

# **DIE NICHT BEHANDELTE KRANKHEIT - MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT**

**INTEGRATIVE GESTALT THERAPIE BEI STOFFGEBUNDENER ABHÄNGIGKEIT  
MIT BESONDEREM FOKUS AUF MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT UND DEM  
SETTING DER (NACHSORGE)GRUPPE**

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

von Mag.<sup>a</sup> Nina Baminger

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

Salzburg, am 01.03.2018

## Abstract Deutsch

Menschen mit Suchterkrankung bekommen oft jahr(zehnt)elang keine adäquate Hilfe da als Symptom der Suchterkrankung lange keine Krankheitseinsicht vorliegt. Therapiemöglichkeiten gibt es ambulant, teilstationär sowie stationär (Kurz- und Langzeittherapie) und darüber hinaus Nachsorgegruppen. Für Menschen mit einer Medikamentenabhängigkeit gibt es kaum/keine spezifischen Therapien bzw. Nachsorgegruppen, wie es für Alkoholabhängigkeit längst üblich ist. Dieser vorliegende praxisverschränkte Theoriebericht soll einerseits die theoretischen Grundlagen zu Abhängigkeit und Medikamentenabhängigkeit und andererseits praktische Erfahrung aus der therapeutischen Arbeit darstellen.

Der Fokus liegt auf der integrativ gestalttherapeutischen Herangehensweise an das Thema der Medikamentenabhängigkeit, auch in Abgrenzung und Verbindung zum Thema Alkoholabhängigkeit mit dem besonderen Fokus auf Nachsorgegruppen.

## Abstract English

People with an addiction often do not get appropriate help or treatment for years or even decades as they do not recognize drug additions as medical condition (illness). However, therapies are available through inpatient (long and short term) and outpatient treatments as well as aftercare groups. While therapy options are commonly available for alcohol addiction, specific therapies and aftercare groups are still lacking for people suffering from drug addiction. The aim of the following theory and experience based report is the correlation of theoretical foundation of addiction and practical experience on the other hand to connect these two phenomena. This thesis focuses on an integrative gestalt therapeutically approach to drug addiction, in differentiation to but also in conjunction with the topic of alcohol addiction. Furthermore, this puts special focus on the importance of aftercare groups.

Stichworte für die Bibliothek:

[Integrative Gestalttherapie, Nachsorge, Medikamentenabhängigkeit, Medikamente]

„Missbrauch und Abhängigkeit von  
Medikamenten stellen zweifelsohne das  
Suchtproblem der Zukunft dar.“ (Haller, 2017)

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b> .....	<b>8</b>
1.1 Motivation zur Arbeit.....	8
1.2 Forschungsfrage.....	9
<b>2 Einführung in das Thema Abhängigkeit</b> .....	<b>10</b>
2.1 Was bedeutet Sucht/Abhängigkeit .....	10
2.1.1 Sichtweise der Gesellschaft .....	12
2.1.2 Psychisch und physische Abhängigkeit .....	12
2.1.3 Vier Typen der Alkoholabhängigkeit .....	13
2.2 Diagnostik .....	14
2.2.1 Definition nach ICD 10 .....	14
2.2.2 Definition nach DSM V .....	17
2.2.3 Psychodynamische Diagnostik .....	18
2.3 Entstehung einer Abhängigkeit .....	21
2.3.1 Lebensbiographische Skizzierung einer Suchtentwicklung in vier Phasen .....	23
2.3.2 Das Eisenbahnmodell von Lindenmeyer .....	27
2.4 Komorbidität Medikamente und Alkohol.....	28
<b>Praxisverschränkung:</b> Fallbeispiel 1 .....	29
2.5 Unterschiede zwischen Medikamenten- u. Alkoholabhängigkeit.....	30
<b>Praxisverschränkung:</b> Fallbeispiel 2 .....	32
2.6 Medikamente mit Suchtpotential .....	33
2.6.1 Vermeidung von Nebenwirkungen von Medikamenten .....	34
2.6.2 Epidemiologie .....	34
2.6.3 Benzodiazepine .....	36
2.7 Medikamentenabhängigkeit: Zusammenfassung .....	42

<b>3 Gestalttherapie</b> .....	<b>43</b>
3.1 Grundlagen der Gestalttherapie allgemein .....	43
3.1.1 Der Gestaltzyklus .....	45
3.2 Integrative Gestalttherapie und Abhängigkeit .....	48
<b>4 Psychotherapie bei Substanzgebrauchsstörungen</b> .....	<b>52</b>
4.1 Grundlagen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen.....	53
4.2 Die Motivierende Gesprächsführung .....	54
4.3 Integrativ gestalttherapeutische Behandlungsansätze.....	57
4.3.1 Die therapeutische Beziehung und Haltung .....	58
4.4 Setting: Ambulant oder stationär .....	60
4.4.1 Konzept der qualifizierten Entzugsbehandlung.....	62
4.5 Therapieziele.....	63
4.5.1 Individuelle Therapie hin zu einer zufriedenen Abstinenz .....	64
4.6 Vorstellung zweier spezieller Manuale zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenproblemen .....	66
4.6.1 Strukturiertes Trainingsprogramm zur Alkohol- Rückfallprävention (S.T.A.R.) .....	66
4.6.2 Das Therapieprogramm zu integrierten qualifizierten Akutbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenproblemen (TIQAAM) .....	67
<b>Praxisverschränkung: Fallbeispiel 2: Behandlung</b> .....	<b>69</b>
<b>Praxisverschränkung: Fallbeispiel 1: Behandlung</b> .....	<b>70</b>
4.7 Der Stellenwert der Gruppentherapie.....	72
4.7.1 Gestalt-Gruppentherapie.....	72
4.7.2 Wirkfaktoren .....	74
4.8 Rückfallprophylaxe und der Stellenwert der Nachsorge .....	76
4.8.1 Wirksamkeit in Zahlen.....	77

4.8.2 Fallbeispiele aus einer Nachsorgegruppe für Alkoholabhängige aus einem Sonderkrankenhaus für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit der Suchthilfe Salzburg.....	78
<b>Praxisverschränkung:</b> Fallbeispiele Nachsorge .....	79
4.9 Besondere Aspekte der Behandlung von Medikamentenabhängigkeit.....	87
4.9.1 Prävalenzzahlen der Behandlung .....	87
4.9.2 Aspekte der Nachsorge bei Medikamentenabhängigkeit .....	88
<b>Praxisverschränkung:</b> Fallbeispiel 3.....	89
<b>5 Diskussion .....</b>	<b>91</b>
5.1 Forschungsfrage I .....	91
5.2 Forschungsfrage II.....	92
<b>6 Zusammenfassung .....</b>	<b>95</b>
<b>7 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>96</b>
7.1 Onlineangaben.....	100
<b>8 Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>102</b>
<b>9 Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>102</b>

# 1 Einleitung

---

## 1.1 Motivation zur Arbeit

Diese Arbeit entsteht vor dem Hintergrund einer 35-jährigen Frau, die in Österreich geboren und aufgewachsen ist. Nach dem Psychologiestudium, der Zusatzausbildung zur Klinischen und Gesundheitspsychologin und während meiner Ausbildung zur integrativen Gestalttherapeutin arbeitete ich viel mit Familien, die sozial-ökonomisch benachteiligt sind. Viele haben einen Migrationshintergrund, viele Elternteile leiden unter psychischen Erkrankungen. Depression und Suchtthematiken sind Probleme, die sich häufig durch das System ziehen. Während die Depression oftmals vordergründig ist, sich zeigen darf, wird die Sucht oftmals im Hintergrund gehalten, „versteckt“. Es wird versucht, mit dieser Problematik (so sie überhaupt bewusst ist) wenig negativen Einfluss auf die Kinder zu haben. Abhängigkeit ist eine psychisch klassifizierte Krankheit, jedoch besteht in unserer Gesellschaft ein Tabu diesbezüglich. Es herrschen nach wie vor viele Vorurteile über Suchterkrankte, denen langläufig Willensschwäche zugeschrieben wird und die sich die Bevölkerung als unter der Brücke lebende Obdachlose vorstellt. Da ich das Thema Abhängigkeit/Sucht schon längere Zeit sehr interessant finde, es aber oftmals ohne Behandlungsmotivation der Betroffenen im Hintergrund befindlich erlebte, arbeitete ich später gezielt auf der Therapiestation für Abhängigkeitserkrankungen des Universitätsklinikums für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Salzburg, mit. Hier erlebte ich zum Großteil Abhängige von der Substanz Alkohol, zum Teil mit Komorbidität Medikamentenabhängigkeit, und als sehr kleine Gruppe Personen mit einer ausschließlichen Medikamentenabhängigkeit. Ich stellte fest, dass Medikamentenabhängigkeit ein noch größeres Tabuthema als Abhängigkeit von Alkohol ist, und es kaum spezifische Behandlungsangebote für diese PatientInnengruppe gibt, sondern diese oft eine „MitläuferInnengruppe“ der HauptpatientInnengruppe der Alkoholabhängigen darstellen. In Langzeittherapien sowie Nachsorgegruppen zeigt sich dasselbe Muster.

Die Wirkweise von Medikamenten und Alkohol im Hirn ist sehr ähnlich, wodurch sich dieses Vorgehen erklären lässt, allerdings unterscheiden sich die Beginn-Situation der Abhängigkeit, die Abhängigkeitsentwicklung, die Beschaffung der Substanz

sowie das Leben nach dem Entzug von Medikamenten und Alkohol wesentlich voneinander. Dies legt eine spezifischere therapeutische Unterstützung, im Besonderen nach einem qualifizierten Entzug, nahe.

Da unterschiedliche Termini publiziert sind, werden in dieser Arbeit hauptsächlich die Begriffe „Abhängigkeit“ und „Substanzgebrauchsstörung“ verwendet.

Die Arbeit geht zudem – besonders in Bezug auf Alkohol – von einem, bei bestehender Abhängigkeit, abstinenzorientierten Ansatz aus.

## **1.2 Forschungsfrage**

I Inwieweit lassen sich bewährte Therapiemanuale/programme für die Behandlung und Rückfallprophylaxe für Substanzgebrauchsstörungen, die hauptsächlich verhaltenstherapeutisch konzipiert sind, für die integrative Gestalttherapie anwenden.

II Braucht es für die integrativ gestalttherapeutische Behandlung und therapeutische Nachsorge von Menschen mit einer Medikamenten-Substanzgebrauchsstörung ein neues Konzept oder lassen sich bewährte Therapiekonzepte der Alkoholtherapie hierfür erfolgreich anwenden.



## 2 Einführung in das Thema Abhängigkeit

---

### 2.1 Was bedeutet Sucht/Abhängigkeit

Das Wort „Sucht“ wird unterschiedlich verwendet und mittlerweile ist das Wort Abhängigkeit gleichgesetzt. In der Alltagssprache überwiegt der Begriff „Sucht“, von Abhängigkeitserkrankung wird kaum geredet (Tobias Bake, 2008). Im Englischen ist die Rede von addiction oder dependence. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) modifizierte das Wort „Sucht“ ab 1963 und ersetzte es 1965 durch das Wort „Abhängigkeit“. Die Bezeichnung „Sucht“ ging oft mit negativen Bewertungen einher. Ralph Schneider (1998) weist auf Unterschiede der Wörter hin. So beinhaltet das Wort „Sucht“ Aspekte des Verhaltens und Erlebens, die in dem Wort „Abhängigkeit“ nicht enthalten sind. „... abhängig sind wir von etwas, süchtig sind wir nach oder auf etwas“ (Schneider, 1998, S.11).

Sucht leitet sich nicht von „suchen“ ab, dennoch verweisen Felix Tretter und Angelica Müller (2001) auf eine Disposition zum Suchen, Suchtkranke wirken durch die innere Unruhe oft als wären sie „innerlich unterwegs“, als suchten sie [Anm.: in der/durch die Substanz] etwas, das diese Welt nicht zu bieten hat.

Der Ursprung des Wortes Sucht kommt von „siech“, was krank bedeutet und ursprünglich „Körperliche Krankheit“ meinte (Bilitza, 2008). Früher, so schreiben Ralph Schneider (1998) und Klaus W. Bilitza (2008) gab es unzählige Krankheitsbezeichnungen, die auf etwas **Hinfälliges** und **Schwächliches** hindeuten, in denen das Wort vorkam (bspw. Bleichsucht, Schwindsucht, Fallsucht, Geldsucht (vgl. Bake 2008)). Später bezog sich das Wort Sucht eher auf **Verhaltensweisen, die unnormal und störend** sind (bspw. Geltungssucht, Arbeitssucht oder Putzsucht), zudem wurden mit dem Wort starke Gefühle bezeichnet, die von der **willentlichen Steuerung ausgenommen** sind oder eine Sünde betreffen (Tobsucht, Eifersucht) und schlussendlich deutet das Wort auch auf Aspekte der **Getriebenheit** und **Ausgeliefertheit** (an eine Macht) hin (bspw. Mondsucht).

Tretter & Müller definieren Sucht/Abhängigkeit als eine „extrem starke Bindung gegen die der Verstand zunächst machtlos ist“ (2001, S.23), und weiter schreiben sie:

„Aus phänomenologischer Sicht ist Sucht eine Art anhaltende Besessenheit durch das Suchtmittel, sie hat mit dem Zustand des Verliebt seins viel Ähnlichkeit. Das Suchtmittel könnte so als unbewusstes Ersatzobjekt für Liebe und Geliebtheit dienen“ (Tretter & Müller, 2001, S. 22).

Etymologisch bedeutet Sucht ein „krankhaft gesteigertes Verlangen, Bedürfnis, Gier“ und seiner ursprünglichen Bedeutung nach auch „Krankheit“ (Bake, 2008, S.303).

Sucht galt lange Zeit jedoch nicht als Krankheit sondern wurde als Kavaliersdelikt verharmlost, als soziale Entgleisung oder Willensschwäche gesehen (Bilitza, 2008).

Werner Gross (1995) beschreibt Sucht als „unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Gefühls-, Erlebnis- und Bewusstseinszustand, der entweder durch eine Droge, das heißt eine psychotrope Substanz wie Alkohol, Drogen oder Medikamente oder durch süchtig entgleiste Verhaltensweisen wie übermäßiges Essen, Arbeiten, Spielen, Fernsehen etc. herbeigeführt werden kann“ (Gross, 1995, S. 13).

Felix Tretter (2016, S.4) schreibt, „‘Sucht’ kann zunächst als umgangssprachliche Bezeichnung für eine extreme Bindung einer Person gegenüber einem Verhalten (z.B. Glücksspielen) oder einem Objekt (z.B. Drogen) begriffen werden“. Er geht dabei explizit auf die Unterscheidung zwischen stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Süchten ein, auf die in dieser Arbeit nicht Bezug genommen wird.

Hans Peter Dreitzel (2004, Schaubild 16) beschreibt Sucht als „eine gewohnheitsmäßige selbst herbeigeführte Veränderung der Neurotransmitter, die zu einem selbstdestruktiven und umweltzerstörerischen Verhalten führen“. Er spricht dann aber von Menschen in Suchtprozessen, nicht von abhängigen Menschen.

Bilitza (2008, S.11) definiert Sucht als „ein krankhaftes Verlangen, ein unwiderstehlicher Drang, sich trotz schädlicher Folgen und abweichend von der soziokulturellen Norm eine Substanz einzuführen oder ein bestimmte Handlung auszuführen“.

Es zeigt sich, wie bereits angeführt, dass die Begriffe Sucht und Abhängigkeit je nach AutorIn frei gewählt werden. Die inhaltliche Definition ist dabei aber sehr ähnlich und kann daher synonym verwendet werden.

### **2.1.1 Sichtweise der Gesellschaft**

Schneider (1998) schreibt, dass die meisten Menschen angeben, dass ihre Vorstellung von einem von einer Substanz abhängigen Menschen sehr negativ ist. Unter einem/r Süchtigen stellt sich die Bevölkerung langläufig eine heroinabhängige oder alkoholabhängige Person vor. So wird sich ein Alkoholabhängiger, eine Alkoholabhängige langläufig als eine Person ohne festen Wohnsitz und ohne Arbeit, äußerlich ungepflegt, „auf der Straße wohnend“, oder jemand der/die ständig wegen Trunkenheit öffentlich auffällt, herumschreit, sich prügelt und dergleichen, imaginiert. Unter einem/einer Medikamentenabhängigen können sich hingegen die meisten Menschen überhaupt nichts vorstellen, am ehesten tauchen Bilder einer bleichen und abgemagerten Person, die Morphinum nimmt, auf.

Es zeigt sich eine Gemeinsamkeit dieser Vorstellungen, so dass es ihnen zufolge eine bestimmte, vom/von der „NormalbürgerIn“ stark abgegrenzte Gruppe gibt, die mit dem gesunden Menschen keine Gemeinsamkeiten hat. Nach diesen Vorstellungen liegt die Annahme nahe, dass es eine präzise Grenze zwischen „normal“ und „abhängig“ gibt.

Eine/n einheitliche/n Abhängige/n gibt es nicht, sondern viele individuell ausgeprägte Abhängigkeitsprobleme bei Alkohol und Medikamenten. Besonders nach gestalttherapeutischer Betrachtung, die den Mensch als Individuum, mit unterschiedlichem Geworden sein, eingebettet in eine Felddynamik, sieht.

### **2.1.2 Psychisch und physische Abhängigkeit**

Die WHO führte 1965 den Begriff der Abhängigkeitserkrankungen ein, mit Begrifflichkeiten die sowohl eine körperliche (Toleranzentwicklung, körperlicher Entzug) sowie psychische Abhängigkeit (Craving, Kontrollverlust) beinhalten.

*Körperlich* abhängig meint eine Veränderung im Nervensystem, eine Toleranzentwicklung sowie körperliche Symptome (des Entzugs) wie Durchfall, Erbrechen, Schlafstörungen bis hin zu epileptischen Anfällen.

*Psychisch* abhängig meint den starken Wunsch und das Verlangen nach der Substanz, sowie den Kontrollverlust bezüglich Beginn und Beendigung der Einnahme.

Fachmagazine oder Trivalliteratur unterscheiden häufig zwischen diesen Punkten der körperlichen und psychischen Abhängigkeit. In der International Classification of Diseases (ICD 10; Dilling, Moubour & Schmidt, 2005) wird diese Differenzierung aber nicht angeführt. Dies entspricht der integrativ gestalttherapeutischen Sichtweise, nach der es keine Trennung zwischen Körper und Psyche gibt. „Es gibt keine psychische Abhängigkeit ohne einen dazu gehörigen 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 physische Abhängigkeit“ (Bardeau, 2015, S. 5). Insofern ist eine seelische Störung immer auch eine körperliche Störung und umgekehrt, Abhängigkeit ist somit immer gleichzeitig psychisch und physisch.

### **2.1.3 Vier Typen der Alkoholabhängigkeit**

Elvin Molton Jellinek beschäftigte sich früh mit dem Alkoholismus und stellt fest, dass es keine einheitlichen Alkoholiker gibt, woraufhin er 1960 die Alkoholkrankung in 4 Typen einteilte. (Jellinek, zusammengefasst und zitiert nach Lindenmeyer, 2016). Johannes Lindenmeyer erweiterte die Beschreibung der Typen von Alkoholabhängigkeit auch auf Medikamentenabhängigkeit.

*Spiegelkonsum:* Der/die Betroffene trinkt über den Tag verteilt regelmäßig Alkohol oder greift zu Medikamenten um die Substanzkonzentration im Blut nie unter einen bestimmten „Spiegel“ sinken zu lassen um Entzugserscheinungen (körperlich oder psychisch) zu vermeiden. Diese Form zeigt sich auch bei Medikamentenabhängigkeit häufig.

*Rauschkonsum:* Durch einen starken Drang und Kontrollverlust schaffen es Betroffene nicht kleine Mengen Alkohol zu trinken, das Trinken endet immer in einem Rausch. Dies ist hier absichtlich in Bezug auf Alkohol formuliert da diese Form bei Medikamentenabhängigkeit kaum vorhanden ist.

*Konfliktkonsum:* Aus Ermangelung von anderen Lösungs- und Bewältigungsstrategien greifen Betroffene in bestimmten (Konflikt)Situationen zu Suchtmitteln. Ohne die Wirkung des Suchtmittels fühlen sich Betroffene hilflos und ohnmächtig. Diese Form der Abhängigkeit spielt auch bei Medikamentenabhängigen eine Rolle und tritt insgesamt bei Frauen häufiger als bei Männern auf.

*Periodischer Konsum:* Diese Form ist gekennzeichnet durch wechselnde Zeiten der Abstinenz und des heftigen Konsums. Es bedarf bei Beendigung des Konsums immer wieder großer Kraftaufwendung die Entzugserscheinungen durchzustehen, umso unverständlicher ist den Betroffenen ein erneuter Beginn. Oftmals ist dem/der Betroffenen kein ursächlich auslösender Zusammenhang bewusst. Bei Medikamentenabhängigen zeigt sich diese Form selten.

## **2.2 Diagnostik**

### **2.2.1 Definition nach ICD 10**

Dieses Kapitel bezieht sich auf das Herausgeberwerk von Dilling, Moubour & Schmidt, 2005, S. 87ff.

Der ICD 10, Kapitel V (F), ist die internationale Klassifikation psychischer Störungen, die im Kapitel F10-19 „Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ beschreibt. Das Wort „Sucht“ wird nicht mehr verwendet.

Nach Trettner (2016, S.5) wird auch beim ICD 11, der 2018 erscheinen soll, „... allgemein nur mehr von ‘Störungen’ gesprochen werden“.

### **F10 – F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**

Unter F10-F19 werden sämtliche Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, von Alkohol bis zum multiplen Substanzgebrauch aufgelistet. Die Untergruppen sind in jeder Gruppe gleich, die verursachenden Substanzen werden durch die dritte Stelle, die klinischen Erscheinungsbilder durch die vierte Stelle kodiert; diese können je nach Bedarf allen psychotropen Substanzen zugeordnet werden. Es muss aber berücksichtigt werden, dass nicht alle Kodierungen der vierten Stelle für alle Substanzen sinnvoll anzuwenden sind.

F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

F10.0 Akute Intoxikation

F10.1 Schädlicher Gebrauch

F10.2 Abhängigkeitssyndrom

F10.3 Entzugssyndrom

F10.4 Entzugssyndrom mit Delir

- F10.5 Psychotische Störung
- F10.6 Amnestisches Syndrom
- F10.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- F10.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörung
- F10.9 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
- F11.-** Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
- F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
- F13.-** Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
- F15.- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
- F16.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
- F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
- F18.- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
- F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

In dieser Arbeit wird besonders das Abhängigkeitssyndrom hervorgehoben, im speziellen von F11 (Opioide) und F13 (Sedativa oder Hypnotika).

#### *Abhängigkeitssyndrom F1x.2.*

In klarer Abgrenzung zur akuten Intoxikation und dem schädlichen Gebrauch handelt es sich, nach Dilling et al. (2005) beim Abhängigkeitssyndrom

um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder eine Substanzklasse für die betroffenen Personen Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.

Es gibt Hinweise darauf, dass die weiteren Merkmale des Abhängigkeitssyndroms bei einem Rückfall nach einer Abstinenzphase schneller auftreten als bei Nichtabhängigen. (S. 92)

Diagnostische Leitlinien:

„Die sichere Diagnose `Abhängigkeit´ sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren“ (S.92):

1. **Starker Wunsch oder Zwang** psychotrope Substanzen zu konsumieren.  
Dieses Verlangen kann auch ohne eine körperliche Abhängigkeit vorhanden sein, also wenn keine körperlichen Symptome beim Entzug auftreten.
2. **Kontrollverlust.** Es besteht eine geminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. **Entzugssyndrom.** Es tritt ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums auf, welches durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden, nachgewiesen wird.
4. **Nachweis einer Toleranz.** Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichte Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkohol- und Opiatabhängigen, die bei KonsumentInnen ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
5. **Fortschreitende Vernachlässigung** andere Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. **Anhaltender Substanzkonsum** trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starker Substanzkonsums oder drogenbedingte Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen.

## 2.2.2 Definition nach DSM V

Hans-Jürgen Rumpf und Falk Kiefer (2011) erklären, dass das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) in Auflage V 2011 die Differenzierung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit einer Substanz aufgab und stattdessen eine „Substanzgebrauchsstörung“ einführte. Zuvor, im DSM III und DSM IV, wurde Abhängigkeit und Missbrauch auf zwei Polen gegenübergestellt. Es zeigte sich allerdings, dass die Diagnose Abhängigkeit gegenüber dem Missbrauch Vorrang hat und die Diagnose Missbrauch zudem nicht reliabel war.

Substanzgebrauchsstörungen sind unter Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen subsummiert.

Im DSM V werden 11 Kriterien für die Substanzgebrauchsstörung benannt:

1. Wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
2. Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
3. Wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4. Toleranzentwicklung gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung
5. Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum
6. Konsum länger oder in größeren Mengen als geplant (Kontrollverlust)
7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle
8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Erholen von der Wirkung
9. Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums
10. Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis von körperlichen oder psychischen Problemen
11. Craving, starkes Verlangen oder Drang die Substanz zu konsumieren.

Eine Substanzgebrauchsstörung ist erfüllt, wenn 2 Merkmale innerhalb eines 12-Monate-Zeitraums auftreten. Spezifiziert wird weiter mittels des Schweregrades der Symptomatik. Bei Vorliegen von 2-3 Kriterien handelt es sich um eine *moderat*



ausgeprägte Substanzgebrauchsstörung, das Vorliegen von 4 oder mehr Kriterien bedeutet eine *schwere* Substanzgebrauchsstörung.

Das DSM V ähnelt in den Kriterien sehr denen des ICD10 und ist ergänzt um den hohen Zeitaufwand (Punkt 8) und den weiteren Konsum in potentiell gefährlichen Situationen.

Zusammengefasst nach Lindenmeyer (2016) ist jede/r

von einem Suchtmittel abhängig:

- der die Einnahme eines Suchtmittels nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher oder seelischer Art auftreten, oder
- der doch immer wieder so viel von einem Suchtmittel zu sich nimmt, dass er/sie sich oder andere schädigt. (S. 80)

### **2.2.3 Psychodynamische Diagnostik**

(nach Arbeitskreis OPD, 2014)

In den genannten Diagnostikmanualen werden individuelle Gegebenheiten der Person, wie unterschiedliches Konsumverhalten oder die Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn nicht berücksichtigt. Daher wird die Diagnostik um die psychodynamische Herangehensweise ergänzt.

