



WLP news

4 | 2011 Zeitschrift des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie

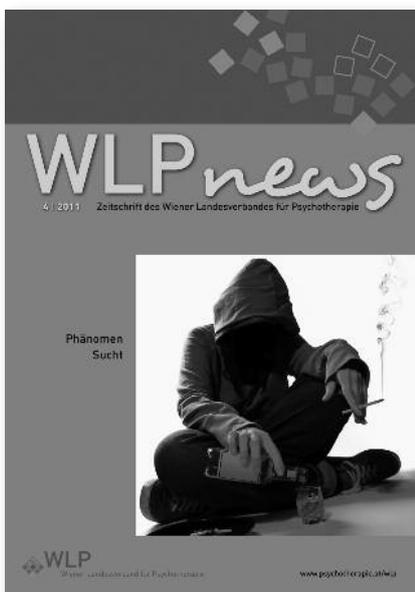
Phänomen
Sucht



WLP

Wiener Landesverband für Psychotherapie

www.psychotherapie.at/wlp



4 | 2011

2 Editorial

Brief der Vorsitzenden **3**

4 **Strukturreform im ÖBVP – Berufsverband „in progress“**
Ergebnisse der Online-Mitgliederumfrage (Nov. 2011)

Phänomen Sucht **8**

11 **Co-Abhängigkeit bei Suchterkrankungen**

Die andere Seite der Sucht: Co-Abhängigkeit? **13**

16 **Rezension**
Zum Begriff der Sucht

20 **Diskussionsforum:**
Zukunft der Psychotherapie – Psychotherapie der Zukunft
Positive Visionen und negative Ahnungen für die Dekade bis 2021
Entwicklung von Visionen einer humaneren Gesellschaft
als notwendige Aufgabe von PsychotherapeutInnen

Psychosoziale Einrichtungen in Wien stellen sich vor **23**
Amber-Med

25 **Aktuelles aus den Bezirken**
Termine
Berichte von Bezirkstreffen und Wahlen

27 **Das WLP-Team**
WLP-Vorstand
LFO-Delegierte
Informationsstelle, Beschwerdestelle, Projekte
Kommission „Psychotherapie in Institutionen“
Rechnungsprüferinnen

Impressum:

Medieninhaber und Herausgeber:
Wiener Landesverband für Psychotherapie WLP
ZVR Nummer: 910346914
DVR Nummer: 3003139
Löwengasse 3/5/6, 1030 Wien
T: ++43.1.890 8000
F: ++43.1.512 70 90-44
E: wlp@psychotherapie.at
www.psychotherapie.at/wlp

Chefredakteur: Dr. Hermann Spielhofer
Redaktion: Leonore Lerch, Dr. Gerhard Pawlowsky
Anzeigen: Mag^a Eva Lamprecht
Grafische Gestaltung: Mag^a Gisela Scheubmayr/
www.subgrafik.at
Coverfoto: © iStockphoto
Fotos (Seite 12, 14, 16 18, 24): © iStockphoto
Druck: Remaprint, 1160 Wien
Auflage: 1.000 Stück
Verlagspostamt: 1010 Wien

Editorial

Ein kürzlich veröffentlichter OECD Bericht über Suchtverhalten hat eine rege Diskussion in den österreichischen Medien ausgelöst, da darin festgestellt wurde, dass die Jugendlichen bei uns, was den Konsum von Alkohol und Zigaretten betrifft, im Spitzenfeld unter den OECD Staaten liegen: 41% der männlichen und 36% der weiblichen Jugendlichen über 15 Jahren trinken regelmäßig Alkohol. Beim Zigarettenkonsum sind es 24% bei den männlichen und 30% bei den weiblichen Jugendlichen, die regelmäßig rauchen.

Österreich blickt vor allem auf eine lange Tradition des Alkoholkonsums zurück und wir liegen, was den Pro-Kopf-Verbrauch betrifft, im europäischen Spitzenfeld: lediglich in Irland und Frankreich wird mehr getrunken. 10% der österreichischen Bevölkerung durchlaufen in ihrem Leben ein oder mehrere Phasen des Alkoholismus und 5% sind als chronische AlkoholikerInnen zu bezeichnen. Abseits dieser traditionellen Suchtmittel werden weitere psychotrope Substanzen konsumiert, wie Cannabis, Kokain, Heroin oder sog. „Designerdrogen“, die ständig neu auf den Markt kommen und deren Gefährlichkeit vor allem darin besteht, dass die toxische Wirkung den KonsumentInnen meist nicht bekannt ist. Letztlich steigt auch der Konsum an psychoaktiven Medikamenten wie Aufputschmittel (Amphetamine) und Tranquilizer (Benzodiazepine), die ebenfalls ein hohes Suchtpotential enthalten. Daneben gibt es noch substanzunabhängige Suchterkrankungen, wie Spiel- Kauf- oder Arbeitssucht, sowie einen pathologischen Gebrauch des Internet.

Barbara Emnet schreibt über das „Suchtphänomen“ aus gestalttheoretischer Sicht, wobei das „Lebensraumkonstrukt“ von Kurt Lewin als Erklärungsmodell für die Suchtentwicklung herangezogen wird. Es geht dabei um die Einflussfaktoren der Umwelt der betreffenden Person, die bewusst oder unbewusst deren Erleben und Handeln bestimmen sowie um die Fähigkeit zur Selbstregulation. Beim süchtigen Menschen liegt, entsprechend diesem Konzept, eine Gleichgewichtsstörung der bestehenden „Feldkräfte“, vor sowie in der Person-Umwelt-Beziehung.

Den Problemen der Angehörigen suchtkranker Personen, denen bisher in der öffentlichen Diskussion wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, sind in diesem Heft zwei Beiträge gewidmet: *Ingrid Trabe* berichtet in ihrem Artikel, „Co-Abhängigkeit bei Suchterkrankungen“ über die Situation von Angehörigen bzw. Personen, die im Umfeld von suchtkranken Personen leben, sowie von ihren Erfahrungen bei der Angehörigenbetreuung am „Anton Proksch Institut“.

Erich Zika und *Marion Herbert* beschreiben in ihrem Beitrag, „Die andere Seite der Sucht: Co-Abhängigkeit?“, die Vorurteile, denen auch die Angehörigen von Suchtkranken ausgesetzt sind und die zu Schamgefühlen und Rückzug führen. Durch die Verstrickung mit der Problematik der Suchtkranken sind die Angehörigen selbst oft großen Belastungen ausgesetzt und fühlen sich durch fehlende Informationen meist hilflos und mit Schuldgefühlen belastet.

Ein Artikel von *Christian Schwarz*, „Zum Begriff der Sucht“, wurde von mir rezensiert. Darin geht hervor, wie sehr die Diskussion über „Sucht“, „Drogenkonsum“ oder „Abhängigkeit“ nicht nur von psychiatrischen, psychotherapeutischen oder pharmakologischen Aspekten bestimmt wird, sondern dass dabei stets auch politische und ökonomische Interessen sowie kulturelle Traditionen eine Rolle spielen. Außerdem werden von den verschiedenen Schulen unterschiedliche Konzepte hinsichtlich der Entstehung, der Psychodynamik und der Therapie angeboten, was sich u.a. auch durch die Komplexität dieses Krankheitsbildes erklärt, zumal es die „Suchtpersonlichkeit“ als abgegrenztes Störungsbild nicht gibt.

Als „Psychosoziale Einrichtung“ stellt sich diesmal AMBER-MED (Ambulante Medizinische Beratung) vor, ein Gemeinschaftsprojekt des Österreichischen Roten Kreuzes und des Diakonie Flüchtlingsdienstes zur sozialen Betreuung und medizinischen Versorgung von Menschen ohne Versicherungsschutz. Amber-Med hat auch den diesjährigen Förderpreis, „Best Start 2011“ der Bank-Austria für soziales Engagement erhalten – wir gratulieren herzlich!

Neben dem Schwerpunktthema „Sucht“ sind in diesem Heft auch wieder Beiträge zur Berufspolitik sowie zur laufenden Diskussion über Perspektiven einer zukünftigen Psychotherapie abgedruckt: *Leonore Lerch* präsentiert die Ergebnisse der Online-Mitgliederbefragung zur Strukturreform im ÖBVP, die sich für den weiteren Reformprozess als richtungweisend herausstellte. *Norbert Chimani* beschreibt in seinem Beitrag sowohl seine „positiven Visionen“ wie auch seine „negativen Ahnungen“, wobei er als Worst case-Szenario die Fortsetzung der „Grabenkämpfe“ innerhalb des Berufsverbandes sieht, der, dadurch geschwächt, den Einfluss auf die weitere Entwicklung verliert, wie bei den Kassenverhandlungen oder im wissenschaftlichen Diskurs, der zunehmend bestimmt wird von naturwissenschaftlich ausgerichteten Disziplinen wie Psychologie oder Neurobiologie.

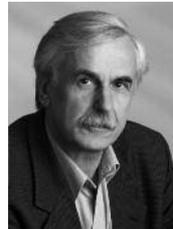
Gabriele Hasler und *Karin Macke* sehen die „Entwicklung von Visionen einer humaneren Gesellschaft“ als notwendige Aufgabe der Psychotherapie. Es geht ihnen darum, dass sich PsychotherapeutInnen verstärkt in den gesellschaftlichen Diskurs einmischen. Durch ihren geschärften Blick für ge-

sellschaftliche Prozesse und soziale Dynamiken, sowie aufgrund ihrer emanzipatorischen Kompetenz, sind sie aufgerufen in den verschiedenen sozial- und gesundheitspolitischen Bereichen gestalterisch mitzuwirken.

In der Zeitschrift der deutschen Psychotherapeutenkammer (ja, das gibt es bei unseren Nachbarn) im „*Psychotherapeutenjournal*“ ist im letzten Heft (3/11) im Anschluss an einen Artikel von *Giovanni Maio* übrigens eine spannende Diskussion abgedruckt und zwar über die Folgen der Ökonomisierung und Technisierung der Psychotherapie für unser Berufsbild und unsere Arbeitsbedingungen. Die Beiträge können kostenlos heruntergeladen werden (www.medhochzweivelag.de/?id=297).

Wir hoffen, dass es auch bei uns weiterhin zu einer lebendigen und spannenden und vielleicht auch kontroversiellen Diskussion über unsere gemeinsame Zukunft als PsychotherapeutInnen sowie über die Stellung der Psychotherapie in der Gesellschaft kommt.

Die nächste Ausgabe der WLP News widmet sich dem Schwerpunktthema „Psychotherapie und Gender“. Wenn Sie einen Beitrag dazu verfassen möchten, wenden Sie sich bitte bis 16.1.2012 ans WLP Büro. ♦



Hermann Spielhofer

für das Redaktionsteam

Brief der Vorsitzenden



Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Mit dem Jahreswechsel gibt es auch in unserem Landesbüro einen Wechsel. Frau Mag.^a Michaela Napier, die seit drei Jahren die Agenden des Büros betreute, hat ihre Tätigkeit mit Ende November beendet, um sich beruflich zu verändern.

Wir danken Frau Napier für ihre engagierte Mitarbeit und wünschen ihr auf ihrem weiteren Lebensweg alles Gute!

Wir begrüßen sehr herzlich Frau Mag.^a Eva Lamprecht als neue Assistentin des Vorstandes. Frau Lamprecht hat ihre Arbeit Anfang Dezember aufgenommen. Ein Kurzprofil finden Sie auf S. 27. Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit!

Die vergangenen Wochen waren geprägt von den Bemühungen des Berufsverbandes um eine (Wieder-)Aufnahme von Gesprächsverhandlungen mit den Krankenkassen bzgl. Gesamtvertrag. Am 5.12.2011 fand gemeinsam

mit dem ÖBVP-Präsidium der für heuer letzte Gesprächstermin mit der WGKK statt.

Es zeigte sich, dass der „klassische“ Gesamtvertrag als Kooperationsmodell bei den Krankenkassen mehrheitlich keinen Anklang findet. Es gibt jedoch Überlegungen in Richtung eines gesamtvertragsähnlichen Rahmenvertrages, der sich an den Eckpfeilern des Gesamtvertrages orientiert. Nähere Informationen zu den ausgearbeiteten Best-Practice-Modellen 2011 finden Sie unter <http://www.psychotherapie.at/krankenkassen>

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, in der in Frage kommende Modelle zum Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung diskutiert werden. In weiterer Folge soll auch der ÖBVP dazu eingeladen werden. Wie wir finden: Ein positiver Schritt und ein guter Anfang für das kommende Jahr 2012.

In Sachen Strukturreform im ÖBVP brachte die Online-Mitgliederbefragung

wichtige Erkenntnisse, wie sich die Mitglieder eine strukturelle Entwicklung des Berufsverbandes vorstellen. Die Ergebnisse werden im Anschluss detailliert präsentiert. Interessant in diesem Zusammenhang die Unterschiede zwischen den Ergebnissen in Wien im Verhältnis zu den österreichweiten Ergebnissen.

Zum Jahresabschluss möchten wir uns bei allen Mitgliedern, Ausbildungsvereinen und KooperationspartnerInnen für die Zusammenarbeit sehr herzlich bedanken.

Wir wünschen schöne Weihnachtstage und einen angenehmen Jahresausklang. Möge sich das Neue Jahr 2012 zum Wohle aller entwickeln! ♦



Mit besten Grüßen ...

Leonore Lerch

Vorsitzende



Strukturreform im ÖBVP – Berufsverband „in progress“

Ergebnisse der Online-Mitgliederumfrage (Nov. 2011)



Leonore Lerch

Herzlichen Dank an alle Kolleginnen und Kollegen, die sich an der Online-Mitgliederumfrage beteiligt haben. Auch wenn es noch nicht um eine Abstimmung, sondern lediglich um ein „Stimmungsbild“ ging, zeigen die Ergebnisse der Umfrage doch deutlich, was sich die Mitglieder wünschen. Bedenkt man zudem, dass die Beteiligung bei Umfragen im Allgemeinen bei 15% bis 30% liegt, so erreichte die Online-Befragung mit 25,14% eine verhältnismäßig hohe Mitgliederbeteiligung.

Anzahl der teilnehmenden Mitglieder mit beim ÖBVP hinterlegten E-Mail-Adressen für

◆ Österreich gesamt: **592** von **2.355** (25.14%) ◆ davon Wien: **161** von **721** (22.33%)

Frage 1: Worauf soll der Arbeitsschwerpunkt des Bundesverbandes gerichtet sein?

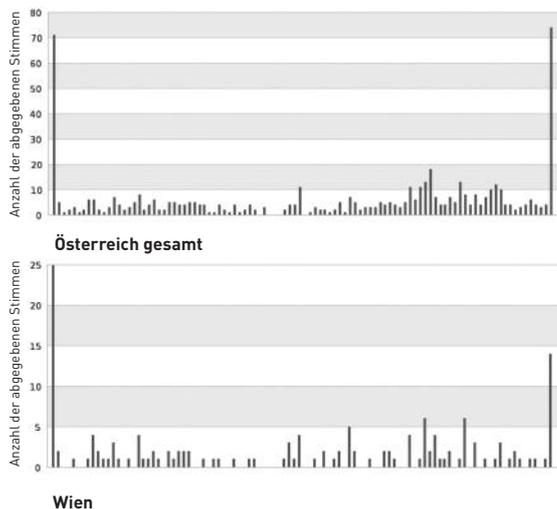
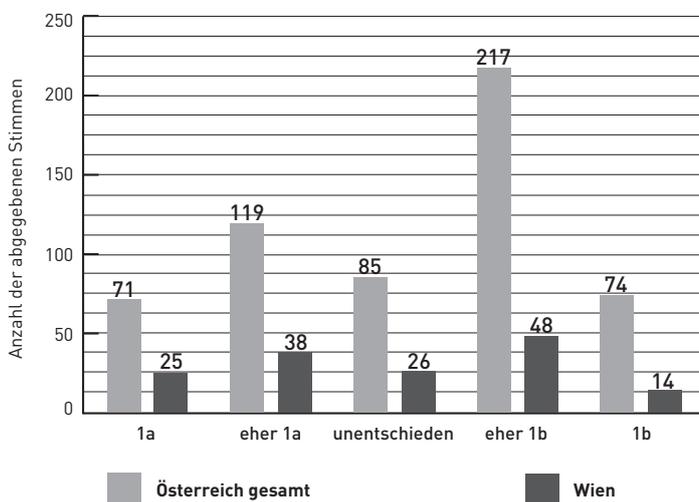
1a Auf alle Aspekte (wie bisher) der Psychotherapie.

