

ABSCHLUSSARBEIT

Personzentrierte Psychotherapie bei ambulanten alkoholabhängigen KlientInnen

Begutachterin:

Renata Fuchs

vorgelegt von:

Gideon Gruber

Datum:

2017

versichere,

- dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

- dass ich diese Arbeit bisher weder im Inland noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

- dass ich im Falle einer Veröffentlichung die Bestimmungen des Datenschutzes und der Amtsverschwiegenheit zur Kenntnis nehme und einhalte.

2017

evt. Unterschrift

Inhalt

1. EINLEITUNG	5
1.1 MEINE IDENTITÄT UND MOTIVATION	9
2. PERSONZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE	13
2.1 AKTUALISIERUNGSTENDENZ	13
2.2 DIE SECHS NOTWENDIGEN UND HINREICHENDEN BEDINGUNGEN DES THERAPEUTISCHEN PROZESSES (ROGERS, 1959, S. 46FF).....	14
3. GRUNDLAGEN DER ALKOHOLTHERAPIE	20
3.1 DEFINITION ALKOHOL NACH ICD-10.....	20
3.2 MEINE MITARBEIT IM ALKOHOLPILOTPROJEKT 2020	22
3.3 PHASEN DER BEHANDLUNG VON ALKOHOL NACH FEUERLEIN.....	23
3.3.1 <i>Kontaktphase</i>	23
3.3.2 <i>Entgiftungsphase</i>	23
3.3.3 <i>Entwöhnungsphase</i>	24
3.3.4 <i>Rehabilitationsphase</i>	24
3.4 MODELL DER VERÄNDERUNG NACH PROCHASKA UND DI-CLEMENTI.....	25
3.4.1 <i>Absichtslosigkeitsphase</i>	25
3.4.2 <i>Absichtsbildungsphase</i>	26
3.4.3 <i>Vorbereitungsphase</i>	26
3.4.4 <i>Handlungsphase</i>	26
3.4.5 <i>Aufrechterhaltungsphase</i>	27
3.5 INKONGRUENZ BEI ALKOHOLKONSUM	27
3.5.1 <i>Sekundäre Inkongruenzen</i>	28
3.6 SPALTUNG IM SELBSTKONZEPT LAUT FIEDLER	29
4. PERSONZENTRIERTE BEHANDLUNG DER ALKOHOLKRANKHEIT	31
4.1 THERAPEUTISCHER ZUGANG LAUT FESELMAYER UND HEINZL	32
4.2 THERAPEUTISCHER ZUGANG LAUT BENSEL	32
4.2.1 <i>Allgemeiner Teil laut Bensele</i>	33
4.2.2 <i>Störungsbezogenes Vorgehen laut Bensele</i>	33
4.2.3 <i>Sekundäre Inkongruenzen</i>	34

4.3 WIRKUNG DES ALKOHOLS AUF DIE PERSÖNLICHKEIT LAUT FIEDLER.....	36
4.4 KONTROLLIERTES TRINKEN ODER ABSTINENZ.....	38
4.5 RÜCKFALL	39
<i>Therapeutischer Umgang mit Alkoholrückfallgeschehen.....</i>	<i>40</i>
4.6 SCHULD- UND SCHAMGEFÜHLE.....	42
5. VIER ZUSÄTZLICHE THERAPEUTINNENENEINSTELLUNGEN	45
5.1 KONFRONTATION	46
5.2 AKTIVES BEMÜHEN UND INNERE ANTEILNAHME	47
5.3 KONKRETHEIT.....	49
5.4 INFORMATION	50
6. ZUSAMMENFASSUNG	51
7. LITERATURVERZEICHNIS	54

1. Einleitung

Ich widme mich in der folgenden Arbeit meiner Beziehung zum Thema Psychotherapie bei alkoholkranken Menschen.

Schon früh wurde ich mit der Thematik Alkohol konfrontiert.

In meiner Familie gab es einen alkoholkranken Onkel, mit dem ich großes Mitleid hatte, weil ich gemerkt habe, wie schlecht es ihm geht. Er schaute körperlich schwach und bleich aus, stotterte und wirkte unsicher und ängstlich. Ich hörte von meinen Eltern, dass er viel Ablehnung und Abwertung durch seine Eltern erfahren hatte. Dass mein Onkel schlecht behandelt wurde, habe ich auch selber bei verschiedenen Familientreffen miterlebt. Meine anderen Tanten und mein anderer Onkel haben oft über ihn abfällig gesprochen. Er war arbeitslos und wurde so zum Außenseiter. Meine Eltern versuchten ihn bestmöglich in die Familie zu integrieren und verurteilten ihn so wenig wie möglich. Sie haben ihm Aufgaben gegeben, um ihn zu unterstützen. Ich war durch ihr Verhalten bestärkt, eine engere Beziehung zu ihm aufzubauen. Ich wollte meinem Onkel helfen, wir hatten öfters Kontakt und ich habe ihm auch Geschenke gegeben. Ich konnte auch seine netten Seiten kennenlernen. Ich hatte den Eindruck, dass sich die Hilfe positiv auswirkte und er war auch bald viel motivierter ernsthaft eine Arbeit zu suchen. Inzwischen ist er bereits verstorben, aber ich erinnere mich genau an ihn.

In Kontakt zu alkoholabhängigen Menschen kam ich auch bei meiner ersten Freundin. Ihre Mutter trank regelmäßig. Da ich oft in ihrer Wohnung war, hatten wir viel Kontakt. Ich erfuhr, wie das Alkoholproblem meine Freundin belastete und wollte ihr helfen und

ihre Situation verbessern. Ich habe mich für ihre Mutter interessiert und eine Beziehung hat sich aufgebaut. Ich redete mit ihr über Alkohol und über die Auswirkungen auf meine Freundin. Das bestärkte sie und hatte eine dreimonatige Abstinenz zur Folge. Ich machte die Erfahrung, dass ich Beziehungen aufbauen kann, in deren Folge gefährdete Personen an ihrer problematischen Situation etwas ändern oder es zumindest versuchen können. Für andere Menschen hilfreich und motivierend zu sein, hat mich bestärkt und machte mich weiter neugierig.

Nach der Matura und dem Zivildienst wollte ich mich im sozialen Bereich engagieren. Deshalb arbeitete ich als Streetworker und teilte Essen auf Bahnhöfen aus. So arbeitete ich ehrenamtlich viel mit alkoholkranken Menschen. Ich betreute Menschen, die aus der Gesellschaft gefallen sind und alles verloren hatten. Ich erfuhr viel von der Vergangenheit der Obdachlosen und von ihren gegenwärtigen Verhältnissen. Es war für mich eine ganz neue Welt, von der ich keine Ahnung hatte. Mit 19 Jahren hat mich eine solche Lebenssituation geschockt und beeindruckt, weil ich es nicht kannte. Ich fragte mich, was ein Leben ausmacht und was solche Menschen bewegt. Bei der ehrenamtlichen Arbeit ging es um Basisangelegenheiten, wie einen Schlafplatz, ein warmes Essen oder Dokumente. Ich habe Bedingungen, wie etwa das Leben auf einem Bahnhof-WC, aussieht hautnah miterlebt. Ich habe Menschen gesehen, die in extremen Situationen leben und sich weit weg von der Gesellschaft begeben haben. Die Verwahrlosung und auch die mitunter aufkommende Aggression haben mich nicht abgeschreckt. Weil ich durch Streetwork und Essen austeilen auf der Straße arbeitete, konnte ich Kontakte zu Obdachlosen aufnehmen. Es ist mir leicht gefallen und ich empfand die Arbeit als faszinierend und

spannend. Mich interessierte, was dazu geführt hat, dass sich die Menschen in so eine Lage gebracht haben und wie man ihnen helfen kann. Ich hatte so einen tiefen Einblick in die Umstände von alkoholkranken Menschen bekommen und wollte in diesem Bereich weiter tätig sein.

Nach dem Zivildienst und der ehrenamtlichen Arbeit wurde ich Krankenpfleger und arbeite auf einer regionalen Psychiatrie. Auch dort habe ich oftmals mit Alkohol-PatientInnen zu tun. Sie kommen zu Alkoholentzügen oder auch in akuten und deliranten Zuständen ins Spital. Ich erlebe sie einerseits als egoistisch, stur und unnahbar, andererseits als leidend und hilfesuchend. Ich begleite die PatientInnen in ihrem Gesundungsprozess und erlebe, wie sie sich zunehmend stabilisieren und erholen können. Auch wenn viel Geduld erforderlich ist, macht es mir Freude sich um die Menschen zu kümmern. Für mich steht der Mensch im Vordergrund und nicht was die Erkrankung aus ihm gemacht hat. Auch bin ich mit Rückfällen konfrontiert. Ich habe gelernt, dass trotz einem Rückfall die Beziehung nicht verloren geht. Ich bin also optimistisch, dass sich der Mensch erholen kann, auch wenn er öfters mehrere Versuche benötigt.

Derzeit arbeite ich auch als Therapeut unter Supervision für AlkoholklientInnen in einem Rehabilitationsprojekt. Im Verein P.A.S.S. habe ich die Möglichkeit einen langfristigen Beziehungsaufbau und einen Therapieprozess den KlientInnen anzubieten. In einem multiprofessionellen Team arbeite ich mit SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen und PsychologInnen zusammen.

Meine Erfahrungen bei diesem Projekt haben klar gemacht, dass eine rein psychotherapeutische Behandlung bei Suchtkranken oft nicht ausreicht. Im Projekt werden Menschen mit Alkoholproblematik

aufgenommen, die unterschiedliche Behandlungserfahrungen und Probleme haben. Es wird dabei ein ganzheitliches Vorgehen praktiziert, im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells. Eine Behandlung auf mehreren Ebenen findet statt. Mein Schwerpunkt liegt auf der psychotherapeutischen Behandlung.

In meiner Abschlussarbeit sollen Wirkfaktoren diskutiert werden, die die Rehabilitation von Alkoholkranken ermöglichen und inwieweit der personenzentrierte Ansatz hilfreich sein kann. Ich werde die relevanten Grundlagen der Personzentrierten Psychotherapie darlegen. Dabei sind Menschenbilder, Persönlichkeitstheorien und Beziehungsqualität von entscheidender Bedeutung.

Im Personzentrierten Ansatz gehen wir von der Aktualisierungstendenz aus. Die Aktualisierungstendenz zielt darauf ab, das eigene Dasein zu erhalten, zu erweitern und zu erhöhen.

