

Wolfgang Bensel

# Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit

## Einleitung

Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (2002) sind in Deutschland 1,6 Millionen Menschen von einer Alkoholabhängigkeit betroffen. Darüber hinaus besteht bei 2,7 Millionen ein schädlicher Alkoholgebrauch. Bereits bei diesem Personenkreis stellen sich negative Folgen durch das Trinken ein, ohne dass das Verhalten dauerhaft verändert wird. Häufig sind psychische und psychosomatische Beschwerdebilder Anlass für den Suchtmittelkonsum. Dazu zählen Angstsymptome, Erschöpfungszustände, Schlafstörungen, funktionelle Beschwerden und anderes mehr. Psychotherapeutisch Tätige haben deshalb auf vielfältige Weise mit suchtkranken oder suchtmittelauffälligen Personen zu tun. Der gesprächspsychotherapeutische Ansatz wird dabei seit vielen Jahren erfolgreich eingesetzt.

Seit 1998 führt die GwG einen vom Verband Deutscher Rentenversicherer empfohlenen Ausbildungsgang zum Sozialtherapeuten durch. Damit hat das Verfahren einen auch von den Kostenträgern anerkannten Platz in der ambulanten und stationären Rehabilitation Suchtkranker bekommen.

Der Ansatz einer klientenzentrierten Suchttherapie basiert auf den neueren Entwicklungen der gesprächspsychotherapeutischen Persönlichkeits- und Störungstheorie, wie sie vorwiegend im deutschsprachigen Raum entstanden sind. Dabei kommt einer differentiellen Analyse und Behandlung der vom Klienten erlebten Inkongruenz eine zentrale Stellung zu.

Die Gemeinsamkeit dieser neueren Entwicklungslinien besteht darin, dass ihnen ein störungsspezifisches Krankheitsverständnis zu Grunde liegt und davon ausgehend ein störungsbezogenes therapeutisches Vorgehen abgeleitet wird. Das mithin empfohlene Therapeutenverhalten ist, verglichen mit dem

ursprünglich klassisch-rogerianischen Ansatz, zielorientierter und in gewissem Sinn auch direkter. Über sogenanntes additives Therapeutenverhalten können störungsspezifische Probleme gezielter bearbeitet werden als durch den ursprünglich universellen Ansatz.

## Das inkongruenztheoretische Modell der Sucht

Für das Verständnis und die Behandlung einer Suchterkrankung, wie etwa einer Alkoholabhängigkeit, bietet sich das inkongruenztheoretische Modell der Sucht an. Es lässt sich durch folgende Merkmale beschreiben:

- Ausgangspunkt ist eine Person, die sich im Zustand der noch nicht bewusst wahrgenommenen Inkongruenz, d.h. der Widersprüchlichkeit verschiedener intrapsychischer Tendenzen, befindet.
- Das Inkongruenzerleben wird durch Erfahrungen, die dem Selbstkonzept unverträglich sind, aktiviert. Dabei handelt es sich häufig um einen aktuellen Beziehungskonflikt.
- In den auftretenden Störungssymptomen symbolisiert sich die in Richtung Gewahrwerdung drängende Inkongruenz. Die Störungssymptome können somit als unmittelbare Inkongruenzfolgen oder als mittelbare Folgen des Inkongruenzerlebens (Inkongruenzäquivalente) angesehen werden (GwG, 1998).
- Symptome äußern sich in der Regel in Form unangenehmer psychophysischer Spannungszustände wie Angst oder Depression, die schmerzhaft und schwer auszuhalten sind.
- Zur Reduktion der erlebten Spannung bieten sich unter anderem Alkohol und andere psychotrope Substanzen an, die dazu beitragen, das unangenehme Erleben für eine gewisse Zeitspanne erfolgreich zu überdecken. Die Störungssymptome und somit die Inkongruenzfolgen, werden erst



## Wolfgang Bensel

Diplom Sozialarbeiter, Gesprächspsychotherapeut, Ausbilder in der GwG für Klientenzentrierte Gesprächsführung und Sozialtherapie. Seit 1984 in der stationären Rehabilitation Suchtkranker tätig. Zu den Arbeitsschwerpunkten zählt u.a. die therapeutische Arbeit mit pathologischen Glücksspielern.

### Autorenanschrift:

Wolfgang Bensel  
Psychosomatische Fachklinik Münchwies  
Turmstrasse 50 – 58  
66540 Neunkirchen  
Tel: 06858 691-209  
e-Mail: wbensel@ahg.de

wieder wahrgenommen, wenn die zustandsverändernde Wirkung der Substanz nachlässt. Der Suchtmittelkonsum stellt bis dahin zeitweilig das Gefühl der inneren Konsistenz (Kongruenz) her. Dabei handelt es sich jedoch um eine Pseudobewältigung, die, um wirksam zu bleiben, der ständigen Erneuerung bedarf. Darüber kann sich ein Suchtmittelmissbrauch und schließlich eine manifeste Suchtkrankheit entwickeln (vgl. GwG 1998).

- Kommt es zur Ausprägung eines Abhängigkeitssyndroms, führt dies zu nachteiligen Konsequenzen für die Person, die ebenfalls unter dem inkongruenztheoretischen Modell eingeordnet werden können. Demnach wird durch den Substanzeinsatz die Wahrnehmungsverzerrung der Person weiter verstärkt, d.h. die Gewährwerdung der ursprünglichen Inkongruenz und des ihr zu Grunde liegenden Konfliktes wird blockiert und die Grundstörung verfestigt sich weiter.
- Darüber hinaus entwickeln sich bei einem Abhängigkeitssyndrom sogenannte sekundäre Inkongruenzen, d.h. Widersprüchlichkeiten und Unvereinbarkeiten, die aus dem Suchtverhalten selbst resultieren. Dies lässt sich anhand einiger Beispiele verdeutlichen (vgl. Fiedler, 1998):
  - a) Das Erleben von Entzugserscheinungen, wie Zittern, Übelkeit, Niedergeschlagenheit, sowie das Auftreten von Suchtfolgekrankheiten (Leberschaden, Polyneuropathie etc.) kollidiert mit dem Anspruch der Person nach körperlichem Wohlbefinden.
  - b) Der krankheitsbedingt immer wieder erlebte Verlust der Selbstkontrolle ist kränkend und widerspricht dem im Selbstkonzept verankerten Anspruch nach Selbstbestimmung und Autonomie.
  - c) Die sozialen Folgeschäden, wie Schulden, Verlust des Arbeitsplatzes, familiäre Konflikte etc. kontrastieren mit dem Selbstbild etwa ein guter Ehemann, Vater und Firmenmitarbeiter zu sein.

