

Dr. Andreas Manz  
Assistenzarzt, Externe Psychiatrische  
Dienste Bruderholz

Franz Merz  
Sozialberater an der Beratungsstelle für  
Alkoholprobleme Münchenstein

## Seminar für Angehörige von Suchtkranken – Konzept, Erfahrungen und Perspektiven

### Zusammenfassung

Das Angehörigenseminar hat sich als brauchbares Instrument herausgestellt, um mit Angehörigen von Suchtkranken die Probleme des Co-Alkoholismus zu besprechen und ihnen die Frage einer Mitbeteiligung an der Suchtkrankheit des Partners näherzubringen. Die zeitliche Begrenzung auf vier Abende und die Form eines Seminars helfen mit, die Benützungsanst zu reduzieren. Die Hospitalisation des Suchtkranken und die damit einhergehende Aktualisierung der Krankheit stellt sich als nutzbare Krise heraus, um Angehörige zur Mitarbeit zu gewinnen.

### Einleitung

Der Anteil von Suchtpatienten im Krankengut von Allgemeinspitälern und von psychiatrischen Kliniken ist meistens sehr hoch. 1983 wurde bei 23,5 % der Austritte aus der Psychiatrischen Klinik Liestal die Hauptdiagnose «Suchtkrankheit» (nach VESKA) gestellt.

### Suchtbehandlung in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik (KPK) Liestal

Die Psychiatrische Klinik Liestal fasst die planbare stationäre Behandlung von Suchtpatienten in einen vorstrukturierten Rahmen von 2-3 Wochen Dauer. Die Zeit ist für die körperliche Entgiftung, für Abklärungsarbeit, Motivation und Vernetzung mit einer Weiterbehandlungsinstanz (ambulant oder stationär) bestimmt. Die spezifischen Elemente dieses Settings sind: Abklärungsgespräche vor dem Eintritt zur Planung der Hospitalisationsziele, Vereinbarung zwischen Patient und Klinik bei Eintritt (Vertragsabschluss), Gruppengespräche zweimal pro Woche mit allen stationären Suchtpatienten, AA-Informationsmeeting jeden Montagabend, individueller Anschluss an die Weiterbehand-

lung. Diese Struktur erlaubt eine recht effektive Betreuung der suchtkranken Patienten.

### Die Angehörigen

In der KPK werden die Angehörigen sehr oft zu Gesprächen mit den Patienten beigezogen. Es wird versucht, das systemische Spiel zu erfassen, in welches die Suchtkrankheit eingebettet ist. Wir haben im Laufe der Zeit relativ oft die Erfahrung gemacht, dass die Angehörigen in solchen Gesprächen Aussen-seiter bleiben. Der Umstand, dass die Patienten häufigen Kontakt mit den Betreuern pflegen und die Angehörigen von diesen Gesprächen ausgeschlossen bleiben, präjudiziert, dass die Angehörigen darauf gefasst sind, im Betreuer einen Vertreter des Patienten zu sehen. Zusammen mit latent vorhandenen Schuldgefühlen führt das oft zu einem defensiven Agieren der Angehörigen in den Gesprächen. Aus dieser Erfahrung heraus entschlossen wir uns, den Angehörigen ein unabhängiges Gesprächsangebot zu machen.

Es gibt zahllose Modelle, wie Angehörige in die Behandlung von Suchtkranken einbezogen werden können (Hoffmann 73, Straub 81,

Kobel 81, Sandmann 80, Frillig 84). Viele Autoren haben die Dynamik zwischen Suchtkranken und deren Angehörigen untersucht (Steinglass 83, Hallmaier 84, Bateson 81).

Aus der Selbsthilfegruppenbewegung der Anonymen Alkoholiker haben sich seit 1954 Angehörigen-gruppen unter dem Namen Al-Anon gebildet. Heute existieren in über 70 Ländern weltweit ca. 12 000 solche Angehörigen-Selbsthilfegruppen (in der Schweiz seit 1967 ca. 50 Al-Anon-Gruppen).