Ich möchte meine Einstellung zu Werthaltung und Zugang zur Arbeit mit KlientInnen darlegen. Die notwendigen und hinreichenden Beziehungsvariablen Echtheit, Empathie und Wertschätzung bilden die notwendige Basis der Beziehungsgestaltung. Sie sind das Fundament einer personzentrierten Beziehung. So können KlientInnen ihr wahres Selbst, jenseits der Abhängigkeit erkennen, erleben und symbolisieren. Weiters gehe ich der Frage nach, ob bei der Behandlung von Suchtkranken zusätzliche Beziehungsvariablen beachtet werden müssen.

Ich setze mich mit dem Behandlungsprozess, der Abstinenz und einem möglichen Rückfall auseinander. Ambivalenzen, also Inkongruenzen, werden thematisiert. Primäre und sekundäre Inkongruenzen sollen unterschieden und erörtert werden. Außerdem wende ich mich den einzelnen Phasen im Krankheitsverlauf und

Therapieprozess zu. Dabei gehe ich besonders auf die Theorien von Bense, Fiedler und Feselmayer ein.

1.1 Meine Identität und Motivation

Ich bin am 12.08.1984 geboren und wurde am Tag meiner Geburt meinen Adoptiveltern übergeben. Meine leibliche Mutter war aus psychischen und ökonomischen Gründen nicht in der Lage sich um ein weiteres Kind zu kümmern und hat mich zur Adoption freigegeben. Meine Eltern haben schon jahrelang auf eine Chance, ein Kind zu adoptieren gewartet. Ihr Bemühen war nicht umsonst und ihr langersehnter Wunsch ging in Erfüllung. Die Tatsache, dass ich ein Adoptionskind bin, ist für mich kein irritierendes Thema, da ich es schon in jungen Jahren erfuhr und wie selbstverständlich verstand. Für mich sind meine Adoptiveltern meine Eltern, davon abgesehen, dass wir nicht dieselbe DNA haben. Ich bin als Einzelkind aufgewachsen und meine Eltern konnten sich ausschließlich auf mich konzentrieren. Ich habe das Thema Adoption nie als Problem oder Belastung empfunden. Im Gegenteil, von Klein auf spürte ich, dass meine Eltern mich sehr liebten. Sie haben mich ohne Bedingungen erzogen. Das machte es mir möglich, Urvertrauen zu entwickeln. Von Beginn meiner schulischen Laufbahn an förderten mich meine Eltern. Aufgrund meiner Legasthenie musste ich viel Üben. Sie schenkten mir Zeit und lernten konsequent mit mir. Es hat mich immer mehr Zeit, Energie und Anstrengung gekostet zu lernen, als andere Gleichaltrige.

Die Unterstützung bei meiner Lernschwäche war nie an Auflagen geknüpft. Meine Mutter war zu Hause und deshalb immer für mich da. Mein Vater war freiberuflich tätig und konnte mir auch viel Zeit

schenken. Meine Eltern lernten mit mir und vermittelten mir das Gefühl der Sicherheit. Diese positive Einstellung ermöglichte es mir, mich auf mich zu konzentrieren. Rückblickend gesehen konnte ich mich aufgrund dieser Lebensumstände intensiv mit meiner Schwäche auseinandersetzen. So habe ich meine Lernschwäche in den Griff bekommen. Mein Selbstvertrauen stieg und meine Eltern motivierten mich weiter zu machen. Sie haben mir immer das Gefühl gegeben, etwas Besonderes für sie zu sein. Sie sagten oft zu mir: „Zusammen schaffen wir alles.“ So wusste ich, dass sie hinter mir stehen und dass sie an mich glaubten. Es war mein Ziel, die Matura zu absolvieren. Ich entwickelte Ehrgeiz und wollte es schaffen, trotz meiner Lernschwäche. Je länger ich in das Gymnasium ging, desto leichter fiel mir das Lernen. Ich brauchte dennoch Unterstützung von meinen Eltern und auch noch externe Hilfe. Nach acht Jahren Gymnasium hatte ich die Matura positiv absolviert. Meine Eltern waren sehr stolz auf mich.

Bei meinem weiteren Lebensweg ließen sie mir die absolute Wahlfreiheit. Ich konnte alle meine Entscheidungen selbst treffen. Den Freundeskreis, die Schule und mein späteres Berufsleben konnte ich autonom wählen und selbst verantworten.

Eine weitere Freiheit war es, zu entscheiden, ob und wann ich Kontakt zu meinen leiblichen Mutter und zu meinem leiblichen Bruder aufnehmen möchte. Ich machte dies vor einigen Jahren, als ich bereit dazu war. Ich empfand das Kennenlernen als spannend und wichtig. Das Gespräch mit meiner leiblichen Mutter, hat das Thema Adoption realer und begreiflicher gemacht. Das undeutliche Verhältnis ist klarer und noch freier geworden. Es hat an meinem grundsätzlichen Lebensgefühl nicht viel geändert, aber ich finde die

Tatsache, sie als Person kennenzulernen wichtig. Es hatte keinerlei weitere Konsequenzen, ich pflege ein sporadisches, aber gutes Verhältnis zu ihnen. An der Tatsache, dass ich meine Adoptiveltern, als eigentliche Eltern empfindet, änderte das nichts.

Später konnte ich auch noch auf weitere Unterstützung meiner Eltern vertrauen. Aufgrund meiner Wahlfreiheit und den damit verbunden Möglichkeiten konnte ich bewusst zu meinen Stärken und Begabungen finden. Eine meiner Stärken ist die soziale Kompetenz. Ich hatte großes Interesse am Schicksal der Menschen und konnte mir gut vorstellen, beruflich im Sozialbereich zu arbeiten. Meine Eltern waren weiter präsent und befürworteten meinen Wunsch, im sozialen Bereich zu arbeiten. Ich suchte mir ehrenamtliche Tätigkeiten als Streetworker und Sozialbegleiter. Bei diesen Aufgaben arbeitete ich mit alkohol- und drogenabhängigen Menschen.

Dann begann ich die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger. Lernprobleme hatte ich fast keine mehr. Meine Eltern reflektierten mit mir und halfen mir beim Verarbeiten meiner Erlebnisse. Sie waren beide im Kunstbereich tätig. Sie waren sehr interessiert an meinen Erlebnissen. Mein Vater besprach mit mir viele meiner mich belastenden Situationen. Er und meine Mutter, die ich beide als überzeugte Humanisten wahrgenommen habe, tauschten sich intensiv mit mir über Privates und Berufliches aus. Sie vermittelten mir menschliche Werte, wie Würde, Gleichheit und Wahlfreiheit und überzeugten mich, dass jeder Mensch wertvoll, selbstbestimmt und gut ist, egal was er hat und macht. Mit dieser humanistischen Überzeugung sowie den stundenlangen Reflexionen, halfen sie mir bei der Ausbildung und Arbeit im Spital. Meine Eltern vermittelten mir sozusagen das, was in der

Psychotherapie als Aktualisierungstendenz bekannt ist. So ist es mir ein Leichtes anderen Menschen zu vertrauen.

In meinen KlientInnen sehe ich nicht primär Kranke, sondern vor allem Beziehungslose. Wenn ich ihnen echtes Vertrauen, Verständnis und Wertschätzung entgegenbringe, gehe ich davon aus, dass sie dies übernehmen und so zu ihrem Potenzial finden können. So schreckt mich auch ein destruktives Verhalten, wie es Alkohol mitunter hervorruft, nicht ab, in Beziehung zu treten. Ich glaube fest an Weiterentwicklung und Veränderungen in eine konstruktive Richtung.

2. Personzentrierte Psychotherapie

Der Personzentrierte Ansatz wurde von Carl Rogers begründet und basiert auf dem humanistischen Menschenbild.

„Das humanistische Menschenbild sieht in jedem Menschen eine selbstständige, in sich wertvolle Persönlichkeit und respektiert die Verschiedenartigkeit verschiedener Menschen.“ (Marlis Pörtner, Vortrag Kassel, Arbeitstagung der DGSG, 1999)

Ich möchte die Aktualisierungstendenz und die sechs Grundbedingungen näher darlegen, da ich sie als wichtigste Begrifflichkeiten sehe. Besonders relevant finde ich die Haltung, die der/die TherapeutIn den KlientInnen entgegenbringt.

2.1 Aktualisierungstendenz

Rogers sieht den Menschen als einen eigenständigen Organismus, der sich ständig in einem Wachstumsprozess befindet. Der Organismus, damit meint Rogers die Natur des Menschen, ist der vertrauenswürdige innere Kern der menschlichen Persönlichkeit. Dieser Kern beinhaltet das körperliche, seelische und geistige Erleben. Er ist der Ort der Erfahrung und der inneren Bewertung.

„Jedes Individuum besitzt eine zentrale innere Kraft, die in die Richtung von zunehmender Reife, Selbstverwirklichung und Sozialisation strebt. Menschen haben Wahlmöglichkeiten und können sich frei entscheiden.“ (Korunka, 1992, S. 71)

Die Eigenschaft des Organismus ist die Aktualisierungstendenz. Der Begriff Aktualisierungstendenz bezeichnet, die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung seiner Möglichkeiten und zwar so, dass sie der Erhaltung und Förderung des Organismus

dient. „Der Begriff beinhaltet die Tendenz des Organismus zur Differenzierung seiner Selbst und seiner Funktionen, er beinhaltet Erweiterung im Sinne von Wachstum, die Steigerung der Effektivität durch den Gebrauch von Werkzeugen und die Ausweitung und Verbesserung durch Reproduktion.“ (Rogers, 1959, S. 26)

Der Begriff „Personzentriert“ bezieht sich auf das Konstrukt „Person“, sowohl in seiner Selbstständigkeit als auch in seiner Beziehungsangewiesenheit.

Wie wirkt sich das auf die Therapie mit KlientInnen mit Alkoholproblem aus? In der Arbeit mit alkoholkranken Menschen scheint die Aktualisierungstendenz gehemmt oder destruktiv zu sein. AlkoholklientInnen weisen Selbstzerstörung in Form von Abhängigkeit, Rückfällen und Kontrollverlust auf.

Die Anwendung der Gesprächspsychotherapie bietet auch in der stationären oder ambulanten Arbeit mit Abhängigkeitskranken eine bewährte, wissenschaftlich fundierte und empirisch überprüfte Handlungsgrundlage. Die Voraussetzungen für eine Psychotherapie unterscheiden sich meiner Meinung nach nicht von den allgemein gültigen Bedingungen. Der/Die KlientIn darf jedoch nicht durch Alkohol in seiner Wahrnehmung beeinträchtigt sein.

