machen, dass es auf jeden einzelnen ankommt und dass jeder dazugehört, dass jeder mit seinen besonderen Fähigkeiten gebraucht wird, damit das, was alle gemeinsam anstreben, auch erreicht werden kann. (Hüther, 2014, S.10)

Wenn die Patient/inn/en sensibilisiert werden, haben sie bereits Wissen darüber, bevor sie sich in gefährliche Situationen begeben bzw. werden sie in riskanten Situationen souveräner und handlungsfähiger (Körkel & Schindler, 2003; Hüther, 2014; Körkel, 1992).

3.12 Psychoedukation

Psychoedukation bedeutet weitestgehend die Schulung von Patient/inn/en über ihre Erkrankung, in unserem Fall der Suchterkrankung. So gut wie alle süchtige Menschen in Behandlung haben bereits mehr oder weniger erfolgreiche Versuche der Selbstbehandlung hinter sich und haben zum Teil enormes Wissen über ihre eigene Krankheit. Dieses Potential, ergänzt durch weitere klinisch fundierte Informationen, bildet das Rückgrat der Psychoedukation. Psychoedukation gelingt am besten in Form von interaktiven Workshops, die aktiv von den Patient/inn/en gestaltet werden (Becker, 2009; Schay & Peters, 2013).

Sie behandeln Themen wie:

- Behandlung der Sucht,
- Bewältigungsstrategien,

- neurobiologische Zusammenhänge,
- Rückfallprävention,
- Umgang mit Suchterkrankung,
- Vulnerabilität und Resilienz,
- Folgen, Zusammenhänge und Ursachen der Suchterkrankung
- u.v.m.

Psychoedukation bedeutet, den Patient/inn/en die Möglichkeit zu geben, sich mit den Themen auseinanderzusetzen und diese mit eigenen Erfahrungen zu verknüpfen. Ziel ist, das gewonnene Wissen für den Alltag zu nutzen, lebenspraktische Konsequenzen abzuleiten und in der Gemeinschaft von süchtigen Menschen mehr Halt und Motivation zu finden, wie es bereits im Kapitel Gruppenpsychotherapie beschrieben wurde (Becker, 2009; Schay, 2013b; Schay & Peters, 2013).

„Die Annahme, dass jeder Patient über ein Selbsthilfepotenzial verfügt und einen gewichtigen Beitrag zu positiver Entwicklung und Stabilisierung seines psychischen Befindens leisten kann, bildet die Grundlage für psychoedukative Elemente in der Adaptionsphase.“ (Schay & Peters, 2013. S.129)

Als Adaptionsphase bezeichnet man die Zeit der Wiedereingliederung von Drogensüchtigen in die Gesellschaft und den Arbeitsmarkt.

3.13 Sozialisation und Resozialisation

Die Sozialisation durch Beziehungen, Erziehung, Schule, gesellschaftliches Umfeld, Tradition und Geschichte sind Formungen im Rahmen bestimmter gesellschaftlicher Denk- und Gefühlsmuster. Dieses Eingebundensein benötigt der Mensch, er ist ohne dieses nicht lebensfähig. Und es ist sonderbar und charakteristisch zugleich, dass dieses Eingebundensein gelingen, aber auch scheitern kann. (Batthyány, 2014, S.22)

Ein verbreitetes Phänomen in der Behandlung von schwer süchtigen Menschen ist der Mangel an positiven Erfahrungen in ihren bisherigen Lebensgeschichten. Süchtige Menschen, welche aus zerrütteten Familien kommen oder ihren Konsum bereits im frühen Alter begonnen haben, konnten bestimmte Fertigkeiten nicht erlernen bzw. haben diese nicht mehr bewusst zur Verfügung. Es wäre ein Irrtum, davon auszugehen, dass schwer süchtige Menschen die selben Fähigkeiten wie gesunde Menschen haben. Oft müssen basale Fähigkeiten erlernt oder wiederhergestellt werden. Eine tragfähige Beziehung kann hier nur bis zu einem Teil seitens der Psy-

chotherapeut/inn/en abstinent gestaltet werden. Lebenspraktische Fähigkeiten erlernen die Patient/inn/en zum Teil erstmals modellhaft anhand des authentischen Erlebens des/der Psychotherapeuten/in. Psychotherapeut/inn/en haben die Aufgabe, die Patient/inn/en realistisch einzuschätzen, und müssen die von den Patient/inn/en formulierten Kompetenzen hinterfragen, um zu einem adäquaten Bild der Fähigkeiten ihrer Patient/inn/en zu gelangen (Batthyány, 2014; Lieb, Isensee, Höfler, Pfister, Wittchen, 2001; Englert & Ziegler, 2001).

3.14 Zusammenfassung

Im vergangenen Kapitel wurde gezeigt, dass vor dem Hintergrund der Suchtentwicklung und damit einhergehenden Störungen spezielle Interventionen und Haltungen wichtig sind. Da Sucht auch eine ganzheitliche, soziale Krankheit ist, zieht sie alle Lebensbereiche der süchtigen Menschen in Mitleidenschaft und führt zur Fixierung negativer Verhaltensweisen und zum Verlust von Kompetenzen.

Typisch für Suchtverhalten ist z.B. Ambivalenz, Ohnmacht, scheinbar wenig Motivation, Egoismus u.v.m. Es ist eine Aufgabe der Psychotherapeut/inn/en, süchtige Menschen auf die Wechselwirkung ihrer malignen Dynamiken mit der Sucht aufmerksam zu machen, und gesündere Mechanismen zu entwickeln. Die Grundvoraussetzung, um an diesen Strategien arbeiten zu können, ist die Entwicklung von Motivation zur Veränderung. Intrinsische Motivation entwickeln Patient/inn/en in einer geschützten Atmosphäre, in der sie sich mit den Konsequenzen ihrer Sucht auseinandersetzen können. Die Psychotherapeut/inn/en bestärken hierbei die Teile, welche positiv auf Veränderung wirken, im Wissen darüber, dass der Konsum eine subjektive Bedeutung hat, welche kompensiert werden muss, damit nachhaltige Veränderung ermöglicht wird. Die Auseinandersetzung mit Rückfällen sowie deren Prävention ist für die Arbeit mit süchtigen Patient/inn/en zentral, ebenso wie die Bereitstellung von Wissen über Suchterkrankung. Süchtige Menschen sind oft verwahrlost und haben bestimmte Kompetenzen nie gelernt oder vergessen. Psychotherapeut/inn/en müssen herausfinden, auf welchem Entwicklungsstand ihre Patient/inn/en stehen, um passende Interventionen setzen zu können. Oft bedarf es der Resozialisation, wobei der/die Therapeut/in als Modell gesunder Lebensführung zur Verfügung steht.

4 Beiträge und wirksame Haltungen aus der Integrativen Gestalttherapie

Das folgende Kapitel beschreibt vor dem Hintergrund der bereits angeführten Störungsbilder und Erklärungsmodellen, in welcher Form die Integrative Gestalttherapie in der Behandlung

der Sucht- bzw. Abhängigkeitserkrankung hilfreiche Beiträge leisten kann, und versucht somit eine konkrete Antwort auf meine Forschungsfrage zu finden.

4.1 Integrative Gestalttherapie

Gestalt ist keine Technik, kein therapeutisches Schnellverfahren, sondern ein ernsthafter Weg sich selbst zu finden und zu wachsen. Wachstum ist aber ein Prozess, der Zeit braucht. Gestalttherapie erfordert eine Haltung, die nicht in zwei Monaten erworben wird, sondern ein langes ernstes Training, in dessen Zentrum die Entwicklung der Persönlichkeit steht. (Perls zitiert nach Petzold, 1976, S. 9)

Die Integrative Gestalttherapie ist eine österreichische, psychotherapeutische Schule, welche sich aus der traditionellen Gestalttherapie heraus entwickelt hat, indem sie moderne Behandlungsmethoden aus diversen anderen psychotherapeutischen Schulen integriert.

Ihr theoretischer Hintergrund kommt aus der Feldtheorie, dem Holismus, der Gestaltpsychologie, der Phänomenologie, der Organismustheorie und dem Existenzialismus. Integrative Gestalttherapie versteht sich als ein dialogisches Verfahren und wird zu den humanistischen psychotherapeutischen Schulen gezählt (Hochgerner, Hofmann-Widhalm, Nausner & Wildberger 2004; Hartmann Kottek, 2008c; Blankertz, Doubrawa, 2005).

In der Integrativen Gestalttherapie wird Gesundheit als ein Prozess gesehen, in welchem der Mensch in produktiver Auseinandersetzung mit der Umwelt steht. Der Mensch passt sich kreativ seiner Umwelt an und wirkt auf seine Umwelt gleichwohl kreativ ein. Der Kontakt zur Umwelt, zu anderen Menschen und sich selbst ist lebensnotwendig. Krankheiten entstehen dort, wo der Kontakt zu sich und der Umwelt gestört ist.

Stabilität und Veränderung sind dabei Pole, zwischen denen der Mensch sich immer wieder bewegen muss. Der Mensch ist in der Lage, Bedürfnisse im Einklang mit der Umwelt zu befriedigen und dabei keinen oder nur geringen Schaden anzurichten. Er nimmt sich als ein leibliches Wesen wahr und setzt situationsadäquat Prioritäten für das Handeln. Was als gesund und krank gesehen wird, hängt vom Organismus-Umwelt-Feld ab (Hutterer-Krisch & Amendt-Lyon, 2004; Vidakovic, Zeleskov, Roubal, Van Baalen & Francesetti, 1985; Hartmann Kottek, 2008b; Blankertz, Doubrawa, 2005).

4.2 Das dialogische Prinzip

Die Integrative Gestalttherapie versteht sich als ein dialogisches Verfahren, in der eine hilfesuchende Person eine hilfe anbietende Person aufsucht, wobei die Psychotherapeut/inn/en nicht per se eine Expert/inn/enrolle einnehmen. Im Gegenteil, Patient/inn/en sollen bevollmächtigt werden, Expert/inn/en für die eigene Gesundheit zu werden und Lösungen aus sich heraus zu entwickeln. Martin Buber war ein früher Verfechter des dialogischen Prinzips, auf das sich die Gestalttherapie beruft, und wurde durch die heutige Bindungstheorie und Entwicklungspsychologie bestätigt. Er postuliert, dass der Mensch am Gegenüber zum Ich reift und die gesunde Beziehung der wesentlichste Bestandteil menschlicher Reifung ist. „Der Ursprung aller Konflikte zwischen mir und meinen Mitmenschen ist, dass ich nicht sage, was ich meine, und dass ich nicht tue, was ich sage.“ (Buber, 1972, S.34)

Der Mensch reift von Geburt an am Gegenüber und braucht Bindung und Bezugnahme, um gesunde Fähigkeiten zu entwickeln. Dieser Prozess dauert bis zum Tod. Vollkommene Autonomie, wie sie von der damaligen Psychoanalyse als ideal verstanden wurde, ist in der Integrativen Gestalttherapie demnach also kein gesunder Zustand für den Menschen. Im Gegenteil, es ist ein Zustand massiver Störung. Der Mensch befindet sich zeitlebens in einem Prozess der Zwischenmenschlichkeit, immer im Prozess und am Regulieren zwischen Kontakt und Grenze (Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004; Hartmann Kottek, 2008b; Blankertz & Doubrawa, 2005).

Eine tiefgehende Psychotherapie muss also Beziehung und Dialog betonen, weshalb klassische, psychoanalytische Konzepte bei schweren psychischen Störungen, wie den Psychosen und unreifen Ich-Funktionen auch weniger effektiv sein können; diese Patient/inn/en wurden sogar von Sigmund Freud als analyseuntauglich bezeichnet, da sie nicht zur Übertragung fähig seien (Hartwich & Grube, 2003).

Süchtige Menschen vereinsamen im Laufe ihrer Krankheit. Geschützte Beziehungen ermöglichen, in eine positive Spirale einzutreten und Beziehungsfähigkeit zu entwickeln. Die Resozialisation von Menschen erfordert Sozialisation. Hierfür braucht es Empathie und Bezugnahme; technische Zugänge zur Psychotherapie bieten dies weniger. Die Integrative Gestalttherapie hat dieses Prinzip verstanden und es zu einem Eckpfeiler der Psychotherapie gemacht (Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004; Hartmann Kottek, 2008b; Blankertz & Doubrawa, 2005).

