

Psychotherapie und Sucht

Es zählt, was hilft und heilt ...

Kunst im „Grünen Kreis“

Kreative Talente am Marienhof:

Arbeiten mit Ton – Erfahrungen, Eindrücke, Gedanken ...



Gerī, Arbeitsleiter Keramikwerkstätte, Elvira, Bernhard, Roman, Christopher, Cara, Bertram, Boris, Yvonne (v.l.n.r.)

Text und Fotos: Karin Janele, Gestalttherapeutin i.A., Arbeitsleiterin Kreativwerkstätte/Keramik/Buchbinderei und Komorbidität-Betreuung am Marienhof

Karin Janele (Arbeitsleiterin): „Es ist für mich immer wieder eine Freude zu sehen, wie viel Potenzial und welche Möglichkeiten in jedem einzelnen Menschen stecken. Die jeweiligen Fähigkeiten zu fördern und den Entwicklungsprozess zu begleiten, macht die Arbeit hier so interessant und schön.“



Bernhard: „Ich denke, dass die Keramikwerkstätte eine wertvolle Unterstützung der anderen therapeutischen Maßnahmen ist. Ich habe dort gelernt, Dinge zu beenden, die ich begonnen habe...“



Bertram: „Als ich in die Werkstatt gekommen bin, habe ich mir gedacht, dass ich das Arbeiten mit Ton nie lernen werde ... Jetzt habe ich wieder Selbstbestätigung gefunden, weil meine Werke schöner geworden sind, als ich es mir gedacht habe ... Mittlerweile kann ich mich schon besser

zum Arbeiten überwinden, da ich sehe, dass ich zu mehr fähig bin, als ich anfangs immer gedacht habe.“



Cara: „I hob ma docht, so was bring i niemals zam. Wie kaun man nur so viel Kreativität, Durchhaltevermögen, Geduld und Frustrationstoleranz habn?! Des kann man alles lernen, bin i draufkommen ... und man gfreut sich, wenn man merkt, dass man doch was zambringt in seinem Leben!“



Yvonne: „Wenn man den Ton formt und biegt, um ein Gefühl auszudrücken – es ist, als ob Mutter Erde selbst ihre Hand im Spiel hat, was dabei heraus kommt.“



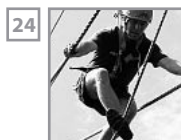
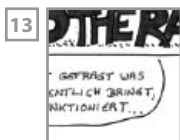
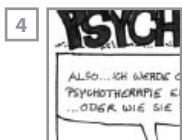
Elvira: „... Zu Weihnachten habe ich ein Mobile gemacht, das mir echt gut gelungen ist, auf das ich stolz bin. Es überrascht mich immer wieder, wie viele versteckte Talente hier in der Keramikwerkstätte arbeiten, und es ist schön zu sehen, wenn ein gut gelungenes Endergebnis rauskommt.“



Christopher: „Am Therapieanfang hat mich eigentlich noch nichts interessiert und schon gar nicht das Arbeiten ... durch das kreative Werken mit Ton bin ich viel selbstbewusster und ruhiger geworden ... die Lust am Arbeiten ist auch gekommen und ich habe meine eigene Kreativität entdeckt ... Ich werde versuchen, das in mein Leben nach der Therapie einzubauen.“

Inhalt

Ausgabe Nr. 53



Reportage Psychotherapie

- 4 Psychotherapie im „Grünen Kreis“
- 6 Personenzentrierte Psychotherapie
- 8 Systemische Familientherapie
- 9 Spieltherapie
- 10 Verhaltenstherapie
- 11 Neurolinguistisches Programmieren
- 12 Transaktionsanalyse

Reportage Psychotherapie

- 13 Konzentrierte Bewegungstherapie
- 14 Frauenspezifische Arbeit
- 15 Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel
- 16 Integrative Gestalttherapie
- 17 Logotherapie und Existenzanalyse
- 18 Systemische Familientherapie – Schwerpunkt ambulante Behandlung

International

- 20 Betrifft es uns? Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft
- 20 Die Härte der weichen Drogen. Was macht weiche Drogen hart?
- 21 Jugendliche Suchtkranke: Kongress für Beschäftigte in der Drogentherapie
- 22 The 6th Arab Conference for Prevention of Substance Abuse
- 23 drug-addicts@work international: DHIVA

Ankündigung & Sport

- 3 Veranstaltungshinweise
- 24 Sonderprüfung Hochseilklettern

Kreativität

- U2 Kreative Talente am Marienhof
- 7 Cartoon: Psychotherapie
- U3 insieme formintegriert – Neu bei pool 7.at

Kolumne

- 2 Editorial
- 3 Leserbrief: Glücksspiel
- 19 Menschen im „Grünen Kreis“: Horst Burin

pool 7 – EQUAL-Projekt der „Grüner Kreis – Gemeinnützige Aus- und FortbildungsgesmbH“ wird gefördert durch:



Der „Grüne Kreis“ dankt seinen Förderern:



Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12. 6. 1981: Das Aufgabengebiet des „MAGAZIN Grüner Kreis“ bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtindizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins „Grüner Kreis“. Das „MAGAZIN Grüner Kreis“ erscheint viermal jährlich.
Medieninhaber: „Grüner Kreis“, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen
Herausgeber: Vorstand des Vereins „Grüner Kreis“
Mitglieder des Vorstandes: Brigitte Podsedensek, Dr. Erhard Doczekal, Alfred Rohrhofer, Ernst Steuer
Mitglieder des Aufsichtsrates: Dr. Michael Schwarz, Dr. Ewald Schwarz, Prim. Doz. Dr. Peter Porpacz, DI Wolf Klerings

Kaufmännischer Direktor: Alfred Rohrhofer
Redaktion: Alfred Rohrhofer, Dr. Brigitte Wimmer (CvD)
Eigenverlag: „Grüner Kreis“, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen
Alle: Hermannsgasse 12, A-1070 Wien, Tel.: (1) 526 94 89, Fax: (1) 526 94 89-4, redaktion@gruenerkreis.at, www.gruenerkreis.at
Anzeigen: Werbepartner Marketing GmbH, Oberfeldstraße 10a, A-4020 Linz, Tel.: (732) 34 30 98, Fax: (732) 34 30 98-333, office@wpma.at
Layout: KONTEXT kommunikation. Kaiser & Partner KEG, Babenbergerstraße 9/11a, A-1010 Wien, Tel.: (1) 319 52 62, Fax.: (1) 319 52 62-99, mail@kontext.at, www.kontext.at

Belichtung und Druck: Ueberreuter Print und Digimedia GmbH, Industriestraße 1, A-2100 Korneuburg, Tel.: (2262) 789-0, Fax: (2262) 789-116, www.ueberreuter.com
Titelbild: Helmut Kand „Frau im Paradies und ihr halbes Gesicht weint“

Diese Ausgabe entstand unter Mitarbeit von: Emmelite Braun-Dallio, Horst Burin, Mag. Bettina Eher, Dr. Anita Födinger, Mag. Michael Gloggnitzer, Karin Janele, Michael Kallinka, Antonin Kuba, Heinz Kühlschweiger, Mag. Andreas Kuhn, Hans Jörg Mager, Dr. Robert Muhr, Kurt Neuhold, Mag. Marieluise Oberoi, Karin Petrovic, Thomas Pohorely, Dir. Alfred Rohrhofer, Berith Schistek, Ing. Harald Schober, Mag. Herfried Stein-Trigler, Mag. Ulrike Stenger, Team pool 7.at, Klaus Tockner, Sigrd Thurnhofer, Dr. Brigitte Wimmer

Liebe Leserinnen! Liebe Leser!



Alfred Rohrhofer
Brigitte Wimmer

„Nicht alles, was zählt, kann gezählt werden. Und nicht alles, was gezählt werden kann, zählt.“ (Albert Einstein)

Ein Satz, der auch in der Psychotherapie seine Berechtigung findet: Es zählt, was hilft und heilt. Grundsätzliches Ziel jeder psychotherapeutischen Behandlung und Betreuung Suchtkranker im „Grünen Kreis“ ist die erfolgreiche Rehabilitation und Integration der PatientInnen auf der Basis von Abstinenz. Sucht ist eine chronische Erkrankung und oft – wie bei anderen chronischen Erkrankungen auch – ein langwieriger Prozess, gezeichnet von Rückschlägen. Rasche und professionelle Hilfe in Form von ambulanten und stationären Therapieprogrammen bietet den Suchtkranken eine realistische Chance, dieses Ziel auch zu erreichen. Die Psychotherapie versteht

PsychotherapeutInnen, in Österreich seit 1990 ein eigenständiger, freier und wissenschaftlicher Heilberuf, behandeln Menschen in seelischen Konflikt- und Krisensituationen, bei Beschwerden und psychischen Leidenszuständen.

sich hier als Begleitung und Förderung der PatientInnen hinsichtlich ihrer persönlichen Suchtgeschichte, Entwicklung und inneren Dynamik im Rahmen von Einzeltherapiestunden und Therapiegruppen. Mit viel Engagement wird den PatientInnen des „Grünen

Kreises“ der Weg zurück in ein suchtfreies Leben aufgezeigt.

PsychotherapeutInnen, in Österreich seit 1990 ein eigenständiger, freier und wissenschaftlicher Heilberuf, behandeln Menschen in seelischen Konflikt- und Krisensituationen, bei Beschwerden und psychischen Leidenszuständen. „Die Ausübung der Psychotherapie ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder

mehreren Behandelten und einem oder mehreren PsychotherapeutInnen mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.“ (Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz), BGBl Nr. 361/1990, § 1 (1))

In der Ausübung ihres Berufes wird von PsychotherapeutInnen ein besonders verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Person, mit der psychotherapeutischen Aufgabe sowie mit jenen Menschen gefordert, mit denen sie durch die Psychotherapie in eine besondere Beziehung eintreten. „Darüber hinaus ist mit der Ausübung der Psychotherapie – nämlich auf wissenschaftlicher Grundlage zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit oder zur Reifung und Entwicklung leidender Menschen beizutragen – auch eine besondere gesellschaftliche Verantwortung verbunden. Dazu gehört vor allem das Bemühen um Förderung und Wahrung des Ansehens des psychotherapeutischen Berufsstandes, um so das für die Erfüllung der psychotherapeutischen Aufgabe unabdingbare Vertrauen zwischen Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes einerseits und psychotherapiebedürftigen Menschen andererseits zu erhalten und diesem Vertrauen tatsächlich gerecht werden zu können.“ (Berufskodex für PsychotherapeutInnen, Beschlossen vom Psychotherapiebeirat in der 13. Vollsitzung am 17.11.1992 mit einer Ergänzung, beschlossen in der 31. Vollsitzung am 4.6.1996) Darüber hinaus gilt: „Der/die Psychotherapeut/in sowie seine/ihre Hilfspersonen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.“ (Psychotherapiegesetz, § 15 Berufspflichten des/der Psychotherapeuten/in)

Diese Leitgedanken finden sich in allen anerkannten psychotherapeutischen Methoden wieder, die mit unterschiedlichen theo-

retischen Modellen und Schwerpunkten arbeiten und in ihrer Wirksamkeit vom Psychotherapiebeirat im Gesundheitsministerium überprüft wurden. In dieser Ausgabe unseres „Grüner Kreis“ Magazins haben viele PsychotherapeutInnen des Vereins ihre Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken vielfältig und eindrucksvoll thematisiert. Unterschiedliche Ansätze mit einem Ziel, nämlich den PatientInnen zu einem suchtfreien Leben zu verhelfen, stehen erstmals zur Diskussion. Es erwarten Sie abwechslungsreiche und horizonsweiternde Beiträge und wieder einmal zeigt sich: In der Vielfalt der Meinungen liegt oft die Lösung ...

In diesem Sinne widmen wir diese Ausgabe allen PsychotherapeutInnen des „Grünen Kreises“, die großartige Arbeit leisten.



Alfred Rohrhofer Brigitte Wimmer
redaktion@gruenerkreis.at

P.S.: Weitere Informationen zur Psychotherapie finden Sie auf der Website des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie www.psychotherapie.at sowie dem Internet-Portal PsyOnline www.psyonline.at.

Haben Sie Fragen, schreiben Sie uns an redaktion@gruenerkreis.at.

Leserbrief: Glücksspiel

Den informativen Ausführungen von Wolfgang Bogner in seinem Beitrag „Arbeits-, Kauf-, Spielsucht ...“ („Grüner Kreis“ Magazin Nr. 51, Seite 20) möchte ich zum Thema Spielsucht einige Gedanken hinzufügen.

In Großbritannien „werden immer mehr Hausfrauen süchtig nach Glücksspielen im Internet. Sie spielen mehrere Stunden täglich und häufen dabei gewaltige Schulden an.“, meldete der Londoner Sunday Telegraph. Frauen, die nur gern ihren Fuß in ein Wettbüro setzen würden, lassen sich vom Internet weitaus weniger einschüchtern. Vor allem aber können sie zu Hause das Glücksspiel problemlos in ihren Alltag integrieren. Viele werden süchtig, verschweigen aber ihr Problem, weil Frauen, die dem Glücksspiel verfallen, oft gesellschaftlich gebrandmarkt werden. Die Zeitung zitierte Professor Mark Griffiths von der Universität Nottingham. Seiner Ansicht nach bestätigt dieser Trend „einen Umschwung in der Massenkultur, durch den das Glücksspiel aus dem Kasino in die eigenen vier Wände oder an den Arbeitsplatz geholt wird“. Außerdem merkte er an: „Falls Sie ein Problemspieler sind, ... könnte es sein, dass Ihnen der Zutritt zu Kasinos oder Wettbüros verweigert wird. Aber im Internet gibt es keine Türsteher.“

Wie Wolfgang Bogner in seinem Artikel schreibt, besteht für jeden von uns die Notwendigkeit, den Verlockungen und Verführungen der modernen Konsumwelt fortgesetzt zu widerstehen.

Ing. Harald W. Schober
harald.harald@gmx.at

Veranstaltungshinweise

Der „Grüne Kreis“ bietet im Rahmen der Suchtprävention

- Vorträge
- Geleitete Diskussionen
- Seminare und Workshops
- Coaching
- Outdoorveranstaltungen
- Mithilfe bei der Gestaltung von Schwerpunktwochen und Stationenmodellen für alle Interessierten im schulischen und betrieblichen Bereich an.

Termine erfragen Sie bitte bei:

Prävention „Grüner Kreis“

Mag. Michael Glaser
A-2872 Mönchkirchen 25
Tel.: (2649) 83 06, Fax: (2233) 568 95
Mobil: (664) 811 16 60
praevention@gruenerkreis.at

Internationale Veranstaltungen

ENDIP(P) – Training Academies

February 2005 — November 2006
Information: Vikky Bullock, European Service Manager
Cranstoun Drug Services
Broadway House, 4th floor, 112-134
The Broadway, Wimbledon
London SW 19 1RL, UK
vbullock@cranstoun.org.uk
www.cranstoun.org

8th European Conference on Drugs and Infections in Prison

7th to 9th July, 2005, Budapest, Hungary
Information: Salma Master
Cranstoun Drug Services
Broadway House, 4th floor, 112-134
The Broadway, Wimbledon
London SW19 1RL, UK
smaster@cranstoun.org.uk
www.cranstoun.org

Suchttherapietage 2005: 10 Jahre

Suchttherapietage – Gestaltungsspielräume für Innovationen

17. — 20. Mai 2005, Hamburg, Deutschland
Information: Kongressbüro „Suchttherapietage 2005“, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung ZIS, Klinik für Psychiatrie (UKE)
Martinistraße 52, D-20246 Hamburg
Tel.: +49 (40) 428 03-4203
Fax: +49 (40) 428 03-5121
kontakt@suchttherapietage.de
www.suchttherapietage.de

Spendenliste

Herzlichen Dank an alle angeführten SpenderInnen, die den „Grünen Kreis“ und dessen Tätigkeit unterstützen:

| | |
|--|-------------------------|
| Dr. Albert AUBELL | Elsa FERSTL |
| BAU UND DACH GmbH | Dr. Johann und Cornelia |
| Dkfm. Ing. Günter FEUCHTENHOFER | |
| BAUMGARTNER | Mag. Ernst FILZ |
| Franz BERNHARDT | FÖRSTER |
| Karl BERTL | Martin GLANZNER |
| Renate BRAUN | Maria GREINÖCKER |
| Dr. med. Georg | Irmgard GREITLER |
| DENDARSKY | Dipl. Ing. Dr. Monadjem |
| Sonja DULLNIG | Hamid |
| Leonhard DÜNSER | Silvia HINTER- |
| Alfred ERTL | STEININGER |

| | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Robert HOCKER | Mag. Ortwin OTTAWA |
| INTERTECHNO Handels-gesmbH | Gemeinde PAMA |
| Dr. Rudolf KAISER | R. PFEIFFER |
| Mag. Brigitta KANDL | Christiane POPP-WEST- |
| Dr. Ute KNÖTGEN | PHALL |
| Dr. med. Rita KRAUSE | Dr. Engelbert POSTEL- |
| Dr. Harald KREBITZ | NER |
| Elisabeth KOPPEN- | Fam. PURGINA |
| STEINER | Josef RACHLINGER |
| Inge KÜHTREIBER | Elisabeth REICH |
| Dr. Karl Albin LEN- | Monika REICHMANN |
| GAUER | Ilse und Sabine RÖCK |
| Dr. Günther MITTEN- | Dr. Walter SCHLEGER |
| DORFER | Dr. Siegfried SCHMA- |
| Ing. Norbert MITTER- | RANZ |
| HUEMER | Roman SCHNEEBERGER |
| Dr. Gert MOSER | Ing. Alfred SCHNEIDER |
| | Prim. Dr. SCHÖNBAUER |

SCHWENNINGER-DOERF

Dr. Johann **SILLER**
Dr. W. **SPITZER**
Günter **STACHER**
Christine **STEINACHER**
Dr. **STEINGÖTTER**
Dr. P. **STEINKELLNER**
Stift **HEILIGENKREUZ/**
KAMMERAMT
Johann und Isolde
STRAUSS
Josefa **SZEIDEL**
Franziska **TANZLER**
Dr. Barbara **THIER**
Dipl. Ing. Friedrich
TITZE-EHR
Josef **TOMASCHITZ**

Dr. **URBANETZ**
Elfriede **VYSKOCIL**
Dr. Michael **WENDLER**
Ursula **WOLF**
Dr. Friedrich **ZEILNER**
Hans Günther **ZEPLER**
Alexander **ZLAMALIK**

Der „Grüne Kreis“ dankt auch seinen zahlreichen anonymen SpenderInnen.