2.2 Die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen des therapeutischen Prozesses (Rogers, 1959, S. 46ff)

1.) „Zwei Menschen befinden sich in psychologischem Kontakt, wenn sie eine offen oder unterschwellig wahrgenommene Veränderung des Erlebnisfeldes des anderen erzeugen.“ Damit ist

ein Minimum an Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn gemeint. Das bedeutet für mich, dass sich beide GesprächspartnerInnen der Verhältnisse bewusst sind. Die eine Person hat einen Einfluss auf die andere Person. Damit KlientInnen mit Alkoholerkrankung in Beziehung mit dem/der TherapeutIn treten können, dürfen sie nicht alkoholisiert sein. Eine Beeinträchtigung der KlientInnen verhindert einen Kontakt der GesprächspartnerInnen.

2.) „Die erste Person, die wir Klient nennen, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz. Der Klient ist verletzlich oder voller Angst. Das Individuum befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz von Selbst und Erfahrung, weil Widersprüche in der exakten Symbolisierung bestehen.“ Erfahrung schließt alles ein, was in einem gegebenen Moment im Menschen vor sich geht und erlebt werden kann. Der Personzentrierte Ansatz geht davon aus, dass jeder Störung im Sinne einer Inkongruenz eine gestörte Beziehungserfahrung zugrunde liegt.

Die KlientInnen möchten eine Therapie machen, weil sie in ihrem Gefühlsleben beeinträchtigt sind. Sie verhalten und erleben sich nicht so, wie sie sich gerne hätten. Sie sind sich ihrer Situation bewusst und möchten sich damit auseinandersetzen. Eine Selbstentwicklung zu Kongruenz gelingt ihnen jedoch nicht. Sie haben den Wunsch, Hilfestellung zu erhalten, um sich weiterzuentwickeln. Ein spannender Weg des Beziehungsaufbaus und ein gemeinsames Erforschen von Diskrepanzen beginnt. Ich versuche bei AlkoholklientInnen besonders auf die Ambivalenzen und sekundären Inkongruenzen hinzuwirken. Dich gehe auf die sekundären Inkongruenzen in Kapitel 3.5.1 ein.

3.) „Die zweite Person, die wir den Therapeuten nennen, ist kongruent in der Beziehung. Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung ist erreicht, wenn Selbsterfahrungen exakt symbolisiert und integriert werden.“

Als Therapeut präsentiere ich mich echt und aufrichtig in der Beziehung. Das bedeutet, dass ich den KlientInnen vermittele, was ich gerade erlebe. Ich bin ehrlich und bringe mich als ganze Person voll in die Beziehung ein. Dafür muss ich mir meines Selbst bewusst sein. Was ich sage und wie ich es sage muss übereinstimmen. Ich nehme wahr, was der/die KlientIn einbringt. Ich setze mich damit auseinander und mache mir Gedanken dazu. Dann formuliere ich es und teile es mit. Außerdem bin ich überzeugt, dass meine KlientInnen meine Körpersprache bemerken. Ich beobachte bei mir, wie ich auf Gesagtes mit Gestik und Mimik reagiere. Um authentisch zu sein, bemühe ich mich, den KlientInnen zu sagen, was mich beschäftigt und was es bei mir ausgelöst hat. So glaube ich, bin ich in der Beziehung kongruent. Bei KlientInnen mit Alkoholproblematik bringe ich mich besonders oft ein und konfrontiere. Mehr zum Thema Konfrontation ist in Kapitel 5 festgehalten.

4.) „Der Therapeut empfindet bedingungslose Wertschätzung gegenüber dem Klienten.“

„Die nicht an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung meint eine Haltung, die den anderen in seinem Wesen bejaht und ihn annimmt, wie er ist.“ (Schmid, 2001, S. 75f.)

Ich stelle an die KlientInnen keine Anforderungen. Ich akzeptiere und schätze sie, so wie sie sich zeigen. Nicht für das, was sie

leisten, sondern für das, was sie sind und ausmacht. Anerkennung und Respekt sind die Einstellungen, die ich ihnen entgegen bringe. Ich bin der Meinung, dass sie dann für sich selbst einen höheren Selbstwert haben. Sie gelangen dann zu mehr Selbstvertrauen und mehr Selbstachtung.

Meine Klientin Frau O. fühlt sich ihr Leben lang den Anforderungen der Umwelt und Familie nicht gewachsen. Sie hat ein Gefühl, nie zu genügen und den anderen nicht zu entsprechen. Sie war arbeitslos und sozial isoliert. Bei mir musste sie nichts leisten. Sie zeigte sich von ihrer schwächsten Seite, weinte viel und sprach von Gefühlen der Ohnmacht, Leere und Unwirksamkeit. Im Verlauf der Therapie hat sie zu ihren Qualitäten und Stärken gefunden. Sie hat begonnen, ihre Wesenszüge zu schätzen und sich selbst lieben zu können. Sie schafft es mittlerweile, stolz auf ihre Persönlichkeit zu sein und sich anzuerkennen.

5.) „Der Therapeut erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen des Klienten.“

Ich interessiere mich für die KlientInnen und frage aktiv nach. Ich versuche die Welt mit den Augen meiner KlientInnen zu sehen und zu spüren. Die Perspektive einzunehmen ermöglicht mir, sie besser zu verstehen und nachzuvollziehen. Indem ich wiedergebe, was ich verstanden habe, fühlen sich die KlientInnen entspannter, sie können ihre Erfahrungen zulassen und sind nicht so gefangen in ihren Emotionen. Sie werden so ihre Empfindungen aus einer gewissen Distanz heraus wahrnehmen. Dies ermöglicht es ihnen, Einstellungen und Werthaltungen in Frage zu stellen und zu überprüfen.

Bei meiner Klientin Frau R. ist diese Umsetzung besonders gut gelungen. Es war für mich gut möglich, mich in sie hineinzusetzen. Sie erzählt mir viel von ihrer familiären Situation und ihren Wohnverhältnissen. Sie pflegt ihre Mutter bei sich zu Hause. Sie fühlt sich für ihre Mutter stark verantwortlich und kümmert sich aufopferungsvoll um sie. Ich habe ähnliche Erfahrungen mit meiner Mutter gemacht. Jedoch unterscheidet sich meine Situation von ihrer. Es war mir möglich, mich in Frau R. hineinzusetzen. Mit viel Verständnis und Eingehen in ihre Umstände gelang es mir, ihre Situation zu verdeutlichen. Frau R. empfindet tiefe Dankbarkeit, Liebe und Schuld gegenüber ihrer Mutter. Sie pflegt sie mittlerweile permanent. Deshalb bleibt ihr nicht viel Zeit für sich. Im Verlauf der Therapie hat die Klientin durch Verständnis einen Zugang zu dieser übermäßigen Anforderung gefunden. Das bezieht sich sowohl auf die Anforderungen von der Mutter, als auch auf die eigenen Ansprüche, die sie an sich selbst hat. Sie hat Unterstützung für die Betreuung ihrer Mutter annehmen können. Sie empfindet die Hilfe mittlerweile als Entlastung.

6.) „Der Klient nimmt zumindest in geringem Ausmaße die bedingungslose Wertschätzung des Therapeuten ihm gegenüber und das empathische Verstehen des Therapeuten wahr.“

Die KlientInnen müssen die Empathie und Wertschätzung bis zu einem gewissen Grad spüren können. Dies sind die Bedingungen für eine Psychotherapie. Erst wenn die KlientInnen die therapeutische Beziehung als solche wahrnehmen, sind positive Veränderungsprozesse möglich.

Klient Herr M. ist mir zugewiesen worden. Er hat sich aber längere Zeit nicht bei mir gemeldet. Schließlich hat er doch einen Termin wahrgenommen und es hat sich eine Beziehung entwickelt. Er erzählte mir in der zweiten Stunde, warum er erst nicht zu mir kommen wollte. Er sagte mir, dass er unsicher war, ob ich über ausreichend Erfahrung verfüge, um ihn professionell zu behandeln. Ich vermittelte ihm Verständnis und mein Wissen über die Alkoholproblematik und relativierte seine Unsicherheit. Jetzt kann er in Beziehung treten und hat sich auf einen therapeutischen Prozess eingelassen. Ich bin der Ansicht, dass es bei AlkoholklientInnen erforderlich ist, Wissen über das Thema Alkohol zu haben.

3. Grundlagen der Alkoholtherapie

3.1 Definition Alkohol nach ICD-10

Die WHO- Definition (Handbuch Alkohol-Österreich, 2009, Uhl ebd. S. 72)

Der Begriff „Alkoholismus“ bezeichnet eine Art des Trinkens, die in ihrem Ausmaß über die traditionelle und gebräuchliche Ernährungsform oder die gesellschaftlichen Trinksitten der entsprechenden Gemeinschaft hinausgeht ohne Rücksicht auf ätiologische Faktoren, die zu einem solchen Verhalten führen, und ungeachtet des Ausmaßes, in dem derartige Faktoren von Vererbung und Konstitution oder neu entwickelten physiopathologischen und stoffwechselbedingten Einflüssen abhängen.

In ihrer Definition der Sucht und Abhängigkeit, orientiert sich die personenzentrierte Krankheitstheorie an der Definition der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen, ICD-10.

F10.2 Abhängigkeitssyndrom beschreibt eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, ferner bestehen Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. (<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/block-f10-f19.htm>)

Diagnostische Leitlinien:

Die Diagnose „Abhängigkeitssyndrom“ soll nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums, Kontrollverlust.
3. Substanzgebrauch, mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern, und der entsprechenden positiven Erfahrung.
4. Ein körperliches Entzugssyndrom, wie zum Beispiel Delirium tremens oder Alkoholische Paranoia.
5. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
6. Ein eingeeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol oder der Substanz wie z.B. die Tendenz, Alkohol an Werktagen wie an Wochenenden zu trinken und die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens außer Acht zu lassen.
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zu Gunsten des Substanzkonsums.
8. Anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

3.2 Meine Mitarbeit im Alkoholpilotprojekt 2020

Menschen mit Alkoholproblematik können sich seit zwei Jahren an das Pilotprojekt „Alkohol 2020“ wenden. Die Inanspruchnahme für KlientInnen ist kostenfrei. Sie wird von der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und der Stadt Wien finanziert. Die Aufnahme und Bewilligung erfolgt im Regionalkompetenzzentrum der Suchthilfe Wien. Diese ambulante Betreuung inkludiert medizinische, soziale, therapeutische und rehabilitative Leistungen. Nach einer anamnestischen Abklärung wird die Dauer und Intensität des Maßnahmenplans festgelegt. Diese kann im weiteren Verlauf verändert und verlängert werden. Eine Bewilligung kann über zwei Jahre andauern. Die Betreuung findet in Vereinen, wie zum Beispiel im Verein P.A.S.S. statt. Ziel ist es nicht nur, den Alkoholkonsum zu behandeln, sondern den Menschen ganzheitlich zu betreuen. Es werden soziale Probleme, wie Wohnungssituation, Schulden, Arbeitslosigkeit oder rechtliche Angelegenheiten gelöst. Medizinische Leistungen, wie Medikamenteneinstellung, somatische Abklärung, Akupunktur oder Lichttherapie werden angeboten. Diagnostik, Angehörigenarbeit und psychotherapeutische Behandlung gehören zum Schwerpunkt der wöchentlichen Therapiesitzung. Ich arbeite seit zwei Jahren im Projekt mit derzeit zehn KlientInnen, die wöchentlich Psychotherapie bei mir in Anspruch nehmen. Einmal pro Woche findet eine Teambesprechung statt, bei der sämtliche Angelegenheiten der KlientInnen im multiprofessionellen Team besprochen werden. Somit ist ein kontinuierlicher und förderlicher Austausch über die KlientInnen gegeben.