4.3 Feldtheorie und phänomenologischer Ansatz

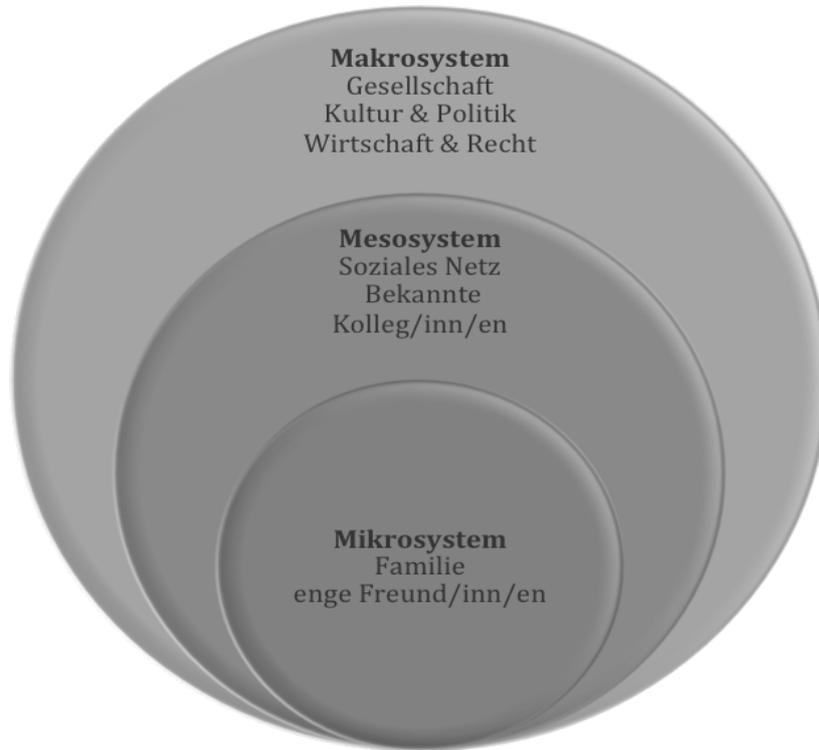


Abb.15: Soziales Feld. Quelle: modifiziert übernommen aus: www.biomedcentral.com/content/figures/1471-2458-9-94-1.jpg. Zugriff: 04.05.2015

Die Möglichkeit, in der Welt unter Wahrung seiner Eigenart sich durchzusetzen, ist gebunden an eine bestimmte Art der Auseinandersetzung des Organismus mit der Umwelt. Sie muss nämlich derartig vor sich gehen, dass jede, durch die Umweltreize gesetzte Veränderung des Organismus in einer bestimmten Zeit sich wieder ausgleicht, so dass der Organismus wieder in jenen ‚mittleren‘ Zustand der Erregung, der seinem Wesen entspricht, diesem „adäquat“ ist, zurückgelangt. (Goldstein zitiert nach Votsmeier, 1995, S. 8)

Kurt Lewins Feldtheorie ist die psychologische Übersetzung eines physikalischen Gesetzes. Sie besagt: Das Verhalten ist eine Funktion einer Person und ihres Umfeldes. Die Person und die psychologische Umwelt stehen in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander und bilden zusammen den Lebensraum, d.h. in einem psychischen Feld stehen alle Teile darin in Wechselwirkung zueinander, was auch als das Organismus-Umwelt-Feld beschrieben wird (Blankertz & Doubrawa. 2005).

Nach der Feldtheorie hängt das Verhalten weder von der Vergangenheit noch von der Zukunft ab, sondern von dem gegenwärtigen Feld. Dieses gegenwärtige Feld hat eine gewisse zeitliche ‚Tiefe‘. Es schließt die ‚psychologische Vergangenheit‘, die ‚psychologische Gegenwart‘ und die ‚psychologische Zukunft‘, insofern sie eine der Dimensionen des zu einer bestimmten Zeit gegebenen Lebensraumes ausmachen, mit ein. (Lewin, 1982, S. 68)

In der Integrativen Gestalttherapie wird eine Erkrankung auch immer als eine Reaktion auf das Umfeld gesehen. In vielen Fällen ist die Krankheitsentwicklung eine logische Reaktion auf ein pathologisches Umfeld (Blankertz & Doubrawa, 2005).

Im Bereich der Suchtarbeit resultiert daraus ein ganzheitliches Verstehen der Patient/inn/en und ihrer Krankheiten, welches ihre Erfahrungen, gleichwohl mit ihren sozialen, emotionalen, biologischen, ökonomischen und allen weiteren relevanten Einflüssen einbezieht. Die Psyche wird nicht isoliert betrachtet, da allein die Vorstellung einer isolierten Psyche ein Missverstehen der Psyche aus dualistischer Philosophie heraus bedeutet.

Jeder süchtige Mensch ist speziell und hat eine individuelle Suchtgeschichte, die mit dem Umfeld untrennbar zusammenhängt. Psychotherapeut/inn/en sollen unvoreingenommen die auftretenden Phänomene in der Begegnung mit den Patient/inn/en beschreiben und von der Gesamtsituation heraus die einzelnen Teile erfassen, um zu tiefem Verständnis und Empathie zu gelangen. So entsteht das ganzheitliche Bild, das der Lebenswirklichkeit der Patient/inn/en näher kommt als eine rein faktische oder rein subjektive Beschreibung. Vorurteile und Kategorisierungen können hier im Weg stehen (Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004; Blankertz & Doubrawa, 2005).

Vorurteile sollten zwar mittelfristig losgelassen werden, um der psychotherapeutischen Behandlung nicht im Weg zu stehen, jedoch kann es nützlich sein, die eigenen Vorurteile nicht vollkommen außer Acht zu lassen, und sie mit den Patient/inn/en auf ihren individuellen Wahrheitsgehalt zu prüfen.

Sucht zeigt besonders deutlich, dass monokausale Erklärungen zu wenig sind. Sucht zeigt sich über den biologischen Teil - der organischen Sucht, den systemischen Teil - der fortschreitenden Einengung sozialer Kontakte, und den psychischen Teil - der fehlenden Impulskontrollfähigkeit. So wird deutlich, dass Sucht als eine Krankheit gesehen werden muss, welche nur ganzheitlich erfasst werden kann.

In der Suchtarbeit kommt es scheinbar immer wieder zu sich wiederholenden Phänomenen. Dies mag in einzelnen Fällen hilfreich in der Diagnostik und kategorialer Behandlung sein, jedoch kann ein menschliches Schicksal niemals kategorial und gleichzeitig ganzheitlich erfasst

werden. Beziehungsbildung braucht individuelles, authentisches Verstehen, um heilsam wirken zu können. Gestalttherapeutische Diagnostik versteht sich als ein momentanes Verstehen der Person und spricht ihr damit zugleich immer Wachstums- und Degenerationspotential zu (Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004; Thomasius & Bröning, 2014).

Wie im Kapitel *Bindungstheoretische Modelle* beschrieben, leiden süchtige Menschen auch immer an Bindungsstörungen, welche die Grundlage für die Suchtkarriere sind. Über diese Bindungsstörungen und ihre Wechselwirkungen können kategoriale Beschreibungen nach ICD 10 nichts aussagen, sie sind jedoch mit einem feldtheoretischen Zugang besser zu erfassen. Durch die dialogische Erfassung des Phänomens über die rein faktische Diagnostik von Symptomen wird der Diagnoseprozess zur *Theragnostik*, einer Synthese aus Therapie und Diagnostik. *Theragnostik* ist ein dynamisches Verfahren, welches sich im Lauf der Therapie immer wieder aktualisiert und unterschiedliche Perspektiven auf das Krankheits- oder Gesundheitsbild zulässt (Petzold, 2003).

4.4 Arbeit im Hier und Jetzt versus Psychoanalyse

In der praktischen Arbeit mit Suchtkranken kann immer wieder der Wunsch nach der Entwicklung monokausaler Erklärungskonzepte für ihre Krankheit erkannt werden, welche mit ihren Elternbeziehungen zu tun haben. Dies mag aus der gesellschaftlichen Prägung durch die weite Verbreitung psychoanalytischer Theorien resultieren und hat in vielen Fällen effektiv Sinn. Was oft übersehen wird oder auch nicht gesehen werden will, ist die problematische Gegenwart. Ich stelle in Frage, therapeutisch ausschließlich biografisch zu arbeiten, wenn Patient/inn/en in der Gegenwart praktische Probleme nicht in Angriff nehmen.

„Im gestalttherapeutischen Ansatz wird die heilende Kraft im »selbst Erfahrung machen« bzw. Erleben gegenüber dem reinen Hören von »aufklärerischen« Interpretationen durch den Therapeuten betont.“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 60)

Süchtige Menschen verlieren im Laufe der Sucht immer mehr das Gefühl von Selbstwirksamkeit. Die Aufarbeitung der Biografie betont diesen Teil kaum, die Arbeit im Hier und Jetzt lässt hingegen Patient/inn/en direkt erleben, welchen Einfluss er/sie auf die eigene innere Wirklichkeit und ebenso auf die Umwelt hat. Das direkte Erleben von Selbstwirksamkeit und der Lösung von aktuellen Problemen verleiht Kompetenz, stärkt das Selbstbewusstsein und betont die gesunden Teile der Patient/inn/en (Trüg & Kersten, 2008; Hüther, 2014).

Süchtigen Menschen kann es helfen zu verstehen, woher ihre Probleme kommen, aber noch wesentlich wichtiger ist es, Probleme in der Gegenwart aktiv zu lösen, denn nur in der Gegenwart ist der Mensch fähig zu gestalten.

Aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie ist der Mensch der Gegenwart immer Summe der emotionalen Erfahrungen. Diese wirken direkt als atmosphärischer Hintergrund auf das Erleben der Gegenwart. Dies wird auch durch die Haltung in der Hierarchie der Ziele in der Suchtarbeit bestätigt (Blankertz & Doubrawa, 2005; Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004).

4.5 Die therapeutische Beziehung in der Integrativen Gestalttherapie

Süchtige Menschen nutzen die Wirkung von Substanzen, um mit sozialen Situationen umgehen zu können. Alkohol wirkt z.B. enthemmend, ermöglicht das Ausdrücken von Wut bzw. dämpft Wut. Ähnliche Effekte finden sich im gesamten Spektrum der Drogen. Beziehungen verlieren ihre Authentizität, da sie unter Beeinflussung von Substanzen stehen. Beziehungen zu Nüchternen werden oft abgebrochen. Beziehungsfähigkeit geht mit der Dauer des Konsums immer weiter zurück und wird verlernt (Körkel & Schindler, 2003; Schay, 2013c).

Wie bereits im Kapitel „*Das dialogische Prinzip*“ beschrieben, nimmt die Beziehung zwischen Psychotherapeut/inn/en und Patient/inn/en und deren Gestaltung in der Integrativen Gestalttherapie einen hohen Stellenwert ein, wobei diese gleichberechtigt sein soll. Psychotherapeut/inn/en sowie Patient/inn/en sind gefordert, diese Beziehung zu gestalten und die Übertragbarkeit auf das Leben direkt zu betonen und so nicht mehr Künstlichkeit in die therapeutische Beziehung zu bringen, als sie bereits situationsimmanent ist. Authentizität ist dabei ein zentraler Begriff.

Schließlich meint Authentizität in diesem Zusammenhang, dass der(sic) Therapeut(sic) die Gefühle, die er(sic) in der Behandlung mit seinen(sic) antwortenden Interventionen zum Ausdruck bringt, auch tatsächlich empfindet, und dass er(sic) wirklich so erlebt, wie er(sic) das zum Ausdruck bringt, und sich nicht verstellt. (Streeck, 2007, S.147)

Die zwischenmenschliche Erfahrung soll somit authentisch und ehrlich erlebt werden. Die „selektive Authentizität“ ist der Unterschied zur „normalen“ Beziehung, da nicht jede Reaktion der Psychotherapeut/inn/en das Wachstum der Patient/inn/en fördert. Man könnte dies als einen Widerspruch verstehen, welcher aber keiner ist, wenn man sich klar macht, dass wir permanent selektiv authentisch sind. Ob wir dem Partner etwas Nettes sagen, obwohl wir es nicht meinen, in der Arbeit unsere Wut in sanfte Worte kleiden oder Freunde nicht auf ihre Wunden

Punkte ansprechen - Rücksicht und Selektion sind Bestandteil einer adäquaten Kommunikation. Die Abwesenheit dieser Rücksicht wäre dissoziales Verhalten.

Man stelle sich an dieser Stelle vor, Eltern würden ihre eigene aggressive Reaktion und egoistischen Interessen den Interessen ihrer Kinder unreflektiert vorziehen. Da manche, hoffentlich wenige, Eltern dieser Meinung sind, werden wir wohl deren Kinder in diversen psychotherapeutischen Settings wiederfinden.

