

Matthias Barth, Michael Schaub

Ressourcen der Personzentrierten Psychotherapie in der Behandlung drogenabhängiger Klienten

Zusammenfassung: Vor dem Hintergrund sich verändernder Behandlungsparadigmen im Feld der Drogentherapie werden Argumente erörtert, weshalb der Personzentrierte Ansatz in der psychotherapeutischen Arbeit mit drogenabhängigen Klienten eine stärkere Beachtung verdient. Wesentliche Gesichtspunkte sind dabei (1) die der Personzentrierten Therapie implizite starke Ausrichtung auf den einzelnen Klienten und dessen individuelles Wert- und Bezugssystem, (2) die kontinuierlich-wertschätzende Therapeutenhaltung, welche resignativen Versager-Selbstbildern beim Klienten entgegenwirkt und auch in Krisenzeiten Halt gibt, (3) der nicht-bedrängende Therapierahmen, der eine Integration verleugnend abgewehrter Inhalte begünstigt, (4) die Förderung einer autonomen Selbststeuerung, die nicht auf von aussen auferlegten Regeln, sondern auf Selbstexploration und vom Klienten ausgehenden Lösungsansätzen beruht und schliesslich (5) die sich am Prozess des Klienten orientierende Auseinandersetzung mit hier und jetzt relevanten Fragen.

Stichwörter: Drogentherapie, klientenzentriert, personzentriert, Substanzstörungen, Heroin, Kokain

Abstract: Resources of the person-centered approach for drug therapy. With reference to changing treatment paradigms in the field of drug therapy we discuss why the Person-Centered Approach deserves more attention in the psychotherapeutic treatment of substance-using individuals. Essential aspects are (1) the inherently strong orientation to the individual client and his/her frame of reference and his/her system of values (2) the therapist's enduring attitude of unconditional positive regard, which counteracts resigned failure self-image and provides support in times of crisis (3) the non-invasive therapy frame, which facilitates integration of denied contents (4) the encouragement of autonomous self dependent way of living that is not externally imposed by rules but rather is based on self-exploration and client's solutions and finally (5) the discussion about significant here-and-now questions that are driven by the client him-/herself.

Keywords: Drug therapy, person-centered, client-centered, substance use disorders, heroin, cocaine

1. Einleitung

In Publikationen personzentrierter Ausrichtung finden sich nur spärlich Beiträge zum Thema Drogenabhängigkeit, und wenn es um Beispiele für Grenzen des Anwendungsbereichs Personzentrierter Psychotherapie¹ geht, wird der Drogenbereich zuweilen gar an erster Stelle genannt.

Es ist unser Anliegen aufzuzeigen, dass die Personzentrierte Psychotherapie in der Behandlung Drogenabhängiger einiges an wertvollem Rüstzeug anzubieten hat und die Thematik seitens

Personzentrierter Therapeuten² mehr Aufmerksamkeit verdient. Insbesondere im Zuge neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Entwicklungen scheint es uns wichtig, die Positionierung des Personzentrierten Ansatzes in diesem Fachbereich neu zu überdenken.

Unser Anspruch ist keineswegs, hier ein umfassendes Behandlungskonzept vorzulegen. Vielmehr möchten wir einige auf praktischen Erfahrungen beruhende Überlegungen einbringen, von denen wir meinen, dass sie in der Arbeit mit Drogenabhängigen hilfreich sein können. Es ist uns bewusst, dass wir dabei verschiedentlich herkömmliche Konzepte und Annahmen in Frage stellen. Wenn unser Beitrag zu einer vertieften Auseinandersetzung mit dem Thema anregt, ist unser Ziel erreicht.

1 Äquivalent zur früher gängigen Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ gebrauchen wir hier die Begriffe „Personzentrierte Psychotherapie“ oder einfach „Personzentrierte Therapie“. Wird in einem allgemeineren Sinne von der personzentrierten Arbeitsweise gesprochen, verwenden wir den Begriff „Personzentrierter Ansatz“ (PZA).

2 Mit Rücksicht auf den Textfluss verwenden wir jeweils nur die männliche Form. Selbstverständlich sind Vertreterinnen und Vertreter beider Geschlechter gemeint.

Wir beziehen uns primär auf Abhängigkeiten von Opiaten und Kokain. Wie eine systematische Literaturrecherche zeigt³, befassen sich die meisten von personenzentrierten Autoren verfassten Beiträge zu substanzbedingten Störungen⁴ mit der Alkohol-Abhängigkeit, welche sich in mancher Hinsicht (gesellschaftlicher Kontext, Konsummuster, Substanzwirkungen, Behandlungsansätze u. a.) von den hier im Fokus stehenden Drogenabhängigkeiten unterscheidet. Es fällt auch auf, dass die meisten dieser Beiträge auf abstinenzorientierten Konzepten basieren (z. B. Fiedler, 1998; Tasseit, 2001; eine Ausnahme bildet Happel, 1992).

Da abstinenzorientierte Ansätze in der heutigen Drogentherapie viel von ihrer Vorherrschaft eingebüsst haben, wollen wir uns zuerst kurz einigen allgemeinen Tendenzen im Feld der Behandlung von Drogenabhängigen zuwenden.

2. Aktuelle Entwicklungen in der Drogentherapie

Ausgeprägter als in den meisten andern europäischen Ländern entwickelte sich in der Schweiz eine starke Diversifikation der Angebote für Klienten mit substanzbedingten Störungen. Ausschlaggebend dafür war die Ballung von Heroinkonsumenten in Zentren wie dem Platzspitz in Zürich, welche Mitte der Achtziger Jahre und Anfangs der Neunziger zu schnellen Lösungen für eine grosse Zahl meist junger Drogenabhängiger drängte. Neben der Eröffnung einer ganzen Anzahl von abstinenzorientierten stationären Einrichtungen, den so genannten „Therapeutischen Gemeinschaften“, und von ambulanten „Kontakt- und Anlaufstellen“, wurde die Heroinsubstitution durch Methadonabgabe bei Hausärzten und Abgabezentren vorangetrieben, was mit einer deutlichen Relativierung abstinenzorientierter Behandlungsparadigmen einherging.

Es gilt dazu anzumerken, dass nicht-abstinenzorientierte Ansätze keineswegs abhängigkeitsfreundlich sind, sondern lediglich der Abstinenz nicht oberste Priorität im Behandlungskonzept einräumen. So stehen zum Beispiel palliative oder sozialintegrative Zielsetzungen im Vordergrund, welche eine Einschränkung des Drogenkonsums auf indirekte Weise begünstigen.