3.3 Phasen der Behandlung von Alkohol nach Feuerlein

Zur Theorie der Abhängigkeitserkrankungen hat Wilhelm Feuerlein, Psychiater und Suchtforscher in seinem Buch „Alkoholismus: Warnsignale, Vorbeugung und Therapie“ vier Phasen der Behandlung von Suchtkranken entwickelt. Ich sehe sie als Basis der Alkoholtherapie und möchte sie deshalb näher erläutern.

3.3.1 Kontaktphase

In der Kontaktphase soll die/der KlientIn ausführlich über das Thema Alkohol informiert und ein Behandlungsplan festgelegt werden. Die/Der KlientIn muss damit einverstanden sein. Die Motivation und Eigenverantwortung für eine Behandlung soll gefestigt werden. Es ist die Aufgabe des Psychotherapeuten, Ansätze von Inkongruenz zu erkennen und deren bewusste Wahrnehmung zu fördern. Es sollen Diskrepanzen und Risikofaktoren erfasst werden. Das Ziel in der Phase ist, eine tragfähige Beziehung aufzubauen, damit die/der KlientIn das therapeutische Beziehungsangebot zumindest teilweise wahrnehmen und erleben kann. Der/Die TherapeutIn kann konfrontierend in Bezug auf soziale und körperliche Folgeschäden sein. Diese Konfrontation darf jedoch niemals entlarvend geschehen, sondern als kongruente Symbolisierung der Wahrnehmung des Therapeuten.“ (Fiedler, 1998, S. 110)

3.3.2 Entgiftungsphase

In dieser Phase soll der Organismus vom Alkohol entzogen werden. Wenn die/der KlientIn bereit ist, macht er/sie eine

Entzugsbehandlung stationär oder ambulant. „Es ist durchaus im Sinne eines personenzentrierten Vorgehens, dass der Therapeut dabei aktiv unterstützend eingreift.“ (Bensel, 2012, S. 54) Damit ist eine Aufklärung über die Vorgehensweise und eine gezielte Mitorganisation gemeint. Das Spital und die Dauer, wie lange diese Entzugsbehandlung stattfindet soll, wird zusammen erarbeitet. Von großer Bedeutung ist es, den KlientInnen die Angst zu nehmen und ihnen Vertrauen entgegenzubringen. Es gilt die sekundären Inkongruenzen abzubauen.

3.3.3 Entwöhnungsphase

Nach einer erfolgreichen Entzugsbehandlung wird die/der KlientIn im Sinne einer Entwöhnungsbehandlung weiter betreut. Ziel ist, den Zustand der Abstinenz zu festigen und den/die KlientIn auf das weitere Leben ohne Alkohol vorzubereiten. Diese Entwöhnung kann teilstationär und ambulant verlaufen. Neben psychologischer Begleitung im stationären Setting zählen auch medizinische und sozialarbeiterische Betreuung dazu. Die Ressourcen der KlientInnen sollen wiedergewonnen werden und sie sollen körperlich wieder zu Kräften kommen. Dazu werden Arbeitstherapie, Kreativitätstherapie und Sporttherapie angeboten.

3.3.4 Rehabilitationsphase

Nach den ersten drei Phasen wird die/der KlientIn im niedergelassenen Bereich weiter betreut. Durch PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen, Selbsthilfegruppen oder SozialarbeiterInnen soll der abstinente Zustand weiter erhalten

bleiben. Es folgt eine Wiedereingliederung in die Arbeitswelt und in das familiäre und soziale Umfeld.

3.4 Modell der Veränderung nach Prochaska und Di-Clementi

Die Psychologen James Prochaska und Carlo Di-Clementi haben ein allgemein gültiges Modell der Veränderung entwickelt. Es lässt sich für die Behandlung von SuchtklientInnen anwenden. Das transtheoretische Modell geht davon aus, dass Verhaltensänderung prozesshaft verläuft und sich durch das aktive Durchlaufen unterschiedlicher, aufeinander bauender Stufen beschreiben lässt. Die Verweildauer in den einzelnen Stufen kann sehr unterschiedlich und individuell sein. Die Voraussetzung ist aber das Durchlaufen aller Stufen und das Umsetzen der relevanten Veränderungsprozesse. Auch Rückfälle können berücksichtigt und in das Modell integriert werden. Es sind fünf Stufen zu nennen. (Thomasius, 2005, 124ff.)

3.4.1 Absichtslosigkeitsphase

In der ersten Phase hat der/die KlientIn geringe Einsicht, sein Problemverhalten zu ändern. Er/Sie besitzt noch einen inneren Widerstand gegen das Erkennen und Verändern der Suchterkrankung. In dieser Phase ermittelt der/die TherapeutIn Risikofaktoren und gibt dem/der KlientIn Informationen. Der/Die TherapeutIn versucht das Interesse für das Problembewusstsein zu wecken. Er/Sie erläutert den gefährlichen Umgang mit Alkohol und ab welchen Mengen eine Gesundheitsschädigung einhergeht.

3.4.2 Absichtsbildungsphase

Der/Die KlientIn beginnt eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Risikoverhalten, ohne dass spezifische Maßnahmen gesetzt werden. Er/Sie spielt mit dem Gedanken, seine/ihre Situation in den nächsten sechs Monaten zu verändern. Der/Die TherapeutIn schafft durch das Auflösen der Ambivalenzen einen Wunsch nach Veränderung. In der Therapie werden die Vorteile der Verhaltensänderung erarbeitet. Der/Die KlientIn soll das Gefühl bekommen, dass er/sie gute Chancen hat, sich zu verändern.

3.4.3 Vorbereitungsphase

Der/Die KlientIn ist motiviert und setzt erste Schritte zur Verhaltensänderung. Der/Die TherapeutIn stärkt und fördert das Vertrauen in die eigenen Kräfte des/der KlientIn. Es werden zusammen konkrete Ziele und ein Handlungsplan formuliert. Dabei ist auf die Wünsche des/der KlientIn unbedingt einzugehen.

3.4.4 Handlungsphase

Der/Die KlientIn übt gezielte Verhaltensänderungen aus. Die Ziele sollen realistisch und klar definiert sein. Die Arbeit in Richtung Abstinenz oder zu einer Reduktion bei Missbrauch wird angestrebt. Der/Die TherapeutIn vermittelt genaue Handlungsanweisungen und verstärkt weiter das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten des/der KlientIn. Er/Sie unterstützt ihn bei der Umsetzung neuer Verhaltensweisen. Der/Die KlientIn übernimmt mehr Verantwortung und kann sich selbst belohnen. Das soziale Umfeld wird miteinbezogen.

3.4.5 Aufrechterhaltungsphase

Der/Die KlientIn wird weiter begleitet. Er/Sie behält das Zielverhalten bei und er/sie stabilisiert sein/ihr abstinentes Verhalten und Erleben. Auch Stadien der Rückfälligkeit sind einzukalkulieren. Der/Die TherapeutIn erarbeitet mit dem/der KlientIn einen Umgang mit Rückfällen und bespricht mit ihm die Rückfallprophylaxe. Um den Veränderungsprozess im Gang zu halten, ist es notwendig, den Prozess genau zu beobachten und gegebenenfalls neu zu erfragen.

3.5 Inkongruenz bei Alkoholkonsum

Wolfgang Bense, klientenzentrierter Psychotherapeut, hat für die Behandlung von SuchtklientInnen das inkongruenztheoretische Modell der Sucht entwickelt. Es dient dazu, die Erkrankung aus gesprächstherapeutischer Sicht besser zu verstehen und zu behandeln.

Bense schreibt: „Ausgangspunkt ist eine Person, die sich im Zustand der noch nicht bewusst wahrgenommen Inkongruenz befindet. Das Inkongruenzerleben wird durch Erfahrungen aktiviert, die dem Selbstkonzept unverträglich sind.“ (Bense, 2003 S. 67) Mit der Zeit treten die psychischen und physischen Folgeerscheinungen in den Vordergrund. Hinzu kommen auch Konflikte mit dem sozialen Umfeld. Die Struktur des Selbst wird erschüttert. Die problemhaften Erfahrungen sind nicht weiter zu ignorieren oder zu verleugnen. Die Inkongruenz hat sich manifestiert. Der Prozess des Eingeständnisses, dass ein Problem vorhanden ist, hat begonnen. Die Inkongruenz drängt zum Bewusstsein. Die Person versucht jetzt, die erlebte Spannung zu kompensieren. Aus

gesprächstherapeutischer Sicht der Krankheitstheorie kann der Konsum der Person als Versuch gesehen werden, das Erleben von Inkongruenz zu unterdrücken. „Der Suchtmittelkonsum stellt das Gefühl der inneren Konsistenz (Kongruenz) her.“ (Bensel, 2003 S. 68) Um diese fälschliche Kongruenz dauerhaft zu behalten, kommt es zu einem Suchtmittelmissbrauch, Suchtmittelsteigerung und zur Abhängigkeit. Diese Erfahrung verinnerlicht der/die KlientIn und baut sie in seine/ihre Selbststruktur ein. Andere Erfahrungen ohne Alkohol werden als Bedrohung des Selbst erlebt. Durch den anhaltenden Konsum wird die Wahrnehmung der ursprünglichen Inkongruenz weiter blockiert. Eine Abhängigkeit entwickelt sich und die Grundstörung manifestiert sich. Erst wenn die Wirkung der Substanz nachlässt, werden die Störungssymptome wieder wahrgenommen.

Zusätzlich entwickeln sich sekundäre Inkongruenzen, also neue, aus der Sucht selbst resultierende Inkongruenzen. Auf diese wird im nächsten Kapitel eingegangen.

3.5.1 Sekundäre Inkongruenzen

Besonders zu beachten sind die sekundären Inkongruenzen. Die von Bensel beschriebenen sekundären Inkongruenzen unterscheiden sich von den Phasen der Selbstkonzeptentwicklung, die Swindens veröffentlicht hat.