1b Vorrangig auf die Interessen der praktizierenden PsychotherapeutInnen.

Anzahl der abgegebenen Stimmen für

◆ Österreich gesamt: **566** (26 Stimmenthaltungen)

◆ davon Wien: **151** (10 Stimmenthaltungen)



1. Ergebnis zur Frage 1 / Worauf soll der Arbeitsschwerpunkt des ÖBVP gerichtet sein? Auf alle Aspekte der Psychotherapie oder vorrangig auf die Interessen der praktizierenden PsychotherapeutInnen?

Anders als im Ergebnis für Österreich

gesamt entfielen in Wien deutlich mehr Stimmen, nämlich **16,56%**, zur Gänze auf Position 1a, also der Beibehaltung einer umfassenden Perspektive bzgl. Psychotherapie. **9,27%** der Stimmen bevorzugten Position 1b, die Verlagerung der Arbeit des ÖBVP in Richtung

„gewerkschaftliche“ Vertretung. Für Österreich gesamt liegt der Prozentsatz der Stimmen für 1a bei **12,54%**, für 1b bei **13,07%**, also wesentlich näher beieinander.

Betrachtet man jedoch die Wiener Stimmen, die eher 1a (**25,16%**) bzw. eher 1b

(**31,78%**) angegeben haben, und zählt diese zu 1a bzw. 1b hinzu, entsteht eine fast gleiche Stimmenverteilung mit **41,72%** für die Beibehaltung aller Aspekte der Psychotherapie in der Arbeit des Berufsverbandes zu **41,06%** für eine Verschiebung der Arbeit vorrangig auf die Interessen der praktizie-

renden PsychotherapeutInnen, wobei **17,22%** der Wiener UmfrageteilnehmerInnen unentschieden sind in dieser Frage.

Im Vergleich dazu zeigt sich im Umfrageergebnis für Österreich gesamt bei Addierung der Stimmen für 1a und

eher 1a mit **33,57%** im Verhältnis zu den Stimmen für 1b und eher 1b mit **51,41%** der Wunsch nach einer Veränderung der berufspolitischen Arbeit in Richtung einer „gewerkschaftlichen“ Vertretung, wobei **15,02%** der UmfrageteilnehmerInnen österreichweit noch unentschieden sind.

Frage 2: Wie soll die zukünftige Struktur des ÖBVP aussehen?

2a Es soll (wie bisher) weiterhin 9 Landesverbände (Zweigvereine) und einen gesamtösterreichischen Verein ÖBVP geben.

2b Es soll der ÖBVP und seine Landesverbände in EINEN gemeinsamen Verein mit EINEM gemeinsamem Statut umgewandelt werden.

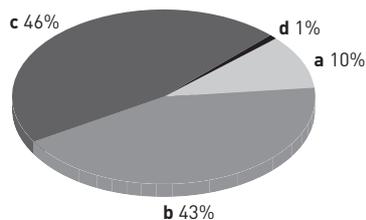
2c Es soll der ÖBVP von einem VEREIN in einen DACHVERBAND der 9 Landesverbände umgewandelt werden.

2d Keine Angaben

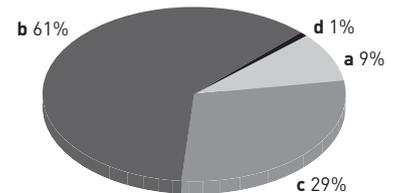
Anzahl der abgegebenen Stimmen für

◆ Österreich gesamt: **588** ◆ davon Wien: **159** (36,98%)

Österreichische gesamt:



Wien:



2. Ergebnis zur Frage 2 / Wie soll die zukünftige Struktur des ÖBVP aussehen?

Nur **9%** der Wiener UmfrageteilnehmerInnen (**10%** Österreich gesamt) wollen eine Beibehaltung der bisherigen Vereinsstruktur.

Mit **61%** der Stimmen gibt es in Wien ein klares Votum für eine Stärkung der Bundesorganisation und eine Berufsvertretung in Form EINES Rechtskörpers (ein Verein mit einem Statut) und neun Landesorganisationen. In diesem Fall wäre die Mitgliedschaft weiterhin im Bundesverband begründet, die Mitglieder würden weiterhin einer Landesorganisation zugeordnet, Landesorganisationen wären mit umschriebenen Vertretungsaufgaben betraut und Landesvorstände würden weiterhin von den Mitgliedern in der jeweiligen Landesorganisation gewählt; als

eigenständige Vereine müssten sich die Landesverbände jedoch auflösen und in Landesgeschäftsstellen umgewandelt werden.

29% der UmfrageteilnehmerInnen in Wien plädieren für eine Stärkung der Landesverbände und einer dezentralen Struktur, bestehend aus neun eigenständigen Rechtskörpern, die sich in einem Dachverband zusammenschließen, wobei die Mitgliedschaft ausschließlich im jeweiligen Landesverband begründet wäre. Der ÖBVP als Verein müsste sich auflösen und in eine Dachorganisation umgewandelt werden.

1% der Stimmen war zu dieser Frage ohne Angabe sowohl in Wien wie auch im Gesamtergebnis.

Im Umfrage-Ergebnis Österreich gesamt sprechen sich **46%** der Teilneh-

menden dafür aus, dass der Schwerpunkt der Berufsvertretung künftig bei den Landesverbänden liegt.

43% wollen eine zentralistische Struktur mit einer Bundesorganisation und neun Landesgeschäftsstellen.

10% der UmfrageteilnehmerInnen sind für eine Beibehaltung des bisherigen Modells.

Der hohe Stimmenanteil für die Stärkung der Bundesorganisation lässt sich in Wien sicher auch auf die Konflikte der Vergangenheit zurückführen. Der Versuch (2008), den Wiener Landesverband vom Bundesverband abzuspalten, ist gescheitert (die überwiegende Mehrheit der Wiener Mitglieder wünscht die enge Anbindung an eine starke Bundesorganisation), hat jedoch etliche „Gräben“ hinterlassen, mit denen wir uns in Wien auch zukünftig weiter beschäftigen werden (müssen).

Frage 3: Von wem soll das Präsidium gewählt werden?

3a Das Präsidium soll (wie bisher) direkt von allen Mitgliedern gewählt werden.

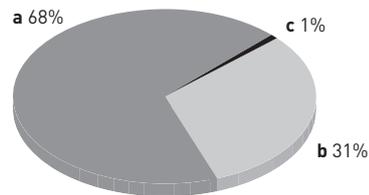
3b Das Präsidium soll durch die FunktionärInnen des Bundesvorstandes gewählt werden.

3c Keine Angaben

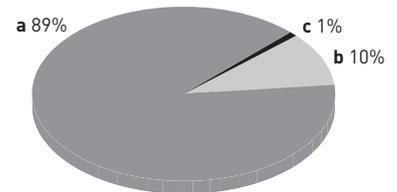
Anzahl der abgegebenen Stimmen für

◆ Österreich gesamt: **589** ◆ davon Wien: **160** (36,81%)

Österreich gesamt:



Wien:



3. Ergebnis zur Frage 3 / Von wem soll das Präsidium gewählt werden?

Überaus deutlich ist das Ergebnis zur Frage der Wahl des Präsidiums. **89%** der Wiener UmfrageteilnehmerInnen spricht sich weiterhin für die Direktwahl des Präsidiums aus (Österreich gesamt **68%**). Nur **10%** der Befragten in Wien (Österreich gesamt **31%**) würde einer Präsidiumswahl durch die FunktionärInnen des Bundesvorstandes zustimmen. **1%** der Stimmen war zu dieser Frage ohne Angabe sowohl in Wien wie auch im Gesamtergebnis.

Abschließend noch zu einigen kritischen Rückmeldungen

Leider konnten sich nicht alle Kolleginnen und Kollegen an der Online-Umfrage beteiligen, da dem ÖBVP nicht alle E-mail-Adressen bekannt gegeben wurden. Derzeit kann der ÖBVP bzw. WLP ca. 84% der Wiener Mitglieder über E-Mail erreichen.

Sollten Sie zu den 16% gehören, die bisher keine E-Mail-Adresse im ÖBVP deponiert haben, empfehlen wir Ihnen, das Büro über Ihre aktuelle E-Mail-Adresse zu informieren unter mitgliederservice@psychotherapie.at.

Durch die Zunahme der elektronischen Nachrichtenübermittlung kann nur die Angabe Ihrer aktuellen E-Mail-Adresse sicherstellen, dass Sie alle Informationen des ÖBVP und WLP erhalten.

Einige Mitglieder konnten sich zur Befragung nicht einloggen, weil sie im ÖBVP eine andere E-Mail-Adresse deponiert haben, als sie aktuell verwenden. Die Einschränkung auf die im ÖBVP bekannte E-Mail-Adresse war aus Sicherheitsgründen notwendig.

Einige Mitglieder äußerten sich auch damit unzufrieden, dass die Information über die Notwendigkeit einer Strukturreform und über die Auswirkungen der abgefragten Strukturelemente nicht ausreichend war.

Alle Kritikpunkte wird gerne aufgenommen. Das Instrument der Online-Umfrage wurde vom ÖBVP zum ersten Mal eingesetzt und kann sicher noch verbessert werden. Dennoch hat sich gezeigt, dass es eine gute Möglichkeit darstellt, auf einfachem Wege die Meinung der Mitglieder abzufragen und in die berufspolitische Arbeit einzubeziehen.

Herzlichen Dank an alle, die sich an der Umfrage beteiligt haben! Ihre Meinung ist für den weiteren Fortgang der Strukturreform von großer Bedeutung!

Ausblick auf die weitere Arbeit der Strukturreformkommission

Aufgrund der Ergebnisse der Mitgliederbefragung hat sich die Strukturreformkommission einstimmig dazu entschlossen, von der ursprünglichen Aufgabenstellung abzuweichen, zwei

polarisierte Modelle zur Umsetzung einer Strukturreform im ÖBVP zu erarbeiten, da dies die Gefahr einer „Zerreißprobe“ im ÖBVP mit sich gebracht hätte. Auch hätte eine „Patt“-Situation als Ergebnis der geplanten Urabstimmung die Folge, dass die derzeitigen Strukturen beibehalten werden müssten. Aus den Umfrage-Ergebnissen kann geschlossen werden, dass keine der beiden Positionen die notwendige 2/3-Mehrheit an Mitgliederstimmen erreicht hätte, die für derart grundlegende Veränderungen im Berufsverband erforderlich wäre.

Zudem sollte die Strukturreform nicht primär getragen sein von der Fragestellung „Bund ODER Länder“, sondern es wäre wünschenswert, wenn sowohl die Landesorganisationen wie die Bundesorganisation gestärkt aus dem Reformprozess hervorgingen.

Nur so können die berufspolitischen Herausforderungen wie z.B. die Bemühungen um einen Rahmenvertrag mit den Krankenkassen bewerkstelligt werden.

Auch muss bedacht werden, dass bei einer formalen Auflösung des ÖBVP das Vertretungsrecht für Psychotherapie sowie die Gesamtvertragsfähigkeit verloren gehen könnten.

In diesem Sinne hat die Strukturreformkommission einen Antrag auf Änderung ihres Arbeitsauftrages einge-



bracht, der in der außerordentlichen Generalversammlung des ÖBVP am 3.12.2011 in Salzburg einstimmig beschlossen wurde.

Ziel ist nun die Entwicklung eines neuen Modells, das dem bisherigen Verbandsmodell gegenübergestellt und

den Mitgliedern zur Abstimmung vorgelegt werden kann.

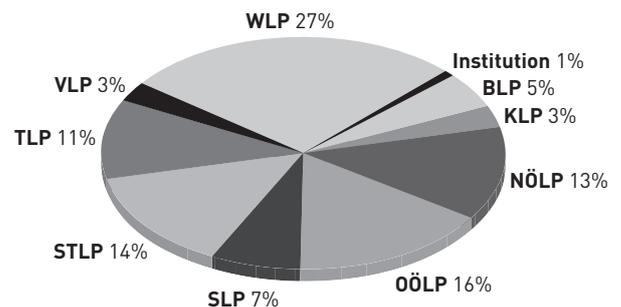
Das neue Modell wird jedenfalls eine stärkere Vertretung der Landesorganisationen im Bundesvorstand vorsehen. Weiters ist man übereingekommen, den zeitlichen Rahmen zur Entwicklung des

neuen Modells bis Sommer/Herbst 2012 auszudehnen, da viele Aspekte bedacht und auch juristisch geprüft werden müssen.

Wir halten Sie über die Entwicklungen und die Arbeit der Strukturreformkommission auf dem Laufenden! ♦

Anzahl der TeilnehmerInnen an der Umfrage, prozentuelle Aufteilung nach Landesverband

Landesverband/Inst.	TeilnehmerInnen	in %
INSTITUTION	6	1%
BLP	30	5%
KLP	18	3%
NÖLP	79	13%
OÖLP	93	16%
SLP	43	7%
STLP	81	14%
TLP	65	11%
VLP	16	3%
WLP	161	27%
Summe	592	100%



Anzahl von Mitgliedern im ÖBVP, Umfragebeteiligung in Prozent nach Landesverband

Landesverband/Inst.	Mitgliederanzahl	TeilnehmerInnen	Beteiligung pro LV
INSTITUTION	47	6	12,77%
BLP	97	30	30,93%
KLP	124	18	14,52%
NÖLP	302	79	26,16%
OÖLP	396	93	23,48%
SLP	260	43	16,54%
STLP	335	81	24,18%
TLP	423	65	15,37%
VLP	108	16	14,81%
WLP	861	161	18,70%
Summe	2.953	592	20,05%

NEW

Unsere neuen Mitglieder

Herzlich willkommen im Wiener Landesverband!