Eine Befragung von 100 Angehörigen ehemaliger Klinikpatienten der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal förderte ein grosses Bedürfnis der Angehörigen zutage, in die Behandlung während der Hospitalisation miteinbezogen zu werden (Manz 85).

### Das Seminar für Angehörige

Wir haben die Form des «Seminars» gewählt, um den Angehörigen zu zeigen, dass wir ihr Distanzbedürfnis respektieren möchten. Wir versuchen, über das Informations- und Aussprachebedürfnis der Angehörigen einzusteigen, um ihnen eingebettet in die Seminarveranstaltung ganz sacht eine Sensibilität für mögliche systemische Zusammenhänge des Krankheitsgeschehens zu vermitteln. Das Seminar findet an vier Abenden jeweils am Mittwoch zwischen 18.30 und 20.00 Uhr in der KPK statt. Anfänglich führten wir das Seminar als offene Gruppe, in welche jederzeit eingestiegen werden konnte. Später wechselten wir auf die Formierung eines in sich geschlossenen

Seminarzyklus von vier Abenden mit einem gemeinsamen Anfang und Ende.

Die Gruppe ist auch für Angehörige von Patienten offen, die zurzeit nicht in einer Behandlung stehen oder durch eine ambulante Stelle betreut werden. Jeder der vier Abende hat einen eigenen thematischen Schwerpunkt:

1. Erfahrungsaustausch über die individuelle Situation als Angehöriger eines Suchtkranken (das eigene Verhältnis zum süchtigen Partner, Schuldgefühle, Wut, wie hat sich die Sucht entwickelt? Wie reagiert die Umwelt? Scham, Niederlage, Isolation, Vorwürfe der Umwelt usw.)
2. Überlegungen zum Wesen der Suchtkrankheit (wenn gewünscht, werden Krankheitsmodelle besprochen. Speziell geht es aber um den Erfahrungsaustausch von gemachten Beobachtungen, von typischen Interaktionen, Besprechung des «Trokenrausches» usw.). Hier wird die Frage aufgeworfen, welchen Anteil der Angehörige im Suchtprozess des Partners haben könnte.
3. Kontakte mit einer Selbsthilfegruppe (Al-Anon).
4. Besprechung des Klinikaufenthaltes und der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten (Information der Angehörigen über den Ablauf der Klinikbehandlung, Besprechung des eingegrenzten Stellenwertes der stationären Behandlungsphase, eigene Erlebnisse, Vorurteile, Arbeitsweise der ambulanten Suchthilfe usw.). Auswertung des Seminars, Vermittlung für eine Fortsetzung der Beratung/Therapie.

Das Seminar wird von der Klinik, den kantonalen Suchtberatungsstellen und der Al-Anon-Selbsthilfegruppe Liestal partnerschaftlich getragen. Die Abende 1, 2 und

4 werden vom Suchtberater der Klinik und einem Suchtberater der ambulanten Beratungsstellen geleitet, wobei sich die Vertreter der ambulanten Stellen periodisch abwechseln. Der dritte Abend wird von der Al-Anon in eigener Regie durchgeführt.

### Erfahrungen

Nach zirka einjähriger Vorbereitungszeit haben die beiden Autoren als Initianten im Juni 1984 mit einem «Probedurchlauf» des Seminarzyklus begonnen. Die Al-Anon-Gruppe stellte sich als «Musterangehörige» zur Verfügung. Wir konnten dadurch erste Erfahrungen sammeln und haben darauf das Konzept leicht abgeändert. Im September 1984 konnte mit einem regelmässigen Angebot an die Angehörigen begonnen werden.

Bis Ende 1985 haben während insgesamt dreizehn Seminarzyklen 52 Gruppenabende stattgefunden. An diesen dreizehn Seminarzyklen haben 64 Angehörige teilgenommen, wobei 70% von der Klinik auf das Angebot aufmerksam gemacht worden sind.