Zu sekundären Inkongruenzen zählen zum Beispiel individuelle, körperliche und soziale Auswirkungen der Sucht. Unter sekundären Inkongruenzen werden „Widersprüchlichkeiten und

Unvereinbarkeiten, die aus dem Suchtverhalten selbst resultieren verstanden.“ (Bensel, 2003 S. 68)

Dazu zählen Entzugssymptome, wie Zittern, Übelkeit und Niedergeschlagenheit. Die körperlichen Folgeerkrankungen, wie Leberschäden oder Polyneuropathie, stehen im Widerspruch zu dem Anspruch der körperlichen Gesundheit.

Die Wahrnehmung des Verlustes der Selbstkontrolle: Sie ist mit dem Anspruch nach Selbstbestimmung und Autonomie nicht vereinbar.

Die sozialen Probleme, wie Schulden, Arbeitslosigkeit und familiäre Schwierigkeiten stehen im Gegensatz zu dem Selbstbild, ein wertvoller und wichtiger Mensch zu sein.

3.6 Spaltung im Selbstkonzept laut Fiedler

Durch den anhaltenden Suchtmittelkonsum kommt es laut Fiedler zu einer Spaltung von positiven und negativen Elementen im Selbstkonzept. „Insofern könnte man von zwei Selbstkonzepten einer Person reden.“ (Fiedler, 2012, S. 71) Beim ersten, nüchternen Selbstkonzept ist die Person freundlich und hilfsbereit. Sie präsentiert sich eher abhängig in Beziehungen, was für ihr positives Selbstkonzept wichtig ist. Im alkoholisierten Zustand zeigt sich die Person aggressiv und unbeherrscht. Sie spricht Gefühle aus, die sie nüchtern nicht ausdrücken würde. „Die/Der Betroffene bewertet die eigene Person unter Alkohol positiver, weil sie sich selbst als stärker, gefühlvoller und entspannter wahrnimmt.“ (Vgl. Fiedler, 2012, S. 72) Die Probleme und Beziehungskonflikte werden weniger bedrohlich wahrgenommen. Alkohol dient somit „dem Erhalten, Fördern und der Integration des Selbst.“ (Fiedler, 2012, S. 72) Deshalb wird versucht, den Suchtmittelkonsum aufrechtzuerhalten.

Auch das Unterdrücken von Entzugssymptomen dient der Erhaltung des Selbst. Die Person nimmt durch Verleugnung der Sucht Konsequenzen in Kauf. Jedoch verstärken sich Ängste, Depressionen und Druck. Die negativen Auswirkungen veranlassen die Person, durch erneutes und erhöhtes Trinken die Wahrnehmung weiter zu verzerren. Die Kluft zwischen Erfahrung und Selbstkonzept wird größer. Der Teufelskreis der Sucht vollzieht sich.

4. Personzentrierte Behandlung der Alkoholkrankheit

Bei der ganzheitlichen Behandlung von Alkohol wird von einer multikonditionalen Genese ausgegangen. Das bedeutet, dass psychische, soziale und gesundheitliche Faktoren für das therapeutische Vorgehen berücksichtigt werden sollen.

In der Psychotherapie ist die Indikation nicht von medizinischen Modellen abhängig. Sie wird durch Wahrnehmung des Beziehungsangebots vom/von der TherapeutIn auf den/die KlientIn beschrieben. Außerdem ist ausschlaggebend, wie weit der/die KlientIn in der Lage ist, eine Beziehung zu sich selbst aufzunehmen. Eine Indikation besteht, wenn eine Inkongruenz zwischen Erfahrung und Selbst vorhanden ist und diese mindestens ansatzweise erlebt werden kann.

Rogers war der Meinung, dass eine Inkongruenz mit den zuvor beschriebenen therapeutischen Beziehungsverhalten behandelt wird.

Einige personzentrierte Psychotherapeuten praktizieren ein störungsbezogenes Vorgehen bei Suchttherapien. Besonders intensiv mit der Therapie von alkoholabhängigen KlientInnen haben sich Bensel, Feselmayer, Heinzl und Beiglböck auseinandergesetzt. Diese Therapeuten sind sich einig, dass der reine personzentrierte Ansatz auf Schwierigkeiten stößt. Da sich viele KlientInnen erst an Hilfe wenden, wenn mehrere Probleme aufgekommen sind. Dazu zählen finanzielle, somatische, familiäre und soziale Probleme. Sie sind dann nicht mehr in der Lage die Schwierigkeiten selbst zu bewältigen. So wird eine psychotherapeutische Behandlung meistens nur in Kombination mit medizinischer und sozialarbeiterischer Betreuung funktionieren.

4.1 Therapeutischer Zugang laut Feselmayer und Heinzl

Die Therapie soll laut Feselmayer und Heinzl abstinenzenorientiert und in zwei Phasen eingeteilt werden. Der Zugang zur Behandlung von Alkohol ist störungsspezifischer, zielorientierter und auch konfrontativer als der ursprünglich klassisch-rogerianische Ansatz.

„Die Phasen sind zwei selbstständige Therapien mit jeweils unterschiedlicher Indikationstellung, Therapiekontrakten und Therapiezielen.“ (Feselmayer, Heinzl, 1985, S. 41)

Die Suchterkrankung muss als eigenes Krankheitsbild beachtet werden. Eine alleinige Behandlung der Grundstörung würde erfolglos bleiben. Das Ziel der ersten Phase ist das Erreichen der Abstinenz. Das Ziel der zweiten Phase ist es, die Grundstörung zu behandeln.

4.2 Therapeutischer Zugang laut Bense

Bense relativiert dies: „Es seien zwei, nicht scharf voneinander abgrenzende Elemente. Der allgemeine Teil ist an die Person orientiert, im Sinne der personzentrierten Therapiegrundsätze. Der ergänzende Teil beinhaltet ein störungsbezogenes Vorgehen.“ (Vgl. Bense, 2012, S. 52) Grundsätzlich bestehe die Therapie der Entzugsbehandlung aus den vier Phasen, die Feuerlein beschrieben hat. (siehe Kapitel 3.3)

4.2.1 Allgemeiner Teil laut Bense

Bei der allgemeinen Phase steht das ansatzweise Erleben und Zulassen von Inkongruenz im Vordergrund. Sie ist vom Beziehungsaufbau mittels der drei Grundbedingungen Echtheit, Empathie und Wertschätzung der Personzentrierten Psychotherapie gekennzeichnet. Neben Beziehungsaufbau wird dem/der TherapeutIn geraten, die Person aktiv zu unterstützen und zu motivieren. Der/Die TherapeutIn soll der/dem KlientIn begreifbar machen, dass er/sie eine Veränderung und Kongruenz schaffen wird. Ein Vertrauen in die Aktualisierungstendenz ist notwendig. Eine dadurch resultierende Aktivierung der Aktualisierungstendenz setzt einen Prozess zu zunehmender Selbstexploration in Gang. Die Person entwickelt einen Zugang zu ihren persönlichen Erfahrungen, Symbolisierung und Selbstentfaltung. Besonders die Gefühle soll die/der KlientIn begreifen, verarbeiten und durchdenken können. Es ist vor allem die angstfreie, nicht kritisierende Beziehung, die es der/dem KlientIn ermöglicht, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen. Er/Sie wird so mehr zur Person, die er/sie wirklich ist. Im weiteren Verlauf der Therapie werden jene Erfahrungen gewahrt, die bis dorthin nicht wahrgenommen wurden.

4.2.2 Störungsbezogenes Vorgehen laut Bense

Ein spezifisches, störungsbezogenes TherapeutInnenverhalten kann parallel zu dem erwähnten Basisverhalten verwirklicht werden. Es variiert, je nachdem, in welchem Phasenstand sich die/der KlientIn befindet. Die Phasen beziehen sich auf das von Prochaska und DiClemente, beschriebene Modell der Veränderung in Kapitel 3.4. Das Ziel ist, wie bei jeder personzentrierten Psychotherapie, die Bearbeitung von Inkongruenz. Ambivalenzen benennen und den

KlientInnen die Fähigkeit zur Selbstbestimmung vermitteln. Auch das Konfrontieren zählt dazu. Mehr zu Konfrontation ist in Kapitel 5 beschrieben. Es soll eine Verringerung, Tolerierung oder Auflösung der Inkongruenz, die die Symptome der Störung bedingen, erreicht werden.

Durch die Realisierung der personenzentrierten Grundvariablen kommt es zur Steigerung des Selbstwertgefühls, einer Verbesserung der Selbstannahme und mehr Selbstbestimmung. Die Selbstempathie fördert die Selbstverzeihung und auch die Übernahme von Verantwortung. Eine Offenheit gegenüber Beziehungserfahrungen entsteht. Das störungsbezogene Vorgehen bezieht sich auch auf die sekundären Inkongruenzen.

4.2.3 Sekundäre Inkongruenzen

Sekundäre Inkongruenzen müssen vom/von der TherapeutIn unter besonderer Aufmerksamkeit der Grundbedingung, der Echtheit und der Selbsteinbringung angesprochen werden. Die Behandlung fordert ein informierendes und vermittelndes Handeln des/der TherapeutIn. Der/Die personenzierte TherapeutIn ist angeraten, die/den KlientIn „hinsichtlich der Einleitung konkreter Bewältigungsschritte der Suchterkrankung aktiv zu unterstützen.“ (Bensel, 2003 S. 69) Es geht darum, sich dem Abbau der sekundären Inkongruenzen zu widmen. Dazu muss eine stabile Beziehung bereits gegeben sein. Eine solche Konfrontation der Konsequenzen des Alkoholkonsums darf nicht aufdeckend geschehen. Sie soll als kongruente Symbolisierung der Wahrnehmung des/der TherapeutIn passieren.