Aus Datenschutzgründen erfolgen die Namensnennungen ohne Adresse.

Psychotherapie

Psychotherapie im „Grünen Kreis“

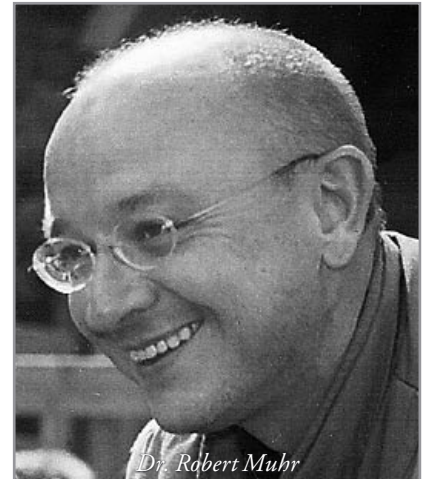
Die Psychotherapie ist im Behandlungssystem des „Grünen Kreises“ zentrales Element. In der ambulanten Behandlung und in der ambulanten Nachbetreuung ist Psychotherapie überhaupt das wichtigste „therapeutische“ Element und wird durch Harn- und Alkoholtests lediglich ergänzt. In der stationären Behandlung, ob Kurz- oder Langzeittherapie, findet Psychotherapie im Einzel-, Paar- und Gruppensetting statt und ist dort auch das wesentliche Element, eingebettet in Soziotherapie und Aktive Freizeit. In einer therapeutischen Gemeinschaft ist eine klare Trennung von Pädagogischem und Therapeutischem nicht möglich und auch nicht gewünscht. Lediglich das Setting der Einzel-, Paar- oder Gruppentherapie bleibt konstanter Fixpunkt. Inhalte können dabei nicht festgelegt werden.

Wie Sie dieser Ausgabe unseres Magazins entnehmen können, ist die Psychotherapieausbildung in unzähligen Ausbildungsvereinen möglich, die auch alle noch unterschiedliche psychotherapeutische „Schulen“ repräsentieren – und viele dieser Schulen sind im „Grünen Kreis“ durch unsere PsychotherapeutInnen vorhanden. Ganz bewusst ist dieser Weg gewählt. Einerseits bieten alle Ausbildungsvereine hervorragende Ausbildungen an, die zu einer langen und intensiven Auseinandersetzung mit der (eigenen) Person und dem Verhalten führen, andererseits kann und soll keine der psychotherapeutischen Schulen den alleinigen Anspruch auf die Wahrheit stellen, vielmehr bietet jede einen anderen Blickwinkel auf die Person und das

Verhalten an. Oftmals überschneiden sich diese Blickwinkel, in meiner Erfahrung ergänzen sie sich immer und bieten so umfassendere Bilder unserer PatientInnen und deren Handlungsweisen. Keinesfalls wird von unseren PsychotherapeutInnen gefordert, ihre erlernte Systematik zu verlassen und bei uns etwas „Neues“ zu lernen, vielmehr sollen sie im Team ihre Standpunkte vertreten und von KollegInnen erweitern lassen. Im stationären Bereich der Behandlung wird allerdings auch von unseren PsychotherapeutInnen und Klinischen PsychologInnen gefordert, sich mit Pädagogik und Erziehung auseinanderzusetzen. Die Orientierung an der erlernten Methode ist dafür eine wichtige Voraussetzung und sollte nicht verlassen werden.

Wie nun die verschiedenen Blickwinkel und Ansätze der Psychotherapieschulen, gerade in Hinblick auf unsere PatientInnen, aussehen, beschreiben meine KollegInnen in der vorliegenden Ausgabe äußerst vielfältig und eindrucksvoll. Ich möchte dies nicht noch ergänzen und mich einem allgemeinen Aspekt der Psychotherapie widmen.

Psychotherapie wird immer von Menschen ausgeführt und diese Menschen haben ihre eigenen persönlichen Einstellungen zum Leben und ihre eigenen Haltungen anderen gegenüber. Diese Einstellungen und Haltungen können aber sehr stark Einfluss nehmen auf die therapeutische Arbeit. Wenn jemand z.B. meint „Junkies seien das Letzte“, so wird er oder sie, egal wie gut er oder sie als Therapeut/in sein mag,



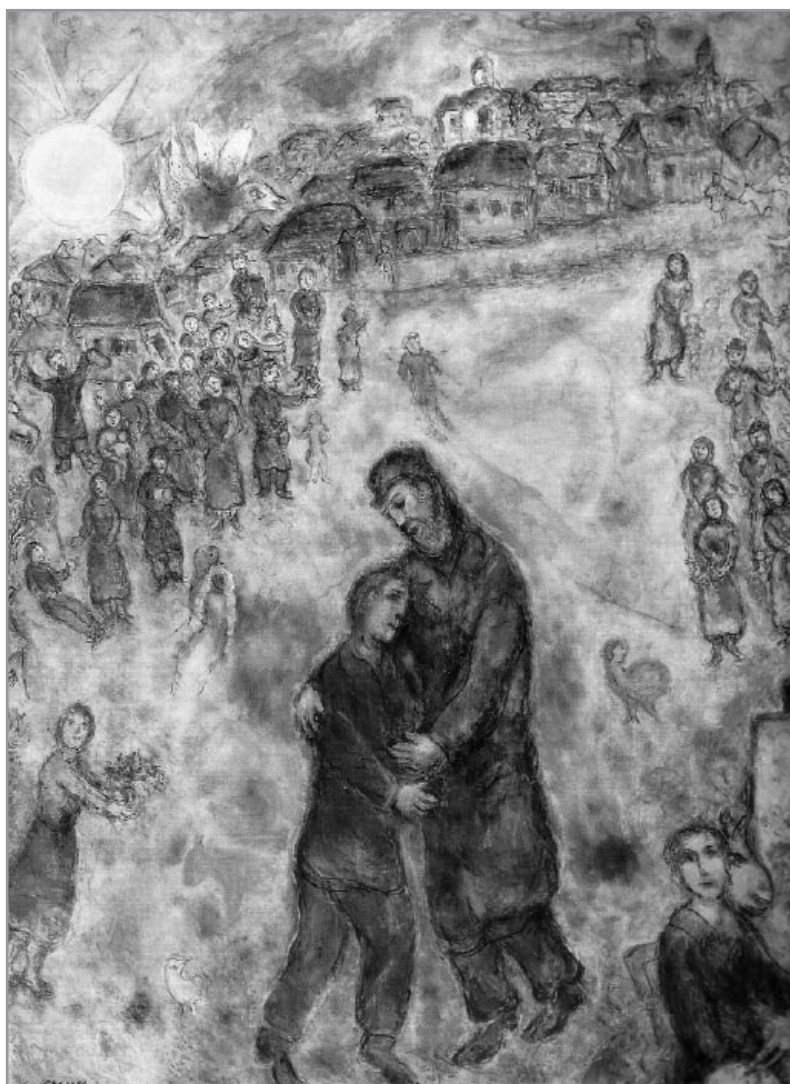
Dr. Robert Muhr

nicht mit unseren PatientInnen arbeiten können. Es gibt also Einstellungen und Haltungen, die die Arbeit mit PatientInnen sehr behindern und andere, die diese Arbeit unterstützen.

Ich möchte Ihnen heute eine Haltung vorstellen, die eigentlich nicht ganz unproblematisch ist, aber die therapeutische Arbeit mit unseren SuchtpatientInnen sehr erleichtert. Abgesehen von ihrem religiösen Gehalt ist die Bibel auch ein Buch, das derartige Haltungen sehr bildhaft darstellt. Lukas widmet sich in seinem Kapitel 15 einer derartigen Haltung, wenn er unter anderem das Gleichnis vom verlorenen Sohn beschreibt. Einer, den wir ans Leben verloren haben, kehrt zurück und er begegnet nicht Vorwürfen und Zurechtweisungen, sondern ehrlicher Freude des Vaters. Es entsteht sogar der Eindruck, dass die Freude des Vaters größer ist, als seine Freude über den braven und daheimgebliebenen Bruder. Lukas verstärkt diesen Eindruck noch durch den Beginn des 15. Kapitels, wo er dem „Himmel“ größere Freude über einen umgekehrten Sünder zuschreibt als über 99 „Brave“. Nun ist diese Einstellung oder Haltung keineswegs unproblematisch und im „normalen“ Leben sehr zu überdenken. Sollte etwa der „brave“ Bruder auch weggehen und seine Erbschaft durchbringen, um bei seiner Rückkehr die „wahre“ Freude des Vaters spüren zu können? Eigentlich nicht, denn auch der Vater und der „Himmel“ könnten lernen, ihre Freude und Zuneigung gleichmäßig zu verteilen.

Wäre aber dieser Vater und der „Himmel“ bei uns PsychotherapeutInnen, hätten sie eine Einstellung und Haltung, die ihnen und ihren PatientInnen im therapeutischen Arbeiten sehr entgegen käme. Alle unsere PatientInnen haben wir als Gesellschaft „verloren“, teils durch ihr eigenes Verschulden, teils durch Umstände, die auf sie trafen. Und wir versuchen, sie auf ihrem Weg zurück zu begleiten. Eine ehrliche Freude über dieses „Zurückwollen“ und eine überschäumende Freude über jene und mit jenen, die zurück sind, erleichtert die Behandlung für PatientInnen und auch für TherapeutInnen.

Ich wünsche mir daher viele Freudenfeste mit unseren zurückgekehrten „Verlorenen Söhnen“ und, nach nunmehr einigen Jahren der intensiven Arbeit in unserem Frauenhaus, besonders mit unseren zurückgekehrten „Verlorenen Töchtern“.



Marc Chagall „Die Rückkehr des verlorenen Sohnes“, 1975/76, © VBK, Wien, 2004

- 1 *Es nahten aber zu ihm allerlei Zöllner und Sünder, dass sie ihn hörten.*
- 2 *Und die Pharisäer und Schriftgelehrten murrten und sprachen: Dieser nimmt die Sünder an und isset mit ihnen.*
- 3 *Er sagte aber zu ihnen dies Gleichnis und sprach:*
- 4 *Welcher Mensch ist unter euch, der hundert Schafe hat und, so er eines verliert, der nicht lasse die neunundneunzig in der Wüste und hingehe nach dem verlorenen, bis dass er's finde?*
- 5 *Und wenn er's gefunden hat, so legt er's auf seine Achseln mit Freuden.*
- 6 *Und wenn er heimkommt, ruft er seine Freunde und Nachbarn und spricht zu ihnen: Freuet euch mit mir; denn ich habe mein Schaf gefunden, das verloren war.*
- 7 *Ich sage euch: Also wird auch Freude im Himmel sein über einen Sünder, der Buße tut, vor neunundneunzig Gerechten, die der Buße nicht bedürfen.*

Lukas 15.1-7

Text: **Dr. Robert Muhr**, Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut, Psychotherapeutischer Leiter, „Grüner Kreis“
Foto: **Berit Schistek**

Psychotherapie

Personenzentrierte Psychotherapie mit Suchtkranken im Rahmen einer therapeutischen Wohngemeinschaft



Dr. Anita Födinger

Die Personenzentrierte Psychotherapie basiert auf den Denkansätzen der humanistischen Psychologie. Als Vater der Personenzentrierten Psychotherapie gilt der Amerikaner Carl R. Rogers, der in La Jolla/Kalifornien das „Center for Studies for the Person“ mitbegründete. Rogers bezeichnet folgende Grundeinstellungen der TherapeutInnen als notwendige Bedingungen für konstruktive Veränderungen:

- Nicht-wertendes, einführendes Verstehen (Empathie): Die TherapeutInnen versuchen, die KlientInnen zu verstehen, wie diese sich selbst sehen.
- Nicht an Bedingungen gebundene Wertschätzung und emotionale Wärme: Die TherapeutInnen respektieren die KlientInnen als Personen von eigenem Wert und ihre Individualität.
- Echtheit, Kongruenz: Die TherapeutInnen verhalten sich ungekünstelt. Ihre Äußerungen und ihr Verhalten stehen in Übereinstimmung mit ihrem Erleben.

Die wesentlichen Vorgänge bei den KlientInnen während der Therapie sind „Selbstöffnung“ und „Selbstauseinandersetzung“. Ein wichtiger Gesichtspunkt

in der Personenzentrierten Therapie ist es, den KlientInnen selbst zu überlassen, welche „Inhalte“ sie auswählen und sie nicht auf bestimmte Erfahrungen, wie etwa frühkindliche Erlebnisse, zu lenken. Die KlientInnen werden offener für ihre Erfahrungen und entwickeln zunehmend Vertrauen zum eigenen Organismus, eine innere Bewertungsinstanz sowie eine zunehmende Bereitschaft zur Veränderung.

Süchtige Personen gelten gemeinhin als schwierige KlientInnen. Perna und Hoffmann weisen auf die enorme Selbstbezogenheit von Süchtigen hin. Diese zeigt sich vor allem durch ein übergroßes Misstrauen gegenüber der Umgebung. Dadurch ist Widerstand ein großes Thema in der Therapie. Wenn dieser zu groß wird, ist es in der Personenzentrierten Therapie aber auch erlaubt neben empathischen Reflexionen Interventionen wie Fragen, Konfrontationen und Interpretationen heranzuziehen. Auch das Weiterfragen nach Erinnerungen oder Assoziationen sowie Träume können als Zugang benutzt werden.

Swildens, ein klientInnenzentrierter Psychotherapeut, weist darauf hin, dass den KlientInnen trotz eines aus-

geprägten Leidensdruckes öfters eine echte Therapiemotivation fehlt. Erst wenn die psychische, soziale und somatische Problematik die Verherrlichung der Droge überflügelt, sind Abhängige bereit, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Durch einführendes Verstehen, Wertschätzung und ungekünsteltes Verhalten ist es möglich, ein Klima zu schaffen, in dem die Suchtkranken sich öffnen können und dadurch ein Prozess der Übernahme von Eigenverantwortung ausgelöst wird. Die Ausbildung zur Personenzentrierten Therapie beinhaltet den Lernprozess zur Fähigkeit, das eigene Selbst zur Seite legen zu können. Die sensible Einfühlung ist nach Rogers eine unabdingbare Voraussetzung für die KlientInnen, sich selbst nahe zu kommen, zu lernen, sich zu wandeln und zu entwickeln. Eine weitere notwendige Voraussetzung für den therapeutischen Prozess ist das Wahrnehmen der KlientInnen als Personen, die mit vielen konstruktiven Ressourcen ausgestattet sind. Sucht ist nicht unmittelbar gekoppelt mit intellektuellen Fähigkeiten und bestimmten Talenten. Die PatientInnen des Vereins „Grüner Kreis“ kommen aus allen Gesellschaftsschichten, einige haben Matura

und nahezu alle haben ein großes Entwicklungspotential.