Tabelle 1

Vermittlung von Angehörigen durch die Klinik	45
durch ambulante	
Betreuungsstellen	15
durch Al-Anon-Gruppe	2
durch Seminarteilnehmer	2

Tabelle 2

Konstanz	
Besuch	
von allen vier Abenden	20
Besuch	
von allen drei Abenden	15
Besuch	
von allen zwei Abenden	18
Besuch	
von einem Abend	11

Tabelle 3

Alter	
bis 20 Jahre	4
21-30 Jahre	6
31-40 Jahre	11
41-50 Jahre	22
51-60 Jahre	11
61-70 Jahre	10

Es nahmen 49 Frauen und 15 Männer teil, wobei es sich vorwiegend um Ehegatten (45%) und Eltern (28%) handelte. Auch die Töchter zeigten sich engagiert (13%). In der Altersverteilung waren die 40- bis 50jährigen Angehörigen deutlich in der Überzahl. Nicht alle besuchten den ganzen Seminarzyklus, wobei äussere Verhinderungsgründe stark mitspielten. Die Zahl derjenigen, welche lediglich einmal einen solchen Abend versuchsweise besuchten, ist stark zurückgegangen, seitdem der Seminarzyklus in geschlossener Form von vier Abenden geführt wird.

Tabelle 4

Beziehung zum Patienten	
Gattin	20
Gatte	9
Mutter	13
Vater	5
Tochter	8
Ex-Gattin	1
Freundin	5
Freund	1
Schwester	2

Alle Angehörigen haben durchwegs Grenzsituationen erlebt, was sich vor allem in Schlafstörungen und allgemein nervösen Störungen ausdrückt. Sie isolieren sich grösstenteils mit dem Suchtkranken und zweifeln massiv an ihrem eigenen Selbstwert.

Auffallend ist, wie stark die meisten Angehörigen das Bedürfnis haben, über den Suchtkranken zu

erzählen. Dabei reiht sich manchmal endlos eine Geschichte an die andere, wobei die Erzählenden jeweils Mühe haben, über das eigene Erleben zu berichten. Vor allem die Mütter haben die grössten Schwierigkeiten, das Thema auf sich selbst zu fokussieren. Sie schweifen sehr rasch wieder auf das Erzählen von neuen Begebenheiten ab. Ein wesentliches Motiv für den Einstieg in das Seminar ist die Hoffnung, den Patienten nachher besser betreuen zu können. Die meisten Teilnehmer zeigen sich bei der Teilnahme stark motiviert. Eine gewisse Neugierde spielt deutlich mit. Bei den anwesenden Eltern konnten wir besonders häufig ihre Schwierigkeiten beobachten, sich von der Suchtkrankheit des Patienten abzugrenzen. Sie haben am häufigsten Schuldgefühle. Die Partnerangehörigen entdecken sich fast immer im dargestellten Phasenmodell, reagieren betroffen und entwickeln Interesse für die Dynamik im Beziehungsgeflecht. Der Informationsteil des Seminars über das Behandlungsangebot der Klinik wird von den Angehörigen besonders geschätzt. Auch das Thema «Behandlungskette» stösst auf viel Interesse. Theoretische Besprechungen des Familiengefüges sind schwieriger durchzuhalten und wecken bei manchen Angehörigen ein eher abtastendes Interesse. Die ersten 28 Seminarabende haben wir als offene Gruppe geführt. Ein Einstieg in den Zyklus war jederzeit möglich. Wir nahmen damit Rücksicht auf die spezifischen Gegebenheiten einer psychiatrischen Klinik, welche kontinuierlich von Süchtigen in einer Krise benutzt wird. Die aktuell laufende Krise konnte so optimal zum Anlass der Einladung an die Angehörigen benutzt werden. Seit wir das Seminar als geschlossenen Zyklus von vier Abenden führen, konnten wir eine starke Zunahme der Bereitschaft feststellen, über die Sachinformation und das Erzählen über den Suchtkranken