Derlei negative Auswirkungen von Suchtmitteln auf die Person und deren Selbstkonzept werden häufig zum Anlass genommen, erneut Suchtmittel einzusetzen, um das Erleben zu überdecken. Damit setzt sich der Teufelskreis der Abhängigkeit weiter fort.

### Grundsätze des therapeutischen Vorgehens in der Alkoholismusbehandlung

In der Frage, wie eine Alkoholabhängigkeit entsteht, wird – dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell folgend – von einer multi-konditionalen Genese ausgegangen. Demnach spielen sowohl biologische, als auch psychische und soziale Faktoren beim Entstehen und Aufrechterhalten der Sucht eine bedeutsame Rolle. Folglich hat auch die Therapie alle drei Ebenen zu berücksichtigen. Dem werden multimodale Therapiekonzepte gerecht, die neben der psychotherapeutischen und medizinischen Behandlung auch soziotherapeutische Elemente ausreichend mit einbeziehen.

Als allgemeingültig für eine gelingende Alkoholentwöhnung ist auch der Grundsatz anzusehen, wonach die Behandlung sich in einzelne Phasen gliedert.

Die Psychologen James Prochaska und Carlo DiClemente (1982) haben ein Modell der Veränderung entwickelt, das eine Abfolge von Phasen beschreibt (siehe unten), die der Betroffene durchläuft, wenn er sein Suchtproblem bearbeitet. Fehlende Änderungsbereitschaft auf Seiten des Klienten wird hier nicht auf pathologische Persönlichkeitsmerkmale zurück geführt und auch nicht als krankheitstypisches Abwehrverhalten attribuiert, sondern damit erklärt, dass der Therapeut/Berater nicht angemessene Interventionen eingesetzt hat. Im Sinne des Personzentrierten Ansatzes wird gefordert, dass das therapeutische oder beraterische Vorgehen sich an den Bedürfnissen des Klienten orientiert. Dieser kann sich noch in der Phase der Absichtslosigkeit oder der Absichtsbildung, in der Vorbereitungs- oder der sich anschließenden Handlungsphase

befinden, aber auch bereits damit beschäftigt sein, die Abstinenz aufrecht zu erhalten. Schließlich sind immer wieder auch Stadien der Rückfälligkeit einzukalkulieren. Aufgabe des Behandlers ist es, sein therapeutisches Vorgehen an der jeweiligen Phase des Klienten auszurichten und auf adäquate Interventionen zu achten. Dieses an der Person des Klienten ausgerichtete Grundverständnis von Änderungsprozessen bei Suchtkranken eignet sich sehr gut zur Integration in den hier skizzierten Ansatz.

Das gesprächspsychotherapeutische Vorgehen bei Alkoholabhängigkeit orientiert sich darüber hinaus, wie bei anderen Störungsbildern auch, an zwei nicht trennscharf voneinander abgrenzbaren Elementen: den allgemeinen, an der Person des Klienten orientierten Therapiegrundsätzen und der daraus resultierenden Beziehungsgestaltung sowie einem additiven, störungsbezogenen Vorgehen.

Das gesprächspsychotherapeutische Vorgehen ist zunächst von dem allgemeingültigen Grundsatz geleitet, das Selbstheilungspotential bzw. die organismische Aktualisierungstendenz der Person zu mobilisieren und zu aktivieren. Dem dient der vom Therapeuten zu fördernde Prozess der Selbstexploration. Hierzu gehört, dass der Klient, vollständiger als bisher, Zugang zu seinen persönlichen Erfahrungen erhält, sie ausdrücken und symbolisieren, d.h. auch sprachlich benennen kann. Veränderung ereignet sich dann, wenn es gelingt, die eigenen Gefühle als relevante Informationsquelle wahrzunehmen und zu berücksichtigen. Die gesprächspsychotherapeutische Forschung kann empirisch belegen, dass dies am besten in einer zwischenmenschlichen Beziehung gelingt, die gekennzeichnet ist von den Basismerkmalen der Wertschätzung, Empathie und Echtheit. Innerhalb einer derart vom Therapeuten bewusst gestalteten Beziehung ist Selbstentfaltung möglich. Nur in einer angstfreien, annehmenden und nicht bewertenden Beziehung wird die Person sich erlauben, neu oder mehr die zu sein, die sie wirklich ist, d. h. jene Erfahrungen wahrzunehmen, die bisher von der Ge-

wahrnehmung ausgeschlossen wurden und die Inkongruenz bedingten. Ein in dieser Weise professionell gestaltetes therapeutisches Angebot bewirkt, dass der Klient sein Inkongruenzerleben verringert sowie seine Selbst-Annahme, sein Selbst-Verständnis und seine Selbst-Aufrichtigkeit verbessert.

### Grundzüge eines störungsbezogenen Vorgehens in der Alkoholismustherapie

Neben der Verwirklichung des beschriebenen allgemeingültigen Beziehungsangebotes bedarf es eines spezifischen Therapeutenverhaltens, dessen Einsatz parallel zu dem skizzierten Basisverhalten realisiert wird.

Das störungsspezifische Vorgehen bei Alkoholabhängigkeit wird je nach der Phase, in der sich der Klient befindet, variieren.