Das spezielle Therapiesetting – fast alle TherapeutInnen verbringen durchgehend drei Tage in ihrer stationären Einrichtung – erlaubt es den TherapeutInnen kaum, unecht zu sein und eine aufgesetzte Rolle zu spielen. Eine Frage, die sich im Zusammenhang mit dieser besonderen Therapiesituation stellt, ist: „Wie ist es TherapeutInnen möglich, so viele Rollen gleichzeitig auszuüben?“ Sie sind unter anderem auch mit sozialarbeiterischen, pädagogischen und Freizeit betreffenden Aufgaben betraut. Ein wichtiger Punkt ist ebenso, dass die TherapeutInnen Sanktionen bei Nichteinhalten von Regeln aussprechen müssen. Zudem sind sie verpflichtet, Berichte über den Therapieverlauf zu verfassen. Dies wird oft als Widerspruch zu einer angstfreien und nicht-wertenden Therapiesituation gesehen. Allerdings können erfahrene Personenzentrierte TherapeutInnen mit dieser Problematik umgehen. Gerade der Personenzentrierte Ansatz, der TherapeutInnen erlaubt, Wahrnehmungen und Empfindungen zu äußern, ist eine hilfreiche Methode, um diese mannigfaltige Aufgabenstellung zu bewältigen und bei den KlientInnen Veränderungen hinsichtlich einer „Selbstöffnung“ und „Selbstaueinandersetzung“ zu bewirken.

Oftmals wird die stationäre Langzeittherapie von Süchtigen in Frage gestellt. Trotz zweifelsohne vieler Rückfälle nach der Behandlung und obwohl bei weitem nicht bei allen KlientInnen eine vollkommene Abstinenz bewirkt werden kann, ist diese Behandlungsform für viele Suchtkranke sehr hilfreich und bietet die Möglichkeit, neue Lebensperspektiven zu entwickeln. Der Personenzentrierte Ansatz ist eine geeignete Methode für die Arbeit mit Abhängigen, da er ein humanistisches Weltbild im Hintergrund hat. Selbstverständlich steht die Hilfe für die KlientInnen im Vordergrund, der Ansatz ist aber auch ein guter Background für TherapeutInnen, diese nicht immer leichte Aufgabe zu bewältigen.

Text und Foto: **Dr. Anita Födinger**,
Klinische und Gesundheitspsychologin,
Psychotherapeutin, Leitung Meierhof

Weiterführende Literatur:

Hutterer, Robert: *Personenzentrierte Psychotherapie*. In: Stumm, G. & Wirth, B. (Hrsg.): *Psychotherapie: Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis*. Wien: Falter Verlag, 1994.

Pernhaupt, Günter & Hoffmann, Walter: *Phänomen Drogensucht*. Retzhof-Schriften zur Lebensgestaltung, 1982, Heft 6.

Rogers, Carl R.: *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler, 1977 oder Frankfurt/M.: Fischer TB-Verlag, 2004.

Swildens, Hans: *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG, 1991.



Cartoon: **Antonin Kuba**

Psychotherapie

Systemische Familientherapie in der Suchtbehandlung

Die systemische Familientherapie bezieht ihren theoretischen Hintergrund aus mindestens zwei Denkrichtungen. Zum einen aus der Beobachtung, dass die Behandlung einzelner Personen oft nur gute Erfolge brachte, wenn diese außerhalb ihres bisherigen Umfelds blieben. Daraus entwickelte sich der Grundgedanke der Familientherapie, dass Leidenszustände, Schwierigkeiten oder Symptome einzelner Personen nicht individualisiert, sondern in den größeren, sozialen Zusammenhang der Familie (bzw. anderer relevanter Personen) gestellt werden sollte. Bei der Frage, welche Personen in die Behandlung miteinbezogen werden, gibt es große Unterschiede zwischen den Schulen der Familientherapie.

Zum anderen aus der Beschreibung des Menschen als ein System durch die Systemtheorie. Das systemische Konzept des Menschen unterscheidet sich stark von den geltenden Konzepten anderer Therapieschulen. Es sieht diesen weniger als Persönlichkeit, sondern viel mehr als einen Ort für autonome Entscheidungsprozesse. Hier werden die Auswirkungen der Person auf andere bzw. deren Einflüsse u.a. auf die eigene Person reflektiert.

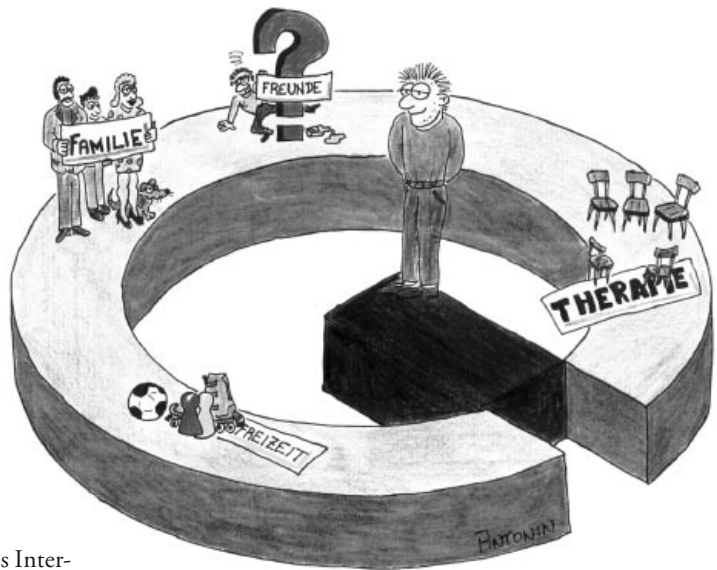
Der Mensch wird als komplexes Ganzes verstanden, das sich im Zusammenspiel seiner Elemente auf etwas Übergeordnetes hin organisiert, das Sinn macht. Er organisiert sich laufend innerhalb von Schwankungsbreiten selbst und bleibt trotz störender Einflüsse relativ stabil. Wann und wie schnell ein System kippt bzw. sich neu organisiert und wie stabil es dann sein wird, kann nur sehr vage vorausgesagt werden.

Statt psychischer Elemente und Zustände rücken daher verbindende Er-

lebens- und Verhaltensmuster und Prozesse ins Zentrum des Interesses der Therapie. Rückkopplung, Zirkularität und Ganzheit werden zu Grundbegriffen. Es geht vor allem darum, die im „Hier und Jetzt“ beobachteten Vorgänge der jeweiligen Therapiesitzung zu reflektieren und, wenn gewünscht oder notwendig, diese zu verändern.

Weiters basiert die systemische Familientherapie auf Kommunikationstheorie und sozialem Konstruktivismus. Kernpunkt dieses Ansatzes sind die Wechselbeziehungen des Einzelnen und seiner inneren Anteile in größeren sozialen Kontexten. Es wird davon ausgegangen, dass soziale Realität durch Kommunikation konstruiert wird. Kommunikation vollzieht sich selektiv, sie reduziert Komplexität, erzeugt Information und verarbeitet Sinn. Dabei ist es wichtig zwischen Inhalt und Mitteilung zu unterscheiden, da sonst bloßes Wahrnehmen des Verhaltens anderer vorliegt. Soziale Systeme steuern ihr Verhältnis zur Umwelt durch Erwartungsstrukturen, die den möglichen Spielraum in der sachlichen, zeitlichen und sozialen Dimension einschränken und so zur Stabilität beitragen.

Was heißt das nun alles und wie wird gearbeitet? Die systemische Familientherapie hat kein eigenes Konzept für die Entstehung von Sucht bzw. Suchtverhalten. Es geht dabei vielmehr darum, eigenes Erleben, Verhalten und dessen Auswirkungen auf sich und andere zu erfassen, zu reflektieren und in neue Zusammenhänge zu stellen, die bisher nicht genutzte, suchtfreie Verhal-



tens- und Erlebensweisen ermöglichen, die für die betroffene Person Sinn machen und auch angestrebt werden wollen und können. Dabei wird unter anderem beim Einzelnen sehr stark das Erleben und Führen von Beziehungen gefördert und darauf geachtet, dass er/sie sozial kompetenter wird und Beziehungen nach seinen/ihren Bedürfnissen gestaltet. Weiters geht es z.B. sehr um das Suchen und Sehen, was bisher gut gemeistert wurde (Fokus liegt auf Ressourcen und Erfolgen), dem daraus Schaffen neuer Lösungen und weniger darum, den Blick auf die Schwächen und Defizite der Person zu richten. Um diese und andere Ziele zu erreichen, werden u.a. spezielle Fragetechniken, Interviews mit internalisierten Personen, Arbeit mit Metaphern und Geschichten, Reframingtechniken, Aufstellungstechniken und vieles mehr verwendet.

Text: **Mag. Andreas Kuhn**, Psychotherapeut, Ettlhof
Cartoon: **Antonin Kuba**

Psychotherapie

Spieltherapie in der Behandlung von Kindern suchtkranker Eltern



Mag. Bettina Eher

„Mir geht es gut. Es ist nichts mit mir!“, ist die trotzige Antwort von Manuel (Name von der Redaktion geändert) auf meine Frage, warum er weint. Mit Kindern in ein Gespräch zu kommen, in dem sie sich wirklich öffnen und von ihren seelischen Nöten und Ängsten berichten, ist sehr schwierig.

Die Gründe dafür sind einfach. Kindern fehlen die dazu benötigten sprachlichen und kognitiven Kompetenzen, um innere Prozesse und Emotionen zu verbalisieren. Gerne würden sie mitteilen, was sie beschäftigt, doch fehlen ihnen oft noch die Worte und Bilder, damit sie ihre Gefühle der Unsicherheit, Angst oder Traurigkeit zum Ausdruck bringen können. Den eigenen Problemen gegenüber sind Kinder oft hilflos. Hinter dem gezeigten Verhalten wie z.B. Aggressivität verbergen sich oft Emotionen und Themen, die schwer erkennbar sind. Als TherapeutIn ist man speziell gefordert, geeignete Mittel zu finden, um dem Kind Möglichkeiten zu schaffen, seine Nöte und Konflikte ausdrücken zu können.

Manuel, der schon sehr lange in therapeutischer Behandlung ist, konnte mir anhand einer Zeichnung mit anschlie-

ßendem Puppenspiel mitteilen, woher seine Traurigkeit herrührte.

Zeichnungen, Puppenspiel, Märchen und Rollenspiele werden als Methoden der Spieltherapie eingesetzt. Man geht davon aus, dass das Spiel ein natürliches Mittel zur Selbstdarstellung des Kindes ist. Unterschiedliche Formen des Spiels geben dem Kind die Gelegenheit, seine Gefühle und Konflikte „auszuspielen“. Therapeutische Prozesse können so in Gang gesetzt werden, Konfliktlösungsstrategien erarbeitet und unter günstigsten Bedingungen Reifungs- und Wachstumshilfen bereit gestellt werden.

Im Eltern-Kind-Haus am Marienhof ist die spieltherapeutische Arbeit ein wichtiger Bestandteil des therapeutischen Konzepts für Kinder süchtiger Eltern. Gerade für Kinder von suchtkranken Eltern ist es wichtig, einen Rahmen zu bieten, um bisherige traumatische Erfahrungen aufarbeiten zu können. Gleichzeitig bietet das spieltherapeutische Setting Unterstützung und Schutz im aktuellen Suchtsystem.

Kinder von suchtkranken Eltern leben meistens in einer Atmosphäre der Unsicherheit, Instabilität, Angst und Vernachlässigung. Sie wachsen ohne

konstanten und festen Orientierungsrahmen auf. In der Geborgenheit des Spieltherapie-Raumes, in dem das Kind Mittelpunkt ist, in dem es über sich selbst und über die Situation verfügen darf, entdeckt das Kind, dass es sich entfalten kann und darf und dass es in seiner ganzen Person wahrgenommen wird. Hier erlebt es nicht, dass es als Schachfigur in der Auseinandersetzung der Eltern hin und hergeschoben wird oder als Puffer für Frustrationen und Aggressionen benützt wird. Für das Kind in der spieltherapeutischen Situation ist es oft eine völlig neue Erfahrung, wenn Vorschläge, Verbote und Zurechtweisungen, aber auch Einmischung wegfallen. Dem Kind wird gewährt, zu sein wie es ist.

Text: **Mag. Bettina Eher**, Sonder- und Heilpädagogin, Psychotherapeutin, Leitung Eltern-Kind-Haus Marienhof
Fotos: **Mag. Bettina Eher, Berith Schistek**



Spieltherapie – als angewandte Methode im Eltern-Kind-Haus des „Grünen Kreises“ – ist ein Verfahren, das den „Ausdruck im Spiel“ als therapeutische Hilfe berücksichtigt und dies als Medium für den therapeutischen Prozess nützt. Im Spiel und im spieltherapeutischen Setting stellen sich die Kinder dar, sie kommunizieren über das Spiel und drücken in symbolischer Form (z.B. Puppenspiel) wichtige Botschaften aus. Mit Hilfe der TherapeutIn wird auf der Spielebene versucht, Lösungsmöglichkeiten für die Probleme des Kindes zu finden.

Psychotherapie

Verhaltenstherapie bei Suchtproblemen



Mag. Herfried Stein-Trigler

In der psychotherapeutischen Arbeit mit suchtkranken Personen innerhalb eines gemeinschaftlich stationären Rahmens gilt es sowohl gruppenspezifische Prozesse als auch die individuellen Problemfelder der Einzelperson im Blickfeld zu behalten: Die aktuellen Gruppen- bzw. Hausdynamiken können sich stark motivierend oder auch demotivierend auf die Veränderungsbereitschaft der Einzelperson in ihrem Ringen um abstinente Lebensneugestaltung auswirken. Gleichzeitig fühlen sich nicht alle KlientInnen von solchen sozialen Faktoren (S) gleichermaßen stark beeinflusst. Es werden darüber hinaus verschiedene Entstehungsbedingungen und psychosoziale Auswirkungen der Abhängigkeit (je nach lebenszeitlichem Beginn, körperlicher Disposition, Art und Dauer des Konsums) genannt, so dass auf kein einheitliches Störungsbild der Sucht zurückgegriffen werden kann. Sucht stellt sich damit einmal mehr als ein „multifaktoriell“ bedingter Prozess dar.

Die verhaltenstherapeutische Antwort auf diesen multifaktoriellen Prozess heißt in der Einzeltherapie funktionale Einzelfallanalyse. Nach Aufbau einer tragfähigen Beziehungsbasis wird gemeinsam mit der betroffenen Person zunächst versucht, aus dem potenziellen „Multifaktorensalat“ jene Einflussgrößen herauszuarbeiten, die im Einzelfall für die Aufrechterhaltung des drogenabhängigen Problemverhaltens relevant erscheinen. Dies geschieht in der Verhaltenstherapie unter Zuhilfenahme von so genannten funktionalen Verhaltens- und Problemanalysen, die in unterschiedlichen Varianten vorliegen (Kanfer 1991, Bartling 1992) und sich an lerntheoretischen und kognitiven Erklärungsmodellen menschlichen Verhaltens orientieren. Einerseits sollen diese Modelle dazu beitragen, die

vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen des Suchtverhaltens aufzuschlüsseln (horizontale Analyse, Mikroebene), andererseits sollen sie die dem jeweiligen Verhalten übergeordneten Ziele, Pläne und Regeln der Person verdeutlichen (vertikale Analyse, Makroebene). Beispielsweise kann nach dem gängigen S-O-R-K-C Schema nach F. Kanfer das Verhalten „Drogenkonsum (sichtbare Reaktion R)“ auf einer horizontalen Zeitachse als eine dysfunktionale Form der Beeinflussung der eigenen Befindlichkeit (Konsequenz C+) dargestellt werden, der bestimmte Gedanken, Einstellungen, Erwartungen, Haltungen und unbewusste Grundüberzeugungen (Organismus, Kognitionen O) vorausgehen bzw. übergeordnet sind.