Wir begrüßen sehr herzlich folgende neuen Mitglieder (seit Jänner 2011)

Mag.^a Roswitha Bail

Dr.ⁱⁿ med. Sonja Kainrath

Mag.^a Photini Ipsmiller-Demetriou

Mag.^a Margarete Finger-Ossinger

DSAⁱⁿ Irina Kolendowicz-Pokorny

Barbara Jeram

Marc Sattler

Mag.^a Julia Schraml

Mag.^a Ingrid Höllinger

Christine Weisgram

Rainer Alexander Gregoric

Johanna Neusser

Mag. Markus Putzi

Dr.ⁱⁿ Eveline Mahdavi

Regina Kaliwoda

Gerhard Bujak

Dr. med. Heinz Zöbl

Mag.^a Roswitha Ertl

Corrina Kinsky

Mag.^a Kristina Pichler

Dr.ⁱⁿ med. Theresia Reichl

Gerda Maria Häuplik

Mag. Winfried Schutting

Wolfgang Schimböck, MSc

MMag.^a Regina Schnallinger

DSAⁱⁿ Larissa Morais



Phänomen Sucht

Mag.^a Barbara Emnet



In meiner Arbeit mit drogenabhängigen Personen bin ich ganz unterschiedlichen Menschen mit ganz unterschiedlichen Schicksalen, Lebenssituationen und Wesenszügen begegnet und mit ihnen in Beziehung getreten. Das uniforme Bild von „den Drogenabhängigen“, wie ich es mir durch Beobachtungen am Karlsplatz geschaffen hatte, differenzierte sich durch die persönlichen Begegnungen und den gemeinsamen Alltag auf der Therapiestation doch sehr schnell und bestätigte für mich die These, dass es die „Suchtpersönlichkeit“ nicht gibt. Ein süchtiger Mensch hat immer eine ganz individuelle Lebensgeschichte, die seinen Weg in die Sucht verstehbar macht. Konform geht diesbezüglich auch der „erweiterte Suchtbegriff“ mit dem ganzheitlichen Ansatz, der sowohl alle personenbezogenen Aspekte, als auch alle Umweltfaktoren eines Menschen mit Suchtproblematik berücksichtigt. Sucht kann sich auf nahezu jedes Mittel oder Tätigkeit beziehen: Essen, Nichtessen, Einkaufen, Spielen, Putzen, Fernsehen, usw.

Makrofaktoren

Ich möchte zunächst das Suchtphänomen der Drogen von einer globalen Ebene aus betrachten, F. TRETTER (1998) spricht von den so genannten Makrofaktoren. Der Konsum von Rauschstoffen ist nämlich in einem komplizierten Netzwerk von Medien,

Politik, Natur, Justiz, Kultur, Religion, Wirtschaft, Technologie und Familie eingebettet, die alle eine gewichtige Wirkgröße für die Entwicklung von Suchtproblemen darstellen. Der Mensch ist sozusagen nicht im luftleeren Raum, sondern in einem bestimmten Rahmen geboren und aufgewachsen. Die Makrofaktoren wirken nicht direkt, sondern indirekt auf den Lebensraum des Menschen ein. Auf einige dieser Makrofaktoren, die mir besonders relevant erscheinen, will ich kurz eingehen (vgl.

ligiöse Rituale verwendet, um einen extatischen Zustand zu erleben, andererseits auch vom Staat direkt eingesetzt (z.B. im Vietnamkrieg). Illegale Drogen (insbesondere die harten Drogen wie Heroin, Kokain) werden in unserer Gesellschaft „gefürchtet“. Legale Drogen wie Alkohol und Nikotin werden, trotz ihrer bevölkerungsmedizinisch aktuell größeren Gefahr, verhältnismäßig wenig als Problemfeld wahrgenommen und thematisiert. Der Grund dafür ist, dass es sich *traditionsreiche Rausch-*

Sucht ist auch ein Symptom unserer konsumorientierten Konkurrenz- und Leistungsgesellschaft, in der zwischenmenschliche Beziehungen oft zu kurz kommen und alles immer schneller, perfekter und beziehungsloser abläuft.

Tretter, 1998, S.190–194): *Politik, bzw. Drogenpolitik* kann eine Wirkgröße für Drogenkonsum, bzw. Drogenabhängigkeit darstellen. Die Palette, ob in einem Land gewisse Drogen angebaut bzw. auch konsumiert werden dürfen, ist breit gefächert und reicht von der „Todesstrafe“, z.B. in Asien, bis hin zum legalen Konsum, z.B. in Holland, mit „Coffeshops“ und „Fixerstuben“. Ein direkter weltweiter Vergleich von Ländern zum Drogenkonsum ist schwierig und muss die *Kulturgeschichte der Drogen* berücksichtigen. Psychoaktive Rauschstoffe wurden einerseits für re-

stoffe handelt, die wirtschaftlich bedeutsam sind.

Die *Geschichte der Drogen* ist auch eng mit der *Geschichte der Medizin* und der Entwicklung von Medikamenten verknüpft. Vor allem die Pharmaindustrie brachte immer wieder für bestimmte Störungen wirksame Produkte hervor, die sich im Laufe der Zeit jedoch als missbrauch- und abhängigkeitsfördernd zeigten. Ein weiterer Aspekt besteht darin, welche *sozialen Systeme* in einer Gesellschaft vorherrschen. Wir leben derzeit in einer sehr programmatischen Zeit. Das Programm heißt:

Leistung, Konsum, Erleben. Mangel es einer Person an dieser Umwelt-Passung, kommt es zur Überforderung. Es kann zu erfolgreichem Drogenkonsum kommen, um bestimmte Stresszustände zu verhindern, oder um Bedürfnisse ersatzweise zu befriedigen. Sucht ist auch ein Symptom unserer konsumorientierten Konkurrenz- und Leistungsgesellschaft, in der zwischenmenschliche Beziehungen oft zu kurz kommen und alles immer schneller, perfekter und beziehungsloser abläuft.

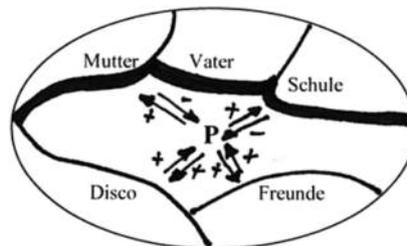
Suchtentwicklung

Sucht ist nicht etwas, das von einem Tag auf den anderen ausbricht, sondern über Jahre bzw. Jahrzehnte entsteht und eher den pathologischen Endzustand der Abhängigkeit bezeichnet.

F. TRETTER (1998) unterscheidet bei der Suchtentwicklung eines Menschen drei Phasen: die prämorbid Ökologie, das positive Anfangsstadium und das chronische Stadium. Mit dem „Lebensraumkonstrukt“ hat K. LEWIN (1963) ein umfassendes Konzept der menschlichen Persönlichkeit entwickelt, in dem besonders die Selbstregulierungsmechanismen und die „Tendenz der guten Gestalt“ des Menschen eine zentrale Rolle spielen und mit dem man die Phasen von Tretter prägnant veranschaulichen kann: „Ausgehend von der phänomenalen Welt des Menschen umfasst der Lebensraum alle Aspekte, welche eine Person und ihre erlebte Umwelt zu einem bestimmten Zeitpunkt ausmachen. Diese Aspekte beeinflussen als bewusste oder auch nicht bewusste Kräfte ... das Erleben und Handeln des Menschen.“ (Lewin, 1963, zit. n. Zabransky & Soff, 1996, S.12). Der Lebensraum einer Person ist einer ständigen Veränderung unterworfen, was den dynamischen Aspekt und die Komplexität des Verhaltens einer Person impliziert und auch, dass der Mensch grundsätzlich die Fähigkeit zur Selbstregulierung besitzt.

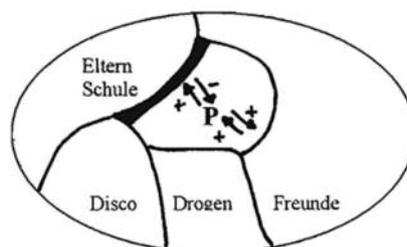
Die folgenden Graphiken stellen den Lebensraum einer Person in den unterschiedlichen Phasen der Suchtentwicklung dar.

Prämorbid Ökologie



In der Phase der prämorbid Ökologie ist ein junger Mensch entwicklungspsychologisch typischen Konflikten ausgesetzt, d. h. es wirken entgegengesetzt starke Feldkräfte (+/-). In dieser Situation bestehen also Kräfte mit positivem Aufforderungscharakter, andererseits gibt es aber Barrieren (Anforderungen, Probleme, Schwierigkeiten), die das Erreichen behindern. Diese Regionen, z.B. Schule, Arbeit, Familie werden somit schwerer zugänglich. Andere Regionen, z.B. Freizeitaktivitäten, Disco sind frei zugänglich und gewinnen bereits an Bedeutung. Der „Raum freier Bewegung“ der Person ist bereits eingengt, es besteht ein erhöhter Spannungszustand.

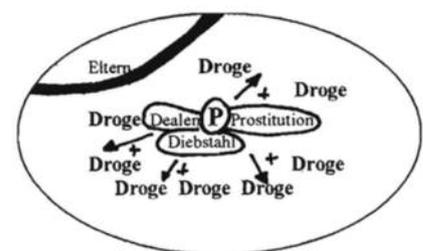
Positives Anfangsstadium



Durch Drogenkonsum wird der Spannungszustand (wenigstens kurzfristig) besser ertragen, bzw. „positiviert“. Heroin wirkt z.B. dämpfend; das schildert Christiane F. folgendermaßen: „Zuhause muss ich für meine Mutter und ihren Freund richtig angenehm geworden sein ... Ich war ständig im totalen

Tran. Das wollte ich auch, um ja nicht mit dem ganzen Dreck in der Schule und Zuhause konfrontiert zu werden.“ (Herman & Rieck; zit. n. Tretter, 1998, S. 317). Die Hindernisse und Probleme der Zielerreichung werden immer größer (dicker dargestellt). Die eigenen Bedürfnisse werden bereits undifferenzierter, bzw. „primitivprägnant“ wahrgenommen. Die Gemeinschaft mit den Freunden aus der Drogenszene bekommt immer größere Bedeutung. Der Raum freier Bewegung wird weiter eingengt.

Chronische Phase/Sucht



Durch anhaltenden Konsum wird das „Rauschökosystem“ gegenüber dem „Nüchternökosystem“ immer dominanter und kann es sogar zerstören (Verlust der Arbeitsstelle, Rauswurf aus der Familie, körperlicher Verfall). Nur mehr der Konsum der Droge hat positiven Aufforderungscharakter und kann nur mehr durch Beschaffungskriminalität (Prostitution, Dealen, Diebstahl) erreicht werden. Es gibt keinen Raum freier Bewegung mehr. Es dreht sich alles um die Droge. Mit dem Lebensraummodell von Lewin kann man diese Situation folgendermaßen beschreiben: Der Lebensraum ist *undifferenziert*. Die *Reichhaltigkeit der Handlungen ist vermindert*. Der drogenabhängige Mensch hat nur mehr ein Ziel – die Droge. Er macht alles für die Droge. Gesetze, die Beziehung zum eigenen Körper, Beziehungen zu anderen Menschen werden nicht hinterfragt. Die *Zeitperspektive (Vergangenheit oder Zukunft) schrumpft*, der drogenabhängige Mensch ist von Augenblickssituationen und vom nächsten Schuss abhängig: Wenn die Wir-

kung des Gifts nachlässt, muss neues besorgt werden. Der drogenabhängige Mensch *flüchtet aus der Realität* und sieht nicht mehr, was „im Hier und Jetzt“ ist: „wie geht's mir“, „was tue ich“, „was will ich wirklich“. Im Stress des „Aufstellens“ der Droge *verringert sich auch der Zugang zur Irrealitätsschicht*: Wünsche oder Träume gibt es in der Situation nicht mehr. Nachdem der Schuss gesetzt, der Stress für einige Minuten nachlässt, Entspannung eintritt, beginnt der Traum eines nüchternen Lebens: „Morgen hör ich auf“ ... bis es um den nächsten Schuss geht.

Beim süchtigen Verhalten handelt es sich um Gleichgewichtsstörungen im Lebensraum eines Menschen, denen wir im therapeutischen Prozess begegnen. Folgende Gleichgewichtsstörungen scheinen mir bei drogenabhängigen Klienten besonders ausgeprägt zu sein: Das Ungleichgewicht in der *Selbst-Umwelt-Beziehung*: Gemeint ist die Rolle des ICH in Bezug auf die Umwelt: „Wie sehe ich mich in der Welt. Wie er-

oder Angenehm/Unangenehm ab. Er verfügt sonst über wenig andere Kategorien.

Psychotherapie mit drogenabhängigen Menschen

In der Therapie geht es nicht hauptsächlich um das Defekte, das Pathologische, Abnorme oder das Symptom, egal ob es sich um Drogenerkrankung, Depression, Zwangserkrankungen oder Psychose usw. handelt. Was vielmehr interessiert ist der störungsfreie Ablauf psychischer Prozesse eines Menschen und wie sich der Mensch selbst behindert in seiner von Natur aus gegebenen Entwicklungsfähigkeit. In der Gestalttheorie werden die Ursachen psychischer Störungen als sozial bedingt angesehen, als Ausdruck von Gleichgewichtsstörungen in der Beziehung zwischen einer Person und ihrer erlebten Umwelt. Und „wenn es primär Lebensschwierigkeiten sind, die psychische Störungen bewirken, ist grundsätzlich jeder Mensch fähig, Einsicht in

Im Psychotherapieprozess geht es darum, die Differenzierung der eigenen Möglichkeiten, Gefühle und Körperempfindungen zuzulassen und auszudrücken. Die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und Wege zu entwickeln, mit ihnen umzugehen, stellt eine weitere Herausforderung im therapeutischen Prozess dar. Und schließlich geht es um Differenzierung im Sozialverhalten, in der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen und Lebensziele zu entwickeln.

Wie diese „Tendenz zur guten Gestalt“ bei KlientInnen durch den Therapeuten/die Therapeutin gefördert werden kann, beschreibt W. METZGER (1962) sehr einfühlsam in seinem Buch „Schöpferische Freiheit“, wobei folgenden Aspekten bei Drogenabhängigen meiner Meinung nach besondere Bedeutung zukommt:

„*Nichtbeliebigkeit der Arbeitsgeschwindigkeit*“ (vgl.: Metzger, 1962, S. 28–30): Keine sofortigen Heilerwartungen hegen. Rückfälle, bzw. sich wiederholender Konsum, gehören zum Entwicklungsprozess und liegen im Wesen der Sucht. Ein „Rückfall“ ist kein Drama, es geht darum, dass der Klient das Geschehene reflektiert.

„*Gestaltung aus inneren Kräften*“ (vgl.: Metzger, 1962, S. 23–26): Ich bin nicht da, um der/dem KlientIn zu sagen, dass Drogenkonsum „pfui“ ist. Ich kann ihr/ihm nichts aufzwingen, wo die inneren Kräfte fehlen. Das heißt, es geht um IHN oder SIE, nicht um den Richter, nicht um seine Eltern, PartnerIn und nicht um mich.

„*Nichtbeliebigkeit der Form*“ (vgl.: Metzger, 1962, S. 21–23): Ich glaube, dass jeder Mensch grundsätzlich die Fähigkeit hat, ohne Drogen zu leben. Vielleicht nicht jetzt, vielleicht kommen noch viele Krisen, vielleicht entscheidet er sich auch für ein Leben mit Drogen, aber grundsätzlich sind diese inneren Kräfte vorhanden. In der Therapie geht

Beim süchtigen Verhalten handelt es sich um Gleichgewichtsstörungen im Lebensraum eines Menschen, denen wir im therapeutischen Prozess begegnen.

lebe ich meine sozialen Beziehungen.“ Drogenabhängige erleben die eigenen Möglichkeiten zumeist sehr eingeschränkt, gewünschte Veränderungen sollen vorrangig durch andere geschehen, sie selber haben wenig Einfluss. Das Ungleichgewicht auf der *Realitäts-Irrealitätsebene*: Das heißt, sie können die Ziele, die die aktuelle Lebenssituation erfordert, nicht erkennen. Andererseits ist es ihnen unmöglich aus Wünschen und Sehnsüchten konkrete Ziele zu entwickeln.