Psychotherapeut/inn/en müssen jedoch Herr und Frau ihrer spontanen Reaktionen bleiben und innerlich eine Auswahl treffen, die den Patient/inn/en entspricht und dabei möglichst authentisch bleiben. Den Psychotherapeut/inn/en ist dabei klar, dass Patient/inn/en oft den Wunsch nach idealen Psychotherapeut/inn/en hegen, was als Übergangsphänomen auch sinnvoll sein kann. Es ist aber ein Teil der Entwicklung, dass süchtige Menschen die Grenzen und Begrenztheiten der Psychotherapeut/inn/en erkennen, um mehr Autonomie zu erreichen. Dies kann man auch als eine „skillful frustration“ bezeichnet, also das Erkennen, Akzeptieren und Integrieren der unangenehmen Realität. Psychotherapie ist per Definition immer eine fremde Unterstützung. Klient/inn/en suchen bei den Psychotherapeut/inn/en Hilfe, erst in einer bestehenden Beziehung kann „skillful frustration“ geschehen (Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004, Blankertz & Doubrawa; 2005; Rupler, 2004; Schay, 2013c).

Die Grundtechnik ist, dem Patienten nicht Dinge zu erklären, ihm aber Möglichkeiten bereitzustellen, sich selbst zu verstehen und zu entdecken. In dieser Absicht beeinflussen und frustrieren wir den Patienten in einer Weise, dass er sich selbst gegenüber steht. In diesem Prozess identifiziert er sich mit seinem verlorenen Potenzial, zum Beispiel indem er seine Projektionen assimiliert, indem er die fremden Teile aus sich herausagiert. (Perls zitiert nach Petzold, 1992, S. 235)

Der Gegenpol zur „skillful frustration“ ist der „support“. „Support“ ist die Basis der therapeutischen Beziehung. Veränderung braucht Sicherheit. Klient/inn/en, welche in Angst leben, werden den Mut, sich auf ungewisse Prozesse einzulassen, nicht aufbringen können.

Angst wird mobilisiert, wenn essentielle Unterstützung fehlt, um aus der Situation herauszukommen, indem man sich krank stellt. Ein Kind zum Beispiel fühlt Angst, wenn es nicht sicher gehalten wird. Man fühlt Angst, wenn man hungrig ist oder wenn der Körper nicht richtig funktioniert. (Perls, 1977, S. 40 zitieren nach Doubrawa Anke & Erhard, 2003)

Süchtiger Drogenkonsum ist immer auch das Verdrängen von Realität. Das Erfahren und Verarbeiten von Realität ist ein heilsamer Teil, den süchtige Menschen erleben müssen. Erst über

die Auseinandersetzung mit der unangenehmen Realität wird Veränderung und Entwicklung möglich, indem die Patient/inn/en motiviert werden, neue adäquate Verhaltensweisen zu entwickeln.

„Damit die Schale der Selbstgefälligkeit und Selbstgerechtigkeit aufgebrochen wird, muss man manchmal eine affektive Aufrüttelung vorsätzlich einführen.“ (Lewin, 1963, S.263)

Wenn ausreichend Unterstützung in der Umwelt vorhanden und verfügbar ist und von den Abhängigkeitskranken wahrgenommen wird, können sich neue Gestalten durch den Kontakt des Organismus mit der Umwelt entwickeln, kann das »integrierte Selbst« tätig werden. Erst dann ist durch die Tätigkeit des Selbst neue Erfahrung erleb-, integrier- und assimilierbar; erst dann können neue Stützfunktionen und Strukturen erworben werden und Alternativen zu den oben genannten dysfunktionalen Ersatzhandlungen und Automatismen bieten. (Bake, 2008, S. 309)

4.6 Leibprinzip

Die Integrative Gestalttherapie geht von der Einheit von Körper und Geist aus. Dies wird mit *Leiblichkeit* bezeichnet.

Denn die Dichte des Fleisches zwischen dem Sehenden und dem Ding ist konstitutiv für die Sichtbarkeit des einen wie für die Leiblichkeit des anderen; sie ist kein Hindernis zwischen beiden, sondern deren Kommunikationsmittel. Aus ein und demselben Grund bin ich inmitten des Sichtbaren und fern von ihm: weil das Sichtbare nämlich eine Dichte hat und deshalb natürlicherweise dazu bestimmt ist, von einem Leib gesehen zu werden. (Merleau-Ponty, 1994, S.178)

In diesen Sätzen findet jedoch wieder implizit die Trennung von Körper und Geist statt. Da die derzeitige Gesellschaft diese sprachliche Differenzierung mit sich bringt, wird daraus ein Bild erzeugt, dass Menschen in der westlichen Gesellschaft als Introjektion in sich tragen. Die Überwindung dieser Introjektion und das Neuerleben von Leiblichkeit ist ein weiteres therapeutisches Element der Integrativen Gestalttherapie (Blankertz & Doubrawa, 2005).

Die Trennung in Körper und Geist bedeutet übersetzt auf das Verhalten und Denken von süchtigen Menschen, dass den scheinbar körperlichen Impulsen, wie dem Suchtdruck oder „Craving“, die scheinbar geistig vernünftigen Impulse zum Aufbau eines nüchternen Lebens entgegenstehen. Doch diese scheinbar einander widersprechenden Impulse sind beide auch leibliche Impulse.

Für die jeweiligen Impulse sind unterschiedliche Gehirnregionen verantwortlich. Frontalkortex oder Frontallappen fördert Impulse zur Regulation und zum vernünftigen Denken. Dagegen ist der *Nucleus accumbens* für das Belohnungssystem zuständig. Die *Amygdala* ist verantwortlich für die affektive Färbung der Erinnerung und der *Hippocampus* dafür, dass grundsätzlich eine Erinnerung gespeichert wird.

Ebenso bildet das Verständnis der Leiblichkeit eine Brücke zwischen der scheinbar psychischen und physischen Abhängigkeit. Diese Trennung in Körper und Geist wird als eine Fehlinterpretation entlarvt und führt bei den Patient/inn/en zu einem tieferen Verständnis ihrer Krankheit.

Süchtige Menschen erleben sich im nüchternen Zustand oft getrennt vom Körper und fremdartig. Einige Drogenkonsument/inn/en glauben, nur durch die Einwirkung von Drogen Kontakt zu „dem wahren Selbst“ bzw. ihrem Körper aufnehmen zu können. Sucht kann also weitestgehend auch als eine psychosomatische Störung verstanden werden (Kupferschmidt, 2011).

Die Reintegration leiblicher Impulse im Hier und Jetzt wird in der Integrativen Gestalttherapie im Wechselspiel mit dem bewussten Fühlen, Wahrnehmen und Verbalisieren des Erlebten gefördert.

Das Wahrnehmen der Leiblichkeit ist der erste Schritt, etwas anzuerkennen und es als real zu erleben. Spannung und Entspannung zu erkennen, ist eine basale Fähigkeit. Ebenso wird der Leib als ein Medium der Kommunikation verstanden, wie auch das gesprochene Wort eines ist.

Körperliche Zustände sollen ganzheitlich erfasst werden. Patient/inn/en können den Impulsen während der Psychotherapie zum Beispiel eine Stimme geben oder sie in Form von Bewegung ausdrücken. Der leibliche Ausdruck von Gefühlen wird somit verstärkt und emotionale Regulation bzw. Kommunikation gefördert. Die Symbolisierung ist die Fähigkeit, Körperwahrnehmungen in Symbole zu kleiden und ihnen somit eine subjektive Bedeutung zu geben.

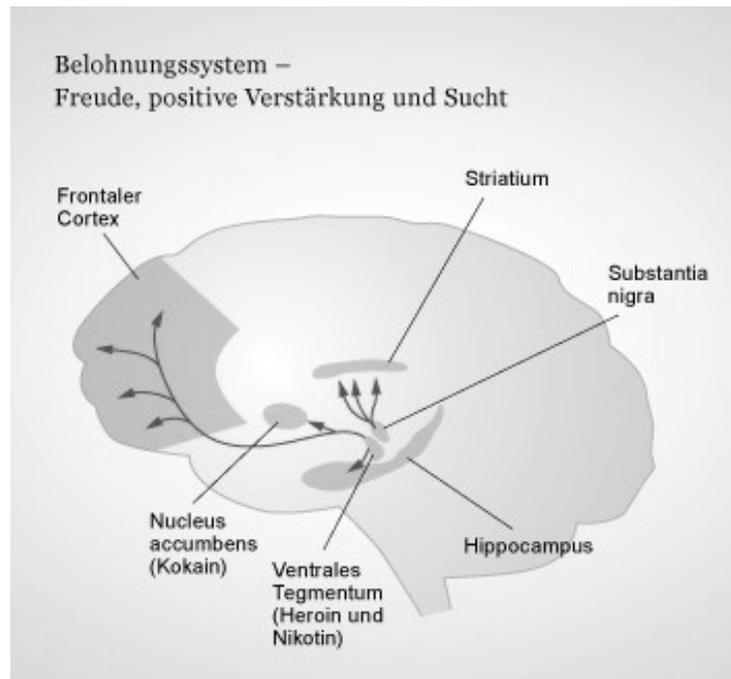


Abb. 16: Das Gehirn. Quelle: www.dasgehirn.info/denken/motivation/sucht-2013-motivation-zu-schlechten-zielen. Zugriff: 04.05.2015

Die Versprachlichung verhilft zur kognitiven Einordnung, fördert die Aktivität des Frontallappens und führt damit zu langfristigen therapeutischen Effekten. Das reine Erspüren kann zwar kurzfristig befreiend erlebt werden, ist aber begrenzt nachhaltig. Eine therapeutische Frage ist z.B.: Was erkennen die Patient/inn/en aus dem Erlebten heraus und welche Konsequenzen hat es für ihr Leben (Bitzner-Gavornik, 2004; Hochgerner & Schwarzmann, 2004; Fuchs, 2000)?

4.7 Achtsamkeit und Stress

Süchtige Menschen sind im Wesentlichen damit beschäftigt, Entzugssymptome zu vermeiden, welche sie unter massiven Stress setzen. Sie sind getrieben und kaum fähig zu entspannen.

Drogen verändern zusätzlich die Wahrnehmung von Gefühlen; sie dämpfen, intensivieren, verlängern Gefühlszustände bzw. eröffnen neuartige Wahrnehmungen. Einige süchtige Menschen erleben nach einer langen Suchtkarriere natürliche Gefühle oft nur als Spannungszustände bzw. in somatisierter Form.

Patient/inn/en sollen lernen, Gefühle wahrzunehmen, ohne von ihnen überflutet zu werden. Süchtige Menschen, die in Phantasien und Gesprächen Drogen als zentralen Inhalt wählen,

werden häufiger und stärker Suchtdruck haben, als jene, die ihre Aufmerksamkeit auf andere positive Inhalte richten. (Schay, 2013c, S.144; Fuchs, 2000)

Unangenehme Gefühle sind ein weiterer zentraler Rückfallgrund. Deshalb ist es für süchtige Menschen wichtig, die eigene Gefühlswelt bewusst wahrnehmen zu können, um in Folge mit ihr umzugehen (Körkel & Schindler, 2003).

Das Prinzip der Achtsamkeit in der Integrativen Gestalttherapie, welches eng mit der phänomenologischen Haltung in Zusammenhang steht, setzt hier an. Die Achtsamkeit, welche Psychotherapeut/inn/en nutzen, um genau zu erfassen, in welcher Wirklichkeit die Patient/inn/en leben, soll als Folge der Psychotherapie auf die Patient/inn/en übergehen und sie befähigen, selbst achtsamer zu leben. Notwendig dafür ist die Steuerung des Bewusstseins und das Akzeptieren von dem, was ist (Blankertz & Doubrawa, 2005; Hartmann Kottek, 2008a; Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004).

Psychotherapeut/inn/en sollen ihre Patient/inn/en anregen, Achtsamkeit auszuüben, und verdeutlichen, inwiefern die Steuerung der Aufmerksamkeit auf das Lebensgefühl und die Interpretation der Umwelt Einfluss nimmt.

„Entscheidend ist, dass eine Auseinandersetzung mit der Krankheit durch das verwendete Medium selbst und/oder mit Unterstützung des Therapeuten angeregt wird.“ (Peukert & Bilke, 2012, S. 34)

Kreative Medien und Achtsamkeitsübungen sind für das Verbessern der Wahrnehmung und der Achtsamkeit ideal. Für Menschen mit Suchterkrankung ist es wichtig, ihre Achtsamkeit bewusst einzusetzen und zu steuern (Trüg & Kersten, 2008).