Im Stadium der Kontakt- und Motivationsphase geht es für den Therapeuten vorrangig darum, Diskrepanzen zu erfassen und zum Ausdruck zu bringen, in gewissem Maße also gerade unangenehme Realitäten offen auszudrücken. Dazu gehört beispielsweise die Konfrontation mit körperlichen und sozialen Folgeschäden der Sucht, aber auch das Benennen von Ambivalenzen, die der Klient sich selbst und anderen gegenüber nur ungern bereit sein wird einzugestehen. Bei Interventionen dieser Art wird der Therapeut besonders das Kernmerkmal der Echtheit, im Sinne der Selbsteinbringung, betonen. Fiedler (1998) weist jedoch zu Recht darauf hin, dass Konfrontation niemals entlarvend geschehen darf, sondern als kongruente Symbolisierung der Wahrnehmung des Therapeuten. Damit der Klient dies auch tatsächlich annehmen und als Erfahrung bei sich zulassen kann, ist eine gesicherte Beziehung Voraussetzung. Die Angst beurteilt oder gar abgelehnt zu werden, darf dabei keine Rolle spielen.

Wenn der Klient, davon ausgehend, bereit ist, sich vorsichtig auf erste Veränderungsmaßnahmen einzulassen, ist es durchaus im Sinne eines klientenzen-

trierten Vorgehens, ihn bei konkreten Bewältigungsschritten seiner Suchterkrankung aktiv zu unterstützen. Dies betrifft insbesondere den Abbau der sogenannten sekundären Inkongruenzfolgen. Dazu zählt beispielsweise:

- eine erforderliche Entgiftungsbehandlung einzuleiten,
- ihn bezüglich einer adäquaten Entwöhnungsbehandlung zu beraten,
- Kontakte zur Schuldnerberatung und/oder zum Arbeitgeber herzustellen
- sowie weitere Klärungsschritte bezüglich der eingetretenen Folgeschäden.

Bevor die eigentlich psychotherapeutische Behandlung beginnen kann, muss der Klient erst einmal, im wahrsten Sinn des Wortes, den Kopf freibekommen und den „Teufelskreis der Abhängigkeit“ durchbrechen. Erst das schafft die notwendigen Voraussetzungen, das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot und die der süchtigen Störung zu Grunde liegenden Inkongruenzen adäquat wahrzunehmen. Der Therapeut übernimmt, falls erforderlich, die Aufgabe, die Bedingungen für eine nüchterne Selbstwahrnehmung des Klienten aktiv gestaltend in die Wege zu leiten. Neben fachspezifischen Kenntnissen zum Krankheitsgeschehen der Sucht benötigt der Behandler somit auch Informationen über die Möglichkeiten der Vernetzung mit den unterschiedlichen Fachdiensten und Einrichtungen des Suchthilfesystems. Ein an den Bedürfnissen des Klienten orientiertes Vorgehen macht deshalb häufig auch ein beratendes und vermittelndes Handeln des Therapeuten erforderlich.

Die Erfahrung des Klienten, den körperlichen Entzug überstanden zu haben und konkrete Perspektiven zur Bewältigung der drängendsten Suchtfolgeschäden zu erkennen, befördert erfahrungsgemäß weiterreichende Veränderungsmotivationen. In diesem Stadium sieht der Therapeut sich allerdings auch sehr häufig mit der Ambivalenz des Klienten konfrontiert. Ein klientenzentrierter Therapeut versteht es in diesem Stadium, die schwankende Haltung

Serie: Digital Vision Elements of Nature  
Nr. 031344 (Eiswüste)

zwar zu verbalisieren, den Klienten in seiner Unentschiedenheit aber nicht zu bedrängen oder gar zu verurteilen. Das Erleben von Ambivalenz ist Bestandteil eines jeden vertieft durchlebten Veränderungsprozesses. Es ist somit nicht hilfreich, dies per se als suchttypisches Abwehrverhalten zu klassifizieren. Vielmehr ist es von entscheidender Bedeutung, gerade dem sich ambivalent verhaltenden Klienten gegenüber, die Fähigkeit zur Selbstbestimmung zu betonen, auf den Ausdruck von Wertschätzung besonders zu achten und in die Aktualisierungstendenz der Person zu vertrauen. Damit verbunden ist das „Loslassen“ in der Suchtbehandlung. Es bedeutet gleichermaßen für den Klienten, wie auch für den Therapeuten, eine Herausforderung zu stellen. Denn ein dergestalt definiertes „gewährendes“ Beziehungsangebot macht deutlich, dass süchtige Mechanismen nicht durch das im Selbstkonzept verankerte Bedürfnis nach Kontrolle in den Griff zu bekommen sind. Erst die Abkehr von der Kontrollillusion öffnet den Blick für eine gelingende Bewältigung der Sucht. Zu Recht definieren wir Sucht als Krankheit des Kontrollverlustes, den zu akzeptieren in der Regel zunächst eine kränkende und schmerzhaft Erfahrung ist. In einer neuen, veränderten Sicht des Suchtgeschehens öffnet sich allerdings der Weg für eine stabil in der Person gründende Abstinenz. Entscheidend ist, dass der Klient selbst zu dieser veränderten Betrachtungsweise seiner Symptomatik und des Umgangs damit findet.

Serie: Photo Disk Signature Serie 18 Technology Perspectives  
Nr. 079 (Tabelette/Korken)

Folgt er lediglich äußeren Vorgaben bzw. von anderen übernommenen und verinnerlichten Normen, setzt er den inkongruenten Umgang mit sich fort. Er orientiert sich dann nicht an seinen eigenen inneren Bedürfnissen und Motiven, sondern an vorgegebenen Entwürfen. Solche „Anpassungsleistungen“ sind bei Abhängigkeitskranken eher die Regel, als die Ausnahme. Aufgabe des Therapeuten ist es, die sich darin ausdrückenden Befürchtungen, Ängste sowie Bedürfnisse und Wünsche angemessen zu verdeutlichen. Gleichzeitig gilt es aber auch, die Erweiterung der Autonomie des Gegenübers zu betonen und ihn in ihrem Ausbau zu unterstützen.

Die Entwicklung von Einsichten, die in der Person begründet sind, brauchen ihre Zeit. Sie setzen eine Grundhaltung des Therapeuten voraus, die gekennzeichnet ist durch ein „Ja zur Person und ein Nein zum Suchtmittel“ (Feselmayer, 1985). So gesehen wird auch ein nach seinem Selbstverständnis klientenzentriert arbeitender Therapeut nicht ohne ein Wertesystem die Suchtbehandlung durchführen. Es sei daran erinnert, dass es ganz und gar kein Widerspruch ist, seinen Klienten offen und ohne Wertung zu begegnen, aber gleichzeitig sich bestimmten Grundsätzen verbunden zu fühlen. Das sich im Falle der abstinenzorientierten Suchttherapie daraus ableitende Therapieziel sollte allerdings dem Klienten eindeutig vermittelt werden, so dass ihm die Wahl bleibt, sich darauf einzulassen oder einen anderen Weg zu gehen.