Die psychodynamische Diagnostik betont vor allem den Aspekt der persönlichen Begegnung zwischen KlientIn und PsychotherapeutIn, wodurch bereits eine zunehmende Annäherung von psychotherapeutischer Diagnostik und psychotherapeutischer Behandlung sichtbar wird (Rudolf, 2010).

Das OPD ist ein diagnostisches Instrument, das auf vier Ebenen psychische Störungen anhand ihrer Psychodynamik abbildet und auf der fünften, deskriptiven, Achse die ICD-10-Klassifikation einbindet.

## *Die vier Ebenen des OPD*

(vgl. Arbeitskreis OPD, 2014)

Achse I – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen: Dies beinhaltet in 19 Items die gegenwärtige Schwere und Dauer der Störung, das Krankheitserleben, die Krankheitsdarstellung und die Krankheitskonzepte.

Achse II – Beziehung: Es gibt zwei Formen der Beziehungsdiagnostik. Die individualisierte Diagnose dysfunktionaler Beziehungsmuster zeigt die dysfunktionalen Aspekte der Beziehungsgestaltung eines/einer PatientIn. Sie fokussiert ausschließlich auf die typischen interpersonellen Verstrickungen zwischen einem Patienten und seinen Beziehungspartnern. Diese können differenziert beschrieben und als maladaptives zyklisches Geschehen rekonstruiert werden. Das Themen- und Ressourcenrating ermöglicht die Bestimmung von Beziehungsthemen, die für den/die PatientIn entweder besonders problematisch sind oder aber von ihm/ihr besonders kompetent bewältigt werden.

Mit Parametern wie Selbsterleben, Objekterleben, Fremderleben des/r PatientIn und Selbsterleben der anderen wird also beschrieben, wie sich eine Person selbst erlebt oder von anderen erlebt wird, wie Beziehungen gestaltet werden und was das in anderen auslöst.

Achse III – Konflikte: Diese Achse dient (durch Parameter wie innere Widersprüche, unbewusste Motive, Wünsche, Bedürfnisse, Objekt- und Selbstvorstellungen) dazu, unbewusste Konflikte erkennbar zu machen.

Aktuellen äußerlich bedingten, konflikthaften Situationen können verinnerlichte lebensbestimmende Konflikte gegenübergestellt werden.

Achse IV – Struktur: „Struktur“ bezieht sich auf das Selbst und seine Beziehung zu den Objekten, auf die Verfügbarkeit psychischer Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu den inneren und äußeren Objekten. Beschrieben wird der Grad der Verfügbarkeit und der Einschränkung durch das strukturelle Integrationsniveau der jeweiligen Funktion.

Die gleichen Konfliktthemen können auf jedem Strukturniveau erkennbar werden, zeigen aber unterschiedliche Ausgestaltungen.

Punkte die in Achse IV untersucht werden:

*Bezug zum Selbst:*

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1) Selbstwahrnehmung        | 2) Selbstregulierung         |
| 3) Kommunikation nach innen | 4) Bindung an innere Objekte |

*Bezug zum Objekt:*

- |                             |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| 1) Objektwahrnehmung        | 2) Regulierung des Objektbezugs |
| 3) Kommunikation nach außen | 4) Bindung an äußere Objekte    |

Es geht darum, strukturelle Einschränkungen zu erkennen und daraus schließlich ein generelles Strukturniveau zu formulieren. Operationalisiert werden die strukturellen Störungen nach vier Integrationsniveaus: gut integriert, mäßig integriert, gering integriert und desintegriert.

Achse V – Psychische und Psychosomatische Störungen: Diese Achse integriert das ICD 10 um in Einbezug der beschriebenen Ebenen eine ICD 10 Zuordnung vorzunehmen.

*Erweiterung für Abhängigkeitserkrankungen*

Der OPD 2 wurde in einer Erweiterung zur speziellen Einschätzung substanzbezogenen Missbrauchs und Abhängigkeiten um ein spezifisches Modul erweitert. (Arbeitskreis OPD – Abhängigkeitserkrankungen und Arbeitskreis OPD, 2017) Spezielle substanzbezogene Items bezüglich Häufigkeit, Konsumverhalten, Schwere und Chronifizierung wurden hinzugefügt.

Zudem wurde die „Suchtspirale“ postuliert, die eine Eigendynamik der Suchtentwicklung und des Konsums beschreibt. Verwendet werden hierfür Parameter wie Kompensierung (jene Funktion, die das Suchtmittel anstatt des davor verfügbaren Bewältigungsmechanismus hat), Habituation (das Ausmaß der Gewöhnung an ein Suchtmittel), Konsum- bzw. Dosissteigerung (dies beschreibt Frequenz, Tageszeiten und Konsummengen sowie die Ausweitung des Konsums auf andere Stoffe), und Schädigung (was psychosoziale, körperliche und psychodynamische Schäden beschreibt).

## 2.3 Entstehung einer Abhängigkeit

„Grundsätzlich, ... entwickelt sich eine Abhängigkeitserkrankung durch den **wiederholten Gebrauch** einer Substanz **prozesshaft und in Phasen**“ (Bake, 2008, S.304).

Substanzabhängigkeit wird als multifaktorielles Geschehen betrachtet. „Der Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen liegt ein komplexes Zusammenspiel von genetischen Dispositionen, Umweltfaktoren, Lernprozessen und neuroadaptiven Veränderungen infolge des chronischen Substanzkonsums zugrunde“ (Müller & Heinz, 2012, S. 19).

Abhängigkeit entwickelt sich in Phasen, von der akuten Intoxikation über den schädlichen Gebrauch bzw. Missbrauch hin zur Abhängigkeitserkrankung. Tobias Bake (2008) benennt drei Faktoren die für die Entstehung in Wechselwirkung stehen. Das Individuum (was die persönliche Entwicklung, Vorbelastung wie Traumata, Ängste, Einsamkeit, Stimmungslabilität, soziale Kontaktstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen in der Familie meint), die Substanz (die in Bezug auf Verfügbarkeit und angenehme Wirkung bedeutsam ist), und der Faktor Umwelt (der im Hinblick auf das Geworden sein, auf das Elternhaus wie „broken home“ oder auch Verwöhnung sowie durch peer groups, Beziehungsstörungen, Konsum- und Freizeitverhalten sowie der gesellschaftlichen Akzeptanz, eine Rolle spielt). (Vgl. Bake, 2008, S. 304).

Aufgrund des Zusammenspiels von psychologischen, genetischen und umweltbedingten Faktoren ist die genaue Beschreibung der Faktoren, die die Substanzgebrauchsstörung auslösen und aufrechterhalten, schwierig.

Es gibt zahlreiche Studien, doch ist nicht restlos erforscht wie Drogen im Hirn wirken. Schneider, 1998, dazu:

Drogen sind Stoffe die unmittelbar verändernd auf die Funktionen des zentralen Nervensystems einwirken. Sie verändern die psychische Befindlichkeit, weshalb sie auch als psychotrope und psychoaktive Substanzen bezeichnet werden. Damit umfasst der Begriff Drogen sowohl bestimmte Arzneimittel als auch Alkohol und Rauschmittel. (S. 14)

Lindenmeyer (2016) bezieht sich auf die hirnorganische Sichtweise und schreibt, dass Alkohol und Medikamente mit Suchtpotential in das Gleichgewicht zwischen hemmenden (z.B. GABA, Serotonin) und aktivierenden (z.B. Dopamin) Neurotransmittern zwischen den Nervenzellen im Belohnungszentrum des Gehirns eingreifen. „Für eine Suchtentwicklung ist entscheidend, dass durch die Drogen das Gleichgewicht im Belohnungszentrum durcheinander gebracht wird indem sie eine 2-Phasen Wirkung entfaltet“ (Lindenmeyer, 2016, S. 54). Am Beispiel von Alkohol gibt Lindenmeyer (2016) an, dass nach 3 Flaschen Bier eine 3 stündige angenehme Wirkung von einer bis zu zwölfstündigen Nachwirkung abgelöst werden kann. Er schreibt, „ein Stoff ist dann ein Suchtmittel, wenn er nach einer angenehmen Hauptwirkung eine unangenehme Nachwirkung erzeugt, die durch erneute Einnahme der Substanz gestoppt werden kann“ (Lindenmeyer, 2016, S. 55).

*Angenehme Hauptwirkung:* dies ist eine sofort eintretende, deutlich ausgeprägte angenehme Wirkung die von kurzer Dauer ist. Die vermehrte Ausschüttung von Neurotransmittern kann als Entspannung, Beruhigung, Schmerzlinderung, Enthemmung und Stimmungshoch erlebt werden.

*Unangenehme Nachwirkung:* diese setzt langsam ein, ist geringer ausgeprägt hat aber eine langandauernde Wirkung. Es kommt zu einer mangelnden Endorphinaktivität was als Unruhe, Gereiztheit, Verstimmung oder Deprimiertheit erlebt werden kann. Bei wiederholter Einnahme des Suchtmittels ergibt sich eine Auftümmung der unangenehmen Nachwirkung, die angenehme Hauptwirkung wird kontinuierlich weniger, die unangenehme Nachwirkung mehr. Dies führt zu typischen Entzugserscheinungen wie Zittern, Schwitzen Erbrechen oder Unruhe, was wiederum eine immer stärkere Versuchung zur erneuten Substanzeinnahme darstellt.



Abbildung 1: Angenehme Hauptwirkung und unerwünschte Nebenwirkung  
(Lindenmeyer, 2016, S.55)

Tretter und Müller (2001) beschreiben, dass entscheidend für eine Suchtentwicklung bei stoffgebunden Süchten das Verhältnis zwischen Erlebniszustand unter Rauschstoffeinfluss im Hinblick auf den Erlebniszustand im Nüchternzustand ist. Dies sei das „eigentliche Treiberprogramm des Stoffkonsums“ (S. 22).

### 2.3.1 Lebensbiographische Skizzierung einer Suchtentwicklung in vier Phasen

Zwischen den Lebensbiographien und der Entwicklung der Abhängigkeit lassen sich Parallelen feststellen. Schneider beschreibt den Verlauf in eine Abhängigkeit wie folgt und formuliert diese hauptsächlich am Thema Alkohol. Hier wird aber auch ein Fokus auf die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit gelegt.

#### Die Vorphase

Der erste Kontakt mit alkoholischen Getränken hat meist einen sozialen, gesellschaftlichen Hintergrund wie beispielsweise Trinkaufforderungen durch andere. Der Durchschnitt der Gesellschaft bleibt beim gelegentlichen Alkoholkonsum.

Im nächsten Schritt bringt das Trinken befriedigende und erleichternde Wirkung. In der eigenen Wahrnehmung des/der Betroffenen ist das Trinkverhalten jedoch gleichbleibend, nicht geändert.

(Erhöhung der Toleranz) Bei der regelmäßigen Versorgung des Körpers mit Stoffen, stellt sich daraufhin zunehmend eine Gewöhnung ein und die Reaktion auf psychotrope Substanzen wie Alkohol und Medikamente verringert sich. Als Konsequenz des somit erhöhten Konsums steigt die Alkohol/Substanztoleranz.

(Dauernde Suche nach Erleichterung) Anfangs sucht der/die KonsumentIn von Medikamenten oder Alkohol nur manchmal Erleichterung, im Lauf der Zeit verringert sich die psychische Belastbarkeit jedoch soweit, dass nahezu täglich die Erleichterung durch Alkohol oder Medikamente benötigt wird.

### Die Anfangsphase

In der Anfangsphase wird Stressbewältigung in substanzloser Form mittels Copingstrategien immer weniger und zunehmend durch den Konsum von psychotropen Substanzen ersetzt. In der psychologischen Forschung sind viele Formen von Verhalten unter Stress bekannt:

„Bagatellisierung, Herunterspielen durch Vergleich mit anderen, Schuldabwehr, Ablenkung von Situationen, Ersatzbefriedigungen suchen, Suche nach Selbstbestätigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, Positive Selbstinstruktion, Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, Vermeidungstendenz, Fluchttendenz, Soziale Abkapselung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstmitleid, Selbstbeschuldigung, Aggression, Suchtmittel“ (S. 219 – 220)

„Suchtmittel“ steht hier an letzter Stelle, wäre es eine Rangliste, müsste es in der Aufzählung an erster Stelle stehen.

(„Heimlicher Konsum“) Manchmal ahnt der/die TrinkerIn/ KonsumentIn von Medikamenten zu diesem Zeitpunkt, dass sein/ihr Substanzkonsum deutlich von der Norm abweicht. Aus Furcht gesellschaftlicher Beurteilung versucht er/sie daher, das Ausmaß seines/ihrer Konsums zu verbergen. Es kommt somit zum heimlichen Konsum.

(Häufiges Denken an den Stoff) Der Weg zur Abhängigkeit wird zu diesem Zeitpunkt durch vermehrtes Denken an den Alkohol oder eine andere Substanz deutlich. Gängige Gedanken sind dabei etwa ob „genügend da ist“ und der „vorsorgliche“ (S. 221) Konsum.

(Stärker werdendes Verlangen) Stärker werdendes Verlangen wird bei Alkoholkonsum oft durch den stilvollen Konsum von hochwertigem Alkohol verharmlosend dargestellt. Bei Medikamentenkonsum werden beispielsweise von

den FachärztInnen „notwendige“ Rezepte ausgestellt, die den Konsum für die/den Betroffene/n legitimieren und rechtfertigen.

(Schuldgefühle) Mit zunehmendem Bewusstsein für das unübliche Ausmaß des Konsums von Medikamenten oder Alkohols, steigen auch Schuldgefühle, Scham und schlechtes Gewissen. Wenn nun an den Konsumgewohnheiten nichts verändert wird, benötigt der/die KonsumentIn für das soziale Umfeld eine Ausrede.

(Vermeiden von Anspielungen) Betroffene versuchen Thematisierungen und Anspielungen auf Zeichen von Abhängigkeit (z.B. unhöfliches Verhalten, vermehrte Gleichgültigkeit oder Erinnerungslücken) zu entgehen und diese zu vermeiden.

In dieser Phase, auf dem Weg zur Abhängigkeit, ist der Konsum von Medikamenten und Alkohol bereits hoch, wird jedoch oft von außen nicht bemerkt.

### Die kritische Phase

Da Medikamentenabhängigkeit meist weniger auffällig ist und durch Ärzte/Ärztinnen unterstützt wird, lassen sich die Beschreibungen dieser Phase in der Alkoholabhängigkeit, abgesehen von den gesellschaftlich „angepassten“ (S. 222) Stufen der Entwicklung, darauf nicht direkt übernehmen.

(Erklärungsversuche für das Verhalten) Mit der Erklärung des Trinkverhaltens und der Konstruktion von entsprechenden Alibis, wird vom/von der Alkohol- oder MedikamentenkonsumentIn versucht, eine Entlastung des Gewissens herzustellen und somit eine Fortsetzung des Konsums ohne „Gewissensbisse“ zu ermöglichen.

(Übertriebene Selbstsicherheit nach außen (bei Frauen selten)) Die Kompensation von erstem Unmut und erster Unzufriedenheit wird, insbesondere bei Medikamentenabhängigen durch sehr korrektes Verhalten und großer Bedacht auf das Äußere kompensiert. Ausgefallene Outfits sowie andere äußerliche Signale (Tattoos, Kleidung, Haare, etc.) sind Zeichen dieser Kompensation. Dabei wird versucht den erheblichen Verlust der Selbstachtung durch übertriebene Selbstsicherheit auszugleichen. Auch werden manche KonsumentInnen zum/r „EinzelkämpferIn“ um zu signalisieren, dass Hilfe von außen nicht notwendig ist.

(Auffällig aggressives Verhalten) Um den eigenen Konsum zu erklären wird die Schuld dafür oft bei anderen gesucht. Infolge wird das Verhalten des/r KonsumentIn oft aggressiv und angriffig. Damit einhergehen ist der Bruch mit dem sozialen Umfeld und zunehmende Vereinsamung. Beobachtet wird dieses Verhalten ebenso im



späteren Therapieverlauf, wo sich der/die KlientIn rasch ungerecht behandelt und von Regeln beschränkt fühlt und sich dagegen vermeintlich wehren muss.

(Dauerndes Schuldgefühl) Durch ständiges gereiztes und böswilliges Verhalten gegenüber dem sozialen Umfeld entsteht wiederum ein neuerliches Schuldgefühl. Zunehmend besteht permanenter Zweifel am Selbstwert. Ebendiese weitere Belastung führt wiederum zur eigenen Rechtfertigung des weiteren Konsums von Alkohol oder Medikamenten.

(Perioden völliger Abstinenz) Es kommt zu Phasen der zeitweiligen Abstinenz, welche meist durch gesellschaftlichen Druck, Arzt/Ärztin oder die eigene Vernunft bedingt sind. Auf Dauer scheitern diese Versuche. Die eigene Schwäche wird daraufhin meist als neuer Grund, nicht abstinent leben zu können, gesehen und führt zu weiterem Konsum.

(Konzentrieren des Verhaltens auf das Suchtmittel) Nunmehr wird das Denken und Handeln rund um den „Stoff“ zum zentralen Handlungsfeld. Trinkende überlegen zum Beispiel wie die Arbeit das Trinken stören kann. Medikamentenabhängige halten sich in dieser Phase zunehmend im Bett auf. Augenfällig sind hierbei stark abgedunkelte und überheizte Räume. Es rücken auch die vorgebliche Krankheit und die damit verbundene „Heilung“ in den Lebensmittelpunkt.

(In Verbindung damit steht starkes Selbstmitleid) Medikamentenabhängige versinken oft in Selbstmitleid, da sie sich sehr stark als Leidende sehen die von ihrem Umfeld und ihren Bezugspersonen nicht verstanden werden.

(Änderungen im Familienleben (bei Frauen seltener)) Tatsächlich distanzieren sich (Ehe)PartnerInnen, und Familie zunehmend vom/von der Alkohol- oder MedikamentenkonsumentIn. Belastend im Familienleben ist der Umstand, dass sich Gesprächsinhalte zunehmen wiederholen und kleine Probleme überinterpretiert werden.

(Sichern des Vorrates) Um eine ausreichende Versorgung mit Alkohol oder Medikamenten sicherzustellen, werden beispielsweise Flaschen versteckt und Medikamentenabhängige lassen sich von mehreren Ärzten/Ärztinnen parallel „ihr“ Medikament verschreiben. Ebenso ist das entsprechende Medikament immer greifbar.

### Die chronische Phase

(Ethischer Abbau) In der chronischen Phase werden, bedingt durch tagelange Zügellosigkeit, früher bestehende moralische und ethische Richtlinien abgelegt. Vor diesem Hintergrund kommt es dazu, dass Medikamentenabhängige betreuende Ärzte/Ärztinnen und ApothekerInnen anlügen, Medikamente stehlen und Verschreibungen fälschen.

(Beeinträchtigung des Denkens) Hauptsächlich durch die vergiftende Wirkung des Alkohols zeigen sich in dieser Phase Beeinträchtigungen des Denkvermögens und es kommt bei etwa 10% der AlkoholikerInnen zu echten Alkoholpsychosen.

(Undefinierbare Ängste) Das Auftreten von Ängsten die keine definierbare Ursache haben, kann insbesondere bei der Einnahme von entängstigenden Substanzen, zu einer andauernden Erscheinung werden. Die Ängste können aber auch psychisch oder organisch bedingt sein und sie treten vermehrt bei freiwilligen oder erzwungenen Abstinenzphasen auf.

(Zusammenbrüche) Als Folge der unterschiedlichen Phasen ist der totale Zusammenbruch bekannt. Bedingt durch schwere Depressionen in dieser Phase, kommt es zum Teil auch zu Selbstmordversuchen.

### **2.3.2 Das Eisenbahnmodell von Lindenmeyer**

Lindenmeyer (2016, S 83ff) beschreibt im Buch „Lieber Schlau als Blau“ den schleichenden, individuell verlaufenden Prozess der Abhängigkeitsentstehung plastisch anhand des Eisenbahnmodells, welches hier aufgegriffen wird. Dieses Modell zeigt einerseits gut den Verlauf, andererseits ist dies ob der starken Anschauungskraft auch gut einsetzbar um KlientInnen den Vorgang zu beschreiben, was bei diesen zu einem guten Verständnis bezüglich ihrer Krankheit führen kann.

Verkürzt erklärt wird ein Gleis dargestellt, auf dem ein Zug die Abkürzung durch das Tunnel nimmt – dieses Tunnel stellt die Sucht dar, eine Person nimmt also in bestimmten Situationen immer wieder Alkohol oder Drogen zu sich. Dieses Gleis mit der Abkürzung ist blankgefahren, es ist der einfache, bekannte Weg für Betroffene. Das zweite Gleis, das Gleis der alternativen Strategien, der Copingmechanismen ohne Substanzgebrauch, ist ob der Nichtbenützung verwildert und für die Betroffenen

sehr schwer zu befahren, was erneut dazu führt, dass in Situationen, die Anstrengung erfordern, neuerlich auf das „Suchtgleis“ zurückgegriffen wird.

## **2.4 Komorbidität Medikamente und Alkohol**

Medikamenten- und Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit treten sehr häufig gemeinsam auf. In Studien in Amerika zeigt sich eine Komorbidität des Missbrauchs von Alkohol und Sedativa/Hypnotika von 53 bis fast 100%, so Sommer, 2015.

Wie im Kapitel Diagnostik, Definition im ICD10, bereits dargestellt, gibt es eine allgemeine Definition für das Abhängigkeitssyndrom und für schädlichen Gebrauch von Substanzen, die sich auf jede psychotrope Substanz spezifisch anwenden lässt. So weisen Alkohol und Medikamente mit Suchtpotential viele Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Aufnahme und des Abbaus im Körper auf. Personen mit einem missbräuchlichen Konsum oder einem Abhängigkeitssyndrom nehmen Alkohol und Medikamente mit Suchtpotential oft gleichzeitig ein. Dadurch kann es zu vollkommen unberechenbaren Effekten für die Betroffenen kommen (Lindenmeyer, 2016).

M. Soyka et al. (2005) schreiben, dass bei PatientInnen mit gleichzeitigem Alkohol- oder Drogenmissbrauch neben der Gefahr der Entwicklung einer Arzneimittelabhängigkeit insbesondere das Risiko gefährlicher Wechselwirkungen bei kombiniertem Konsum zu berücksichtigen ist.

Lindenmeyer (2016) zeigt die unberechenbaren Effekte anhand 2er Beispiele auf:

Genannt wird erstens die Kreuztoleranz: Wenn bereits eine erhöhte Alkoholverträglichkeit aufgrund der Toleranzsteigerung einer Abhängigkeit besteht, so gilt dies häufig auch bezüglich vieler Medikamente mit Suchtpotential. Kreuztoleranz bedeutet, dass eine Person, die große Mengen Alkohol verträgt, in der Regel auch etwas unempfindlicher gegenüber Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel ist als ein Mensch ohne entwickelte Toleranzsteigerung. Aus diesem Grund neigen viele Alkoholabhängige zu einem gefährlich hohen Medikamentenkonsum. Aufgrund dieser Toleranz benötigt auch ein Anästhesist präzise Angaben über die Alkoholverträglichkeit eines Menschen um die Dosierung des Narkosemittels hoch genug vornehmen zu können.

Als weiteres Beispiel wird die gegenseitige Abbaublockade genannt: Werden Medikamente und Alkohol gleichzeitig eingenommen können sich die Abbaumöglichkeiten der Substanzen in der Leber gegenseitig blockieren, es kann zu einer überraschend starken Wirkung kommen, die lebensgefährlich sein kann. Aus diesem Grund befinden sich auf Beipackzettel der Medikamente Warnhinweise, dass sie niemals mit Alkohol gemeinsam eingenommen werden sollen.

### **Praxisverschränkung: Fallbeispiel 1**

An dieser Stelle sei **Patient S.** vorgestellt.

*Herr S., ein Mann im mittleren Alter, hat 2 vorangegangene qualifizierte Entzüge hinter sich, und wurde aufgrund einer akuten Belastungsreaktion nach einer sich wiederholenden externer Gewaltanwendung rückfällig. Nachdem ihm bewusst wurde, dass er wieder regelmäßig zum Alkohol greift, wollte er dies alleine beenden. Sein Hausarzt unterstütze ihn durch die Verschreibung des Benzodiazepins „Praxiten“, das ihm erleichtern sollte, das Erlebte auszuhalten und den Alkoholkonsum wieder zu beenden. Zu dem Zeitpunkt war Herr S. nicht in therapeutischer Behandlung. Er lebt alleine und ging seiner langjährigen Arbeit nach. Die Kombination aus selbstdosierter Beruhigungsmedikation, die bis zu 200mg reichte, und Alkohol, zeigten rasch eine Wirkung, sodass Arbeitskollegen durch seine reduzierte Arbeitsleistung auf sein erneut aufgetretenes Problem aufmerksam wurden. Hr. S. entschloss sich daraufhin erneut zu einer stationären Aufnahme. Da der Aufnahmetermine einige Wochen in der Zukunft lag, trank er bewusst viel Alkohol um auf der Akutstation des Universitätsklinikums Salzburg aufgenommen zu werden. Dort verbrachte er einige Tage, in denen er einen heftigen körperlichen Entzug mit epileptischen Anfällen erlebte. Von der Akutstation konnte er nach einigen Tagen direkt, ohne Wartezeit, auf die Therapiestation für Abhängigkeitserkrankungen des Universitätsklinikums für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Salzburg, zum qualifizierten Alkoholentzug übernommen werden.*

## 2.5 Unterschiede zwischen Medikamenten- u. Alkoholabhängigkeit

Lindenmeyer (2016) zeigt anhand der Punkte *Einstieg, Konsum, Wirkung, Beschaffung, Abhängigkeitsentwicklung und Entzug*, dass ein großer Unterschied in der Abhängigkeit von Medikamenten zu dem von Alkohol besteht.