Undifferenziertheit des Verhaltens: ob ein Abhängiger etwas tut oder nicht tut, hängt oft vom Kriterium Lust/Unlust

seine Störung und ihre Ursachen zu gewinnen. Es geht dann um die Aktivierung und Stärkung der Fähigkeit des Menschen, sich selbstverantwortlich mit seinen Lebensschwierigkeiten auseinanderzusetzen und sie nach seinen eigenen Möglichkeiten überwinden zu lernen.“ (Lewin, 1963; zit. n. Zabransky & Soff, 1996, S.16)

Das Problem des suchtkranken Menschen ist also nicht, dass er sich im Zustand des Ungleichgewichts befindet, sondern, dass er ohne die Droge keinen Gleichgewichtszustand oder störungsfreien inneren Ablauf herstellen kann.

es oft erst einmal um die Freilegung dieser inneren Kräfte, um überhaupt „freie Entscheidungen“ treffen zu können. ♦

Mag.^a Barbara Emnet (geb.1966), Psychologin, Psychotherapeutin (GTP) in freier Praxis in Wien, langjährige Mitarbeit im stationären und ambulanten Suchtbereich, in der Krisenintervention und Akutbetreuung sowie in der Frauenberatung.

Kontakt: www.psyemnet.at, barbara@psyemnet.at

Literatur:

LEWIN, K. (1963). Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern: Huber Verlag

METZGER, W. (1962). Schöpferische Freiheit. Frankfurt: Waldemar Kramer [2. umgearbeitete Auflage]

STEMBERGER, G. (2002). Psychische Störungen im Ich-Welt-Verhältnis. Gestalttheorie und psychotherapeutische Krankheitslehre. Wien: Krammer Verlag.

TRETTNER, F. (1998). Ökologie der Sucht. Das Be-

ziehungsgefüge Mensch-Umwelt-Droge. Göttingen: Hogrefe.

WALTER, H.-J. (1994). Gestalttheorie und Psychotherapie. Ein Beitrag zur theoretischen Begründung der integrativen Anwendung von Gestalttherapie, Psychodrama, Gesprächstherapie, Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie und Gruppendynamik. Opladen: Westdeutscher Verlag.

ZABRANSKY, D. & SOFF, M (1996). Einführung in die Grundlagen Gestalttheoretischer Psychotherapie. Hrsg.: Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie, Wien.

Co-Abhängigkeit bei Suchterkrankungen

Ingrid Trabe, MSc

Einleitung

Es gibt mehr Menschen, die im Umfeld von Suchtkranken leben, als Suchtkranke selbst. Die Betroffenheit und das (Mit)Leiden der Angehörigen hat in den letzten Jahren auch im klinischen und institutionellen Bereich entsprechende Beachtung gefunden.

Angehörige von Suchtkranken sind, ob gewollt oder ungewollt, in die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen verstrickt. Für sie entsteht ein großer Leidensdruck und die Belastungen durch den Versuch, das Ungleichgewicht in der Familie oder Partnerschaft auszugleichen, sind vielfältig. Nicht immer hilfreich sind in diesem Zusammenhang die unterschiedlichen Zuschreibungen, die Angehörige in Konzepten zur Co-Abhängigkeit erfahren.

Co-Abhängigkeit – ein strittiges Konzept

Die Konnotationen die der Begriff der „Co-Abhängigkeit“ seit seiner Entstehung erfahren hat, sind vielfältig und zum Teil verwirrend.

Ausgehend von Angehörigengruppen in den USA Mitte der 1970-er Jahre haben sich unterschiedliche Konzepte zur Co-Abhängigkeit geradezu inflationär ausgeweitet und danach in zunehmendem Maße alle gesellschaftlichen Bereiche vereinnahmt: Familie, Freundeskreis, Arbeitsleben, Institutionen, medizinische und therapeutische Behandlung. Mittlerweile ist der Begriff emotional stark belegt und viele Konzepte zur Co-Abhängigkeit, die ihren Ursprung in populärwissenschaftlichen Beiträgen

unterlag im Laufe der Zeit einem Wandel: von der Beschreibung eines Leidenszustandes zur Diagnose. Damit liefen Angehörige Gefahr pauschal als „krank“ abgestempelt zu werden. Das hatte zur Folge, dass viele Angehörige die Stigmatisierung, die diese Konzepte mit sich brachten, ablehnten.

Doch unabhängig davon verweisen alle Modelle zur Co-Abhängigkeit auf das Leiden der Angehörigen auch wenn sie implizieren, dass Angehörige an der

Vielfach werden die Betroffenen in die TäterInnenrolle gedrängt und häufig finden sich versteckte Schuldzuweisungen.

haben, sind spekulativ und vage. Es gab auch immer wieder Ansätze, die Co-Abhängigkeit als klinische Störung zu beschreiben, doch auch hier fehlen bis heute die wissenschaftlichen Grundlagen und Forschungsergebnisse.

Vielfach werden die Betroffenen in die TäterInnenrolle gedrängt und häufig finden sich versteckte Schuldzuweisungen. Der Begriff der Co-Abhängig-

Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchterkrankung mitwirken. Diese „MittäterInnenenschaft“ findet sich auch in neueren Theorien, auch wenn hier von „Enabling“ (Rennert,1989) oder von „suchtförderndem Verhalten“ (Uhl & Puhm, 2007) gesprochen und auf den Begriff der Co-Abhängigkeit weitgehend verzichtet wird.

Neuere Überlegungen zur Bedeutung



des Begriffes „Co-Abhängigkeit“, die wiederum systemische Aspekte in der Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken beachten, schlussfolgern, dass Angehörige einen erheblichen Einfluss auf Suchtkranke haben können. Dies bedeutet aber weder zwangsläufig an allem Schuld zu sein, noch bedeutet es, die Situation tatsächlich beeinflussen zu können. (Uhl & Puhm, 2007).

Hilfreich an der Debatte zur Co-Abhängigkeit ist, dass der Begriff mittlerweile hinreichend bekannt geworden ist und an Popularität gewonnen hat. Denn insgesamt scheint es mehr denn je erforderlich, die Öffentlichkeit verstärkt für die Bedürfnisse und Anliegen von Angehörigen zu sensibilisieren und dabei strikt auf stigmatisierende Zuschreibungen zu verzichten, damit das Thema Sucht sowohl in der Gesellschaft als auch in der Familie enttabuisiert wird.

Die therapeutische Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken

Neben meiner Tätigkeit als Psychotherapeutin in freier Praxis arbeite ich seit 2008 in der Hauptambulanz des Anton-Proksch-Instituts mit Angehörigen von Suchtkranken. Das Angebot für Angehörige in der Ambulanz umfasst Einzelberatung, eine wöchentlich stattfindende

psychotherapeutische Gruppe und eine Gruppe für junge Erwachsene aus Suchtfamilien.

Die Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken ist von großer emotionaler Intensität geprägt und erfordert hohe Präsenz von Seiten der PsychotherapeutInnen. Das bedeutet, sich nicht unabgegrenzt dazu verführen zu lassen, den zumeist ausgeprägt ambivalenten Gefühlen empathisch zu folgen und in der inneren Erlebniswelt der Angehörigen aufzugehen. Ebenso kann eine Hal-

choedukative Elemente ein wichtiger Bestandteil in therapeutischen Gruppen und schließen Wissensvermittlung über die Sucht, über suchtfördernde Verhaltensweisen, Genesung und Rückfall mit ein.

Für Angehörige ist das eigene Erleben völlig vom Einsatz des Suchtmittels und den daraus entstehenden Folgen geprägt. Sie selbst erleben sich als hilflos, ratlos, ohnmächtig und sind zum Zeitpunkt, an dem sie eine Beratung in Anspruch nehmen, meist körperlich,

Die Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken ist von großer emotionaler Intensität geprägt und erfordert hohe Präsenz von Seiten der PsychotherapeutInnen.

tion nicht hilfreich sein, in der mit der Distanziertheit der ratenden ExpertInnen vorschnelle Lösungen angeboten werden. Auch gilt es, folgende Aspekte gut auszubalancieren: die Sorge um den/die Suchtkranke/n, die Sorge um den/die Angehörige/n und das fachliche Wissen über Abhängigkeitserkrankungen.

Eine Krankheit, die mit gesellschaftlicher Stigmatisierung einhergeht, ist für Angehörige ein schambesetztes Thema, und häufig bleiben im Bezug auf die Krankheit viele Fragen offen, die erst in einem Rahmen gestellt werden, der Vertrauen und Sicherheit schafft. Wenn in der Familie oder der Partnerschaft ständig Unerwartetes oder nicht Verstehbares geschieht, dann entscheidet das Wissen über das Wesen von Suchterkrankungen darüber, ob sich die Angehörigen passiv und resignativ verhalten, oder ob sie sich den Situationen gewachsen fühlen. Bei der Entstehung von Angst ist oft Unwissenheit beteiligt und wenn man Yalom folgt, der feststellt: „Die Erklärung eines Phänomens ist der erste Schritt zu seiner Bewältigung“ (Yalom, 2004), sind psy-

geistig und seelisch erschöpft. Hinzu kommt die Enttäuschung über das vermeintliche eigene Versagen und die Enttäuschung von einer sehr nahe stehenden und meist auch geliebten Person immer wieder belogen, hintergangen, gedemütigt und mitunter auch bedroht worden zu sein.

Angehörige setzen sich in ihrem Kampf gegen die Sucht unerreichbare Ziele; im Alleingang werden unglaubliche Aufgaben bewältigt und letztlich führen all diese Anstrengungen zu keiner Veränderung der Situation. Im Gegenteil, es scheint als würde das verstärkte Bemühen den gegenteiligen Effekt hervorbringen. Der/die Suchtkranke wehrt sich beständig gegen jegliche „Retlungsversuche“ und die Fronten verhärten sich zusehends.

Die wertschätzende Haltung in der Beratung schließt das Umfeld der Angehörigen mit ein; es will auch die Liebe zum/r Suchtkranken verstanden werden, in einer Beziehung, die für Angehörige von großer Bedeutung ist.

In Gruppen, die durch ein hohes Maß an gegenseitigem Verständnis gekennzeichnet sind, ist es für Angehörige von Suchtkranken möglich, sich selbst zu

öffnen und andere Gruppenmitglieder sowohl in ihrer Betroffenheit als Personen als auch in ihrem inneren Erleben wahrzunehmen. Die Wahrnehmung der Gefühle der/m Suchtkranken gegenüber, der Versuch die Suchterkrankung zu verstehen und die Wiederentdeckung der eigenen Interessen, ermöglicht den Angehörigen eine Weiterentwicklung im Sinne einer Eigenförderung. So werden die eigenen Gefühle wieder wahrgenommen und akzeptiert, auch die Signale des Körpers werden beachtet und adäquat wahrgenommen. In psychotherapeutischen Gruppen wird den Angehörigen ein Rahmen geboten, der es ermöglicht, dem eigenen Erleben ohne Bedrängnis zu begegnen, Gefühle zu differenzieren und ihre oft widersprüchlichen Bedürfnisse zu klären. P. Schmid (1996) bezeichnet die Gruppe als hervorragenden Lernort für Autonomie und Solidarität. Autonomie ist für

Angehörige von ungeheurer Bedeutung, da es gilt sich aus der Verstrickung mit der suchtkranken Person weitgehend zu lösen, eine innere Unabhängigkeit zu entwickeln und eigene persönliche Ziele zu fördern und wahrzunehmen. Die Solidarität, das Erfahren von Gemeinsamkeit, Wechselseitigkeit, Zuverlässigkeit und Verbundenheit ist für Angehörige, die sich zunehmend von der Umwelt abgekapselt haben, eine neue und ohne Zweifel auch heilsame Erfahrung.

Dass Angehörige ein Recht auf Unterstützung und Hilfe haben, unabhängig davon, ob ihr suchtkrankes Familienmitglied oder der/die PartnerIn in Behandlung ist, haben auch institutionelle Einrichtungen erkannt und ihre Angebote danach ausgerichtet. Eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit, ein Wissen über die Entstehung von Suchterkrankungen und deren Auswirkungen

auf Angehörige würden es den Betroffenen erleichtern, die Suchterkrankung anzunehmen. ♦

Ingrid Trabe, MSc Personenzentrierte Psychotherapeutin in eigener Praxis mit frauenspezifischem Ansatz, Gesellschafterin im Institut Frauensache, Seminar OG, Mitglied im Angehörigenbetreuungsnetzwerk Ost (ANGNET) am Anton-Proksch-Institut.

Literatur:

Musalek, Michael (Hrsg.), (2007). Im Fokus: Angehörige von Suchtkranken., Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Jg.30/Nr.2/3, Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung

Rennert, Monika (1989). Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Schmid, Peter F. (1996). Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis – Ein Handbuch – Die Kunst der Begegnung. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.

Uhl, Alfred & Puhm, Alexandra (2007). Co-Abhängigkeit – ein hilfreiches Konzept? Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg.30, 13–20.

Yalom, Irvin D. (2004). Liebe, Hoffnung, Psychotherapie. München: Random House GmbH.



Die andere Seite der Sucht: Co-Abhängigkeit?

Erik Zika und Mag.^a Marion Herbert

In diesem Beitrag wollen wir das Konzept der „Co-Abhängigkeit“ diskutieren und auch die Rolle(n) und Haltung(en) der/des PsychotherapeutIn und mögliche Dynamiken reflektieren.

Die Begriffe „codependency“ oder „co-dependence“ haben sich seit den 1970er Jahren in den USA stark verbreitet (Rennert, 1990). Sie entstanden aus den Reihen der Selbsthilfegruppen Angehöriger von AlkoholikerInnen, welche sich schon seit den späten 1930er Jahren mit den Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Familie ausein-

andersetzten. Im deutschsprachigen Raum wurde der übersetzte Begriff der „Co-Abhängigkeit“ seit Mitte der 1980er Jahre vermehrt (v.a. von professionellen HelferInnen) verwendet – oft auch unabhängig eines Substanzkonsums mit „Liebessucht“ oder „Beziehungssucht“ gleichgesetzt (Rennert 2005).

Heute gibt es eine Vielfalt von Defini-

tionen von „Co-Abhängigkeit“ (Uhl & Puhm 2007), welchen meist gemeinsam ist, die Rolle der Angehörigen von Suchtkranken bei der Entstehung, Verstärkung und Aufrechterhaltung der Sucht zu beschreiben. So wird z.B. Sucht von Aßfalg (2003) auch als „Krankheitsgemeinschaft“ angesehen, an der immer mehrere beteiligt sind.



Zu den „co-abhängigen“ Verhaltens- und Sichtweisen zählen unter anderem die Verantwortung für den/die Betroffene/n zu übernehmen, die Illusion, Einfluss/Kontrolle auf das Suchtverhalten zu besitzen, das eigene Selbstwertgefühl vom Zustand/Verhalten des/ der Betroffenen abhängig zu machen. Menschen, die dieses Verhalten besonders stark zeigen bzw. von dem süchtigen Verhalten betroffen sind, werden in der amerikanischen Literatur als „Enabler“ bezeichnet (Rennert 1990).

Doch nicht nur Menschen mit süchtigem Verhalten werden in der heutigen Gesellschaft mit vielen Vorurteilen konfrontiert, auch deren Angehörige. So begegnen sie in ihrem sozialen Umfeld – nicht zuletzt auch in Beratungsstellen und Psychotherapiepraxen – z.B. folgenden ausgesprochen oder unausgesprochenen Zuschreibungen:

- ◆ Eltern mit süchtigem Verhalten können prinzipiell keine guten Eltern sein.
- ◆ Wenn in der Familie ein Kind/Jugendlicher Drogen konsumiert, so kann in dieser Familie etwas nicht stimmen, denn Eltern sind verantwortlich für das, was aus ihren Kindern wird.
- ◆ PartnerInnen müssen sich auf jeden Fall trennen. Eine PartnerInnen-

schaft mit einer süchtigen Person kann nicht befriedigend sein, sondern schadet der (abstinenten) PartnerIn.