Was auf den ersten Blick sehr trocken und technisch klingen mag, kann in der Praxis für die KlientInnen zu einer spannenden Auseinandersetzung mit sich selbst bzw. zu einer Art Entdeckungsreise werden, die Aufschluss über die Hintergründe persönlicher Problemfelder gibt und gleichzeitig Anknüpfungspunkte für Änderungen auf der Handlungsebene und für korrigierende Erfahrungen im Alltag bereithält. Dem/der VT-Therapeuten/in kommt dabei (um im Bild zu bleiben) die Rolle eines/einer Reisebegleiters/in zu, der/die möglichst pragmatisch und alltagsnah dabei behilflich ist, die angetretene „Reise“ so zu strukturieren und mit zu gestalten, dass der/die Klient/in sein/ihr selbst gesetztes Ziel inklusive der zu erwartenden Hürden (z.B. kognitive Dissonanzerlebnisse und Motivationseinbrüche während der Abstinenz) schließlich auch erreicht.

Die ersten verhaltenstherapeutischen Programme für stationäre Behandlungen von drogenabhängigen Personen, die Anfang der 70-er Jahre erschienen (vgl. Bühringer 1996), legten ihre

therapeutischen Maßnahmen zunächst noch als unspezifische „Breitbandprogramme“ an (Tagesstrukturierung, Arbeit und Freizeitgestaltung, Aufbau von Sozialkontakten). In den 80-ern fanden dann nach und nach suchtspezifischere Ansätze, wie Förderung der Therapiemotivation (z.B. Gesprächsführung, Berücksichtigung der spezifischen Problemlage im Einzelfall mittels Problemanalysen, Phasenmodell der Veränderungsbereitschaft nach Prohaska & Di Clemente) oder Maßnahmen zur Rückfallprävention (Aufdeckung konditionierter Auslöser, Verhaltensrepertoire kontrollierende und erweiternde Maßnahmen, vgl. Bühringer 1996) Einzug in die Behandlung.

Text und Foto: **Mag. Herfried Stein-Trigler**, Psychotherapeut, Leitung Komorbidität Marienhof

Weiterführende Literatur:

Bartling, G.; Echelmeyer, L.; Engberding, M.; Krause, R.: *Problemanalyse im therapeutischen Prozess*. Stuttgart-Berlin-Köln 1992 (Kohlhammer).
 Bühringer, G.: *Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen*. In: Margraf, J. (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen – Glossar*. Berlin-Heidelberg-New York 1996 (Springer).
 Kanfer, F. H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D.: *Selbstmanagement-Therapie als Veränderungsprozess*. Berlin-Heidelberg-New York 1991 (Springer).
 Schuster, K.: *Abenteuer Verhaltenstherapie. Neue Erlebnisse mit sich und der Welt*. 2. Aufl. München 2000 (dtv).

Psychotherapie

Neurolinguistisches Programmieren und Suchttherapie



Karin Petrovic

Vor ungefähr 17 Jahren erzählte mir ein Bekannter, dass er eine neue Methode aus Amerika kennen gelernt hatte, mit deren Hilfe man überholte, ineffiziente innere Programme durch zeitadäquatere und brauchbarere erweitern könnte. Dies machte mich neugierig, ich absolvierte ein Einführungsseminar in NLP. Noch heute erinnere ich mich genau daran, was mich dazu bewogen hat, die Ausbildung bis zur Lehrbeauftragten zu durchlaufen.

Jeder Mensch hat ein Modell (eine innere Landkarte) der Welt im Kopf. Kein Weltbild gleicht dem anderen, jedes ist einzigartig und keine Landkarte ist das Gebiet selbst. Alle Menschen handeln entsprechend dieser subjektiven Landkarte und nicht aufgrund objektiver Wahrnehmung. Viele Einschränkungen, denen man sich im Leben ausgesetzt glaubt, existieren demnach nicht in der objektiven Realität, sondern nur in der begrenzten sinnesspezifischen Wahrnehmung und sprachlich/emotionalen Deutung dieses subjektiven Weltbilds. Gelingt es, dieses Weltbild zu erweitern bzw. differenzierter zu gestalten, stehen auch mehr Wahlmöglichkeiten im Verhalten zur Verfügung. Blitzartig wurden mir die Gründe für oft sinnlose und schmerzhaft Streitereien klar.

Was verbirgt sich hinter dem Namen NLP?

N wie Neuro – weil wir die Welt mit unseren Sinnen erleben, speichern und repräsentieren.

L wie linguistisch – weil wir diese Erfahrungen sprachlich beschreiben, interpretieren und bewerten.

P wie programmieren – weil wir unser bewusstes und unbewusstes Verhalten nach diesen Bewertungen ausrichten und auch verändern können.

NLP ist eine sehr praktische – sinnesspezifische – Methode, im Vordergrund steht jedoch eine innere Einstel-

lung, die empathisch und respektvoll sich selbst und anderen gegenüber ist. Dazu gehört Rapport. Im NLP gilt Rapport als die Basis jeder guten Kommunikation, die „Beziehungsbrücke“ von Mensch zu Mensch, auf der dann der Inhalt gut transportiert werden kann. Unter Rapport (frz.: Entsprechung) versteht man die Summe aller verbalen und nonverbalen Gemeinsamkeiten einer Kommunikation – Kontakt, Harmonie und Übereinstimmung auf überwiegend unbewusster Ebene („auf gleicher Wellenlänge sein, einen Draht zu jemand haben, die gleiche Sprache sprechen“).

NLP ist ziel- und lösungsorientiert und basiert auf der Erkenntnis, dass Modellieren der primäre Lernzugang des Menschen ist. Kleinkinder lernen durch Vorbildverhalten, d.h. sie modellieren ihre erwachsenen Referenzpersonen, z.B. die Sprache der Eltern und Geschwister, Rad fahren durch Beobachten und Nachahmen von FreundInnen, die besten SprachlehrerInnen sind Nativspeaker vor Ort usw. Modellieren ist auch der Prozess, mit dem NLP begann und Grundlage vieler NLP-Anwendungen. Das Lernen am Modell als bewussten Vorgang in Angriff zu nehmen und das Erarbeiten von Lernstrategien wird in der Suchttherapie mittels Sport und vieler praktischer Arbeitsbereiche praktiziert.

Am Beginn jeder Suchttherapie steht der Aufbau einer tragfähigen Selbstmotivation. Gelingt das nicht, ist bei der niedrigen Frustrationstoleranz der KlientInnen mit frühzeitigen Abbrüchen bzw. Rückfällen zu rechnen. Häufig sind die KlientInnen überhaupt nur durch Fremdmotivation (Eltern, PartnerIn, ArbeitgeberIn, ÄrztIn oder RichterIn) soweit gekommen, eine stationäre Einrichtung aufzusuchen. In der therapeutischen Gemeinschaft bestehen die Wohngruppen aus jeweils maximal 16

KlientInnen. Als Modell für die „Neuen“ können oft die „Alten“ (die hoffentlich schon selbstmotiviert sind) dienen.

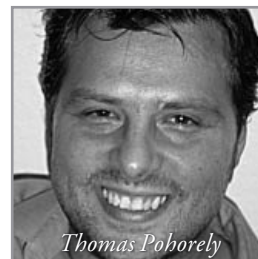
„Was hat geholfen?“, ist die oft gestellte Frage – und es gibt gute Antworten: Kleine und auch große Ziele zu finden, die realisierbar sind, deren Umsetzung die Leere füllt, die das Suchtmittel hinterlässt, und für die es sich lohnt, auch Anstrengungen auf sich zu nehmen und der Verführung zu widerstehen, in Krisenzeiten wieder alles hinzuschmeißen. Durchhaltevermögen zu lernen, ist angesagt. Durch Anker schwierige Situationen in ressourcenvolle Zustände zu verwandeln und dadurch das Selbstmanagement zu verbessern, sind ein weiterer Schritt in der Suchttherapie. Blockaden mittels change history und reinprinting aufzulösen und liegen gebliebene Ressourcen wieder aufzunehmen, gehören ebenso zu meinem Alltag als Therapeutin wie die vielen kleinen Interventionen, die vom Klientel weitgehendst unbemerkt den ganzen Tag ablaufen.

Die Ressourcen und Fähigkeiten, die ein Mensch zur Veränderung braucht, sind als Potential in ihm selbst bereits vorhanden. „Wenn das, was du tust, nicht zum erwünschten Ergebnis führt, sei flexibel und tu etwas anderes!“

Text und Foto: Karin Petrovic, Psychotherapeutin, Systemische Familientherapie, NLP, Kunsttherapie, Transpersonale Psychotherapie, Leitung Johnsdorf

Psychotherapie

Die Suchtproblematik anhand des Alkoholismus aus der Sicht der Transaktionsanalyse



Thomas Pohorely

Das Persönlichkeitsmodell der Transaktionsanalyse besagt, dass die Summe unserer Vorstellungen über das Hier und Heute, die Erinnerungen an frühere Erlebnisse und die von außen integrierten Anteile – gespeichert, verarbeitet und angewendet in sogenannten Ich-Zuständen – die Persönlichkeit ausmachen. Ein Ich-Zustand ist eine Gesamtheit von zusammenhängenden Verhaltensweisen, Denkmustern und Gefühlen. Es ist die Weise, in der wir einen Teil unserer Persönlichkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt äußern. Dabei wird zwischen drei Ich-Zuständen unterschieden: Das Erwachsenen-Ich (in der Folge ER) als der an der aktuellen Realität orientierte Teil, welcher Informationen sammelt und aufgrund dieser Schlussfolgerungen zieht und sachliche Entscheidungen trifft, das Eltern-Ich (in der Folge El) als Speicher für von anderen Übernommenes und das Kind-Ich (in der Folge Ki) als Speicher von Erfahrungen.

Die Wirkung des Alkohols führt zu einer Veränderung der strukturellen Balance zwischen den Ich-Zuständen. Alle psychischen Funktionen werden unter Alkoholeinfluss zwar gedämpft, aber relativ zum Kind-Ich werden Erwachsenen-Ich und Eltern-Ich in ihren Funktionen sehr viel stärker unterdrückt, so dass Angetrunkene enthemmt und infantil wirken. Alkohol dämpft die Kontrollfunktionen des ER und die des El. Die Dämpfung des ER schränkt dessen Autonomie ein, so dass es darüber hinaus vom Ki leichter getrübt wird. Auch die emotionale Wahrnehmung des Ki ist vergrößert und weist zahlreiche Grandiositäten auf, so dass die Realitätswahrnehmung getrübt und vermindert wird.

Wer Jahre seines Lebens unter Einfluss von Alkohol verbringt, entwickelt zwei strukturelle Zustände, einen nüchternen und einen trunkenen. Der trunkene Zustand ist den Bedürfnissen des Ki gegenüber offen, der nüchterne Zu-

stand eher den kontrollierenden und anpassenden Funktionen von El und ER. Inhalt dieser Überzeugung ist, dass Freiheit, also Zugang zum Ki, letztlich nur unter Alkoholeinfluss möglich ist. Umgekehrt kann scheinbar das ER unter dem Einfluss des El nicht wirklich für das Ki arbeiten. Irgendwann ergibt sich aus der Summe dieser Erfahrungen eine ganzheitliche strukturelle Änderung in zwei getrennte Systeme, die sich durch „nüchtern“ (als Zustand der Anpassung) und „trunken“ (als Zustand der Bedürfnis-Nähe) unterscheiden.

Das ER arbeitet bei Alkoholkranken nicht lösungs- sondern siegorientiert bzw. manipulierend. Es ist getrübt und gedämpft und dient nicht dazu, die besten Lösungen zu finden, sondern besser zu sein als der andere bzw. ihn zu beeindrucken.

Der systematische Einsatz chemischer Manipulationen zur Veränderung unseres emotionalen Verhaltens verhindert oder verzögert die individuelle und kulturelle Reifung. Anstatt sich der Widersprüchlichkeit zwischen El-Verboten, ER-Einsichten und Ki-Bedürfnissen bewusst zu werden und nach besseren Lösungen zu suchen, bewegt sich der/die Trinkende mit seinem Ki auf dem Niveau eines Kindes, das einerseits glaubt, am El-Bezugssystem nicht rütteln zu dürfen, lediglich ein hilfloses ER zur Verfügung hat und andererseits aber versucht, sich durch Tricks dennoch die gewünschten Freiheiten zu verschaffen.

Der Nutzeffekt beim Spiel (d.i. eine Serie verdeckter Transaktionen mit vorhersagbarem Ende) „AlkoholikerIn“ liegt weniger im Trinken, sondern vielmehr im „Kater“ danach. Hierbei liegt der „Kater“ allerdings weniger im physischen als im psychischen Bereich. TrinkerInnen haben lt. Transaktionsanalytiker Eric Berne gewöhnlich zwei Lieblingsarten von Zeitvertreib: „Martini“ (Wie viel wurde getrunken und wie waren die Drinks ge-

mixt?) und „Der Morgen danach“ („Lass’ mich dir von meinem Kater berichten.“). Auf der psychologischen Ebene läuft die Transaktion (d.i. der Austausch von Mitteilungen bzw. Botschaften) von El zu Ki: „Du musst mit dem Trinken aufhören!“ – „Sieh’ mal zu, ob du mich davon abhalten kannst!“ Die Nutzeffekte sind: Rebellion, Ermutigung und Befriedigung eines dringenden Verlangens, Selbstkasteiung, Vermeidung intimer Kontakte bzw. Erlebnisse, Zeitvertreib wie z.B. „Der Morgen danach“, „Martini“, Strokes (d.s. jede Art von Zuwendung) – abwechselnd liebevoll und zornig, existenzielle Ängste („Jeder will mir etwas vorenthalten!“).

Alkoholismus ist auch ein Problem der nicht funktionierenden Selbstkontrolle. Diese beruht auf der erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen Ki und ER und zwischen Ki und El. Als zentrale Voraussetzung für die Ausbildung eines Alkohol- oder Drogenskipts nennt Claude Steiner das Bestehen einer Vertrauenslücke zwischen dem Kind und seinen Eltern. Diese Vertrauenslücke begründet das Misstrauen in die hilfreichen Funktionen des El-Ich. Bei positiver Selbstkontrolle lernt das Ki, den Einsichten des ER zu trauen und nimmt sie als Unterstützung für seine Bedürfnisse an. Das Gleiche gilt für Ki und El. Das Vertrauen bildet sich in der erfolgreichen Zusammenarbeit der Ich-Zustände aus. Eine gestörte Zusammenarbeit bei negativistischem oder zu schwachem El-Ich führt zu labilen über- und unterkontrollierenden Haltungen und einer Desintegration zwischen Ki und ER/El. Dies bildet die Skriptwurzel (Skript, d.i. die in der Kindheit in Grundzügen entworfene eigene Lebensgeschichte) für die spätere Spaltung der Persönlichkeit in das trunkene und das nüchterne Selbst (dissoziative Störung, Ähnlichkeit zu Borderline-Syndrom).

Fortsetzung auf Seite 13 ▶

▷ Fortsetzung von Seite 12, Transaktionsanalyse ...

Die vorherrschenden Grundpositionen (d.s. die Einstellungen zu uns selbst und unserer Umgebung) sind „Ich bin OK/Du bist nicht OK“ (+/-) bzw. „Ich bin nicht OK/Du bist nicht OK“ (-/-). Die Positionen „Ich bin OK/Du bist OK“ (+/+) sind sehr labil und werden sofort aufgegeben, sobald Schwächen wahrgenommen werden.

Die Einschärfung (d.i. der negative frühkindliche Beschluss, hauptsächlich aufgrund nonverbaler Botschaften entstanden) „Sei nicht nahe!“ ist immer dabei, sehr oft auch eine „Sei nicht“-Botschaft. Die „Fühle nicht!“-Einschärfung ist ebenfalls sehr dominant, da sich ein/eine Alkoholkrankte/r keinerlei Schwächen gestattet, schon gar nicht diese zeigen darf. Die eigene Schwäche ist der Vorteil des anderen, um erfolgreich anzugreifen zu können (ein Schuss Paranoia)!

Häufige Antreiber (d.i. eine übertriebene Form von Erlaubnissen und Verbotsen aus dem EI-Ich verschiedener Erziehungspersonen) sind „Sei stark!“, „Streng Dich an!“ und „Arbeite hart!“ (solange es möglich ist).