Gemeinsam mit anderen Berufsgruppen wie SozialarbeiterInnen und MedizinerInnen kann das weitere Vorgehen organisiert werden. Dafür bedarf es weiterer Beziehungsqualitäten, die der/die TherapeutIn anwendet. Mehr zu weiteren Therapeuteneinstellungen ist in Kapitel 5 beschrieben. Eine besondere Aufgabe des/der TherapeutIn ist es, die KlientInnen mit der Notwendigkeit der Abstinenz zu konfrontieren. Er/Sie muss die alkoholabhängige Person motivieren und ihr Mut zusprechen. Der/Die TherapeutIn soll die KlientInnen über das folgende Prozedere aufklären und ihnen die Angst nehmen. Nach diesen wesentlichen Schritten kann sich die/der KlientIn folgend auf den Entzug vorbereiten. Ihr/Ihm ist eine Haltung der Bejahung, des Gelten-Lassens und der liebevollen Zuwendung entgegenzubringen. „Ein Ja zur Person und ein Nein zur Sucht“ (Feselmayer, 1985, S. 48) werden vermittelt. Die Person in die entsprechende Richtung zu fördern und zu unterstützen, soll der/die TherapeutIn ohne versteckte Hintergedanken machen. Die förderlichen Rahmenbedingungen müssen hergestellt werden, um die Inkongruenz erfahrbar zu machen. Das Erleben von Ambivalenzen ist Bestandteil eines jeden durchlebten Veränderungsprozesses und nicht als sucht-typisches Abwehrverhalten zu klassifizieren. Es gilt, die Funktion der Sucht zu verstehen. „Der Therapeut handelt unterstützend. Er muss die Diskrepanz zwischen unerwünschten Folgen des Konsums und ungünstiger Realität verdeutlichen.“ (Stumm, 2014, S. 285) Informationen über Suchtdynamik, Folgeschäden und veränderte Wahrnehmung der Emotionen sind zu geben. Den KlientInnen bleibt jedoch die Wahl, sich auf das Therapieziel, die dauerhafte Abstinenz, einzulassen. Auch Nahziele können für die erste Zeit in der Therapie angedacht werden.

4.3 Wirkung des Alkohols auf die Persönlichkeit laut Fiedler

Alkohol wirkt sich auf die ganze Persönlichkeit aus. Dazu zählen eine verminderte Fähigkeit der Selbstkontrolle, Schwierigkeiten, Gefühle zu benennen, Vermeiden von sozialen Konflikten, Bagatellisieren des Konsums, geringe Selbstwertschätzung, Misstrauen und Probleme in Beziehungen. Die Verhaltenseigenschaften können als Folge der Suchtentwicklung gesehen werden.

Die Selbst- und Fremdwahrnehmung, sowie das Selbstkonzept sind betroffen. Die Selbsterfahrungen werden chemisch beeinflusst. Der Alkohol kann sich mildernd oder steigernd auf das Erleben der Person auswirken.

Alkohol fördert „zunächst intensives Erleben von Selbstempathie, Selbstwertschätzung und Selbstkongruenz.“ (Fiedler, 2012, S. 73) Die Inkongruenz wird durch Konsum verringert. Dieses subjektiv positive Erleben führt zu einem Wunsch nach Wiederholung. Die Wirkung hält allerdings nicht lange. Die Selbstempathie wird bald insofern verzerrt, als es zu Selbstmitleid und Vorwürfen an das soziale Umfeld kommt. Die Verantwortung geht nach außen. Außerdem nimmt positive Selbstwertschätzung mit der Zeit noch mehr ab und wird durch Entzugssymptome als negativ empfunden.

Alkohol hat Einfluss auf das Wertesystem der Person. Die/Der Betroffene verliert die Motivation und das Suchtverhalten gewinnt an Priorität. Mit Motivation ist das Interesse an Beziehungen und Arbeit

gemeint. Er/Sie ist hauptsächlich bestrebt, sein/ihr Suchtverhalten aufrechtzuerhalten. Es kommt in weiterer Folge zu einem Vermeidungsverhalten.

Ein weiterer Einfluss auf das Gedächtnis und die Wahrnehmung besteht. Mit der Zeit entstehen kognitive Fehleinschätzungen, Erinnerungsverzerrungen, Erfahrungsverlust bis hin zu Desorganisation und Desorientiertheit.

Bei Menschen, die schon in jungen Lebensjahren regelmäßig Kosumverhalten praktiziert haben, ist der Grad der Schwere der Abhängigkeit besonders hoch. Das liegt daran, dass sie Erfahrungen mit Suchtmitteln, oft ähnlich wie Sozialisationserfahrungen gemacht haben und ihr Suchtverhalten als selbstkongruent erleben. Das hat schwerwiegende Auswirkungen auf das Problem- und Bewältigungsverhalten bei Entwicklungsaufgaben. Sie haben Schwierigkeiten, wenn es um Beziehungsarbeit geht. So sind es neben Beziehungskonflikten vor allem die sozialen und körperlichen Folgen, die als störend erlebt werden.

4.4 Kontrolliertes Trinken oder Abstinenz

Ist kontrolliertes Trinken möglich? Immer öfter werden Konzepte zum kontrollierten Trinken thematisiert. Die Vorteile des kontrollierten Trinkens könnten Schadenbegrenzung und soziale Akzeptanz sein, und so eine Stigmatisierung der Person zu verhindern. Wie es der Großteil der Bevölkerung praktiziert, ist es oft der geheime Wunsch der meisten AlkoholikerInnen. Das Ziel könnte einen Einfluss auf die Motivation in der Behandlung von jüngeren KlientInnen haben. Es scheint ein erreichbares Ziel zu sein. „Sinnvoll sind solche Ansätze zum einen bei Personen, die einen schädlichen Substanzgebrauch betreiben und die Schwelle zur Abhängigkeitserkrankung noch nicht überschritten haben.“ (Bensel, 2012, S. 60) Damit sind vor allem jüngere Personen und weniger intensiv trinkende Menschen gemeint. Diese zählen zu denen, die dem Stadium eines problematischen Konsums zuzuordnen sind.

Gegen das kontrollierte Trinken sprechen auch die körperlichen Folgeschäden, die psychische Abhängigkeit und das Suchtgedächtnis. Eine Dosisreduktion als erstes sinnvolles Teilziel kann auch anzustreben sein. Das trifft zu, wenn Betroffene ein Stadium der besonders schweren Form der Abhängigkeit erreicht haben und eine totale Abstinenz unrealistisch scheint. Von allen anderen kann ein kontrolliertes Trinken meistens nicht durchgehalten werden und sie verfallen wieder in ihre alten Trinkgewohnheiten. So ist besonders die Haltung des/der TherapeutIn gefragt. Es könnte seiner/ihrer akzeptierenden Einstellung widersprechen, wenn die/der KlientIn andere Ziele als er/sie selbst verfolgt. Der/Die TherapeutIn muss sich verstehend

präsentieren und es muss ihm/ihr klar sein, dass die/der KlientIn noch nicht so weit sein kann. Er/Sie muss eine abwartende Haltung einnehmen und Geduld und Ausdauer beweisen. Eine Verhaltens- und Einstellungsänderung wird den KlientInnen nicht so schnell möglich sein. Es ist notwendig, die Situation realistisch einzuschätzen. Ein zu frühes Handeln kann die therapeutische Beziehung gefährden und zu einem Abbruch führen. Ein Versäumnis könnte zu einem chronischen Verlauf führen und der/die KlientIn fühlt sich in ihrem Konsumverhalten bestätigt. Es gilt weiter die Einstellung, ein „Ja zur Person und ein Nein zur Sucht“ (Feselmayer, 1985, S. 48) zu vertreten. Mittels motivierender Gesprächsführung und zusätzlicher TherapeutInneneinstellungen kann in Richtung Abstinenz gearbeitet werden. Zusammenfassend kann das kontrollierte Trinken nicht empfohlen werden.

„Das Ziel der dauerhaften Abstinenz ist weiterhin sinnvoll und erstrebenswert.“ (Bensel, 2012, S. 60) Abstinenz bedeutet Enthaltensamkeit im weiteren Sinne. „Wenn es einem Suchtbetroffenen nach therapeutischen Maßnahmen gelingt, die Abstinenz aufrechtzuerhalten, spricht man von Trockenheit.“ (Götz, 2006, S. 800) Wenn die/der KlientIn dann abstinent ist, wird es weiter von Zeit sein, bis sie/er sich im abstinenten Zustand als kongruent erlebt.

4.5 Rückfall

„Ein grundsätzliches Merkmal der Alkoholkrankheit ist der Rückfall.“ (Feselmayer, 1985, S. 27) Darunter kann ein einmaliges oder anhaltendes Trinken verstanden werden. Ein Rückfall kann auch nach jahrelanger Abstinenz geschehen. Dafür reicht schon eine geringe Menge von Alkohol. Er gilt als ein zu erwartender

Bestandteil im Verlauf der Therapie und muss ernst genommen werden. Auch ist er eher die Regel als die Ausnahme. Eine Reihe von Untersuchungen haben Faktoren, die einen Rückfall begünstigen, aufgezeigt. Diese Indikatoren sind: Disposition, Motivation, Integrität, Alter, Krankheitseinsicht, Geschlecht, Milieu, Familie, Beginn, Dauer, Freizeitaktivitäten, Finanzen, Haftstrafen und bisherige Versuche.

Alkoholranke sind prinzipiell ihr ganzes Leben gefährdet. Ein besonders hohes Risiko besteht nach der Entwöhnung. Es sinkt anschließend mit der Zeit ab. Wenn KlientInnen nach ihrem Entzug weiterbetreut und unterstützt werden, erhöht sich die Chance, die Abstinenz zu erhalten.

Therapeutischer Umgang mit Alkoholrückfallgeschehen

„Am Beispiel der Rückfallprävention und Rückfallbearbeitung wird deutlich, dass ein störungsspezifisches Vorgehen erforderlich ist, ohne dabei die an der Person und deren Erleben orientierte Grundhaltung zu verlassen.“ (Bensel, 2012, S. 59) Das Beziehungsangebot und die Einstellung des/der TherapeutIn sind gefragt. Das Thema Rückfall soll schon präventiv angesprochen werden. Dabei geht es um Rückfallprävention und Rückfallbearbeitung mit allen seinen Ängsten. Die/Der KlientIn soll Rückfallrisiken und Gefahren erkennen können und aktive Strategien zur Rückfallvorbeugung erlernen und anwenden können. Der/Die TherapeutIn kann dabei erlebnisaktivierend und unterstützend arbeiten. Erlebnisaktivierend zu arbeiten meint, dass die/der KlientIn in der Lage ist, sich Situationen und Stimmungen, die für ihn/sie mit einer Rückfallgefahr einhergehen vorzustellen. Ein

Rückfall darf von KlientInnen jedoch nicht als Vernichtung empfunden werden. Vielen KlientInnen hilft es, den Rückfall als Vorfall zu sehen. Dieser Vorfall wird besprochen und bearbeitet und kann als neue Chance auf eine gesicherte Abstinenz gesehen werden. „Der erste Rückfall kann sogar für die KlientInnen einen günstigen, pädagogischen Effekt haben. Dem/Der KlientIn wird dadurch deutlich, dass die Nicht-Einhaltung der totalen Abstinenz einen erneuten Ausbruch der latent vorhandenen Krankheit bewirken kann.“ (Feselmayer, 1985, S. 27) Er wird als Signal ernst genommen, aber nicht als Katastrophe bewertet. Alkoholismus als Krankheit kann nicht geheilt werden. Eine Behandlung kann die Sucht aber stoppen. Die Angst dem/der TherapeutIn einen Rückfall einzugestehen und besonders dafür verurteilt zu werden, sitzt tief in der/dem KlientIn verankert.