4.8 Die narzisstische Kränkung - der Rückfall

Als Rückfall wird der neuerliche Konsum von Substanzen oder die Wiederaufnahme von schädlichen Verhaltensweisen nach einer Phase der Abstinenz verstanden. Rückfälle gibt es auch bei anderen psychischen und physischen Krankheiten und sind vor allem in der Suchttherapie mehr die Regel als die Ausnahme. In der Behandlung von suchtkranken Menschen müssen sie ein zentrales Thema sein. Jene süchtigen Menschen, welche in professionelle Behandlung kommen, haben meist schon oft selbst versucht, nüchtern zu werden und sind alleine gescheitert. Dennoch braucht die Entwicklung der Abstinenz Zeit; Rückfälle werden auf dem Weg zur Abstinenz wahrscheinlich vorkommen.

Wie jedoch mit dem Rückfall umgegangen wird und wie Rückfallprävention betrieben wird, macht einen zentralen Unterschied. Man spricht von „*Ausrutschen*“, wenn ein Rückfall kurz nach dem neuerlichen Konsum beendet wird, und der süchtige Mensch selbst den Ausstieg aus dem Rückfall schafft.

Die Annahme, dass ein ehemals süchtiger Mensch nach dem Konsum von geringen Mengen unweigerlich in die süchtige Lebensweise zurückfällt, entspricht nicht der Realität. Glauben süchtige Menschen jedoch selbst, dass nach einem neuerlichen Drogenkonsum kein Halt mehr besteht, ist dadurch auch die narzisstische Kränkung stärker. Es wird weniger innerer Halt oder Fehlertoleranz im süchtigen Menschen verankert werden können, folglich verlaufen Rückfälle häufig um vieles dramatischer (Körkel & Schindler, 2003).

Unter pathologischem Narzissmus versteht man im Wesentlichen das Stabilisieren des eigenen Selbstwertes durch Anerkennung von anderen um jeden Preis und auch auf Kosten anderer. Wenn Kinder nicht adäquat aufwachsen, also kindliche Bedürfnisse, wie jene nach Fürsorge, Grenzen oder Beziehung nicht ausreichend befriedigt werden, kann sich pathologischer Narzissmus als Reaktion darauf entwickeln. Sucht kann ein Ausdruck des Narzissmus sein, indem sich der Betroffene mit der Droge über die anderen stellt bzw. den Wunsch nach Anerkennung sublimiert oder verdrängt. Ein Rückfall ist auch ein Scheitern der narzisstischen Identität und des übersteigerten Selbstbildes (Dammann, 2013; Untertrainer, 2013; Kernberg, 2006).

Verharmlosung und Bagatellisieren des Rückfalls können genauso gefährlich sein wie Dramatisierung und Verzweiflung. Aber diese Verarbeitungsmechanismen können als Reaktion auf die narzisstische Kränkung verstanden werden. Rückfällige Patient/inn/en reagieren auf die Kränkung ihres falschen Selbstwerts oft mit oben beschriebenen Mechanismen, um ihren Selbstwert aufrecht zu erhalten.

Konkret geht es um mehr als den Rückfall, es geht um den Umgang mit der eigenen Schwäche, Sensibilität, Begrenztheit und dem eigenen Unvermögen, es geht um die Integration einer nicht gelingenden Anpassungsleistung und des Abgespaltenen. Kann der Narzissmus mit Hilfe der Psychotherapeut/inn/en oder der therapeutischen Gemeinschaft jedoch konstruktiv umgeleitet werden, kann er zu einer starken Ressource der süchtigen Menschen werden.

Stabiler Selbstwert inkludiert das Wissen um die eigenen Begrenztheiten, kann deswegen auch auf diese reagieren und wird zum größten Teil durch positive Erfahrungen aufgebaut. Die Integrative Gestalttherapie hat erkannt, dass persönlicher Selbstwert und Ich-Stärke ebenso wichtig für den konstruktiven Umgang mit sich selbst und der Umwelt sind wie praktische Fähigkeiten. Praktische Fähigkeiten können von den Patient/inn/en leichter eingesetzt werden,

wenn stabile Bindungserfahrungen verankert werden, und sie dadurch Scheitern eher verarbeiten können (Funk, 2013; Blankertz & Doubrawa, 2005).

4.8.1 Rückfall- und Krisenintervention

„Normalerweise wird Angst als Fehlen von Sauerstoff interpretiert. Aber das ist in Wirklichkeit erst eine sekundäre Wirkung. Die Ursache liegt darin, dass Unterstützung fehlt.“ (Perls zitieren nach Doubrawa Anke und Erhard 2003. S. 40)

Ich erlebe den Rückfall in meiner Arbeit immer wieder als Ausdruck bzw. Auslöser einer persönlichen Krise. Die allgemeinen Standards der Krisenintervention helfen mir, in der Arbeit methodisch vorzugehen und eine passende Haltung einzunehmen.

„Menschen in Krisen werden in ihrer aktuellen Lebenssituation meist überraschend mit neuen belastenden Ereignissen oder veränderten Lebensumständen konfrontiert, die bisherige Lebensziele in Frage stellen. Dazu gehören u.a. Todesfälle, Trennung, Krankheit oder Arbeitsplatzverlust.“ (Stein, 2015, S. 7)

Die Betroffenen können die krisenhaften Ereignisse nicht in ihr Leben integrieren und geraten in eine innerpsychische und soziale Destabilisierung. Der damit einhergehende Stress kann zu weiteren Problemen führen. Typische psychosoziale Krisensituationen sind (Stein, 2015):

- Akute Phasen der Überlastung,
- Krisen in bestimmten Schwellensituationen,
- Lebensveränderungskrise,
- Verlustkrise.

Aus meiner Erfahrung sind diese krisenauslösenden Situationen bei suchtkranken Menschen oft die Ursache für Rückfälle, welche die Schwere der Krisen weiter potenzieren.

Die Grundprinzipien der Krisenintervention können dementsprechend herangezogen werden (Stein, 2015):

- Schneller Beginn der Intervention
- Flexibilität
- Richtige Indikationsstellung
- Einfühlungsvermögen für subjektive Bedeutung der Krise
- Fokus: jetzige Problemlage

- Aktiver und strukturierter Interventionsstil
- Förderung der Selbsthilfemöglichkeiten
- Lösung- und Ressourcenorientierung
- Zeitliche Beschränkung
- Einbeziehung der Umwelt
- Methodenflexibilität
- Interdisziplinäre Kooperation

In schweren Krisen brauchen Menschen Unterstützung, wie jene von Eltern für ihre Kinder, welche nicht mehr in der Lage sind, ihre Gefühle zu ordnen und unter Kontrolle zu bringen. Sie brauchen ein emotional erreichbares Gegenüber, welches ihre Gefühle spiegelt und aushalten kann. Das objektivere Gegenüber ist in der Lage, einen weiteren Blick auf die aktuelle Situation zu werfen als der/die Betroffene, es fungiert als *Container*. Die aktuellen dramatischen Gefühle von Angst, Hilflosigkeit, Überforderung, Trauer oder mörderischer/selbstmörderischer Wut müssen von den Psychotherapeut/inn/en ausgehalten werden bzw. gemeinsam mit den Patient/inn/en erlebt werden. Eine externalisierte Affektregulation wird auf diese Weise zu zweit durchgeführt. Durch das Erleben der Beziehung während der Krisensituation, welche per se oft von den Betroffenen als Alleinsein empfunden wird, wird die starre Gestalt der Krise aufgeweicht und Integration kann stattfinden (Till, 2015).

„Gelingt es aber die Krise zu meistern und neue Erfahrungen und Problemlösungsstrategien zu entwickeln, kann das Leben gereift und gestärkt weitergeführt werden.“ (Stein, 2015, S. 7)

In der Integrativen Gestalttherapie geht es nicht darum, mehr Übertragungen anzuhäufen und abstinent darauf zu vertrauen, dass die Patient/inn/en diese durch therapeutische Deutung verstehen und somit auflösen. Die Integrative Gestalttherapie pflegt einen aktiven Interventionsstil. Übertragungen und Gegenübertragungen werden nicht als hinderlich, sondern als förderlich für die natürliche Beziehungsgestaltung gesehen. Gefühle kommen nicht nur aus der Vergangenheit, sondern sind ein Teil des präsenten Geschehens (Blankertz & Doubrawa, 2005).

4.9 Experimenteller Zugang - die Betonung der Selbstwirksamkeit

Süchtige Menschen, welche oft unter sozialem Rückzug leiden, schwierige Situationen tendenziell vermeiden oder nur mit Hilfe von Drogen bewältigen, lassen dabei ihre Selbstwirksamkeit verarmen und verlieren an Handlungskompetenzen (Schay & Sichau, 2013; Trüg & Kers-

ten, 2008).

Die Integrative Gestalttherapie ist eine ausdrucksorientierte Psychotherapie. Fritz Perls, der Mitbegründer der Gestalttherapie, nahm selbst Anleihen aus dem Psychodrama, welche bis heute noch aktuell sind. Lore Perl sprach die Wichtigkeit des individuellen Experiments bzw. des Probehandelns an. Die Nähe der Integrativen Gestalttherapie zum Existenzialismus ist ein weiterer Hinweis für die erlebnisorientierte Haltung.

Ziel des gestalttherapeutischen Wirkens ist es nicht, Gefühle zu beseitigen oder abzuführen, sondern die Bewußtheit[sic] des Patienten für emotionale Erfahrungen so zu steigern, daß[sic] den jeweiligen Emotionen wieder ihre informative Bedeutung als Orientierungsgröße in der Auseinandersetzung mit der Umwelt zukommt. Den Patienten soll dazu verholfen werden, daß[sic] sie sich der von Gefühlen zu leitenden Handlungstendenzen noch bewußt[sic] und damit aktiv werden. (Young-Dal You, 2001, S. 25)

Den Patient/inn/en wird die Möglichkeit geboten, Handlungskompetenzen wieder zu erwerben, indem sie szenisch in der Psychotherapie geübt werden. Dies kann in verschiedensten Formen in Bezugnahme des „Ortes des inneren Wissens“ angeregt werden. Rollenspiele, der leere Stuhl, kreative künstlerische Medien oder Visualisierungen sind praktische Zugänge (Blankertz & Doubrawa, 2005).

Wesentlich ist, dass die Patient/inn/en in der therapeutischen Sicherheit Kompetenzen spielerisch und experimentell entwickeln können, welche in der Realsituation eventuell noch als überfordernd empfunden werden. Süchtige Patient/inn/en können von dieser Brückenfunktion auf mehreren Ebenen profitieren (Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004; Hartmann Kottek, 2008a; Hüther, 2014):

- Erwerb von Handlungskompetenz
- Korrektives Einwirken der Psychotherapeut/inn/en auf die sozialen Kompetenzen
- Therapeutisches Bearbeiten der affektiven Reaktionen auf das Experiment

Ein Beispiel hierfür kann das Üben des „Neinsagen“ zu Drogenkonsumaufforderungen sein. Wesentlich ist aber das direkte Erleben der eigenen Handlungsfähigkeit zur Förderung von individuellen Ressourcen und ihrem situationsadäquaten Einsatz (Körkel & Schindler, 2003; Schay & Sichau, 2013; Schay, 2013a; Schay, 2013b; Schay & Haag 2013).

4.10 Organismische Selbstregulation

"Don't push the river, it flows by itself." (Perls zitiert nach Stevens, 1970, Buchtitel)

„Selbstregulation findet nicht nur in technischen, sondern auch in biologischen Zusammenhängen statt und heißt dann zur Unterscheidung von der mechanischen oder technischen Selbstregulation die »organismische« (alternativ: organische) Selbstregulierung (alternativ: Selbstregulation).“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 264)

Ich habe bereits beschrieben, welche Wichtigkeit die Aktivierung der individuellen Ressourcen in der Suchttherapie hat.

Die Integrative Gestalttherapie geht von der organismischen Selbstregulation („Prägnanz oder gute Gestalt“) aus. Dieses Prinzip besagt, dass jeder Organismus von sich aus über Kräfte verfügt, welche Heilung bzw. Entwicklung anstreben und gerade diese organismische Selbstregulation kann von gesellschaftlichen Konventionen gestört werden. Dieses von „Außen“ wird über die Zeit zu fixen Introjektionen, welche Anpassung verhindern. Gründe hierfür können gesellschaftliche Konventionen und Normen, Traumata, inadäquate Erziehung oder Unterdrückung sein (Blankertz & Doubrawa, 2005; Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004).

Um die organismische Selbstregulation entfalten zu können, müssen besagte Barrieren erkannt und losgelassen werden. Dieser Prozess kann in der Psychotherapie über das bewusste Spüren von dem, was im Hier und Jetzt wirkt, und dem Reflektieren von verinnerlichten Haltungen angeregt werden.

