

Lydia Eisinger
**Personzentrierte Psychotherapie mit
suchtkranken Menschen**

Seit April 2024 bin ich als personzentrierte Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision bei der Caritas Suchtfachstelle Bregenz angestellt und „behandle“ wöchentlich ca. 13-20 Klientenpersonen mit Alkoholabhängigkeit oder Essstörung im Einzelsetting. Diese Tätigkeit hat mich dazu inspiriert, mich in einem Vortrag bei PRO SCIENTIA näher mit dem Thema Alkohol und Suchttherapie auseinanderzusetzen.

Fünf Prozent aller Österreicher*innen sind alkoholabhängig und weitere neun Prozent gelten als „alkoholgefährdet, aber nicht alkoholabhängig“. Jährlich sterben rund 100 Österreicher*innen an akuter Alkoholvergiftung. Wenn die Langzeitfolgen mit einbezogen werden, sind es weitaus mehr Todesfälle (vgl. Mechtcheriakov, 2021, S. 18f).

Von einer Alkoholabhängigkeit ist nach ICD-10 die Rede, wenn drei der folgenden sechs Kriterien im Verlauf der letzten 12 Monaten erfüllt werden: starker Wunsch nach psychotropen Substanzen, verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Substanzkonsum, körperliche Entzugserscheinungen bei Absetzung, Nachweis einer (höheren) Toleranz, Vernachlässigung anderer Interessen, anhaltender Konsum trotz Auftreten schädlicher Folgen (vgl. Batra und Bilke-Hentsch, 2016, S. 15).

Diese kurzen Einblicke in die Statistik sowie Diagnostik zeigen, wie brisant das Thema Alkoholsucht in Österreich ist und lassen erahnen, dass ein großer (psychischer) Leidensdruck sowohl bei Betroffenen als auch Angehörigen vorhanden sein muss. Hinzu kommt, dass bei Alkoholkonsumstörungen fast immer (vor allem psychische) komorbide Störungen auftreten, die sowohl Ursache als auch Folge von Alkoholismus sein können, wie zum Beispiel Depressionen oder Angststörungen. Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Störungen oder Schizophrenie gehen jedoch der Suchterkrankung meist voraus bzw. sind (Teil-)Ursache der Sucht (vgl. Bensel und Luderer, 2025, S. 42f.)

Die größte Herausforderung bei der Konsumreduktion bzw. Konsumaufgabe ist der gehemmte Erkenntnisprozess der eigenen Konsumstörung. Es gehört zur Suchterkrankung immanent dazu, dass die Krankheitseinsicht sowie damit verbunden ein Änderungswunsch kaum oder nur langsam und oftmals nach einer Phase der Leugnung eintreten. Prochaska und DiClemente (1982) beschreiben den Prozess des langsamen Erkennens einer Alkoholkonsumstörung in einem transtheoretischen Modell bestehend aus fünf Phasen: In der ersten Phase (Vorbesinnung, Absichtslosigkeit oder Precontemplation) gibt es noch keine Problemeinsicht. In der zweiten Phase (Besinnung, Absichtsbildung oder Contemplation) bildet sich erstmals eine Ahnung bei den Betroffenen, dass etwas nicht stimmt. In der Vorbereitungsphase (oder Preparation, 3. Phase) findet eine ernsthafte Auseinandersetzung mit der Änderungsabsicht statt. Als viertes unternehmen die Betroffenen in der Handlungsphase (Action) konkrete Schritte. Die letzte Phase (Aufrechterhaltung oder Maintenance) ist der Aufgabe gewidmet, das Erreichte zu festigen.

Personzentrierte Überlegungen zur Alkoholsucht

Carl Rogers, der Begründer der personzentrierten Psychotherapie, definierte bereits 1959 sechs notwendige und hinreichende Bedingungen für einen therapeutischen Prozess. Diese Bedingungen, die auch die drei zentralen therapeutischen Grundhaltungen (Empathie, unbedingt positive Beachtung sowie Kongruenz) beinhalten, formen die Basis des personzentrierten psychotherapeutischen Arbeitens nach Rogers (vgl. u.a. Rogers, 1959/2020).

1. „Zwei Personen befinden sich in Kontakt“ (Rogers, 1959/2020, S. 46)

Unter „Kontakt“ versteht Rogers eine Begegnung oder Beziehung, die „eine offen oder unterschwellig wahrgenommene Veränderung des Erlebnisfeldes des anderen erzeugen“ (Rogers, 1959/2020, S. 40) kann. Dies bedeutet für den Suchtkontext, dass die Therapie im nüchternen Zustand erfolgen sollte, da ein Suchtmittelkonsum zumeist mit einer verzerrten Selbst- und Außenwahrnehmung einhergeht und den Kontakt erschwert.

2. „Die erste Person, die wir Klient nennen, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz; sie ist verletzlich oder voller Angst.“ (Rogers, 1959/2020, S. 46)

Durch den Konsum werden unangenehme Gefühle wie Unsicherheit, Trauer, Angst etc. erfolgreich abgewehrt. Besonders bei Klientenpersonen, die schon seit ihrer Jugend

regelmäßig konsumieren und daher den Zustand der Inkongruenz als Normalzustand bzw. ohne Vergleichsmöglichkeit erleben, kann es sehr schwerfallen, die Inkongruenz als solche wahrzunehmen.