Tendenziell sind die abstinenzorientierten therapeutischen Gemeinschaften für Drogenabhängige, zumindest in der Schweiz, im

Abnehmen begriffen. Die meisten dieser Einrichtungen, die oft weit ab von städtischen Zentren geführt werden, zielen mittels pädagogischer Stufensysteme und ausgefeilter Regelwerke auf eine Art „Umerziehung“ der Klienten. Ernüchternde Untersuchungen zeigen indessen schon lange, dass die Rückfallquoten nach Rückkehr in den städtischen Alltag enorm hoch sind (Sorensen, et al., 1984). Auch liefern Studien keine erhärteten Hinweise, dass stationäre Settings stets bessere Erfolge zeitigen würden als ambulante. Erstere weisen hohe Abbruchraten auf (40–60%, z. B. Ascari et al., 2001) und sind nur für einen geringen Teil von Klienten Erfolg versprechend (Stohler & Dürsteler-MacFarland, 2003).⁵

Eine vergleichbare Tendenz zeigt sich auch bei den bis vor kurzem als Standard geltenden Entzugs- oder Entgiftungsbehandlungen. Die früher zuweilen mit ideologischem Eifer vertretenen „kalten“, wie auch die medikamentengestützten stationären „Entzüge“, weichen immer häufiger ambulanten ärztlichen Interventionen.

Die heutigen Behandlungsansätze sind eher pragmatisch als ideologisch begründet. Die Entwicklung hin zur Diversifikation führt zu den drogentherapeutisch relevanten Fragen, in welchem persönlichen und sozialen Kontext jemand Drogen benützt, welche Drogen involviert sind und welche Konsummuster die Abhängigkeit prägen. Für einen Schwerstabhängigen kann eine kontrollierte Drogenabgabe ebenso sinnvoll sein wie eine pädagogische Gemeinschaft für einen Jugendlichen mit Sozialisierungsdefiziten. Für eine sehr grosse Gruppe von Abhängigen erweisen sich ambulante Substitutionsprogramme als hilfreich⁶.

Was die ambulanten Behandlungen angeht, zeigen Erfahrungen, dass sich langjährige, schwere Störungen durch psychotrope Substanzen am ehesten in der Zusammenarbeit von Medizinerinnen, Psychotherapeuten und Sozialarbeitern behandeln lassen.

3. Die Notwendigkeit personenzentrierter Interventionen

Lange haben in der psychologischen Auseinandersetzung mit Abhängigkeit eher Verallgemeinerungen als Differenzierungen vorgeherrscht. Unterschiedlichste Abhängigkeiten, wie die Spiel-, Ess-, oder Sammelsucht wurden mit den Substanzabhängigkeiten zuweilen in eine Reihe gestellt. Dabei wurde gleichsam ein ‚Suchtcharakter‘ als Persönlichkeitsattribut der Abhängigen postuliert – ein

3 Die Literaturrecherche erfasst Publikationen, welche die Begriffe „personenzentriert“, „klient(en)zentriert“ oder „Gesprächspsychotherapie“ kombiniert mit „Sucht“, „Abhängigkeit“, „Alkohol“, „Drogen“, „Kokain“, „Heroin“, „Opiate“ beinhalten (deutsch und englisch); berücksichtigt wurden die Literaturdatenbanken PUBMED, PSYCLIT, PSYINDEX und Peter F. Schmid's Website bis zum Januar 2005.

4 Grundsätzlich von ‚Sucht‘ zu reden, gilt in der heutigen Fachliteratur aufgrund der unklaren Breite des Begriffs, der sehr spezifisch wirkenden Substanzen und der unterschiedlichen Störungsbilder als unpräzise. Deshalb ist es heute zunehmend Usus, in Anlehnung an den im Englischen gängigen Begriff „substance use disorders“ von „substanzbedingten Störungen“ oder kurz „Substanzstörungen“ zu sprechen. Im ICD-10 werden unter dem Oberbegriff „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ jeweils genauere Differenzierungen vorgenommen.

5 In der Schweiz werden lediglich 2–10% aller Drogenklienten mit schweren Substanzstörungen durch Opiate und/oder Kokain stationär behandelt (act-info-FOS, 2004).

6 Bei der Evaluation des Methadonregisters des Kantons Zürich durch die Forschungsgruppe Substanzstörungen der PUK Zürich bei Klienten mit Störungen durch Opiode wurde gezeigt, dass nach sieben Jahren zwischen 70% und 85% der Klienten – unabhängig von der Art anderer Behandlungen (Entzug, stationäre Therapie oder alternative Substitutionsbehandlungen) – wieder zurück zur Methadonsubstitution kamen. Das sind abzüglich Sterberate und allfälligen Fortgezogenen nahezu 90% (Nordt et al., 2005).

Konstrukt, dass einer genaueren wissenschaftlichen Prüfung nicht standhalten kann (Görgen, 1993), denn Auffälligkeiten, wie sie im Rahmen der Behandlung vieler Klienten mit substanzbedingten Störungen beobachtet werden können, wie zum Beispiel verminderte Fähigkeit zur Selbstkontrolle, Vermeiden sozialer Kontakte, geringe Fähigkeit zur Benennung von Gefühlen, geringe Selbstwertschätzung u. a. (Fiedler, 1998), sind wohl eher das Resultat der Substanzstörung als prämorbid Persönlichkeitseigenschaften.

Der starke Fokus auf die Persönlichkeit und die dahinter vermutete Psychodynamik liess im Falle der Substanzabhängigkeiten oft eine simple Tatsache übersehen: die Bindungskraft der Drogen selber und die verheerende Eigendynamik, die daraus hervorgehen kann. Denn ein grosser Teil der Drogenabhängigen leidet nicht so sehr unter den Gründen, die zum anfänglichen Konsum geführt haben, als vielmehr unter der Abhängigkeit selber und deren Folgen. (Ganz im Sinne des Refrains eines alten französischen Chansons: „Je bois pour oublier, qu'il faudrait en finir!“⁷). Insofern greifen Therapieansätze, die bloss auf das Aufspüren von Ursachen fokussieren, zu kurz.

Die Einstiegsgründe in eine Abhängigkeit mögen in der Tat äusserst unterschiedlich sein und reichen vom unbedachten Mitmachen in der Peergruppe durch psychisch unauffällige Personen über kompensatorische Motive bis hin zur Einbindung in komplexe psychische Krankheitsprozesse (auf letztere wird in Abschnitt 5 Bezug genommen). Entsprechend variierend sind auch die Verläufe, mit den bekannten möglichen körperlichen, psychischen und sozialen Folgeerscheinungen.

Was die Behandlungswege angeht, hat sich gezeigt, dass Ansätze, bei denen Strafen und Kontrollen eine wesentliche Rolle spielen, oft Gefahr laufen oder gar daran scheitern, dass sich die Kreativität der Klienten primär auf das Unterwandern der Kontrollvorgaben richtet. Erfolg versprechen Therapien aller Erfahrung nach indessen vor allem dann, wenn die Auseinandersetzung der Betroffenen weniger auf fremde Grenzsetzungen ausgerichtet ist, als auf die Stärkung der Fähigkeit, die aus eigener Einsicht als notwendig erkannten Grenzen einzuhalten.