Den Schwerpunkt bewusst auf die eigenen inneren Ressourcen bzw. Lösungswege zu lenken, ist ein wichtiger Grundsatz der Integrativen Gestalttherapie, welcher durch die Neuropsychologie bestätigt wird. Eine Aussage der Neuroplastizität ist, dass das bewusste Erleben und Aktivieren von Fähigkeiten diese Fertigkeiten wachsen lässt. Werden diese Abläufe immer wieder aktiviert, wird das Gehirn sozusagen trainiert und verändert sich damit. Zukünftig kann auf das Erlernete so leichter zugegriffen werden. Die eigenen Ressourcen sind also ein Weg, um Selbstwirksamkeit zu trainieren und diese für die Patient/inn/en nutzbar zu machen (Hartmann Kottek, 2008b; Lüdecke, 2014; Rupler, 2004).

4.11 Kreative Medien

Kreative Medien haben in der Suchtarbeit genauso wie in der Behandlung von anderen Krankheiten seit langem ihren fixen Platz. Der Einsatz sollte aber auch hier genau wie bei anderen Störungen zielgerichtet und sinnvoll sein.

„Kunsttherapie oder Therapie mit künstlerischen Mitteln dient keinem Selbstzweck, vielmehr soll genau für diesen oder jenen Menschen (bzw. eine Gruppe) ein spezifischer positiver Effekt durch die Behandlung erzielt werden.“ (Trüg & Kersten, 2008, S. 7)

Grundsätzlich bieten kreative Medien die Möglichkeit, das innere Erleben ohne Sprache nach außen zu vermitteln, im Sinne des Wortes Medium. Die Bandbreite ist grenzenlos und umfasst abhängig von der Kreativität der Psychotherapeut/inn/en und der Patient/inn/en Singen, Malen, Tanzen, Bewegen, Imaginieren, Puppenspiele, Märchen, Inszenierungen u.v.m. (Trüg & Kersten, 2008; Salem, 2004).

In der Suchtarbeit bieten kreative Medien eine Möglichkeit, Grenzen neu kennenzulernen und kreativ zu setzen. Der Einsatz von kreativen Medien ermöglicht auch in der Suchtarbeit die besonders wichtige Distanzierung vom Affekterleben. Suchtdruck zum Beispiel ist ein sehr starker Affekt, von dem sich süchtige Menschen immer wieder distanzieren müssen. Externalisierung und Symbolisierung kann hier nützlich sein (Muhr, 2010; Holm-Hadulla, 1997).

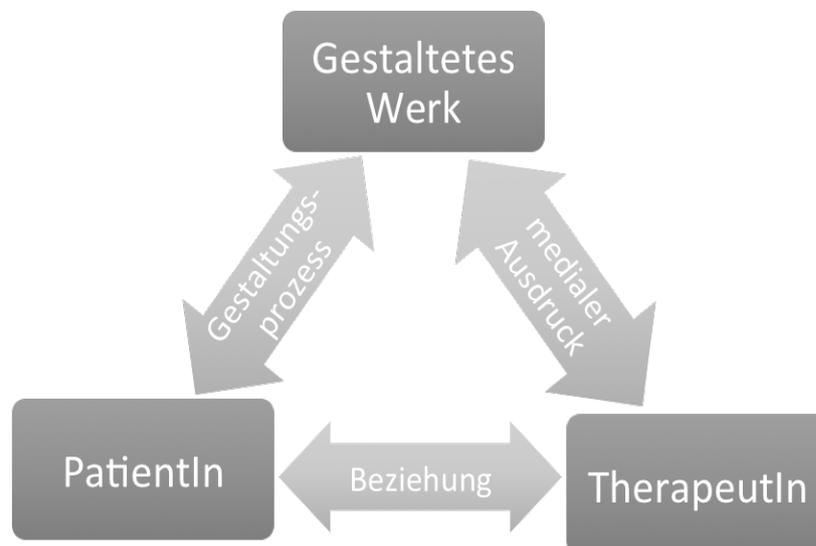


Abb.17: Kreative Medien. Eigene Darstellung. Daten entnommen aus: <http://psylex.de/psychotherapie/kunsttherapie/wirksam-bei-krebs.html>. Zugriff: 04.05.2015

Der Einsatz von kreativen Medien kann durch das strukturierte Vorgehen den persönlichen Ausdruck und die Selbstaktualisierung fördern. Die subjektive Realität der Patient/inn/en wird durch die Medien transportiert und Unbewusstes ins Bewusstsein geholt. Die Fähigkeit zu symbolisieren ist ein wesentliches Merkmal eines gesunden Zugangs zur eigenen Innenwelt und kann zur Intensivierung und zur Distanzierung von Gefühlszuständen genutzt werden.

Die Suche nach der eigenen neuen Identität wird ebenfalls unterstützt, da kreative Betätigung ein ureigener Ausdruck ist. Das Bewusstwerden des eigenen Selbst über die künstlerische Expression und die Versprachlichung der ihm innenwohnenden Botschaft ist bewusstseinsfördernd. Die Patient/inn/en erkennen sich selbst in ihren Werken (Trüg & Kersten, 2008; Muhr, 2010; Holm-Hadulla, 1997).

In der Arbeit mit süchtigen Menschen ist die Autonomiebildung wertvoll. Dazu gehören die Autonomie von der Substanz sowie die Autonomie vom Geschehen und den eigenen unmittelbaren inneren Impulsen. Kreative Medien betonen diese Fähigkeit, indem sie den Patient/inn/en zeigen, dass Gestaltung in der eigenen Hand liegt. Süchtige Menschen können entscheiden, wie sie vorgehen, was sie zeigen wollen, wieder verwerfen möchten, umgestalten oder womit sie zufrieden sind. Das Gestalten ist hierbei eine Handlung, die stellvertretend für den Umgang mit dem Leben ist (Körkel & Schindler, 2003).

„Dann gibt es eine Reihe von PatientInnen, die durch Begegnung und Beschäftigung mit Kunst in der therapeutischen Gemeinschaft Bedeutung für ihr Leben gefunden haben, dies nicht beruflich nützen (können), aber ein tragendes Element für ihre Person gefunden haben, das sie ständig begleitet und so oft über Schwieriges hinweg hilft.“ (Muhr, 2010, S.6)

Kreative Medien können, wenn sie richtig eingesetzt werden, eine kathartische und kräftigende Wirkung zeigen. Sie haben aber bei chronischen Erkrankungen und auch in der Suchttherapie Grenzen und brauchen das Zusammenwirken mit dem therapeutischen Gespräch. Wirkfaktoren kreativer Medien sind:

- Aktive Unterstützung bei der Problembewältigung: Der/die Therapeut/in kann die Patient/inn/en bei der Bewältigung des Problems unterstützen, die Patient/inn/en subjektiv erleben. Hierbei liegt die Betonung auf der Lösung der Probleme. Kraftfarben, sichere Orte, innere, sichere Räume oder Ruhepolgestaltungen können hier z.B. hilfreich sein.
- Erleben einer realen Erfahrung: Die Patient/inn/en erleben sich selbst als reale Gestalter/innen und Handelnde. Sie erkennen ihre aktiven Potentiale, ihre Realität selbst formen zu können.
- Ressourcenaktivierung: Nachdem Schwierigkeiten in der Gestaltung eine Form finden, ist es immer auch Aufgabe, die Ressourcen zu stärken, welche in den Klient/inn/en lie-

gen. Diese befähigen, Schwierigkeiten zu meistern. Eigene Ressourcen können durch die Gestaltung ausgedrückt, erlebt, über die Symbolisierung und Verbalisierung verstanden und internalisiert werden.

- Therapeutische Deutungshilfe: Der/die Therapeut/in verhilft den Patient/inn/en über einen hermeneutischen Dialog, ihre eigene Gestaltung und somit sich selbst besser zu erkennen, und wirkt motivierend auf die Patient/inn/en ein. Dieser Prozess muss dialogisch ablaufen, und die Deutungshoheit liegt bei den Patient/inn/en.

Trotzdem muss grundsätzlich gesagt werden, dass kreative Medien, wie auch andere Interventionen, auch destabilisierend wirken können, und es aufgrund der therapeutischen Sorgfaltspflicht wichtig ist auszuwählen, was, wann und zu welchem Zweck eingesetzt wird (Trüg & Kersten 2008; Muhr 2010; Holm-Hadulla 1997).

4.12 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde beschrieben, dass die Angebote der Integrativen Gestalttherapie für die Behandlung von Suchtkranken besonders geeignet sind. Die durch Suchtmittelkonsum bedingten Veränderungen und der Sucht zugrundeliegenden Bindungsstörungen sind Phänomene, für welche die Integrative Gestalttherapie passende Angebote vorzuweisen hat.

Die therapeutische Beziehung und die von den Patient/inn/en erlebte „Nachbeelterung“ wirken auf die Bindungsstörung, welche der Suchterkrankung meist ursächlich zu Grunde liegt. Angebote aus anderer Schulen, in welchen die Beziehung zwischen Patient/inn/en und Psychotherapeut/inn/en weniger klar ins Auge gefasst werden, können zwar Veränderungen im Verhalten und Erleben bewirken, haben jedoch weniger Angebote für das direkte Beziehungserleben zwischen Patient/inn/en und Psychotherapeut/inn/en und erreichen vielleicht nur eine kurzfristige Veränderung. Patient/inn/en lernen, in der tragenden Beziehung Unterstützung und Hilfe zu finden und somit die eigenen Schwierigkeiten zu bewältigen, anstatt sie durch Drogen zu verdrängen.

Weiters betrachtet die Integrative Gestalttherapie den Menschen als ganzheitliches Wesen im sozialen Feld und bezieht somit die Umwelt und die leiblichen Aspekte der Suchtkrankheit mit ein. Suchtkrankheit wird so als eine im psychischen, physischen sowie sozialen System liegende Krankheit verstanden. Die Integrative Gestalttherapie weiß, dass es für eine erfolgreiche Suchttherapie neben der psychischen auch eine Veränderung im sozialen, ökonomischen und leiblichen Sinne bedarf.

Die Achtsamkeit für die eigenen Innenwelten und das Anerkennen des unmittelbaren Erlebten ist für Patient/inn/en wichtig. Es lässt süchtige Menschen wieder mehr zu sich finden, und Entspannung jenseits des Drogenkonsum erleben.

Psychotherapeut/inn/en können als solidarische Unterstützer/inn/en und Begleiter/inn/en erlebt werden und helfen den Patient/inn/en auf dem Weg zur eigenen Genesung. Die Psychotherapeut/inn/en begegnen den Patient/inn/en authentisch und vermitteln ihnen, dass sie ihre eigenen Expert/inn/en ihrer Krankheit sind. Die Integrative Gestalttherapie betont immer wieder die Handlungsebene und bringt die Patient/inn/en in die Rolle der Gestalter/inn/en der eigenen Welt.

Der Einsatz von kreativen Medien kann für die Patient/inn/en in der Suchttherapie eine Brückenfunktion zur Verständigung, Reizverarbeitung und dem Erleben von Handlungskompetenz sein.

So wird Gestaltungsmöglichkeit nicht nur in Bezug auf Drogen, sondern auch in Bezug auf Beziehung erfahren. Nähe und Distanz werden geregelt, und Abhängigkeiten auf unterschiedlichen Ebenen bekämpft.

Die Ressourcen hierfür werden in den Patient/inn/en gesucht. Der Fokus liegt hierbei weniger auf der Bekämpfung der Sucht, sondern im Sinne der Ressourcenorientierung auf der Gestaltung einer selbstbestimmten, gesunden und sozial integrierten Lebensführung.

5 Resümee

In der vorliegenden Master Thesis wurde dargestellt, dass sich die Abhängigkeits- bzw. Suchterkrankung an phänomenologisch erfassbaren Kriterien festmachen lässt. Diese Kriterien messen sich an objektivierbaren Anteilen sowie an der subjektiven Bedeutung der Krankheit für die Patient/inn/en und ihr Umfeld. Diese Kriterien sind klinisch und therapeutisch relevant und müssen dementsprechend von den Psychotherapeut/inn/en erkannt werden, um eine ganzheitliche Behandlung planbar zu machen.

Suchtentwicklung geschieht in einem mehr oder weniger langen Prozess. Verschiedene psychotherapeutische Schulen verfolgen unterschiedliche Erklärungsmodelle der Krankheitsentwicklung, welche jedoch für Psychotherapeut/inn/en nicht miteinander im Widerspruch stehen müssen, sondern ergänzend ein tieferes Verstehen der Erkrankung ermöglichen.