hinaus mehr persönliche Betroffenheit zu zeigen und mit den übrigen Seminarteilnehmern persönlichere Begegnungen zuzulassen. Die Gruppe lässt sich besser stabilisieren, die Gruppenleiter haben mehr Möglichkeiten, eine gewisse Entwicklung der Thematik zu verfolgen. Am vierten Seminarabend kommt fast immer ein Bedauern wegen dem Ende des Zyklus auf. Die Teilnehmer möchten häufig den Austausch fortsetzen. Dazu stehen zurzeit zwei Angebote bereit: die Al-Anon-Angehörigen-Selbsthilfegruppe und eine gemischte Selbsterfahrungsgruppe für Suchtkranke und Angehörige, welche in der Alkoholberatungsstelle Münchenstein stattfindet. Von beiden weiterführenden Angeboten wurde Gebrauch gemacht. Wir konnten noch eine weitere Wirkung des Angehörigenseminars auf das Leidenssystem feststellen: Der Umstand, dass der Partner des Alkoholkranken unabhängig von ihm in der Klinik zu einem eigenen Behandlungsteil erscheinen kann, erzeugt in vielen Beziehungssystemen eine gute Dynamik. Es entsteht auf einer metakommunikativen Ebene (selbst bei einer nur kurzen Benützung des Angebotes) eine Konfrontation mit dem Gedankenansatz, Teil des Krankheitsystems zu sein.

Auf der anderen Seite bietet schon die blosse Existenz des Seminarangebotes eine wertvolle Ausgangsbasis für die Begegnung der Therapeuten mit dem Suchtpatienten und seinen Angehörigen.

Dem Patienten bietet die Kantonale Psychiatrische Klinik neben den allgemeinen Stationsaktivitäten die Suchtgruppe und die Informationsmeetings. Dem Angehörigen kann durch das Seminar ein eigener und unabhängiger Rahmen offeriert werden. Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Anteilen des Leidens ist damit besser möglich.

### Offene Fragen/Perspektiven

Angehörige bauen gegenüber einem Seminarbesuch oft einen beachtlichen Widerstand auf. Während einem Klinikaufenthalt sind die Angehörigen für das Seminarangebot am empfänglichsten. Entscheidend ist, dass die Verantwortlichen der Behandlung die Angehörigen sehr frühzeitig – am besten gerade beim Eintrittsgespräch – verbindlich auf das Seminar aufmerksam machen. Haben die Angehörigen den ersten Abend besucht, ist das Eis meistens gebrochen. Die feste Integration des Angehörigenseminars in die Behandlung von Suchtkranken muss in Zukunft noch weiter installiert werden. Dies sollte auch bei Hospitalisationen in somatischen Kliniken geschehen, bei welchen die meisten Krisen von Alkoholkranken erfasst werden. In diesen ist aber vorerst die Beiziehung eines Suchtberaters als fester Behandlungsbestandteil (analog der Diätberatung bei Diabetikern) als nächster Schritt zu vollziehen (Früherfassung). Das Entzugsangebot der Klinik beim Bestehen einer aktuellen Krise hat mobilisierenden Effekt. Wenn die Krise vorbei ist, sinkt die Motivation für eine Auseinandersetzung mit der Problematik deutlich. Es ist in Zukunft vermehrt nach Behandlungsformen zu suchen, welche die Botschaft, die durch eine Krise ausgedrückt wird, besser aufnehmen und eventuell bearbeiten kann. Es fehlt zurzeit an einem Intermediärangebot zwischen Klinik und Ambulanz. Mit gutem Recht hat die Psychiatrische Klinik Liestal in den vergangenen Jahren ihr Behandlungsangebot für Suchtkranke auf diejenige Situation eingegrenzt, in welcher entweder ein vitaler Notfall vorliegt, oder bei welcher Schritte für eine konsistente Therapiekonzeption der Gesamtproblematik unternommen worden sind. Mit dieser Eingrenzung hat man verwöhnende und entmündigende Angebote gestri-