All diese Faktoren führen mit Blick auf die therapeutische Behandlung weg von normierten Verfahren, hin zu individuellen Begleitungen, die sich an den spezifischen Gegebenheiten des Einzelfalls orientieren. Dabei liegt es auf der Hand, dass nicht nur den äusseren Tatsachen, sondern auch der Einbettung der Abhängigkeit in die individuellen inneren Wertsysteme hohe Relevanz zukommt.

Im Wesentlichen sind es – nebst hinreichenden Fachkenntnissen über Drogen – die Qualitäten des Personzentrierten Ansatzes, die nach Meinung der Autoren hier gefragt sind: ein präzises Massnehmen am Bezugssystem des Klienten und eine unvoreingenommene Bereitschaft, sich auf dessen Welt einzulassen.

4. Leitgedanken zur psychotherapeutischen Begleitung

Wenn wir die Personzentrierte Therapie als geeigneten Zugang für die Arbeit mit Drogenabhängigen postulieren, muss ausgeführt werden, in welcher Weise entsprechende Interventionen dieser Klientel zugute kommen. Dabei setzen wir voraus, dass die Leserschaft mit den allgemeinen Prinzipien und Wirkmechanismen der Personzentrierten Psychotherapie vertraut ist, und gehen hier nur auf die Besonderheiten dieser Klientengruppe ein.

Im Zentrum jeder Gesprächspsychotherapie steht die auf der personzentrierten Haltung aufbauende Beziehung. Mit der Qualität dieser Beziehung steht oder fällt der Erfolg der therapeutischen Bemühungen. Kernpunkt ist dabei eine hohe Präsenz des Therapeuten, verbunden mit einem für den Klienten spürbaren Interesse an dessen Erleben. Die personzentrierte Haltung, wie sie hier verstanden wird, setzt eine gründliche Schulung und eine präzise, situationsangemessene Umsetzung der PZA-spezifischen Arbeitsprinzipien voraus.

Nach unserem Verständnis ist die von Rogers explizierte personzentrierte Haltung stets als Gesamtheit wirksam, das heisst, es ist das Zusammenwirken von empathischem Verstehen, bedingungs-freier Wertschätzung und Kongruenz des Therapeuten, welches eine interaktionelle Situation schafft, die relevante persönliche Veränderungen beim Klienten begünstigt.

Im Bewusstsein, dass das Auseinanderdividieren der Wirkfaktoren des Personzentrierten Ansatzes stets zu verkürzten Aussagen führt, versuchen wir im folgenden unter anderem aufzuzeigen, welche besondere Bedeutung den einzelnen Haltungsaspekten bei der hier im Fokus stehenden Klientengruppe zukommt. Danach gehen wir kurz auf einige behandlungstechnische Gesichtspunkte und Settingsfragen ein.

Wertschätzendes Begleiten

Wer in das Fangnetz einer Substanzabhängigkeit geraten ist, braucht viel Kraft und Geschick, um sich daraus zu lösen. Jeder, der sich intensiver mit Abhängigen befasst hat, weiss, dass bei fast allen periodisch ein starker Wunsch nach Ausstieg aus den Fängen der Abhängigkeit, die oft als Sklaverei erlebt wird, vorhanden ist (wo dies nicht der Fall ist, wird es auch kein Bedürfnis nach Psychotherapie geben).

Mangelndes Umsetzungsvermögen, oft begünstigt durch unrealistische Zielsetzungen, führt zu zunehmender Resignation und negativen Versager-Selbstbildern. Gerade stark abstinenzorientierte Ansätze tragen häufig zu einer Steigerung dieser Dynamik bei (Barth, 2001), indem sie überhöhte Abstinenzideale schaffen, die in grosser Dissonanz zu dem stehen, was für den Abhängigen tatsächlich realisierbar ist. (So wie nicht für alle Übergewichtigen eine Nulldiät das Richtige ist, sind auch für Schritte in Richtung Abstinenz Mass und Mitte nötig. Niemand wird sein erstes Lauftraining mit der Olympianorm im Kopf absolvieren.)

⁷ „Ich trinke, um zu vergessen, dass ich damit aufhören sollte!“

Rigide Abstinenzideale werden oft als Selbstbewertungskriterien verinnerlicht und sind einer ausgewogenen Selbststeuerung alles andere als zuträglich. Das Selbstwertgefühl des Klienten steht und fällt dann mit dem Einhalten dieser Ideale. Insofern ist es nicht erstaunlich, dass statistisch gesehen die Suizidgefährdung von Drogenabhängigen bei Rückfällen nach Abstinenzkuren besonders hoch ist (Drake et al., 2004; Strang et al., 2003).

Eine therapeutische Begleitung, die solche Muster nicht verstärkt, sondern eine kontinuierliche, nicht an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung gewährt, ist hier von grösstem Wert. Die therapeutische Beziehung muss den Höhen und Tiefen des Weges des Klienten standhalten. Gerade in Krisenzeiten ist eine Beziehungsstruktur hilfreich, die eine offene Kommunikation erlaubt.

Die Therapie sollte auch einen Kontrapunkt zu ungünstigen Reaktionsweisen von Umfeld und Angehörigen des Abhängigen darstellen können, welche nicht selten in konzertierter Weise bei Abstinenzphasen des Klienten entspannt aufatmen und bei Rückfällen in besorgte Aufregung und Stress verfallen, so dass ein wohlmeinendes aber wenig hilfreiches Mitagieren entsteht. Die bedingungsfreie Wertschätzung des Personenzentrierten Therapeuten zeichnet sich dagegen durch eine gewisse Gelassenheit aus. Es ist in keiner Weise wünschenswert, dass der Klient sich dem Therapeuten gegenüber schuldig oder klein fühlen muss, wenn er Drogen konsumiert. Zuckerbrot und Peitsche gehören nicht in eine Personenzentrierte Therapie. Es ist das Privileg des Therapeuten, weder erziehen noch richten zu müssen. Seine Aufgabe ist es, dem Klienten bei seinem Bemühen beizustehen, sein entgrenztes Verhalten wieder in den Griff zu bekommen.