Diese Vorannahmen tragen dazu bei, dass sich Angehörige oft für die süchtige Person, die Situation, in der sie sich befinden, oder für sich selbst schämen. Diese Scham kann zu sozialem Rückzug und Einsamkeit führen oder dazu, dass versucht wird, die Situation zu verheimlichen. Dies ist bei Angehörigen aus dem ländlichen Bereich besonders zu beobachten, da es dort mehr soziale Kontrolle gibt als in der anonymen Großstadt.

Aus der Zuneigung und Sorge gegenüber der konsumierenden Person starten Angehörige meist recht bald nach der Entdeckung des süchtigen Verhaltens Versuche, dieses zu beeinflussen. Zumindest wird versucht, die süchtige Person zu überreden, ihr Verhalten aufzugeben oder sich in Behandlung zu begeben. Es beginnt die Kontrolle, ob die Person auch „die Wahrheit“ sagt und eine Veränderung vollzogen hat. Es werden Verantwortungen für die süchtige Person übernommen, in der Hoffnung, Schlimmeres abzuwenden. Wenn der Einsatz der Angehörigen keine

sichtbaren Erfolge erkennen lässt, wird das Bemühen meist weiter gesteigert. Dies führt zu einem Gefühl der Hilflosigkeit und lässt die Hoffnung auf Veränderung schwinden. „Je mehr man sich bemüht, desto mehr wird man enttäuscht,“ stellte eine Mutter in einer Beratung diese Dynamik dar. Die Belastung für die Angehörigen steigt massiv. Schlaflosigkeit, innere Unruhe, depressive Stimmungen können die Folge sein. Oft suchen Angehörige erst dann professionelle Hilfe auf.

Die ausgesprochenen oder unausgesprochenen Erwartungen der Angehörigen an Beratung und Psychotherapie können u.a. sein (siehe auch Zika 2007):

- ◆ „Sagen Sie mir was ich tun soll, damit XY nicht mehr konsumiert.“
- ◆ „Veranlassen Sie (Ihre Institution), dass XY nicht mehr süchtig ist.“
- ◆ „Helfen Sie mir, damit es mir besser geht.“
- ◆ „Sagen Sie mir, dass ich ein/e gute/r Angehörige/r bin.“
- ◆ „Erkennen Sie an, dass ich mein Bestes getan habe.“
- ◆ „Geben Sie mir nicht die Schuld, ich gebe Sie mir schon selbst.“
- ◆ „Erlauben Sie mir, auf meine Bedürfnisse zu achten, auch wenn das auf Kosten von XY geht.“
- ◆ ...

Sichtet man die Literatur zum Thema Co-Abhängigkeit, so fällt auf, dass es viele Ratgeber- und Selbsthilfebücher für Angehörige selbst, im Vergleich dazu allerdings wenig Fachliteratur für BeraterInnen und PsychotherapeutInnen gibt. Als differenziertes Standardwerk im deutschsprachigen Raum zählt zu letzterer sicherlich Rennert (1990).

Beratung von co-abhängigen Angehörigen

Die Rollen zwischen BeraterIn/PsychotherapeutIn und KlientIn scheinen in vielen Konzepten zur Co-Abhängigkeit klar aufgeteilt. Die BeraterIn/Psycho-

therapeutIn ist die ExpertIn, die hilfreiches Wissen besitzt, z.B. welches Verhalten co-abhängig ist und welches nicht, und auch die Auswirkungen von Verhaltensänderungen auf Seiten der Angehörigen „vorhersehen“ kann. So wird oft vermittelt, dass sich, wenn Angehörige die negativen Auswirkungen des süchtigen Verhaltens nicht mehr ausgleichen, der Leidensdruck bei der konsumierenden Person erhöht und diese dann ihren Konsum reduziert oder gar einstellt. Die Praxis zeigt allerdings, dass dieser linear – kausale Zusammenhang von: Erhöhung des

son: Die BeraterIn/PsychotherapeutIn versucht, bei Angehörigen eine Veränderung zu initiieren, diese ist allerdings aus verschiedenen Gründen zu dem Zeitpunkt (noch?) nicht möglich. Dadurch setzt sich fort, was Angehörige schon kennen: Sie verzweifeln an den Versuchen, etwas zu verändern, und die Gefühle der Hilflosigkeit und des Versagens werden größer. Und liest man die Literatur zur Co-Abhängigkeit, dann entsteht oft der Eindruck, dass die ExpertInnen wissen, was für die Angehörigen gut bzw. hilfreich ist – glauben das die Angehörigen von der abhängi-

betont, denn diese muss auch mit den Konsequenzen, die aus unserer Sicht (vgl. dazu TherapeutInnendilemma, Ludewig, 2005) meist nicht vorhersehbar sind, leben. Das bedeutet für die Praxis, dass KlientInnen nur dann Veränderungen einleiten sollen, wenn sie selbst bereit sind, das Risiko zu übernehmen, und nicht weil das die ExpertIn will. Hilfreiche Haltungen in der Beratung/ Psychotherapie mit Angehörigen suchtkrank Menschen werden in Zika (2007) beschrieben.

Zusammenfassend scheint es uns wichtig, Angehörigen von DrogenkonsumentInnen mit einer wertschätzenden Haltung gegenüberzutreten, ihr bisheriges und aktuelles Bemühen zu erkennen und nicht in Richtung pathologisierendes/krankheitswertiges Verhalten (z.B. Co – Abhängigkeit) zu deuten, sondern sie vielmehr in ihrem – ihrem eigenen Tempo entsprechenden – Veränderungsprozess unterstützend zu begleiten. ♦

Das Ziel dieser Form der Beratung/Psychotherapie ist in der Regel die „Abstinenz“ des co-abhängigen Verhaltens.

Leidensdruckes bei dem/der DrogenkonsumentIn = Reduktion des Konsumes oftmals nicht evident ist. Anders ausgedrückt: vor „prophetischen Rezepten“ sei gewarnt.

Das Ziel dieser Form der Beratung/Psychotherapie ist in der Regel die „Abstinenz“ des co-abhängigen Verhaltens. Dadurch soll erreicht werden, dass es den Angehörigen wieder besser gelingt auf ihre Bedürfnisse zu achten, dass die süchtigen Personen die Konsequenzen ihres Handelns mehr „spüren“ und die Angehörigen wieder handlungsfähiger in der Beziehung zur abhängigen Person werden. Für KlientInnen kann solch eine Beratung nach dem Konzept der Co-Abhängigkeit handlungsanleitend sein und Klarheit über die mögliche Bedeutung ihres Verhaltens bringen.

Unsere Kritik an den Konzepten der Co-Abhängigkeit möchten wir hier nur anhand zweier Aspekte darstellen. Die Gefahr bei diesem Ansatz sehen wir vor allem darin, dass es zu einer ähnlichen Dynamik kommen kann wie zwischen Angehörigen und der süchtigen Per-

son nicht auch? Stehen so betrachtet nicht TherapeutInnen und Angehörige vor dem TherapeutInnendilemma: *„Handele wirksam, ohne im Voraus zu wissen, wie und was dein Handeln auslösen wird!“* (Ludewig, 2005, S.76ff.)? Und wie fühlt es sich für meine Identität respektive Arbeitsfähigkeit als PsychotherapeutIn an, wenn mir unterstellt werden würde, ich verhalte mich „co-abhängig“ und halte somit ein Problemsystem aufrecht wider all meiner Bemühungen hilfreich zu sein?

Aus unserer Sicht bevorzugen wir daher eine Rollenaufteilung zwischen BeraterIn/PsychotherapeutIn und KlientIn wie folgt: Die BeraterIn ist jene, die allgemeines Wissen zum Thema Sucht besitzt, die z.B. auch weiß, dass verschiedene Sichtweisen auf Sucht existieren, die keiner absoluten „Wahrheit“ entsprechen. Die KlientIn hingegen ist ExpertIn für ihr eigenes Leben. Damit ist gemeint, dass die KlientIn am ehesten beurteilen kann, was hilfreich sein kann und was möglich an Veränderung ist. Und vor allem wird die Verantwortlichkeit der KlientIn für Veränderungen

Erik Zika, Jg. 1975, Psychotherapeut (Systemische Familientherapie), Coach und Supervisor und Leiter des Instituts SOULutions (www.solutions.at) und arbeitet seit vielen Jahren im ambulanten Suchtbereich und in freier Praxis.

Mag.ª Marion Herbert, Jg. 1975, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie), Trainerin und Klinische und Gesundheitspsychologin und arbeitet seit vielen Jahren im ambulanten Suchtbereich und in freier Praxis.

Literatur:

- Aßfalg, R. (2003). Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co-Abhängigkeit. 4., überarbeitete Auflage. Geesthacht: Neuland
- Ludewig, K. (2005). Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie, Heidelberg: Carl-Auer Verlag
- Rennert, M. (1990). Co-Abhängigkeit: Was Sucht für die Familie bedeutet. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Rennert, M. (2005). Co-Abhängigkeit. In: R. Thomasius und U. J. Küstner: Familie und Sucht. Seite 45–51. Stuttgart: Schattauer Verlag
- Uhl, A. & Puhm, A. (2007). Co-Abhängigkeit – ein hilfreiches Konzept? Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Jg. 30. Nr. 2/3. S. 13–20
- Zika, E. (2007). Die Rolle der BeraterInnen in der Angehörigenarbeit. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Jg. 30. Nr. 2/3. S. 63–68

Rezension

Dr. Christian Schwarz: Zum Begriff der Sucht¹

„Begriffe sind sowohl Werkzeuge wie Indizien; Werkzeuge, weil wir mit ihnen arbeiten, Indizien, weil sie die Herkunft aus einer bestimmten Wissenschaftstradition anzeigen. Die Klärung des Begriffssystems muss deshalb den Umweg über die Wissenschaftsgeschichte nehmen. Und was wir hier finden, sind nicht antiquarische Gegenstände, sondern die Voraussetzungen unseres eigenen Denkens“. (G. Scholz, 1991)

Die Begriffe „Sucht“, „Abhängigkeit“ oder „Drogenkonsum“ haben in verschiedenen Epochen und Kulturen eine unterschiedliche Bedeutung und der Diskurs darüber wird nicht nur von psychologischen und pharmakologischen

Christian Schwarz stellt in seinem Artikel die verschiedenen Begriffe der Sucht dar, wie sie im Rahmen psychoanalytischer Schulen entwickelt worden sind, sowie die Ursachen der Suchterkrankungen auf der Basis der

Entwicklung dieser Konzepte und Begriffe zur Sucht auch „die Voraussetzungen unseres eigenen Denkens“ in diesem Bereich aufgezeigt.

An den verschiedenen hier dargestellten Ansätzen und deren theoretischen Implikationen zeigt sich auch die Komplexität dieser Problematik. Um es vorweg zu nehmen; es fehlt nach wie vor ein umfassender theoretischer Rahmen zur Erklärung der Sucht und ihrer Behandlung. Was wir sehen, so der Autor, „ist die kontroverse, nicht-einheitliche Struktur der begrifflichen, konzeptuellen und theoretischen Entwürfe, trieb-, ich-, selbst- und objekt-psychologischer Provenienz und Ausformung“. Dies liegt wohl auch daran, dass es die „Suchtpersönlichkeit“ nicht gibt und bisherige Versuche eine Grundstruktur der/des Süchtigen zu erstellen empirisch nicht erfolgreich waren. Dies weist darauf hin, dass Suchterkrankungen nicht bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen oder einer bestimmten psychopathologischen Entwicklung zugeordnet werden können auch wenn psychische Störungen dabei eine Rolle spielen. So konnte auch nicht geklärt werden, warum etwa sowohl der illegale wie auch der gesellschaftlich akzeptierte Gebrauch von Drogen zu ganz unterschiedlichen Verlaufsformen führt und welche Rolle die Kriminalisierung des Drogenkonsums dabei spielt.



Aspekten bestimmt, sondern auch von politischen und ökonomischen Interessen. „Die Entstehung der Drogenabhängigkeit und des Alkoholismus und damit auch das Problem der Behandlung gehören sicherlich zu den kontroversen Fragen der Wissenschaft vom Menschen“, schreibt W. Burian (1994), Psychoanalytiker und Drogentherapeut.

unterschiedlichen Störungskonzepte. Während die Psychiatrie einen deskriptiven Ansatz vertritt, d.h. eine Systematisierung der beobachteten Symptome darstellt, geht es in der Psychoanalyse um eine dynamisch-strukturelle Darstellung des Suchtverhaltens und um die inneren Konflikte, die ihm zugrunde liegen. Da auch andere Schulen auf psychoanalytische Konzepte zurückgreifen, werden mit der Darstellung der

¹ Unveröffentlichtes Manuskript



Triebtheoretische Konzepte

Schwarz verweist eingangs auf Sigmund Freud, der zeitlebens Zigarren geraucht und außerdem auch selbst Erfahrungen mit Kokain gemacht und darüber berichtet hat. Er hat sich aber nie systematisch mit dem Thema Sucht befasst. Er sieht das Problem der Sucht in Zusammenhang mit mangelnder sexueller Befriedigung und sah in der Masturbation die „Ursucht“ in deren Folge erst die anderen Süchte nach Alkohol, Morphin oder Tabak entstehen. Genauere Untersuchungen weisen in der Regel darauf hin, so Freud (1998), „dass diese Narkotika zum Ersatz – direkt oder auf Umwegen – des mangelnden Sexualgenusses bestimmt sind, und wo sich normales Sexualleben nicht mehr herstellen lässt, da darf man den Rückfall des Entwöhnten mit Sicherheit erwarten“. Triebpsychologisch verortet Freud die Süchte wie Trinken und Rauchen im Bereich der oralen Erotik, d.h. als eine Regression auf die orale Entwicklungsstufe, die geprägt ist vom Saugen und Lutschen, was sich beim Erwachsenen u.a. in der Lust am Küssen und eben durch Trinken und Rauchen ausdrückt. Die/der Süchtige fühlt sich nüchtern freudlos, enttäuscht und einsam und versucht diese Freudlosigkeit durch exzessive Befriedigung oraler Impulse auszugleichen. Im Rausch werden moralische, soziale und ästhetische Schranken aufgehoben und eine polymorph-perverse Sexualität freigelegt, wie der Analytiker S. Ferenczi (1982) schreibt: „der Alkoholiker hat seine Libido verdrängt und kann sie nur im Rausch wieder besetzen“.

In seiner späteren Arbeit „Das Unbehagen in der Kultur“ (1930) betont Freud, dass wir durch die Enttäuschungen und Beschwernisse des Lebens „Linderungsmittel“ nicht entbehren können, d.h. Ersatzbefriedigungen in Form von kulturellen Aktivitäten wie Wissen-

schaft und Kunst oder in Form von Rauschmittel und zwar nicht primär als Lustgewinn sondern zur Vermeidung von Unlust. Damit wird „ein heiß ersehntes Stück Unabhängigkeit von der Außenwelt“ sowie eine „eigene Welt mit besseren Empfindungsbedingungen“ erreicht. Freud sieht die Gefahr der Sucht nicht in autodestruktiven Prozessen, sondern darin, dass „große Energiebeiträge, die zur Verbesserung des menschlichen Lebens verwendet werden könnten, nutzlos verloren gehen“.