Es gilt der Selbstverurteilungstendenz der KlientInnen entgegenzuwirken. Der/Die TherapeutIn präsentiert sich der/dem KlientIn nicht verurteilend, sondern verstehend und verzeihend. Das Selbstvertrauen, die Selbstaufrichtigkeit und die Selbstempathie sollen weiter gefestigt werden.

Die/Der TherapeutIn muss im Sinne des Selbstöffnens über das Mitteilen von Sorge und Anteilnahme präventiv auf die Gefahr Acht geben. In der Therapie soll eine ausführliche und geduldige Auseinandersetzung mit dem Symptomverhalten stattfinden. Individuelle Risikofaktoren sollen erörtert werden. Der/Die TherapeutIn muss vorgreifen und Verstehensangebote machen, da sich viele KlientInnen davor fürchten. Außerdem muss er/sie jene Erlebnisweisen verdeutlichen, die unmittelbar nach einem Rückfall folgen.

Weiter motiviert sie/er die/den KlientIn, ihr/sein Umfeld zu informieren, wenn der/die TherapeutIn es für sinnvoll erachtet. Das Prozedere dafür wird zusammen besprochen. Es gilt Familie, Arbeit und Bekannte über den Umstand aufzuklären. Es zeigt sich, dass viele Angehörige den Fortschritt zu schätzen wissen und es mit der Zeit zu einer Reintegration ins soziale Umfeld kommen kann. Ein Angehörigengespräch kann für mehr Transparenz und Verständnis sorgen.

Maßnahmen nach einem Rückfall könnten zum Beispiel Telefonate mit einer Vertrauensperson oder sogar mit dem/der TherapeutIn selbst sein. Dies wird zu einer Entlastung nach dem Vorfall führen. Ein Rückfall kann besonders zu Schuld- und Schamgefühlen führen. Diese werden im nächsten Kapitel bearbeitet.

Meine Klientin Frau R. hatte einen einmaligen Rückfall seit ihrem stationären Entzug. Zehn Tage nach dem Entzug trank sie wieder zwei Bier. Sie ist jetzt seit acht Monaten trocken. Sie erzählte mir, dass ihr das Bier nicht schmeckte, keine erwartete Veränderung bewirkte und sofort Schuldgefühle entstanden sind. Sie schämte sich und erzählte es ihrer Tochter. Am folgenden Tag sprach sie davon in der Therapie und wir erörterten die Situation. Den Rückfall als Vorfall zu sehen, der ihr zeigte, wie gefährdet sie noch weiter ist, unterstützte sie bis jetzt trocken zu bleiben.

4.6 Schuld- und Schamgefühle

Einen Schwerpunkt in der Behandlung nehmen Schuld- und Schamgefühle ein. Dazu gehören Ängste vor Verurteilungen und Ablehnungen. Die Gefühle können sowohl im abstinenten Zustand, als auch während des Konsums vorkommen. KlientInnen erleben,

dass das Suchtmittel ihre Gefühle verstärkt oder abschwächt. Somit kann es kurzfristig zu einer Reduzierung der Schuldgefühle kommen. Sie sind aber nach dem Abklingen der Wirkung des Suchtmittels wieder vordergründig. In den KlientInnen ist jedoch der Prozess der Aktualisierung eingeschränkt. Es gelingt ihnen nicht, die Ängste, die mit Schuld und Verurteilung zu tun haben, korrekt zu symbolisieren. Außerdem kann die Angst nicht als berechtigtes Empfinden symbolisiert werden. Die Erfahrung wird als Bedrohung bewertet und es wird versucht, mit der bewährten Strategie, mit Alkohol Kongruenz zu erzeugen. Somit wird das Kongruenzerleben ohne Suchtmittel immer seltener möglich.

Es gilt, die Bearbeitung schuldhaften Erlebens offen und transparent zu gestalten. Der/Die TherapeutIn muss die KlientInnen sehr ernst nehmen. Dem Erleben solcher Gefühle wird vorsichtig nachgegangen. Er/sie versucht, sich verständnisvoll dem Zusammenhang der Schuldgefühle mit anderen Emotionen zu widmen. Eine Vergegenwärtigung solcher Zusammenhänge ist von großer Bedeutung für die Änderung der entscheidenden Erlebnismuster. Die Motive und Kognitionen werden in der Therapie gemeinsam einfühlsam erkundet. Schuldgefühle beziehen sich meist auf die Angehörigen. Die/Der KlientIn soll sich mit ihrem/seinem Umfeld auseinandersetzen. Sie/Er wird dann weiter in der Lage sein, durch Beziehungsarbeit mit den Bezugspersonen kongruenter zu werden. Sinnvoll ist auch das Miteinbeziehen von Angehörigen in die Therapie.

Die meisten meiner KlientInnen leiden unter Schuldgefühlen. Herr S. setzt sich regelmäßig in der Therapie mit seinen Schuldgefühlen auseinander. Er schämt sich für das, was er seiner Familie zugemutet hat. Herr S. hat sie belogen, schlecht behandelt und

hintergangen. Er erzählt mir viel davon und ich spüre, wie sehr es ihn betrifft. In der Therapie ist es ihm gelungen, von den Schuldgefühlen zu einem Gefühl des Bedauerns zu gelangen. Er weiß, dass er die Vergangenheit nicht mehr rückgängig machen kann. Ihm sind seine Fehler bewusst und er versucht dafür Verantwortung zu übernehmen. Er sprach mit seiner Familie darüber. Der Klient möchte weiter an sich arbeiten und die Fehler nicht noch einmal machen.

5. Vier zusätzliche TherapeutInneneneinstellungen

Bensel schlägt vor, dass TherapeutInnen angeraten sind, sich „Kenntnisse bezüglich des Krankheitsgeschehens der Sucht und Informationen“ anzueignen. (Bensel, 2012, S. 55) Er meint weiter, dass, der/die TherapeutIn angeraten ist, um eine Veränderungsmotivation aufzubauen, mit weiteren spezifischen Einstellungen zu arbeiten. (Vgl Bensel, 2012, S. 54) Dies gilt besonders für die in Kapitel 3.5.1 erwähnten sekundären Inkongruenzen.

Für die Arbeit mit alkoholabhängigen KlientInnen ist es meiner Meinung nach wichtig, auch störungsbezogen zu therapieren.

Ich erlebe bei der Arbeit besonders, dass zu den nicht klassischen TherapeutInneneneinstellungen Konfrontation, aktives Bemühen, Konkretheit und Information zum Einsatz kommen.

Diese sind von einigen Personzentrierten PsychotherapeutInnen und PsychologInnen bereits in gängiger Literatur beschrieben und erwähnt. Dazu zählen u.a. W. Grunwald, H. Bommert, J. Sauer und R. Tausch.

„Diese zusätzlichen Variablen sind nicht einfach in eine Reihe mit den Grundhaltungen, den (dann nicht-hinreichenden) so genannten Basisvariablen zu stellen. Die zusätzlichen Variablen sind also nicht als solche zu verstehen, sondern als TherapeutInnenverhalten, das sich der Situation entsprechend aus den Grundeinstellungen ergibt.“ (Vgl. Keil, 2001, S. 143) Ich sehe es als eine Vertiefung und Spezifizierung der sechs Grundvariablen.

5.1 Konfrontation

„Konfrontationen sind TherapeutInnenäußerungen, in denen KlientInnen auf Diskrepanzen zwischen ihren Äußerungen oder ihrem Verhalten und Erleben hingewiesen werden. Damit ist aktiv stimulierende und konfrontierende Arbeit des/der TherapeutIn mit vermehrter Selbstexploration und Intensität der Auseinandersetzung gemeint.“ (Sauer, 1993, S. 72)

Dies ist aber nur sinnvoll, wenn eine empathische Grundhaltung bereits vorhanden ist. Zusammen mit den KlientInnen soll sich der/die TherapeutIn der Problemwelt, den Diskrepanzen und den Folgeerkrankungen widmen. Das passiert mit besonderem Augenmerk der Selbsteinbringung des/der TherapeutIn. Der/Die AlkoholklientIn benötigt ein besonders konfrontierendes TherapeutInnenverhalten, um die sekundären Inkongruenzen wahrzunehmen.

„Konfrontation ist immer dann wichtig, wenn der Therapeut das Gefühl hat, dass die Klientin nicht die Wahrheit sagt“ (Beck, 1993, S. 82) wird konfrontierend gearbeitet. Der/Die TherapeutIn ist dazu angehalten, beim Ansprechen besonders auf seine/ihre Formulierungen zu achten. Die konstruktiven Möglichkeiten und nicht die Schwächen werden angesprochen. Diskrepanzen können zwischen Selbst zu Idealbild, verbalen zu non-verbalen Äußerungen und der Selbstbeschreibung zu beobachtbarem Verhalten deutlich werden. Im Falle der SuchtklientInnen geht es hauptsächlich um das Suchtmittelkonsumverhalten. Alkohol führt zu Veränderungen der Persönlichkeit. KlientInnen neigen dazu das Konsumverhalten zu bagatellisieren. Bei meinem Klienten Herrn K. muss ich besonders

konfrontierend arbeiten. Er neigt dazu, den Konsum zu bagatellisieren und ihn sich schön zu reden. Er hat mir von seinen Zielen des kontrollierten Trinkens und der Selbstkontrolle erzählt. Jedoch berichtet er wieder von exzessivem, unkontrolliertem Konsum. Der Klient erlebt einen krankheitsbedingten Verlust der Selbstkontrolle und widerspricht, dem im Selbstkonzept verankerten, Anspruch nach Selbstbestimmung und Selbstkontrolle.

Außerdem hat er mir gegenüber auch schon den Wunsch geäußert, dass er auf sein Verhalten hingewiesen werden möchte, da er bemerkt, dass er den Konsum verzerrt wahrnimmt. Ich weise ihn auf den Widerspruch des maßlosen Trinkens mit dem Anspruch und dem Glauben an Selbstkontrolle hin. Ich erlebe, wie ihm das mehr und mehr zu denken gibt. Somit glaube ich, dass es bei AlkoholklientInnen besonders wichtig ist, zu konfrontieren.