Der Weg in eine Alkoholabhängigkeit dauert meist jahr(zehnt)elang und ist geprägt dadurch, dass sich der Konsum sukzessive steigert und gleichzeitig die sozialen Verpflichtungen und Interessen merklich nachlassen, während das Umfeld eine Veränderung wahrnimmt und meist schon länger darunter leidet als der/die Betroffene selbst. Dahingegen ist Medikamentenabhängigkeit eine „leise Sucht“. Diese wird als „sauber“ beschrieben, da es den Betroffenen nicht angemerkt wird, da sie keine „Fahne“ haben. Betroffene kommen nicht aus gesellschaftlichen Gründen mit Medikamenten in Berührung, sondern weil sie körperlich oder seelisch leiden und von Arzt/Ärztin oder ApothekerIn ein Medikament zur Linderung empfohlen bekommen.

Die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit ist bei einem Großteil der PatientInnen iatrogen (durch ärztliche Maßnahmen verursacht). Musalek (2014, (3) Onlineangabe)) schreibt "90 bis 95 Prozent dieser Suchterkrankungen werden vom Arzt verursacht". Arzneimittel werden hergestellt um Krankheiten zu lindern oder zu heilen, wenn sich dies umkehrt und die helfenden Pillen zum Problem werden gibt es dafür kaum Verständnis noch Einsicht.

„Am Beginn einer Medikamentenabhängigkeit steht fast immer ein Problem“ (Lindenmeyer, 2006, S.96). Betroffene können sich dafür leichter (als Personen mit einem Alkoholproblem) daran erinnern, wie ihr Konsum, ihre Sucht begonnen hat.

Eingenommen werden Medikamente in der Regel ganz gezielt, um die erwünschte Wirkung zu erzielen, allein zu Hause, nicht „nebenbei“ mit FreundInnen. Zu Medikamenten wird langläufig schnell und von den Betroffenen für sich alleine gegriffen. Es geht nicht um die Einnahme, sondern um die spezifische Wirkung. So können Medikamentenabhängige genau angeben wofür/wogegen die Substanz genommen wurde und somit wissen sie auch, worauf sie bei einer Abstinenz verzichten müssen. Das heißt, wenn Beschwerden, gegen die das Medikament ärztlich verordnet wurde, bei längerer Einnahme als Absetzerscheinungen erneut auftreten, rechtfertigt dies (zumindest aus PatientInnensicht) eine weitere Einnahme

des Medikaments. Es kann dann nicht mehr zwischen Ursache und Folge unterschieden werden. Personen mit Medikamentenabhängigkeit verstehen diese Folgen meist als Ausdruck einer anderen Krankheit oder der Krankheit, gegen die sie die Substanzen einnehmen. Von deren Angehörigen werden die Betroffenen oftmals bemitleidet, sie raten zu stärkeren Medikamenten oder zu einem Arztwechsel. Für PatientInnen ist die Behandlung dieser Symptome oftmals wesentlich vordergründiger als die Medikamentenabhängigkeit, da für PatientInnen die Substanz, auch wenn diese kaum noch wirksam ist, die einzige Strategie im Umgang mit den Beschwerden darstellt. Medikamentenabhängigkeit bleibt daher viel eher verborgen als andere Suchtentwicklungen.

Lindenmeyer (2016) gibt eine Schätzung ab, nach der „etwa ein Drittel aller ärztlichen Verordnungen dieser Medikamente [Anm.: mit Suchtpotential] gar nicht mehr der Behandlung akuter medizinischer Probleme, sondern nur noch der Vermeidung von Entzugserscheinungen“ (S.98) dienen.

Die Dosierung von Medikamenten kann mitunter zu großen Schwierigkeiten führen, sodass es, wie oben bereits erwähnt, zu unbeabsichtigten Wirkungen kommen kann. Die Wirkung kann sich durch eine Abhängigkeit mittels Entzugssyndrom in ihr Gegenteil verwandeln und verschiedene Medikamente beeinflussen sich gegenseitig. Es kann jedoch kaum vorhergesehen werden, welche Wirkung sich genau zeigt wenn beispielsweise ein Aufputzmittel nach einem Beruhigungsmittel eingenommen wird. Lindenmeyer (2016) vergleicht mit Drogenabhängigen wenn er schreibt, dass Medikamentenabhängige oftmals den richtigen „Cocktail“ für die passende Wirkung suchen, dabei komme es aber immer wieder zu bösen Überraschungen.

Die Verantwortung der Sucht wird oftmals auf den Arzt/die Ärztin abgegeben, da der/die das Medikament verschrieben hat, und lediglich sozial akzeptierte Heilmittel eingenommen werden. Dennoch ergeben sich (außer bei der Niedrigdosisabhängigkeit) rasch Beschaffungsprobleme. Durch den täglichen Bedarf und die Toleranzsteigerung braucht es immer größere Mengen, die meist nicht mehr vom Arzt/ von der Ärztin verschrieben werden. Medikamentenabhängige horten oft große Mengen an Medikamenten um die Sicherheit zu haben, dass ihnen die Substanz nicht ausgeht. Es werden oftmals viele Ärzte/Ärztinnen in einer Reihe konsultiert und zudem besteht eine Gefahr von Kriminalität durch

Rezeptfälschungen, Einbrüche oder Diebstahl in Krankenhäusern oder Apotheken. Medikamente mit Abhängigkeitspotential (diese werden später näher erläutert) weisen ein höheres Abhängigkeitspotential als Alkohol auf, was nach wenigen Wochen des Gebrauchs schon zu Entzugserscheinungen führen kann. Anders als bei Alkohol treten diese Entzugserscheinungen jedoch nicht immer linear auf. Somit ist eine Entzugsbehandlung für Medikamentenabhängige schwerer als bei Alkohol, wo sich in der Regel nach wenigen Tagen zunehmend eine Besserung einstellt.

### ***Praxisverschränkung: Fallbeispiel 2***

An dieser Stelle sei **Patient X.** vorgestellt, den ich in der therapeutischen Arbeit im Universitätsklinikum für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Salzburg, betreute.

*Der ältere Herr kam mit einer Alkoholabhängigkeit (abstinent lebend) und einer aktiven Abhängigkeit von Benzodiazepinen in die Klinik. Er erhielt in einem Krankenhaus aufgrund von Schlafstörungen das Benzodiazepin „Praxiten“, welches ihm in Folge von seinem Hausarzt weiter verschrieben wurde, weil es scheinbar half. In kurzer Zeit entwickelte er eine Toleranz gegenüber dem Medikament und steigerte somit die Dosis um weiterhin schlafen zu können, bis zu einer eigentlich letalen Dosis. Hr. X. hatte bis dahin schon mehrere Ärzte konsultiert um immer genügend Medikamente zu Hause zu haben, besonders vor Fahrten in eine anderes Bundesland benötigte er stets eine erhöhte Menge zur Sicherheit. Sein Fokus tagsüber war darauf bezogen, genügend Praxiten zu organisieren, was andere Aktivitäten in den Hintergrund geraten lies. Nachts konnte er dennoch nicht ausreichend schlafen. Der Ausstieg gelang ihm durch einen befreundeten Arzt, der auf den Medikamentenkonsum aufmerksam wurde und Hr. X. über die Abnorm seines Handelns aufklärte.*

*Daraufhin ließ sich Pat. X. in der Ambulanz einen Termin für eine stationäre Aufnahme geben.*

## 2.6 Medikamente mit Suchtpotential

Das Wort „Medikament“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „Heilmittel“ also etwas das heilen, gesund machen soll. Schneider (2009) schreibt, missbraucht werden können alle Medikamente, indem sie nicht nach ärztlicher Dosierung und Verschreibung eingenommen werden, wenn also die Dosierung die zulässige Menge und Dauer übersteigt. Von einigen Medikamenten geht kein Suchtpotential aus, sodass keine Sucht entsteht auch wenn sie in erhöhter Dosis eingenommen werden. Bei anderen Medikamenten hingegen kann aber auch durch korrekte, verschriebene Dosis eine Abhängigkeit entstehen.

Besonders hervorzuheben sind diesbezüglich 4 Medikamentengruppen

- Beruhigungs- und Schlafmittel (benzodiazepinhaltig wie beispielsweise Tavor\*, Diazepa\*, Lexotanil\* oder sogenannt „Z-Drugs“ (die ein geringeres Abhängigkeitsrisiko haben) wie Zopiclon\*, Bikalm\*
- Schmerzmittel wie zum Beispiel Tramadol Hexal\*, Tramal\*, Geolnida\*
- Stimulanzien (Weck- und Aufputschmittel) wie beispielsweise Ritalin\*, Concerta\*
- sonstige, nicht als Psychopharmaka gekennzeichnete, Arzneimittel

\*Es handelt sich um übliche Handelsnamen in Deutschland, entscheidet ist jedoch nicht der Handelsname sondern die Wirkstoffgruppe, die den Beipackzetteln entnommen werden kann und der/dem AnwenderIn oft gar nicht bekannt ist.

Besonders Medikamente der Benzodiazepin Gruppe sind problematisch, mehr dazu wird im unten folgenden Kapitel ausgeführt.

Das Wort „Tranquillizer“ (von lateinisch *tranquillus* bedeutet langsam, ruhig) bezieht sich auf Psychopharmaka, die negative Gefühle wie Angst, Traurigkeit und Ärger, sowie psychische Erregung beseitigen, und zwar ohne einer Einschränkung der Aktivität der Person.

Problematisch zeigt sich bei den psychotropen Medikamenten, dass es bei vorübergehender oder ganz abgebrochener Einnahme der Substanz zu „Absetzerscheinungen“ kommt, welche zu den unerwünschten Nebenwirkungen zählen. Schneider (2009) beschreibt Absetzerscheinungen als „verstärkte Nebenwirkungen der eingenommenen Substanz oder als ganz neue Symptome“ (S.86). So können beispielsweise genau die Beschwerden, gegen die das



Medikament genommen wurde, nach dem Absetzen verstärkt auftreten. Sind die Beschwerden wesentlich stärker als vor der Einnahme des Wirkstoffes, spricht man von Absetzerscheinungen. Um genau das zu verhindern, wird ärztlich die Methode des Ausschleichens gewählt, das heißt, die Dosis wird Schritt für Schritt über einen gewissen Zeitraum reduziert. Genau dies passiert allerdings bei Alleingängen der PatientInnen, wenn sie spontan die Medikamente absetzen, nicht.

### **2.6.1 Vermeidung von Nebenwirkungen von Medikamenten**

Die Abhängigkeitsentwicklung (wie oben bereits geschildert) wird üblicherweise anhand der Substanz Alkohol dargestellt, beinhaltet aber auch die von Medikamenten. Jedes wirksame Medikament weist auch unerwünscht Nebenwirkungen auf. Welche Wirkung vordergründig ist hängt von drei wesentlichen Faktoren, die Lindenmeyer (2016, S.90) beschreibt, ab:

- Von der richtigen Dosis. So kann ein nützliches Medikament bei einer falschen Dosierung schädlich wirken.
- Der richtigen Indikation: Ein Medikament kann gegen eine Krankheit lebenswichtig sein und bei einer anderen Krankheit sehr schädlich.
- Die richtige Dauer: ein für einen begrenzten Zeitraum sehr nützliches Medikament kann sehr schädlich wirken, wenn es auf Dauer genommen wird.

Dies betrifft besonders Medikamente mit Abhängigkeitspotential.

### **2.6.2 Epidemiologie**

Bei den oben genannten Arzneimittelgruppen, welche mit „4-5 Prozent“ (Lindenmeyer 2016, S.95), einen relativ kleinen Teil aller vorhandenen Medikamente darstellen, kann sich eine psychische und körperliche Abhängigkeit (wie bei Alkohol) entwickeln. Lindenmeyer (2016) gibt eine geschätzte Zahl der Medikamentenabhängigen (in Deutschland) von etwa 1,5 Millionen (das sind bei 82,6 Millionen EinwohnerInnen\* 2,3% der Bevölkerung (1) Onlineangabe) an.

Der Suchtexperte und Leiter des Anton Proksch Instituts, Michael Musalek (Mai 2014, (3) Onlineangabe), berichtete bei den 23. Österreichischen Ärztetagen in Grado von einer Schätzung von 130.000 Medikamentenabhängigen (1,53%\*) in Österreich.

Der Suchtexperte Reinhard Haller sagt im März 2010 bei der 43. Wissenschaftlichen Fortbildungstagung der Österreichischen Apothekerkammer in Saalfelden ((2) Onlineangabe), dass in Österreich mindestens 150.000 Menschen (1,81%\*) von einer Medikamentenabhängigkeit betroffen sind, 2016 spricht er von einer erheblichen Zunahme und von ein Schätzung von bis zu 190.000 (2,17% der Bevölkerung\*) Medikamentenabhängigen in Österreich. 2017 schreibt Haller weiter, dass 2 Millionen (das sind 2,42%\*) in Deutschland medikamentenabhängig sind und dass diese Abhängigkeit in den letzten Jahren zugenommen hat.

Michael Soyka et al. (2005) erhalten in ihrer Studie, die in Deutschland durchgeführt wurde, ähnliche Ergebnisse. Sie fanden heraus, dass die Prävalenz der Arzneimittelabhängigkeit mit 1,9 Millionen (das sind 2,32%\* der deutschen Bevölkerung) höher ist, als bisher angenommen wurde. Es handelt sich dabei um einen Schätzwert der Medikamentenabhängigkeit als Haupt- und Sekundärdiagnose beinhaltet und auf einer Extrapolation der Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen auf die deutsche Gesamtbevölkerung der über 18-Jährigen basiert. Angemerkt wird, dass von einer noch höheren Prävalenzrate von Arzneimittelkonsum und -abhängigkeit im höheren Alter auszugehen ist.

Schneider (2009) gibt an, dass die Anwenderzahlen von Benzodiazepinen rückläufig sind, aber dennoch nach wie vor 11% der Bevölkerung [Anm.: die Zahlen beziehen sich auf Deutschland] häufig unter deren Wirkung stehen, und dass rund 80 Prozent der Medikamentensüchtigen eine Abhängigkeit nach Schlaf- und Beruhigungsmittel entwickelt haben. Das wären nach Schätzungen ca. 1,1 Millionen Personen in Deutschland (bei 81,9 Mill. EinwohnerInnen sind das 1,34%\* der Bevölkerung), die rein von Benzodiazepinen abhängig sind.

Auch Elsesser & Sartory (2001) schreiben von einer Schätzung, nach der 10%-30% der westeuropäischen Bevölkerung bereits einmal in ihrem Leben Tranquilizer eingenommen haben und ca. 2% von diesen abhängig sind.

Hofmann (2013) gibt ebenso wie Soyka et al. Zahlen in Bezug auf die spezielle Gruppe der älteren Menschen an, von denen nehmen etwa alle 10% in der Wohnbevölkerung regelmäßig Benzodiazepine, und bis zu 30% in Wohnheimen oder Krankenhäusern und empfiehlt unter engmaschiger Begleitung diese Benzodiazepine fraktioniert vollständig abzusetzen oder zumindest die Dosis zu reduzieren.

\*Die Prozentangaben sind jeweils von der Bevölkerungsanzahl des jeweiligen Jahres berechnet.

Diese Zahlen beruhen alle auf Schätzungen durch Hochrechnungen von Krankenanstalten und Versicherungsträgern. Präzise Zahlen sind nicht bekannt. Sichtbar wird allerdings, dass ca. 2% (in Österreich wie Deutschland) der Bevölkerung von Medikamenten abhängig zu sein scheinen, der Großteil davon ist auf Benzodiazepine zurückzuführen.

Besonders an der Abhängigkeit von Medikamenten ist zudem, dass 2/3 der Personen Frauen sind, was mit der Verschreibungshäufigkeit von Beruhigungsmitteln [Anm.: in Deutschland] von 70% auf Frauen einhergeht.

Erschwert kommt hinzu, dass laut Hofmann (2013) im Anamnesegespräch erst dann die Einnahme angegeben wird, wenn explizit nach einem Präparatnamen gefragt wird.

Abhängigkeitserkrankungen gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen (in Deutschland). (vgl. Bake 2008)

### **2.6.3 Benzodiazepine**

Im Arzneimittelgesetz (AMG) ist festgeschrieben, dass bei Arzneimitteln Hinweise aus den Bereichen Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Gegenanzeigen, Resistenzbildungen, aber auch Missbrauch und Fehlgebrauch, Gewöhnung und Abhängigkeit angegeben werden müssen. Die Geschichte der Medikamentenabhängigkeit war allerdings geprägt von breiter und undifferenzierter Verschreibung bei nicht genau abgeklärten Beschwerden und mangelndem Wissen

bezüglich des Suchtpotentials beziehungsweise zu wenig Offenheit darüber (Glaeske, 2012).

Die Verheimlichung des Suchtpotenzials war besonders evident bei der weltweiten Einführung der Benzodiazepine im Jahre 1960. Nachdem Chlordiazepoxid und Diazepam im Jahre 1963 eingeführt wurden, mehrten sich in den Folgejahren zwischen 1963 und 1972 die Zeichen einer psychischen und physischen Abhängigkeitsinduzierung (Greenblatt u. Shader 1978, Essig 1964; zitiert nach Gerd Glaeske, 2012).

Auch Sommer (2015) schreibt von epidemiologische Studien in den USA, die zeigen, dass nach Bekanntwerden des Abhängigkeitspotentials der Benzodiazepine ärztliche Verschreibungen zwar zurückgegangen sind, jedoch auch in den 1980er Jahren noch 65 Millionen ärztliche Verschreibungen jährlich erfolgten (Breier & Paul, 1990). Laut Batra und Thoms (2012) belief sich die Zahl der Verordnungen in Deutschland 1992 auf 30-40 Millionen. (zitiert nach Sommer 2015).

Medikamentenabhängigkeit kann sich entweder auf den Konsum mehrerer verschiedener Substanzklassen, verschiedener Substanzen einer Wirkklasse oder aber auf vermehrten Konsum einer speziellen Substanz beziehen (Elsesser & Sartory, 2001). Die Gruppe der Benzodiazepine ist im Rahmen des Medikamentenmissbrauchs von besonderer Bedeutung, da diese am häufigsten missbräuchlich verwendet werden (Rösner & Kufner, 2007), und sich bereits nach zwei Wochen eine Niedrigdosis-Abhängigkeit einstellen kann.

### *Wirkung*

Benzodiazepine lindern das Leiden und lassen den Zusammenhang der Lebenssituation, innerem Erleben und den physischen Beschwerden verschwimmen. Die eigentliche Lösung der grundlegenden Probleme rückt somit in den Hintergrund (Schneider, 2009).

Hofmann (2013) zeigt, dass es Benzodiazepine für diverse Anwendungsbereiche, wie zum Beispiel als Substanz zur Entspannung, Schlaf anregend, Krampf- und Angstlösend, oder als Stimmungsaufheller, gibt. Körperliche, psychische und soziale Störungen, wie geminderte Gedächtnisleistung und Konzentration, Reaktionsgeschwindigkeit, Vigilanz, Aufmerksamkeit, Koordination,

Akkommodationsfähigkeit, sowie geminderte Muskelkraft und Muskeltonus, sind die bekanntesten Nebenwirkungen. Zudem ist ein erhöhtes Sturzrisiko durch die muskelentspannende Wirkung der Benzodiazepine grundsätzlich immer gegeben. Eine Verbesserung dieser Funktionen ist sowohl nach Absetzen der Benzodiazepine als auch nach Dosisreduktion belegt.

Eine weitere Nebenwirkung, bei nicht fachgerechter Anwendung, ist die Abhängigkeitsentwicklung.

Alkohol sowie Benzodiazepine, so schreibt Schneider (2009), wirken zentral im Hirn in allen Bereichen, auf das Großhirn, danach im Zwischenhirn und bei hoher Dosierung im Hirnstamm. Der eigentliche Wirkort ist das limbische System. Die Wirkstoffe bedienen die Rezeptoren im Gehirn an denen die Gamma-Aminobuttersäure (GABA) die hemmende Wirkung entfaltet und „... verschieben das natürliche Gleichgewicht von Erregung und Hemmung in Richtung Dauerberuhigung“ (Schneider, 2009, S.88). Laut Hofmann (2013) erfolgt die Intoxikation verzögert.

Schneider beschreibt diesen Effekt mit dem Beispiel „der Seele eine Sonnenbrille“ (S.88) aufsetzen. Sowie sich die Augen an die Sonnenbrille gewöhnen und dann nach Abnehmen von der Sonne geblendet werden, gewöhnt sich auch das limbische System an die zusätzlichen Wirkstoffe und passt die körpereigenen Funktionen an.

So lassen sich auch Absetzerscheinungen erklären.

Der Hirnstoffwechsel verändert sich durch das Vorhandensein von körperfremden Substanzen und schränkt eigene Funktionen stark ein. Medikamentenfreiheit wird somit zu einer Störung und das Absetzen des Medikamentes erzeugt künstlich genau jene Symptome, gegen die zuvor das Medikament genommen wurde.

Entzugssyndrome können somit (aufgrund der Halbwertszeit) nach Tagen bis wenigen Wochen, aber auch bis zu Monaten nach Absetzen der Benzodiazepine auftreten. Benzodiazepine haben jedoch unterschiedliche Wege der Metabolisierung, sie nehmen entweder den Weg der Desalkylierung in der Leber oder den der Glucuronierung. Diese Wege verlaufen unterschiedlich schnell. Die reine Angabe der Halbwertszeit ist nicht ausreichend, solange die Abbau- und Metabolisierungswege nicht berücksichtigt werden. Da die Mittel lange im Körper bleiben, ist eine Nebenwirkung des Präparats der sogenannte „Kater“. Besonders gravierend können

Entzugerscheinungen in Form eines Delir oder Krampfanfall auftreten. Dies passiert (besonders bei älteren Menschen) im Krankenhaus öfters weil die Einnahmedosis zuvor nicht bekannt war (Hofmann, 2013).

Bei ordnungsgemäßer Einnahme von Benzodiazepinen kann bereits nach 14 Tagen bis 3 Monaten eine Abhängigkeit entstehen. Wird die Einnahme von Benzodiazepinen für mehr als 8 Wochen verordnet, so gilt das heute quasi als ärztlicher „Kunstfehler“ (S. 90), so Schneider, 2009.

Zu einer Niedrigdosisabhängigkeit kommt es, wenn der Arzt/die Ärztin ein Beruhigungsmittel des Benzodiazepintyps länger als 4-6 Wochen verschreibt (Schneider, 2009, S.202). Lindenmeyer (2016, S.99) gibt an, dass die Verwendung unter allen Umständen auf eine Dauer von 8-14 Tagen (vgl. auch Glaeske, 2012) beschränkt bleiben soll und weiter, dass es weltweit kaum Studien gibt, die die Nützlichkeit der Einnahme von Beruhigungsmittel von länger als 4 Wochen nachgewiesen hätten.

Besonders gefährlich sind die Mittel der Benzodiazepine, die

- vom Körper sehr schnell aufgenommen werden und ins Zentralnervensystem eindringen
- wenig ruhigstellen
- pro Tablette viel Wirkstoff enthalten
- deren Ausscheidungshalbwertszeit zwischen 12 und 20 Stunden liegt.  
(Schneider, 1998, S. 31)

Als problematisch stellt sich die Nichteinhaltung der Einnahmenvorgaben durch die PatientInnen und eine ungenügende Kontrolle der Ärzte/Ärztinnen dar. Oftmals sind sich Patienten gar nicht bewusst, dass in ihren Medikamenten Benzodiazepine enthalten sind.

Die effektivste Verhinderung von Missbrauchsproblemen durch den behandelnden/die behandelnde Arzt/Ärztin wird als „4K Regel“ benannt (Schneider, 2009; Haller, 2016 (3); Hofmann, 2013):

- Klare Indikation
- Kleinste notwendige Dosis
- Kurze Anwendung: maximal 14 Tage
- Kein abruptes Absetzen

### *Halbwertszeit*

(zusammengefasst nach Schneider, 2009, S.91f)

Alkohol und Medikamente unterscheiden sich stark in der jeweiligen Art wie sie vom Körper abgebaut werden. Während der Metabolismus von Alkohol unabhängig von der Menge gleichförmig vor sich geht, werden Benzodiazepine, und andere Medikamente, in Abhängigkeit der Menge des im Blut befindlichen Stoffes abgebaut. Dies funktioniert nach dem System „je mehr desto schneller, je weniger desto langsamer“. Halbwertszeit ist jener Zeitraum, in dem die Konzentration der Substanz im Körper um die Hälfte abgenommen hat.

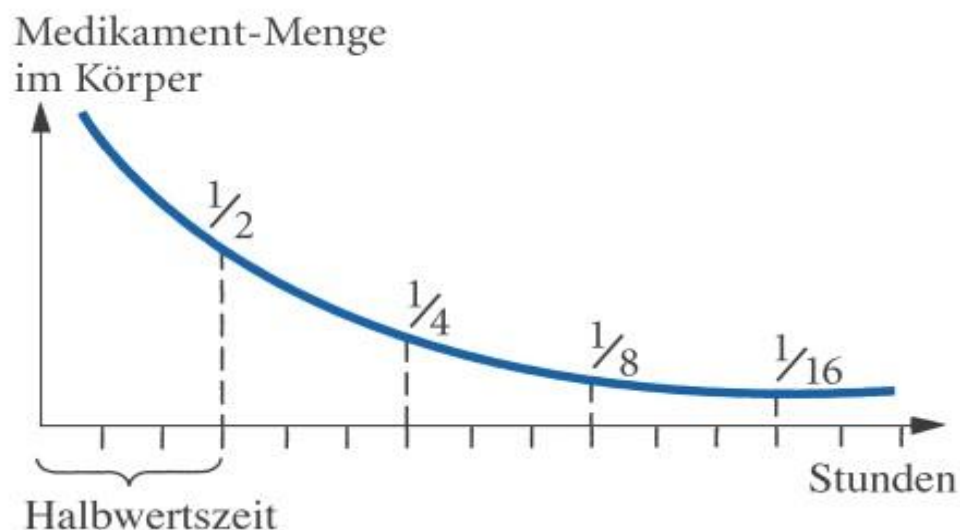


Abbildung 2: Halbwertszeit. (Lindenmeyer,2016, S. 51)

Wie in Abbildung 2 ersichtlich, kann nach einer einmaligen Verabreichung erst nach 5 Halbwertszeiten die Ausscheidung der Substanz als abgeschlossen erachtet werden. Zu dem Zeitpunkt befinden sich nur noch rund 3% der Ausgangsdosis im Körper.