Ich- und Selbstpsychologische Konzepte

Dieses Konzept Freuds der Vermeidung von Unlust wird von den Ich-PsychologInnen aufgegriffen und sie verweisen ebenfalls darauf, dass durch die Pharmaka der Reizschutz nach innen aufgebaut wird, um Schmerzempfindungen zu vermeiden. Beim Säugling wird der Reizschutz durch die Schutzfunktion der Mutter gewährleistet und gestärkt. Fehlt dieser und kommt es zu traumatischen Erfahrungen durch Überwältigung des Reizschutzes und Überflutung durch Schmerz und Angst so führt dies zu Lähmung, Ohnmacht und Gefühllosigkeit sowie zur Desorganisation des Denkens, Fühlens und Verhaltens. H. Krystal und H.A. Raskin (1983) sprechen von einer „Initialverstimmung“, eine auf die Zeit vor der Ausbildung differenzierter Gefühle zurückgehende, diffus-bedrohliche Angst, verbunden mit Ohnmachtsgefühlen, mit welchen ein Säugling auf Verlassenwerden reagiert. Suchtkranke regredieren schnell auf diesen diffusen, unerträglichen Uraffekt und versuchen ihn durch die Droge zu dämpfen. Durch die Lähmung und Ohnmachtsgefühle kommt es zur Einschränkung der Selbstfürsorge; der/die Süchtige nimmt sich selbst nicht als Objekt seiner Fürsorge und seiner Wertschätzung und wehrt seine/ihre Wünsche auf-

grund seiner massiven Angst vor Abhängigkeit ab. Er/sie fühlt sich dadurch hohl und leer und ersetzt dies durch Suchtverhalten bis hin zur realisierten Todessehnsucht als ultimative regressive Form der Erlösung von Leid und Schmerz.

L. Wurmser (1997) bezieht sein Konzept der Sucht auf den Abwehrmechanismus der Verleugnung. Damit werden unerträgliche Affekte wie Angst, Scham und Schuld, die Gefühle der Leere und Sinnlosigkeit, die durch die Verurteilung eines strengen Über-Ichs, dem „Inneren Richter“, entstehen, künstlich durch Drogen unterdrückt und es kommt zur Steigerung des Selbstwertgefühls und zur Wiederherstellung der Grandiosität. Wurmser sieht in der Sucht eine Über-Ich Problematik auf der Basis der Freudschen Neurosenlehre und wendet sich dabei gegen Konzepte der Borderline-Störungen und des Narzissmus. „Narzisstische Probleme und Störungen weisen immer auf zentrale Über-Ich Konflikte. Klinisch habe ich es als viel hilfreicher gefunden, narzisstische Konflikte als Auswirkungen von Über-Ich Konflikten zu behandeln, anstatt narzisstische Störungen als zugrunde liegend anzusehen“ (Wurmser, 1997).

H. Kohut (1971) weist darauf hin, dass Suchterkrankung auf einer strukturellen Leere im Selbst beruht und diese daher in den Kategorien der Selbstpsychologie zu formulieren sind wobei die Probleme des Selbst nicht in triebtheoretischen Begriffen angemessen dargestellt werden können. Für das psychische Überleben braucht das Kleinkind die Resonanz gewährender empathischer Bezugspersonen, die als „Selbst-Objekte“ für die Befriedigung der Bedürfnisse sorgen. Außerdem haben sie die Aufgabe der „Spiegelung“, der empathischen Reaktionen auf die Äußerungen des Kindes sowie dessen narzisstischen Vorstellungen nach Voll-

kommenheit zu genügen und die Möglichkeit der Idealisierung zu bieten, damit sich das Kleinkind in der Verschmelzung mit ihnen allmächtig fühlen kann. Zu narzisstischen Störungen kommt es dann, wenn sowohl die Errichtung eines „kohärenten exhibitonistischen Größenselbst“ (durch ein empathisch spiegelndes Selbst-Objekt) misslingt als auch die Errichtung einer „kohärenten idealisierten Elternimago“ (durch Verschmelzung mit einem grandiosen Selbst-Objekt). Die Droge ist ein Ersatz für das Selbst-Objekt, mit dem er verschmilzt, um so an seiner magischen Stärke teilzuhaben und sich auf diese Weise Selbstvertrauen, Selbstachtung und Lebendigkeit zu verschaffen. Kohut verweist darauf, „dass die Drogenerfahrung den kindlichen Versuch wiederholt, das Selbst-Objekt zu ersetzen und dem Gefühl, tot zu sein, entgegen zu wirken, das in Ermangelung des empathischen Milieus auftritt, das durch das Selbst-Objekt hergestellt worden sein soll“.

Objektbeziehungstheoretische Konzepte

Für Schwarz ist vor allem die Objektbeziehungstheorie von O.F. Kernberg (1981) geeignet, das spezifische der Sucht nosologisch und diagnostisch darzustellen und zu begründen. In diesem theoretischen Ansatz geht es um verinnerlichte Beziehungsmuster, die wesentlich sind für den Aufbau psychischer Strukturen sowie der Selbst- und Objektrepräsentanzen. Bereits Freud hat darauf hingewiesen, dass das Ich das Ergebnis der verinnerlichten Objektbeziehungen darstellt und somit die Geschichte der Objektwahl enthält. Kernberg hat diese Sichtweise weiterentwickelt, wobei er die Konzepte von M. Klein, E. Jacobson und M. Mahler einbezogen hat. M. Klein (1932) hat sich bereits früh mit Kindertherapien beschäftigt und ebenfalls die Bedeutung

der Objektbeziehungen für die Entwicklung des Menschen betont. Wegen der geringen Wahrnehmungsfähigkeit und der noch gering entwickelten Ich-Funktionen kann das Kleinkind die Mutter nur in Form von Teilobjekten, z.B. als nährende oder verweigernde Brust erleben. Auch die destruktiven Impulse werden in dieser Phase auf die Mutterbrust projiziert, die es als böse und verfolgend wahrnimmt. Wenn Ängste und Versagungen den Säugling traumatisieren, so kommt es zur Verstärkung aggressiver und oral-sadistischer Wünsche, wobei die als verfolgend und bedrohlich erlebten Objektimages auf



Objekte der Außenwelt projiziert werden. Es geht dabei um die Regression auf frühe Entwicklungsphasen, in denen die Selbst- und Objektrepräsentanzen noch schwach ausgebildet sind und eine Integration der „guten“ und „bösen“ Anteile noch nicht erfolgt ist. Die dabei auftretenden bedrohlichen Ängste und Gefühle der Lähmung und Leere werden durch Drogen bekämpft.

W.-D. Rost (1987) hat mit Rekurs auf M. Klein ebenfalls das Konzept der Spaltung und der selbstzerstörerischen Tendenzen für das Verständnis der Sucht-Dynamik geltend gemacht. Personen mit frühen Störungen haben die

Mutter überwiegend als böse und zerstörerische Mutterbrust erlebt. Im Gegensatz zu Borderline-Störungen mit ihren rigiden Spaltungsprozessen erlebt der Süchtige seine gegensätzlichen Affekte gleichzeitig und kann sie nicht differenzieren, d.h. er ist chaotischen, nicht kommunizierbaren Affekten ausgesetzt, die als bedrohlich erlebt werden. Die Droge ist zwar faktisch die böse, zerstörerische Brust, wird aber von der/dem Süchtigen nicht als solche erlebt; im Gegenteil: „er stattet sie mit guten Eigenschaften aus und phantasiert sie als gute Brust, gibt sie doch für Stunden Entspannung, Ruhe, Be-

freierung von Ängsten und Schuldgefühlen und führt in zurück ins Nirwana, in den intrauterinen Zustand, der frei von quälenden Gefühlen ist“.

Systematik der Sucht

In einem weiteren Kapitel versucht der Autor die Sucht nosologisch einzuordnen und ihre Spezifik zu beschreiben. Für ihn erschließt sich Sucht in einer Dreidimensionalität: An der Oberfläche steht der Konsum von psychotropen Substanzen; dahinter verbirgt sich die Sucht als ich- und selbst-bezogene, respektive impulsiv-perverse Komponente eines Individuums; das Funda-



ment bildet die zugrunde liegende Persönlichkeitsstruktur mit den jeweiligen Störungen und Konflikten (von leicht bis schwereren neurotischen Störungen, Borderline-Strukturen, schwere narzisstische Persönlichkeitsstörungen bis hin zu Psychosen). Ähnlich argumentiert auch D. Nitzgen (2008), wenn er die Sucht als ein Ineinandergreifen von Konflikt- und Strukturpathologie bezeichnet. Auf der Basis der ich-psychologischen Objektbeziehungstheorie beschreibt er Kriterien für eine „strukturbezogene Klassifikation der Persönlichkeitsorganisation suchtkranker Patienten“. Damit wird es möglich, die Suchtverläufe nicht nur suchtspezifisch zu klassifizieren, sondern auch persönlichkeitspezifisch.

R. Voigtel (1996) versucht Suchterkrankung in ihrer Eigenart von allen anderen Krankheitsbildern abzugrenzen und einen Suchtmechanismus sowie einen der Sucht inhärenten Konflikt herauszuarbeiten: Der Gegenstand der Sucht (psychotrope Substanzen oder ein Spielautomat) wird projektiv zum Träger menschlicher Zuwendung oder Ablehnung. Da die Wünsche der Süchtigen nach Versorgt-, Verstanden- und Geliebt-werden aufgrund frühkindlicher Defizite unerfüllbar sind und die Enttäuschungen zu einer massiven Kränkung führen, wird menschlicher Kontakt prinzipiell als enttäuschend und bedrohlich erlebt. Als Ausweg wenden sich die Suchtkranken Substanzen zu, die zuverlässig sind und ihrerseits keine unerfüllbaren Forderungen stellen, die wieder zu Enttäuschungen und Kränkungen führen und damit auch nicht den Selbsthass steigern. Das tote Objekt repräsentiert das unbezogene, nicht-spiegelnde mütterliche Primärobjekt. Die Freiheit wird in der Objektlosigkeit gesucht und damit die Entbindung ermöglicht sowohl von sozialer Verantwortung und Verpflichtungen wie auch von Ängsten, verschlungen oder eingeeengt zu werden. Damit setzt der/

die Süchtige aber auch sein/ihr fragiles, differenzierungs- und konfliktunfähiges Selbst außer Kraft, das ständiger diffuser Angst, Ohnmachts- und Verlassenheitsgefühlen ausgesetzt ist. Diese Hingabe an ein unbelebtes Objekt ist für Voigtel das Kriterium, das die Sucht von anderen psychischen Störungen unterscheidet.

Ausblick

Abschließend betont Schwarz, dass das spezifische der Sucht in der Systematik der ich-psychologischen Objektbeziehungstheorie von Kernberg nosologisch und diagnostisch am besten dargestellt und begründet werden kann. Außerdem hat die Kernberg'sche Systematik, so der Autor, das größte Potential die unterschiedlichen und kontroversiellen Konzeptionen der heutigen Psychoanalyse zu integrieren. Auch L. Bollinger (2005) betont, dass die Varianten der Objektbeziehungstheorien heute, durch die Einbeziehung moderner Ansätze und Befunde, den Diskurs bestimmen. Leider führt Schwarz diese Annahme nicht mehr weiter aus. Jedenfalls bedeutet die Objektbeziehungstheorie eine wesentliche Weiterentwicklung der Psychoanalyse, in der unterschiedliche Konzepte, einbezogen sind und zwar nicht nur ich-psychologische und unterschiedliche objekttheoretische Konzepte sondern auch Erkenntnisse der Bindungstheorie und Säuglingsforschung, die alle von der Bedeutung der frühen wechselseitigen Interaktionserfahrungen für die Entwicklung der intrapsychischen Strukturen ausgehen, sowie für Ausbildung von Selbst- und Objektrepräsentanzen. Sie entspricht dem modernen Intersubjektivitätsparadigma, das eine neuartige Sicht der Entstehung des Selbst aus dem interaktiven Zusammenspiel von Mutter und Kind vermittelt.

Was die Suchtforschung betrifft, so ist inzwischen jedenfalls klar, dass Süchtige keine GenießerInnen sind, sondern

Leidende, die mittels Suchtmittel eine unerträgliche (innere) Situation zu bewältigen suchen. „Sowohl die illegale Droge als auch das psychoaktive Arzneimittel wird zur Regulierung von Gefühlen und vor allem der Angst verwendet“ (Burian, 1994). ♦

Hermann Spielhofer

Literatur:

- Bollinger, L. (2005). Gebrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen – Ansätze einer metapsychologischen Eingrenzung. *Psyche*, 6, 491-533.
- Burian, W. (1994). Die Rituale der Enttäuschung. Die Psychodynamik der Droge und die psychoanalytische Behandlung der Drogenabhängigkeit. Wien: Picus.
- Ferenczi, S. (1982). Alkohol und Neurosen. In: *Schriften zur Psychoanalyse*, Bd. 1. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1998). Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. *Gesammelte Werke*, Bd. I. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1930). Das Unbehagen in der Kultur. *Gesammelte Werke*, Bd. XIV. Frankfurt: Fischer.
- Glover, E. (1933). Zur Ätiologie der Sucht. *Int. Zts.f.Psychoanalyse*, 23, 170-200.
- Kernberg, O.F. (1981). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Klein, M. (1932). *Die Psychoanalyse des Kindes*. München.
- Kohut, H. (1971). *Narzissmus. Eine Theorie der Psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Krystal, H. & Raskin, H.A. (1983). *Drogensucht. Aspekte der Ich-Funktion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nitzgen, D. (2008). Psychoanalytische und psychiatrische Perspektiven einer Klassifikation der Suchterkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Frage der Komorbidität. In: K.W. Bilitza (Hg.), *Psychotherapie der Sucht*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rost, D. (1987) *Psychoanalyse des Alkoholismus*. Stuttgart: Klett.
- Scholtz, G. (1991). *Zwischen Wissenschaftsanspruch und Orientierungsbedürfnis*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Voigtel, R. (1996). Zur Diagnostik der Sucht. Die Überlassung an das unbelebte Objekt. Zur begrifflich-diagnostischen Abgrenzung der Sucht. *Psyche* 50, 715 – 741.
- Wurmser, L. (1997). *Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Diskussionsforum: Zukunft der Psychotherapie – Psychotherapie der Zukunft



Positive Visionen und negative Ahnungen für die Dekade bis 2021

Dr. Norbert Chimani

Ich bin seit Anbeginn des ÖBVP in der Berufspolitik tätig und überblicke somit 20 Jahre. Es gab in dieser Zeit viele Hoffnungen und noch mehr Enttäuschungen, sodass meine Zukunftsvisionen von eher bösen Ahnungen überlagert werden.

Was wäre wohl ein *Worst case* Szenario? Und wenn man das liest sollte man überlegen wie realistisch nachher die



Best of Visionen sein können. Wenn wir PsychotherapeutInnen Glück haben gibt es einen Mix aus all dem und insgesamt einen Fortschritt.

Ich beginne mit dem *Worst case*:

Der ÖBVP hat sich in seinen personellen Grabenkämpfen aufgerieben, verliert dadurch an Einfluss und seinen Platz als Vertretung der Psychotherapie im ASVG und die psychologische Be-

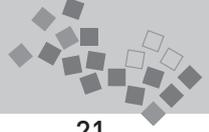
handlung wird Dank des Glaubens an akademische Titel diese Position übernehmen und zu von den Kassen diktierten Dumpingpreisen die psychologische Betreuung der ÖsterreicherInnen durchführen. Letztlich haben diese KollegInnen den Vorteil ihr Studium nicht eigenfinanzieren zu müssen. Die Fachspezifika verlieren dadurch KandidatInnen und werden versuchen, durch Aufleben des Schulenstreites in einem härter werdenden Konkurrenzkampf zu überleben. Es gibt eine eigene Ausbildung für Kinderpsychotherapie oder vielleicht auch Kinderpsychologie (siehe oben). Die Psychotherapie als Wissenschaft wird von der Psychologie verdrängt und ein zweiter Teil der Forschung wird in der hirnbioologischen Disziplin untergehen. Dies wird vor allem zur vermehrten Anwendung neuer Medikamenten führen, leider nicht zu aufgeklärten, durch Reflexionsfähigkeit gesünderen und glücklicheren, Menschen.