Kongruenz und autochthone Grenzsetzungen

Zunächst soll hier von der Kongruenz des Klienten die Rede sein. Drogenabhängigen werden oft Verleugnungstendenzen und Unehrlichkeit unterstellt. Im Rahmen so genannter Konfrontationen werden nicht selten drastische Massnahmen propagiert und angewandt, um Abhängige dazu zu bringen, sich den Wirklichkeiten zu stellen und zu ihren Schwächen und Fehlern zu stehen⁸. Dabei wird übersehen, dass die Tatsachen des Lebens gerade bei schwer Abhängigen oft viel zu schmerzhaft sind (Beziehungs- und Statusverluste, Schulden, Krankheiten usw.), als dass sie ohne weiteres unbeschönigt wahrgenommen und realitätsbezogen ins Selbstbild integriert werden könnten. Manches muss abgewehrt werden, damit der Klient vor sich selber bestehen kann. Unreflektiertes Zertrümmern der Abwehr zeitigt kontraproduktive Ergebnisse – oft bleibt nur der „Schutz“ durch erneuten Drogenkonsum. (Der Drogenrausch kann als eine Art „Scheinkongruenz“ verstanden werden, worin das Erleben von Dissonanzen vorübergehend ausgeschaltet ist.)

8 Zur Zeit von Rogers waren die sog. Synanon-Drogentherapiegruppen sehr verbreitet, in denen stark mit solchen Konfrontationen gearbeitet wurde. Rogers (1970a/1974, S. 73) würdigt zwar in allgemeiner Weise deren Arbeit, distanziert sich jedoch klar von jeglichem Dogma „unnachgiebigen Attackierens“.

Weil sich Kongruenz beim Klienten nicht erzwingen lässt, muss ein therapeutischer Rahmen so beschaffen sein, dass er dem Drogenabhängigen erlaubt, seiner Geschichte und seiner Gegenwart unbedrängt zu begegnen. Es ist die personenzentrierte Haltung, die tatsächengerechte Integrationsschritte begünstigt. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Kongruenz und Integrität des Therapeuten. Nicht Moral und Besserwisserie sind gefragt, sondern eine ernsthafte und ehrliche gemeinsame Auseinandersetzung mit den oft schwer zu bewältigenden Lebenssituationen.

Auf dem Boden therapeutischer Kongruenz (im Sinne von Echtheit und Transparenz) sind aber auch klare Grenzen zu setzen, nämlich dort, wo Vereinbarungen und Verbindlichkeiten unverträglich stark missachtet werden. Abhängigkeiten sind kein Freipass für unsoziales Verhalten, und personenzentriert zu arbeiten heisst nicht, jedes Fehlverhalten bereitwillig zu akzeptieren. In der konkreten Therapiebeziehung auftauchende Ärgernisse anzusprechen und Grenzen zu markieren hat eine andere Qualität, als sich zum Anwalt von Regeln zu machen, die durch Dritte auferlegt wurden. Grenzsetzungen erfolgen hier nicht aus kurzschlüssigen edukativen Motiven, sondern einerseits aus einem achtsamen Umgang des Therapeuten mit seinen eigenen Ressourcen und andererseits, um über dessen offen kommunizierte Gefühlsreaktionen eine authentische Auseinandersetzung mit den jeweiligen Themen zu fördern. Dies kommt letztlich auch der Empathie- und Beziehungsfähigkeit des Klienten zugute.

Die beim Therapeuten auftauchenden Gefühle sind generell – und dies gilt auch für das hier im Fokus stehende Arbeitsfeld – ein zentrales Arbeitsinstrument der Personenzentrierten Psychotherapie. Sie sind für die kontinuierliche Überprüfung der Kongruenz im Kontakt mit dem Klienten nutzbar und dienen als Indikatoren, ob die therapeutische Wahrnehmung in unbeeinträchtigt Weise durch bedingungslose Wertschätzung und Empathie geprägt ist (vgl. Biermann-Ratjen et al., 1995). Auch können vom Klienten abgewehrte Gefühle stellvertretend beim Therapeuten in Erscheinung treten. Durch deren bewusste, wertschätzende Wahrnehmung und angemessene Kommunikation wird eine Grundlage für integrative Schritte beim Klienten geschaffen.

Es muss in diesem Zusammenhang gesagt werden, dass die Arbeit mit drogenabhängigen Klienten zuweilen sehr belastend sein kann. Sich der nahen Begegnung mit diesen oft leidvollen und konfliktreichen Lebenswelten auszusetzen, kann eine Vielfalt schwer erträglicher Gefühle wie Hilflosigkeit, Wut oder auch Angst evozieren. Immer wieder mitzuerleben, wie sich Menschen sinnlos besserer Perspektiven berauben oder wie sich ihre Hoffnungen abrupt zerschlagen, kann auch ausgewogen abgegrenzten Therapeuten nahe gehen. Zur Arbeit im Drogenbereich gehört zudem die Konfrontation mit Krankheiten, Notfällen, Verlusten und Tod. Nicht selten haben solche Ereignisse ein traumatisierendes Potenzial, dem sich auch anteilnehmende Drittpersonen wie die Therapeuten nicht ohne weiteres entziehen können.

Bewusste Psychohygiene und unterstützender Austausch mit Fachkollegen sollten in diesem Arbeitsbereich nie fehlen. Es gilt für den Therapeuten, all seine Gefühlsreaktionen sorgfältig zu beachten und sie wenn nötig in Inter- oder Supervisionen zu thematisieren. Insbesondere ist dabei stets zu differenzieren, ob es sich um therapeutisch wertvolle Resonanzen auf den Klienten handelt, oder aber um durch den Therapieprozess angerührte – genau so ernst und wichtig zu nehmende – eigene Verletzlichkeiten.

Empathie

Manche, die mit Drogenklienten arbeiten, fallen hinsichtlich ihres emotionalen Engagements in eines der beiden Extreme: eine unbegrenzte Verführbarkeit oder aber eine überabgegrenzte Unnahbarkeit. Oft korrelieren diese Haltungen mit einer Sicht des Abhängigen als Opfer, beziehungsweise als einem, der selber die Schuld trägt an seiner Situation (mitunter zeigt sich diese Teilung auch in der gesellschaftlichen Beurteilung Abhängiger).

Keine dieser Haltungen ist hilfreich. Weder ist es von therapeutischem Wert, all die emotionalen Höhen und Tiefen einer Abhängigkeitsgeschichte empathisch nachzuvollziehen, noch nützen aus kühler Distanz erteilte Ratschläge (von denen Abhängige in der Regel von allen Seiten genügend bekommen).

Empathie kann sich als kommunikativer Prozess der Personzentrierten Therapie (Auckenthaler und Bischoff, 2004) auf unterschiedlichen Ebenen manifestieren. In der Arbeit mit drogenabhängigen Klienten kommt dem empathischen Verstehen des inneren Erlebens, namentlich dem Erkennen und Differenzieren von Gefühlen, dem Klären widersprüchlicher Bedürfnisse und dem Erfassen handlungsbestimmender Sinnkonzepte, eine ebenso wichtige Rolle zu, wie einem wachen Interesse an den Bestrebungen des Klienten zur Verbesserung seiner aktuellen Lebenssituation und an seinen sozialen Bezügen (Arbeit, Familie, Umfeld)⁹.