Erst im weiteren Verlauf der Suchtbehandlung wird es möglich sein, zu fördern, dass der Klient gerade jene Persönlichkeitsanteile wahrnimmt, die der Entwicklung der Abhängigkeit zu Grunde liegen und in deren Verlauf nicht bewusst werden durften oder konnten. Dazu zählt beispielsweise die Bearbeitung eines defizitären Selbstwertgefühls, einer Angststörung, einer depressiven Symptomatik, eventuell erlittener traumatischer Erlebnisse u.v.a.m.

### Therapie als Kontrast zu frühen Erfahrungen

Wie bei jeder gesprächspsychotherapeutischen Behandlung, zielt die Therapie auf die Verringerung, Tolerierung oder Auflösung der Inkongruenz, die die Symptome der Störung bedingen (Bearbeitung der ursprünglichen Inkongruenz). Damit verbunden sind Bemühungen, die Selbstannahme des Klienten zu verbessern, Selbstvertrauen und Selbstbestimmung zu erweitern, die Einsicht in die bestehende Symptomatik zu fördern und eine größere Offenheit gegenüber Beziehungserfahrungen zu entwickeln. Ermöglicht wird dies vorrangig durch die Realisierung des gesprächspsychotherapeutischen Basisverhaltens. Vom Therapeuten erfordert dies, die Beziehung so zu gestalten, dass sie der Haltung des Klienten sich selbst gegenüber und ggfs. auch prägenden Einflüssen seines bisherigen Lebens kontrastierend begegnet. So werden förderliche Rahmenbedingungen ge-

schaffen, in denen der Klient die sich abbildenden Probleme, nicht nur jene im Zusammenhang mit der Sucht, offen ansprechen kann.

### Schuld und Scham

Dazu zählt u.a. die meist quälende Beschäftigung mit Schuld- und Schamgefühlen, die bei Alkoholabhängigen häufig einen wichtigen Stellenwert hat. Das Gefühl, von den nächsten Bezugspersonen ob seines Verhaltens im Zusammenhang mit dem Ausagieren der Sucht abgelehnt und verurteilt zu werden, ist oft tief in der Person verankert und geht einher mit ausgeprägten Selbstvorwürfen, die im übrigen nicht selten zum Anlass genommen werden, erneut Suchtmittel einzusetzen. Das Vorgehen des klientenzentrierten Suchttherapeuten wird darauf abzielen, durch ein von Wertschätzung und Empathie geprägtes Beziehungsangebot die Entwicklung der Selbstempathie bei dem Klienten zu fördern und Raum zu schaffen für eine selbstverzeihendere Haltung. Davon ausgehend kann es dem Klienten möglich werden, zu Beziehungsklärungen mit den Bezugspersonen zu kommen. Auch deshalb sind Angehörigengespräche meist ein unverzichtbarer Bestandteil einer gelingenden Suchttherapie. Wie immer, wenn Schulterleben bearbeitet wird, kann es nicht darum gehen, problematische Verhaltensweisen des Klienten aus der Vergangenheit zu bagatellisieren. Vielmehr ist es von entscheidender Bedeutung, die betroffene Person hier ernst zu nehmen und mit der Aufarbeitung schuldhaft erlebter Erfahrungen zu beginnen. Der Gedanke, dass es sich bei den geäußerten Gefühlen primär um die Präsentation „suchttypischen Selbstmitleides“ handeln könnte, mag sich dem Therapeuten bisweilen aufdrängen. Stereotype Deutungsweisen des Klientenverhaltens und daraus sich ableitender Behandlerinterventionen erweisen sich jedoch gewöhnlich als wenig hilfreich. So etwa auch die immer noch verbreitete Annahme, dem Abhängigkeitskranken müsse man mit einer „knallhart konfrontierenden Haltung“ begegnen, die das Ziel verfolge,

die Abwehr einzureißen und so erst den Weg für eine Veränderung zu ebnen. Es gibt keine Belege dafür, dass diese noch immer angewandte Grundhaltung tatsächlich therapeutisch sinnvolle Effekte erzielen kann. Vielmehr dürfte dadurch häufig das Gegenteil erreicht werden, und der Klient wird, bestenfalls im Sinne einer schon häufig erprobten Anpassungsleistung, vor seinem Behandler kapitulieren, aber eben nicht vor seiner Suchterkrankung. Erfahrungsgemäß ist es effektiver, auch hier der dargestellten Grundhaltung dem Klienten gegenüber zu folgen.

### Rückfälle nicht verurteilen

Ein Thema, das in jeder Alkoholismusbehandlung Raum finden muss, sind die Erfahrungen mit und die Ängste vor sich in der Zukunft möglicherweise einstellenden Rückfällen. Es gehört mittlerweile zum Standardrepertoire jedes sachkundigen Behandlers, den Klienten auf den Umgang mit Rückfallgefahren vorzubereiten, Vorboten des Rückfalls erkennen zu lernen und sog. Notfallstrategien zu entwickeln. Aber die besten Techniken werden nur zum Erfolg führen, wenn es dem Klienten gelingt, für sich selbst eine gleichermaßen eindeutige, wie realistische Haltung dem möglichen Rückfallgeschehen gegenüber zu entwickeln. Eine Person mit einer rational und emotional fundierten Abstinenzentscheidung wird bestrebt sein, Rückfälle zu vermeiden, gleichzeitig aber auch anerkennen, dass es dennoch möglich, vielleicht sogar wahrscheinlich ist, dass sie auftreten. Dies setzt eine Einstellung voraus, die den Rückfall als Signal sehr ernst nimmt, ihn aber nicht als Katastrophe fürchtet, nach deren Eintreten es völlig sinnlos wäre, sich weiter um Abstinenz zu bemühen.