5.2 Aktives Bemühen und innere Anteilnahme

Aktives Bemühen und innere Anteilnahme bedeutet: „Deutlich wahrnehmbare Anstrengung des Psychotherapeuten, den inneren Bezugsrahmen des Klienten nachzuvollziehen.“ (Bommert, 1977, S. 73) Damit ist ein tiefes Verstehen, Interesse und Eingehen in die Problemwelt des Suchtmittelkranken gemeint. Es gilt, die Problematik der AlkoholikerInnen zu kennen. Mit Problematik sind körperliche, soziale und suchtspezifische Themen gemeint, wie das Suchtgedächtnis und das Craving. Andere Komplikationen, wie die Folgeerkrankungen, gesellschaftliche Akzeptanz und die ständige Verfügbarkeit kommen dazu. KlientInnen müssen begreifen und

spüren, dass der/die TherapeutIn weiß, wie sich der/die AlkoholklientIn erlebt. Der/Die TherapeutIn handelt aktiv und soll die Welt des/der KlientIn betreten, verstehen und sich hineinversetzen. Es gilt also Anteil zu nehmen, mitzuempfinden und Mitgefühl auszudrücken.

Außerdem bezieht sich aktives Bemühen auf die Behandlung, Organisation und Vorgehensweise. Die/Der AlkoholklientIn benötigt Aufklärung und Unterstützung bei der Planung und Durchführung einer Entzugs- und Entwöhnungstherapie. Ohne diese kann bei vielen AlkoholklientInnen die Abstinenz nicht erreicht werden. Dazu soll der/die TherapeutIn sie/ihn tatkräftig unterstützen. Eine besonders empathische Beziehung wird das Vertrauen in das Wachstums- und Veränderungspotential fördern.

Bei Frau R. habe ich besonders darauf Rücksicht genommen, da sie wegen ihrer Schmerzsymptomatik Angst vor einem stationären Entzug hatte. Ich habe sie über das Prozedere aufgeklärt, die Aufnahme mitorganisiert und durch das Berücksichtigen ihrer individuellen Verhältnisse sie in ihrer Situation verstanden. Sie hatte große Sorgen und litt unter Craving. Da ich bei ihr besonders empathisch und verständnisvoll in Bezug auf die mit Alkohol entstandene Problematik war, fühlte sie sich intensiv verstanden und ernst genommen. Ich vermittelte ihr, dass ich Anteil an ihrer Problematik nahm und bin besonders auf Craving und ihre Schmerzen eingegangen. Mit der Zeit löste sich ihre Angst auf. Mit einem gestärkten Vertrauen hat sie sich schließlich der Entzugsbehandlung unterzogen und diese beendet.

5.3 Konkretheit

Tausch versteht darunter: „wenn spezifische Gefühle oder Erfahrungen konkret ausgedrückt“ werden „oder wenn die Äußerungen Schilderungen spezifischer Situationen, Ereignisse oder Gefühle beinhalten, unabhängig von ihrem emotionalen Inhalt.“ (Tausch, 1974, S. 144)

Damit ist ein aktives Ansprechen und Ernst-nehmen der Sucht gemeint. Das Thema Alkohol soll von dem/der TherapeutIn klar begreifbar und deutlich zugänglich behandelt werden. Eine Alkoholtherapie kann nur funktionieren, wenn das Thema Alkohol nicht vermieden wird. Konkretheit verlangt somit ein psychoedukatives Handeln vom/von der TherapeutIn. Es ist Voraussetzung, über die Hintergründe, Folgeprobleme und Verhaltenszustände Bescheid zu wissen. KlientInnen müssen aufgeklärt werden und begreifen, welche Auswirkungen Sucht hat. Die Abhängigkeit hat Einfluss auf Körper, Seele und Geist. Wie weit die Persönlichkeit betroffen ist, habe ich in Kapitel 4.3 beschrieben. Der/Die TherapeutIn soll das Thema Abstinenz konkret ansprechen und seine Haltung vermitteln. Ein empathischer, genauer und gezielter Zugang zu dem Verhalten soll ein Bestandteil der Therapie sein. Die meisten AlkoholklientInnen brauchen eine gesicherte Abstinenz und um diese aufrechtzuerhalten, gewisse Strategien, die sie, wenn Craving auftritt, anwenden können. So muss der/die TherapeutIn mit AlkoholklientInnen auch Rückfallprophylaxestrategien besprechen.

5.4 Information

„In einigen seltenen Situationen geht es aus den Äußerungen der KlientInnen hervor, dass falsche oder fehlende Informationen in deutlichem Zusammenhang mit ihren Ängsten und seelischen Beeinträchtigungen stehen, wobei die mangelnden Informationen und Ängste nicht wesentlich durch inadäquate Gefühlseinstellungen bedingt werden.“ (Tausch, 1973, S. 145ff.) Es kann sein, dass der/die KlientIn falsche Informationen besitzt, die ihn/sie beeinträchtigen.

In diesem Fall wird die/der TherapeutIn Informationen vermitteln, die sachlich, allgemein und kurz gegeben werden. Die/Der KlientIn wird informiert, aufgeklärt und über alle Umstände, wie Auswirkungen der Sucht, Co-Abhängigkeit und Rückfall in Kenntnis gesetzt. Eine solche Information kann auch zum Beispiel das Organisationsprozedere oder die unterschiedlichen Möglichkeiten einer Behandlungseinrichtung beinhalten.

6. Zusammenfassung

Ich habe mich in Praxis und Theorie mit der Thematik Psychotherapie bei Alkoholsüchterkrankungen auseinandergesetzt. Die psychotherapeutische Mitarbeit im Alkoholpilotprojekt 2020 erlaubt es mir, mich mit den KollegInnen auszutauschen und KlientInnen mit dem Schwerpunkt Alkoholkrankheit zu behandeln. Im Team stimmen die Zielvorstellungen, Zugänge und Werthaltungen überein und dies wird jedem klar transportiert. Eine multiprofessionelle Behandlung ist notwendig, um der Problematik Alkohol gerecht zu werden. Nur eine enge Vereinszusammenarbeit kann den AlkoholklientInnen wirklich helfen.

Mein personenzentrierter Zugang ermöglicht mir, eine gute Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Team im Verein P.A.S.S. und eine individuelle Behandlung der Personen, die mehr als nur eine Alkoholproblematik haben. Ich habe die Phasen der Behandlung und des Veränderungsprozesses erwähnt.

Die Haltung in Bezug auf Alkoholrückfall, kontrolliertes Trinken und Abstinenz habe ich in der Arbeit näher erläutert.

Die Auswirkungen von Alkohol auf die Persönlichkeit müssen beachtet werden. Das Ziel der Abstinenz wird thematisiert. Die Haltung ein „Ja zur Person und ein Nein zur Sucht“ werden vermittelt.

Die Inkongruenzbehandlung erfolgt, wie sie Rogers beschrieben hat, auf Basis der Aktualisierungstendenz und der

sechs Grundbedingungen. Durch den Alkohol ergeben sich sogenannte sekundäre Inkongruenzen, die besonders bei Suchterkrankungen vorkommen. Außerdem bedarf es, um der Alkoholerkrankung gerecht zu werden, eine besondere Beachtung des Alkohols. Der Alkohol muss Thema in der Therapie sein. So ist der/die TherapeutIn gefragt, sich mit den Komplikationen, Folgeerscheinungen und Hintergründen der Alkoholproblematik zu befassen. Es gilt bei einer bestehenden, wertschätzenden Beziehung eine Veränderungsmotivation aufzubauen. Hier ist Selbsteinbringen, Akzeptanz und Empathie besonders wichtig. Die Einstellungen müssen besonders ausgeprägt mit einfließen. Ich verstehe darunter eine Intensivierung der drei Grundbedingungen. Ein emphatischer Zugang mit besonderer Anteilnahme und Konkretheit vermitteln den KlientInnen ein genaues Verständnis ihrer Problematik. Konfrontationen, und aktives Bemühen, im Sinne des Selbsteinbringens sind relevant für eine ausreichende Alkoholtherapie. Weiters braucht es Aufklärung und Information über die Suchtkomplikationen. Durch mangelnde Information können die Ängste in den KlientInnen weiter bestehen und überflüssige, ungeklärte Gefühlszustände bedingen.

Eine vertrauenswürdige TherapeutIn-KlientIn Beziehung ist von Nöten, damit sich die KlientInnen akzeptiert und verstanden fühlen. Im Sinne der Aktualisierungstendenz ist ein Vertrauen in Wachstum und Veränderungspotential in Richtung Abstinenz und Kongruenz grundlegend. Die KlientInnen wollen sich im Sinne der Aktualisierungstendenz frei und unabhängig fühlen.

Die KlientInnen werden sich durch die Beziehung zum/zur TherapeutIn, der sie in ihrer Problematik versteht, gut aufgehoben fühlen. Dann können sie sich angstfrei ihren Inkongruenzen widmen. Ihre Schuld und Schamgefühle werden sich auflösen und sie werden sich selbst verzeihen. Die KlientInnen können ihr Konsumverhalten verstehen und ihre Denkstrukturen durchschauen. Sie werden sich an das nicht trinken gewöhnen und sich im abstinenten Zustand als kongruent fühlen.

7. Literaturverzeichnis

B. Götz, 2006, Therapielexikon Psychotherapie, Psychiatrie zu Abstinenz und Trockenheit

D. Fiedler, 1998, Psyche Störungen durch Alkohol und ihre Gesprächstherapeutische Behandlung

J. Prochaska, C. DiClemente, 1982 Transtheoretical Therapy, Towards more integrative model of change

W. Bense, J.Fiedler, 2012, Personzentrierte Behandlung der Alkoholkrankheit

W. Bense, 2003, Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit, Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 2/03

H. Bommert, 1977, Grundlagen der Gesprächspsychotherapie

R. Thomasius, 2005, Familie und Sucht: Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention

Handbuch Alkohol-Österreich, A. Uhl, ebd, 2009

(<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmligm2017/block-f10-f19.htm>)

C.Rogers, 1959, Theorie der Psychotherapie

Rogers/Schmid, 1991 Souveränität und Engagement

Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie.

P. F. Schmid, Klientenzentrierte Psychotherapie

S. Feselmayer, K. Heinzl, 1985, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jahrgang 8, Nr.1

R. Tausch, 1974, Gesprächspsychotherapie

J. Sauer, 1993, Zur Wirksamkeit klientenzentrierter Psychotherapie, Psychotherapie Forum 1

S. Feselmayer, K. Heinzl, 1985, Zeitschrift für Suchtforschung Jahrgang 2 Nr.2 Der Alkoholrückfall

Truax und Carkhuff, 2007, Toward Effective Counseling and Psychotherapy

P. Frenzel, W. Keil, P. F. Schmid, 2001, Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie, Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen

P. Frenzel, M. Winkler, P. F. Schmid, 1992, Handbuch der Psychotherapie