Im Unterschied zu Behandlungen, die lediglich auf die äusseren Umstände des Klienten und seine Bewältigungskompetenz solchen Umständen gegenüber fokussieren, hat in der Personzentrierten Therapie das präzise Wahrnehmen individueller Wertsetzungen und Bedeutungsgehalte einen zentralen Stellenwert. Begünstigt und gestützt durch das empathische Verstehen des Therapeuten, kann sich beim Klienten ein innerer Suchraum eröffnen, in welchem er seine Handlungsmotive, Emotionen, Stärken und Zweifel besser kennen und verstehen lernt. Auch disfunktionale Besonderheiten des Klienten, wie etwa selbstdestruktive Tendenzen, können so erkannt und der gemeinsamen Bearbeitung zugänglich gemacht werden.

Ein derartiger Explorationsrahmen fördert insbesondere auch das Erkennen von impliziten Annahmen über die eigene Person, das eigene Verhalten und den eigenen Lebensentwurf. Als Beispiel

sei hier ein junger Klient erwähnt, der im Laufe der Therapie herausfand, dass er seinen exzessiven Drogenkonsum vor sich selber immer wieder damit zu rechtfertigen pflegte, dass er als Drogenkonsument ohnehin nicht älter als dreissig würde. Solch authentische Erkenntnisse bilden eine solide Grundlage für Veränderungen.

Angesichts der Variationsbreite möglicher kontextueller Einbettungen einer Drogenabhängigkeit lassen sich schwerlich allgemein gültige Aussagen darüber machen, worauf sich die therapeutische Empathie bei Drogenpatienten stets besonders auszurichten hätte. Vielmehr werden sich relevante Themenbereiche jeweils in der individuellen Arbeit herauskristallisieren. Der grösste gemeinsame Nenner liegt indessen in einem gemeinsamen (durch empathisches Verstehen geprägten) kreativen Suchen nach individuell angemessenen Möglichkeiten, die Kontrollkompetenz des Klienten gegenüber der erlebten Macht der Drogen zu erhöhen, mit widersprüchlichen kurz- und langfristigen Bedürfnissen (z. B. Rauscherlebnis versus übergeordnete Ziele) zuträglichere Umgangsformen zu finden und zu einer für den Klienten insgesamt befriedigenderen Lebensqualität zu gelangen.

Wie stets in der Personzentrierten Psychotherapie geht es letztlich darum, dass der Klient aufgrund einer verbesserten Wahrnehmung seiner selbst neue Wahlfreiheiten gewinnt. Mit den Worten von Biermann-Ratjen kann das therapeutische Angebot nicht mehr beinhalten, als den Klienten in seinen Bemühungen um sich selber zu unterstützen (Biermann-Ratjen et al., 1995).

Nicht-direktives Vorgehen

Ein wesentliches Merkmal des Personzentrierten Ansatzes ist das nicht-direktive Vorgehen. Der Therapieprozess entwickelt sich nach seiner eigenen Logik und es gibt keinen Grund, der Aktualisierungstendenzen zu misstrauen und mit thematischen Vorgaben oder Einschränkungen in den Prozess einzugreifen (Rogers, 1962a/1977). Dies gilt nach unserem Erachten auch für die Arbeit mit Drogenabhängigen¹⁰. Auch wenn die Bindungskräfte der Drogen den wachstumsorientierten Kräften als starke Gegenspieler gegenüberstehen, bleibt es stets die Aufgabe der Personzentrierten Therapie, für die Entfaltung und Durchsetzung der letzteren optimale Bedingungen zu schaffen.

Im Laufe einer Therapie bedingen unterschiedliche Phasen und Zustände der Klienten unterschiedliche thematische Prioritäten. Die Brennpunkte dessen, was vom Klienten als bedeutsam und wichtig erlebt wird, sind in stetigem Fluss. Dieser Fluss strukturiert beim personzentrierten Arbeiten den therapeutischen Dialog.

⁹ Verlässliche Langzeitbegleitungen zur Verbesserung der psychosozialen Situation von Drogenabhängigen sind bereits an sich von erwiesenem Wert (Amato et al., 2004; Drake & Mueser, 2000).

¹⁰ Einer vom Therapeuten initiierten, speziellen Fokussierung auf den Substanzkonsum, wie sie von einigen Autoren für Alkoholabhängige Klienten (z. B. Finke, 2004) auf Grund der alkoholspezifischen Verleugnungsstrategien empfohlen wird, stehen wir für den – wie eingangs erwähnt – sich in mancher Hinsicht unterscheidenden Drogenbereich eher skeptisch gegenüber. Die Gedanken von Heroin- und Kokainabhängigen sind ohnehin meist stark auf substanzbezogene Inhalte eingeeignet, so dass die Auseinandersetzung mit anderen Themen an sich oft schon zuträglichen Charakter hat.

Im Falle drogenabhängiger Klienten gilt es zu beachten, dass aufgrund von zuweilen stark wechselhaften Phasen besonders verschiedenartige Schwerpunkte zu erwarten sind. In Zeiten häufigeren Konsums werden für den Klienten oft alltagspraktische Themen im Vordergrund stehen. Vielfach geht es dabei um konkrete Bewältigungsstrategien (wie schafft er es, heute ohne erneuten Konsum nach Hause zu kommen? Gibt es Hilfestellungen zum Einhalten des nächsten Termins? Wie schafft er es, am Wochenende an der Familienfeier teilzunehmen?). Im therapeutischen Umgang damit ist hier weniger ein „nicht-direktives Erteilen von Ratschlägen“ gefragt, als vielmehr ein personenzentriertes Begleiten des Suchprozesses nach möglichen Lösungen. Eine Therapeutenäußerung könnte auf das erste der obigen Beispiele bezogen etwa lauten: „Ohne Drogenkonsum zu Fuss durch die Szene nach Hause zu gehen, trauen Sie sich im Moment nicht zu. Mit dem Bus hingegen, denken Sie, sollte es gehen.“

In stabileren Phasen – oft begünstigt durch angemessene Substitution – kann es demgegenüber zu vertieften Explorationen im oben umschriebenen Sinne kommen. Der Klient gewinnt an Kompetenz im Umgang mit seiner inneren und äusseren Lebenswelt, indem er seine Erlebens- und Handlungsmuster, gerade auch in Bezug auf den Konsum, besser verstehen und auch seine Ressourcen besser wahrnehmen lernt. Es entsteht ein Gewinn an Autonomie, der ihn näher dazu führt, wieder Herr im eigenen Haus zu werden.