Um dahin zu kommen, braucht der Klient ebenfalls ein eindeutig strukturiertes Beziehungsangebot. Dies ist gekennzeichnet zum einen durch eine aufmerksame Haltung, die auf Vorboten des Rückfalls achtet und diese verbalisiert, zum anderen durch die Vereinbarung, dass eingetretene Rückfälle in der Behandlung Priorität haben

und grundsätzlich besprochen werden sollen, aber auch durch einen verstehenden und verzeihenden und nicht Selbstverurteilung unterstützenden Umgang mit der Person. Dadurch werden gleichermaßen die Selbstaufmerksamkeit und die Selbstempathie bei dem Klienten gefördert und eine auf die Stabilisierung einer dauerhaften Abstinenz zielende Einstellung gefördert. Es ist immer wieder erstaunlich, wie hartnäckig sich im Erleben der Betroffenen die Einstellung hält, sie würden von ihren Therapeuten für einen Rückfall verurteilt und abgelehnt. Dazu hat sicher auch eine Behandlungspraxis beigetragen, die lange Zeit rückfällige Patienten, ohne Unterschied, direkt aus der jeweiligen therapeutischen Maßnahme entlassen und damit den Eindruck vermittelt hat, es gelte ein entsprechendes Verhalten hart und eindeutig zu bestrafen. Daneben entspricht die Erwartung, für einen Rückfall verurteilt zu werden, aber auch der zuvor erwähnten Bedeutung, die Schuld- und Schamgefühle bei suchtkranken Menschen generell haben. Die Beibehaltung einer empathischen und wertschätzenden Grundhaltung, einem „Ja zur Person“, kommt somit auch in diesem Zusammenhang wichtige Bedeutung zu.

Am Beispiel der Prävention und Bearbeitung von Rückfällen wird deutlich, dass störungsbezogenes gesprächspsychotherapeutisches Vorgehen immer sog. additive Maßnahmen mit einbezieht, dabei aber niemals die an der Person und deren Erleben orientierte Grundhaltung verlässt. Erst die ausgewogene Kombination beider Interventionsformen trägt zum Gelingen der jeweiligen Therapie oder Beratung bei.

### Ja zur Abstinenz

Seit einiger Zeit werden auch in Deutschland wieder Konzepte eingesetzt, die auf ein reduziertes Trinken und nicht auf eine vollständige Abstinenz abzielen (Körkel 2001). Sinnvoll sind solche Ansätze zum einen bei Personen, die einen schädlichen Substanzgebrauch betreiben und die Schwelle zur Abhängigkeitserkrankung

noch nicht überschritten haben. Zum anderen können Programme zur Reduzierung der Trinkmenge im Sinne einer Schadensbegrenzung (harm reduction) bei chronisch mehrfach geschädigten Alkoholkranken ihre Berechtigung haben, vergleichbar etwa den Substitutionsmaßnahmen bei Abhängigen von illegalen Drogen (vgl. Petry, 2000). Darüber hinaus ist allerdings das Ziel der dauerhaften Abstinenz in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankten weiterhin sinnvoll und erstrebenswert. Für die Therapie stellt sich allerdings immer wieder die Frage, wie ein entsprechender Einstellungswandel, hin zu einer intrinsisch akzeptierten und bejahenden Abstinenzentscheidung, erreicht werden kann. Klienten erleben den Abschluss des Prozesses dahin oft wie ein „Klicken“, vergleichbar dem mechanischen Einrasten aufeinander passender Metallstücke oder wie das sprichwörtliche Fallen des Groschens. Dabei fällt auf, dass solche Veränderungsprozesse sich am ehesten in Gruppen ereignen können. Der Austausch mit anderen Suchtkranken, im günstigen Fall mit bereits Abstinenz erfahrenen, scheint solche Entwicklungen zu befördern (siehe Fallbeispiele). Derlei Veränderungen ereignen sich häufig auch in Selbsthilfegruppen, sie sind aber ebenso erreichbar und erstrebenswert in therapeutisch geleiteten Gruppen. Zweifelsohne werden intrapsychische Prozesse durch eine Vielzahl individuell unterschiedlicher Faktoren beeinflusst. Eine wichtige Einflussgröße ist aber auch die Atmosphäre innerhalb einer Gruppe.

Immer wieder zeigt sich, dass es überhaupt keinen Sinn macht, die angestrebte Verinnerlichung der Abstinenz zu fordern oder herbei reden zu wollen (ein Versuch, den Mitpatienten in Gruppen immer wieder unternehmen). Vielmehr erweist sich auch hier die Kombination aus einer mit Überzeugung vertretenen Grundhaltung im Sinne eines „Ja zur Person und eines Nein zum Suchtmittel“ als förderlich. Sowohl in der Einzel- wie auch in der Gruppentherapie kommt deshalb der Realisierung der beschriebenen personenzentrierten Grundhaltung zentrale Bedeutung zu. Dabei sollte gleichzeitig deutlich werden, dass ein

### Wie der Groschen fällt – Situationen und Einsichten, die zu einer gefestigten Abstinenz führen können

#### Alkohol bringt keine Entlastung mehr

Andreas A. war zum zweiten mal im Zeitraum eines Jahres zur stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung in der Klinik. Einige Monate nach Abschluss der ersten Therapie war er im Zuge eines Partnerschaftskonfliktes rückfällig geworden. Auch mit Hilfe einer Beratungsstelle konnte er das erneute Abgleiten in die Sucht nicht verhindern. Er war wütend, verzweifelt, traurig, konnte sich aber zur Durchführung einer zweiten Entwöhnungsbehandlung entscheiden. In seinen Äußerungen zeigen sich neben einem verbissenen Entschluss, in Zukunft nichts mehr trinken zu wollen, gleichzeitig auch eine Reihe noch nicht geklärter Ambivalenzen bezüglich der angestrebten Abstinenz. In dieser Situation wird Andreas, im stationären Setting, erneut rückfällig. Anfänglich hat er vor, den Rückfall zu verschweigen, entschließt sich aber nach kurzer Zeit in der Gruppe über das Ereignis zu sprechen. Er sagt: „Diesmal hat mir das Trinken null Spaß gemacht. Ich habe nichts davon gehabt. Die ersehnte Entspannung und Erleichterung – nichts davon ist eingetreten. Das ganze bringt mir nichts mehr, es ist einfach kein stimmiger und gangbarer Weg mehr für mich.“ Die Gruppe unterstützte ihn in dieser Phase mit eindeutigen und gleichzeitig annehmenden Rückmeldungen. Niemand verurteilte ihn für sein Verhalten, vielmehr wird seine Entscheidung, offen mit dem Rückfall umzugehen, unterstützt. Andere berichteten von ähnlichen Erfahrungen und Andreas beendete die Gruppensitzung mit dem Satz: „Ich spüre es, ich bin durch damit, der Alkohol ist kein Ausweg mehr und ich will es so auch nicht mehr. Meine Probleme werde ich zukünftig nüchtern lösen...“