Der Wechsel von einer Rolle in eine andere (z.B. von „AlkoholikerIn“ zur „RetterIn“ als ehemalige TrinkerIn in Hilfsorganisationen) bedeutet einen wichtigen Schritt in Richtung Heilung, auf psychologischer Ebene besteht die Heilung eines/einer Trinker/Trinkerin jedoch darin, ihn/sie dazu zu bringen, sein/ihr Spiel gänzlich aufzugeben. Die übliche Heilung mit Hilfe „totaler Abstinenz“ stellt für Eric Berne als Analytiker keine befriedigende Lösung dar. Ehemalige AlkoholikerInnen seien dann geheilt, wenn sie in Gesellschaft ein paar „Gläser“ trinken können, ohne neuerlich in Suchtverhalten zu fallen.

Alkoholismus ist ein tragischer Weg, sich Freiheit zu verschaffen. Der entstehende Teufelskreis endet in einem Strudel der Selbstzerstörung. Der Weg heraus führt über die Erfahrung, dass die Ich-Zustände hilfreich zusammenarbeiten können und dass Nähe und Vertrauen zwischen Menschen möglich ist.

Text und Foto: **Thomas Pohorely**, Psychotherapeut, Johnsdorf

Psychotherapie Konzentrierte Bewegungs- therapie und Suchtbehandlung



Hans Jörg Mager

Die konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) ist eine körperorientierte psychotherapeutische Methode, bei der Wahrnehmung und Bewegung als Grundlage für Erfahrung und Handeln genutzt werden. Auf Basis entwicklungs- und tiefenpsychologischer Denkmodelle werden unmittelbare Sinneserfahrungen verbunden mit psychoanalytisch orientierter Bearbeitung, Wahrnehmung und Bewegung bilden die Basis unseres Begreifens der eigenen Person und der umgebenden Welt.

Der Entwicklungspsychologe Jean Piaget zeigt uns in seinen Arbeiten zu den ersten Lebensjahren die Verknüpfung der motorisch-bewegungsmäßigen Entwicklung mit der geistig-intellektuellen und emotional-sozialen Reifung des Menschen. „Jede emotionelle Behinderung in der Entwicklung bedeutet auch eine motorische Hemmung und eine kognitive Einschränkung“.

Die Grundlage der therapeutischen Arbeit ist die bewusste „konzentrierte“ Wahrnehmung des eigenen Körpers im „Hier und Jetzt“ in Ruhe und Bewegung, allein für sich oder im gemeinsamen Handeln mit anderen in der Gruppe. Dabei werden Erinnerungen und Gefühle reaktiviert, die im Laufe des Lebens ihren Ausdruck in Körperhaltung, Bewegung und Verhalten gefunden haben und bis in die vorverbale Zeit zurückreichen können. Angebote zur Beziehung der PatientInnen zum Raum und zur Zeit ergänzen die Körpererfahrung. Ein wesentliches Element der Methode ist die Arbeit mit Gegenständen und Materialien (Seile, Stäbe, Bälle, Steine ect.). Hier wird neben der realen Erfahrung ein symbolisierter Bedeutungsgelbalt erlebbar.

In diesen Angeboten zur bewussten Wahrnehmung auf vorerst nonverbaler Ebene liegt die Bedeutung von KBT in der Therapie von Suchtkranken. So stellt Leon Wurmser zur „Psychodynamik des Drogenzwangs“ in seinem Buch „Die verborgene Dimension“ fest:

„Unter anderem ist es dieser Mangel (des Phantasielebens), der die Psychotherapie mit solchen Patienten besonders schwierig und frustrierend gestaltet, denn Psychotherapie benutzt aus dem Spektrum symbolisierender Prozesse gerade den verbalen Austausch als Instrument.“ Und weiter: „Die Droge wird nicht genommen, um diese mangelnde Symbolisierung zu ersetzen, sondern um das vage Unwohlsein und die Spannung zu beseitigen, die nur verschwommen, vorbewusst als ein Affekt wahrgenommen und lieber projiziert werden auf einen somatischen Aspekt oder auf die äußere Realität. Die Droge macht das Körperbild und das Weltbild angenehmer oder bedeutungsvoller. Mit anderen Worten, sie verändert die Projektion, ohne diese oder die grundlegenden Abwehrformen (Verleugnung, Unterdrückung, Affektregression) aufzuheben.“

Durch die konzentrierte Beschäftigung mit frühen Erfahrungsebenen (einfühlend und handelnd) werden gesunde Anteile und Störungen erlebbar, in ihrer Bedeutung verstehbar und damit der psychotherapeutischen Bearbeitung zugänglich.

In einem weiteren Schritt wird das Erlebte durch Verbalisierung ins Bewusstsein gebracht, d.h. begrifflich erfasst, und somit den Ebenen des Denkens, der Assoziation, der Reflexion und der Kommunikation zugeführt. So wird in der verbalen Bearbeitung Erfahrenes besprechbar und auf dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte besser verstehbar. Erkanntes und Erspürtes kann in einem jetzt möglichen „Probehandeln“ neu erlebt und gelebt werden.

Die KBT ist darauf ausgerichtet, Handlungsfelder zu eröffnen, die realitätsnah sind, neue Erfahrungen ermöglichen und deren Umsetzung in den Alltag für die PatientInnen zu erleichtern.

Text und Foto: **Hans Jörg Mager**, Dipl. psychiatrischer Krankenpfleger, Psychotherapeut i.A., Meierhof

Psychotherapie

Frauen und Sucht.

Frauenspezifische Arbeit am Marienhof.



Mag. Marieluise Oberoi

Grundlage der frauenspezifischen Arbeit ist die Erkenntnis, dass Frauen und Männer vor dem Hintergrund ihrer verschiedenen Lebensbedingungen in unterschiedlicher Weise süchtiges Verhalten entwickeln. Suchtmittelkonsum von Frauen muss vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Machtverhältnisse und der daraus folgenden Sozialisationsbedingungen für Frauen bewertet werden. Sie haben eigene Ausgangssituationen hinsichtlich ihrer Lebenssituationen, ihrer Konsumformen und der Bedeutung des Suchtmittels in ihrem Leben. Bei Frauen spielen in besonderer Weise sexuelle und körperliche Gewalterfahrungen eine große Rolle. Süchtiges Verhalten ist oft nicht nur eine Konfliktlösungs-, sondern eine Überlebensstrategie, wenn andere Möglichkeiten nicht gesehen werden oder auch gar nicht zur Verfügung stehen, um traumatisierende Erfahrungen – in oft sehr jungen Jahren – ertragen zu können. Der Drogenkonsum dient zur Betäubung von Angst, Schmerz, Scham und Ekel und macht vordergründig handlungsfähig, was die Substanz sehr attraktiv macht.

Wie in der Mainstream-Gesellschaft prägen Männer auch in der offenen Drogenszene (wo sie auch tatsächlich zahlenmäßig in der Mehrheit sind) ihren Lebensbereich, in denen Frauen in vielfältiger Weise benachteiligt werden. Maßgeblichen Einfluss haben Männer, die sich an männlichen Macht- und Gewaltstrukturen orientieren. Das ist der Grund, warum drogenabhängige Frauen zum Überleben in der Szene oft einen männlichen Begleiter brauchen. Dieser ist meistens auch selbst abhängig und oft lässt er seine Probleme in Form von Aggressionen an der Frau aus. Eine Trennung wird durch gegenseitige Abhängigkeitsverhältnisse nicht in Betracht gezogen. Daher bedeutet frauenspezifische Arbeit für unsere Klientinnen, dass sie Schutzräume vorfinden, in denen sie mit ihresgleichen ihre lebensgeschichtlichen Themen ohne männliche Zuschauer oder Zuhörer austauschen und bearbeiten können, dass die Angebote so weit wie möglich an ihren Bedürfnissen orientiert sind, dass sie dabei unterstützt werden, ihr Leben in Zukunft unabhängig und selbstbestimmt zu gestalten, dass Frauen und Mädchen nicht auf

stereotype Rollenbilder festgelegt werden und dass bei den verschiedenen Therapieangeboten der spezifisch weibliche Lebens- und Vergesellschaftungs-Hintergrund mitbedacht wird.

Wichtigstes Ziel in der Arbeit mit Frauen ist es, eine Perspektive in Richtung Unabhängigkeit zu entwickeln – Unabhängigkeit von Suchtmitteln, Partnerschaften, Eltern, Rollenklischees, Weiblichkeitsidealen sowie eigenen und fremden Erwartungshaltungen.

In den verschiedenen Therapieangeboten geht es daher hauptsächlich darum, Kräfte und Ressourcen, zu denen der bewusste Kontakt nicht mehr existiert, die jedoch vor der drogenmissbrauchenden Zeit das Überleben ermöglichten, wieder zu erwecken, Zugang zu den eigenen Bedürfnissen zu finden, Gefühle wieder wahrzunehmen und sie auch auszudrücken, die eigene Suchtgeschichte zu verstehen sowie berufliche und private Perspektiven zu entwickeln. Dabei ist es wichtig, Träume, die das kleine Mädchen noch hatte und die längst verschüttet sind, wieder zu finden, um eine neue Zukunft visualisieren zu können. Ganz wichtig ist es auch, Vertrauen zu anderen Frauen gewinnen zu lernen, um gemeinsam die Kraft für einen Neubeginn zu entwickeln, trotz der widrigen Lebensumstände und belastenden Lebenserfahrungen.

In der weiterführenden ambulanten Nachbetreuung bekommen Frauen Unterstützung in der Alltagsbewältigung und in der Festigung ihrer Abstinenz. Es geht um die Umsetzung der während der stationären Therapie gewonnenen Einsichten und die Vertiefung von Verhaltensveränderungen im neuen Lebensumfeld.

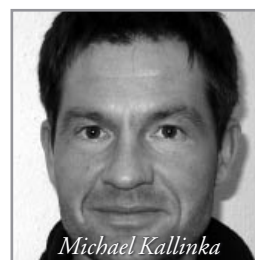


Therapieeinrichtung Marienhof

Text: **Mag. Marieluise Oberoi**, Pädagogin, Psychotherapeutin i.A.u.S., Marienhof
Fotos: **Mag. Marieluise Oberoi, Berith Schistek**

Psychotherapie

Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel – Suchtbehandlung im ambulanten Kontext



Michael Kallinka

Drogen und Alkohol leisten „wundersame“ Dienste, um die Realität zu verschleiern, zu vergessen, sich dem berauschenden Gefühl der Gleichgültigkeit und „Dochzufriedenheit“ hinzugeben und in diesem Pool der scheinbaren Erfüllung und Harmonie zu treiben. Eine nahezu konfliktfreie Welt also, deren Verführungssog der Stärke und Anziehungskraft der frühesten Jahre des Säuglings mit der Mutter gleichkommt. Durch das „sich Entziehen“ vom realen Leben und Erleben kommt es zu einer Entwicklungshemmung, zur Ausbildung einer mächtigen Rollenkonserve, zum Verlust jeglicher Spontaneität und zur Kultivierung der Destruktivität durchtränkt von scheinbar unabänderlicher Wiederholungsinzenierung.

Ich möchte nun im Folgenden erläutern, wodurch psychodramatisch gesehen das drogenspezifische Verhalten charakterisiert ist.

Suchtkranke Menschen reagieren besonders „empfindlich“ auf persönliche Kränkungen und werden rasch in ihrem Selbstwert erschüttert. Wird der Druck an Verantwortung im emotionalen Bereich zu groß, nehmen quälende Schuldgefühle überhand und das Selbstwertsystem kann nicht mehr aufrecht erhalten werden. Die Droge dient dann zur Kompensation, indem sie den/die Abhängige/n in einen Zustand versetzt, der das angekratzte Selbstwertgefühl scheinbar und nur temporär aufpoliert. Gefühle der Leere, Sinnlosigkeit, Minderwertigkeit und Langeweile müssen dann nicht erlebt und ausgehalten werden. Die Folgen dieses Kreislaufes sind allmähliche soziale Isolation, Funktionalisierung anderer Menschen und Entwicklung unrealistischer Größenphantasien. Der Realitätsbezug geht verloren und die „sozialen“ Kontakte beschränken sich ausschließlich auf Szeneinsider. Die Droge wird zum Mittelpunkt des/der Süchtigen, sämtliche andere menschl-

iche Qualitäten bzw. Ressourcen bröckeln ab und verkümmern. Die Realität wird meist pauschal negativ erlebt und dargestellt, selbst eindeutig positive Teilbereiche (Beziehungen, Situationen etc.) werden überhaupt nicht wahrgenommen. Drogenkonsum ist stets in Zusammenhang mit Selbstwertregulierung zu sehen.

Alkohol und Drogen dienen als Mittel zur Verschleierung und Verdrängung der Realität, man könnte sie auch als „Sorgen-Killer“ bezeichnen. Das „In die Welt geworfen Sein“ verursacht beim Menschen Angst, die ihn auf sich selbst zurückwirft und ihm sozusagen freie Entscheidungskraft gewährt. Dies kann Freude verursachen, eine Freude allerdings, die im Gegensatz zur Freude steht, die von Drogen verursacht wird. Unter Freude verstehe ich etwas, das unser Leben erfüllt. Tatsächlich ist immer eine Vermengung von Wunsch und Begierde im Spiel. Allerdings kann man Freude nicht einfach negieren und mit purem Verlangen gleichsetzen.

Aber auch die „Sorge“ spielt hier eine gewichtige Rolle. Ich möchte den Begriff Sorge sowohl als „Fürsorge“ als auch als „Besorgnis“ interpretieren. Ich meine, dass der Mensch unmöglich aus dieser Doppelbedeutung des Wortes „Sorge“ entfliehen kann, und dass das „In die Welt geworfen Sein“ Angst erzeugt, nämlich die Angst davor, keine Wahlmöglichkeit zu haben. Außerdem schließt es mit ein, dass man für sich Sorge tragen muss und selbst aus sich etwas machen muss; dies bedeutet einerseits Freiheit, andererseits aber auch Verantwortung.

Der/die Süchtige muss lernen, mit Unsicherheitsgefühlen zu leben und sie zu akzeptieren. Das Zupacken, Angehen, den Schritt tun, um sich dem „Leben zu stellen“, hier gibt es Blockaden – Rollenkonserve. Ursache dafür ist ein stark beeinträchtigter Selbstwert, der wiederum die Angst vor dem Leben, vor der Auseinandersetzung mit der Welt begünstigt.

Die Droge als vermeintlicher „Sorgenbrecher“ bietet nun eben die Illusion an, dass man der Sorge entkommen könne.

Psychodramatherapie vertieft den Zugang der KlientInnen zu ihren Gefühlswelten und hilft, blockierte und aufgestaute emotionale Regungen zu lockern und die Betreffenden ihrem Spürbewusstsein näher zu bringen. Es werden Zusammenhänge von individueller Charakterstruktur und Droge hergestellt. Es kommt allmählich zur Ichstärkung durch die Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung.

Durch das Erarbeiten des „Sozialen Atoms“ werden die sozialen Bedingungen der KlientInnen aufgehellt und somit das Einleiten von Veränderungsprozessen ermöglicht. Moreno, dem Begründer des Psychodramas, ging es um die Wiedererlangung der Freiheit des Handelns, also um die kreative Erweiterung des Rollenrepertoires des Menschen. Ziel der PD-Suchttherapie ist, in die Rolle des/der Abstinents hineinzuwachsen, die in Verbindung mit der Rolle des Alltagsmenschen steht. Suchtkranke verbringen meist längere Zeit in Institutionen, z.B. in stationären Einrichtungen. Es geht also darum, sich aus der Rolle des/der Betreuten in die Rolle des Alltagsmenschen zu entwickeln. Das schließt die Forderung nach Übernahme der Eigenverantwortung mit ein. Somit spreche ich eigentlich von der Rolle des erwachsenen, autarken Menschen, der für sein Tun und Handeln die Verantwortung übernimmt und auch fähig ist, die Konsequenzen zu tragen. Ein sozialer Mensch also, der Kontakte und Beziehungen pflegt und lebt. Ein Gestalter seines Lebens, der das Bewusstsein erlangt hat, dass er die Verantwortung und Möglichkeit hat, seine Identität zu entwickeln und zu formen.