Auch bei einer nicht-direktiven Vorgehensweise können verschiedene in den Prozess eingebundene therapeutische Inputs unseres Erachtens durchaus ihren Platz haben. In erster Linie gehört dazu das Einbringen von Fachwissen, was die Wirkungen der Substanzen betrifft. Solches Wissen erhöht die Selbstkompetenz des Klienten im Umgang mit den Suchtmitteln. Ohne Drohfinger können so die Risiken des Drogenkonsums zunehmend adäquater eingeschätzt werden.

Zu den hilfreichen Inputs von Therapeutenseite – die sich als Aspekt therapeutischer Kongruenz konzeptualisieren lassen – gehört sicher auch das aufmerksame Feststellen und Rückmelden von beim Klienten wahrnehmbaren Fähigkeiten und Ressourcen. Solche Rückmeldungen können Kräfte mobilisieren und den Klienten beim Optimieren seiner Bewältigungsstrategien unterstützen.

Eine tragfähige Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut wird sich wohl vor allem dann entwickeln, wenn sich die Nicht-Direktivität in einem natürlichen, flüssigen Dialog manifestiert. Die personenzentrierte Therapeutenhaltung schafft die Leitplanken des Gesprächsflusses. Dabei gilt es zu beachten, dass Wertschätzung, Empathie und Kongruenz nie als theoretische Konstrukte wirksam sind, sondern ausschliesslich durch eine gelebte Umsetzung und situationsgerechte Konkretisierung durch den Therapeuten.

Settingsfragen

Grundsätzlich sind personenzentrierte Interventionen sowohl im stationären als auch im ambulanten Therapierahmen möglich. Voraussetzung für eine Therapie nach den hier dargestellten Prinzipien ist in der Regel die Freiwilligkeit. Zuweilen lässt sich allerdings auch

bei unfreiwilligen Vorgaben, zum Beispiel bei einer Zuweisung durch die Justiz, konstruktiv arbeiten, wenn der Klient die Therapie als persönliche Chance wahrnimmt.

Wenn die Therapie in einem stationären oder teilstationären Rahmen stattfindet, ist darauf zu achten, dass der Therapeut nicht durch verhaltenspädagogische Institutionsregeln in Sachzwänge eingebunden ist, welche sich negativ auf das Vertrauensverhältnis zum Klienten auswirken können (wie etwa die Pflicht, im Therapiegespräch thematisierten Drogenkonsum dem gesamten Behandlungsteam zu melden). Erfreulicherweise gestehen hier manche Institutionen den Psychotherapeuten einen breiten Freiraum zu.

Immer öfter sind ambulante Settings anzutreffen. Es gibt sie in Beratungsstellen und Ambulatorien, aber auch in privaten Praxen. Es ist wichtig, sich hier auf tendenziell langzeitige Begleitungen einzustellen und von Anfang an klare Abmachungen bezüglich Absenzen, finanziellen Belangen und sonstigen Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit zu machen. Auch wenn Verbindlichkeiten eingefordert werden dürfen, ist das ambulante Arbeiten mit dieser Klientel ohne ein gewisses Mass an Toleranz wohl unrealistisch. In der Arbeit mit Drogenklienten gehören Therapieunterbrüche und auch -abbrüche zur Realität des Behandlungsalltags. Wichtig scheint uns indessen, dass die Türen zur Therapie offen bleiben.

Abstinenz ist keine Voraussetzung für die Therapie, aber wenn der Klient offensichtlich „benebelt“ erscheint, ist zu diesem Zeitpunkt kein sinnvolles Arbeiten möglich. Das Ansprechen des subjektiven Eindrucks ist hier sicher wichtiger als Objektivierungsversuche durch Urinproben und dergleichen.

Werden die Therapien von nicht-ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, ist eine Zusammenarbeit mit Ärzten vor allem dann unabdingbar, wenn mit Substitutionen gearbeitet wird. Substitutionsmittel können als Gehhilfen verstanden werden. Ebenso wie Gehkrücken bei Beinverletzungen genügend Stabilität bieten und nicht vorzeitig weggelegt werden sollten, ist bei Substitutionsbehandlungen auf eine genügend hohe Dosierung und eine genügend langfristige Behandlungsdauer zu achten¹¹. Wo diesbezüglich nicht explizit oder implizit die Abstinenzideale der Therapeuten einwirken, können Klienten ihre Bedürfnisse oft sehr genau einschätzen.

Zur Illustration dazu die kurze Verlaufsbeschreibung einer mehrjährigen ambulanten Therapie mit einem drogenabhängigen jungen Mann:

Rolf, ältester Sohn einer auf dem Lande lebenden Kleinunternehmer-Familie, hatte in früher Jugend angefangen, Partydrogen und Cannabis zu konsumieren und geriet im Laufe seiner Verkäuferlehre

11 Dies gilt namentlich für die Substitution mit Methadon oder Buprenorphin bei Heroinabhängigen (Amato et al., 2005). Für Kokainabhängigkeiten wurden noch keine überzeugenden Substitutionsmittel gefunden, wobei erfolgreiche Wirkungen von Konsum reduzierenden und Abstinenz verlängernden Substanzen wie zum Beispiel Disulfiram und Modafinil (Wiesbeck und Dürsteler-MacFarland, 2006) bisher wissenschaftlich zumindest teilweise bestätigt wurden. In der Praxis finden sie bereits erste Anwendungen.

mit etwa neunzehn Jahren in eine starke Opiat-Abhängigkeit (Heroin-Folienrauchen und hohe Dosen auf der Gasse erworbenes Methadon). Mehrere stationäre Entzugsbehandlungen blieben ergebnislos.

Beim Einstieg in die Psychotherapie war Rolf 23-jährig und lebte, nach einigen Jahren ausser Haus, wieder bei seinen Eltern. Ganz zu Beginn fanden unsere Therapiegespräche in einem teilstationären Rahmen statt, später in ambulanter Praxis, beides unter kontinuierlicher Methadon-Substitution.

Die Psychotherapie mit Rolf wurde im oben dargestellten Sinne nach den Prinzipien des Personzentrierten Ansatzes durchgeführt. Da er keinerlei Sanktionen zu befürchten hatte, konnte Rolf seinen Drogenkonsum, den er während zeitweiliger Krisen hatte, ohne weiteres thematisieren. Er nutzte den vertrauensgeprägten Therapierahmen zur Auseinandersetzung mit Erfolgen und Misserfolgen bei seinem Bemühen, das Drogenproblem in den Griff zu bekommen. Gleichzeitig explorierte Rolf in einem nicht-direktiven Prozess wichtige Themenbereiche seines Lebens, wie Familie, Arbeit, Sexualität usw. Ein zentrales Thema war die Beziehung zu seinem Vater, der ihm – so Rolfs Wahrnehmung – bloss wenig zutraute. In zunehmendem Mass wurde auch die Berufsfrage wichtig, weil sein erlernter Beruf in keiner Weise zu seinen technischen Interessen passte.

