



**Adresse:** Schönaugürtel 53  
A-8010 Graz  
**Tel.:** 0316/82 11 99  
**Fax:** 0316/821199-10  
**Email:** office@bas.at  
**Internet:** <http://www.bas.at>

# Psychotherapie im Rahmen der ambulanten Suchtarbeit

Vortrag auf dem Kongress "Klinische Psychotherapie" veranstaltet  
von der Universitätsklinik für Psychiatrie der Karl-Franzens-  
Universität Graz, 1995

Im folgenden Übersichtsbeitrag zur Rolle der Psychotherapie im Rahmen der ambulanten Suchtkrankenarbeit, möchte ich mich auf die Arbeit mit Alkoholikern beschränken. Mit ambulanter Suchtkrankenarbeit meine ich die Tätigkeit von Organisationen, die außerhalb von Krankenhäusern und Spezialkliniken ein professionelles Angebot für Suchtkranke bieten.

Meine Ausführungen beziehen sich ausdrücklich auf jenen Bereich, wo sich Planung und Entwicklung mit der Anwendung von Methoden in einer konkreten Interaktion verschränken. Es geht mir also weniger um die Tiefe der Therapietheorie.

Nach einer kurzen Darstellung der Geschichte ambulanter Suchtkrankenarbeit möchte ich den Stellenwert der Psychotherapie in der Suchtarbeit beleuchten. Anschließend soll die Anwendung von Psychotherapie bzw. einiger psychotherapeutischer Elemente in einer Organisation dargestellt werden.

### ***Kontext und Kontinuum der ambulanten Arbeit***

Suchttherapie war lange Zeit ein Gegenstand stationärer Einrichtungen mit einer medizinisch-psychiatrischer Orientierung.

Die Tradition der stationären Einrichtungen ist dabei noch älter: schon vor der Formulierung des Krankheitsmodells des Alkoholismus wurden "Trunksüchtige" in Besserungsanstalten untergebracht (HINTERHUBER 1993).

Schon hundert bis hundertfünfzig Jahre nach der Formulierung eines medizinischen Krankheitsbegriffes durch TROTTER und HUSS gab es gesellschaftliche Reaktionen - in Österreich vor allem durch die Einrichtung des Anton-Proksch-Institutes. Bis in die siebziger Jahre galt die stationäre Therapie - im gesamten deutschen Sprachraum - als der Königsweg der Behandlung.

Seit dem 19. Jhd. entwickelten sich parallel dazu Beratungs- und Betreuungseinrichtungen. Zuerst zur Bekehrung der Lasterhaften, später als Trinkerfürsorge und letztlich als sozialarbeiterische oder soziotherapeutische Komponente von Kliniken. Seit den fünfziger, bis in die siebziger Jahre dienten nichtmedizinische Einrichtungen vor allem der Vermittlung in Kliniken und der aus der Trinkerfürsorge entstandenen Sozialarbeit (FUCHTMANN 1994).

Innerhalb der klassischen Therapiekette, wurden als Aufgabe vor allem die Erstinformation und Vermittlung (Kontaktphase) und die sogenannte Nachsorge, als "*Vertiefung des in der stationären Behandlung Erlernten*" (FEUERLEIN 1979) ", genannt.

In den beiden letzten Jahrzehnten erfolgt eine zunehmende Verlagerung suchttherapeutischer Aufgaben. Diese Entwicklung ist in inhaltlich-methodischen Gründen,

wie etwa die Nähe zum sozialen Milieu und auch ökonomischen Gründen zu sehen und letztlich auch in den Erfolgen, die zumindest nicht schlechter sind als die der stationären Therapiestellen (MANN & MUNDLE 1993).

Im Zuge des Aufbaues der Einrichtungen kam es zu einer zunehmenden Professionalisierung der Mitarbeiterinnen, die in ihrer Berufsstruktur meist nicht-ärztlichen Quellenberufen (Psychologie, Pädagogik, Sozialarbeit) angehörten und zunehmende psychotherapeutische Qualifikationen aufwiesen, die ihren Niederschlag in der Arbeitsweise der Einrichtungen fanden. Parallel dazu kam es zu einem Zurückgang der ehrenamtlichen Helfer

Diese psychotherapeutische Qualifizierung und die steigende Wertschätzung ambulanter Suchtarbeit leistete sicher ihren Beitrag dazu, dass Psychotherapie einen stärkeren Einfluss gewann.