Text und Foto: **Michael Kallinka**, Psychotherapeut, Leitung Ambulantes Zentrum Wien

Psychotherapie

Integrative Gestalttherapie – oder „Das Ziel ist der Weg“



Mag. Michael Gloggnitzer

Gestalttherapie ist eine Weiterentwicklung tiefenpsychologisch orientierter Verfahren und seit geraumer Zeit eine anerkannte und international praktizierte Methode. Sie findet ihre Anwendung als Einzeltherapie, für Paare, für Familien aber auch als Gruppentherapie. Die Methode orientiert sich basierend auf der ihr zugrunde liegenden Philosophie am gegenwärtigen Moment, an dem, was jetzt gerade ist. Das Hier und Jetzt-Prinzip ist der „Arbeitsanleiter“: Was bringt der/die KlientIn in eine Therapiestunde mit, wie agiert er/sie mit dem/der TherapeutIn, was passiert mit beiden in einer Therapiestunde? Man muss also, um Gestalttherapie zu erleben, nicht unbedingt immer ein akutes Problem, eine Fragestellung mitbringen. Es kann einfach mit dem jetzigen Moment gearbeitet werden. KlientIn und TherapeutIn nehmen die gegenwärtige Situation wahr und reflektieren sie. Wahrnehmung, Aufmerksamkeit auf das, was ist, steht im Zentrum. Die Arbeit an der Bewusstheit der KlientInnen ist eines der zentralen Themen der Gestalttherapie, denn über unser Gewahrsein stehen wir mit der Welt in Kontakt. Suchtkranke Menschen stehen mit der äußeren und inneren Welt über Substanzen in Kontakt, die realitäts- und gefühlsverändernd sind, also das was ist, verzerren oder verdecken. Die Umgehung dessen, was erlebbar ist, spielt dabei eine zentrale Rolle.

Gestalttherapie orientiert sich am gesunden Menschen und ist somit wenig pathologisch ausgerichtet, was nicht heißt, dass sie eine Diagnostik vernachlässigt. Der/die KlientIn zeigt im gegenwärtigen Augenblick das, was für ihn/sie am wichtigsten ist – manchmal nicht – auch das kann Inhalt einer Therapiestunde sein. Die in eine Stunde mitgebrachten Inhalte können unterschiedlich be- und verarbeitet werden: im Gespräch, in Inszenierungen, in Experimenten, mit Medien, sprich mit Hilfe von Malen, Schreiben, Musik u.v.m. Eine der vielen möglichen Inter-

ventionen ist das Experiment. Der/die KlientIn kann dabei neue Handlungsmöglichkeiten ausprobieren und erfahren. Ziel ist die Förderung der Bewusstheit, der Gegenwärtigkeit und der Alternativen, an die man nicht „denkt“. Diese versucht man zu erarbeiten: „Was ist möglich, erlaubbar in meinem Leben?“. Das Experiment sucht eine Erfahrung im Spielraum, einem Raum neben der Sprache (... mit der man sich doch immer wieder ganz gut in etwas hinein oder heraus reden kann).

Das im Experiment oder im TherapeutIn-KlientIn-Kontakt Erfahrene wird unter neuen Gesichtspunkten betrachtet – das ist die Aufgabe des/der Therapeuten/in, der/die sozusagen als WeichenstellerIn für Betrachtungsweisen abseits des gewohnten Erfahrungs- und Denkhorizonts fungiert. Dabei werden oftmals Zusammenhänge zwischen gegenwärtigem Erleben und biografischem Hintergrund sichtbar und erlebbar. Wir gehen also davon aus, dass vieles, womit wir unseren Lebensalltag und unsere Beziehungen gestalten, einer Hintergrunderfahrung zugrunde liegt. Gestalttherapie ermöglicht Einsichten, die Zusammenhänge erklärlich und erlebbar werden lassen. Und das, was fassbar geworden ist, was Einsicht und Klarheit verschafft, das ist veränderbar. Hier wird dem Leben neuer Raum zuteil.

Zwischen KlientIn und TherapeutIn entwickelt sich, um dies zu ermöglichen, eine besondere Beziehung. Diese dialogische Haltung ist eine der zentralen Säulen der Gestalttherapie. Zwischenmenschliche Beziehungen im Leben suchtkrank Menschen sind oftmals unklar, schwierig, verstrickt verlaufend. Die KlientIn-TherapeutIn-Beziehung soll hingegen Stabilität, Wertschätzung, Sicherheit und Verlässlichkeit in der Entdeckung und Weiterentwicklung ermöglichen. So sind KlientIn und TherapeutIn PartnerInnen auf der Suche nach den für

den/die Klienten/in wichtigen Antworten. Nur diese/r weiß, was in ihm/ihr vorgeht. Der/die Therapeut/in arbeitet als professionelle und kompetente BegleiterIn und ÜbersetzerIn auf dem Weg zum/zur Klienten/in.

Die Erfahrungs- und Verständnisorientierung sind zwei für mich wesentliche Punkte, warum ich Gestalttherapeut geworden bin. In diesem Kontext steht die Verständnisorientierung ein wenig dem Trend der Zeit gegenüber, der Lösungsorientierung. Menschen mit einer Suchtproblematik tendieren dazu, schnell Lösungen von außen für ihre Probleme herbei zu sehnen. Schnelle und maximale Befriedigung – wenn vielleicht auch nicht die wirklich passende – sind oberstes Primat. Der/die GestalttherapeutIn hält dazu an, bei sich zu bleiben, auf Entdeckung in das eigene Innere zu gehen, wahrzunehmen und zu experimentieren. ... Wer braucht noch schnelle Lösungen von außen, wenn man in sich ruhen kann?

Gestalttherapie ist für mich eine Lebensanschauung und in diesem Sinne möchte ich mit einem Zitat des Begründers F. Perls enden, das auch ein wenig Einsicht in das Leben eines/einer „perfekten und durchtherapierten“ Gestalttherapeuten/in gibt: „There is no end of integration“ – wir müssen uns immer weiterentwickeln. Auch TherapeutInnen bleiben immer auf dem Weg ... in diesem Sinne: „Let's go!“.

Text und Foto: **Mag. Michael Gloggnitzer**, Psychotherapeut i.A.u.S., Leitung Ambulantes Zentrum Graz

Weiterführende Literatur:

Hochgerner, M.; Hoffmann-Widhalm, H.; Nausner, L.; Wildberger, E. (Hrsg.): *Gestalttherapie*. Facultas Verlag, Wien 2004.
Fuhr, R.; Sreckovic, M.; Gremmler-Fuhr (Hrsg.): *Handbuch der Gestalttherapie*. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern 1999.

Psychotherapie

Logotherapie und Existenzanalyse in der Suchttherapie



Sigrid Thurnhofer

Existenzanalyse und Logotherapie gehen auf den Neurologen und Psychiater Viktor Frankl zurück, demzufolge der Mensch primär nach Sinn strebt und nicht nach Lust, die ihrem Wesen nach gar nicht anstrebbbar ist, sondern sich durch die Verwirklichung von Werten und Sinnmöglichkeiten von selbst einstellt. Ja, es ist sogar so, dass sie gerade dort, wo sie intendiert wird, immer auch schon verfehlt wird. Der genussüchtige Mensch ist also gerade der, der am wenigsten imstande ist zu genießen.

Sucht wird als Kompensationsversuch eines Mangels an existentieller Erfüllung angesehen. Der Sucht liegen eine niedrige Toleranzschwelle gegenüber dem Erleben des Scheiterns und der Hang zur Leidvermeidung zu Grunde. Mit der Droge versucht der/die Süchtige, das unerträglich Unangenehme auszuhalten anstatt sich oder die Situation zu verändern.

Für viele Suchtkranke steht die Frage: „Wer bin ich?“ im Zentrum ihres Suchens. Bei vielen fehlt die Erfahrung, im Wesen erkannt zu sein, gänzlich. Um diesen tiefen Schmerz zu lindern, wird irgendwann zum Alkohol oder zu Drogen gegriffen. Der Schmerz wird dabei quasi narkotisiert.

Die Existenzanalyse geht von vier Grundfragen aus, die den Menschen betreffen:

1. Habe ich den nötigen Raum, Schutz, Halt in dieser Welt? Um das Leben annehmen zu können, braucht es die Sicherheit der eigenen Existenz (Grundvertrauen als Voraussetzung für das Ja zur Welt).
2. Mag ich so leben, wie ich lebe? Erlebe ich mich selbst als wertvoll? Das Leben als Wert erfährt der Mensch vor allem durch Zuwendung, Nähe, Liebe und die Erfahrung seines eigenen Wertes (Grundwert als Voraussetzung für das Ja zum Leben).
3. Darf ich so sein, wie ich bin? Erfahre ich Wertschätzung, Achtung, Respekt? Ein Mensch, der Anerkennung findet, ernst genommen wird, aktiv für sich einstehen kann, entwickelt so seinen Selbstwert, der es ihm erleichtert, ja zu sich selbst und zu anderen Menschen sagen zu können.
4. Was soll mit meinem Leben werden? Wofür lebe ich? Um den existentiellen Sinn zu finden, bedarf es einer speziellen Haltung sich selbst und der Welt gegenüber. Diese verlangt eine gewisse Distanz zu sich (damit die Welt ins Blickfeld geraten kann) und eine Unterscheidung zwischen Wollen und Wünschen. Der Wille macht aktiv im Gegensatz zur Wunschhaltung, die zur Passivierung und zum Mangel an Gestaltung der eigenen Welt führt und damit wiederum den Boden für die Sucht bereitet.

Inmitten dieser Bedingungen und Dynamiken steht die Person: sie ist es, die entscheidet, ob es zur Sucht kommt oder nicht. Die Wahl für die Droge war anfangs eine freiwillige Entscheidung, aber eine Fehlentscheidung. Im Laufe der Zeit werden diese Entscheidungen immer unfreier und es folgt ein pathologischer Zwang. Aufgrund dieser langen

Vorentscheidungskette kann dem/der Suchtkranken niemand seine/ihre Verantwortung abnehmen. Es kommt in der Sucht zur Abwendung von der Welt des Seins hin zu einer Welt des Scheins.

Existenzanalytische Therapie fokussiert auf die Entscheidungsfähigkeit und Verantwortlichkeit der Person bzw. auf ihre (Wieder-)Herstellung und nimmt immer wieder Bezug auf die vorhandenen Ressourcen. In lebhaften Situationen wird deutlich gemacht, dass Leid und Scheitern zum Leben gehören, dass Leid aushaltbar und seine Überwindung hilfreich ist. Die Unterscheidung von „angenehm“ und „richtig/gut/sinnvoll“ ist hier wichtig.

Es gilt auch herauszufinden, wo das Leben zu kurz kommt, denn der/die Süchtige hält sich selbst irgendwo vom Leben fern und führt ein Zuschauerleben. Natürlich geht es begleitend immer wieder darum, wodurch es – ohne Sucht – gut ist zu leben. Mit erfüllenden Werten werden Alternativen zur Sucht geschaffen.

Lückenlose Abstinenz während der Therapie ist unbedingte Voraussetzung. So kann erlebt werden, dass die Überwindung der Rolle, das Sich-Zeigen und Zu-sich-Stehen ohne Suchtmittel möglich ist.

Text und Foto: **Sigrid Thurnhofer**,
Psychotherapeutin i.A.u.S., Ambulantes
Zentrum Wien

Ein Problem kann nicht mit der Art des Denkens gelöst werden, die es erschaffen hat.

(Albert Einstein)

Systemische Familientherapie und Sucht – Schwerpunkt ambulante Behandlung.



Mag. Ulrike Stenger

„Der gesunde Mensch ist ein Mythos, der autonome Mensch ebenso. Wir haben verschiedene Strategien, mit denen wir unser Leben bewältigen. Wir haben unsere Gewohnheiten, unsere Abhängigkeiten und auch unsere Süchte. Teils sind sie uns Lebenshilfe, teils sind sie uns Lebensqual. Wir sollten uns im Klaren sein, dass alles was uns Hilfe ist, die Gefahr, dass es sich gegen uns wendet, immanent ist.“ (Vorpagel H., Hinsch J. (1996): Systemische Therapie mit Suchtpatienten. Von der Pathologisierung zur Funktionalisierung. Systeme 10,2: S.37)

„Systemische Psychotherapie sucht nicht so sehr danach, eine Lösung für das Problem zu erarbeiten, sondern das Lösen von Problemen selbst zu erlernen. Das heißt das Sich-Lösen. Der Prozess des Loslassens von einer Einstellung, einer Haltung, einer negativen Anhaftung wird eingeübt, aber nicht, um sich jetzt einer positiven Lösung hinzugeben, sondern zu lernen, dass man Lösungen konstruieren kann, wie Probleme.“ (ders., S.38)

„Sucht entwickelt sich nach systemischer Sichtweise in gemeinsam gelebten Beziehungs- und Kommunikationsstrukturen. Sie ist das Ergebnis eines adaptiven Verhaltens im familiären oder sozialen Kontext. Als Symptom ist sie ein Indikator für zwischenmenschlich gestörte, dysfunktionale Beziehungsstrukturen. Der Symptomträger bzw. der ‚Inexpatient‘ erfüllt mit seinem Verhalten eine wichtige Funktion für das unangemessen verrückte System.“ (Kuntz H. (2000): Der rote Faden in der Sucht. Neue Ansätze in Theorie und Praxis. Weinheim und Basel. S. 30)

„Wenn die ‚zu heilende Krankheit Drogensucht‘ umgedeutet wird in ‚die Droge, die in einem System eine bestimmte Funktion zu erfüllen hat‘, entsteht für alle Beteiligten (KlientInnen, Angehörige, TherapeutInnen) ein neuer Hand-

lungsspielraum.“ (Vorpagel H., Hinsch J. (1996): S.38)

... In der Theorie klingt ja alles immer so einfach, schlüssig und gut. Bloß wie gerät man in der Therapie mit KlientInnen, die auf Grund einer richterlichen Weisung Psychotherapie machen „müssen“ (die Alternative wäre Gefängnis) zur Wurzel allen Übels, den „gestörten, dysfunktionalen Beziehungsstrukturen“? Um seine „Funktion“ als „Symptomträger“ im „verrückten System“ zu erkennen, braucht es schon ein gerütteltes Maß an Reflexionsbereitschaft, Compliance und vor allem Motivation.

Viele unserer KlientInnen kommen allerdings mit der Einstellung zu uns in die Therapie, die ihnen schon lange vertraut und angenehm ist: „Ich habe keine Probleme, und wenn ich welche habe, dann löse ich sie.“ (O-Ton Klient XY). Also ist man als Systemische Psychotherapeutin erst einmal gefordert zu respektieren, dass der (vorwiegend männliche, durchschnittlich 25-jährige) Klient gar nichts verändern will, sogar nicht einmal einen Grund sieht, warum er etwas ändern sollte. Die Harntests sieht er ja gerade noch ein, aber die Therapie ist ihm lästig und in seinen Augen unnötig. Die Probleme machen ihm ja nur die anderen. Dass seine Art Probleme zu lösen nicht sehr hilfreich war, sondern ihn erst dorthin gebracht hat, wo er sich jetzt befindet, nämlich in unsere Therapieeinrichtung, wäre eine andere Sicht der Dinge. Diese Sicht des Klienten hat natürlich auch seine Berechtigung, ist sie doch die seine und für den Klienten in sich schlüssig und nicht widerlegbar. Man kann ja niemand zu seinem Glück zwingen.

Die Aufgabe für eine Systemische Psychotherapeutin besteht allerdings nicht darin, dem Klienten seine vielen Probleme vor Augen zu führen und ihm klar zu machen, wie sehr sein Leben verpfuscht

ist, sondern darin, ihn von Anfang an zu unterstützen, das Lösen von Problemen selbst zu erlernen und am Erreichen seiner Ziele zu arbeiten. Dazu gehört das Erkennen der eigenen Ressourcen und das Nutzbarmachen derselben.

Da jedoch beinahe alle Klienten primär das Ziel haben, die Gerichtsaufgaben zu erfüllen, um so die Therapie und die Harntests so schnell wie möglich hinter sich zu bringen, stellen sie früher oder später ihre Sicht der Dinge hinten an. Dies motiviert natürlich einige unserer Klienten zu einem „So-tun-als-ob“. Der Therapeutin gegenüber verhalten sie sich kooperierend und motiviert, Bedingungen einzuhalten, d.h. drogenfreie Harntests zu liefern und ihre Termine einzuhalten – sofern es ihnen gelingt. In der Interaktion mit sich selbst haben sie beschlossen, den Weg des geringsten Widerstandes zu gehen und so lange die Bedingungen anderer zu erfüllen, bis sie einen positiven Abschlussbericht in Händen halten. Auch das führt am Ende zum Ziel und benötigt Ausdauer, Disziplin und Abstinenz. Außerdem lösen unsere Klienten in diesem Fall ihre Probleme nicht durch den Konsum von Drogen, wie sie es sonst gewöhnt sind, sondern auf eine andere, neue Art und Weise.