chen. Als nächster Schritt sollte mit der Konzipierung von halbstationären Einrichtungen begonnen werden, welche in der Form einer Tagesklinik weniger ein Beschäftigungsangebot, sondern eine Fortsetzung von spezifischer und zeitlich begrenzter Therapie anbietet. Damit würde in die Suchtbehandlungskette ein wichtiges Element eingegliedert, das die Potenz hätte, eine ausgebrochene und im stationären Rahmen aufgefangene Krise weiter therapeutisch aufzugreifen und nach Möglichkeit in eine Veränderung der Problematik umzusetzen.

Ein weiteres Problem in der heutigen Suchtarbeit ist die Früherfas-

sung. Dadurch, dass die psychiatrische Klinik ihr Hilfeangebot an gewisse Bedingungen knüpft, ist die Schwelle für die Benutzung solcher Hilfe gestiegen. Auch hier wäre in die Behandlungskette mit einer klinikassoziierten Triageinstanz, die in ambulanter Form Zuweisungen von Hausärzten abklären würde, eine entsprechende Lücke zu füllen.

In der Suchtarbeit haben sich in den letzten Jahren mehr und mehr Therapiestrukturen bewährt, die zeitlich begrenzt einen Teilaspekt der Entwicklung von Betroffenen begleiten, anregen, aufgreifen und wieder abschliessen. Der ambulan-

ten Suchtberatung kommt dabei der Stellenwert der Koordinationsstelle zu, welche eine Kontinuität innerhalb der Behandlungskette gewährleistet. Der Begriff «Behandlungskette» ist dabei nicht so misszuverstehen, dass ein Durchlaufen der verschiedenen Stationen von A bis Z für einen Erfolg erforderlich ist. Die verschiedenen Behandlungsstufen sind dazu da, dem jeweiligen Suchtkranken diejenige Hilfe bieten zu können, welche für seinen Entwicklungsstand und seine Problematik die gerade richtige erscheint. Das Angehörigenseminar stellt in diesem Zusammenhang einen Baustein im vielfältigen Gebäude der Suchthilfe dar. □

### **Einstellung des Videotex-Betriebsversuches Meducatex/Pharmacom**

14 forschende Pharmafirmen hatten die PHARMACOM ins Leben gerufen, um einen befristeten Videotex-Versuchsbetrieb durchzuführen. Im Rahmen dieses Versuches wurde auch das Fortbildungsprojekt MEDUCATEX unter dem Patronat der FMH von diesen Firmen unterstützt.

Ziel des Versuchsbetriebes war es, das neue Medium auf seine Tauglichkeit als Kommunikationsmittel zwischen Ärzten und Ärzten, zwischen Ärzten und Pharmafirmen sowie für ärztliche Fortbildung zu untersuchen.

Die Ergebnisse des Versuchsbetriebes wurden von MEDUCATEX und PHARMACOM ausgewertet. Diese Analyse führte zum Beschluss, den Versuchsbetrieb nicht über die vorgesehene Versuchsdauer hinaus auszudehnen und die Datenbank per Ende 1986 zu schliessen.

Hauptgründe für diesen Entscheid sind die derzeitigen Einschränkungen des Mediums, die Schwierigkeiten im Umgang mit dem Medium sowie dessen mangelnde Ausbreitung, die sehr stark unter den Erwartungen zurückblieb und zu sehr kleinen Teilnehmerzahlen führte.

Obwohl die elektronische Kommunikation für die Fortbildung in Zukunft eine bedeutende Rolle spielen wird, scheint Videotex für Fortbildungsprogramme heute noch nicht geeignet.

Die FMH dankt den 14 Firmen für die Finanzierung des Fortbildungsprojektes MEDUCATEX sowie Herrn Prof. Rohr und seinen Mitarbeitern für die Ausführung dieses Projektes.

*Pharmacom &  
Generalsekretariat FMH*