Schneider (2009) beschreibt, dass Benzodiazepine sehr unterschiedliche Halbwertszeiten - von sehr kurzer bis langer Wirkdauer (in Zahlen bedeutet dies einen Unterschied zwischen ca. 2,5 - 30 Stunden) haben. Für Ein- und Durchschlafstörungen werden Präparate mit einer kurzen bis mittleren Dauer empfohlen, zur ständigen Beruhigung und Dämpfung benötigt es lange wirksame Stoffe. Da beim Abbau die einzelnen Benzodiazepine in sehr unterschiedliche Substanzen umgewandelt werden, ist die genaue Angabe der Halbwertszeiten sehr erschwert. Bei einigen Benzodiazepinen ergeben sich Stoffwechselprodukte (aktive Metaboliten), die für sich psychotrop wirken und lange im Körper verbleiben können. Bei Substanzen mit kurzer Halbwertszeit und der Verstoffwechslung zu aktiven Metaboliten kann eine regelmäßige Einnahme zu einer verdeckten Dosissteigerung und somit einer Niedrigdosisabhängigkeit führen, von der der/die PatientIn nichts ahnt.

Bei längerfristiger Anwendung ist das Wissen über die Halbwertszeit wesentlich, da diese die Absetz- und Entzugserscheinungen steuert. Symptome wie Unruhe, Schlaflosigkeit, Schmerzen oder Angstzustände können nach Stunden oder auch Tagen auftreten. Für Betroffene ist kaum möglich abzuschätzen wie viel von einem Medikament sich noch in ihrem Körper befindet und welche Dosis zur Wiederauffrischung der gewünschten Wirkung benötigt wird.



## 2.7 Medikamentenabhängigkeit: Zusammenfassung

Medikamentenabhängigkeit ist eine leise Sucht, die nach außen kaum auffällt. Zu Beginn steht meist ein Problem wie Schlafstörung oder Schmerzen, und die Substanz wird vom/von der Arzt/Ärztin oder ApothekerIn verschrieben. "90 bis 95 Prozent dieser Suchterkrankungen werden vom Arzt verursacht" (Musalek, 2014, (3) Onlineangabe). Die Betroffenen sind in der Regel froh um die hilfreiche Substanz. Wenn diese dann zum Problem wird, erkennen beziehungsweise akzeptieren Betroffene das oft nicht. Dies stellt ein zentrales Merkmal der Medikamentenabhängigkeit dar. Problematisch zeigt es sich besonders, weil Symptome der Abhängigkeit häufig den Symptomen der Ursprungssymptomatik entsprechen. Zwischen Ursache und Folge kann kaum unterschieden werden. Für PatientInnen steht die Beseitigung ihrer Symptome im Vordergrund und somit greifen sie erneut immer wieder zum Medikament, (auch) wenn Beschwerden, gegen die das Medikament ärztlich verordnet wurde, bei längerer Einnahme als Absetzerscheinungen erneut auftreten. Die Behandlung der Symptome ist oftmals wesentlich vordergründiger als die Medikamentenabhängigkeit, zudem ist oftmals das Medikament die einzige Strategie im Umgang mit den Beschwerden, die die Betroffenen noch haben.

Die Mehrheit der Medikamentenabhängigen wird daher nicht in Suchtkliniken sondern eher in Allgemeinarztpraxen oder psychosomatischen Kliniken versorgt.

Der erste Schritt weg von einer (beginnenden) Abhängigkeit bedarf eines Verständnisses über die Beschwerden als Warnzeichen der Seele und darüber, dass der Medikamentenkonsum einer fehlerhaften Problemlösung gleichkommt.

„Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten stellen zweifelsohne das Suchtproblem der Zukunft dar“, schreibt Haller (2017, S.146).

## 3 Gestalttherapie

---

### 3.1 Grundlagen der Gestalttherapie allgemein

Die Gestalttherapie wurde primär von Fritz Perls (geboren am 8. Juli 1893 in Berlin) und Laura Perls (geborene Posner, 15. August 1905 in Pforzheim) gegründet, wesentlich dazu beigetragen haben außerdem Paul Goodman, Ralph Hefferline und andere. Die zugrundeliegenden Strömungen sind, als Ursprung und in Abwendung davon, die Psychoanalyse, die Gestaltpsychologie, die philosophische Strömung der Phänomenologie (hier ist das Aufscheinende, das sich zeigende im Vordergrund), des Existentialismus und der Begegnungsphilosophie von Martin Buber.

Zur Begegnungsphilosophie „dialogische Philosophie“ von Martin Buber schreibt Boeck (2006), dass die dialogische Gestalttherapie versucht, das Augenmerk auf die Qualität der therapeutischen Beziehung zu lenken, da darin der Hauptwirkfaktor erfolgreicher Therapie erkannt wird.

Buber prägte die Unterscheidung zwischen den Beziehungsaspekten der Ich-Du-Beziehung und Ich-Es-Beziehung. Die Ich-Du-Ebene, in der das Gegenüber als Subjekt geachtet wird, ermöglicht durch die empathische Teilhabe an einer anderen Person einen übergeordneten Zwischenraum, in diesem gemeinsamen „Wir“ werden beide gehalten und können reifen. Die beobachtende und distanzierende Ich-Es-Ebene verdinglicht und funktionalisiert das Gegenüber, welches zur Sache, zum Objekt wird.

Die Philosophie Bubers wird von der Gestalttherapie als Aufforderung an TherapeutInnen erachtet, mit den KlientInnen in einen achtungsvollen, heilenden Dialog einzutreten, in der die GesprächspartnerInnen sich gegenseitig als verantwortliche Subjekte wahrnehmen (vgl. Doubrawa, 2006).

Wirksam waren auch Erfahrungen die die Gründerpersonen machten, wie beispielsweise Aspekte der Psychoanalyse, der körperorientierten Arbeit, Eurythmie von Laura Perls, oder Erfahrungen die im Kibbuz in Israel gemacht wurden und östliches Gedankengut des Zen-Buddhismus. All das führte zu einem Konzept der

Gestalttherapie, welches in Österreich in erweiterter Form als integrative Gestalttherapie gelehrt wird.

Die integrative Gestalttherapie, eine humanistische Schule, folgt einem holistischen Ansatz und geht von einer ganzheitlichen Leib-Seele-Einheit aus. Der Mensch wird als ein selbstregulierender Organismus im Kontakt mit seiner lebensnotwendigen psychischen und sozialen Umwelt verstanden.

Der Fokus liegt im Hier und Jetzt, was bedeutet, auf das zu achten was im Erleben in den Vordergrund tritt, auf sinnliches Erleben und Gefühle sowie dazugehörige Impulse zu achten. „I and Thou – Here and Now“ nach Fritz Perls.

Die Gestalttherapie ist eine Therapieschule, die die Auflösung von Blockaden unterstützen will, die Störungen der Selbstregulation beheben und das Schließen offener Gestalten unterstützt. „Gestalt wird gleichbedeutend als ‚Ganzheit‘, aber auch als eine gegen den übrigen Hintergrund abgrenzbare **Vordergrunderscheinung** verstanden“ (Hartmann-Kottek, 2008, S.8). Wesentlich ist das dynamische Verhältnis zwischen Figur und Hintergrund, jene Figur die sich vom jeweiligen Hintergrund abhebt, und zeigt, was im Hier und Jetzt im Kontakt mit der Umwelt im Vordergrund des Gewahrseins ist.

Ziel der integrativen Gestalttherapie ist es, das lebendige Potential der Persönlichkeit der Menschen freizulegen und den kreativen Kontakt der Menschen mit ihrer Umwelt zu fördern.

„GestalttherapeutInnen nutzen ihr eigenes Gewahrsein im Kontakt mit den KlientInnen als diagnostisches Instrument. (Das geht auf Mirjam und Erving Polsters Aussage zurück: `TherapeutInnen sind ihr eigenes Instrument´)“ (Doubrawa, 2006, S. 264).

Die integrative Gestalttherapie hat viele Methoden zur Benützung. Diese zielen auf die Intensivierung des Gewahrseins des/der KlientIn im Hier und Jetzt, auf die Klarheit der Wahrnehmung, und auf die Förderung des Gefühlserlebens und Gefühlsausdrucks, weil davon ausgegangen wird, dass das Wahrnehmen und die Akzeptanz dessen, was ist, die Grundlage für alle Veränderungsprozesse bildet.

Dabei bevorzugt die integrative Gestalttherapie experimentelle Methoden die erfahrungsbezogen sind, bei denen die KlientInnen ihre offenen Gestalten mit allen

Sinnen erleben können. Dies kann beispielsweise durch das Arbeiten mit dem leeren Stuhl, ein Rollenspiel, das Arbeiten mit kreativen Medien, oder körperbezogenes Arbeiten passieren (Vgl. Boeck, 2006).

Im Folgenden kurz dargestellt wird das Konzept von „Gestaltzyklus/Gestaltwelle“, da dies für das Verständnis von Abhängigkeitserkrankungen wesentlich ist, da Abhängigkeitserkrankungen hauptsächlich als Störung des Selbst, als Störung des Kontaktprozesses zwischen Organismus und Umwelt sowie als Störungen der kreativen Anpassung beschrieben werden. (Vgl. Bake, 2008).

Das Konzept des „Selbst“ wird hier nicht näher ausgeführt, da es eine eigenständige Arbeit benötigen würde um es in seiner Ganzheit und Komplexität darzustellen.

### **3.1.1 Der Gestaltzyklus**

Nach Perls, Hefferline und Goodman (1951), Blankertz & Doubrawa (2005).

Alternative Begriffe zum Gestaltzyklus sind: „Kontakt – und Erfahrungszyklus“, „Zyklus des Erlebens oder des Gewahrseins“, die „Kontaktphasen“ oder die „Gestaltwelle“.

„Der Prozess der Selbstregulation des Organismus in der Interaktion mit seiner Umwelt wird auch als der Gestaltzyklus bezeichnet“ (Boeckh, 2006, S. 33).

Fritz Perls (1978) widmete sich (als Kritik an der Triebtheorie der Psychoanalyse) gezielt dem Hungertrieb, der für ihn dem Selbsterhalt diene. Der Hunger stellt für ihn die Grundlage jeder befriedigender Kontaktaufnahme mit der Umwelt da. Dazugehörig nennt er die Aggression (das Herangehen an etwas), das ein wesentlicher Bestandteil einer jeden Aktivität ist. Der Trieb ist hier eine Kraft, die die Selbstregulation des Organismus in seinem Umwelt-Feld bewirkt.

Die Idee der Gestaltwelle kommt von Perls, Hefferline und Goodmans Beschreibung des Kontakts, wobei ein zeitliches Nacheinander der Phasen, sowie ein Ansteigen und Abflachen des Energieniveaus angenommen wird.

Die 4 Phasen/ Stadien des Kontakts:

1. Vorkontakt
2. Kontakthanbahnung (dies wird später in zwei Bereiche unterteilt: „Erregung des Verlangens“ (Kontaktaufnahme mit dem eigenen Bedürfnis) und „Auswählen und Verwerfen von Möglichkeiten“ (Kontaktaufnahme mit der Umwelt))
3. Kontaktvollzug (hier herrscht der höchste Energielevel)
4. Nachkontakt (auch dies wird erneut unterteilt da „in der Verdauung ein aktives (wenn auch unbewusstes) Kontaktverhältnis zwischen Organ und Aufgenommenem besteht“ (Blankertz & Doubrawa 2005), zudem fehlt der Abschluss, die Befriedigung)

Daraus ergeben sich die 6 Phasen des Kontakts, die in Abbildung 3 ersichtlich sind.

1. Vorkontakt
2. Kontaktaufnahme mit den eigenen Bedürfnissen
3. Kontaktaufnahme mit der Umwelt
4. Aggression
5. Assimilation, Integration
6. Nachkontakt



Abbildung 3: Die Gestaltwelle (nach Blankertz & Doubrawa 2005)

In der Gestaltwelle/dem Gestaltzyklus ist der Vorgang vom Mangelzustand bis zur Befriedigung ersichtlich. Die externe oder interne Störung des organismischen Gleichgewichts, der Homöostase, bewirkt eine Differenzierung des Organismus/Umwelt-Feldes. Durch diesen Mangelzustand im Organismus sorgen Hunger und die Aggression dafür, dass die Person den Mangel als Bedürfnis wahrnimmt welches sie dann zu befriedigen versucht. Der Organismus mobilisiert Energie, mit der er in Kontakt und Austausch mit der bedürfnisrelevanten Umwelt tritt. Ist das Bedürfnis befriedigt, das innere Gleichgewicht wiederhergestellt, ist die Homöostase wiederhergestellt. Die Differenzierung von Organismus und Umwelt hat sich wieder in Indifferenzierung aufgelöst, die Gestalt ist geschlossen. Der Trieb ist befriedigt und existiert nicht länger. (Vgl. Perls, 1987; Boeck, 2006).

Probleme bei der Gestaltbildung können nach Auffassung der Gestalttherapie etwa auftreten, wenn das aktuell Wahrzunehmende von vorher gemachten Erfahrungen überlagert wird. Dann wird nämlich nicht mehr wahrgenommen, was da ist, sondern eher, was wir hoffen oder was wir befürchten. Das in der Vergangenheit Erfahrene oder „Gelernte“ wird auf das Gegenwärtige projiziert. (Doubrawa, 2006, S.263)

So kann der Kontakt im Hier und Jetzt vermieden werden, Bedürfnisse werden nicht befriedigt und sie bleiben als offene Gestalt bestehen. Diese Vermeidung ist eine meist unbewusste Aktivität, die einen Teil der Energie abzieht, die dann für die aktuell im Vordergrund befindlichen Gestalten nicht mehr zur Verfügung steht. Die Gestalt im Vordergrund wird dann zwar nicht wahrgenommen, allerdings benötigt es ständig Energie sie unbewusst „wegzudrücken“. Daher haben diese Gestalten die Tendenz, immer dann in den Vordergrund des Bewusstseins zu kommen, wenn gerade keine andere Gestalt die Aufmerksamkeit bündelt. Die Bearbeitung offener Gestalten, die selbst zum Vordergrund werden, findet also im Hier und Jetzt statt. Es zeigt sich somit, dass die Gestalttherapie nicht auf die Ursachen der psychischen Probleme fokussiert, sondern auf deren Bewältigung in der augenblicklichen Situation ausgerichtet ist. (vgl. Boeck, 2006)

Durch diese Intensivierung des Gewahrseins (Achtsamkeit, awareness) können offene Gestalten deutlicher werden und somit zu einer Lösung kommen.

## 3.2 Integrative Gestalttherapie und Abhängigkeit

Die integrative Gestalttherapie ist ein erprobtes und effektives Verfahren zur Behandlung einer großen Zahl seelischer oder psychosomatischer Störungen. Literatur zur gestalttherapeutischen Behandlung bei Suchterkrankungen ist selten, und somit gibt es auch im deutschsprachigen Raum kaum Literatur zur integrativen Gestalttherapie bei Abhängigkeitserkrankungen. Es gibt einige systematische Ansätze, empirische Belege sind aber zu wenige vorhanden.

So gibt es zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen wenig Evidenz. Zusammenhänge zwischen Abhängigkeit und Gestalttherapie sind durch die strukturellen Störungen, die oft einer Abhängigkeitserkrankung zugrunde liegen, gegeben.

„In den bestehenden Beiträgen werden Abhängigkeitserkrankungen vor allem als Störung des Selbst und der Selbst-Stützung, als Störung des Kontaktprozesses zwischen Organismus und Umwelt sowie als Störungen der kreativen Anpassung und in möglicher Folge eines Autonomieverlusts verstanden (vgl. Röser & Votsmeier, 1999; Bake, 2008; Sosna, 1995)“, zitiert nach Grechenig, 2012, S. 27.

Dreitzel charakterisiert Suchtprozesse als Verhaltensweisen, die auf bestimmten Substanzen oder starren Verhaltensmustern beruhen. Die zugrunde liegende Erfahrung, oder das Introjekt, ist „... nur mit meiner Droge kann ich das Leben aushalten...“ (Dreitzel, 2010, Schaubild 16).

„Zum Süchtigen macht ... das Festhalten an kreativen Anpassungen, die zwar früher einmal hilfreich waren, inzwischen aber unbrauchbar geworden sind, mit dem Ziel, das eigene Erleben erträglich zu machen“ (Matzko, 2000).

Röser und Votsmeier (1999) schreiben, dass Sucht mit der Unfähigkeit elementare Bedürfnisse (Bedürfnisse nach Orientierung und Kontrolle, nach Lustgewinn und Unlustvermeidung, nach Bindung und Selbsterhöhung und nach Selbstaktualisierung, Wahrnehmung, Umgang mit Gefühlen) zu befriedigen oder sich mit Problemen und Schwierigkeiten angemessen auseinander zu setzen, beginnt. Traumatische Lebensereignisse, beeinträchtigte Kontaktfunktionen oder strukturelle Entwicklungsdefizite können die Befriedigung der Bedürfnisse verhindern, was bedeutet, dass der homöostatische Prozess der organismischen Selbstregulierung ständig unterbrochen wird.

Eine Sichtweise geht zurück auf den Zyklus des Erlebens (Gestaltzyklus) von F. Perls, und spricht von einem unterbrochenen Zyklus des Erlebens vor dem Hintergrund der organismischen Selbstregulation (Matzko, 2000, zitiert nach Bake, 2008). Abhängiges Verhalten wird als ein Aspekt des Selbst und nicht als die gesamte Persönlichkeit verstanden, und resultiert aus dem Bestehen auf unangemessene und unzeitgemäße Verhaltensweisen einer kreativen Anpassung zur Aufrechterhaltung des Kontaktes mit sich selbst und anderen. Substanzkonsum rückt in den Vordergrund und verdrängt andere lebenserhaltende und -fördernde Aktivitäten. Es wird zur „starrten Figur“ (Unterbrechung des dynamischen Verhältnisses zwischen Figur und Hintergrund: „Die Figur kann zu starr fixiert werden, sodass ihr aus dem Hintergrund kein neues Interesse mehr zufließen kann“). Perls, F. et al 1951/2007, S. 91).

Durch Substanzabhängigkeit wird das nach Autonomie strebende Selbst, seine Struktur und seine Tätigkeit 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, letztendlich des Lebensinhaltes, identifiziert sich wiederholend und zunehmend mit der Beschaffung und dem Konsum einer Substanz. (Bake, 2008, S. 306)

Brownell und Schulthess (2016) beschreiben dies durch die Verschiebung der Prioritäten des Alltags von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, hin zum vordergründig sein der Beschaffung und des Konsums.

Das Süchtige Verhalten wird, so Röser und Votsmeier (1999) zu einer Ersatzhandlung, die sich auf nicht ausreichend integrierte Beziehungs- und Bindungserfahrungen des Angenommenseins und Akzeptiertwerdens sowie auf das Vertrauen in eigene Fähigkeiten und Potentiale bezieht. Die Ersatzhandlung, die Flucht in einen anderen Gefühls-, Erlebnis- oder Bewusstseinszustand bewirkt jedoch eine dysfunktionale Anpassung. Diese Defizite können durch die Flucht in den Substanzkonsum nur noch subjektiv und reaktiv bewältigt werden. Der ursprüngliche Lösungsversuch, kann die Bedürfnis- Gestalt somit nicht schließen und es kommt zu Kontaktbeeinträchtigungen.



Durch Entstehung einer Eigendynamik kommt es jedoch zu einem Teufelskreis der nicht selten zu einem Zusammenbruch führt. Die Suchtidentität wird so lange wie möglich aufrechterhalten und erst nach Zusammenbruch dieser Identität ist eine Neuorientierung möglich.

„Es findet jedoch auch ... ,zu Beginn einer Substanzabhängigkeit, eine positive Identifikation mit dem Substanzkonsum statt, da dadurch die persönliche Befindlichkeit und Situation befriedigend und angenehm beeinflusst und gestaltet werden kann“ ((vgl. Röser 1994, S. 66f), zitiert nach Bake 2008, S. 306).

Ein wichtiger Zusatz kommt von Brownell und Schulthess (2016), die darauf verweisen, dass Abhängigkeit und die Symptome einer Sucht nie alleine die Angelegenheit des/der einzelnen Abhängigen sind, dass sie nie isoliert von seinem/ihrer Lebens- und Beziehungskontext gesehen werden kann.

Oft wird die Sucht anfangs durch Freizeitaktivitäten von anderen gefördert und entwickelt sich dann zunehmend zu einem starren Kontaktmuster in einer zunehmend enger und kleiner werdenden Welt. Bei Abhängigkeit handelt es sich also (im Verlauf von Gebrauch über Missbrauch und Abhängigkeit bis hin zu Gesundheit) um ein Feldphänomen, das Menschen (mit ihrer jeweiligen Entwicklungsgeschichte) in Gruppe und Dyaden umfasst.

Symptome im Kontakt und auf der Verhaltensebene werden als äußere Erscheinung innerseelischer Prozesse verstanden auf die sich das therapeutische Interesse richten sollte. Doubrawa (2006) schreibt daher mit dem Fokus auf dem Symptom, dass dies nach gestalttherapeutischer Ansicht ein Ausdruck von schöpferischer Anpassung ist: „mit dem Symptom wird ein Problem gelöst“ (S. 264). Es benötigt genügend Unterstützung im Leben der KlientInnen, um das ursprüngliche Problem anders/besser lösen zu können. KlientInnen und TherapeutInnen müssen dazu zunächst im Symptom die Kraft zur schöpferischen Anpassung achten. Aus der Wiederentdeckung dieser Kraft fließt dann (erfahrungsgemäß) Kraft in das vorsichtige Experimentieren mit anderen Lösungsmöglichkeiten wie zum Beispiel auch einer Entzugsbehandlung.

Als effiziente Voraussetzung für eine Behandlung sehen Röser & Votsmeier (1999) die Abstinenz, die die Eigendynamik der süchtigen dysfunktionalen Anpassung unterbrechen kann. Durch die Abstinenz kann sich die starre Figur ändern, es

können die bislang kompensierten strukturellen Defizite, die beeinträchtigten Kontakt- und Stützfunktionen sichtbar werden und sind somit einer Behandlung zugänglich. Die Sinnlosigkeit eines Handelns kann dann erfasst werden und der/die Betroffene kann sich entweder von selbst oder gezwungenermaßen einer Behandlung unterziehen (vgl. Matzko, 2000).

Brownell und Schulthess (2016) betonten die Wichtigkeit, die individuellen Merkmale des subjektiven Erlebens des/der PatientIn zu verstehen und ergänzen, dass der/die Abhängige auf dem Weg aus der Abhängigkeit ein erfülltes Leben aufbauen müsse, was bedingt, dass er/sie seine/ihre Welt neu konstruiere.

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

## 4 Psychotherapie bei Substanzgebrauchsstörungen

---

Jeder/jede, dem/r seine/ihre Sucht bekannt ist, sollte unbedingt einen Arzt/eine Ärztin darüber in Kenntnis setzen, damit dieser/diese in der Behandlung verantwortungsvoll damit umgehen kann, schreibt Schneider (2009).

Lippert (2010) gibt an, dass in den westlichen Industrieländern Suchterkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen zählen. Dabei ist der hochgradig chronische Verlauf der Sucht über viele Jahre bis zur ersten Diagnose und Behandlung sowie die Mortalität sehr häufig.

Die Behandlung wurde lange Zeit eher nachrangig betrachtet und spiegelt sich heute in der immer noch gängigen Differenzierung in Psycho- und Suchttherapie wieder. Trotz seit Jahren bestehender Definition und Klassifizierung als psychische Krankheit scheint es, als würde es sich bei einer Suchtkrankheit um etwas anderes handeln als bei einer psychischen Erkrankung. Eine positive Entwicklung stellt der zunehmende Paradigmenwechsel bei der Akutbehandlung von Suchtproblemen, konkret im Hinblick auf den qualifizierten Entzug, der später noch ausführlicher beschrieben wird, dar.

Die Entwicklung der letzten Jahre führte zu einem stetig flexibler werdenden Einsatz der Behandlungstechniken sowie zur Vernetzung der unterschiedlichen vorhandenen Therapien. In diesem Zusammenhang kann zunehmend von einer Auflösung der traditionellen Trennung von Entgiftung und Therapie gesprochen werden.

KlientInnen sind in Krisensituationen für psychotherapeutische Ansätze zugänglicher, daher ist ein Einsatz von psychotherapeutischen Techniken in Einzel- als auch Gruppensettings sinnvoll. Grawe (2005) tritt weiter für eine bedarfs- und situationsgerechte Psychotherapie ein. Dieser wirkungsoptimierte Ansatz geht auf die jeweils individuellen Umstände ein und steht einer rein symptomorientierten und standardisierten Behandlung gegenüber (nach Lippert, 2010).

Haller (2016) schreibt, dass gerade bei Medikamentenabhängigkeit ein besonders wichtiger Therapiebestandteil die Psychoedukation ist. Mit Hilfe dieses zu integrierenden Bestandteils in jegliche Suchttherapie werden Wissen zu Wirkung und

Nebenwirkung, Indikationen, Basisstörungen und Langzeitschäden des Medikamentenkonsums, und zusätzlich vor allem Selbstkontrolltechniken vermittelt.

Nach den Ergebnissen von Effektivitätsstudien therapeutischer Verfahren zur Behandlung von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit (Berglund et al. 2003; Chambless, Ollendick 2001; Miller, Wilbourne, Hettema 2003; Slatttery et al. 2003 - zitiert nach Mann et al., 2006, S. 15), wird folgenden Verfahren ein evidenter Nachweis bescheinigt. Der Motivationssteigerungsansatz, das (kognitiv-verhaltenstherapeutische) Bewältigungstraining, das soziale Kompetenztraining, die Paar- und Familientherapie, das gemeindenahere Verstärkermodell und die Reizexposition. Damit ist die Verhaltenstherapie von zentraler Bedeutung.