Während also die ambulante Suchtarbeit eine zunehmende Bedeutung im Rahmen des Gesundheitssystems erfährt und somit auch zunehmende Ressourcen für innovative Impulse verfügbar sind, so hemmend wirkt die Hypothek der Traditionen der karitativen Fürsorge und der Rolle als Außenstelle medizinisch dominierter Einrichtungen aus.

Der Effekt ist nämlich eine Auftragskonfusion und eine diffuse Leistungserwartung, die den Stellenwert ambulanter Therapie verschleiert und die Profilierung der Einrichtungen erschwert (TASSEIT 1992).

## ***Der Stellenwert der Psychotherapie***

Die Unklarheit betrifft nicht nur Auftrag und Funktion sondern auch den Stellenwert der Psychotherapie in der Alkoholismustherapie.

Diesen zu lokalisieren stößt nämlich auf eine ganze Reihe von Schwierigkeiten.

Allgemein gilt zwar die Psychotherapie neben der Medizin und Sozialarbeit als einer der drei Grundpfeiler der Alkoholismusbehandlung (HALLER 1993). Sowohl stationäre, als auch ambulante Einrichtungen nennen Psychotherapie als Teil ihres Angebotes. Dabei werden auch manchmal verschiedene Methoden angeführt, die allerdings meiner Meinung nach die eher zufällige Qualifikation der Mitarbeiterinnen widerspiegelt und kein komplexes Programm.

Ähnlich verhält es sich in jüngeren Übersichtswerken zur ambulanten Suchttherapie die den Stellenwert der Psychotherapie betonen, psychotherapeutische Grundhaltungen meist humanistischer Prägung als unerlässlich hervorkehren, verschiedene Methoden mit unterschiedlicher Bewertung darstellen, aber kaum eine umfassende Einbindung in ein Behandlungsnetz formulieren.

Die Probleme sind:

Es gibt kaum Abgrenzungen zwischen Psychotherapie und Beratung. Es ist allerdings so, dass keine allgemeingültigen und vor allem praktikablen Definitionen vorliegen (RAHM 1986). Manche Autoren meinen hier einen spezifischen Gesprächsstil, ein Hintergrundgespräch durch Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter oder auch eine psychotherapeutische Behandlung etwa im Sinne des Psychotherapiegesetzes oder den Kriterien bestimmter Schulen.

- es gibt kaum Darstellung einer indikationsabhängigen methodenspezifischen Psychotherapie
- es gibt keine Offenlegung methodischer Grundannahmen wie etwa Menschen- und Krankheitsbild im Sinne psychotherapeutischer Methoden
- es gibt ein Durcheinander von völlig unterschiedlichen Zielen bzw. Erwartungen die an den Einsatz psychotherapeutischer Maßnahmen geknüpft sind. Als Ziele der Therapie werden am häufigsten nur Motivation, Entlastung und das Erlernen neuer Verhaltensweisen genannt. Nur wenige Autoren die in der Praxis tätig sind, formulieren ein letztes und ideales Therapieziel, wie z. B. die Erlangung von Autonomie und Selbstbestimmung (HALLER 1993).
- es gibt keine klar definierten Fachkräfte. Auf die psychotherapeutische Qualifikation wird bei der Darstellung von Teams kaum Bezug genommen.

- weiteres ist ja Psychotherapie bezogen auf Grundlagen und Anwendung, Zielgruppen und Setting eine heterogene Auswahl verschiedener Richtungen, die oft auch entsprechend bunt durch die Mitarbeiterinnen repräsentiert wird. Die Ressourcen im ambulanten Bereich sind meist sogenannte humanistische Verfahren und vor allem systemische Familientherapie, weniger tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Richtungen.

Völlig offen ist vor allem der Stellenwert der Psychotherapie im Rahmen eines spezifischen Krankheitsverständnisses und dem damit verbundenem Behandlungszielen wie etwa der Abstinenz. Immerhin verfügen wir ja über keine allgemeine Suchtttheorie, die die ganze Komplexität des Phänomens erklären könnte. Andererseits besteht ein fließender Übergang von kausalen Modellen zu handlungsleitenden Suchttherapien (FUCHTMANN 1994). Die heute gültige Formel von multidimensionalen Charakter des Suchtprozesses kann auch als Maskierung einer gewissen Konzeptlosigkeit in der Anwendung therapeutischer Methoden und eines unreflektierten Eklektizismus dienen.