Traumatisierung, ungünstige Bindungserfahrungen sowie das Vorhandensein von anderen psychischen Krankheiten begünstigen die Entwicklung von Süchten, wobei dies kein Automatismus ist. Sucht entwickelt sich wie andere psychische Krankheiten aus dem Zusammenwirken multikausaler Faktoren, wobei die individuelle Resilienz und Vulnerabilität eine entscheidende Rolle spielen. Jede/r Suchtkranke hat eine individuelle Geschichte, auf die Geschlecht, Alter, Umfeld, Herkunft und vieles mehr einen Einfluss haben. Der Beginn einer Sucht liegt meist beim Probierkonsum und je nach Abhängigkeitspotential der Substanz, Motiv und Konsumverhalten entwickelt sich die körperliche Abhängigkeit mehr oder weniger schnell. Von Sucht spricht man, wenn der/die Konsument/in nicht mehr auf die Droge verzichten kann, ohne leibliche Entzugssymptome zu erleiden, und das Leben der/des Betroffenen außer Kontrolle gerät. Viele Konsument/inn/en sind jedoch nicht an spezielle Substanzen gebunden, sondern verlagern den Konsum auf andere Substanzen, welche sie in destruktiver Form nehmen. Die Suchterkrankung betrifft oft nicht nur den/die Konsument/en/in alleine, sondern hat auch starke negative Effekte auf das Umfeld (z.B. Familie), da sich eine Co-Abhängigkeit entwickeln kann.

Die Psychotherapie ist ein wichtiger Teil der möglichen Behandlungsmaßnahmen der Sucht. Um die passende Behandlungsform ermitteln zu können, sind das Stadium der Sucht und die Lebenssituation des suchtkranken Menschen zu berücksichtigen. Die Behandlung des Suchtkranken soll deren Überleben sichern. Abstinenz kann ein Ziel sein, ist jedoch nicht in jedem Fall realistisch. Der reduzierte Konsum oder die stabile Substitutionsbehandlung können die Lebensqualität von suchtkranken Menschen wesentlich verbessern. Es gilt das Prinzip der Gemeinschaftlichkeit und der Realisierbarkeit in der Behandlung.

Die Psychotherapie zielt darauf ab, Motivation zur Veränderung in den Patient/inn/en zu fördern. Die Motivation, ein drogenfreies oder zumindest weniger durch Drogen belastetes Leben zu führen, wird gestärkt, indem das nüchterne Leben für die Patient/inn/en an Attraktivität und subjektiver Realisierbarkeit gewinnt. Suchtkranke Menschen sollen durch die Psychotherapie die Erfahrung machen, dass Probleme, Stress und unangenehme Gefühle in einer vertrauensvollen Beziehung bewältigt werden können. Der Schritt zur Inanspruchnahme von Unterstützung soll einfacher sein, als sich durch Drogen kurzfristige Abhilfe von Belastungen zu verschaffen.

Die Psychotherapeut/inn/en haben die Aufgabe, ihre Patient/inn/en mit dysfunktionalem Verhalten zu konfrontieren und adäquate, gesündere Reaktionsstrategien zu fördern und zu entwickeln. Stressbewältigungsfertigkeiten, Psychoedukation, Rückfallprävention und Bewälti-

gungstechniken sind wichtige Bausteine der Psychotherapie, vor allem aber brauchen Lernerfahrung eine positive Beziehung, die Halt und Sicherheit bietet.

Die Beantwortung der Fragestellung über die Beiträge der Integrativen Gestalttherapie zur psychotherapeutischen Behandlung der Substanzabhängigkeit, fasse ich folglich zusammen:

Ich habe beschrieben, dass die Sucht einen starken Zusammenhang mit Bindungsstörungen und sozialer Isolation aufweist. Aus diesen Gründen ist die bewusste beziehungsorientierte Behandlung in der Integrativen Gestalttherapie ein adäquates Angebot. Dieses Angebot ist wichtig, um die Motivation für die Therapie und die kognitive Aufnahmefähigkeit zu unterstützen.

Die Integrative Gestalttherapie fördert die kreative Anpassung der Patient/inn/en auf die veränderten Lebensumstände und Herausforderungen durch das abstinente Leben. Kreative Medien bieten dabei vielen Patient/inn/en unorthodoxe Zugänge, um ihre organismische Selbstregulation frei zu setzen. Diese Förderung ist erlebnisorientiert und auf unterschiedlichsten leiblichen Wahrnehmungskanälen ausgerichtet.

Die handlungs- und erlebnisgestützte Psychotherapie ist für Suchtkranke insofern angebracht, da suchtkranke Menschen unterstützt werden Strategien zu entwickeln, um durch aktive Einflussnahme und Beziehungsgestaltung adäquater/angemessener mit ihrem Leben umzugehen. In dieser psychotherapeutischen Behandlung darf experimentiert, geübt, verworfen und angepasst werden. Wesentlich ist, dass die Patient/inn/en eine leibliche Erfahrung machen, also Lösungen und Beziehungen über alle Sinneskanäle wahrnehmen, um diese bestmöglich als bleibende Erfahrung bzw. fixes Introjekt zu internalisieren. Das Prinzip der Leiblichkeit besagt, dass Genesung ein leiblicher Prozess ist.

Dazu bieten die Integrativen Gestalttherapeut/inn/en ein Modell für eine gesunde Lebensführung an und stehen mit den Patient/inn/en auf Augenhöhe in Kontakt. Die „psychotherapeutische Nachbeelterung“ und die Authentizität der Psychotherapeut/inn/en bieten speziell Patient/inn/en mit schwierigen Bindungserfahrungen und/oder traumatischen Erfahrungen Halt. Die Integrative Gestalttherapie leistet wesentliche Beiträge in der psychotherapeutischen Behandlung von Substanzabhängigkeit. Sie verfolgt ein ganzheitliches Krankheits- und Gesundheitsverständnis, da sie das Individuum, die Umwelt und die Substanz miteinbezieht. Diese Haltung wird der Suchterkrankung im besonderen Maße gerecht, da die Suchterkrankung eine Krankheit ist, welche alle Lebensbereiche erfasst. Sucht ist sowohl eine leibliche als auch soziale Erkrankung.

LITERATURVERZEICHNIS

- Amendt-Lyon Nancy, Bolen Inge, Höll Kathleen (2004): *Konzepte der Gestalttherapie* in Hochgerner, Markus & Hofmann-Widhalm, Herta & Nausner Liselotte, & Wildberger, Elisabeth (Hrsg.): *Gestalttherapie* (S. 101-125, 154-155). Wien: Fakultas Verlag
- Bake Thomas (2008): *Gestalttherapie in der Arbeit mit Abhängigkeitskranken* in Hartmann Kottek, Lotte (Hrsg.): *Gestalttherapie* (S.303-309). Heidelberg: Springer Verlag Berlin
- Barth, Volker (2011): *Sucht und Komorbidität: Grundlagen für die stationäre Therapie* (S. 109-111, 78-79, 90-94). Heidelberg: ecomed Medizin
- Batthyány Dominik (2014): *Weitergeben, Prägen und Vererben. Sucht. Wege aus der Sucht* (92), S. 14-15, 90-94
- Becker Peter (2009): *Klinische und wissenschaftliche Grundlagen* in Rabovsky Kristin (Hrsg.) (2009): *Diagnosenübergreifende und multimodale Psychoedukation: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen* (S. 3-10). München: Elsevier Verlag
- Bitzner Gavornik Günther(2004): *Körperarbeit in der Integrativen Gestalttherapie* in Hochgerner, Markus & Hofmann-Widhalm, Herta & Nausner Liselotte, & Wildberger, Elisabeth (Hrsg.): *Gestalttherapie* (S.218-232). Wien: Fakultas Verlag
- Blankertz, Stefan und Doubrawa Erhard (2005): *Lexikon der Gestalttherapie* (S. 108-109, 119-122, 128-130, 145-150, 16-21, 165, 181-184, 22-23, 220-234, 250-258,252-257, 264-266, 285-287, 303-308, 312-317, 323-325, 33-34, 55-57, 69-71, 83-87, 9, 93-100). Köln: Peter Hammer Verlag
- Bolen Inge (2004): *Gruppendynamik* in Hochgerner, Markus & Hofmann-Widhalm, Herta & Nausner Liselotte, & Wildberger, Elisabeth (Hrsg.): *Gestalttherapie* (S. 253-274). Wien: Fakultas Verlag
- Brisch Karl Heinz (Hrsg.) (2013). *Bindung und Sucht* (S. 277, 280). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Buber Martin (1972): *Briefwechsel aus sieben Jahrzehnten* (S. 34). Heidelberg: Lambert Schneider
- Dammann Gerhard (2013): *Was ist eigentlich Narzissmus? Sucht. Wege aus der Sucht* (88), S. 6-9
- Dilling H. und Freyberger H.J. (Hrsg.) (2010) *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen* (S. 65-88, 170-179). Bern: Hans Huber Verlag
- Do Warta (2004): *Therapie im Strafvollzug* in Hochgerner, Markus & Hofmann-Widhalm, Herta & Nausner Liselotte, & Wildberger, Elisabeth (Hrsg.): *Gestalttherapie* (S. 351-362). Wien: Fakultas Verlag

- Doubrawa Anke und Erhard (Hrsg.) (2003): *Erzählte Geschichte der Gestalttherapie* (S. 40). Wuppertal: Peter Hammer Verlag
- Dremmel Ralf (2012): *Motivational Interviewing: Psychotherapie auf Augenhöhe* in Batra Anil, Bilke-Hentsch Oliver (Hrsg.): *Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (S. 38-43). Stuttgart: Thieme Verlag
- Englert Ekkehart, Ziegler Markus (2001): *Kinder opiatabhängiger Mütter - Ein Überblick. Suchttherapie* 2001 (2) (S. 143-151). Stuttgart: Thieme Verlag
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2013): *Alte und neue Drogenprobleme. Die europäische Drogenlandschaft 2013*. Zugriff am 14.04.2015. Verfügbar unter: <http://www.emcdda.europa.eu/edr2013>
- Feuerlein, Wilhelm (2005): *Alkoholismus: Warnsignale, Vorbeugung, Therapie* (S.88). München: C.H.Beck
- Fischer g., Riedesser P., (1999): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Flores Philip J.(2013): *Die Bindungstheorie in der Relevanz für die Suchttherapie* in Brisch Karl Heinz (Hrsg.). *Bindung und Sucht* (S.32, 37). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Fridell, Mats und Nilson, Margareta. (2004): EBDD - EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT Drogen im *Blickpunkt. Briefing der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Komorbidität - Drogenkonsum und psychische Störungen* (S. 1-4). Zugriff am 10.04.2014. Zugriff unter: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_DE_Dif14DE.pdf
- Frommberger Christian (2004): *Posttraumatische Belastungsstörungen* in Berger M. (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie* (S.117). München: Elsevier
- Fthenakis Wassilios E., Wustmann Corina (2004): *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern*. Weinheim und Basel: Beltz
- Fuchs Thomas (2000): *Leib, Raum, Person: Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie* (S. 193-200, 87-91). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- Funk R.(2013): *Selbstwörterleben zwischen Haben und Sein. Sucht. Wege aus der Sucht* (88), S. 19
- Gahleitner Silke Brigitte (2000): *Sexueller Mißbrauch und seine geschlechtsspezifischen Auswirkungen* (S. 80-91). Marburg: Tectum Verlag
- Gahleitner Silke Brigitte (2013): *Gender Trauma Sucht und Bindung: Phänomenologie, Wechselwirkung und Gegenstrategie* in Brisch Karl Heinz (Hrsg.). *Bindung und Sucht* (S.235-236) Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Gaspar M., Heilmann M. (2006): *Substitution bei Opiatabhängigkeit* in Möller, Hans-Jürgen (Hrsg.). *Therapie psychischer Erkrankungen* (S. 674-675). Stuttgart: Thieme Verlag