#### **4.1 Grundlagen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen**

Deshalb werden hier in Kürze die **Grundlagen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen** dargestellt: (in Anlehnung an Frank und Wilson 1978, zitiert nach Mann et al., 2006, S. 18)

- Verhaltenstherapie bedeutet eine Anwendung von Prinzipien aus der experimentellen empirischen Lernpsychologie zum Lernen und ihre Nachbardisziplinen.
- Die angesprochenen Prinzipien werden zur Beschreibung, Erklärung und Veränderung menschlichen Leidens und zur Verbesserung der (individuellen) Funktionsfähigkeit herangezogen.
- Eine verhaltenstherapeutische Intervention hat eine Veränderung derjenigen Variablen zum Ziel, die als aufrechterhaltende Bedingungen des Problems angesehen werden müssen, dazu gehören insbesondere Umgebungsbedingungen, allerdings auch Variablen im Inneren des Organismus wie Kognitionen oder Emotionen.
- Das Ziel einer Intervention besteht in verbesserter Selbstkontrolle und Eigensteuerung des/r PatientIn.
- Bei der Anwendung von Verhaltenstherapie ist immer eine systematische Erfassung und Bewertung von Effekten beabsichtigt.

- Das Handeln von Verhaltenstherapeutinnen muss durch allgemein akzeptierte ethische Prinzipien geleitet sein.

## **4.2 Die Motivierende Gesprächsführung**

(Zusammengefasst nach Miller & Rollnick, 2009 und Lippert, 2010)

Ebenso fest in der Behandlung von Personen mit einer Substanzgebrauchsstörung verankert, und abgegrenzt von der Verhaltenstherapie, ist die Motivierende Gesprächsführung (von Miller & Rollnick, 2009).

Die motivierende Gesprächsführung wurde aufbauend auf den Arbeiten von Karl Rogers und Milton Eriksson als therapeutischer Ansatz für PatientInnen mit einem problematischen Trinkverhalten bereits in den 80er Jahren (von Miller 1983) beschreiben. Sie ist ein klientenzentriertes Verfahren mit dennoch direktivem Behandlungsansatz.

Die Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung bilden die Basis der Beziehungsgestaltung zum Patienten im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung. Der Fokus dieser Technik liegt auf dem/r KlientIn.

Ziel ist es, eine rasche intrinsisch motivierte Veränderung des Trinkverhaltens eines/r PatientIn und Veränderungsprozesse anzuregen sowie die Behandlungsbereitschaft zu erhöhen. So werden Widerstände im Hinblick auf therapeutische Maßnahmen im Wege dieser Kommunikation gelöst und ins Positive umgewandelt. Miller und Rollnick haben in Studien belegt, dass eine konfrontierende Gesprächsführung nicht zielführend ist und gegebenenfalls schädlich sein kann. Der empathische und wertschätzende Gesprächszugang war für Behandlungs- und Veränderungsprozesse weitaus förderlicher (Miller & Rollnick, 2005).

Die Motivierende Gesprächsführung ist als Kurzintervention sowie als eigenständige therapeutische Behandlung erwiesen und kommt mittlerweile in vielen Bereichen der Suchthilfe zum Einsatz und ist insbesondere dort, wo Motivationsförderung zentraler Therapiebestandteil ist, erfolgreich.

Durch den/die TherapeutIn soll die Motivation für Veränderung gefördert werden, wobei die damit verfolgten Ziele patientInnennabhängig sind. Die Selbstwirksamkeit

des/r PatientIn soll gefördert werden und dem/r PatientIn wird mit einer wohlwollenden, empathischen und wertschätzenden Haltung begegnet.

Die Erreichung eines Problembewusstseins bleibt stets ein zentrales Ziel der Therapie. Die Wahrnehmung des problematischen Ist-Zustandes ist dabei wichtig.

Folgende Grundgedanken wurden von Miller und Rollnick formuliert:

Empathie ausdrücken: Dem/der Betroffenen wird das Gefühl vermittelt, sein/ihr Verhalten und die dadurch entstehenden Probleme zu verstehen. Dies geschieht mittels offener Fragen, aktivem und reflektierendem Zuhören. Der/die Betroffene wird in seinem/ihren Veränderungsbemühungen unterstützt, das gegenwärtige Verhalten des/der Betroffenen wird als die zurzeit beste Lösung im Umgang mit den Auslösesituationen angesehen.

Diskrepanzen entwickeln: Zentral ist, dass ein ambivalenter Zugang zu bevorstehenden Veränderungen normal ist. Diese Ambivalenz lässt sich im Rahmen der Therapie positiv thematisieren indem die Vorteile des gegenwärtigen Verhaltens (und somit auch die damit assoziierten Nachteile) wertfrei betrachtet werden. Negative Konsequenzen können gemeinsam z.B. in einer „Kosten-Nutzen“-Analyse erarbeitet werden um dem/der KlientIn eine Entscheidungsbasis für weiteres Vorgehen zu geben. Der/die Betroffene wird also in der Überwindung der Ambivalenz gegenüber einer Verhaltensänderung und dem Aufbau von Veränderungsmotivation unterstützt.

Veränderung, so wird geschrieben, ist nur möglich, wenn ein entsprechendes Motiv dafür besteht. Diese steigt beispielsweise im Hinblick auf Konsum von Substanzen erst dann, wenn relevante Werte und Ziele in Gefahr sind.

Beweisführungen vermeiden: Dennoch finden keine Beweisführungen und Konfrontationen bezüglich der Notwendigkeit einer Veränderung des Verhaltens des/r PatientIn statt. (z.B. „...ihre Laborwerte zeigen...“). Stattdessen steht die Entwicklung von Diskrepanzen und die Betonung der Entscheidungsfreiheit des/der Betroffenen im Vordergrund. Dies ermöglicht eine Entwicklung einer intrinsischen Veränderungsmotivation („Vielleicht meinen Sie später weiterhin, dass es gut ist zu trinken wie bisher..., das ist ihre Entscheidung.“)

Widerstand aufnehmen: Widerstand (wie Bagatellisieren oder Schuldzuweisungen) wird beispielsweise mittels Reflexion oder Verschiebung des Fokus („Ich glaube nicht dass ich ein Problem mit dem Trinken habe. – Nach Ihrer Beurteilung gab es niemals Probleme wegen des Trinkens?“) begegnet.

Selbstwirksamkeit und Zuversicht fördern: Die Zuversicht des/der Betroffenen, eine Verhaltensänderung erfolgreich durchzuführen und auch aufrechtzuerhalten kann mittels Exploration bereits gelungener Verhaltensänderungen und durch die Erarbeitung von Stärken und Ressourcen gestärkt werden. Die Selbstwirksamkeit, dass der/die KlientIn selbst an die Wirksamkeit der angestrebten Veränderung glaubt, wird als entscheidender Faktor für die Veränderung des Trinkverhaltens angegeben. Zudem ist die Frage des richtigen Zeitpunkts hoch relevant.

Drei Bedingungen müssen für Veränderung erfüllt sein:

- Vorhandensein eines Motivs
- Überzeugung des/der KlientIn über die Wirksamkeit der Veränderung
- Überzeugung des/der KlientIn, dass der richtige Zeitpunkt für Veränderung besteht

Diese Bedingungen und das Gespräch über Veränderung finden sich im Konzept des „Change Talk“ (Lippert, 2010, S.20). Dieses beinhaltet, je intensiver der/die KlientIn selbst Gründe und Veränderungsmotive bespricht, umso emotionaler wird sein/ihr eigener Zugang was die Wahrscheinlichkeit, gezielt Veränderungen vorzunehmen und somit aktiv zu handeln, erhöht.

Eine wichtige Unterstützung ist es, hier Differenzen zwischen dem Suchtverhalten und den gewünschten Zielen des/der KlientIn (z.B. Karriere, soziales Umfeld) herauszuarbeiten. Wenn der/die KlientIn die Unvereinbarkeit der Ziele mit seinem/ihrer Suchtverhalten emotional wahrnimmt, wird die Motivation zu Veränderung höher sein. Dabei sollten Motive die für den/die KlientIn konkret wichtig sind im Mittelpunkt stehen. Beschließt der/die KlientIn konkrete Veränderung, kann diese durch Publikation im geeigneten Rahmen, beispielsweise im Zuge einer Gruppensitzung, positiv verstärkt werden.

### **4.3 Integrativ gestalttherapeutische Behandlungsansätze**

Der humanistische Ansatz der motivierenden Gesprächsführung kann gut in die integrativ gestalttherapeutische Behandlung miteinbezogen werden.

Bei der Behandlung suchtkranker Menschen braucht es eine Integration mehrerer Seiten. Perls (1969) schreibt dass „die Behandlung in ihren einzelnen Abschnitten sämtliche Aspekte des Lebens umfassen müsse“ (zitiert nach Matzko, 2000, (4) Onlineangabe). Es benötigt das „Schaffen von Klarheit bezogen auf das Suchtmittel“ (Boeck, 2006, S.112), mit der Etablierung klarer Abstinenzregeln. Rückfälle, besonders bei der Substanz Alkohol, müssen in der Therapie besprech- und aufbereitbar sein. Andererseits geht es darum, Vermeidungsmechanismen aufzuspüren und aufzuweichen (Boeck, 2006).

Bake (2008) zeigt, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen oft wenig Motivation für eine Behandlung aufweisen, da dadurch die „erworbene „Substanzkonsum-Identität“ (S.307) bedroht werden würde, was zu Unsicherheiten, Ängsten und hin bis zu einer existentiell empfundenen Bedrohung führen kann. Bei Medikamentenabhängigen kommt, wie bereits ausführlich beschrieben, erschwerend hinzu, dass diese so in der Krankenrolle der zugrundeliegenden Probleme verhaftete sind, dass sie sich oft gar nicht von den Medikamenten lossagen wollen, da diese als einzig mögliches Hilfsmittel angesehen werden.

Zusätzlich sind die Betroffenen dann am Beginn einer Behandlung, durch die frische Abstinenz, durch Labilität, geringe Frustrationstoleranz und veränderte Wahrnehmung irritiert. Es zeigt sich also, dass zu Beginn einer Behandlung die Selbsterhaltung noch deutlich ausgeprägter vorhanden ist als das Bedürfnis der Selbstaktualisierung. Zu diesem frühen Zeitpunkt der Behandlung sind von Seiten der Abhängigen vermehrt externe Motivationen vorhanden. So werden für Lebenssituationen wie drohende soziale Verelendung, familiäre Trennungen, drohende Arbeits- oder Obdachlosigkeit oder gesundheitliche Probleme wie Organschädigungen Veränderungen gewünscht. Die Veränderung eigener Verhaltensweisen und die Beendigung des Konsums ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht das eigene Ziel des/r KlientIn. Es ist notwendig, dass der/die TherapeutIn eine Haltung einnimmt, mit der er/sie diese Gründe als Behandlungsmotivation anerkennt, dies kann jedoch eine Herausforderung für den/die TherapeutIn darstellen.



Da die Selbstunterstützung der Abhängigen also zu Beginn einer Behandlung meist wenig vorhanden ist, wird umso mehr eine Fremdunterstützung gefordert.

Hilfreich sind die therapeutische Haltung und die paradoxe Theorie der Veränderung, die besagt: „dass Veränderung nicht dadurch passiert, dass man sich darauf konzentriert, unbedingt etwas verändern zu wollen, sondern dadurch, dass man erst einmal akzeptiert, was, wer und wie man wirklich ist“ (Boeckh, 2006, S.58). „Veränderung geschieht, wenn jemand wird, was er ist, nicht wenn er versucht, etwas zu werden, das er nicht ist“ (Beisser, 1997, S.144). Perls dazu passend schrieb: „daß keine Behandlung dauernde Heilung oder mehr als bloß eine Unterdrückung bewirken kann, solange der Alkoholiker (der erwachsene „Säugling“) nicht in das Stadium des Beißens und Kauens [unassimilierter Lebenserfahrungen] hinüberfindet“ (Perls et al., 1991, S. 214, zitiert nach Matzko, 2000; (4) Onlineangabe)).

Dem/r TherapeutIn hilft diese bei der Annahme der Substanzidentität des Abhängigen und dem Vertrauen in mögliche Veränderungsprozesse, während dem/r Abhängigen oftmals erst die Krankheitseinsicht erste Schritte zur Veränderung erlaubt (nach Bake, 2008).

Wesentlich sind das Arbeiten mit der Wahrnehmung von Gefühlen und deren früher, angemessener Ausdruck, da dies eine entlastende und damit auch prophylaktische Wirkung auf einen möglichen zukünftigen Konsum hat.

#### **4.3.1 Die therapeutische Beziehung und Haltung**

Der Aufbau einer guten Therapiebeziehung nach dem dialogischen Beziehungsverständnis der Gestalttherapie ist ein grundlegender Behandlungsansatz. Eine verlässliche und sichere Beziehungsgestaltung hat einen hohen Stellenwert, da sie unterstützend wirkt und neue Erfahrungsmöglichkeiten bietet. Der/die TherapeutIn gibt Halt und Begleitung, stärkt den Selbstwert und die Selbstakzeptanz und fördert die Entwicklung einer sich verändernden Identität bzw. ermöglicht Nachreifungsprozesse des/der KlientIn. Gerade vor dem biographischen Hintergrund vieler Abhängiger mit unterbrochener, unsicherer Bindung und Beziehungserfahrungen ist die therapeutische Beziehung sehr entscheidend.

Wesentlich ist eine anerkennende und würdigende Haltung des/r TherapeutIn, die dem/r misstrauisch, empfindsamen KlientIn heilsame Wirkung bringen kann (nach Bake, 2008).

Hier passend, sei die Beschreibung von Boeck (2006, S. 68) über den therapeutischen Kontakt angeführt. Er beschreibt therapeutischen Kontakt als „... ein berührendes Zuhören, ein berührender Blick. Das Sprechen und das Zuhören, das In-Worte-Kleiden von Befindlichkeiten, von Erinnerungen, von Vorstellungen. Ins Gespräch kommen. Gemeinsame Horizonte wachrufen, all dies kann heilsamer, therapeutischer Kontakt sein.“

Perls et al. (1951), bezeichnen Kontakt als „in Berührung sein mit“ (S.9), als Grundbegriff für die sinnliche Wahrnehmung als auch für das motorische Verhalten.

In der Gestalttherapie ist die Beziehung zwischen KlientInnen und TherapeutInnen eine aktive und wechselseitige. „Die therapeutische Begegnung an sich ist das Experimentierfeld, auf dem TherapeutInnen die KlientInnen dazu anregen, ihr Wahrnehmungs- und Kontaktverhalten sowie eventuelle Problempunkte zu erforschen“ (Doubrawa, 2006, S. 264). Damit im Zusammenhang steht auch die Achtsamkeit aus der sich drei psychotherapeutische Haltungen ergeben, die von Doubrawa (2006) wie folgt beschreiben werden:

Die Ganzheitlichkeit: Wozu ist das Symptom im Lebenszusammenhang der KlientInnen gut und nützlich? Welches Problem wird gelöst?

Die Unterstützung: Wie können die KlientInnen genügend Unterstützung bekommen, um auf die negativen Aspekte der Lösung zu verzichten und alternative Lösungswege zu erkunden, ohne daran zu zerbrechen?

Und die Vorsicht: Bevor die Frage der Unterstützung nicht geklärt ist, muss auf Interventionen, die Veränderungen beabsichtigen, verzichtet werden.

(S. 264)

Die Therapie von Abhängigkeitserkrankten erfordert generell ein hohes Maß an Achtsamkeit, Selbstreflexion und Belastbarkeit des/r TherapeutIn.

#### **4.4 Setting: Ambulant oder stationär**

Nach dem Stand der Wissenschaft kann eine Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ambulant oder stationär durchgeführt werden. Heutzutage findet die Behandlung zur Entwöhnung Suchtkranker in Deutschland und Österreich zum Großteil stationär statt.

Abstinenz wird langläufig als eine Voraussetzung für die dauerhafte Genesung genannt. [Anm.: für Personen mit einem Alkoholproblem gibt es (nach einem Jahr der Abstinenz) das Programm des „kontrollierten Trinkens/ reduzierter Konsum“ welches mehr Personen zur Behandlung bringen soll, in Österreich aber noch kaum angewendet wird.] Die qualifizierte Entzugsbehandlung, der die langzeitige Entwöhnung folgt, kann ambulant oder stationär erfolgen.

In der ambulanten Therapie passieren üblicherweise 2-3 Termine pro Woche, Einzel- und Gruppentermine. In der teilstationären Behandlung, einer Tagesklinik von Montag- Freitag erfolgt ein ähnliches Therapieprogramm wie im stationären Setting. Zu den psychotherapeutischen Behandlungen kommen arbeits- und berufsbezogene Leistungen, Sozialberatung, Freizeittherapie, Sport-, Physio- und Bewegungstherapie und Ernährungsberatung hinzu (Schneider, 2009).

In einer stationären Einrichtung entsteht eine therapeutische Gemeinschaft unter den PatientInnen, deren gemeinsames Ziel die Abstinenz und der Abbau suchtfördernder Verhaltensweisen ist (Sonntag & Tretter, 2001).

Es sollte für jeden/jede PatientIn individuell entschieden werden, welche Therapie am hilfreichsten scheint.

Die „Ärzte Zeitung“ (2006) berichtet von einer Studie der Universität München bezüglich ambulanter Entwöhnung. Suchttherapeuten haben bei Alkoholabhängigen gute Erfahrungen mit einer rein ambulanten Entwöhnung gemacht, die einer Entgiftung folgte. Die Betroffenen wurden über neun bis zwölf Monate in 80- 120 Einzel- und Gruppentherapie-Sitzungen betreut, von Verhaltenstherapie über Gestalttherapie und Klienten-zentrierter Gesprächstherapie bis hin zu Entspannungsübungen und Angehörigen-Schulungen.

Die Langzeitergebnisse zeigen, dass nach zwei Jahren noch 56 Prozent der ursprünglichen TeilnehmerInnen abstinent waren, und von jenen, die die

Entwöhnung erfolgreich beendet hatten, waren es sogar 69 Prozent. Die Erfolgsquote ähnelt jener bei stationärer Entwöhnung.

Silke Behrendt, Gerhard Bühringer & Jürgen Hoyer führten (2014) eine Studie zur Anzahl ambulanter Psychotherapie mit PatientInnen mit Substanzgebrauchsstörung durch. Dabei zeigte sich, dass 94,3% der teilnehmenden PsychotherapeutInnen zumindest einen/eine PatientIn mit Substanzgebrauchsstörung behandeln. Die höchsten Werte der Zustimmung zur ambulanten Psychotherapie mit etwa 20% fanden sich für Störungen durch Alkohol, Tabak und Medikamente.

Haller (2016) schreibt, dass Suchtbehandlungszentren die Aufnahme von Medikamentenabhängigen oft ablehnen und in psychiatrischen Kliniken die erforderliche Langzeitbehandlung meist nicht mehr angeboten wird, daher muss der stationäre Teil der Medikamentenentwöhnung oft in Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt werden.

Langzeitstudien aus der größten epidemiologischen Untersuchung, dem „National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions“ (NESARC) zeigen, dass die Therapieergebnisse von Medikamentenabhängigen besser als beispielsweise bei Nikotin- und Alkoholabhängigkeit sind. Zudem kommt es seltener zu einer Suchtverschiebung. Der Therapieerfolg hängt ganz wesentlich von einem vertrauensvollen Verhältnis zum/zur verschreibenden beziehungsweise entziehenden Arzt/Ärztin [Anm.: oder PsychotherapeutIn] ab.

Elsesser und Sartory (2001) schlagen vor, dass es im Fall von Medikamentenabhängigkeit grundsätzlich keine klare Trennung zwischen Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung geben sollte, sondern ein fließender Übergang zwischen diesen Phasen geschaffen werden sollte. Ein Grund liegt in dem direkten Zusammenhang von Medikamentenabhängigkeit und psychosomatischen /psychischen Problemen.

#### 4.4.1 Konzept der qualifizierten Entzugsbehandlung

Eine positive Entwicklung stellt der zunehmende Paradigmenwechsel bei der (Akut)behandlung von Suchtproblemen, konkret im Hinblick auf den qualifizierten Entzug, dar. Beim qualifizierten Entzug kommen zur körperlichen Entgiftung Elemente wie psychoedukative und psychotherapeutische Maßnahmen hinzu.

Lippert (2010) beschreibt die Veränderung der letzten Jahre bezüglich Suchtbehandlung, von körperlicher Entgiftung im Allgemeinkrankenhaus hin zur Entwöhnung mit (Psycho)Therapie. Im traditionellen Behandlungssetting fand eine klare Trennung zwischen Soma und Psyche statt, indem die Behandlung zeitlich gestaffelt stattfand (Mann et al., 2006). Im Jahre 1991 formulierten Mann und Stetter (1991) erstmals im Titel der wissenschaftlichen Arbeit *„Keine Entgiftung ohne psychotherapeutische Begleitung“*, zitiert nach Mann et al. (2006, S.1), das Hauptziel der qualifizierten Entzugsbehandlung.

Die Akutbehandlung im speziellen, bedarf neben der körperlichen Entgiftung eine weitreichende medizinische-psychiatrische Diagnose und daraus abgeleitete Behandlungsschritte. Der Entzug/die Entgiftung soll möglichst beschwerdefrei und reibungslos sein und die Motivationseinschränkungen sollen abgebaut werden. Dabei liegt es nicht am/an der KlientIn seinen/ihren „Entzugswillen“ zu beweisen, sondern der/die KlientIn wird von einem vernetzten, multiprofessionellen Team für etwa 21 Tage betreut. „Lange, Veltrup und Driessen (1999) zeigten, dass der Qualifizierte Entzug sowohl in seinen Behandlungserfolgen als auch unter Kostenaspekten der rein körperlichen Entgiftung, ..., weit überlegen ist“ (Lippert, 2010, S.13).

## 4.5 Therapieziele

(zusammengefasst nach Schneider, 2009, S. 316ff)

Schneider (2009) schreibt, dass das Wesentliche an einer Therapie ist, dass die Betroffenen an ihr teilnehmen können. Das ist im Falle von Abhängigen gar nicht so einfach, oftmals bedarf es als ersten Schritt eine Entzugsbehandlung durch die selbst- und fremdgefährdende Verhaltensweisen reduziert werden, sodass eine Teilnahme an einer Therapie erst sichergestellt werden kann. Danach steht im Vordergrund Verhaltensweisen, ohne die der Patient/ die Patientin nicht von der Therapie profitieren kann, aufzubauen, fördern oder zu stabilisieren. Es handelt sich hierbei um „Behandlungsvoraussetzungen“, also „instrumentelle Ziele“ (Schneider 2009, S.316), die die Vorbedingung darstellen, suchtrelevante Ziele zu erreichen. Instrumentelle Ziele können beispielsweise die Einhaltung von Regeln und Terminen, Erledigen therapeutischer Aufgaben, Offenheit, Zielorientierung und Interesse an guten Beziehungen, was vor allem in der Gruppentherapie notwendig ist, sein.

Gert Sonntag & Felix Tretter benennen die Distanzierung von der Droge als das Hauptziel auf der ersten Ebene (*Symptomebene*). Auf der zweiten Ebene werden die *psychosozialen Hintergrundfaktoren* betrachtet, hierbei liegt das Ziel dann in der „Befähigung zum autonomen, aber bezogenen Handeln“ (2001, S.336), sie beziehen sich zudem auf die Therapiehierarchie von Körkel & Kruse, die vom Sichern des Überlebens hin zu einer abstinenten Zufriedenheit reicht.

Therapiezielehierarchie (nach Körkel & Kruse, 1994)

1. Überleben und Minderung vitaler Risiken
2. Behandlung von Begleiterkrankungen
3. Minderung von riskanten Konsummustern
4. Minderung von (polyvalenten) Konsumphasen
5. Streckung abstinenter Phasen
6. Abstinenz
7. Abstinenz in Zufriedenheit

Quelle: Sonntag & Tretter 2001, S. 337

Ähnlich formuliert auch Schneider: Als allgemeines Ziel der Suchtbehandlung gilt, ...dass die Patienten bei der Entlassung aus der Behandlung über die Fähigkeit verfügen, selbstbestimmt und nachhaltig am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und für ihre Gesundheit selbst so zu sorgen, dass zukünftig keine körperlichen, psychischen oder sozialen Probleme infolge des Suchtverhaltens mehr auftreten. (2009, S. 316)

#### **4.5.1 Individuelle Therapie hin zu einer zufriedenen Abstinenz**

Es bedarf einer individuellen Abklärung welche Art und welches Ausmaß der Therapie für jede/n einzelne/n Patienten/Patientin den meisten Erfolg verspricht, somit unterscheiden sich auch die jeweiligen Therapieziele.

Die wesentlichste Unterscheidung hinsichtlich der Therapieziele sieht Schneider (2009) darin, ob es darum geht eine Störung zu beseitigen, oder aber der Person zu helfen ihre Grundbedürfnisse besser zu befriedigen.

Er zeigt, dass neuere Forschungsergebnisse nahe legen, dass Psychotherapien, die eine Verfestigung der Bedürfnisbefriedigung und dem dazu gehörigen psychischen Geschehen erzeugen wollen wirksamer sind als jene, die nur die Beseitigung der Störung fokussieren. Gestalttherapeutisch benannt wäre dies, eine Orientierung am Symptom, hin zu den dahinter stehenden (unbefriedigten) Bedürfnissen.

Oftmals ist es daher unzureichend ausschließlich „das Trinken bleiben zu lassen“ (Schneider, 2009, S.320) [Anm. der Vollständigkeit halber: „die Substanz nicht mehr zu nehmen“], wenn das abstinente Leben nicht positiv erlebt wird. Ein wesentliches Ziel einer stationären wie auch nachsorgenden Psychotherapie sollte es daher sein, eine nachhaltig zufriedene Abstinenz zu ermöglichen.

Hierfür ist es nötig

- die persönliche Ausgangssituation zu erkennen
- Ziele zu definieren, was wie anders sein sollte
- realistische Ziele zu identifizieren und in kleine, erreichbare Schritte/Zwischenziele zu unterteilen

- Fähigkeiten und Fertigkeiten welche nützlich oder bereichernd sind zu erkennen, reaktivieren oder neu zu erwerben.