- Kognitiv-behaviorale Theorien etwa, stellen sich ganz bewusst in eine Gegenposition zum herkömmlichen medizinischen Modell und verstehen Alkoholabhängigkeit als reversibles gelerntes Verhalten (KÖRKELE 1988).
- Das psychoanalytische Paradigma versteht Alkoholismus als Symptom einer vorhandenen Grundstörung in der Persönlichkeit des Symptomträgers (WOHLFARTH 1988, HEY 1992, ROST 1994). Abstinenz ist hier bestenfalls eine Voraussetzung für die Durchführung der Behandlung.
- Der systemische Ansatz versteht Suchterkrankungen als beziehungsregulierenden Faktor. In diesem Sinne ist die Abstinenz des Patienten, wenn überhaupt, - sogar ein eher nebengeordnetes - Therapieziel (SCHMID 1988).
- Humanistische Methoden haben wenig eigenständige suchtspezifische Beiträge geleistet. Nicht unwesentlich ist dabei jedoch die generelle Bedeutungslosigkeit von Einzelsymptomen durch das ganzheitliche Verständnis und der Orientierung an der gesunden Persönlichkeit wie etwa der fully functioning person von ROGERS oder der organismischen Selbstregulation von PERLS.

Wissenschaftlich überholt, jedoch von überragender Praxisrelevanz ist nach wie vor das klassische medizinische Modell.

So meint etwa PREINSBERGER (1992): "Alkoholkrankheit ist bekanntlich ... eine die Betroffenen während ihres ganzen Lebens begleitende Krankheit, die daher von jedem Betroffenen - unserem heutigen Wissensstand nach - lebenslange Maßnahmen erfordert, an erster Stelle das Erreichen und Erhalten einer absoluten Abstinenz."

Der Autor macht nicht transparent, wo dieser Wissensstand in dieser Allgemeingültigkeit dokumentiert ist. Allerdings schimmert hier Krankheitsverständnis durch, das Alkoholismus

als eine chronische Stoffwechselstörung definiert, die an sich nicht heilbar ist, sondern - unterstützt von sozialarbeiterischen und psychotherapeutischen Maßnahmen - durch Abstinenz hintangehalten werden kann.

Psychotherapie wird in diesem Verständnis als eine Hilfsdisziplin, als spezifische Gesprächsführung beschrieben, die den Patienten motivieren soll, die Behandlung anzunehmen und das Therapieziel - Abstinenz - zu akzeptieren und aufrecht zu erhalten. Überspitzt formuliert, dient diese Form von Psychotherapie oder psychotherapeutischem Gespräch auch dazu, Patienten in ein lineares Programm hinein zu motivieren und das festgesetzte Ziel dieser Therapie zu perpetuieren.

Abgesehen von dieser verwirrenden Situation hinsichtlich der Suchtbilder, die noch durch Theorien aus Sozialberufen, Selbsthilfebewegungen ergänzt werden, verfügen wir heute auch über genügend Befunde, die klarlegen, dass so etwas wie eine Alkoholikerpersönlichkeit nicht existiert (ROST 1992, LESCH 1985) und auch der Alkoholismus und die Rehabilitation sich in sehr unterschiedlichen Verläufen präsentiert.

Diese Situation lässt einige wesentlichen Fragen aufkommen, die die Entwicklung ambulanter Suchtarbeit sich eigentlich stellen sollte. In der Praxis der psychotherapeutischen Tätigkeit werden vor allem die Bereiche Motivationsarbeit, Therapieziele (Abstinenz) und der Umgang mit Rückfällen davon berührt.

Wo Orientierungslosigkeit vorhanden ist, ist Ideologien Tür und Tor geöffnet. Überforderung und Dogmatismus, Feindseligkeit gegenüber den Patienten, sowie unreflektiertes Helfertum sind die Schwierigkeiten, mit denen wir uns im ambulanten Bereich auseinandersetzen haben. In der Interaktion mit dem Alkoholiker tragen wir die Hypothek des Lastermodells, vor dessen Hintergrund Neidprojektionen und eine aggressive Gegenübertragung entstehen können (ANTONS 1976, ROST 1992).

Auf der anderen Seite ist gerade in diesem Rahmen die Chance gegeben, flexible klientenzentrierte Programme zu entwickeln.