- Gölz J.H. (2004): *Stigmatisierung von Drogenabhängigen*. *Suchttherapie* 2004(5) (S. 167-171). Stuttgart: Thieme Verlag
- Grüner Kreis (2015): *Die Therapeutische Gemeinschaft*. Verfügbar unter: <http://www.gruenerkreis.at/die-therapeutische-gemeinschaft>. Zugriff am: 08.05.2015
- Günther A. (2008): *Suchttherapie und Psychotherapie. Brauchen wir eine Philosophie der Suchttherapie?* *Suchttherapie* 2008 (9) (S. 55-62). Stuttgart: Thieme Verlag
- Hartmann Kottek, Lotte (2008a): *Allgemeine Behandlungsmethodik (bei Standardbelastbarkeit)* in Hartmann Kottek, Lotte (Hrsg.): *Gestalttherapie* (S. 208-209). Heidelberg: Springer Verlag Berlin
- Hartmann Kottek, Lotte (2008b): *Theoretische Bezüge zu «Teil und Ganzes»* in Hartmann Kottek, Lotte (Hrsg.): *Gestalttherapie* (S. 66-67). Heidelberg: Springer Verlag Berlin
- Hartmann Kottek, Lotte (2008c): *Was ist Gestalttherapie* in Hartmann Kottek, Lotte (Hrsg.): *Gestalttherapie* (S. 8-14). Heidelberg: Springer Verlag
- Hartwich P., Grube M. (2003): *Psychotherapie bei Psychosen: Neuropsychodynamische Handeln in Klinik und Praxis* (S.159). Heidelberg: Springer Verlag
- Hochgerner Markus, Schwarzmann Melitta (2004): *Psychosomatik in der Integrativen Gestalttherapie* in Hochgerner, Markus & Hofmann-Widhalm, Herta & Nausner Liselotte, & Wildberger, Elisabeth (Hrsg.): *Gestalttherapie* (S. 307-331). Wien: Fakultas Verlag
- Holm-Hadulla, Reiner Matthias (1997): *Die psychotherapeutische Kunst – Hermeneutik als Basis therapeutischen Handelns* (S.76-82). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag
- Hoyer Jürgen (2003): *Stadien der Veränderung: Modell, Anwendungsbewährung und Perspektiven im Suchtbereich*. *Suchttherapie* 2003(4) (S. 140-145). Stuttgart: Thieme Verlag
- Hüther Gerald (2014): *Neurobiologische Hintergründe von Suchterkrankung*. *Sucht. Wege aus der Sucht* (92), S.8-9
- Hutterer-Kirsch, Amendt-Lyon Nancy (2004): *Gestalt Diagnostik* in Hochgerner, Markus & Hofmann-Widhalm, Herta & Nausner Liselotte, & Wildberger, Elisabeth (Hrsg.): *Gestalttherapie* (S. 153-156). Wien: Fakultas Verlag
- Junghanns K. & Wetterling Tilman.(1997): *Suchtverlagerung* in Wetterling,Clemens, Tilman Veltrup (Hrsg.): *Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen: Ein Leitfaden* (S. 122-123). Berlin- Heidelberg: Springer Verlag
- Kassel Sonja (2007): *Kontrollierter Drogenkonsum – Die neue Zielkategorie in der Drogenhilfe*. *Master für Sozialpädagogik* (S. 55-57, 93-94, 83-84). Universität Bremen. Bremen
- Keilhuber Anita (2014): *Therapie bei Drogensucht* (S.1). Zugriff am 23.02.2015. Verfügbar unter: <http://www.netdoktor.at/therapie/drogensucht-therapie-8705>

- Kernberg Otto(2006): *Die narzisstische Persönlichkeit in ihrer Beziehung zu antisozialem Verhalten und Perversionen – pathologischer Narzissmus und narzisstische Persönlichkeit* in Kernberg O. F. und Hartmann P. (Hrsg.): *Narzissmus: Grundlagen - Störungsbilder – Therapie* (S.263-267, 272-284). Stuttgart: Schattauer Verlag
- Kiefer F. Soyka M. (2011): *Störungen durch Alkohol* in Möller Hans Jürgen, Laux Gerd, Kapfhammer Hans-Peter: *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. S. 150-151 Berlin: Springer Verlag
- Klein M. (2014): *Transgenerationale Aspekte von Suchterkrankungen. Sucht. Wege aus der Sucht* (92), S.20-21, 14-15
- Klumpp Ursula (2006): *Die vier Wege der Heilung und Förderung in der Arbeit mit drogenabhängigen Frauen und Männern am Beispiel der Drogenrehabilitationseinrichtung Aebi-Hus Maison Blanche, Schweiz* in Petzold Hilarion, Schay Peter, Scheiblich Wolfgang (2006) *Integrative Suchtarbeit. Innovative Modellen, Praxisstrategien und Evaluation* (S. 285-289). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Körkel Joachim, Schellberg Birgit, Haberacker Karin, Langguth Wilfried, Neu Birgit (2002): *Das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT)“*. *Suchttherapie* 2002(3) (S.36-44). Stuttgart: Thieme Verlag
- Körkel, Joachim (2008): *Editorial. Suchttherapie* 2008(9) (S. 148-149). Stuttgart: Thieme Verlag
- Körkel, Joachim (Hrsg.) (1992): *Der Rückfall des Suchtkranken: Flucht in die Sucht?* (S. 63-70). Berlin: Springer Verlag
- Körkel, Joachim, Schindler, Christin (2003): *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* (S.129-133,155,197-198,221-222,235,257-259,307,383-384, 36-44, 447, 198, 216, 3, 197-198, 449-454, 221-223, 175-176, 44-46, 281-289, 129-133, 155,197-198 ,235, 257-259, 307, 383-384). Heidelberg: Springer Verlag
- Koschler Helga (2010): *Die Betreuung substanzabhängiger Frauen und Kinder – eine Zielgruppe der ambulanten Suchtberatungsstellen im städtischen Raum Oberösterreichs*. Magisterarbeit, Fachhochschule Linz, S. 12-14
- Krausz Michael, Briken Peer (2002): *Sexueller Missbrauch bei opiatabhängigen Frauen in Relation zu biografischen Faktoren, Suchtentwicklung und psychischer Symptomatik*. *Suchttherapie* 2002(3) (S. 178-183). Stuttgart: Thieme Verlag
- Kruse Günther (2004): *Abhängigkeitserkrankungen* in Machleidt Wieland, Bauer Manfred, Lamprecht Friedhelm, Rose Hans K. Rohde-Dachser Christa. (2004) (Hrsg.) *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 209). Stuttgart: Thieme Verlag

- Küfner H., Feuerlein W. und Huber M. (1988): *Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4 Jahreskatamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung*. Suchtgefahren 34. S. 157-272
- Kuntz, Helmut (2009): *Der rote Faden der Sucht* (S. S.169-177, 34, 141-145, 45-49, 238-249, 30-33). Hemschbach: Beltz Verlag
- Kupferschmidt Karl (2011): *Sucht – Motivation zu schlechten Zielen*. S. 1 Zugriff am 22.03.2015 Zugriff unter: www.dasgehirn.info/denken/motivation/sucht-2013-motivation-zu-schlechten-zielen
- Kurz, Martin. (2014): *Psychotherapeutische Ziele in der Behandlung der Alkoholkrankheit. Die Punkte*. 1(2014) (S.1-4). Zugriff am 05.1.2014. Verfügbar unter: www.medmedia.at
- Lehofer Michael (2010): *Einsamkeit und Sucht. Sucht. Wege aus der Sucht* (76), S.6
- Leppin Anja (2010): *Konzepte und Strategien der Prävention* in Hurrelmann K. Klotz T., Haisch J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber
- Lewin Kurt (1963): *Feldtheorien in den Sozialwissenschaften. Ausgewählte theoretische Schriften* (S. 263). Berlin, Stuttgart: Huber
- Lewin Kurt (1982): *Soziales Gleichgewicht und sozialer Wandel im Gruppenleben* in Graumann C.-F. (Hrsg.): *Feldtheorie Kurt-Lewin-Werke (KLW) Bd. 4.* (S. 237-289, 68). Bern: Huber, Stuttgart Klett-Cotta
- Lieb Roselind, Isensee Barbara, Höfler Michael, Pfister Hildegard, Wittchen Hans-Ulrich (2001): *Elterliche Alkoholbelastung und die Entwicklung von Suchtproblemen bei ihren Kindern – Ergebnisse der prospektiven-longitudinalen EDSP-Studie*. *Suchttherapie* 2001 (2) (S. 125-136). Stuttgart: Thieme Verlag
- Lindenmeyer J. (2011): *Alkoholmissbrauch und –Abhängigkeit* in Wittchen Hans-Ulrich, Hoyer Jürgen (2011): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin: Springer Verlag
- Lindenmeyer Johannes (2012): *Motivationstheorien in Batra Anil, Bilke-Hentsch Oliver (Hrsg.): Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (S. 29-31). Stuttgart: Thieme Verlag
- Lüdecke Christel (2010a): *Trauma- und Sucht- Therapie* in Lüdecke Christel Faure Hendrik und Sachsse von Schattauer Ulrich (Hrsg.): *Sucht- Bindung- Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen* (S. 16-24, 175-180). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Lüdecke Christel (2010b): *Neurobiologische Grundlagen von Trauma und Sucht* in Lüdecke Christel Faure Hendrik und Sachsse von Schattauer Ulrich (Hrsg.): *Sucht- Bindung- Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen* (S. 27-73). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Lüdecke Christel (2014): *Traumatisierende Beziehungserfahrungen und Suchterkrankungen. Sucht. Wege aus der Sucht* (92), S. 14-15

- Lüdecke Christel, Sachsse Ulrich (2010): *Die therapeutische Beziehung in der Behandlung traumatisierter Suchtkrankter* in Lüdecke Christel Faure Hendrik und Sachsse von Schattauer Ulrich (Hrsg.): *Sucht- Bindung- Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen* (S. 27-73). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Madlung-Kratzer Ekkehard (2015) *Komorbidität*. Zugriff am 22.02.2015. Verfügbar unter: <http://www.drogensubstitution.at/basisinformation/grundlagen/komorbiditaet.htm>
- Maier W., Linz M., Freyberger J.(1996): *Komorbidität von Substanzabhängigkeitsstörungen und anderen psychischen Störungen* in Soyka M.; Möller Hans Jürgen (Hrsg.)(1996): *Alkoholismus als psychische Störung* (S.71-75). Berlin Heidelberg: Springer Verlag
- Meili, D., Dober, S., Eyal, E. (2004) *Jenseits des Abstinenzparadigmas in Suchttherapie – Ziele der Suchttherapie* (S.1–9). Suchttherapie (2004)
- Merleau-Ponty M. (1994): *Das Sichtbare und das Unsichtbare*. München: Fink
- Messmann W. (2012): *Indianer und Alkohol - Wie Feuer und Wasser*. Zugriff am 21.02.2015. Verfügbar unter: www.noz.de/lokales/osnabrueck/artikel/337716/indianer-und-alkohol-wie-feuer-und-wasser
- Miller William, Rollnick Stephen (2009): *Motivierende Gesprächsführung* (S.19-25, 30-35, 129). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag
- Muhr Robert (2010): *Kunst in der Suchttherapie. Sucht. Wege aus der Sucht* (75). S. 6-7
- Perls, Fritz (1976): *Grundlagen der Gestalttherapie. Einführung und Sitzungsprotokolle* (S.9). München: Pfeiffer
- Perls, Fritz (1981): *Gestalt-Wahrnehmung. Verworfenes und Wiedergefundenes aus meiner Mülltonne*. Frankfurt: Verlag für Humanistische Psychologie
- Petzold Hilarion (1992): *Gestalt, Wachstum, Integration. Aufsätze, Vorträge, Therapiesitzungen* (S. 235). Paderborn: Junfermann
- Petzold Hilarion, Schay Peter, Scheiblich Wolfgang (2006) *Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Petzold, H. G. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie*, Band 1, Klinische Philosophie (2. überarb. und erw. Auflage). Paderborn: Junfermann. S. 160, 210
- Peukert P., Bilke O. (2012): *Psychoedukation* in Batra Anil, Bilke-Hentsch Oliver (Hrsg.): *Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter*. Stuttgart: Thieme Verlag
- Platz E. (1996): *Psychopharmaka bei psychiatrischen Erkrankungen: Neuroleptika, Tranquillizer, Antidepressiva. Anwendungsgrundsätze, Nebenwirkungen, Kontraindikationen,... und tabellarische Übersicht* (S.203-203). Wiesbaden: Deutscher Universitäts Verlag