Dies trifft auf Substanzgebrauchsstörungen allgemein, also auch für Abhängigkeiten von Medikamenten, zu.

Schneider (2009) schlägt somit zusammenfassend vor, dass sich eine Psychotherapie mit folgenden Punkten beschäftigen sollte:

Der Vergangenheit und Gegenwart der KlientInnen; deren Wünschen und Zielen; mit den erfolgreichen sowie gescheiterten Versuchen, das Ziel zu erreichen sowie mit neuen Möglichkeiten für eine befriedigende Lebensführung, sowie dem was die KlientInnen davon abhalten könnte.

Um diesem Aufwand einer Therapie Folge leisten zu können, so Schneider (2009), benötigt es von Seiten der PatientInnen eine grundsätzliche Bereitschaft zur Mitarbeit, aus der die Erkenntnis entstehen kann, dass eine Änderung richtig und machbar ist und dass es bei dieser Änderung vermutlich um mehr als nur den Suchtmittelgebrauch geht.

Diese notwendige Bereitschaft entsteht oft erst im Laufe einer Therapie, wenn die KlientInnen es schaffen vertrauenswürdige Beziehungen zu anderen Personen herzustellen und ihr eigenes Leben wieder realistischer betrachten können. Aus diesem Grund kommen nur wenige PatientInnen mit einer Substanzmittelgebrauchsstörung in eine freie psychotherapeutische Praxis um Hilfe zu erbitten. Umso wichtiger erscheint es, jene PatientInnen die den Weg in eine Klinik oder behandelnde Einrichtung geschafft haben, nachhaltig gut zu versorgen.



## **4.6 Vorstellung zweier spezieller Manuale zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenproblemen**

### **4.6.1 Strukturiertes Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention (S.T.A.R.)**

Die Rückfallprävention ist mittlerweile ein fixer Bestandteil der therapeutischen Arbeit mit Alkoholabhängigen. Vor der Erarbeitung des S.T.A.R. Programms gab es bereits Konzepte für die Rückfallprävention, allerdings keine/kaum umfassende.

Das S.T.A.R. Programm von Körkel und Schindler (2003) ist ein detailliertes Manual, das aus 15 in sich geschlossenen, aufeinander aufbauenden aber auch einzeln einsetzbaren Modulen (also Einheiten) mit Arbeits- und Informationsblätter sowie dem Notfallpass besteht, die nach dem Stand der Forschung von zentraler Bedeutung für die Rückfallprophylaxe sind. Jedes Modul ist für 90 Minuten konzipiert. Es werden Kompetenzen zur Rückfallvorbeugung und zum Umgang mit "Ausrutschern" vermittelt und erarbeitet.

Die Modulthemen im Überblick:

- Modul 1: Grundinformationen über Rückfälligkeit
- Modul 2: Abstinenz: Pro & Contra
- Modul 3: Hochrisikosituationen
- Modul 4: Soziale Situationen (I): Ablehnen von Trinkaufforderungen und Ansprechen der eigenen Abhängigkeit
- Modul 5: Soziale Situationen (II): Anerkennung und Kritik
- Modul 6: Unangenehme Gefühle (I): Sensibilisierung
- Modul 7: Unangenehme Gefühle (II): Bewältigung
- Modul 8: Alkoholverlangen ("craving")
- Modul 9: Kontrolliertes Trinken
- Modul 10: Ausgewogener Lebensstil
- Modul 11: Ausrutscher und Rückfall
- Modul 12: Umgang mit Ausrutscher und Rückfall
- Modul 13: Gespräche mit Angehörigen/Freunden zum Thema "Rückfall" (I): Gesprächsführung /-blockaden
- Modul 14: Gespräche mit Angehörigen/Freunden zum Thema "Rückfall" (II): Gesprächsinhalte
- Modul 15: Nachsorge

Die Arbeit nach dem S.T.A.R. Programm ist konkret, der Anschaulichkeit und Visualisierung kommt eine große Bedeutung zu und es lädt immer wieder zu spielerischen Perspektivwechseln (z.B. Eigen- und Fremdeinschätzung, persönliches Erleben und wissenschaftliche Ergebnisse) ein.

Ich habe das Programm auf der Therapiestation für Abhängigkeitserkrankungen des Universitätsklinikums für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im ambulanten Setting mit meinem integrativ gestalttherapeutischen Hintergrund durchgeführt. Es können Eingangs- und Endrunden, in denen die TeilnehmerInnen ihr aktuelles Befinden und Wünsche bzw. Bedenken zur aktuellen Einheit zur Sprache bringen können, hinzugefügt werden. Trotz der Struktur des Programms, die Sicherheit bietet, kann individuell auf die Bedürfnisse der TeilnehmerInnen eingegangen werden. Gearbeitet wird in der Gruppe, zum Teil in Kleingruppen, es besteht aber auch die Möglichkeit einer kurzen Einzelarbeit vor der Gruppe. Diese kann dann als Resonanzraum für Sharing und Feedback genützt werden. Es können Medien wie Zeichnungen oder Rollenspiele eingesetzt werden. Zudem werden im Programm wiederholend Imaginationen verwendet um sich Situationen zu vergegenwärtigen. Dadurch können die TeilnehmerInnen Situationen reaktivieren, wiedererleben, mit den dazu gehörigen Gefühlen in Kontakt zu kommen, Abwehrmechanismen aufspüren und neue Bewältigungsversuche im Hier und Jetzt schaffen. Insofern ist die Durchführung mit gestalttherapeutischem Hintergrund gut möglich.

#### **4.6.2 Das Therapieprogramm zu integrierten qualifizierten Akutbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenproblemen (TIQAAM)**

Das TIQAAM wurde von Almut Lippert (2010) als praktischer Leitfaden zur Behandlung von Menschen mit Alkohol- und Medikamentenproblemen, im Einzel – als auch Gruppensetting, konzipiert. Es ist so entwickelt, dass es unterschiedlichsten Situationen entsprechend flexibel angepasst werden kann. Die einzelnen Teile der Therapie können alleinstehen oder mit anderen kombiniert werden.

Basis des TIQAAM ist der gezielte Aufbau einer Veränderungs- und Therapiemotivation im Bereich Alkohol- und Medikamentensucht sowie in der Ausbildung von eigenen Bewältigungskompetenzen im Rahmen der Erkrankung.

Auch in der Akutversorgung geht der Weg immer weiter hin zu psychotherapeutischer Betreuung. TIQAAM soll den Einsatz dieser psychotherapeutischen Ansätze bei der Versorgung Suchtkranker steigern und etablieren.

Es baut auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen und dem Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2009) (welches weiter oben bereits beschrieben wurde) auf und hat folgende Schwerpunkte:

- Förderung von Veränderungsbereitschaft und Motivation
- Rückfallprophylaxe und Rückfallmanagement
- Förderung von Ressourcen und euthymer Tätigkeiten zur Stärkung der Abstinenzmotivation

Gelung Kommunikation stellt in diesem Ansatz der Suchttherapie einen wesentlichen Erfolgsfaktor zwischen KlientIn und TherapeutIn dar. Widerstände und Ambivalenzen in der Kommunikation werden nicht mehr automatisch dem/r KlientIn zugeschrieben, sondern sind ein Anzeichen für die Qualität der Kommunikation im Behandlungssetting.

Miller und Rollnick haben belegt, dass das Konzept des Change Talk (je intensiver der Klient selbst Gründe und Veränderungsmotive bespricht, umso emotionaler wird sein/ihr eigener Zugang, was die Wahrscheinlichkeit eines aktiven Handelns erhöht) die eigene Selbstverpflichtung den Veränderungszielen gegenüber steigert. Dies unterstreicht das Therapieziel der Selbstbestimmtheit und Selbstverantwortung des/der KlientIn für sein/ihr eigenes Leben.

## **Praxisverschränkung: Fallbeispiel 2: Behandlung**

Im zweiten Teil wurde **Patient X.** vorgestellt, hier sei nun daran angeschlossen seine Behandlung dargestellt.

Pat. X. zeigte sich in der Klinik stets mürrisch und generell sehr unzufrieden. Bei den psychotherapeutischen Terminen war er erst widerständig „Was soll ich denn hier? ich muss einfach von den Tabletten weg.“ Nachdem es gelungen war, mit ihm durch seine Interessen und Ressourcen in Kontakt zu treten merkte er, dass er alleine hier im Mittelpunkt steht und es ein echtes Interesse an seinem Befinden gibt, was ihm scheinbar neu war. In der Gruppe war er fast ausschließlich gemeinsam mit PatientInnen mit einer Alkoholabhängigkeit, sodass er sich dort nicht richtig fühlte. Es wurde versucht, in der Gruppe spezifisch auf ihn und seine Thematik einzugehen.

Hilfreich für Pat. X. war, dass er in der Klinik (durch eine andere Medikation) endlich gut schlafen konnte, was ihm neuen Mut gab. Der Fokus der therapeutischen Arbeit lag zuerst auf einer genauen (Konsum)Anamnese und einer Ressourcenorientierung. Hr. X. hatte vor Jahrzehnten einen Alkoholentzug gemeistert und war bis heute abstinent lebend. Von dieser positiven Erfahrung konnte viel in die heutige Situation transferiert werden. Er wurde bereits nach 2,5 Wochen, etwas früher als geplant, entlassen. Während der Therapie zeigte er sich oft klar und zuversichtlich, dass er das Problem in Zukunft selbst in den Griff bekommen könnte, er hatte ein klares Ziel vor Augen und wusste was er nicht mehr erleben wollte. Kurz vor der Entlassung zeigte er erstmals Ängste, dass seine abstinente Alkoholabhängigkeit wieder ein Problem werden könnte. Mit dieser auftauchenden Unsicherheit, und der erlebten positiven Erfahrung der kurzen Therapie konnte ihm eine weiterführende Psychotherapie nahegelegt werden.

## **Praxisverschränkung: Fallbeispiel 1: Behandlung**

**Patient S.** musste nicht nur vom Alkohol, sondern auch von den Benzodiazepinen langsam und vorsichtig, fraktioniert entzogen werden. Er gab stets an, diesen Entzug mehr zu spüren als die, die er zuvor erlebt hatte, er spürt somit genau den Unterschied zwischen einem reinen Alkoholentzug zu dem Kombinierten. In den Therapiestunden waren weniger der Alkohol und die Beruhigungsmedikation, die medizinisch gut betreut war, Thema, sondern das, was den Patient vordergründig beschäftigte. Voll innerlichem Druck kam er die ersten drei Stunden zur therapeutischen Behandlung und begann stets sofort über seine drängenden Sorgen zu sprechen. Das war einerseits eine Sorge um den Arbeitsplatz und andererseits eine private ungeklärte Situation in der er stark bedrängt wurde. Auffällig war, dass keine Zeit für eine einfache Anamnese war, da der Patient immer über die Belastungen im Außen zu sprechen begann. Phänomenologisch zeigte sich, dass er für sich selbst „keinen Platz hatte“. Pat. S. zeigte eine labile Persönlichkeit, mit Tendenzen einer abhängigen Persönlichkeit. Eigene Bedürfnisse stellt er immer wieder unter die anderer Personen, und er zeigt eine unverhältnismäßige Nachgiebigkeit gegenüber den Wünschen anderer, macht sich schnell Sorgen und bezieht schnell etwas auf sich, zudem ist seine Wahrnehmung für Gefahr kaum ausgeprägt und er scheint sich selbst oft nicht als wertig zu erleben und zeigt mangelnde Bereitschaft zur Äußerung angemessener Ansprüche gegenüber Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht.

In den Stunden erhielt er die Möglichkeit alle seine Sorgen und Befürchtungen auszusprechen. Es entstand dabei die Idee, dass Pat. S. nach der Gewalteinwirkung unter einer posttraumatischen Belastungsstörung litt, was allerdings nicht hinreichend genug diagnostiziert ist. Vordergründig war, ihm in der Therapiestunde Raum zu geben seine Erlebnisse auszusprechen und Gefühle dazu wahrzunehmen. In Folge ging es darum sein großes diffuses Gefühl von Druck in ihm (was bezüglich einer Abhängigkeitserkrankung sehr oft in Verlangen umgelegt wird, was den Entzug erschwert oder verunmöglicht) zu differenzieren und ihn so ein Stück weit zu entlasten. Dies wurde mittels Kärtchen auf dem Tisch, die mit Namen der beteiligten Personen beschriftet waren, erleichtert. Der Patient konnte überlegen und spüren welche der „beteiligten“ Personen ihm wie nahe und wie bedrängend sind, und

*welche weiter weg stehen. Dadurch verringerte sich die Anzahl der druckmachenden Personen und er konnte schließlich den Kern des Themas identifizieren. Es zeigte sich, dass im Außen noch zu viel Unklarheit herrscht was ihn dazu veranlasste dafür sorgen zu wollen mehr Klarheit zu erlangen. Zudem konnte er feststellen von welchen Personen er sich distanzieren kann und von welchen nicht. Somit konnte durch diese Differenzierung sein diffuses Gefühl hin zu mehr Klarheit verändert werden.*

*Im Lauf der Stunden konnte er alternative Verhaltensweisen entdecken und Gefühle etwas verstehen. Es war dann auch möglich ihn als Person kennenzulernen und seine Lebensumstände zu erfragen. Er fühlt sich mitunter hoffnungslos und ohnmächtig. Bedingt durch seine Loyalität seinem Chef gegenüber wollte er früher als geplant aus der Klinik entlassen werden, kam danach aber weiterhin zu ambulanten Terminen, die er gerne annahm und stets pünktlich erschien. Er konnte Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus abstinent bleiben, auch obwohl er kurz nach der Entlassung in der Firma gekündigt wurde. Die Arbeit bereitete ihm Freude und war ihm eine große Stütze, was dazu führte dass er sich daraufhin nutzlos fühlte und keine Ziele mehr hatte. Er spürte Wut und ein Verlangen Alkohol zu trinken, dem er aber widerstehen konnte.*

*Mittels einer Ressourcenarbeit konnte er überrascht feststellen, dass er durch den Verlust der Arbeitsstelle nicht alles verloren hatte – so wie es sich für ihn im Moment anfühlte. Er stellte fest, dass „sehr vieles da ist, dass er keinen Grund habe depressiv zu sein“. Er konnte aber auch verstehen warum ihn der Verlust des Arbeitsplatzes in ein Loch fallen ließ. Dann war es ihm möglich Ideen zu entwickeln, wie er der Dorfbevölkerung begegnete und wie er sich nicht seiner Scham auslieferte sondern aktiv auf die Leute zugehe konnte.*

*Es geht in großen Teilen um die Ausbildung neuer Stützfunktionen, die Selbstakzeptanz und die Entwicklung neuer Lebensperspektiven*

## **4.7 Der Stellenwert der Gruppentherapie**

Der Grundgedanke der Gruppentherapie kommt aus der Selbsthilfebewegung bei der die Idee des Austausches Betroffener im Fokus steht (Schneider, 2009).

Sommer fasst den Stellenwert der Gruppentherapie zusammen: „Die Gruppentherapie stellt in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen einen fundamentalen Teil dar (Mader et al., 1991; Malek & Marx, 2001; Soyka & Kufner, 2008), die den Patienten eine Plattform für eine Reihe zu erlernender Kompetenzen bietet“ (zitiert nach Sommer, 2015, S.47).

Sonntag und Tretter (2001) schlagen vor, Einzel- und Gruppentherapie in Kombination anzubieten, die Gruppentherapie habe aufgrund ihrer vielfältigen Wirkfaktoren aber Vorrang gegenüber der Einzeltherapie.

### **4.7.1 Gestalt-Gruppentherapie**

Die integrative Gestalttherapie war ursprünglich als Einzel-Gestalttherapie konzipiert. Fritz Perls arbeitete aber bereits in den 40er Jahren mit Gruppen, indem er seinen Behandlungsstil in einer Großgruppe demonstrierte. Dabei kam es zu Einzelarbeiten (am „hot seat“) vor den anderen GruppenteilnehmerInnen. Diese waren jedoch mehr eine Ansammlung von Menschen mit gemeinsamen Interessen, als eine „Gruppe“. Die TeilnehmerInnen wirkten wie ein Resonanzkörper, die am Ende einer Einzelarbeit miteinbezogen wurden (Boeck, 2006). In den 60er und 70er Jahren wurden diese Einzelarbeiten in der Großgruppe zum Teil noch weitergeführt, danach entwickelte sich eine neue Art gestalttherapeutischer Gruppenarbeit.

Diese zielte auf ein Gleichgewicht zwischen dem Fokus auf den einzelnen/die einzelne TeilnehmerIn (mit all den Kompetenzen und unerledigten Prozessen die in Einzelarbeiten aufgelöst werden können), dem Fokus auf der realen zwischenmenschlichen Beziehungsebene, und dem Fokus für das Gruppengeschehen als eine übersummativ Gestalt mit einem eigenen, spezifischen Verwandlungspotential.

Dazu kommt noch eine Ebene, der Bezugsrahmen im Hintergrund, wie bestimmte Organisationsstrukturen in Kliniken oder Beratungsstellen, aber auch Zeitgeschehen wie beispielsweise Kriegsnachwirken (vgl. Hartmann, 2008, S.353).

Boeck beschreibt die Gestalt-Gruppentherapie. Diese

...geht von der zentralen Bedeutung des sozialen Umwelt-Feldes aus. Die Phänomene der Gruppendynamik stehen hier im Vordergrund der Aufmerksamkeit. Der Einzelne wird als Teil des Gesamtfeldes gesehen. Hier ist die Rolle des Therapeuten nicht mehr so stark im Vordergrund wie bei der klassischen Form. (2006, S.40)

Auch Schneider (2009) schreibt, dass die Aktivität der PatientInnen auf ihrem Weg aus der Sucht entscheidend ist, und dass der Gruppe eine Verantwortung für die anstehende Veränderung gleich kommt, was die Selbstheilungskräfte der Gruppenmitglieder stärkt. Die Verantwortung des Therapeuten / der Therapeutin wird somit relativiert.

Zudem kann die Verleugnungstendenz, die der Thematik zugrunde liegt, durch die Anwesenheit anderer Betroffener abgeschwächt werden. Durch die Öffnung einzelner Gruppenmitglieder kann die Scham anderer Betroffener, die Änderungsprozesse hemmen kann, reduziert werden.

Bake schreibt, dass

... **die therapeutische Arbeit an der Bewusstheit, dem Erkennen und Überprüfen eigener Gefühle, eigenen Verhaltens und eigener Verhaltensmuster**, insbesondere als Arbeit in Gruppen, heilsam ist; **die Fokussierung auf Gefühle und das erfahrungsorientierte Experimentieren** mit möglichen Krisensituationen ... sind gestalttherapeutische Ansätze, ..., für eine verbesserte Differenzierung zwischen Innen- und Außenwelt, die Veränderung der Kontaktgrenze und die Erweiterung der Ich-Grenze ((Röser & Votsmeier, 1999, S.71ff; Wardetzki, 1999, S817ff), zitiert nach Bake, 2008, S. 309)

Zudem, so Bake weiter, ist die Gruppe in der Behandlung von Personen mit Substanzgebrauchsstörungen sehr wichtig für die Gestaltung einer Umwelt. So gibt die Gruppe eine freundlich-wohlwollende Unterstützung, eine klare Haltung im



Kontakt, einen Orientierung gebenden äußeren Rahmen und zudem können neue Erfahrungen im sozialen Austausch gemacht werden, was korrigierenden Beziehungserfahrungen gleicht.

Inge Bolen (2004, S. 258) präzisiert und benennt spezielle Fähigkeiten die der/die Einzelne in einer Gruppe erwerben können soll: eigene Bedürfnisse, Gefühle und Wahrnehmungen zulassen und ausdrücken können, eigene Interessen auch in Konfliktsituationen vertreten können, die Dynamik der Situation erfassen und entsprechend handeln können, Wahrnehmung, Bedürfnisse, Gefühle und Interessen anderer wahrnehmen und entsprechend berücksichtigen können.

#### **4.7.2 Wirkfaktoren**

Schneider (2009) formuliert explizite Wirkfaktoren der Therapie in Gruppen. Diese Wirkfaktoren sind für die Behandlung von Alkohol- sowie Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit gleichbedeutend.

- Nicht der/die Einzige sein: In einer Gruppe können PatientInnen erkennen, dass sie mit dem Leiden nicht allein sind, sondern viele andere (auch Personen von denen sie es nicht erwartet hätten) davon betroffen sind.
- Zuversicht steigt: Es kann Zuversicht gewonnen werden durch das Erleben dass andere allmählich besser mit den (möglicherweise noch schwerwiegenden) Problemen fertig werden.
- Neue soziale Kompetenzen: PatientInnen bekommen Feedback wie sie auf andere wirken und können somit im sicheren Rahmen der Gruppe neues zwischenmenschliches Verhalten erlernen und verfestigen.
- Zugehörigkeit: innerhalb der Gruppe kann das Gefühl der Zugehörigkeit erlebt werden und auch erlernt werden welchen Einfluss die Einzelnen selbst darauf haben. Zudem kann die Erfahrung gemacht werden für andere Menschen wichtig zu sein.
- Einblick in die eigene Seele: Durch das Beobachten und Gespräch mit den Anderen erhält der/ die PatientIn Erkenntnisse in das eigene seelische Funktionieren.

- Ratschläge erhalten: PatientInnen können Ratschläge von anderen Betroffenen oder dem Therapeuten/ der Therapeutin annehmen oder ablehnen.
- Beziehungssituationen nacherleben: Es entstehen oft Dynamiken, die in den Herkunftsfamilien oder Freundeskreisen bestanden, die in der Gruppe neu erlebt und bearbeitet werden können.
- Neue Lernerfahrungen: Durch die Identifikation mit Anderen entsteht die Möglichkeit, dass PatientInnen stellvertretend neue Lernerfahrungen machen die zu eigenen Erfahrungen anregen können.
- Offenheit: durch die Offenheit in einer Gruppe kann mehr Vertrauen in die eigenen Gefühle gefördert werden.
- Eigenverantwortlichkeit erkennen: gerade in der Gruppe können PatientInnen leicht zu der Einsicht kommen, dass trotz der Unterstützung sie selbst für ihr Leben verantwortlich sind und dafür, wie sie ihrem Leben Sinn geben.

Sonntag und Tretter (2001), bezogen auf Yalom, 1974, teilen diese Ziele beziehungsweise Wirkmechanismen der Gruppentherapie und fügen noch den „Aufbau von Hoffnung“ (S. 342) hinzu.

Schneider (2009) schreibt weiter, dass es für die Wirkfaktoren einer Gruppentherapie ein aktives Tun eines/einer jeden Einzelnen benötigt. Jede/r Einzelne muss sich an die Gruppenregeln halten die verpflichtend sind, da sie eine „Arbeitshaltung“ erzeugen. Es wird von den GruppenteilnehmerInnen erwartet, dass sie gewillt sind das eigene Verhalten zu hinterfragen, Interessen und Ziele zu benennen um dann darauf hin zu arbeiten. In der Gruppe herrscht eine gegenseitige Unterstützung zur Erreichung der individuellen Ziele.

Diese Wirkfaktoren sind aber nur dann verfügbar wenn tatsächlich wichtige Themen in die Gruppe eingebracht werden. Wenn Themen und der Substanzkonsum verschwiegen werden so führt dies längerfristig zu einem „hohlen“ Austausch, ohne persönliche Erlebnisse, ohne korrigierende Erfahrungen, hin zu einer intellektuellen Diskussion.

Das Einhalten der Regeln in der Gruppe ist sehr wichtig, wie Schneider (2009) angibt. Besonders hervorgehoben werden 3 Aspekte, die auch therapeutisch von

Bedeutung sein können, da sie persönliche Eigenschaften und Probleme, die im Einzelsetting kaum auftreten, sichtbar machen können.

Genannt wird der Gemeinschaftssinn, anhand dem erkennbar wird inwieweit jemand in der Lage ist, sich in einer Gesellschaft einzugliedern. Das Akzeptieren der Abhängigkeit stellt einen weiteren wichtigen Indikator dar, anhand dessen man erkennen kann inwieweit der/die PatientIn willig ist auf das Behandlungsziel hinzuarbeiten. Der dritte Punkt zeigt, dass die Regeleinhaltung in der Gruppe ein Übungsfeld für die Abstinenz ist. Zwischen Regelverstößen und dem Suchtverhalten werden Parallelen sichtbar, Gedanken wie „einmal ist keinmal“, „mich erwischt keiner“ oder „was sollen die denken wenn ich mich hier so brav verhalte“ können ein Hinweis für die Einleitung eines Rückfalles sein.

#### **4.8 Rückfallprophylaxe und der Stellenwert der Nachsorge**

Feuerlein schreibt (1975), dass die therapeutische Behandlung Alkoholabhängiger in vier Phasen eingeteilt werden sollte: Kontaktphase, Entgiftungsphase, Entwöhnungsphase sowie Weiterbehandlungs- und Nachsorgephase. Somit zeigte er einerseits die frühere klare Trennung zwischen Entgiftung und Entwöhnung und legte andererseits bereits damals einen Stellenwert auf die Nachsorge.

Bake (2008) beschreibt einen idealtypischen Verlauf einer Behandlung eines Abhängigkeitserkrankten wie folgt: zuerst wird die Krankheit durch den/die niedergelassenen/e Arzt/Ärztin oder eine Krankenhaus vermutet oder diagnostiziert, daraufhin folgt eine Vermittlung in eine Beratungsstelle oder Suchtambulanz bzw. die Einweisung in eine Fachklinik in der der stationäre Entzug stattfinden kann. Dort wird eine ambulante Behandlung angeboten oder die Vermittlung zu einer stationären Entwöhnungsbehandlung durchgeführt. Danach folgt eine weiter stabilisierende und sehr wichtige Nachsorge (durch Selbsthilfegruppen, Hausärzte/ärztInnen, Fachärzte/ärztinnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, Beratungsstellen oder Suchtambulanzen in Kliniken (vgl. Körkel & Schindler, 2003)). Der Stellenwert der Nachsorge wird hervorgehoben.