## **Anwendung der Psychotherapie**

Als Beispiel und Abschluss möchte ich kurz den Versuch unserer Organisation skizzieren, psychotherapeutische Elemente und Grundlagen heranzuziehen, um das Selbstverständnis der Einrichtung, die grundlegende Orientierung der Tätigkeit, die Angebotsentwicklung und Mitarbeiterschulung zu entwickeln.

Mittels verschiedener Verfahren wurde von den Teammitgliedern ein Menschenbild definiert, das sich an den Grundlagen humanistischer, tiefenpsychologischer und systemischer Therapieschulen und vor allem an der Integrativen Gestalttherapie orientiert.

Das Ergebnis sind prägnante anthropologische Grundformeln wie etwa: Der Mensch ist ein Leib-Seele-Geistsubjekt im sozialen Umfeld. Nach dieser Formel ist der Mensch also ein ganzheitliches Wesen, das in Wechselwirkung zu seiner Lebenswelt steht. Zu den bestimmenden Faktoren seines Mensch-Seins gehören unter anderem die Fähigkeit zu Ko-Respondenz und Kreativität (PETZOLD 1988). Das heißt, Grundlage seiner Entwicklung ist die Wachstumsorientierung, die Fähigkeit sich mit anderen in Beziehung zu setzen und sein kreatives Potential zur Bewältigung seiner Probleme einzusetzen.

Grundsätzlich ist das Potential zur Entwicklung in jeder Lebensphase und -situation vorhanden.

In diesem Sinne wird Suchterkrankung, als fehlgeleiteter Entwicklungs- oder Selbstregulationsprozess von Individuum und System definiert. Wir gehen von einem allgemein multidimensionalen Entstehungs- und Verlaufsprozess aus, der im individuellen Fall durch eine unterschiedliche Gewichtung der Faktoren bestimmt ist. Eine Alkoholikerpersönlichkeit oder den Alkoholismus gibt es nicht, wohl aber eine Krankheitswertigkeit.

Die Annahme, dass der Mensch sich in Ko-Respondenz entwickelt, bzw. seine Subjekthaftigkeit im Dialog gewinnt, führt zu einem Modell des Helfens, in dem die Bereitstellung dieser Möglichkeit zum Dialog das primäre Angebot ist. Voraussetzung dafür ist eine respektvolle Grundhaltung und die Definition von Werten, die die Organisation repräsentiert. Dabei ist das Ziel Abstinenz von einer untergeordneten Rolle. Abstinenz bedeutet für uns ein - oft wesentliches - Etappenziel. Alkoholabstinenz ist jedoch kein therapeutischer Wert an sich und auch keine unabdingbare Voraussetzung für einen Kontakt mit dem Patienten.

Diese idealen und abstrakten Grundannahmen bilden eine Leitlinie für die Reflexion sowohl der Organisationsentwicklung als auch der therapeutischen Grundhaltung des Beratungsteams in der Fallbesprechung. Die Fallbesprechung im Team ist das wesentlichste Instrument, das Spannungsfeld zwischen Patient, Beraterin, Behandlungszielen und institutionellen Werten zu durchleuchten. Etwa indem auf Wertevermittlung, Wertkonflikte Bezug genommen wird.

Die Diagnostik beleuchtet gemäß unserer anthropologischen Grundformel leibliche, seelische und geistige Dimensionen und vor allem auch das Umfeld. Die Anamnese des Suchtverhaltens ist dabei nur ein Teil einer Diagnose, die neben somatopsychosozialen Daten auch Motive und Verweisungskontext der Patienten, ihre Lebenswelt und die Übertragungssituation im Hier und Jetzt erfasst. Wesentlich ist auch eine Analyse der Ressourcen.

Die Diagnostik dient der Zuordnung zu Zielgruppen und der Indikationsstellung (Therapieziele, Möglichkeiten des Patienten) anhand der von uns entwickelten Kriterien. Unser Augenmerk liegt dabei darauf, wie ein Patient sich im Rahmen einer bestimmten Maßnahme entwickeln würde. Die Diagnostik wird prozessual durchgeführt.

Zur Kontrolle der Tätigkeit werden ebenfalls psychotherapeutische Elemente benutzt, die in Fallbesprechung und Supervision (Übertragungsanalyse) ihre Anwendung finden.

Abgesehen von der pragmatischen und grundsätzlichen Anwendung psychotherapeutischer Elemente liegt - gemäß unserem Krankheitsmodell - die Indikation für die Überleitung in langfristige Psychotherapie (intern/extern) häufig vor.