Eine zweite Gefahr zur Marginalisierung des Berufsverbandes sehe ich in den Bestrebungen, den ÖBVP in einen Verband der PsychotherapeutInnen zu verändern und den gesellschaftspolitischen Aspekt des Vertretungsanspruches der Psychotherapie aufzugeben. In dieses Vakuum würden sofort andere

Berufsgruppen (PsychologInnen, ÄrztInnen, im schlimmsten Fall auch die EsoterikerInnen) hineindrängen und dieses Feld besetzen.

Dem gegenüber steht die positive Vision einer starken Berufsvertretung im Rahmen des ÖBVP, der sowohl die PsychotherapeutInnen vertritt wie auch die Psychotherapie in ihrem ureigensten Wesen, d.h. gemäß dem Menschenbild, das der jeweiligen Schule entspricht. Ob dies im Rahmen einer Kammer geschieht oder die KollegInnen den Wert einer starken Berufsvertretung erkennen und es daher einer Zwangsmitgliedschaft, wie es eine Kammer bedeutet, nicht bedarf, ist dann von sekundärer Bedeutung. Ich erhoffe einen Zusammenschluss der großen Schulen in Form von Clustern, das heißt wissenschaftliche und evtl. auch personelle Zusammenarbeit auf politischer Ebene z.B. im Psychotherapiebeirat. Die Erhaltung der Fachspezifika mit der jeweiligen „persönlichen Note“ und dem spezifischen Wissen ist weiter wünschenswert.

Ich träume von österreichweiten Aufnahmekriterien und Wochenendseminaren, die über die Aufnahme in ein Fachspezifikum entscheiden. Durch ein solches Auswahlverfahren, an dem die



Vertreter der oben genannten Cluster mitarbeiten und mitbestimmen, soll die Qualifikation der dann in einigen Jahren graduierten KollegInnen angehoben werden. Letztlich könnte dabei auch die Eignung und persönliche Neigung berücksichtigt werden, um zu klären, welche Schule mit ihrem jeweiligen Menschenbild zu welchem/r Kandidaten/Kandidatin passt.

Ich wünsche mir, dass eine nächste Generation von PsychotherapeutInnen in ihrer Ausbildung ein wesentliches Mehr an Reflexionsfähigkeit erwerben und vor allem verinnerlichen wird, in der Hoffnung, dass sich dadurch der Blick für das Ganze der Psychotherapie und

über den Tellerrand der eigenen fachspezifischen Schule hinaus, vor allem aber auch über den Rand der eigenen persönlichen Eitelkeiten weitet.

Ich erhoffe eine Akademisierung des Berufsstandes, das heißt, dass Abschlussarbeiten der KandidatInnen wissenschaftlichen Kriterien standhalten und an einer Universität anerkannt werden. Das heißt aber auch, jeder Abschluss führt dazu, dass es dann eben Akademiker mit 2 Diplomen gibt, z.B. den der Medizin oder der Psychologie und der Psychotherapie.

Ich hoffe, die Politik erkennt den Wert der Psychotherapie vor allem auch als

Prävention und nicht erst im Krankheitsfall und bezahlt entsprechende Honorare. Das würde aber ein massives Umdenken bedeuten und ein Abgehen von Krankenkassen, die nicht nur die Kosten für schon Erkrankte übernehmen, sondern auch hin zu einer Gesundheitsvorsorge, welche präventiv wirkt.

Schluss der Träume und Ahnungen.

Ich hoffe in 10 Jahren meinen Artikel überprüfen zu können, ob die bösen Ahnungen überwogen haben werden oder die guten Visionen. ◆

Dr. Norbert Chimani FA Neurologie/Psychiatrie, Psychotherapeut und dzt. geschäftsführender AMFO Vorsitzender im ÖBVP.



Die Zukunft der Psychotherapie – Entwicklung von Visionen einer humaneren Gesellschaft als notwendige Aufgabe von PsychotherapeutInnen

Gabriele Hasler und Mag.^a Karin Macke

„Erkenne dich selbst“ – als Vision 2021

Psychotherapie und Psychotherapieforschung haben sich schon immer in Theorie und Praxis mit den Bedingungen für menschliche Gesundheit im umfassenden Sinn beschäftigt und dabei sowohl intra- und interpsychische als auch sozioökonomische Gegebenheiten berücksichtigt.

2021: PsychotherapeutInnen aller Schulen haben diesem Wissen einen neuen Stellenwert gegeben, sich gemeinsam in den gesellschaftspolitischen Diskurs

eingemischt und erreicht, dass es einen Konsens hinsichtlich eines erklärten gesellschaftspolitischen Zieles gibt – „Erkenne dich selbst“. Der Spruch des Orakels von Delphi ist 2021 unbestrittener Bestandteil der österreichischen Alltagskultur geworden. Selbsterkenntnis und gleichzeitige Anerkennung der Differenz generiert wachsendes gesellschaftliches Engagement, das zu einer neuen Gesellschaftsgestaltung geführt hat. Selbstverantwortung und Verantwortung für andere – Mensch wie Natur – ist in einer humanen Gesellschaft selbstverständlich geworden. Es gibt Einigkeit darüber, dass die Verbin-

dung von Selbstbestimmungsrechten und Menschenrechten ständiger politischer Kulturarbeit bedarf, die die Verschiedenheit der Menschen und die Unterschiedlichkeit ihrer Lebensformen, Traditionen, Religionen, sexuellen Orientierungen etc. ebenso anerkennt wie die Ansprüche auf Freiheit und Würde, die für alle in gleicher Weise gelten.

Psychotherapie der Zukunft – Aufgaben in der Praxis

2021: Die Wirtschaft beruht auf dem Handlungsprinzip der Sorge – „Care Ökonomie“ steht im Mittelpunkt des



wirtschaftlichen Denkens. Diese Entwicklung hat die Rolle, Aufgabengebiete und Bedeutung des Psychotherapeutischen Berufsstandes stark verändert. Psychotherapeutische Basisversorgung ist gegeben und vor allem auf Prävention konzentriert. PsychotherapeutInnen sind selbstverständlich Teil von multiprofessionellen Teams im Bereich der Bildung, des Gesundheitswesens, der Politik und Wirtschaft sowie anderer gesellschaftlicher Bereiche. Teammitglieder schätzen besonders den geschärften Blick der PsychotherapeutInnen auf gesellschaftliche Prozesse und soziale Dynamiken, sowie deren emanzipatorische Fähigkeiten und ihren Mut zum Widerstand. Teil des Ausbildungscurriculums aller psychotherapeutischer Schulen ist die Auseinandersetzung mit diesen Verantwortungen.

Der Vergangenheit gehört zum Beispiel an:

... dass Opfer sexuellen Missbrauchs und häuslicher Gewalt kein Anrecht auf für sie kostenfreie psychotherapeutische Versorgung haben.

... dass Prävention nicht als anerkanntes Ziel für psychotherapeutische Behandlung gilt.

... dass seelischen Erkrankungen nicht der gleiche Stellenwert im Gesundheitswesen eingeräumt wird wie körperlichen Erkrankungen.

... dass Diagnosen und Krankheitsbilder Voraussetzung für Behandlung und Hilfe sind.

... dass sozioökonomische Zusammenhänge in der Ausbildung nicht ihrer Bedeutung entsprechend berücksichtigt werden.

Angesichts der in immer kürzeren Abständen stattfindenden gesellschaft-

lichen und wirtschaftlichen Umbrüche und der damit einhergehenden Notwendigkeit, neue Verarbeitungs- und Verhaltensmuster zu entwickeln, sollten wir schon jetzt mit der Umsetzung der Zukunftsvisionen beginnen und uns bereits 2011 einmischen. Dabei soll uns bewusst sein, dass die Schwierigkeit nicht alleine im Erfinden und Erwerben des Neuen liegt, sondern gerade auch im Verlernen der alten Strategien. Aber darin sind ja PsychotherapeutInnen ExpertInnen. ♦

Gabriele Hasler Psychotherapeutin und Supervisorin in eigener Praxis, Akademische Referentin für Feministische Bildung und Politik

Mag.ª Karin Macke Psychotherapeutin und Supervisorin in eigener Praxis, Mitarbeiterin der Frauenberatung Wien und des angeschlossenen Instituts für frauenspezifische Psychotherapie, Counseling Service der Webster University Vienna, Autorin

IMAGO Paartherapie

Fortbildung mit Evelin & Klaus Brehm

Beginn September 2012

Basic Clinical Track für PsychotherapeutInnen

Imago hat sich in den letzten 10 Jahren als Paartherapieform in Österreich etabliert. Die vom ÖBVP anerkannte methodenerweiternde Fortbildung ermöglicht PsychotherapeutInnen, mit einer gut fundierten Theorie und einem klaren Methoden- und Interventionsset erfolgreich mit Paaren in der eigenen therapeutischen Praxis zu arbeiten. Viele Paare schätzen, wie schnell sich ihre Beziehung durch Imago positiv und anhaltend verändert.

Weitere Informationen unter www.brehmsimago.eu

brehms⁺ imago
paartherapie und mehr

Staudgasse 7 1180 Wien +43 (0)1/9426152 info@brehmsimago.eu





Psychosoziale Einrichtungen in Wien stellen sich vor

An dieser Stelle veröffentlichen wir Selbstdarstellungen von Einrichtungen im psychosozialen Feld, die unmittelbar oder mittelbar mit Psychotherapie oder psychotherapeutischer Beratung / Begleitung zu tun haben.

AMBER-MED

Ambulant-medizinische Versorgung, soziale Beratung und Medikamentenhilfe für Menschen ohne Versicherungsschutz

AMBER-MED

Ambulant-medizinische und soziale Beratung mit Medikamentenhilfe für Menschen ohne Versicherung

Gegründet wurde Amber 2004 vom Diakonie Flüchtlingsdienst mit dem vorrangigen Ziel die medizinische Versorgung der zahlreichen obdachlosen und nicht-versicherten Asylsuchenden zu gewährleisten. Im Lauf der Zeit wandten sich immer mehr MigrantInnen, wie auch unversicherte ÖsterreicherInnen an Amber. Seit 2006 wird Amber als Gemeinschaftsprojekt des Österreichischen Roten Kreuzes und des Diakonie Flüchtlingsdienstes unter dem Namen Amber-Med geführt. Das Ziel ist die ambulant-medizinische Versorgung, soziale Beratung und kostenlose Medikamentenhilfe für Menschen ohne Versicherungsschutz.

Die PatientInnen von Amber-Med

Schätzungen zufolge sind in Österreich 100.000 bis 160.000 Menschen nicht krankenversichert. Diese Menschen leben in relativer Armut. Neben der Unsicherheit des Aufenthaltes, schlechten Wohn- und Lebensbedingungen sprechen die meisten schlecht oder gar kein Deutsch.

2010 betreute Amber-Med ca. 800 PatientInnen. Davon waren 47,6% Männer und 52,4% Frauen, sowie 10% minderjährig. Der größte Teil der PatientInnen sind AsylwerberInnen (50%). Diese kamen vor allem aus Russland, im Speziellen aus Tschetschenien. Die andere große Gruppe ist jene der MigrantInnen,

welche großteils aus Süd-Ost und Osteuropa kommen. 4% der PatientInnen von Amber-Med sind gebürtige ÖsterreicherInnen.

Das Team von Amber-Med

Das Amber-Med Team besteht aus einer hauptamtlichen Sozialarbeiterin, die gleichzeitig Amber-Med leitet, und einer Sozialberaterin (ausgebildete



Psychologin], sowie einer hauptamtlichen Mitarbeiterin im administrativen Bereich. Außerdem wird Amber-Med

von ca. 50 ehrenamtlichen ÄrztInnen, DolmetscherInnen, AssistentInnen, PsychotherapeutInnen, sowie einer Physiotherapeutin unterstützt. Darüber hinaus gibt es im Großraum Wien ein Netz aus externen FachärztInnen, Röntgeninstituten, Laboratorien und Instituten für physikalische Therapien. Dieses multiprofessionelle Team im Ordinationsbetrieb und der Verwaltung bzw. Organisation unternimmt alles um unsere Zielgruppe bestmöglich zu versorgen.

Angebote von Amber-Med

Das Ziel von Amber-Med ist die Wiederherstellung und Stabilisierung körperlicher, psychosomatischer und psychischer Gesundheit. Um dieses Ziel zu erreichen bietet Amber-Med professionelle medizinische, soziale und psychologische Angebote. Wichtig ist die erhöhte Aufmerksamkeit und differenzierte Wahrnehmung hinsichtlich der Herkunft, jüngsten Geschichte sowie der Symptome der PatientInnen. Amber-Med leistet dies durch ein breites Fremdsprachenangebot, Diskretion, Anonymität und Datensicherheit. Drei Mal wöchentlich öffnet Amber-Med seine Ordinationstüren, in denen ohne Voranmeldung ärztliche Diagnostik und Versorgung angeboten wird. Zweimal monatlich ordnieren je ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und eine Gynäkologin.

Das soziale Betreuungsangebot umfasst die Klärung von Fragen über eine mögliche Krankenversicherung und Existenzsicherung. Außerdem setzt die Sozialarbeiterin Interventionen bei ent-



standenen Kosten durch Krankenbehandlungen, stellt Vernetzungen zu speziell auf die Anliegen der PatientInnen ausgerichteten Beratungsstellen her und unterstützt bei der Beschaffung kostenfreier bzw. kostengünstiger notwendiger Heilbehelfe – z.B. Brillen. Ein sehr wichtiges Angebot bei Amber-Med ist die sozialarbeiterische, psy-

chologische und psychotherapeutische Beratung, Behandlung und Krisenintervention. Amber-Med bietet kurzfristige Termine für Krisenintervention und Kurzzeit-Therapien im Einzel- oder Familiensetting durch ehrenamtliche PsychotherapeutInnen an.

Die Ziele der psychologischen/psychotherapeutischen Leistungen sind einerseits eine Beseitigung von Symptomen der Krise wie beispielsweise Angst, Schlaflosigkeit und Depression und andererseits die Verhinderung negativer Entwicklungen, wie Suizidversuche, Gewaltanwendung oder Substanzmissbrauch. Die PatientInnen sollen dabei unterstützt werden, ihren Alltag in ihrer schwierigen Lebenslage bewältigen zu können.

In Zukunft möchte Amber-Med vermehrt psychologische/psychotherapeu-

tische interkulturelle und falls notwendig dolmetschgestützte Krisenintervention anbieten. Die derzeitigen Einrichtungen in Wien, mit denen Amber-Med auch kooperiert, können diesen Bedarf jedoch entweder nicht kostenfrei abdecken, sind chronisch überlastet oder deren Angebot entspricht nicht den Muttersprachen der Amber-Med PatientInnen.