#### Mama, du stinkst

Cornelia B. machte für sich eine zentrale Erfahrung im Rahmen eines Angehörigen-seminars, an dem auch ihre 12-jährige Tochter Klara teilnahm. Unter Tränen sprach Klara aus, wie sehr sie sich oft durch das Trinken der Mutter belastet gefühlt habe, dass sie sich geschämt habe, Freundinnen mit nach Hause zu bringen, und schließlich, was ihr selbst am Schlimmsten gewesen sei, sie habe ihre Mutter nicht mehr umarmen wollen. „Die Mama stinkt immer nach Alkohol. Das ist so ekelig, dass ich sie nicht mehr anfassen mag.“ Für Cornelia war es sehr schmerzhaft von ihrer Tochter erstmals so deutlich zu erfahren, wie diese sich in der Vergangenheit gefühlt hat. Während der gesamten restlichen Therapiezeit nahm Cornelia auf das Gespräch und das Angehörigenseminar Bezug. Dabei sei es ihr schlagartig klar geworden, dass sie so nie mehr mit sich und ihrer Tochter umgehen werde.

#### Ich kann mich auch anders wehren

Hartwig N. erinnerte sich im Verlauf der Therapie immer deutlicher an eine Reihe erlittener Traumatisierungen aus seiner Kindheit und Jugend. Zunehmend wurde ihm klar, dass er Suchtmittel eingesetzt hat, um die sich aufdrängenden Erinnerungen zu unterdrücken. Gleichzeitig habe er es so vermeiden können, sich dem der Familie angehörenden Aggressor gegenüber eindeutig abzugrenzen und ihn mit seinen Taten zu konfrontieren. Je mehr Hartwig die Funktionalität des Suchtmittleinsatzes bei sich zulassen konnte und je deutlicher ihm die Zusammenhänge wurden, um so mehr begann er sich in seiner Abstinenzentscheidung sicher zu fühlen. „Es war wie ein Klicken als ich begriffen habe, wofür ich die Sauferei die ganze Zeit gebraucht habe...“

suchtmittelfreies Leben lohnend und gewinnbringend gestaltet werden kann, dass es sich allerdings schrittweise entwickeln muss, als eine „Gegenkultur“ zu dem meist über viele Jahre gelebten süchtigen Alltag. So kann allmählich eine Veränderung des Selbstkonzeptes

stattfinden. Der Klient beginnt sich zunehmend über seine abstinenten Lebensweise zu definieren und erlebt sich kongruent in dieser Haltung.

Insbesondere gegenüber Klienten mit fundierter Abstinenz Erfahrung in

der Vergangenheit, sollte die suchtmittelfreie Zeit auch als eine Lebensleistung betont und respektiert werden, an die es gilt nun wieder anzuknüpfen.

### Weitere Möglichkeiten der klientenzentrierten Gruppen- therapie

In den voran gegangenen Abschnitten wurde bereits auf die Bedeutung der Gruppe bei der Erreichung von Veränderungsprozessen hingewiesen.

Dabei wird einem Grundverständnis gefolgt, wonach Gruppentherapie mehr zu sein hat als die Therapie des Einzelnen in der Gruppe. Vielmehr geht es darum, den spezifischen Wirkfaktoren des interaktionellen Prozesses von gleichermaßen betroffenen Individuen optimal zur Entfaltung zu verhelfen. Die Gruppe kann wesentlich dazu beitragen konstruktive Einstellungen und Grundhaltungen zu entwickeln, die der Bewältigung der Suchterkrankung förderlich sind. Durch den Gruppenprozess entsteht soziale Echtheit und Verbindlichkeit. Beides trägt dazu bei, dass die therapeutische Situation sowohl Abbild wie auch Übungsfeld für die realen Situationen des Lebens werden kann (vgl. Pfeifer, 1986). Durch Rückmeldungen anderer TeilnehmerInnen erfährt das einzelne Gruppenmitglied intensive Spiegelungen der eigenen Einstellungen, Kompetenzen und Defizite. Die therapeutische Gruppe ist somit ein ideales Erfahrungsfeld für das Selbst in der sozialen Interaktion. Neben dieser effektiven und von hoher Echtheit und Verbindlichkeit gekennzeichneten Selbsterfahrung bietet sich die Gruppe auch als Erprobungsraum für neue oder in den Hintergrund geratene soziale Fähigkeiten des Einzelnen an.

Über das Erleben mitfühlenden Verstehens durch einzelne Gruppenmitglieder oder idealerweise durch die Gruppe als Ganzes, kommt das klientenzentrierte Basismerkmal der Empathie auf tiefgreifende und besonders eindrückliche Weise zum Ausdruck. Gleiches bewirkt die in der Regel zu beobachtende soziale, gegenseitige Hilfestellung

innerhalb der therapeutischen Gruppe. Von zentraler Bedeutung ist schließlich auch die Möglichkeit, sich mit anderen, gleichermaßen Betroffenen identifizieren zu können, zu erkennen, dass es anderen ebenso geht wie mir. Yalom (1974) spricht in diesem Zusammenhang von der Erfahrung der „Universalität des Leidens“ und erfasst damit einen grundlegenden Wirkfaktor von Therapie- und Selbsthilfegruppen im Bereich der Abhängigkeitsbehandlung. Das Gefühl von der Schicksalsgemeinschaft der gleichermaßen Betroffenen angenommen zu sein, sich für sein Verhalten und seine Erkrankung nicht rechtfertigen zu müssen, zu erfahren, dass Gruppenmitglieder vertieft verstehen, was andere (Familienmitglieder, soziales Umfeld) offensichtlich nur schwer oder gar nicht begreifen können, bedeutet eine intensive Erfahrung von Wertschätzung und Akzeptanz. Dies befördert den klientenzentrierten Therapieprozess auf geradezu ideale Art und Weise.