In zahlreichen Untersuchungen wird die Behandlungsbedürftigkeit von Alkoholikern deutlich. Es ist heute allgemeingültig von Behandlungszeiten zu sprechen, die zwei Jahre als das Minimum ansehen. Angesichts der vielfältigen Primär- und Sekundärstörungen im sozialen und psychischen Bereich, der Erkenntnisse über häufig auftretende Spätkrisen (SCHOLZ 1988) und auch ökonomischer Erwägungen ist es eigentlich müßig von "Nachbetreuung" zu sprechen. Ebenso erscheint es nicht angemessen, für alle Patientengruppen ausschließlich auf Selbsthilfegruppen und Abstinenzclubs als Behandlungsform zurückzugreifen.

Zum einen geht es um Notwendigkeiten, zum anderen um die Forcierung der persönlichen Entwicklung um eine Annäherung an den Gesundheitsbegriff im Sinne der WHO zu erreichen.

Hier wird sehr oft auf Kooperationspartner verwiesen und diese "rehabilitative" Psychotherapie sollte nicht am Symptom orientiert sein. Der Zugang zu einer nicht suchtspezifischer Psychotherapie ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Von der Therapiefähigkeit des Patienten, die ihrerseits jedoch auch mit der Verfügbarkeit und Akzeptanz von Psychotherapie korrespondiert.

## Literatur

ANTONS, K.: Therapie des Alkoholismus - Methoden und Probleme. Kassel 1976.

FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Thieme, Stuttgart 1979.

FUCHTMANN, E.: Ambulante Suchttherapie. Lambertus, Freiburg/Breisgau 1994.

HALLER, R. & MEISE, U.: Zur Psychotherapie der Suchtkrankheiten. In: MEISE, U. (Hrsg.): Alkohol. Die Sucht Nr. 1. Integrative Psychiatrie, Innsbruck 1993.

HEY, G.: Einzeltherapie in der ambulanten Arbeit mit Alkoholikern. In: TASSEIT, S. (Hrsg.): Ambulante Suchttherapie. Möglichkeiten und Grenzen. Neuland, Geesthacht 1992.

HINTERHUBER, H. et al.: 20 Jahre Abteilung für Alkohol- und Suchtkranke an der Univ.-Klinik für Psychiatrie Innsbruck. In: MEISE, U. (1993): aao.

KÖRKEL, J. & LAUER, G.: Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In: KÖRKEL, J.(Hrsg.): Der Rückfall des Suchtkranken. Springer, Berlin, Heidelberg 1988.

LESCH, O.M.: Chronischer Alkoholismus. Typen und Verlauf. Thieme, Stuttgart 1985.

MANN, K. & MUNDLE, G.: Die gemeindenahere Behandlung Alkoholabhängiger. Konzepte und Ergebnisse. In: MEISE, U.: aao.

PREINSPERGER, W.: Die ambulante Arbeit des Anton Proksch Instituts in Wien-Kalksburg. In: TASSEIT, S. (1992) aao.

PETZOLD, H.: Menschenbilder als bestimmendes Moment von Grundhaltungen und Konzepten in der Drogenhilfe. In: Gestalt und Integration 2/1994, 1/1995, 2/1995, S. 7 - 32

PETZOLD, H.: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Junfermann, Paderborn 1988.

RAHM, D.: Gestaltberatung. Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit. Junfermann, Paderborn 1990.

ROST, W.-D.: Psychoanalyse des Alkoholismus. Klett-Cotta, Stuttgart 1992.

ROST, W.-D.: Der psychoanalytische Ansatz: Die Therapie der Grundstörung. In: SCHEIBLICH, W. (Hrsg.): Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Lambertus, Freiburg/Breisgau 1994.

SCHMIDT, G.: Rückfälle von als suchtkrank diagnostizierten Patienten aus systemischer Sicht, In: KÖRKEL, J. (1988) aao.

SCHOLZ, H.: Verlaufsorientierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. Wr. Zeitschrift für Suchtforschung. Jg. 11,1988/4, S. 47 - 56

TASSEIT, S. (Hrsg.): Ambulante Suchttherapie. Möglichkeiten und Grenzen. Neuland, Geesthacht 1992.

WOHLFARTH, R.: Sucht und Rückfall als Ausdruck narzisstischer Störungen. In: KÖRKEL, J. (1988) aao.