Dieser Behandlungsweg ist für die Abhängigen, die ihn nutzen, erfolgreich. Es scheint aber, als bezieht sich Bake auf den Behandlungsweg der

Abhängigkeitserkrankung von Alkohol, für Medikamentenabhängige ist dieser Weg nicht so linear, was allerdings wünschenswert wäre.

Das Manual (*Alkoholismusspezifische Psychotherapie. Manual mit Behandlungsmodulen*) von Rigo Brueck und Karl Mann (2007) beinhaltet 4 therapeutische Phasen der spezifischen Therapie bei Alkoholismus. Phase 4 ist die Phase der „Aufrechterhaltung“. Er wird angegeben, dass sich die meisten Rückfälle in den ersten drei Monaten nach Abschluss der Behandlung ereignen. Daher wird vorgeschlagen in den ersten 12 Monaten nach Abschluss der Behandlung regelmäßig eine von ihnen konzipierte Sitzung durchzuführen.

Vorgeschlagen wird, spezifische Situationen die seit der letzten Sitzung auftraten zu besprechen

- Situationen in denen der Klient keinen Alkohol trank
- Situationen in denen der Klient trank

Das Check Up ist eine Rückschau auf die Behandlungsfortschritte. Es geht dabei um das Nachfragen was sich seit der letzten Sitzung verändert hat und reflektieren was berichtet wird. Dabei soll besonders das Positive betont werden und jeder Fortschritt soll vom/von der TherapeutIn bestärkt werden.

Auch in der Nachsorge ist die Erneuerung der Motivation immer wiederkehrend wichtig. (Miller & Rollnick, 2009)

Hierbei steht die Erneuerung der Selbstverpflichtung zur Veränderung im Vordergrund: Es geht um eine abschließende Reflexion, wo sich der/die KlientIn derzeit befindet und welche Schritte als nächstes in Angriff genommen werden sollen.

#### **4.8.1 Wirksamkeit in Zahlen**

Laut der Studie von Körkel & Schindler (2003) ist eine Selbsthilfegruppe mit 66,3% Teilnahme der Alkoholabhängigen in den ersten 1-4 Jahren die am häufigsten genutzte Möglichkeit einer Nachsorge. Sie verweisen auf die MEAT Studie von Kufner et al. (1988), zitiert aus Körkel und Schindler (2003), die zeigt, dass die Abstinenzrate bei Frauen, die regelmäßig an einer Gruppe teilnehmen nach 4 Jahren

bei 45% liegt, bei unregelmäßigem Gruppenbesuch bei 35%. Männer seien nach 4 Jahre bei regelmäßiger Gruppenteilnahme zu 71% abstinent, bei unregelmäßiger Teilnahme sind es 46%.

P. Römer et al. (2002) fanden im Rahmen einer Studie in Salzburg, dass ein Jahr nach beendeter Therapie 84,6% der regelmäßigen GruppenteilnehmerInnen [Anm.: Geschlechterspezifika sind nicht angegeben] und 53,8% der unregelmäßigen TeilnehmerInnen abstinent leben. Personen, die keine Gruppe besuchten, waren ein Jahr nach der Therapie zu 39,2% abstinent.

Diese Zahlen beziehen sich auf die ICD10 Diagnose F10 Alkoholabhängigkeit, zu der Abhängigkeit von Medikamenten gibt es keine Zahlen bezüglich Rückfall.

#### **4.8.2 Fallbeispiele aus einer Nachsorgegruppe für Alkoholabhängige aus einem Sonderkrankenhaus für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit der Suchthilfe Salzburg**

Die Suchthilfeeinrichtungen Salzburg bieten viermal wöchentlich eine Nachsorgegruppe an. Diese finden jeweils zum gleichen Zeitpunkt statt und dauern 110 Minuten, zwei Gruppeneinheiten mit 10 Minuten Pause. Die Treffen finden in den Häusern der Suchthilfeeinrichtung statt. Meine Beobachtungen betreffen das Haus „Weizenstein“, hier herrscht eine gemütliche Atmosphäre mit Kaffee, Tee, Wasser und Keksen am Tisch.

Üblicherweise sind ca. 15 PatientInnen anwesend, die sich nicht im Vorhinein anmelden müssen und anonym bleiben können. Das Geschlechterverhältnis ist in der Regel recht ausgewogen. Willkommen sind Personen die sich stationär im Haus in Behandlung befinden sowie ehemalige PatientInnen aber auch Personen mit Abhängigkeitserkrankung (und Therapieerfahrungen) von außerhalb. Die Therapieerfahrung ist ein Kriterium, da die Gruppe, mit Kommen und Gehen der Teilnehmenden, eine lange Beständigkeit hat und aufgrund der Erfahrung eine große Offenheit besteht. In der Gruppe gelten Gruppenregeln wie Höflichkeit, andere Aussprechen lassen, jede/r darf soll in jeder Einheit zu Wort kommen und sich so viel einbringen wie er/sie will, ein/e Therapeut/In leitet die Gruppe im Sinne einer

begleitenden Moderation und spezifischer psychotherapeutischer Unterstützung, im Vordergrund soll die Abhängigkeitserkrankung stehen, aber es haben auch private Themen (die üblicherweise in einer Wechselwirkung zu der Erkrankung stehen) Platz.

Der/die TherapeutIn hat eine empathische und authentische Haltung, die Gruppe ist abstinenzorientiert.

Ich war an fünf Gruppensitzungen als teilnehmende Beobachterin zugegen. Es werden unterschiedliche Fallvignetten dargestellt. Die genannten Personen haben dem zugestimmt. Alle Personendetails wurden anonymisiert. Die Abkürzung „Pat“ meint PatientIn und wird immer vor dem anonymisierten Initial des Familiennamen gestellt.

Zum Teil wird ein Verlauf verkürzt, aber im Prozess vollständig dargestellt, zum Teil werden nur Ausschnitte beschrieben. Atmosphärisch und gruppenspezifisch wesentliche Geschehnisse werden benannt.

### ***Praxisverschränkung: Fallbeispiele Nachsorge***

*A) Pat. A. berichtet von ihrem Rückfall und wie es dazu kam. Sie arbeitet in einem Hotel und hatte Nachtdienst. Tagsüber ging es ihr gut doch in der Nacht sei sie dort ganz alleine gewesen, mit dem Wissen um den gut bestückten Weinkeller ist das Craving zu stark geworden, sie konnte den Ort nicht verlassen und begann zu trinken. Sie konnte daraufhin nach einigen Tagen aber wieder aufhören zu trinken. Andere PatientInnen haben sie in den Wochen ihrer Abwesenheit schon vermisst und freuen sich nun, dass sie wieder da ist und bieten weiterhin Unterstützung an. Pat. A. nimmt dies gerne ab und war zwischenzeitlich auch schon mit einem Kollegen aus der Nachsorgegruppe am Berg, eine Aktivität, die sie alleine nie durchgeführt hätte.*

Es zeigt sich hier, dass in der Gruppe so viel Vertrauen und Offenheit herrscht, dass Rückfälle, die üblicherweise sehr schambesetzt sind und auch unter Betroffenen oft verheimlicht werden, angesprochen werden können. Zudem sind die starken Wirkfaktoren der Gruppe, der Zusammenhalt sowie die Ausdehnung der hilfreichen Sozialkontakte auf das private Leben sichtbar.

*B) Pat. U., eine ältere Dame, kommt ca. einmal monatlich zur (wöchentlich stattfindenden) Nachsorgegruppe. Sie berichtet, dass sie seit nunmehr 15 Jahren trocken ist, Alkohol sei für sie kein Thema mehr. Sie kommt aber weiterhin regelmäßig in die Gruppe weil sie hier Halt erfährt und viele TeilnehmerInnen schon kennt. Sie berichtet meist über private Themen, die ihr das Leben zurzeit sehr schwer machen, wie z.B. die schwere Krankheit ihres Mannes. Grundsätzlich ist sie sehr gesellig, so war sie immer unter Leuten und ging auch nach dem Entzug damals gleich wieder in die Gaststätten. Sie hat sich von Anfang an konfrontiert und sich wieder ins „normale“ Leben begeben. Aktuell fühlt sie sich sehr belastet durch die schwere Krankheit ihres Mannes, der ist schon lange im Krankenhaus und da sieht sie auch viele andere PatientInnen, zum Teil nach Amputationen, und müsse dem Verfall zusehen. „Da bin ich nachher dann lieber daheim“.*

*Therapeut: „Sie sind aktuell nicht so viel unterwegs?“*

*Pat. U.: „Nein, ich habe zwar kein Verlangen, aber die Situation mit meinem Mann belastet mich schon, da will ich mir dann keine Geschichten und „Gesudere“ von anderen Leuten anhören, sondern will lieber heim. In die Gruppe komme ich aber sooft ich kann, hier ist es anders, da kann ich reden und mir wird zugehört.“*

Viele GruppenteilnehmerInnen nicken zustimmend.

Diese PatientIn hat eine Vorbildrolle für viele GruppenteilnehmerInnen inne, gerade neue PatientInnen können durch sie Hoffnung schöpfen, dass Abstinenz tatsächlich möglich ist.

*C) Pat. D. hat für sich entdeckt dass es ihr gut tut wieder arbeiten zu gehen, sie hat aber die Zeiten wesentlich eingeschränkt, da der Arbeitsstress viel zu ihrer Erkrankung beigetragen hat. Sie verblieb nach Entzug und Entwöhnung aber in ihrer Arbeitsstelle als Tankstellenangestellte wo sie von Alkohol und auch von alkoholkranken Menschen umgeben ist. Dies sei für sie zurzeit kein Problem, zu schaffen macht ihr aber ihre Hilflosigkeit anderen Leuten gegenüber. So besuche eine Frau, mit einem offensichtlichen Alkoholproblem regelmäßig die Tankstelle, und lasse sich nicht helfen. Pat. D. fühlt sich sehr ohnmächtig und hilflos und stellt in*

*Frage, ob sie selbst auch so lange gebraucht habe um ihre Krankheit einzusehen und sich helfen zu lassen.*

Es folgt ein Raunen der Gruppe und es gibt Gelächter, es werden Zahlen (Jahre) genannt und viel Kopfschütteln. *Da in dieser Woche die Gruppe mit 24 TeilnehmerInnen übermäßig gut besucht ist, ist nicht die Zeit auf jede Patientin/jeden Patienten lange einzugehen, außer jemand braucht im Sinne von „Störungen haben Vorrang“ mehr Zeit, was Pat. D. aber nicht wünscht.*

*Die Ohnmacht der Patientin kann somit nicht verändert werden und wird vom Gruppenleiter containt und das Verständnis und die erneute Einsicht, dass der Weg zur Heilung ein langer ist, scheint der Pat. hilfreich. Sie geht dann selbstständig auf Ressourcen ein und erzählt, was nach der Alkoholentzugsbehandlung in ihrem Leben alles besser geworden ist.*

In diesem Fall zeigt sich gut, dass eine Person mit einer Abhängigkeitserkrankung nicht als Individuum abgespalten von der Umwelt ist, sondern stets in Beziehung zu einem Umfeld steht. Dies kann eigene Thematiken triggern und wachrufen. Durch das Aussprechen ihrer Gefühle und Gedanken werden der Druck und die Ohnmacht der Patientin geringer, sie erhält einen Einblick in ihre eigene Seele und gewinnt etwas Klarheit. Zudem kann sie neue Lernerfahrungen durch den Zusammenhalt und das Verständnis der Gruppe machen.

*D) Pat. S. rutscht während der Begrüßung unruhig am Stuhl herum, ihr Blick ist nach unten gerichtet. Sie beginnt heute schnell die Runde, bei den ersten Wörtern wirkt sie gedrängt und unsicher. Sie berichtet von einer Freundin, mit der sie kürzlich auf Langzeittherapie war. Seitdem habe sie Kontakt zu dieser Freundin. Diese hatte vor einiger Zeit einen Rückfall und bat Pat. S. um Hilfe. Die beiden Frauen telefonierten daraufhin öfters miteinander. Nun hatte die Freundin erneut einen Rückfall und war suizidal. Pat. S. will helfen, die Freundin ist nun aber nicht mehr erreichbar, was Pat. S. große Sorgen bereitet. Sie stellt die Frage, ob sie aufgeben soll, oder weiterhin versuchen soll die Freundin zu erreichen, in den Raum.*

Es folgen viele unterschiedliche Wortmeldungen aus der Gruppe. Die Mehrheit spricht sich dafür aus, dass Pat. S. auf sich achten soll, es gibt aber auch die



Meinung, dass die Freundin in einer Ausnahmesituation ist und daher Hilfe von außen benötigt.

*Therapeut: „Sie haben viel Verantwortung übernommen.“*

*Pat. S. unsicher und fragend „Ja, ich will ihr ja helfen, aber wie kann ich das jetzt?“*

Viele GruppenteilnehmerInnen melden sich und meinen, sie müsse auf sich selbst achten.

*Therapeut: „Wie sehr belastet sie das?“*

*Pat. S.: „Es beschäftigt mich schon sehr, ich weiß eben nicht, wie ich damit umgehen soll, merke aber, dass es mir nicht gut tut, dass es mich stresst.“*

GruppenteilnehmerInnen meinen, Pat. S. als „Abstinenzneuling“ solle Belastungen meiden und sich davon distanzieren. Es entsteht dann eine Dynamik in der Gruppe, offene Fragen und es tauchen Unklarheiten über das eigentliche Befinden der Freundin auf, da diese scheinbar suizidal von der Klinik weggeschickt worden sein, was viele nicht glauben können.

*Therapeut: „Da gibt es viele Unklarheiten, und keine Informationen von der Freundin sondern nur vage Infos von ihrer Familie.“*

*Pat. S.: „Ja eigentlich weiß ich gar nicht was los ist, was wahr ist.“*

*Therapeut: „Was brauchen sie denn jetzt?“*

*Pat. S.: „Mir tut es gut darüber zu reden, die Gruppe ist der Meinung ich solle mich nicht belasten, da hat sie recht, ich will ja abstinent sein, aber die Freundin ist mir halt nicht egal. Aber wenn sie sich nicht meldet kann ich ihr auch nicht helfen. Wenn sie was von mir braucht, kann ich ja schauen ob ich ihr dann hilfreich sein kann, aber soweit reinbegeben in die Geschichte will ich mich nicht.“*

*Therapeut: „Die Gruppe will ihnen helfen sich selbst zu schützen. Er bringt dann den Vergleich „wer gerade schwimmen lernt, kann nicht einen anderen Ertrinkenden retten“.*

*Pat. S.: „Ja, der Vergleich passt... ich will durch meine Sorgen nicht selbst wieder ersaufen... Ich fühle mich jetzt leichter, danke.“*

Pat. S. zwei Wochen später, zum Thema Alkohol meiden oder sich damit konfrontieren:

*Sie beschäftigt sich absichtlich mit Alkohol. So geht sie im Geschäft am Alkoholregal vorbei und denkt an früher, was sie aus dieser Zeit alles nicht mehr will. Sie ist nun*

*seit 5 Monaten trocken und nun ist vieles klarer. Wenn Verlangen auftaucht oder auch nur so denkt sie absichtlich an früher, an die Zeit des heftigen Konsums, und denkt dann daran was nun anders ist. Somit hält sie sich vom Trinken ab, weil dieser Gedanke, an das Erreichte viel stärker ist als das Verlangen nach Alkohol.*

Bei dieser Patientin zeigt sich stark wie wichtig ihr der Rückhalt der Gruppe ist, die mitunter als Ratgeber, als Hilfs-Ich, als ExpertInnen für die Erkrankung fungiert. Es ist möglich Gefühle zu benennen und diese durch einbetten in eine veränderte Situation zu modifizieren. Zudem wird eine Abwendung von der Suchtidentität hin zu einer neuen Selbstakzeptanz und einer neuen Identität ohne den Konsum sichtbar.

*E) Pat. F., eine Frau, ist stationär im Sonderkrankenhaus, aktuell noch für 3 Wochen und nimmt schon regelmäßig an der Nachsorgegruppe teil. Sie berichtet, dass sie es durch die Therapie nun geschafft hat ihr Leben zu verändern, so lässt sie sich scheiden. Pat. F. kommt aus einer Familie am Land und hat immer gearbeitet und zusätzlich der Familie des Mannes viel geholfen. Seit einem Jahr ist sie nun wegen des Alkoholproblems nicht zu Hause und hat sich jetzt eine Wohnung genommen. Zu den drei Kindern hat sie Kontakt, den sie als recht gut beschreibt. In der Familie trinken alle, aber dies sei für die Betroffenen kein Problem und daher sieht auch niemand wo das Problem der Pat. F. ist. Dass sie eine Alkoholabhängigkeit, also eine Krankheit hat, sehe niemand. Sie erhält daher keine Unterstützung sondern eher Verachtung weil sie jetzt nicht zu Hause ist und daher nicht mehr mithilft.*

Die Gruppe hat aufmerksam zugehört und zeigt sich erbost über die Familie, „da kommt noch viel Streit auf dich zu“, „das ist ja heftig“, „macht dich das nicht wütend so im Stich gelassen zu werden?“

*Pat. F.:* hat Tränen in den Augen. „Ja es ist sehr schwer, das macht traurig.“

*Therapeut:* „Das ist alles sehr schwer für sie, macht sie traurig.“

*Pat. F.:* „Es war eine schwere Entscheidung die ich da getroffen habe aber nun ist endlich alles im Rollen. Niemand unterstützt mich, dennoch bin ich am richtigen Weg, ich weiß das.“

Einige GruppenteilnehmerInnen fragen nach und bestätigen ihr, wie stark sie ist.

Pat. F. eine Woche später.

*Sie ist noch kurz stationär im Sonderkrankenhaus. Heute erzählt sie von ihrem neuen Weg, ein Weg, der anders ist als bisher, ein Weg, den sie noch nicht kennt.*

*Besonders die Weihnachtszeit wäre anders weil sie heuer alleine sein wird.*

*Therapeut: „Haben sie überlegt den Aufenthalt hier zu verlängern?“*

*Pat. F.: „Ja, über Weihnachten wäre gut, ich habe gefragt, aber es geht nicht. Ist aber okay, ich weiß dass ich alleine sein werde.“*

Die Gruppe wirkt aufgeregt, es gibt Fragen, ob sie Freundinnen habe bei denen sie die Feiertage verbringen kann.

*Pat. F.: „Ja, ich habe einige gute Freundinnen, aber die haben Familien, das ist anders, die haben zu Weihnachten auch keine Zeit.“* Sie wirkt traurig.

*Therapeut: „Da zeigt sich die Traurigkeit.“*

*Pat. F.: „Ja, die ist da, Wut und Traurigkeit... ich weiß aber wo ich hinwill, und ich freue mich nun meine eigene Wohnung zu haben.“*

*Therapeut: „Sie wollen auf das schauen was gut ist?“*

*Pat. F.: „Ja genau, ich bin am richtigen Weg, die anderen [Anm.: ihre Familie] können mich davon nicht abhalten, ich weiß noch nicht wie es wird aber ich kann das schaffen. Die Veränderung musste kommen.*

Pat. F. eine Woche später

*Sie ist noch bis Montag da, dann fährt sie heim in ein anderes Bundesland. Das fühlt sich komisch an aber auch gut. Die Gruppe hier ist für sie wie Familie, da gibt es Rückhalt und Geborgenheit. Sie freut sich aber auch es soweit geschafft zu haben und freut sich auf ihre schöne Wohnung. Sie wird weiterhin zur Nachsorge gehen und hat sich schon erkundigt ob es in ihrer Wohnnähe eine Nachsorgegruppe gibt. Nachsorge ist ihr weiterhin wichtig, weil so sonst ja kein Umfeld, keinen Rückhalt hat. Alkohol werde sie anfangs vermeiden. Nicht wie andere sich damit konfrontieren. Dafür fühlt sie sich noch nicht stabil genug.*

Hier zeigt sich der Weg einer PatientIn hin zu einem zukünftig abstinenten Leben. Es benötigt neue Bindungs- und Stützangebote, die sie sich sucht um dann unabhängig und selbständig eine neue Lebensperspektive zu entwickeln.

F) Pat. A. ist ein Mann zwischen 35 und 50 Jahren der sich oft zu Wort meldet, er hat ein Gesicht das vom Leben gezeichnet wirkt. Er hat schon mehrere Entzüge hinter sich, und war vor dem letzten Rückfall 6 Jahre trocken gewesen. Beim letzten Mal war es schlimmer als jemals zuvor. Da hat er auch angefangen Tabletten (Benzodiazepine) zu nehmen. Er erzählt davon, wie er die Tabletten überall versteckt und gehortet hat. Hinter dem Spiegel, unter dem Bett, in Büchern,.. überall waren Packungsschleifen gebunkert, damit ihm die Tabletten nicht ausgehen. Er lacht darüber als er das erzählt, man sieht ihm aber noch Scham an. Alkohol gibt er aber als größere Gefahr an, rückfällig nach Benzos zu werden kann er sich nicht vorstellen, aber Alkohol, den gibt es überall und der wirkt auch nicht gleich so heftig. Er erzählt dass er nicht gerne Alkohol riecht, der würde richtig stinken für ihn.

Einige GruppenteilnehmerInnen nicken und stimmen dem bejahend zu.

Pat. A. kommt regelmäßig in die Gruppe, denn er dachte nach jeder Therapie dass er es jetzt geschafft hat und war optimistisch, nicht mehr rückfällig zu werden. Er spricht mit entsetzter Stimme. „Und jedes Mal war es noch ärger als zuvor, das war echt heftig. Ich bin einkaufen gegangen und habe zwei Doppelliter Wein und drei Flaschen Wodka gekauft, wenn ich im Geschäft dann einen Bekannten gesehen habe, hab ich schnell noch irgendwas in den Einkaufswagen gepackt, damit es nicht so auffällig ist. Einmal war das ein Päckchen Mehl und meine Schwiegermutter hat mich dann gefragt was ich mit dem Mehl will..“

Die Gruppe lacht, er lacht mit und schüttelt den Kopf.

Durch die Erzählungen von früher wird eine klare Abwendung von der damaligen Suchtidentität sichtbar, es zeigen sich Gefühle wie Ekel. Er kann klar über seine Versuche der Lösungsstrategien und seine Abwehrmechanismen berichten und der Versuch, die Scham zu vermeiden und die Sucht nach außen geheim zu halten, werden sichtbar. Es ist außerdem erkennbar, dass Humor, eine verbindende Fähigkeit, in dieser Gruppe sein darf.

**„Warum gehen sie zu Nachsorge, was bedeutet Ihnen das?“**

- „Es bietet Rückhalt, sonst habe ich niemand...“
- „Hier kann ich offen reden“
- „Ich muss mich hier nicht verstellen und nicht lügen“
- „Hier gibt es einen Zusammenhalt, die Leute interessiert wie es mir geht“
- „Ich werde daran erinnert, dass ich nie „safe“ bin“
- „Hier beschäftige ich mich absichtlich mit heute und früher um auch daran erinnert zu werden wie es früher war – das frischt meine Motivation abstinenz zu sein auf“
- „Ich erneuere in der Gruppe meine Motivation, im Alltag kann das schon mal in Vergessenheit geraten“
- „Hier muss ich nicht immer die ganze Geschichte erzählen, die Leute verstehen mich“
- „Ich erhalte Bestärkung/Lob für gut Gelingen“

Abb. 4: Gründe für die Teilnahme an der Nachsorge

In Abbildung 4 sind Antworten von PatientInnen der Nachsorgegruppe auf die von mir gestellte Frage, warum sie an der Nachsorgegruppe teilnehmen, genannt. Die Befragung war freiwillig und zufällig gewählt, die Antworten wurden anonym und verkürzt transkribiert.

Es zeigt sich, dass hier einige der oben genannten Wirkfaktoren einer Gruppentherapie von den TeilnehmerInnen genannt wurde.

## **4.9 Besondere Aspekte der Behandlung von Medikamentenabhängigkeit**

### **4.9.1 Prävalenzzahlen der Behandlung**

P. Römer et al. (2002) zeigten in einer Salzburger Katamnese studie, dass die Zuweisungsdiagnostik zur Entwöhnungsbehandlung ins Sonderkrankenhaus für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit mit 87,9% bei Alkoholabhängigkeit, mit 1,3% bei Medikamentenabhängigkeit (nicht näher bezeichnet) und mit 10,3% bei einer Komorbidität dieser beiden Erkrankungen liegt. Interessant war zudem, dass in den beiden Sonderkrankenhäusern nur in einem Haus Personen mit Medikamentenabhängigkeit zur Behandlung waren. Das andere Haus bietet Therapien geschlechterspezifisch, rein für Männer, an. Da Medikamentenabhängigkeit bei Frauen öfters vorkommt, wurden betroffene Männer in das gemischt-geschlechtliche Haus für einen besseren krankheitsspezifischen Austausch zugewiesen. Diese Zahlen sind viele Jahre alt, neue liegen leider nicht auf, allerdings gibt es keine Anzeichen, die auf eine wesentliche Änderung dieser Zahlen hindeuten ließen.

Michael Soyka et al. (2005) erhalten in ihrer Studie, die in Deutschland durchgeführt wurde, ähnliche Ergebnisse. Sie fanden heraus, dass die Prävalenz der Arzneimittelabhängigkeit mit 1,9 Millionen (2,32% der deutschen Bevölkerung) höher ist, als bisher angenommen wurde. Demgegenüber gestellt sei die geringe Behandlungsprävalenz Arzneimittelabhängiger im stationären und ambulanten Bereich mit nur 0,11% (2000 Personen). Laut Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamts [1] zu Diagnosedaten der aus vollstationärer Behandlung entlassener PatientInnen (aus dem Jahr 2000) wiesen lediglich 8.693 der 17,2 Mio. behandelten PatientInnen die ICD-Diagnose F13 (Psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa/Hypnotika) auf. Das entspricht einem Anteil von 0,05% der im Jahr 2000 in Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vollstationär behandelten PatientInnen. Die institutionellen Prävalenzraten für Medikamentenabhängigkeit sind also niedrig.

Auch die Zahlen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Bayern zur stationären Behandlung von PatientInnen mit Störungen durch Sedativa und Hypnotika zeigen,

dass im Jahr 2002 weniger als 0,01% der insgesamt 4,3 Mio. Versicherten aufgrund der ICD-Diagnose F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika in stationären Einrichtungen behandelt wurden.