Wenn der Klient erkannt hat, dass seine bisherigen Lösungsversuche für Probleme sein Drogenkonsum war, wird ihm auch bald klar werden, dass es mit dem alleinigen Verzicht auf die Droge nicht getan sein kann. Die Suche nach Alternativen ist somit die anspruchsvollste und schwierigste, aber auch lohnendste Aufgabe, die unsere Klienten gemeinsam mit ihren TherapeutInnen lösen müssen.

Als Therapeutin sollte man sich nicht der Illusion hingeben, dass am Ende der Therapie in jedem Fall eine tiefgreifende

Fortsetzung auf Seite 19 ▶

Menschen im „Grünen Kreis“

Es war ...



Horst Burin

Es war am 20. Oktober 1992, als ich zum Verein „Grüner Kreis“ in die Betreuungseinrichtung Ettlhof kam. Nur fünf Tage danach feierte ich meinen 25. Geburtstag. Und ich war endlich bereit, ein neues Leben zu beginnen – hatte bloß keine Vorstellung wie. Aber ich dachte mir: „Dafür gibt’s ja die Leute vom „Grünen Kreis“! Die können mich auf den richtigen Weg bringen ...“.

Mit 16 Jahren hatte ich begonnen, Haschisch zu rauchen, und mit 18, zu koksen. Im Alter von 19 war ich schwerst Kokain abhängig, war mir aber meiner Sucht nicht wirklich bewusst, da ich ja „nur“ Kokain schnupfte. „Die Süchtigen nehmen Heroin und hängen an der Nadel, außerdem habe ich mein Leben im Griff. Ich habe einen Job, ein Auto und eine Wohnung.“, dachte ich mir. Da machte ich mir allerdings ordentlich ‘was vor! Doch erstens wusste ich es nicht besser und zweitens wollte ich es einfach nicht wahr haben. Das Koks war mein Antrieb und mein Schutzschild.

Ich absolvierte Kurse und Ausbildungen und dachte mit 25, spätestens 30 Jahren bin ich ein gemachter Mann, der alles hat. Aber kaum hatte ich einen Kurs fertig und das Zeugnis in der Hand, brauchte ich eine neue Aufgabe. Ich machte mir ständig Druck und war immer unzufrieden mit mir und der Welt. Mit 21 Jahren hing ich an der Nadel und war immer noch der Meinung, dass ich jederzeit aufhören könnte. Ich redete mir ein: „Ich muss es nur wollen“. Mit diesen Gedan-

ken im Kopf ging es noch einige Zeit dahin. Doch irgendwann konnte ich auch nicht mehr schlafen. Aber der „Horst, der sensibel, unsicher, schwach und verletzlich ist“, wollte ich nicht sein. Ich wollte nicht „ich selbst sein“, wollte immer nur stark, selbstsicher und mächtig sein. Das war mir damals sehr wichtig. Aber wer ist das schon ...? Das war mir nicht bewusst! Nur dann, wenn ich meine Droge nicht hatte, denn dann fehlte mir der Antrieb und das Schutzschild.



Irgendwann sah ich ein, dass ich mein Leben ändern musste. Aber wie? Ich hörte vom „Grünen Kreis“ und meldete mich im AKH Wien bei der Vorbetreuung des Vereins. Dort sagte ich JA zur Therapie, aber für den alles entscheidenden Schritt war ich dann doch wieder einmal zu feige. Es kam noch schlimmer: Ich nahm auch Heroin und hatte einen Schuldenberg angehäuft, der für zwei Leben rei-

chen würde. Es ging immer weiter bergab mit mir, bis ich irgendwann vor der Entscheidung stand: Entweder Therapie oder Friedhof. Ich wählte die Therapie, da ich davor weniger Angst hatte als vor dem langsamen, aber sicheren Tod. Das half mir bei der Entscheidung, ein neues Leben zu beginnen.

So verbrachte ich 18 Monate am Ettlhof und lernte mich selbst über andere kennen und akzeptieren – mit Stärken und Schwächen. Es war zwar eine harte, aber auch schöne Zeit. Ich sammelte wichtige Erfahrungen und fand im Verein Freunde fürs Leben, was sehr, sehr wichtig für mich ist.

Im April 1994 begann ich als Fahrer beim Fuhrpark und als Betreuer am Ettlhof zu arbeiten. 1997 wechselte ich vom Ettlhof zum Königsberghof und arbeitete dort als Betreuer. 1999 tauschte ich meinen Job als Fahrer gegen die Tätigkeit als Einkäufer und im Juli 2004 übernahm ich die Leitung des Einkaufs des Vereins.

Was ich abschließend noch sagen möchte? ... Meinen Schuldenberg habe ich in zehn Jahren abgebaut und nicht in zwei Leben! Und wichtig war und ist für mich immer der Ausgleich zum Job: Tauchen, Snowboarden, Badminton, Sauna und Reisen werden wohl auch noch in Zukunft dabei an erster Stelle stehen.

Text und Fotos: **Horst Burin**,
Leiter Einkauf, „Grüner Kreis“

► Fortsetzung von Seite 18, Systemische ...

Persönlichkeitsänderung des Klienten stehen muss. Im Idealfall sieht der Klient allerdings den Wert der Therapie und schafft es, die Zeit, während der er kostenlos Psychotherapie machen kann, positiv für seine Persönlichkeitsentwicklung zu nutzen.

Diese vielleicht etwas extreme Formulierung des „So-tun-als-ob“ bezieht sich

vor allem auf den Teil unserer Klienten, die keinerlei Therapieerfahrung haben. Diejenigen Klienten, die bei uns Nachbetreuung im Anschluss an ihre 18-monatige stationäre Therapie machen, haben in den allermeisten Fällen eine viel bejahendere Grundeinstellung zur Psychotherapie.

Zum Schluss möchte ich an dieser Stelle allen unseren Klientinnen und Klienten großes Lob aussprechen für ihr un-

gebrochenes Bemühen um Eigenverantwortlichkeit, das Bestreben, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen, und die großartige Zusammenarbeit und Kooperationsbereitschaft mit uns TherapeutenInnen.

Text und Foto: **Mag. Ulrike Stenger**, Psychotherapeutin, Ambulantes Zentrum Wien

Betrifft es uns?

Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft



Emmelite Braun-Dallio

Als Vertreterin des „Grünen Kreises“ flog ich im Oktober letzten Jahres nach Bonn, um dort an der ersten Konferenz zum Thema „Gesundheitsförderung in Haft“, die unter der Schirmherrschaft von Frau Bundesjustizministerin Dr. Zypries stattfand, teilzunehmen. Organisiert wurde diese Konferenz vom wissenschaftlichen Institut der ÄrztInnen Deutschlands, der deutschen AIDS-Hilfe und dem Berner Institut für Drogenforschung, unterstützt von der Weltgesundheitsorganisation WHO, der europäischen Kommission und dem Europarat. Ziel dieser Veranstaltung war ein Austausch von Modellen und Erfahrungen aus der Praxis.

170 ExpertInnen aus Deutschland, Österreich, Italien und der Schweiz tauschten in diesen zwei Tagen in diversen Workshops ihre Erfahrungen zu den folgenden Themen aus:

- Betriebliche Gesundheitsförderung im Justizvollzug
 - Gesundheit von MigrantInnen im Vollzug
 - HIV und Hepatitis im Vollzug
 - Gesundheit von DrogenkonsumentInnen in Haft
 - Gesundheit von Frauen
 - Gesundheit und besondere Problemlagen von Jugendlichen
 - Gefängnisse als Teil der Gemeinde: Kooperation und Kommunikation
 - Hepatitis B Impfprogramme
- Ein Teil des Kongresszentrums war als Marktstraße gestaltet und nannte sich „Markt der Möglichkeiten“. Diese sehr kreative, interaktive Form der Vorstellung von Projekten und Präventionskonzepten wies auf folgende Inhalte hin:
- Drogenkonsum und Tätowieren/ Piercen – wie kann ich desinfizieren?
 - Sexualität
 - Substitutionsbehandlung
 - Nadelstichverletzung/ Überdosierungen
 - Ernährungsberatung
 - Soziale Kontakte/Privatsphäre
 - Akupunktur
 - Hepatitis A/B-Impfung
 - Drogennotfallvideo

Zum Thema. Im Strafvollzug endet der Drogenkonsum nicht automatisch, deswegen sind Behandlungsmaßnahmen wie medizinische Versorgung, Kontinuität der Behandlung, Gesundheitsberatung, Aufklärung und Information, kurz- und langfristige Substitutionstherapie, Entgiftung, Therapieangebote, Schadensminimierung im Zusammenhang mit der Übertragung von Infektionen, Bildungsangebote und Nachbetreuung erforderlich, um Erfolge zu gewährleisten.

MitarbeiterInnen im Dienst der Justizanstalten sind genauso Übertragungsriskanten viraler Infektionen mit einem hohem Gesundheitsrisiko ausgesetzt. Dazu kommen noch psychische Belastungen, Stress, Konfliktsituationen, ein hohes Maß an Verantwortung etc. Wichtig für die eigene Psychohygiene sind hier z.B. Kriseninterventionsteams, Gesundheitsberatung, Information und Austauschmöglichkeiten.

Betrifft es uns? Gesundheitsförderung in Haft kommt nicht nur den

Häftlingen zugute. Es betrifft unmittelbar all jene, die in Haftanstalten tätig sind, und auch deren PartnerInnen, Familien, Kinder etc.

Gefangene kommen aus der Gesellschaft und kehren in den meisten Fällen in diese zurück. Fakten belegen, dass staatliche Gesundheitsmaßnahmen im Strafvollzug wirksam sein können und sich somit positiv auf die Gesundheit von Häftlingen und in weiterer Folge der Gesellschaft im Allgemeinen auswirken. Das Thema Gesundheit und Prävention im Vollzug ist daher auch ein Thema öffentlicher Gesundheit. Ich denke, dass mit dieser Veranstaltung ein wichtiger Schritt in Richtung Gesundheit in Justizanstalten gemacht wurde.

Text und Foto: **Emmelite Braun-Dallio**, Suchtberaterin, Vorbetreuung „Grüner Kreis“

Die Härte der weichen Drogen. Was macht weiche Drogen hart?

Ein Symposium der Stiftung Maria Ebene.

Um eine recht ungewöhnliche Zeit am Donnerstag, den 4. November 2004, nämlich um 22 Uhr, trafen wir, Dr. Leonidas Lemonis, Ärztlicher Leiter des „Grünen Kreises“, Werner Braun, Leiter der Vorbetreuung des Vereins, und ich, Emmi Braun-Dallio, Suchtberaterin und Mitarbeiterin der Vorbetreuung im „Grünen Kreis“, im Ländle ein. Grund unseres Besuches in Vorarlberg war ein Symposium, das am nächsten Tag um 20 Uhr beginnen sollte, zum Thema: Die Härte der weichen Drogen. Als Veranstalter trat die Stiftung Maria Ebene auf, das Vorarlberger Zentrum für alle Fragen der Vorbeugung, Beratung und Behandlung von Suchtgefährdung und Suchtkrankheiten.

Nach einem persönlichen Termin bei Univ. Prof. Dr. Reinhard Haller, dem therapeutischen Leiter der Stiftung Maria Ebene, dachten wir, wenn wir so knapp vor 20 Uhr eintreffen würden, hätten wir noch genügend Zeit, um einen guten Sitzplatz zu bekommen. Falsch gedacht! Zu unserer Überraschung war der Saal bis auf drei letzte Plätze voll. Über dreihundert interessierte BesucherInnen fanden sich im Arbeiterkammersaal in Feldkirch ein. Und dass am Freitag um 20 Uhr. Aber klar, bei diesem Thema!

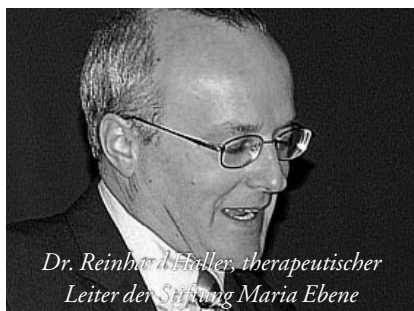
Dr. Roland Wölfl, Leiter der Therapiestation Lukasfeld, begleitete die inter-

Fortsetzung auf Seite 21 ▶

► Fortsetzung von Seite 20, Weiche Drogen ...

essierten ZuhörerInnen durch den Abend. Ein sehr aufschlussreicher Vortrag von Univ. Prof. Dr. Reinhard Haller über die Härte der weichen Drogen aus medizinischer Sicht stand zu Beginn der Veranstaltung. Danach folgte Mag. Johannes Rauch, Leiter der Therapiestation Carina, der über den Einfluss von weichen Drogen auf die Persönlichkeit sprach.

Univ. Prof. Dr. Irmgard Eisenbach-Stangl referierte über „Die Härte und Weichheit von Drogen aus soziologischer Sicht“. Die historisch und kulturell variierende gesellschaftliche Bedeutung von Cannabis und die damit verbundenen Konsumangebote wurden analysiert. Aus Berlin begrüßten die Gäste Dipl. Psychologen Andreas Gantner, Leiter des Therapieladens e.V., der den Abend zusammenfasste und vertiefte.



*Dr. Reinhard Haller, therapeutischer
Leiter der Stiftung Maria Ebene*

Abschiedsapplaus für einen informativen und interessanten Abend ertenteten alle RednerInnen. Ein sehr üppiges Buffet rundete diese gelungene Veranstaltung ab.

Doch was blieb, war die Frage: „Was macht die weichen Drogen hart? Nicht die Droge selbst, sondern das Konsummuster und das, was es auslösen kann?“ Bereichernd waren die verschiedenen Ansätze bei diesem Symposium allemal: der soziologische Ansatz, der existenzanalytische Erklärungsversuch und die ärztliche Zugangsweise. In der Vielfalt der Meinungen liegt manchmal die Lösung ...

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.mariaebene.at.

Text: **Emmelite Braun-Dallio**, Suchtberaterin, Vorbetreuung „Grüner Kreis“, **Dr. Brigitte Wimmer**, Öffentlichkeitsarbeit, „Grüner Kreis“
Foto: **Emmelite Braun-Dallio**

Jugendliche Suchtkranke. Kongress für Beschäftigte in der Drogentherapie.

Am 5. und 6. Oktober 2004 fand in Polen eine Tagung zum Thema Drogentherapie statt. Von Seiten des „Grünen Kreises“ wurden Lothar Schäfer, Internationale Kontakte „Grüner Kreis“, und ich, Leiter des Jugendhauses Waldheimat, entsandt. Schwerpunkt der Tagung, die offiziell „Kongress für Beschäftigte in der Drogentherapie“ hieß, war das Problem der jugendlichen Suchtkranken.

Unsere Hoffnungen, dass Krakau der Austragungsort der Konferenz werde, erfüllten sich nicht, stattdessen wählten die VertreterInnen der polnischen Einrichtungen „Muszyna“ eine an sich beschauliche kleine Stadt im äußersten Südwesten Polens aus. Der Veranstalter stellte uns eine sachkundige Dolmetscherin zur Verfügung, die während des offiziellen Teils der Tagung eine wertvolle Hilfe für uns darstellte.

In den Vorträgen der polnischen TeilnehmerInnen ging es fast ausschließlich um Ursachenforschung, Entwicklungspsychologie und -soziologie Drogenabhängiger. Die Zunahme der Drogensucht wird – wie meiner Auffassung nach auch bei uns – als Ausdruck des gesamtgesellschaftlichen Wertewandels verstanden. Die tradierten Verhaltensnormen, Wertvorstellungen und Lebensziele verlieren zunehmend an Verbindlichkeit. In der Sozialisation der Jugendlichen in die Welt der Erwachsenen muss sich der Wertewandel besonders deutlich zeigen, wenn die Erwachsenenkultur über keine überzeugenden Normen und Werte mehr verfügt. Der Drogenkonsum Jugendlicher kann verschiedene Bedeutungen haben. Er kann ein Ausdruck von Rückzug und Resignation, aber auch von Neugier und Protest sein.

In meinem Vortrag stellte ich unser Therapieverständnis in den Vordergrund. Ich erzählte von unserer Betreuungseinrichtung Waldheimat für männliche jugendliche Suchtkranke, beschrieb die Tagesstruktur, ging auf die Herkunft und Süchte unserer Klienten, sowie kurz auf meinen therapeutischen Ansatz ein. Dass unser Behandlungsansatz Arbeitstherapie als wesentlichen Bestandteil beinhaltet,



Heinz Kühlschweiger

wurde von den TeilnehmerInnen mit großem Interesse aufgenommen.