Im Laufe unserer Arbeit (Wertschätzung verleiht Flügel!) gewann Rolf an Selbstvertrauen. Er schaffte die Aufnahme für eine Computersupporter-Ausbildung, in welcher er bald zu den Klassenbesten gehörte. Zudem fand er eine Praktikantenanstellung und wurde dort als Person und Mitarbeiter sehr geschätzt. Rolfs Veränderungsprozess hatte gleichzeitig auch Auswirkungen auf seine Familie, was sich im gemeinsamen Haushalt spiegelte, der schrittweise von einer rigiden Eigenheimidylle zu einer Art Wohngemeinschaft von autonomen Erwachsenen mutierte. Zu seinem Vater entwickelte sich eine zunehmend herzliche Beziehung.

Bezüglich der Methadon-Substitution gewann Rolf viel Eigenkompetenz. Er baute im Laufe der Therapie – auf eigenen Wunsch und ohne jegliches äussere Drängen – auf eine Dosis ab, welche so gering ist, dass sie bloss noch wenig mehr als eine Placebo-Wirkung hat. Drogen sind in seinem aktuellen Leben kein Thema mehr.

Ich sehe Rolf heute, nach etwa fünf Jahren Therapiezeit, bloss noch sehr sporadisch alle paar Monate. Er hat seine Ausbildung erfolgreich abgeschlossen und konnte seine Stelle behalten. Er beabsichtigt, in eine höhere Fachschule im Informatikbereich einzutreten und ist mit einem Kollegen in eine eigene Wohnung gezogen. (M.B.)¹²

5. Klienten mit Dualdiagnosen

Untersuchungen in der Schweiz zeigen, dass der ehemals typische Drogenkonsument, wie er am Platzspitz zu finden war, zunehmend seltener wird. Immer häufiger finden wir aber Klienten – oft

jüngere – mit Dualdiagnosen (s. z. B. Moggi, 2004). Das bedeutet für die Behandlung, dass ein spezifisches Wissen über die Kurz- wie auch Langzeitwirkungen von oft mehreren Substanzen und deren Interaktionen mit einer oder mehreren komorbiden psychischen Störung(en) vorhanden sein muss. Da hier mitunter psychopharmakologische Interventionen angebracht sind, ist in diesen Fällen eine Zusammenarbeit mit Medizinerinnen besonders angezeigt.

Substanzbedingte Störungen können als Komplikationen mit allen psychiatrischen Diagnosen einhergehen. Oft spielt dabei das Bedürfnis nach Selbstregulierung der psychischen Befindlichkeit eine erhebliche Rolle. Der Fokus wissenschaftlicher Aufmerksamkeit fiel im Laufe der letzten Jahre auf unterschiedliche Komorbiditäten, wie Depressionen, hyperaktive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und seit kurzem auch posttraumatische Störungen (Moggi, 2004; Reynolds et al., 2005; Verheul et al., 1995), wobei zwischen den beiden letztgenannten, zusätzlich zu den hohen Komorbiditäten zu substanzbedingten Störungen, weitere Überlappungsbereiche bestehen (Yen & Shea, 2001).

Die Komplexität solch schwerer und gemischter Störungsbilder verlangt nach besonders spezifischen, stark am Individuum ausgerichteten Behandlungsansätzen. Unter anderem muss der Therapeut sehr genau zu verstehen versuchen, welche Bedeutung dem Drogenkonsum im Gesamtkontext des Krankheitsgeschehens zukommt.

Es ist eine der Stärken des Personzentrierten Ansatzes, der subjektiven Welt des Klienten mit unvoreingenommenem Interesse und Respekt zu begegnen. Gerade Klienten mit Drogen-Dualdiagnosen laufen Gefahr, in klinischen oder anderweitigen Behandlungskontexten auf sehr wenig empathische Resonanz zu stossen. Bestehende Inkongruenzen werden durch eine entwertende Umgebung oft verstärkt, was wiederum ungünstige Auswirkungen auf den Drogenkonsum haben kann. Umso wichtiger ist es, sich als Therapeut auch auf solch schwierige Klienten mit einer kongruenzfördernden, personzentrierten Haltung einzulassen.

Sven, ein Klient mit Borderline-Diagnose und langjährigem starkem Drogenkonsum, der in Krisenzeiten wegen psychotischer Episoden und Suizidalität mehrmals hospitalisiert werden musste und längere Zeiten in Drogeninstitutionen verbracht hatte, schrieb Jahre nach unserer mehrjährigen Therapie, als er sich sowohl psychisch als auch in Bezug auf den Drogenkonsum stabilisiert hatte, in einem berührenden Dankesbrief, dass das, was ihm letztlich geholfen habe („... was meine Störung soweit hingebogen hat, dass ich den Rest aus eigener Kraft schaffen kann ...“), nicht institutionelle Programme gewesen seien, sondern ein paar Menschen, von denen er sich verstanden und ernst genommen gefühlt habe, die an ihn geglaubt hätten und ihm das Gefühl vermittelten, dass sein Leben etwas Wertvolles sei. (M.B.)

12 Klientenbeispiele anonymisiert

6. Schluss

Wir sind von der Feststellung sich verändernder Behandlungsparadigmen ausgegangen – weg von primär abstinentenorientierten Ansätzen, hin zu einer breiten Diversifikation – und haben eine Reihe von Argumenten erörtert, weshalb der Personzentrierte Ansatz aus unserer Sicht im Bereich der Drogentherapie eine stärkere Beachtung verdient. Als wesentlichste Punkte wurden dabei die folgenden genannt:

- die starke Ausrichtung der Personzentrierten Therapie auf die besonderen Gegebenheiten bei jedem einzelnen Klienten und die Wahrnehmung seines individuellen Wert- und Bezugssystems
- die kontinuierlich-wertschätzende Haltung, welche resignativen Versager-Selbstbildern entgegenwirkt und auch in Krisenzeiten Halt gibt
- der nicht-bedrängende Therapierahmen, der eine Integration verleugnend abgewehrter Inhalte begünstigt
- die Förderung einer autonomen Selbststeuerung, die nicht auf von aussen auferlegten Regeln, sondern auf Selbstexploration und vom Klienten ausgehenden Lösungsansätzen beruht
- die sich am Prozess des Klienten orientierende Auseinandersetzung mit hier und jetzt relevanten Fragen

Auf Settingsfragen wurde im Rahmen dieses Artikels nur kurz eingegangen. Personzentriertes Arbeiten ist unseres Erachtens sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting möglich. Als hilfreich

wurde die Zusammenarbeit mit Medizinerinnen nahe gelegt. Dies sowohl mit Blick auf die Verordnung von Substitutionen als auch auf allfällige pharmakologische Interventionen bei der Behandlung komplexer psychischer Störungen, die unter Umständen mit Drogenabhängigkeiten einhergehen können.