## Gruppenatmosphäre

Voraussetzung für solche förderlichen Entwicklungsbedingungen ist jedoch eine nachfolgend zu beschreibende Atmosphäre innerhalb der Gruppe. Hierbei ist der klientenzentrierte Gruppentherapeut gefordert, dessen Aufgabe darin besteht, ein entsprechendes Gruppenklima aktiv gestaltend in die Wege zu leiten. Neben der Erfahrung im Aufbau einer sich gegenseitig unterstützenden und an personenzentrierten Merkmalen orientierten Gruppe, kommt dabei auch der Zusammensetzung des Personenkreises wichtige Bedeutung zu. Aus Erfahrung ist zu berichten, dass gemischt geschlechtliche Gruppen, die PatientInnen unterschiedlichen Alters, mit allerdings vergleichbaren Suchterkrankungen (wie etwa Alkohol- und Medikamentenabhängige) zusammen führen, am ehesten die beschriebenen Prozesse entwickeln. Zu beachten ist weiterhin, dass die jeweiligen comorbiden Störungen der GruppenteilnehmerInnen, ein auf den anderen und die Gemeinschaft bezogenes Vorgehen noch möglich machen. Jede therapeutische Gruppe verträgt ein gewisses „Stö-

rungspotenzial“. Wenn dies allerdings merklich überschritten wird, gerät die Gruppe aus dem Gleichgewicht und die beschriebenen Prozesse können nicht mehr entstehen.

Auch der Faktor Zeit ist eine bedeutsame Einflussgröße. Die konstruktive Entwicklung einer Gruppe und die damit verbundenen Chancen für die Teilnehmenden setzen, je nach therapeutischem Setting (ambulant oder stationär), ein gewisses Zeitkontingent voraus, das nicht beliebig weit unterschritten werden kann. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass Gruppenpsychotherapie per se ein sehr ökonomisches Behandlungsverfahren ist, aber eben nur dann, wenn die angestrebten Entwicklungen auch die dafür nötige Zeit bekommen.

Doch zurück zu den Aufgaben des klientenzentrierten Gruppentherapeuten: Er wird darauf achten, dass seine an Achtsamkeit, Einfühlungsvermögen und Authentizität gegenüber dem Einzelnen und der Gemeinschaft orientierten Beziehungsangebote zunehmend auch im Umgang miteinander aufgenommen werden und Einfluss bekommen für das Klima innerhalb der Gruppe. Ein Schwerpunkt der klientenzentrierten Gruppentherapie liegt somit darin, einen förderlichen Beziehungs- und Interaktionsprozess bereitzustellen und zu entwickeln. Dabei ist davon auszugehen, dass die Gruppe als Ganzes, vergleichbar dem Individuum, über eine organismische Aktualisierungstendenz verfügt, die sich unter den erwähnten Bedingungen zielgerichtet entfalten kann. Dies bedeutet, dass in dem Zusammensein eine der Gemeinschaft inhärente wachstumsfördernde Energie frei werden kann, deren Präsenz deutlich erkennbar wird an den Äußerungen und dem Verhalten der einzelnen Gruppenmitglieder. Konstruktive Gruppenprozesse dieser Art werden von den Teilnehmenden gewöhnlich auch als solche wahrgenommen und äußern sich in dem Erleben in der jeweiligen Gemeinschaft gut aufgehoben zu sein, sich sicher zu fühlen, jene Seiten zum Ausdruck bringen zu können, die man anderen gegenüber bisher streng verborgen hat und in der Bereitschaft,

sich auf neue Erfahrungen mit sich und anderen einzulassen. Gruppen, die derartige Kräfte freisetzen, sind auch offen für Konfrontationen und schmerzhaft Rückmeldungen. Solche Erfahrungen sind jedoch wichtig und entwicklungs-fördernd, wenn sie nicht entlarvend oder beschämend zum Ausdruck gebracht werden. Eine klientenzentrierte arbeitende Gruppe ist mithin kein „kuschelnder Wohlfühlverein“, in dem tunlichst darauf geachtet wird nur Freundlichkeiten auszutauschen. Das Gegenteil ist der Fall: im Lauf der Zeit wird das Miteinander zunehmend von Selbstaufmerksamkeit und Echtheit im Ausdruck von Gefühlen geprägt sein. Dies gilt insbesondere für jene Erfahrungen, die sich aktuell aus dem interaktionellen Prozess ergeben. In dem interaktiven Geschehen spiegelt sich mithin der Selbstentfaltungsprozess des Organismus „Gruppe“, der wiederum die Selbstentfaltung des Individuums unterstützend begleitet. Damit erweist sich das für die Einzelperson gültige Therapieverständnis als kompatibel für den Entwicklungs- und Veränderungsprozess einer nach klientenzentrierten Grundsätzen arbeitenden Gruppe.

Bereits im Zusammenhang mit den erforderlichen Bedingungen für einen solchen Prozess wurde auf die Bedeutung des Faktors Zeit hingewiesen. Die Erfahrung spricht dafür, dass im stationären Therapiesetting die erwähnten Bedingungen etwas einfacher zu realisieren sind als in einer ambulanten Gruppe.

Serie Digital Vision Elements of Nature  
Nr. 031312 (einsamer Baum)

Um so bedeutsamer könnte gerade hier ein Erfahrungsangebot sein, das vom Autor seit vielen Jahren regelmäßig in der stationären Suchttherapie eingesetzt wird: Die Rede ist von sogenannten „Intensivgruppentagen“. Dabei haben die Teilnehmenden einer Gruppe die Gelegenheit im Rahmen eines auf acht Stunden angelegten Treffens miteinander zu arbeiten, sich intensiver kennen zu lernen und zu begegnen. Der Einsatz klientenzentrierter Erfahrungsangebote u.a. auch aus dem körperpsychotherapeutischen Bereich, hat sich dabei als besonders bereichernd und förderlich erwiesen. Bei diesen Treffen entstehen gewöhnlich Prozesse, wie Rogers sie bereits 1970 in seinem Buch über Encounter-Gruppen beschrieben hat.