Der Anteil der behandelten Arzneimittelabhängigen liegt mit unter 1% also weit unter dem bei Alkoholabhängigkeit, der in dieser Studie mit 9,61% angegeben wird, und oftmals als problematisch gering erachtet wird. Es wird die Vermutung angestellt, dass der Anteil von PatientInnen mit Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit doch deutlich kleiner, als mitunter vermutet, sein könnte. Ebenso dürfte aber ein großer Anteil der PatientInnen, die in den Praxen niedergelassener Ärzte/Ärztinnen behandelt werden, eine verborgene Arzneimittelabhängigkeit aufweisen.

Soyka et al. (2005) schlagen eine weitere Sensibilisierung der ärztlichen Verordnungspraxis bezüglich Entstehung und Aufrechterhaltung eines missbräuchlichen Konsums bis hin zur Abhängigkeit von Arzneimitteln vor.

*„...trotzdem ist die Versorgungsrate von Personen mit Substanzgebrauchsstörung mit psychotherapeutischen Interventionen unbefriedigend. Dies gilt besonders für Alkohol- und Cannabisstörungen, ..., Raucher und Krankenhauspatienten mit Medikamentenabhängigkeit“* (Kraus u. Augustin 2001; Schmidt et al. 2009). Zitiert nach Silke Behrendt et al. (2014).

#### **4.9.2 Aspekte der Nachsorge bei Medikamentenabhängigkeit**

Alle Nachsorgegruppen die ich leitete oder in denen ich als Gasttherapeutin anwesend war, traf ich nur sehr vereinzelt auf das Thema der Substanzgebrauchsstörung bezüglich Medikamente. In den Gruppen, auch wenn diese explizit für Alkohol- und Medikamentenabhängige ausgeschrieben waren, war das Thema Alkohol nicht nur vorrangig, sondern bis auf sehr wenige Ausnahmen von Erwähnungen aufgrund von Komorbidität, ausschließlich vorhanden.

Dies lässt sich erklären durch das Phänomen, dass Alkohol ein geselliges Mittel ist, das in unserer Gesellschaft (die einer gestörten Trinkkultur in der es keine klaren Grenzen zwischen normalem und unnormalen Alkoholkonsum gibt, und Alkoholkonsum überall verbreitet ist (Lindenmeyer, 2016)), gleicht, während

Medikamente ein „stilles Mittel“, ein Mittel, das allein zu Hause eingenommen wird, darstellen. Die Abhängigkeit von Medikamenten ist ein größeres Tabu als das von Alkohol und der Weg nach einem Entzug und Entwöhnung abstinenz zu bleiben scheint für viele PatientInnen leichter zu sein.

### ***Praxisverschränkung: Fallbeispiel 3***

*Patient W. war einige Wochen stationär in der Therapiestation für Abhängigkeitserkrankungen des Landeskrankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Salzburg. Er kam wegen der durch jahrelange Rückenschmerzen ausgelösten „Tramal“-Einnahme, die sich bald steigerte und zu einer Abhängigkeit führte, die mittlerweile seit Jahren bestand.*

*Er nahm regelmäßig an Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie im Einzelsetting sowie einmal wöchentlich einer Gruppenpsychotherapie teil. Sein Ziel war es endlich die Dosis auf null zu reduzieren warum es einen so langen Aufenthalt benötigte. Pat W. zeigte sich stets sehr kämpferisch mit klarem Ziel vor Augen. Durch die sukzessive Reduktion der Substanz klagte er zum Teil über vermehrte Schmerzen im Rücken sowie Kopfschmerzen. Psychisch zeigte er eine enorme Belastung aufgrund der vorangegangenen Schmerzgeschichte. Er hatte vieles ausprobiert und nichts davon war langfristig wirksam bis er Akkupunktur anwenden ließ. Dies gab ihm sichtbar wieder Hoffnung ohne die Schmerzmedikation leben zu können.*

*In der Klinik konnten seine Ressourcen identifiziert werden, es konnte sein Umgang mit Stress, seine Angst vor einer erneuten Verschlechterung und sein Umgang mit Schmerzen identifiziert sowie bearbeitet werden.*

Pat. W., auf seinen weiteren Weg angesprochen, gibt an, dass er nun beim dritten Versuch von „Tramal“ wegzukommen (bei den beiden vorangegangenen Versuchen war es lediglich möglich die Dosis zu reduzieren, nun möchte er es aber ganz weg bekommen) *sich das nie wieder verschreiben lassen wird und auch nie wieder anderweitig zu der Substanz kommen wird.*



Es fällt somit die Gefahr weg, in einer schlechten Phase erneut zu der Substanz zu greifen, da dies einen längeren Weg der Vorbereitung und Beschaffung bedeuten würde. Auch wollte Pat W nicht in eine Nachsorgegruppe gehen, da er nun solange in der Klinik war, dass er das nicht länger brauche.

Kritisch anzumerken sei hier, dass der klinische qualifizierte Entzug, der für Alkoholabhängigkeit konzipiert wurde, meines Erachtens zu wenig auf spezifische Notwendigkeiten einer Medikamentenabhängigkeit und deren zugrundeliegenden körperlichen Erkrankung eingeht. Zudem gibt es keine spezifischen Angebote für Abhängige von Medikamenten, also werden diese auch nicht angeboten und als weiterer Therapieschritt empfohlen, wie es bei Alkoholabhängigkeit üblich ist. Fraglich ist, ob es keine Angebote gibt weil diese von PatientInnen nicht angenommen werden, oder ob die Unkenntnis über Angebote oder deren fehlende Existenz zur letztlich unbefriedigenden Situation des nicht ausreichenden Therapieangebots führen. Mir scheint es als eine notwendige Maßnahme, spezifische Nachsorgemöglichkeiten, auch in der Gruppe, für diese PatientInnenengruppe bereitzustellen.

„Medikamentenabhängige stellen in Suchtbehandlungseinrichtungen und Nachsorgegruppen eine Minderheit dar, weil deren besondere Schwierigkeiten oft nicht auf das notwendige Verständnis stoßen“ (Lindenmeyer, 2016, S. 98).

## 5 Diskussion

---

Beantwortung der Fragestellungen:

### 5.1 Forschungsfrage I

Inwieweit lassen sich bewährte Therapiemanuale/programme für die Behandlung und Rückfallprophylaxe für Substanzgebrauchstörungen, die hauptsächlich verhaltenstherapeutisch konzipiert sind, für die integrative Gestalttherapie anwenden.

Beschrieben wurden die motivierende Gesprächsführung, das TIQAAM – welches die Motivierende Gesprächsführung inkludiert, sowie das S.T.A.R. Programm. Das TIQAAM beziehungsweise das S.T.A.R. Programm sind modulartig aufgebaut und bieten somit eine klare Struktur. Vordergründig sind immer die Symptomebene und die Motivationsförderung zur Veränderung, da sich ohne diese auch die Hintergrundsymptomatik nicht zeigen kann.

Mit dem qualifizierten Entzug, der Psyche und Körper vereint und bereits in der Akutbehandlung beides miteinbezieht, wurde ein großer Schritt in Richtung der Ganzheit des Leibes und somit der ganzheitlichen Behandlung gesetzt. Die Motivierende Gesprächsführung (ein klientenzentriertes Manual) hat sich etabliert und findet auch in verhaltenstherapeutischen Manualen Einzug, somit ist eine große Wende bereits passiert. Widerstand wird nicht länger gebrochen, er ist Teil der Behandlung, Teil des/der Klientin der einen Zweck erfüllt und mit dem gearbeitet wird.

Die beschriebenen Therapiemanuale sehe ich nicht als Akutbehandlung, aber als sehr gute Erweiterung einer Behandlung. So werden sie hauptsächlich nicht in der Vorphase, in der zur Krankheitseinsicht und somit den eigentlich Bedürfnissen gefunden werden soll, sondern in der Behandlungsphase oder sogar nach einem Entzug eingesetzt. Die TeilnehmerInnen des S.T.A.R. Programms sollen nüchtern zur Gruppe kommen. Auch gestalttherapeutisch ist in dieser Behandlungsphase eine thematische Fokussierung auf die Krankheit möglich und sinnvoll. Struktur und Themen vorzugeben macht Sinn, da viele Abhängige lange Zeit benötigen, um mit sich selbst wieder in Kontakt zu kommen, neue Denkmuster nach den Mustern der

Sucht zu erweitern und von ihrer Ambivalenz in eine Veränderungsbereitschaft zu gelangen.

Diese Fokussierung ist nicht klassisch gestalttherapeutisch, doch bietet diese thematische Konfrontation vor einer authentischen und wertschätzenden Haltung genug Spielraum, für phänomenologisches Vorgehen. Der/die KlientIn kann zeigen was bei ihm/ihr -das Thema betreffend- vordergründig ist. Es besteht auch die Möglichkeit Themen durch Unterstützung des Manuals vom Hintergrund abzuheben und etwas mehr in den Vordergrund zu holen um somit gemeinsam weiterhin eine Behandlungsbedürftigkeit zu finden. Zudem bieten die Manuale viele Möglichkeiten gestalttherapeutische erlebnisaktivierende Methoden zur Intensivierung des Gewahrseins anzuwenden. Phantasiereisen sowie Rollenspiele werden vorgeschlagen. Dies macht es möglich Erlebtes in die Gegenwart zu holen um dazugehörige oder gespeicherte Gefühle zu spüren, erneut erlebbar zu machen und somit bearbeiten zu können. Etwas zu kurz kommt, meiner Erfahrung nach, die beabsichtigte Nachbearbeitung dieser Experimente, allerdings kann diese mit integrativ gestalttherapeutischem Vorgehen verstärkt werden.

Der Theorie und auch meiner praktischen integrativ gestalttherapeutischen Arbeit nach, lässt sich die integrative Gestalttherapie, auch unter Anwendung bereits bestehender Manuale, sehr gut als Methode in der Behandlung Abhängiger einsetzen.

## **5.2 Forschungsfrage II**

II Braucht es für die integrativ gestalttherapeutische Behandlung und therapeutische Nachsorge von Menschen mit einer Medikamenten-Substanzgebrauchsstörung ein neues Konzept oder lassen sich bewährte Therapiekonzepte der Alkoholtherapie hierfür erfolgreich anwenden.

Wie sich zeigt, unterscheiden sich die Zahlen, der von Medikamentenabhängigkeit erkrankten Menschen, weit von denen der Behandlungszahl, die verschwinden gering ist. Es gibt zahlreiche Behandlungsmanuale und Einrichtungen für Alkohol-

und Medikamentenabhängigkeit. Meines Erachtens ist das Wort „Medikamentenabhängige“ meist der Vollständigkeit halber angeführt, der Fokus liegt stets bei der Alkoholabhängigkeit. Es gibt kaum bzw. keine spezifischen Therapien für Medikamentenabhängige. Es stellt sich also die Frage nach „Henne und Ei“ – erhalten die Abhängigen von Medikamenten keine adäquate Therapie weil es diese Therapie nicht gibt, oder gibt es diese Therapie nicht (ausreichend) weil sie in der Regel nicht angenommen wird.

Meiner Erfahrung nach sind die bestehenden Konzepte und Manuale -die auch gestalttherapeutisch gut anwendbar sind- eine nützliche Unterstützung, allerdings bedarf es zur Behandlung von Medikamentenabhängigen eine Modifizierung unterschiedlicher Teile, was bereits sprachlich beginnt. So sollte stets von „Substanzgebrauch“ (anstelle von Alkohol) die Rede sein, wenn wirklich eine Inkludierung der Medikamentenabhängigkeit erwünscht ist.

Zudem benötigt es aus integrativ gestalttherapeutischer Sicht einen spezifischen Weg der Behandlung. Bereits im stationären Setting braucht es eine vermehrte psychologische/therapeutische Betreuung, die sich von Beginn an schon der Hintergrundthematik der Sucht widmet, den Mensch also als Ganzes wahrnimmt, nicht nur eine ausgekoppelte Thematik. Während bei Alkoholabhängigkeit die Sucht im Vordergrund steht und meist erst nach anhaltender Abstinenz die zugrundeliegenden unbefriedigten Bedürfnisse zutage treten, ist die Medikamentenabhängigkeit meist eine Folgeerscheinung einer bekannten (zugrundeliegenden) Thematik, wie beispielsweise Schlaflosigkeit oder Schmerzen. Es muss eine Möglichkeit geschaffen werden, auf diese bekannte Thematik durch eine anerkennende und würdigende Haltung des/r Therapeuten von Beginn an einzugehen. Mögliche körperliche Abklärungen müssen stattfinden und in einem stabilen Zustand kann das suchtauslösende Problem, das körperliche Symptom, beziehungsweise dann auch das dahinter liegende unbefriedigte Bedürfnis, zum Thema werden. Bei Medikamentenabhängigkeit ist das Thema Rückfall ein wesentlich geringeres, es braucht allerdings eine Bearbeitung der Problematik, die die Sucht bislang aufrechterhalten hat.

In Nachsorgegruppen traf ich kaum auf Erkrankte einer Medikamentenabhängigkeit weil deren Motivation zur Teilnahme und Behandlung nicht besonders groß ist, beziehungsweise, wie oben erwähnt, die spezifische Nachsorge auch nicht

angeboten wird. Vom Hier und Jetzt ausgehend trauen sich viele Personen mit Substanzgebrauchsstörung, nach einem qualifizierten Entzug, zu, ohne der Substanz leben zu können. Genau hier sollte meines Erachtens aber eine spezifische Nachsorge ansetzen. Die Gestalttherapie ist eine bewährte Therapieschule für Gruppentherapien. Inhalte einer Nachsorgegruppe könnten sein: „wie ist das Leben ohne Substanz“, „wie geht es mir mit der zugrundeliegenden Thematik“, „was tue ich wenn das Verlangen nach Erleichterung auftaucht“, „wie steht mein Umfeld zu mir“, „was wird ohne der Substanz im Leben wieder möglich werden“ und dergleichen mehr. Wie Studien zeigen (Haller, 2016), kann Medikamentenabhängigkeit sehr gut behandelt werden, zum Teil sogar besser als Abhängigkeit von Alkohol, wenn sich die Betroffenen der Behandlung unterziehen.

Zusammenfassend kann somit gesagt werden, dass bestehende Konzepte als Hilfestellung zur gestalttherapeutischen Behandlung von Medikamentenabhängigkeit verwendet werden können, allerdings benötigt es eine Spezifizierung der Inhalte sowie der Wortwahl. Behrendt et al. (2014) schlagen vor, „ ... dennoch ist ein weiterer Ausbau dieser (der ambulanten Psychotherapie) Behandlungsangebotes wünschenswert. Die Option zur Behandlung von Substanzstörungen in ambulanter Psychotherapie sollte besser bekannt gemacht und ihre Nutzung z.B. mit Weiterbildungsangeboten unterstützt werden“ (S.312).

Ich schließe mich dem an, und schlage weiter vor, die Behandlung von Medikamentenabhängigkeit mehr in den Fokus sowohl der ambulanten, stationären und besonders auch der nachsorgenden Behandlung zu rücken. Zudem braucht es eine erweiterte Bewusstmachung für alle medikamentenverschreibenden Ärzte/Ärztinnen dieses Thema betreffend.

## 6 Zusammenfassung

---

Im Hinblick auf die inhaltlichen Ausführungen dieser Arbeit, möchte ich mit einem Zitat schließen, welches meiner Ansicht nach, eine sehr treffende Zusammenfassung bezüglich der (integrativ) gestalttherapeutischen Behandlung von KlientInnen mit Substanzgebrauchsstörungen darstellt:

**Zusammenfassend geht es in den gestalttherapeutischen Ansätzen der Behandlung von Abhängigkeitskranken – und dies trifft für Abhängige von Medikamenten wie Benzodiazepinen genauso so zu – darum, Angebote bereitzustellen, die die Selbstakzeptanz, die Selbstaktualisierung und Identitätsentwicklung, und – Stärkung sowie die emotionale Stabilität ohne den Konsum von Substanzen unterstützt. Sie sind somit an die Erarbeitung und Ausbildung neuer Bindungs- und Stützfunktionen gebunden, die im therapeutischen Prozess individuell gefunden, erprobt und integriert werden.** Abhängigkeitskranke werden also dabei unterstützt, ihr zukünftiges Leben abstinent, unabhängig, kontaktreich, selbstständig und bewusst leben zu können und unter Einhaltung der Regeln menschlichen Zusammenlebens für sich neue Lebensperspektiven zu entwickeln.

**Entscheidend tragen dazu die therapeutische Beziehung und die therapeutische Haltung der Therapeuten sowie das Behandlungssetting der therapeutischen Einrichtung bei.** Letztendlich geht es um die positive Identifikation mit einem abstinenten Lebensstil“. (Bake, 2008, S 309-310)

## 7 Literaturverzeichnis

---

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2014). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (3. überarbeitete Auflage). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG
- Arbeitskreis OPD – Abhängigkeitserkrankungen und Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2017). *OPD 2. Modul Abhängigkeitserkrankungen. Das Diagnosemanual*. (2. korrig. Auflage). Bern: Hogrefe Verlag
- Ärzte Zeitung. (2006). *Alkoholentwöhnung auch ambulant erfolgreich*, Nr. 219, Medizin/Wissenschaft
- Bake, Tobias. (2008). Gestalttherapie in der Arbeit mit Abhängigkeitskranken. In L. Hartmann-Kottek (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 303-310). Berlin Heidelberg: Springer
- Bardeau, D (2015). *Psychotherapeutische Erklärungsmodelle und wirksame Haltungen in der Behandlung von Suchtkranken im Kontext ihrer spezifischen Störungsbilder*. Masterthesis. Donau-Universität Krems, Krems
- Behrendt, S., Bühringer, G., Hoyer, J. (2014). Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen.                    Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie. *Psychotherapeut*, 59, 310-316
- Beisser, A. (1997). Die paradoxe Theorie de Veränderung. In A. Beisser, *Wozu brauch ich Flügel?* Wuppertal: Peter Hammer Verlag (Edition des Gestalt-Instituts Köln/ HIK Bildungswerkstatt)
- Bilitza, K.W. (2008). *Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH &Co. KG.
- Blankertz, S. & Doubrawa, E. (2005). *Lexikon der Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag
- Bolen, I. (2004). Gestaltdynamik. In M. Hochgerner, H Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (253-271). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

- Boeckh, A. (2006). *Die Gestalttherapie. Eine praktische Orientierungshilfe*. Stuttgart: Kreuz Verlag
- Brownell, P. & Schulthess, P. (2016). Abhängiges Verhalten. In G. Francesetti, M. Gecele, J. Roubal (Hrsg.), *Gestalttherapie in der klinischen Praxis. Von der Psychopathologie zur Ästhetik des Kontakts* (S. 361-382). Gevelsberg: Verlag Andreas Kohlhage
- Brueck, R. & Mann, K. (2007). *Alkoholismusspezifische Psychotherapie. Manual mit Behandlungsmodulen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag GmbH
- Burtscheidt, W. (2001). *Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit. Ein Therapiemanual*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Dilling H., Mobour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (5. durchgesehene und ergänzte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG
- Doubrawa, A. & E. (2003). *Erzählte Geschichten der Gestalttherapie. Gespräche mit Gestalttherapeuten der ersten Stunde*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag GmbH
- Doubrawa, E. (2006). Achtsamkeit und Gestalttherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 3, 7.Jahrgang, 263-267
- Dreitzel, H. P. (2004). *Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnose oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter*. Bergisch Gladbach: EHP.DSM-IV (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Elsesser, K. & Sartory, G. (2001). *Medikamentenabhängigkeit* (Band 12). KG, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag GmbH & Co
- Feuerlein, W. (1975). *Ambulante Behandlung der Alkoholiker. Der Alkoholkranke in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Glaeske, G. (2012) Medikamentenabhängigkeit. Die verheimlichte Sucht. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 13. Jahrgang, 39-43
- Grechenig, K. (2012). *Aspekte der Scham in der therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen*. Masterthesis, Donau-Universität Krems, Krems



- Gross, W. (1995). *Was ist das süchtige an der Sucht?* Neuland Verlagsgesellschaft
- Haller, R. (2016). Medikamentenabhängigkeit. *Österreichische Ärztezeitung*, 21, 26-31
- Haller, R. (2017). *Nie mehr süchtig sein. Leben in Balance*. Wals bei Salzburg: ecowin Verlang bei benevento publishing
- Hartmann-Kottek (2008). *Gestalttherapie*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hofmann, W. (2013). Benzodiazepine in der Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 8, 769-776.
- Jacobsen, T., Albertini, V., Dieckmann, A., Forschner, L., Nitzgen, D., Obendiek, J.-H., Sporn, H., Tabatabai, D. & Von Ploetz, K. (2010). Das OPD-Modul für Abhängigkeitserkrankungen. *Suchttherapie*, 11, 183-188.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Lindenmeyer, J. (2016). *Lieber schlau als blau* (9. überarbeitete und erweiterte Auflage). Basel: Beltz Verlag, Weinheim
- Lippert, A. (2010). *TIQAAM Ein verhaltenstherapeutisches Praxismanual*. (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Tübingen: dgvt-Verlag
- Mann, K., Loeber, S., Croissant, B., Kiefer, F. (2006). *Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Ein Manual zur Pharmako- und Psychotherapie*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag GmbH
- Matzko, H. G. (2000). Ein gestalttherapeutischer Behandlungsentwurf für Suchterkrankungen: Ein mehrphasiger Transformationsprozess. „*Gestaltkritik*“. *Die Zeitschrift für Gestalttherapie*, 2. Köln: GIK, 52-63
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung*. (3. unveränderte Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Müller, C. & Heinz, A. (2012). Biologische Grundlagen der Suchtentwicklung. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (1. Auflage, S. 16-20). Stuttgart: Thieme

- Musalek, M. (2007). Alkoholkrankheit. *Österreichische Ärztezeitung*, 9, 39-46.
- Perls, F.S. (1987), *Das Ich, der Hunger und die Aggression*. Stuttgart
- Perls, F.S., Hefferline, R., Goodman, P. (1951, 1997). *Gestalttherapie. Grundlagen* (4. Auflage) (eng. Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality, 1951, New York). München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG
- Perls, F.S., Hefferline, R., Goodman, P. (1951, 1979/2007). *Gestalttherapie. Zur Praxis der Wiederbelebung des Selbst (9. völlig überarbeitete Auflage)* (eng. Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality, 1951, New York). Stuttgart: Klett-Kotta
- Polster, E. & Polster, M. (1975). *Gestalttherapie*. Frankfurt: Fischer, 2000
- Rösner, S. & Kufner, H. (2007). Arzneimittelmisbrauch bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen – Ergebnisse des Monitoring-Systems ebis-med. *Suchtmedizin*, 9 (1), 7-23.
- Röser, U. & Votsmeier, A. (1999). Gestalttherapie in der Behandlung von Suchtkranken am Beispiel der Drogenabhängigkeit. *Gestalttherapie 1/1999*, 57-78.
- Römer, P., Klopff, J., Weinlich, C., Jenner, Ch. & Rainer, E. (2002). Katamnesestudie der Salzburger Sonderkrankenhäuser für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, Nr.3, S.25
- Rudolf, G. (2010). *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart: Schattauer
- Rumpf, H.-J. & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch. *SUCHT* 57 (1), 45-48 Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG
- Schneider, R. (1998). *Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten für Betroffene, Angehörige und Interessierte* (12. überarb. Auflage). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH

- Schneider, R. (2009). *Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus bereit* (14. überarb. Auflage) Baltmannweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH
- Sonntag, G. & Tretter, F. (2001). Grundaspekte der Suchtkrankentherapie. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 329-362). Göttingen, Bern, Seattle, Toronto: Hogrefe Verlag.
- Soyka, M. , Queri, S., Kufner, H. & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Nervenarzt*, 76, 72–77, Springer Medizin Verlag
- Tretter, F. & Müller, A. (2001) Grundaspekte der Sucht. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 17-32). Göttingen, Bern, Seattle, Toronto: Hogrefe Verlag.
- Tretter, F. (2016). Aktuelle Entwicklungen im Suchtverhalten und in der Suchthilfe. *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 1, 4-13
- Yontef, G. M. (1999) *Awareness, Dialog, Prozess. Wege zu einer relationalen Gestalttherapie*. Edition humanistische Psychologie. Köln: EHP

[1] Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes (2003) Gesundheitswesen. Ausgewählte Diagnosen der aus vollstationärer Behandlung entlassenen Krankenhauspatienten und -patientinnen. Fachserie 12, Reihe 6.1

## 7.1 Onlineangaben

- (1) google: EinwohnerInnenanzahl: Zugriff am 08.12.2017, verfügbar unter: <https://www.google.at/search> Einwohner Deutschland/ Österreich
- (2) Haller R. (2010) „Stille Sucht“, 150.000 Medikamentenabhängige in Österreich“. Erschienen in „der Presse“. Zugriff am 08.12.2017. verfügbar unter <https://diepresse.com/home/leben/gesundheit/543836/150000-Medikamentenabhaengige-in-Oesterreich->

- (3) Musalek, M., (2014) Medikamentenabhängigkeit in Österreich. Von den 23. Österreichischen Ärztetag in Grado, Zugriff am 09.12.2017, verfügbar unter <http://www.gesund.at/a/medikamentenabhaengigkeit-in-oesterreich>
- (4) Matzko, H. G. (2000) Ein gestalttherapeutischer Behandlungsentwurf für Suchterkrankungen. Gestaltkritik. Zugriff am 20.12.2017, verfügbar unter [http://www.gestalt.de/matzko\\_suchttherapie.html](http://www.gestalt.de/matzko_suchttherapie.html)

## 8 Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1: 2-Phasen Wirkung	S. 23
Abbildung 2: Halbwertszeit	S. 40
Abbildung 3: Gestaltwelle	S. 46
Abbildung 4: Gründe für die Teilnahme an der Nachsorgegruppe	S. 86

## 9 Abkürzungsverzeichnis

---

Anm.:	Anmerkung (der Autorin)
bspw.:	beispielsweise
ca.:	zirka
etc.:	et cetera
Hr.:	Herr
Mill.:	Millionen
Pat.:	Patient/Patientin
u.:	und
S.:	Seite
Vgl.:	Vergleich