Wir beanspruchen keineswegs, hier einen für alle Drogenklienten Erfolg versprechenden Zugang dargestellt zu haben. Ohne Zweifel wird es Klienten geben, die, aus welchen Gründen auch immer, auf andere therapeutische Angebote besser ansprechen. Wir haben eingangs die Wichtigkeit der Orientierung an den spezifischen Gegebenheiten des Einzelfalls betont. Normierten und manualisierten Therapieprogrammen, wie sie heute zunehmend Verbreitung finden, stehen wir skeptisch gegenüber. Gerade weil eine Drogenabhängigkeit in unterschiedlichste Kontexte eingebunden sein kann, lässt sich keine einheitliche, für alle Klienten zuträglichere Therapieformel finden.

Es sei abschliessend angemerkt, dass die therapeutische Begleitung von Drogenabhängigen eine anspruchsvolle Aufgabe ist. Abhängigkeiten gehen oft mit langen Leidensgeschichten einher und lineare Besserungsverläufe sind aufs Ganze gesehen eher die Ausnahme als die Regel. Nichtsdestoweniger sind wir als Therapeuten herausgefordert, Bedingungen fachlicher und zwischenmenschlicher Art zu schaffen, die Auswege aus dieser Form des Leidens begünstigen. Es war unsere Absicht aufzuzeigen, dass die Personzentrierte Psychotherapie hierzu über wertvolle Ressourcen verfügt.

7. Literatur

Act-info-FOS. Nationale Suchthilfestatistiken Schweiz. Jahresstatistiken 1993–2004. http://www.suchtforschung.ch/fos/neu_teilstatistiken.html [Aufgerufen am 21. 08. 05].

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. & Mayet, S. (2004). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 18(4).

Amato, L., Davoli, M., Perucci, C., Ferri, M., Faggiano, F. & Mattick, R. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 321–329.

Ascari, A., Astolfo, R., Capra, N., Carletti, L., Ceron, U., Consoli, A., De Facci, R., Galeone, D., Lovato, A., Massimi, M., Mazzi, G., Nicoletti, G. & Selle, P. (2001). Evaluation of the results achieved by therapeutic communities: a description of the study and the preliminary results. *Journal for drug addiction and alcoholism*, No 4.

Auckenthaler, A. & Bischof, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapie im Dialog*, 4, 388–392.

Barth, M. (2001). Totale Abstinenz – darf's ein bisschen weniger sein? *DAJ-Bulletin*, 1, 4–5.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz H.-J. (1995). Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen (S. 26–33). Köln: Kohlhammer.

Darke, S., Ross, J., Lynskey, M. & Teesson, M. (2004). Attempted suicide among entrants to three treatment modalities for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence and risk factors. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 1–10.

Drake, R. E. & Mueser, K. T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 105–118.

Fiedler, D. (1998). Psychische Störungen durch Alkohol und ihre gesprächspsychotherapeutische Behandlung. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 2, 108–118.

Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie* (S. 136–144). Stuttgart: Thieme.

Görgen, W. (1993). Klientenzentrierte Einzeltherapie von Drogenabhängigen im stationären Setting. *GwG-Zeitschrift*, 68, 26–32.

Happel, H.-U. (1992). Krisenintervention im Sucht- und Drogenbereich. In U. Straumann (Hrsg.), *Beratung und Krisenintervention. Materialien zum theoretischen Wissen im interdisziplinären Bezug* (S. 192–206). Köln: GwG.

Moggi, F. (2002). *Doppeldiagnosen: Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. Bern: Verlag Hans Huber.

Nordt, C., Stohler, R. & Rössler, W. (2005). Planung von Anschlussbehandlungen mindern Behandlungsunterbrüche. Resultate aus der Begleit-evaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 12. <http://www.ssam.ch/MethiInfo12.pdf> [aufgerufen am 21. 08. 05].

- Reynolds, M., Mezey, G., Chapman, M., Wheeler, M., Drummond, C. & Baldacchino, A. (2005). Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 251–258.
- Rogers, C. R. (1970a/1974). *Encounter Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung*. München: Kindler Verlag. (Original erschienen 1970: On encounter groups. New York: Harper and Row.)
- Rogers, C. R. (1962a/1977). *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Kindler: München. (Original erschienen 1962: The interpersonal relationship. The core of guidance. In C. R. Rogers & B. Stevens, *Person to Person: The problem of being human* (pp. 89–104). Moab: Real People.)
- Sorensen, J. L., Deitch, D. A. & Acampora, A. (1984). Treatment collaboration of methadone maintenance programs and therapeutic communities. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10, 347–359.
- Stohler, R. & Dürsteler-MacFarland, K. M. (2003). Störungen durch Kokain und Opioide. *Therapeutische Umschau*, 60, 329–333.
- Strang, J., McCambridge, J., Best, D., Beswick, T., Bearn, J., Rees, S. & Gosop, M. (2003). Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *British Medical Journal*, 32, 959–960.
- Tasseit, S. (2001). Was Psychologen in der medizinischen Rehabilitation von Suchtkranken machen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 3, 3–4.
- Verheul, R., van den Brink, W. & Hartgers, C. (2001). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: An overview. *European Addiction Research*, 1, 166–177.
- Wiesbeck, G. A. & Dürsteler-MacFarland K. (2006). Neue Entwicklungen in der Pharmakotherapie der Kokainabhängigkeit. *Nervenarzt*. http://www.springerlink.com/media/49te8d58qk5rxkc1wvtp/contributions/7/7/n/0/77n07x2366845575_html/fulltext.html [aufgerufen am 10.05.06].
- Yen, S. & Shea, M. T. (2001). Recent developments in research of trauma and personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 3, 52–58.

Autoren:

Matthias Barth (Jg. 1954), Psychologe und Personzentrierter Psychotherapeut (SGGT), hat während mehr als zehn Jahren in drogen-therapeutischen Einrichtungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und in ambulanter Praxis mit drogenabhängigen Klienten gearbeitet. Heute ist er in einem Ambulatorium für traumatisierte Flüchtlinge tätig und führt eine psychotherapeutische Praxis in Bern.

Michael Schaub, Dr. phil. (Jg. 1974), war bis vor kurzem als psychotherapeutischer Mitarbeiter in einer stationären Einrichtung für Drogentherapie tätig und arbeitet heute in ambulanter Praxis mit Klienten, die unter Substanzstörungen und schweren komorbiden psychischen Störungen leiden. Er ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Korrespondenzadressen:

Matthias Barth
Brückenstrasse 8
CH-3005 Bern
E-Mail: mbarth@swissonline.ch

Michael Schaub
Itenhardstrasse 1a
CH-5620 Bremgarten
E-Mail: mschaub@psychology.ch