Nach seiner Definition betonen diese Gruppen insbesondere das persönliche Wachsen sowie die Verbesserung der interpersonalen Kommunikation. Im Verlauf des gemeinsamen Erfahrungsprozesses kommt es zu deutlich reiferen und offeneren Beziehungen der Teilnehmenden zueinander. Ursächlich für diese Entwicklungen ist ein Klima der Sicherheit und des gegenseitigen Vertrauens, das dazu beiträgt, Abwehrverhalten abzubauen und sich zunehmend freier zu äußern. Dadurch finden die Mitglieder zu einer größeren Selbstakzeptanz, zu einer verbesserten interpersonalen Begegnung und sie entwickeln Fähigkeiten von anderen Personen zu lernen. Es wird deutlich, dass Rogers bereits jene Erfahrungen beschreibt, die sich auch in Gruppen im Rahmen einer Suchttherapie entfalten können und in der überschaubaren Zeit eines Intensivgruppentages meist schon zu beobachten sind.

Trotz der vielfältigen Vorteile, die diese Behandlungsform beinhaltet, darf nicht übersehen werden, dass Intensivgruppentage für die Teilnehmenden auch anstrengend und belastend sein können. Deshalb sollte die Indikationsstellung für eine Teilnahme sorgfältig erwogen werden. Als Entscheidungskriterium kann vor allem auch die Einschätzung des jeweiligen Klienten selbst heran gezogen werden. Wenn man die potentiellen Teilnehmer über Ablauf und Vorgehensweise informiert, kommen sie

in aller Regel selbst zu der für sie richtigen Entscheidung.

Um Überforderungen des Einzelnen und der Gruppe zu vermeiden, ist es darüber hinaus wichtig, während des Intensivgruppentages auf ausreichende Pausen zu achten. Ziel ist es ja gerade nicht, wie etwa bei den Marathon-Gruppen der 70er Jahre (vgl. Shepard & Lee 1972), die Widerstände der Gruppenmitglieder zu brechen und heftige Gefühlsausbrüche zu forcieren. Hier soll es darum gehen, ein förderliches und heilsames Klima zu entwickeln und die Kohäsion der Gruppe zu verbessern. Wenn dies gelingt, tragen Intensivgruppentage dazu bei, einen auf längere Zeit angelegten Gruppenprozess positiv zu unterstützen.

### **Einige abschließende Bemerkungen**

Innerhalb der Gesprächspsychotherapie hat sich in den zurückliegenden Jahren ein eigenständiger Behandlungsansatz für Suchterkrankungen entwickelt. Es wurde aufgezeigt, dass die gesprächspsychotherapeutische Störungs- und Therapietheorie sich in besonderer Weise für dieses Beraterische und therapeutische Praxisfeld eignet und sie auch hier ihr eigenes Profil entwickeln konnte. Dabei erweist es sich als unabdingbar, die klientenzentrierten Basismerkmale des therapeutischen Handelns durch an den Besonderheiten der Symptomatik orientierten Interventionen zu ergänzen und im Zusammenwirken beider Linien an den Bedürfnissen der suchtkranken Person ausgerichtet zu behandeln. Erst in der fachlich reflektierten Einbindung notwendiger störungsbezogener Vorgehensweisen, die den „klassischen“ Ansatz erweitern, erweist sich das Therapieverfahren, so wie von Rogers selbst gefordert, als entwicklungs offen und dabei primär an den Bedürfnissen der Rat und Hilfe suchenden Person ausgerichtet. Dies ist etwas gänzlich anderes als eine modernistisch-unreflektierte Umsetzung eines, wie auch immer definierten, „integrativen Ansatzes“ oder schlicht eines unkritischen Eklektizismus. Die Fähigkeit zur Weiterentwicklung

und zur Integration von Erfahrungen ist das erklärte Ziel jeder Gesprächspsychotherapie; sie sollte gleichermaßen Platz haben im Selbstverständnis des Ansatzes und bei jenen die ihn vertreten.

### **Literatur**

- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (2001) Jahrbuch Sucht 2002. Geesthacht: Neuland.
- Esser U. und Sander K. (Hrsg.) (1988). Personenzentrierte Gruppentherapie. Heidelberg: Asanger
- Feselmayer, S. und Heinzl, K. (1985) Die klientenzentrierte Psychotherapie mit Suchtkranken. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 8 (1-2), 39-49.
- Fiedler, D. (1998). Psychische Störungen durch Alkohol und ihre gesprächspsychotherapeutische Behandlung. In: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 2/98, 108-118
- Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.) (1998). Weiterbildung zum Sozialtherapeuten. Köln: GwG-Verlag.
- Gollek, S. (2001). Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie der Depression. In: Psychotherapie im Dialog, 4/2001, 431-439
- Hutterer, R. (1989). Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität. Wien, New York: Springer.
- Körkel, J. (2001) Das ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken. In: Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie. Fachverband Sucht (Hrsg.), Geesthacht: Neuland.
- Petry, J. (2000). Trinkkontrolle: Ideengeschichte und aktuelle Debatte. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 312 Jg.(2), 253-269
- Pfeiffer, W. (1986). Ist das Rogers'sche Persönlichkeits- und Therapiekonzept im Hinblick auf psychiatrische Erkrankungen angemessen? In: Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 5, Heft 4.
- Prochaska, J.O. & Di Clemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19, 276-288
- Rogers, C.R. (1984). Encounter Gruppen. Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C.R. (1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GwG-Verlag.
- Sachse R. (1999). Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Shepard, M. und Lee, M. (1972) Marathon 16. München: Kindler.
- Speierer G.W. (1994). Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Heidelberg: Asanger.
- Yalom, I. (1974). Gruppenpsychotherapie. München: Kindler.