3. „Die zweite Person, die wir den Therapeuten nennen, ist kongruent in der Beziehung.“ (Rogers, 1959/2020, S. 46)

Nach Rogers ist eine Kongruenz zwischen Selbst(-Konzept) und Erfahrung dann erreicht, wenn „Selbsterfahrungen exakt symbolisiert erlebt und in dieser exakt symbolisierten Form in das Selbstkonzept integriert werden“ (Rogers, 1959/2020, S.38).

In der Suchtarbeit bedeutet Kongruenz (u.a. auch im Sinne der Selbsteinbringung) oftmals auch ein klares und konfrontatives Vorgehen, vor allem dann, wenn die Klientenperson sehr in der Abwehr bzw. der Opferrolle verharrt oder selbstzerstörerische Tendenzen entwickelt.

4. „Der Therapeut empfindet bedingungslose Wertschätzung gegenüber dem Klienten.“ (Rogers, 1959/2020, S. 46)

Besonders in der Arbeit mit Suchtkranken gilt es zu berücksichtigen, dass eine unbedingt positive Beachtung keineswegs bedeutet, das Verhalten der Klientenperson gutzuheißen. Vielmehr ist damit gemeint, dass keine (Selbst-)Erfahrungen „danach unterschieden werden, ob sie meiner Wertschätzung mehr oder weniger wert sind“ (Rogers, 1959/2020, S.41), denn nur dann ist die Wertschätzung bedingungslos.

5. „Der Therapeut erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen des Klienten“ (Rogers, 1959/2020, S. 47)

Suchtkranke haben oftmals wenig Empathie mit sich selbst und können sich (im übertragenen und wörtlichen Sinne) schlecht in den Spiegel sehen. Daher gilt es, die Selbstempathie zu fördern, indem sich die Therapeutenperson besonders Suchtkranken empathisch zuwendet und sie sich somit anders erleben lernen.

6. „Der Klient nimmt zumindest in geringem Ausmaße die Bedingungen 4 und 5 wahr, nämlich die bedingungslose Wertschätzung des Therapeuten ihm gegenüber und das empathische Verstehen des Therapeuten“ (Rogers, 1959/2020, S. 47)

Wenn die Klientenperson zu sehr in der Abwehr verharrt, oder nach wie vor von Suchtmitteln zu stark beeinflusst wird, können weder Empathie noch unbedingt positive Beachtung

wahrgenommen werden. Es kann hier sehr hilfreich sein, viel Metakommunikation auszuüben und regelmäßig zu überprüfen, was bei der Klientenperson tatsächlich ankommt, z.B. indem über die therapeutische Beziehung reflektiert wird.

Im Bezug auf meine konkrete Arbeit mit suchterkrankten Menschen, möchte ich zusammenfassen, dass es viel Geduld, Empathie und vor allem äußerst behutsame Konfrontation braucht, um eine Veränderung im Konsumverhalten zu erzielen. Diese Prozesse können mehrere Wochen bis Jahre dauern. Wenn jedoch erstmals Erfolge sichtbar werden, ist die Freude umso größer, sowohl bei mir als Therapeutin als auch bei den Betroffenen sowie Angehörigen, die oftmals auch in den Prozess eingebunden sind.

Literaturverzeichnis

- Batra, A., Bilke-Hentsch, O. et al. (2016). *Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (2., überarbeitete Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Bensel, W., Luderer, H.-J. (2025). Störungen durch Konsum von Alkohol aus personenzentrierter Sicht. *Person*, 29, 1, 41–57.
- Bieber, K. (2012). *Leben in gesammelter Kraft. Personzentrierte Suchthilfepraxis mit dem Differenziellen Inkongruenzmodell*. In W. Bensel und D. Fiedler (Hrsg.), *Personzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Ein Praxishandbuch* (S. 145–176). Köln: GwG-Verlag.
- Chromy, M. (2025). *Caritas Suchtarbeit Jahresbericht 2024*, Feldkirch: Selbstverlag.
- Fiedler, D. (2012). *Ein personenzentriertes Störungs- und Interventionsmodell bei Suchtproblemen*. In W. Bensel und D. Fiedler (Hrsg.), *Personzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Ein Praxishandbuch* (S. 65–82). Köln: GwG-Verlag.
- Hrobsky, C. (2023). „Kein Alkohol ist auch keine Lösung.“ Kontrolliertes Trinken aus Personenzentrierter Perspektive. *Person*, 27, 2, 103–113.
- Mechtcheriakov, S. et al. (2021). *Alkohol "Zwischen Genuss und Gefahr"* (4. Auflage). Wien: MedMedia Verlag.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C.C. (1982). The transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276–288.
- Rogers, C. R. (2020). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. 3. Aufl. München: Ernst Reinhard Verlag [Orig. erschienen 1959: *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp. 184-256). New York: Mc Graw Hill].