Mit dem neuen Angebot möchte Amber-Med einen Teil dieses Bedarfs abdecken. ♦



Einrichtungsleiterin:
DSA Carina Spak

Ansprechperson: Mag.^a Alexandra Beer
Adresse: Oberlaaer Straße 300–306,
1230 Wien, www.amber.diakonie.at

Diakonie

AMBER-MED

ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

Ambulant-medizinische und soziale Beratung mit Medikamentenhilfe für Menschen ohne Versicherung

bezahlte Anzeige

KRISE

Das Kriseninterventionszentrum sucht eine/n SozialarbeiterIn mit zusätzlicher psychotherapeutischer Ausbildung für 30 Wochenstunden ab Jänner 2012.

Tätigkeitsbereich: Krisenintervention, Kurzpsychotherapie, Sozialberatung

Voraussetzungen: berufliche Vorerfahrung, psychotherapeutische Ausbildung (eingetragen in die PsychotherapeutInnenliste des BMG), Bereitschaft, in einem gleichberechtigten interdisziplinären Team zu arbeiten.

Bewerbungen per E-Mail oder schriftlich mit kurzem beruflichem Curriculum Vitae an:

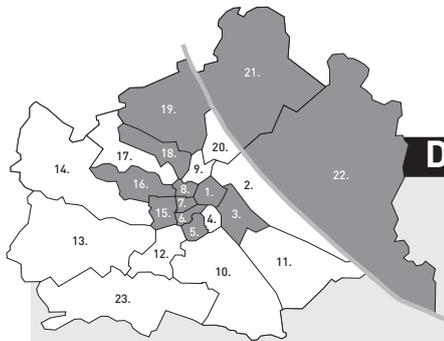
Dr. Claudius Stein, Ärztlicher Leiter

Lazarettgasse 14A, 1090 Wien, verwaltung@kriseninterventionszentrum.at



Aktuelles aus den Bezirken

Leonore Lerch



Die nächsten Termine der WLP-Bezirkstreffen

1. Bezirk

Neue Termine auf der Website des WLP: www.psychotherapie.at/wlp_bezirkskoordination-1010-wien

Kontakt: Dr.ⁱⁿ Doris Fastenbauer

E: doristfastenbauer@aol.com

T: 0664 / 513 32 26

3. Bezirk

26. 1. 2012, 19.30 Uhr, Institut Frauensache,
Obere Viaduktgasse 24/1, 1030 Wien,

Kontakt: Bettina Reinisch, Ingrid Trabe

E: reinisch@frauensache.at

T: 01 / 895 84 40

5./6. Bezirk

26. 1. 2012, 19.30 Uhr, Restaurant Sopra Tutto,
Mollardgasse 76, 1060 Wien

24. 5. 2012, 18. 10. 2012, jeweils 19.30 Uhr,

Orte werden in Einladung bekannt gegeben

Kontakt: Caroline Raich-Wimmer (BK),

Erika Schedler (BK-Stv.)

E: caroline.raich-wimmer@hypnopsy.at

T: 0699 / 1058 1270

7./8. Bezirk

24. 4. 2012, 19.30 Uhr, LOKal, Richtergasse 6, 1070 Wien

Thema: Verschwiegenheitspflicht

Referent: Dr. Hermann Spielhofer

Kontakt: Mag.^a Birgit Volonte, Mag.^a Gabriele Lang

E: birgit.volonte@freiraumeumegestalten.at

T: 0699 / 2947 5279

15./16. Bezirk

31. 1. 2012, 6. 3. 2012, 20.00 Uhr, Praxis Mag.^a Gertrud
Baumgartner, Enenkelstraße 32/15, 1160 Wien

Kontakt: Mag.^a Gertrud Baumgartner (BK)

E: gertrud.baumgartner@inode.at

T: 01 / 494 36 76

18. Bezirk

17. 1. 2012, 20. 3. 2012, 10. 5. 2012, jeweils 19.30 Uhr,
Restaurant Koinonia, Klostersgasse 37, 1180 Wien

Kontakt: Lisa Köhler-Reiter (BK)

E: lisa.koehler@don.at

T: 0664 / 220 27 98

19. Bezirk

12. 3. 2012, 20.00 Uhr, Praxis Ursula Kren-Kwauka,
Sieveringer Straße 135/1/7, 1190 Wien

Kontakt: Ursula Kren-Kwauka (BK),

Mag.^a Helga Ranzinger (BK-Stv.)

E: kren.kwauka@gmail.com

T: 01 / 328 20 80

21. Bezirk

Neue Termine auf der Website des WLP: www.psychotherapie.at/wlp_bezirkskoordination-1210-wien

Kontakt: Dipl.Päd.ⁱⁿ Sonja Razenberger (BK),

DSPⁱⁿ Judith Rupp (BK-Stv.)

E: sonja.razenberger@don.at

T: 0664 / 486 94 80

22. Bezirk

25. 1. 2012, 19.15 Uhr, Praxis 22,
Wulzendorfstraße 30 B, 1220 Wien

Kontakt: Gabriele Hasler (BK), Dr.ⁱⁿ Karin Beringer (BK-Stv.)

E: gabriele.hasler@don.at

T: 0664 / 867 07 03



Rückblick und Bezirkswahl im 18. Bezirk

Seit Jänner 2010 fanden 6 Bezirks-Treffen statt, zu denen alle PsychotherapeutInnen des 18. Bezirks eingeladen waren. Koordiniert wurden die Treffen von Lisa Köhler-Reiter und Friedegund Kumrow. Friedegund Kumrow hat im Frühjahr 2011 aus gesundheitlichen Gründen ihre Funktion zurückgelegt.

Im Rahmen des bereits 10 Jahre bestehenden Gesundheits-Netz18 werden die kostenlose Psychotherapeutische

Erstberatung sowie Vorträge im Amtshaus angeboten. Lisa Köhler-Reiter und Ingrid Rauch haben Gespräche mit dem Bezirksvorsteher geführt und erreicht, dass die psychotherapeutische Erstberatung und die Psyonline-Liste der PsychotherapeutInnen auf der Homepage des Bezirksamtes aufscheinen und durch Artikel im Bezirksblatt sowie Plakate im Schaukasten am Bezirksamt bekanntgemacht werden. Außerdem wurde Kontakt zu den Ärz-

tinnen des Bezirks aufgenommen, um gemeinsame Veranstaltungen zu organisieren.

Am 11. 10. 2011 fand die Bezirkswahl statt und Lisa Köhler-Reiter wurde einstimmig zur neuen Bezirkskoordinatorin gewählt.

Die nächsten Termine der Erstberatung im Magistratischen Bezirksamt 1180: 12. 1. 2012, 9. 2. 2012, 8. 3. 2012

Für die PsychotherapeutInnen des 18. Bezirks
Lisa Köhler-Reiter

Bezirkswahl und Pläne im 22. Bezirk

Auf der Bezirkswahl am 21. 9. 2011 wurde Gabriele Hasler einstimmig zur Bezirkskoordinatorin und Dr.ⁱⁿ Karin Beringer einstimmig zu deren Stellvertreterin gewählt.

Die Arbeit der PsychotherapeutInnen des 22. Bezirkes soll durch mediale Arbeit z.B. in der Bezirkszeitung sichtbar gemacht werden.

Weiters sind mit den Psychiatrien des SMZO Gespräche über eine mögliche Zusammenarbeit geplant. Die Einrichtung einer Erstberatungsstelle im Magistratischen Bezirksamt wird weiter verfolgt.

Für die PsychotherapeutInnen des 22. Bezirkes
Gabriele Haslinger



Einladung zur Mitarbeit in den Wiener Bezirken

Wir möchten uns sehr herzlich bei allen KollegInnen bedanken, die sich mit viel Engagement für das Image der Psychotherapie eingesetzt haben, insbesondere den BezirkskoordinatorInnen, StellvertreterInnen und Kontaktpersonen.

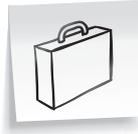
Wenn auch Sie an einer Mitarbeit in Ihrem Bezirk interessiert sind oder als BezirkskoordinatorIn oder -stellvertreterIn kandidieren möchten, dann nehmen Sie bitte Kontakt mit mir auf.

Ich stehe Ihnen für weitere Informationen, Ihre Ideen, Anregungen und Fragen gerne zur Verfügung und unterstütze Sie beim Aufbau eines Bezirksteams oder der Organisation der BezirkskoordinatorInnen-Wahl in Ihrem Bezirk.

Leonore Lerch, Vorsitzende des WLP
E: wlp.lerch@psychotherapie.at



Das WLP-Team



Vorstand:



Leonore Lerch, Jg. 1963, Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie (ÖGWG) und Biodynamischer Psychotherapie (AIK, GBII), **Arbeitsschwerpunkte:** Psychiatrische Erkrankungen, Gender, Transgender, Transkulturalität, in freier Praxis seit 1997.

Mitarbeit beim Verein Windhorse – Ambulante Betreuung von Menschen in schweren psychischen Krisen (Psychosen), Publikationstätigkeit.

Berufspolitik: Vorsitzende des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie, Delegierte ins Länder- und Bundesforum, stv. Vorsitzende des Länderforums, Kontakt Wiener Bezirkskoordination.

wlp.lerch@psychotherapie.at



Eva Lamprecht, Mag^a phil, 1963, Studium der Publizistik-



Gerhard Pawlowsky, Dr., Jg. 1943, klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychoanalytiker und personenzentrierter Psychotherapeut, beteiligt an der interimistischen Leitung des WLP April bis Juni 2008, Schriftführer des WLP, Delegierter ins Länderforum. Am Neuaufbau der Beschwerdestelle des WLP beteiligt sowie zuständig für Rechtsangelegenheiten.

gerhard.pawlowsky@utanet.at



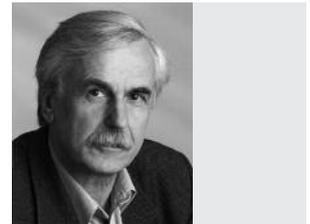
Johannes Gutmann, Mag.phil., BEd, Jg. 1981, abgeschlossenes Studium der Sonder- und Heilpädagogik, Systemischer Familientherapeut (ÖAS). Förderklassenlehrer im SPZ (Sonderpädagogisches Zentrum Hadersdorf).

Berufspolitik: Kassier im Wiener Landesverband für Psychotherapie, KandidatInnenvertreter im KFO.

johannesgutmann@gmx.at



Mitarbeit im Vorstand:



Hermann Spielhofer, Dr., Jg. 1946, Klinischer Psychologe und Klientenzentrierter Psychotherapeut. Studium der Psychologie, Philosophie und Pädagogik. Langjährige Tätigkeit in ambulanten psychiatrischen Einrichtungen und in eigener Praxis. Vorstandstätigkeit in der ÖGWG und als Finanzreferent im Präsidium des ÖBVP. Derzeit Mitarbeit im Vorstandsteam des WLP und insbesondere mit der Redaktion der WLP-News betraut.

hermann.spielhofer@chello.at



und Kommunikationswissenschaften/Romanistik an der Uni Wien.

Langjährige Tätigkeit im Bereich Öffentlichkeitsarbeit, Werbung und Kulturmanagement, Kinderbuchautorin. Ab Dezember 2011 als Assistentin der Vorstandes des WLP tätig.

Ich freue mich, in einem so spannenden und interessanten Umfeld arbeiten zu dürfen.

wlp.lamprecht@psychotherapie.at

Öffnungszeiten des Büros

Montag, Donnerstag: 9–14 Uhr
Dienstag: 12–16 Uhr
Löwengasse 3/5/6
1030 Wien
T: 01 / 890 80 00-0
F: 01 / 512 70 90-44
E: wlp@psychotherapie.at
www.psychotherapie.at/wlp

**Delegierte in das Länderforum:**

Gerhard Delpin, MSc, Psychoanalyse und Selbstpsychologie, langjährige Erfahrung im stationären Bereich mit SuchtpatientInnen (Psychotherapie/ Erlebnistherapie), seit Mai 2007 als Kindertherapeut in der „Child Guidance Clinic“ angestellt, in freier Praxis tätig. gerhard.delpin@drei.at



Stephanie Waldert, Jg. 1942, Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis (Klientenzentrierte Psychotherapie und Biodynamische Psychotherapie). Langjährige redaktionelle und gestalterische Arbeit im ORF-Hörfunk (Familie, Jugend und Gesellschaft) bis 2003. Am Aufbau des Beratungstelefon „Rat auf Draht“ beteiligt und zwei Jahre auch als Beraterin am Telefon aktiv. Mehrjährige Vorstandstätigkeit in der ÖGWG und stellvertretende Delegierte ins AMFO bis 2010. waldert@a1.net

Kommission „Psychotherapie in Institutionen“

Gerhard Delpin, MSc, für das Bundesland Wien

- Vertretung der Psychotherapie in Institutionen
 - Vertretung der in Institutionen beschäftigten PsychotherapeutInnen und Psychotherapeutinnen i.A.
- gerhard.delpin@drei.at



Irmgard Demiroglu, Mag.^a, Jg. 1963, Diplompädagogin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie) – traumazentrierte Therapie, Theaterpädagogin (Theater der Unterdrückten nach Augusto Boal). Als Psychotherapeutin tätig beim Verein HEMAYAT (Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende) sowie in freier Praxis seit 2006. Psychotherapie auch in türkischer, englischer und spanischer Sprache. Erfahrung und Freude an der Arbeit mit MigrantInnen sowie der Einbeziehung von Methoden aus verschiedenen Kulturen.



Gertrud Baumgartner, Mag.^a, Jg. 1956, langjährig Psychotherapeutin in freier Praxis (Integrative Gestalttherapie). Bezirkskordinatorin im 16. Bezirk seit ca. 10 Jahren.

Rechnungsprüferinnen:

Ursula Duval, Dr.ⁱⁿ, Hypnose-Psychotherapeutin, Traumatherapeutin, TrainerInnenausbildung, ÖBVP-Aktivistin der ersten Stunde
ursula.duval@chello.at

Informationsstelle:

Gertrud Baumgartner, Mag.^a, Mitarbeiterin der WLP-Informationsstelle seit Mitte der 90er Jahre, Leiterin seit Mai 2009.
gertrud.baumgartner@inode.at

Telefonische Beratung

unter T: 01/ 512 71 02
Montag, Donnerstag: 14–16 Uhr

Persönliche Beratung

(kostenlos und unverbindlich)
Es wird um Terminvereinbarung während der tel. Beratungszeiten ersucht.
Montag, Donnerstag: 16–17 Uhr
WLP-Büro, Löwengasse 3/5/6, 1030 Wien

Schriftliche Anfragen unter wlp.infostelle@psychotherapie.at

Beschwerdestelle:

Susanne Frei, Dr.ⁱⁿ, Jg. 1954, Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin für Katathym Imaginative Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogene Psychotherapie, Lehrtherapeutin, Klinische Psychologin mit Psychotherapieauftrag im SMZO-Donauspital – Psychosomatisch/Psychosomatische Ambulanz, nebenbei in freier Praxis. Beteiligt an der interimistischen Leitung des WLP April bis Juni 2008, Mitarbeit beim Neuaufbau der Beschwerdestelle des WLP.

Es wird um Schriftliche

Anfragen ersucht unter wlp.beschwerden@psychotherapie.at

Projekte:**„Mein Körper gehört mir“**

in Kooperation mit dem Österr. Zentrum für Kriminalprävention



Bettina Reinisch, Personenzentrierte Psychotherapeutin, geschäftsführende Gesellschafterin und Psychotherapeutin mit frauenspezifischem Ansatz im Institut Frauensache Seminar OG Wien
T: 01 / 895 84 40
reinisch@frauensache.at



Nächste **WLP NEWS**:

Redaktionsschluss: 17. Februar 2012

Erscheinungstermin: 31. März 2012

Erscheinungsweise 4 x jährlich