Langzeittherapiestationen und überhaupt eine adäquate Behandlung Suchtkranker nach unserem Verständnis gibt es in Polen noch nicht. Drei Monate Behandlungszeit – in gegenwärtiger Prägung mit einer „klassischen“ Psychiatrie vergleichbar – sind das Maximum, die meisten Einrichtungen sind lediglich als Tagesstätten geführt und werden zum Teil von kirchlichen Institutionen getragen. Das heißt meiner Auffassung nach, dass neue Formen der Beratung und Behandlung von jungen Menschen erst eingerichtet werden müssen, um die wachsende Nachfrage nach Hilfe einer Bevölkerungsgruppe zu befriedigen, die weitgehend außerhalb des Wirkungskreises der konventionellen psychiatrischen Versorgung bleibt. Für diese Entwicklung, die bei uns längst vollzogen ist, war der wichtigste Faktor die Zunahme jugendlicher Subkulturen mit ihren eigenen Wertsystemen, Bedürfnissen und Loyalitäten, die in großem Ausmaß die Hilfe etablierter psychiatrischer und fürsorglicher Institutionen zurückwies.

Abends gab es nach einem Grillessen bei frostigen Temperaturen noch ein Treffen vor einem wärmenden Kamin mit Andrzej Sasula, dem Vizepräsidenten der Provinz Woiwodschaft, und zwei Direktorinnen von in Krakau ansässigen Therapieeinrichtungen. Das Hauptanliegen von Andrzej Sasula war die Verschränkung von Therapie und Arbeitsangebot innerhalb einer therapeutischen Gemeinschaft. Er nahm den positiven Ansatz des therapeutischen Angebotes des „Grünen Kreises“ als Anregung für ein erweitertes Suchthilfeangebot auf und äußerte den Wunsch, die Zusammenarbeit mit dem „Grünen Kreis“ zu aktivieren und zu institutionalisieren. So vereinbarten wir für das Jahr 2005 ein Treffen in Polen und ein Treffen im „Grünen Kreis“.

Text und Foto: **Heinz Kühlschweiger**, Psychotherapeut, Leitung Waldheimat



“Towards a better strategy for dealing with substance abuse prevention”

The 6th Arab Conference for Prevention of Substance Abuse

Drug and alcohol addiction and their accompanying complications seriously undermine all aspects of addicts' lives, and may lead to the complete destruction of such individuals and their families. It is therefore imperative that programs for the prevention, rehabilitation and integration of drug abusers are established, with the aim of providing comprehensive, specialised services to those who suffer from addiction and addiction-related problems. “It is regrettable to say that the problem of substance abuse in the Arab world is increasing, the younger and younger age groups are becoming victims and an increasing number of addicted women is likely to cause greater harm to families and community. The governmental and non governmental efforts need more partnership ...”, stated Prof. Dr. Khaled A. Al Saleh, Secretary General of “The Arab Federation of NGOs for prevention of substance abuse (AFNDA)”, when presenting the update situation of substance abuse problems and the recent strategies in the Arab world.

The 6th Arab Conference for Prevention of Substance Abuse “Towards a better strategy for dealing with substance abuse prevention” organized by the AFNDA took place in Cairo, Egypt, in November 2004, and dealt with the following main topics: prevention strategies, therapeutic strategies, strategies of damage control, strategies of training in the field of prevention and treatment, strategies of caring for drug addicts in and after prison.

The “Grüner Kreis”, the most diverse institution offering assistance in the field of addiction in Austria, was represented by Dir. Alfred Rohrhofer, General Manager, and Dr. Robert Muhr, Director of Treatment, who introduced the society's program to interested conference participants. Prof. Dr. Khaled A. Al-Saleh welcomed the colleagues from outside the Arab nation: “... we learn from you and your experiences ... to protect our youth from addiction.”

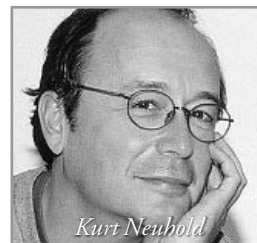
As the Eastern Mediterranean Region is an important centre for the production of illicit drugs (e.g. more than 75% of all world opium is growing in Afghanistan) as well as a transit area of the world, the people of the region are increasingly vulnerable to substance abuse related health, moral, social and economic problems. A growing number of voluntary organisations takes up substance abuse related activities, like providing

clinical rehabilitation services, prevention work in schools, setting up “hot lines”, increasing the public awareness etc. and to all governmental interventions these non profit societies are important partners. On the other hand the Eastern Mediterranean Office of the WHO has also given high importance to the health impact of the substance abuse. The time has come for a multi-sectoral, integrated and coordinated effort to address the substance abuse problem in the Arab world.

More details under
www.substanceabuse2004.com.

 Text: **Dr. Brigitte Wimmer**,
 Öffentlichkeitsarbeit, „Grüner Kreis“

drug-addicts@work international: DHIVA



Kurt Neuhold



DHIVA nennt sich die transnationale Kooperation von EQUAL-Entwicklungspartnerschaften aus Deutschland, Großbritannien, Holland, Italien und Österreich, die sich mit der Integration benachteiligter Menschen in den Arbeitsmarkt beschäftigen. Bei regelmäßigen Treffen und transnationalen Tagungen werden die unterschiedlichen Erfahrungen diskutiert, good-practice-Modelle im Bereich Beratung, Qualifizierung und Beschäftigung analysiert und Konzepte bei der Integration der Zielgruppe in den Arbeitsmarkt ausgewertet. Besonders interessant sind die national unterschiedlichen Erfahrungen mit Lobbyarbeit bei politischen Entscheidungsprozessen und bei der Kooperation mit Interessens- und Standesvertretungen. Langfristig sollen durch den Aufbau eines europaweiten Kontaktnetzes die Möglichkeiten politischer Einflussnahme im Interesse der Zielgruppen auf nationaler und EU-Ebene verbessert werden.

Die Zielgruppen der DHIVA-PartnerInnen differieren von Land zu Land. Schwerpunkt von „Net Werk“ in Holland ist die soziale und berufliche Integration krimineller Drogenabhängiger, „restart“ in Berlin beschäftigt sich mit der Integration von behinderten Personen und mit Sozialforschung, „S.O.L.E.“ in Palermo arbeitet mit benachteiligten Personen und Insassen von Gefängnissen, HIV& AIDS belastete Personen bilden die Zielgruppe von „Positive Future“ in London, „drug-addicts@work“ in Wien hat die berufliche Integration suchtkranker Menschen zum Ziel.

Die „Grüner Kreis GmbH“ ist als Träger des Ausstellungs- und Verkaufslokales pool 7.at Teil der drug-addicts@work-Entwicklungspartnerschaft. Der Erfahrungsaustausch mit den unterschiedlichen Projekten und Modulen war und ist hilfreich bei der Beurteilung der eigenen Arbeit. Stär-

ken und Schwächen können im internationalen Vergleich gesehen und erfolgsversprechende Erfahrungen anderer bei zukünftigen Aktivitäten berücksichtigt werden.

Bei allen bisherigen DHIVA-Treffen und Konferenzen, die von den nationalen Partnerschaften vorbereitet wurden, wurde für die internationalen Gäste ein umfangreiches Besichtigungsprogramm der diversen Einrichtungen und EQUAL-Module organisiert und eine Konferenz abgehalten, zu der auch EntscheidungsträgerInnen aus der nationa-



DHIVA Delegation

len Politik, Verwaltung, Wirtschaft und dem Sozialbereich eingeladen waren. Die Tagungen und Konferenzen boten den regionalen Entwicklungspartnerschaften die Möglichkeit, ihre Arbeit vor fachkundigem Publikum zu präsentieren und ihre Anliegen im Sinne erfolgreicher Lobbyarbeit darzustellen.

Im Mai 2004 wurde in Wien zum Thema „New Ways of Lobbywork“ konferiert, bei der Tagung in Amsterdam/Utrecht im November 2004 wurden „results of collaboration“ der holländischen EntwicklungspartnerInnen mit Regierungsstellen und Sozialeinrichtungen vorgestellt.

Bei der Abschlusstagung im Mai 2005 in Berlin werden die vielfältigen Erfahrungen der DHIVA-PartnerInnen zusammengefasst. Die Arbeitsergebnisse dieser internationalen Zusammenarbeit sollen sowohl national als auch auf EU-Ebene berücksichtigt werden und

fundierte Argumente für arbeitsmarktpolitische Entscheidungen liefern. Trotz angespannter Lage am Arbeitsmarkt und mit dem Wissen, dass die Anforderungen des Arbeitsmarktes oft nicht mit den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Arbeitssuchenden und der Beschäftigten übereinstimmen, gibt es auf struktureller Ebene erfolgsversprechende Modelle und Konzepte. Noch bis September 2005 werden in den Beschäftigungsmodulen mit großem Engagement praktische Maßnahmen zur Verbesserung der Integrationschancen benachteiligter Personen in den Arbeitsmarkt erprobt. Zu hoffen ist, dass die Ergebnisse der sehr aufwendigen und arbeitsintensiven EQUAL-Partnerschaften konstruktiv genutzt und in die Praxis umgesetzt werden.

Detaillierte Informationen finden Sie auf www.work.at oder www.pool7.at.



Text und Fotos: Kurt Neuhold, pool 7.at

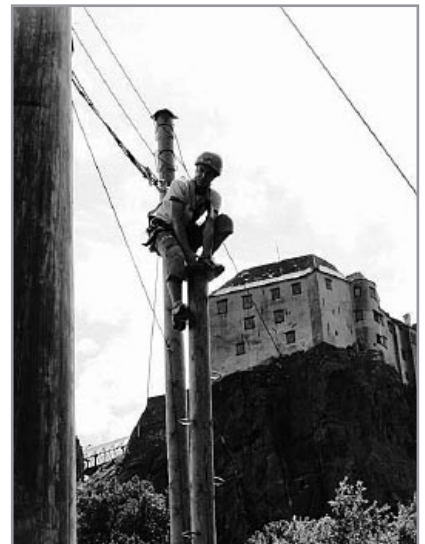
Sport im „Grünen Kreis“

Sonderprüfung Hochseilklettergarten

Eine sportliche Aktion der etwas anderen Art fand für einige Patienten des „Grünen Kreises“ im Hochseilklettergarten Riegersburg statt. Hier ging es nicht in erster Linie um Kondition oder Kraft, vielmehr waren Teamgeist, Bewältigung der Höhenangst und Vertrauen auf seinen Partner gefragt. In über zehn Metern Höhe kletterten wir über schmale Balken, balancierten über Seile und hüpfen von einem schwingenden Autoreifen zum nächsten. Was am Anfang vom Boden aus noch recht einfach aussah, entwickelte sich dann in großer Höhe zur echten Herausforderung.

Abschließend kletterten alle Teilnehmer auf einen acht Meter hohen Mast und sprangen von dort oben in die Tiefe, um dann im letzten Moment von der Gruppe mittels Seil abgefangen zu werden. Adrenalin pur.

Zum Ausklang dieser Outdoor-Aktion besuchten wir noch die interessante Ausstellung in der Riegersburg zum Thema „Hexen“. Ein wahrlich feiner Tag.



Text und Fotos: **Klaus Tockner**, Villa

Neu bei pool 7.at:

insieme

formintegriert



Flower Frame



Flower Frame 7

sionellen DesignerInnen. Im Rahmen des EQUAL-Beschäftigungsmodul pool7.at wird ein Netzwerk mit diesen Betrieben aufgebaut, um deren Erzeugnisse auszustellen und zu vermarkten.

Seit November 2004 bereichert die Produktpalette von „insieme – formintegriert“ das Angebot von pool 7.at. Die edlen Wohnaccessoires werden von DesignerInnen entworfen und in Zusammenarbeit mit Sozialwerkstätten und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen gefertigt. Von der Originalität und hohen Verarbeitungsqualität der Waren überzeugen Sie sich am besten bei einem Besuch in pool 7.at am Rudolfsplatz 9 im ersten Bezirk Wiens. Wir sind Montag bis Freitag von 9 bis 18 Uhr für Sie da. Unseren Webshop und genauere Informationen über pool 7.at sowie die gesamte Produktpalette finden sie auf www.pool7.at.



Pick Up



Roll Box



Birdland



Lucky Fruits

Pool 7.at, das Ausstellungs- und Verkaufslokal im Zentrum Wiens entwickelt sich langsam zu einem Präsentationsforum für die Leistungsfähigkeit, Qualität und Kreativität von Betrieben und Werkstätten im Sozialbereich. Immer mehr Betriebe verbinden die sozialen und beschäftigungspolitischen Aspekte ihrer Arbeit mit Kunst und Design. Immer öfter kooperieren sozialökonomische Betriebe bei der Entwicklung ihrer Produkte mit profes-

Text und Fotos: **Kurt Neuhold und Team**, pool 7.at

service | art | event

pool7.at

A-1010 Wien, Rudolfsplatz 9
 Tel.: (1) 523 86 54-0
 Fax: (1) 523 86 54-30
office@pool7.at, www.pool7.at

Helfen Sie uns helfen!

Durch Ihre Spende bleiben Sebastian und Felix stark.



grüner kreis



„Wir heißen Sebastian und Felix. Wir wissen, wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr wir Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass wir Hilfe vom „Grünen Kreis“ bekommen. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und um uns kümmern.“

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Deswegen muss sinnvoll, früh genug, ausreichend und individuell unterstützt werden. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Gute Präventionsarbeit braucht die nötige Erfahrung. Diese bringt der „Grüne Kreis“ in seine bewährte Präventionsarbeit ein, damit die Kinder von heute nicht die Suchtkranken von morgen werden.

Geben Sie Sucht keine Chance und unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!

Verein „Grüner Kreis“, Bank Austria Creditanstalt
Kontonummer: 697.363.505, BLZ 12000

Möchten Sie den „Grünen Kreis“ kennen lernen, Vereinsmitglied werden oder interessieren Sie sich für eine ehrenamtliche Tätigkeit, besuchen Sie uns im Internet unter www.gruenerkreis.at oder kontaktieren Sie uns unter office@gruenerkreis.at. Wir informieren Sie gerne unverbindlich und kostenlos.

Erste Hilfe

Kontakt

Zentralbüro

A-2872 Mönchkirchen 25
Tel.: (2649) 83 06
Fax: (2649) 83 07
eMail: office@gruenerkreis.at
Web: www.gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum

A-1070 Wien
Hermannsgasse 12
Tel.: (1) 526 94 89
Fax: (1) 526 94 89-4
eMail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum

A-8020 Graz
Hans-Resel-Gasse 18
Tel./Fax: (316) 76 01 96
eMail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum

A-9020 Klagenfurt
Feldmarschall Konrad-Platz 3
Tel.: (463) 59 01 26
Fax: (463) 59 01 27
eMail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Vorbereitung durch Werner Braun

Leiter der Vorbereitung, OÖ, Salzburg, Vorarlberg
Mobiltel.: (664) 230 53 12
eMail: werner.braun@gruenerkreis.at

Vorbereitung durch Walter Clementi

Wien, NÖ, Burgenland
Mobiltel.: (664) 384 08 27
eMail: walter.clementi@gruenerkreis.at

Vorbereitung durch Emmelite Braun-Dallio

Wien, NÖ, Burgenland, Justizanstalten Wien, NÖ
Mobiltel.: (664) 384 08 25
eMail: emmelite.braun-dallio@gruenerkreis.at

Vorbereitung durch Sandra Juris

Landesgericht Wien
Mobiltel.: (664) 180 97 09
eMail: sandra.juris@gruenerkreis.at

Vorbereitung durch Johannes Breitegger

Steiermark
Mobiltel.: (664) 524 79 91
eMail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Vorbereitung durch Ute Ira Sattmann

Steiermark
Mobiltel.: (664) 173 02 65
eMail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Vorbereitung durch Veronika Kuran

Oberösterreich
Mobiltel.: (664) 910 00 05
eMail: veronika.kuran@gruenerkreis.at

Vorbereitung durch MMag^a Magdalena Zuber

Kärnten, Osttirol
Mobiltel.: (664) 384 02 80
eMail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Vorbereitung durch Christian Rath

Vorarlberg, Tirol
Mobiltel.: (664) 310 94 37
eMail: christian.rath@gruenerkreis.at

Öffentlichkeitsarbeit durch

Dr. Brigitte Wimmer

Mobiltel.: (664) 210 33 69
eMail: brigitte.wimmer@gruenerkreis.at