- Ploeger A, Neises M. (2010): *Teilstationäre Psychotherapie- Psychotherapie in der Tagesklinik. Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin.*(5): Heft 4, S. 255-260
- Poser S. (2006): *Nachsorge und Selbsthilfe* in Möller, Hans-Jürgen (Hrsg.). *Therapie psychischer Erkrankungen* (S. 646-647, 368-369). Stuttgart: Thieme Verlag
- Preinsperger Wolfgang (2014): *männer und sucht: prävalenzen, ursachen, hintergründe*. Zugriff am 23.02.2015 (S. 4-38). Verfügbar unter: www.praevention.at/upload/documentbox/Preinsberger.pdf
- Reis, Oliver (2012): *Risiken und Schutzfaktoren der Suchtentwicklung, entwicklungs-dynamische Aspekte* in Batra Anil, Bilke-Hentsch Oliver (Hrsg.): *Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (S. 29-31). Stuttgart: Thieme Verlag
- Rennert Monika (2012): *Co-Abhängigkeit: Was Sucht für die Familie bedeutet*. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Renoldner Christa (2007): *Einfach systemisch!: systemische Grundlagen und Methoden für Ihre pädagogische Arbeit* (S.34-36). Münster: Ökotoxia Verlag
- Rösler U. und Votsmeier A. (1999): *Gestalttherapie in der Behandlung von Suchtkranken am Beispiel der Drogenabhängigkeit. Gestalttherapie 1* (S. 1, 57-78). Köln: EHP
- Rupler Peter (2004): *Soziokulturelle und biografische Voraussetzungen bei der Theoriebildung von Gestalttherapie durch Fritz und Lore Perls* in Hochgerner, Markus & Hofmann-Widhalm, Herta & Nausner Liselotte, & Wildberger, Elisabeth (Hrsg.): *Gestalttherapie*. S. 77-100, 96-97, 82, 91-92 Wien: Fakultas Verlag
- Saint-Exupéry Antoine (2015): *Der kleine Prinz*. Düsseldorf: Aurabooks
- Salem Elisabeth (2004): *Frühe Störungen als Anwendungsgebiet Kreativer Medien* in Hochgerner, Markus & Hofmann-Widhalm, Herta & Nausner Liselotte, & Wildberger, Elisabeth (Hrsg.): *Gestalttherapie* (S. 303-306). Wien: Fakultas Verlag
- Scharrer S. (2008): *Was kann Ethik in der Suchttherapie leisten? Suchttherapie 2008(9)* (S.150-160). Stuttgart: Thieme Verlag
- Schay, Peter (2013a): *Ambulant Betreutes Wohnen für abhängigkeitskranke Menschen* in Schay, Lojewski, Siegele (Hrsg.): *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie – Methode - Praxis der sozialen und medizinischen Rehabilitation* (S.102-111). Stuttgart: Thieme Verlag
- Schay, Peter (2013b): *Integrative Therapie in der Drogenhilfe* in Schay, Lojewski, Siegele (Hrsg.): *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie – Methode - Praxis der sozialen und medizinischen Rehabilitation* (S.18-26). Stuttgart: Thieme Verlag
- Schay, Peter (2013c): *Polytraumatisierungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und ihre Komorbiditäten im Kontext Sucht* in Schay, Lojewski, Siegele (Hrsg.): *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie – Methode - Praxis der sozialen und medizinischen Rehabilitation* (S.144-158). Stuttgart: Thieme Verlag

- Schay, Peter; Haag Ines (2013): *Ganztägige ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker – ein alltagsbezogener Behandlungsansatz der (Re-)Integration* in Schay, Lojewski, Siegele (Hrsg.): *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie – Methode - Praxis der sozialen und medizinischen Rehabilitation* (S. 71-89). Stuttgart: Thieme Verlag
- Schay, Peter; Lojewski, Ilona und Siegele, Frank (2013): *Komorbidität im Kontext Sucht* in Schay, Lojewski, Siegele (Hrsg.): *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie – Methode - Praxis der sozialen und medizinischen Rehabilitation* (S.134-143). Stuttgart: Thieme Verlag
- Schay, Peter; Peters Fabian (2013): *Bedeutung einer Integrativen Gruppentherapie im Kontext Sucht* in Schay, Lojewski, Siegele (Hrsg.): *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie – Methode - Praxis der sozialen und medizinischen Rehabilitation* (S.18-26). Stuttgart: Thieme Verlag
- Schay, Peter; Sichau Frank (2013): *Integrative Arbeit mit suchtmittelkonsumierenden und- abhängigen Jugendlichen im Strafvollzug* in Schay, Lojewski, Siegele (Hrsg.): *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie – Methode - Praxis der sozialen und medizinischen Rehabilitation* (S.40-47). Stuttgart: Thieme Verlag
- Scheiblich W., Petzold H. (2006): *Probleme und Erfolge stationärer Behandlung drogenabhängiger Menschen im Verbundsystem – Förderung der „Regulationskompetenz“ und „Resilienz“ durch „komplexes Lernen“* in Petzold Hilarion, Schay Peter, Scheiblich Wolfgang (Hrsg.) *Integrative Suchtarbeit. Innovative Modellen, Praxisstrategien und Evaluation* (S. 494-495). Wiesbaden: VS Verlag
- Scheide Petra (2012): *Traumatisierung und Abhängigkeitserkrankung*. Sucht. Wege aus der Sucht (81), S. 12-14
- Schiepek Günter (2003): *Neurobiologie der Psychotherapie* (S.1-5). Stuttgart: Schattauer Verlag
- Schippers Gerhard, Cramer Edith (2002): *Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain*. Suchttherapie 2002 (3) (S.79-80). Stuttgart: Thieme Verlag
- Schmidbauer Wolfgang (2009): *Der hilflose Helfer* (S. 48-60). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Senf W., Tagay S., Langkafel M. (2011): *Entwicklungstheorien* in Senf Wolfgang und Broda Michael (2011): *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch* (S.93-94). Stuttgart: Thieme Verlag
- Soyka Michael, Küfner Heinrich (2008): *Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit* (S. 314-315). Stuttgart: Thieme Verlag
- Springer Alfred (2003): *Suchtbehandlung und Suchtforschung: Paradigmen zwischen Alltag und Vision*. Suchttherapie 2003 (4) (S. 83-88). Stuttgart: Thieme Verlag

- Sreckovic Milan (Hrsg.) (1989): *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie*. Köln(3. Auflage 2005): Edition Humanistische Psychologie
- Stein Claudius (2015): *Krisenintervention: Grundlagen und spezielle Methodik*. ÖAGG Feedback 2015(1&2), S. 7-9,12
- Stevens Berry (1970): *Don't Push the River: It Flows by Itself*. Gouldsboro. Gestalt Journal Press (1. Januar 1970)
- Stoff Marianne, Ruh Michael, Dieter Zabransky (2004): *Gestalttherapie und Feldtheorie in Hochgerner, Markus & Hofmann-Widhalm, Herta & Nausner Liselotte, & Wildberger, Elisabeth (Hrsg.): Gestalttherapie (S. 13-37)*. Wien: Fakultas Verlag
- Stöver H. (2007): *Mann, Rausch, Sucht: Konstruktion und Krisen von Männlichkeit*. Suchttherapie 2007 (8) (S. 89-94). Stuttgart: Thieme Verlag
- Streeck U.(2003): *Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen: Grundlage der psychotherapeutisch-interaktionellen Methode*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Teusch L., Gastpar M. (2006): *Verhältnis von Psychotherapie und Pharmakotherapie: Störungspotentiale und mögliche positive Interaktionsmöglichkeiten* in Möller, Hans-Jürgen (Hrsg.). *Therapie psychischer Erkrankungen* (S. 368-369). Stuttgart: Thieme Verlag
- Therapiestation Erlenhof (2015): *Psychotherapie*. S.1 Verfügbar unter: <http://www.therapiestation-erlenhof.at/angebot/psychotherapie>. Zugriff am: 08.05.2015
- Thomasius R., Bröning S.(2014): *Kinder von Suchtkranken - Patienten von morgen?*. Sucht (92), S.12-13
- Thomasius R., Gemeinhardt B., Schindler A. (2000): *Familientherapie und systemische Therapie bei Suchtkrankheit* in Thomasius Reiner (Hrsg.): *Psychotherapie der Suchterkrankung* (S.122-147). Stuttgart: Thieme Verlag
- Till Wolfgang (2015): *Krisenintervention – psychoanalytisch gesehen. Containing, Übertragung, Gegenübertragung*. ÖAGG Feedback 2015(1&2), S. 26
- Trüg E., Kersten M. (2008): *Praxis der Kunsttherapie – Arbeitsmaterialien und Techniken (S. 4-6, 9-10)*. Stuttgart: Schattauer Verlag
- Uchtenhagen A.(2008): *Was meint „good practice“ in der Suchtarbeit?*. Suchttherapie 2008 (9) (S. 47-54). Stuttgart: Thieme Verlag
- Unterrainer H.F; Kapfhammer Hans Peter (2012): *Trauma und Sucht*. Sucht. Wege aus der Sucht (81), S. 6-7
- Unterrainer H.F.(2013): *Der böartige Narzissmus und die (Sehn)sucht nach Anerkennung*. Sucht. Wege aus der Sucht (88), S. 20-21
- Unterrainer H.F.(2014): *Gibt es eine Suchtpersönlichkeit?* Sucht. Wege aus der Sucht (92), S. 24-25

- Vidakovic, Ivana. Zeleskov, Jelena. Roubal, Jan. Van Baalen, Daan. Francesetti, Gianni. Wimmer, Beatrix. (1985): *Professionelle Kompetenzen und Qualitative Standards: Spezifische Kompetenzen von Gestalttherapie*. Zugriff am 19.01.2015. Verfügbar unter: <http://www.gestalttherapie.at/downloads/PCQS%20German%2023062014final.pdf>
- Vogt Irmgard, Schid Martin, Schu Martina (2003): *Motivationsarbeit mit Drogenabhängigen: Erfahrungen mit Motivational Interviewing und Case Management*. Suchttherapie 2003 (4) (S. 132-139). Stuttgart: Thieme Verlag
- Vollmer H.C. (2000): *Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankung* in Thomasius Reiner (Hrsg.): *Psychotherapie der Suchterkrankung* (S.55-71). Stuttgart: Thieme Verlag
- Vormann Gernot (2002): *Therapeutische Gemeinschaft* in Jörg Fengler (Hrsg.). *Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung, Therapie, Prävention* (S. 555-564). Landsberg: Ecomed Verlag
- Votsmeier, A. (1995): *Gestalttherapie und die "Organismische Theorie" - Der Einfluß Kurt Goldsteins*. *Gestalttherapie*, S.2, 8
- Weber, Georg, Schneider Wolfgang (1997): *Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Selbstheilung, kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg*. Berlin: VWB
- Wendt Wolf Reiner (2001): *Case Management: Prozess-Steuerung und Koordination in der Arbeit mit Abhängigen*. *Suchttherapie* 2001 (2) (S. 61-64). Stuttgart: Thieme Verlag
- Werner P., Rath M., Constantinescu-Fomino J., Grec Arpad (2012): *Therapie in Tretter F.* (Hrsg.): *Suchtmedizin kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis* (S.71). Stuttgart: Schattauer Verlag
- WHO (1995): Definition. Zugriff am 18.05.2015. Verfügbar unter: <http://ar2004.emcdda.europa.eu/de/page119-de.html>
- Wilson Schaefer, Anna (1986): *Co-Abhängigkeit*. München: Wilhelm Heyne Verlag
- Wimmer Beatrix (2008): *Hat Trauma ein Geschlecht?* in Anger Heide, Schulthess Peter (Hrsg.): *Gestalt-Traumatherapie* (S. 239-247). Bergisch Gladbach: Verlag Andreas Kohlhaage
- Wirth W. (2008): *Traumatherapie aus gestalttherapeutischer Perspektive* in Anger Heide, Schulthess Peter (Hrsg.): *Gestalt-Traumatherapie* (S. 19-24, 29-40). Bergisch Gladbach: Verlag Andreas Kohlhaage
- Wurmser Leon (2000): *Psychodynamische Aspekte der Suchterkrankung* in Thomasius R.: (Hrsg.): *Psychotherapie der Suchterkrankung* (S. 40-41). Stuttgart: Thieme Verlag
- Yontef Gary (1993): *Zur Feldtheorie in der Gestalttheorie*. The Gestalt Journal press, S. 289
- Young-Dal You (2001): *Das Flow-Erlebnis und seine empirischen Implikationen für die Psychotherapie*. München: Herbert Utz Verlag

Zehr Uwe (2013): *Ratgeber: Sucht-Rehabilitation – ambulant, teilstationär oder stationär?* Zugriff am 19.04.2015. Verfügbar unter: www.diakonie.de/ratgeber-sucht-rehabilitation-ambulant-oder-stationaer-11645.html

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Nummer</i>	<i>Seite</i>
Abbildung 1: Verhaltenstheoretisches Erklärungsmodell	10
Abbildung 2: Konditionierung und Koppelung	11
Abbildung 3: Trauma Typen 1 und 2	20
Abbildung 4: Komorbidität und Sucht	22
Abbildung 5: Themen geschlechtsspezifischer Suchttherapie	26
Abbildung 6: Entwicklung der Sucht	29
Abbildung 7: Ethische Spannungsfelder	34
Abbildung 8: Hierarchie der Ziele	37
Abbildung 9: Präventionspyramide	39
Abbildung 10: Prognostische Drittelregel	44
Abbildung 11: Behandlungsverlauf	46
Abbildung 12: Typische suchtassoziierte Phänomene	60
Abbildung 13: Suchtkreislauf	62
Abbildung 14: Rückfallverlauf	71
Abbildung 15: Soziales Feld	77
Abbildung 16: Das Gehirn	84
Abbildung 17: Kreative Medien	91

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
Hrsg.	Herausgeber/in
S.	Seite
u.v.m.	und vieles mehr
vs.	versus
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel