

Krisenintervention bei Sucht¹

von Andreas Manz

Die Bewältigung von Krisen gehört zur täglichen Arbeit mit suchtkranken Menschen. Wie in der allgemeinen Sozialpsychiatrie zwingen die Krisen den Berater oder Therapeuten zu einem systematischen Vorgehen. Seit der Lockerung der Methadonabgabe muss ich feststellen, dass in einer Krise immer häufiger zum Mittel der Substitution gegriffen wird. Die suchtanfälligen Personen drücken in einer Krise die Regression meist mit dem Wunsch nach einer raschen Linderung durch Betäubung aus. Berater meinen dann allzu oft², dass dem Wunsch nachgegeben werden soll oder die Berater glauben selber, dass kein anderes Mittel den Süchtigen genügend rasch zur Stabilität zurückbringen kann. Sie wollen die chaotisch verlaufende Drogensucht oder die Rückfälligkeit durch eine geregelte Abgabe ersetzen.

Anhand eines Suchtrückfalls nach längerer Abstinenz soll exemplarisch das Inventar einer Krisenintervention dargestellt werden:

1 Vorerst müssen die früher gemachten Erfahrungen mit Abstinenzversuchen detailliert durch besprochen werden. Was hat früher bei Rückfällen geholfen, welche Bemühungen sind früher gescheitert? Was kann aus diesen Erfahrungen geschlossen werden, um die Rahmenbedingungen für ein Gelingen der angestrebten Krisenbewältigung und zur Wiederherstellung der Nüchternheit möglichst optimal zu gestalten? Welche Handlungen oder Vorsätze haben sich in der Vergangenheit sogar als gefährlich erwiesen? Wie ist ein erster Anfangserfolg nach kurzer Zeit wieder gescheitert und weshalb? Welche Verhaltens- und Denkmuster haben dabei eine Rolle gespielt? Im Weiteren ist genau zu erfragen, was der Klient unter "entzogen" und "erfolgreich" verstanden hat. War damit in der Vergangenheit lediglich eine Reduktion der Dosierung oder eine Verlagerung des Suchtmittels gemeint? Welche Medikamente waren dabei doch noch im Spiel? Haben nicht gerade die oben aufgezählten Ungenauigkeiten wieder zum baldigen "Rückfall" geführt und die Enttäuschung verursacht? Bei einer solchen Besprechung soll der Klient möglichst selber von seinen Erfahrungen berichten. Diesen konkreten Erfahrungen soll grösste Autorität zukommen. Es ist davon abzusehen, dass dem Berater angeblich schon vorher klar ist, was zur Krisenbewältigung notwendig ist. Der Berater soll allerdings in seinem Nachfragen mit offenen Ohren und mit erfahrenerm Verstand dem Klienten bei seinen Berichten zuhören und abwägen, ob die Erfahrungen auch wirklich ausgewertet werden oder ob sich ganz heimlich die Denkstrategie einschleicht: "Damals habe ich es so und so versucht, aber ich habe nicht richtig gewollt, oder ich hatte einen schlechten Tag oder ich war noch jünger etc. und heute wird es sicher gelingen." Nicht bessere Vorsätze werden ein erneutes Scheitern verhindern. Der Klient muss aus dem Scheitern für ihn oft

¹ Geschrieben im März 1989 für eine Diskussion mit Suchtberatern in der Beratungsstelle des Blauen Kreuzes BL

² Die Vorstellungen eines Eingehens auf die selbst bestimmenden Lösungswege des Klienten verleiten dazu.

unangenehme Schlüsse ziehen und andere - bessere - Strategien verfolgen. Weiss ein Klient von keinen gelungenen Versuchen zu berichten oder waren den Abstinenzphasen gravierende Zusammenbrüche oder eine Straffälligkeit oder sonst wie äussere Ereignisse vorausgegangen³, so muss der Berater selber aktiv werden und dem Klienten ein Massnahmenpaket vorschlagen. Darin müssen Abmachungen zur Geldverwaltung, zu Kontrollen, zum Besuch von Selbsthilfegruppen, zur Strukturierung des Tages, regelmässige Kurzbesuche und Strategien zum Fernbleiben von der Gasse enthalten sein. Ebenfalls muss dazugehören, dass sich der Klient selber unter einen gewissen Druck setzt, dass das Nichteinhalten der selbst befürworteten Abmachungen Konsequenzen für ihn hat. Dazu muss der Berater mit etwas Phantasie herausfinden, was dem Klienten ein zusätzliches Motiv sein könnte, die Abmachungen einzuhalten. Er muss in den kommenden Stunden und Tagen wiederholt innerlich eine Entscheidung zwischen zwei Sachen treffen, die ihm beide irgendwie "lieb und teuer" sind. Das Eine ist das Suchtmittel, das andere muss die vereinbarte Konsequenz sein, die beim Nichteinhalten der Abmachungen in Gang gesetzt wird. Die Abmachung muss sich einer Strategie zur Entziehung des Suchtmittels annähern. Klienten lieben die vorgeschlagene Massnahmenpalette gar nicht. Sie wollen die Geldautonomie nicht auch nur kurzfristig verlieren, sie wollen nicht allabendlich in eine Selbsthilfegruppe gehen, sie wollen nicht im Gespräch ihren Tag voraus strukturieren. Kommt dann eine Abmachung mit eingeschränktem Massnahmenkatalog zustande, der aber doch einige sinnvolle und neue Elemente enthält, dann soll zugestimmt werden mit der Vereinbarung, beim Scheitern das Paket aufzustocken. Am Ende der Intensivierung von Massnahmen steht die Klinikweisung oder gegebenenfalls sogar die - vorher schriftlich vereinbarte - Zwangseinweisung. Man kann sogar vereinbaren, dass diese letzten Schritte auch gelten sollen, wenn der Klient den Kontakt abbricht.

Je eingreifender die Abmachungen sind, desto wichtiger ist, dass vorgängig Bezugspersonen (Partner, Eltern, Geschwister oder sehr nahe Freunde) in die Beratung einbezogen worden sind.

2 Oft ist die Qualität der Lebenssituation, in der der Klient steht, nicht so gut, dass solche Konsequenzen mit einem genügenden Sinn gefunden werden können. Oft ist die Urteils- und Handlungsfähigkeit des Betroffenen durch den Rückfall bereits zu stark beeinträchtigt, dass eine "Vertragsfähigkeit" im Zweiergespräch gar nicht mehr gegeben ist. Oft muss, wie oben beschrieben, befürchtet werden, dass ein alleiniges ambulantes Vorgehen zur Krisenbewältigung nicht genügen wird. In all diesen Fällen brauchen Klient und Berater dringend weitere Personen aus dem nächsten Umfeld des Klienten, die Abmachungen mit dem Klienten und dem Berater tätigen, verantworten und mittragen können. Die Frage geht also an den Klienten: Wer kann ihm in der jetzigen Situation Unterstützung zukommen lassen? Wenn diese Drittperson oder die aufzutreibenden Angehörigen dann mit im Gespräch anwesend sind, müssen ihre Erfahrungen und Beobachtungen erfragt und ausgewertet werden. Welche Abmachungen sind aus ihrer Sicht zu tätigen? Was haben sie zu klagen? Was wollen sie nicht länger mitmachen? Welche Strategien sind in solchen Abmachungen bisher gescheitert und weshalb? Welche

³ Hat demnach der Klient nie aus eigenem Entschluss eine Nüchternheit eingeleitet.

Konsequenzen wurden früher ausgesprochen und dann nicht umgesetzt? Weshalb? Dabei ist zu beachten, dass Angehörige oft recht hilflos sind mit ihren Vorstellungen, was sinnvollerweise zu tun ist. Wenn sie zu einem konsequenten und gut überlegten Stellen von Forderungen und Bedingungen aufgerufen werden, haben die meisten Angehörigen grosse Mühe. Entweder sie fordern zu viel und überfordern, oder sie fordern Unbrauchbares, oder zu wenig oder sie können die Konsequenzen nicht durchführen, die ein Nichteinhalten der Bedingungen nach sich ziehen sollte. Dabei ist man an einem der vielen pathologischen Faktoren der bestehenden Sucht angelangt. Hier muss den Angehörigen ihre Verantwortung aufgezeigt werden, ohne ihnen zu nahe zu treten. Es muss ihnen im vorerst meist scheiternden Ablauf der Krisenintervention bewusst werden, dass sie mit Inkonsequenz oder anderen Verhaltensweisen mitverantwortlich sind an der Lebensgefahr, die ein Fortführen der Sucht mit sich bringt. Sie müssen liebevoll aber unerbittlich auf ihre Ambivalenz, die oft frappant derjenige des Betroffenen gleicht, hingewiesen werden.

Die Abmachungen, die Angehörige mit dem Betroffenen zu tätigen haben, sind die gleichen wie oben beschrieben. Hinzu kommen Forderungen, die in einem geordneten Zusammenleben entstehen. Die Konsequenzen, die durch ein Nichteinhalten entstehen, bewegen sich um die oben erwähnte Steigerung der Massnahmenpalette zur Verbesserung der Rahmenbedingungen bis zur Abgrenzung vom pathologischen Agieren. Damit sind beispielsweise eine räumliche Trennung (Rausschmiss) oder finanzielle Konsequenzen oder das Einstellen sonstiger Dienstleistungen gemeint. Am Ende dieser Palette steht - für gut durchdachte Ausnahmefälle - wiederum die Zwangseinweisung, die aber unbedingt von den Angehörigen selbst beantragt (und von den Ärzten unterstützt) werden soll (Verantwortungsübernahme).

Bei der gesamten Krisenintervention spielt der zeitliche Faktor eine grosse Rolle. Für das Durchtesten der verschiedenen Schritte soll nicht beliebig viel Zeit gelassen werden. Eine Krise bringt für die Betroffenen eine enorme Zeitverkürzung mit sich. Entweder ist eine Massnahme gescheitert, oder sie ist es nicht. Es braucht nicht diverse Anläufe mit der gleichen Massnahme. Dann muss zum nächsten, weiter ausgebauten Schritt übergegangen werden. Wenn der familiäre Widerstand zu gross ist, ist es besser, sich mit seinem Engagement zurückzuziehen, als bei immer den gleichen untauglichen Scheinmassnahmen mitzuwirken. Wenn sich der Berater zurück nimmt, soll dies dann geschehen, wenn er den Angehörigen ihre Verantwortung genügend aufgezeigt hat und wenn im Prozess den Angehörigen ihr Entscheid, beim pathologischen Agieren zu verharren statt sinnvolle Abgrenzungen zu praktizieren, bewusst ist. Dann kann abgewartet werden. „Kommt wieder, wenn ihr Euch zu Entscheiden durchringen könnt“. Der Prozess gärt oft weiter und es gibt gute Chancen, dass die Angehörigen die nötigen Schritte eigenständig etwas später unternehmen. Die Angehörigen selber bleiben allermeist durch das Suchtgeschehen unter Druck. Oft kommen sie wieder, wenn sie weiterkommen wollen. Bleibt nur der Süchtige von den Gesprächen fern, ist damit die Arbeit nicht einfach gescheitert und damit beendet. Mit den Angehörigen ist dann weiterzuarbeiten, um ihre Rahmenbedingungen zu verbessern.

- 3 Der Besuch von Selbsthilfegruppen ist in Krisenzeiten dringend anzuraten oder gar zu verlangen. Leider existieren für Drogenabhängige noch keine dauerhaften Selbsthilfegruppen⁴. Ich habe mit der "Entsendung" von Drogenabhängigen zu den AA- oder EA-Gruppen als Notbehelf meist gute Erfahrungen gemacht. Eltern sind in die DAJ-Gruppe zu schicken, Partner in eine AI-Anon-Gruppe. Auch wenn der Gruppenbesuch vielleicht nicht vollzogen wird, stellt das Forcieren der Thematik einen hilfreichen und notwendigen Schritt zur Aktivierung von Selbstverantwortung dar. Süchtigen und allzu oft auch ihre Angehörigen meinen, dass "die anderen" die entscheidenden Beiträge zur Veränderung des Lebens zu leisten haben. Deswegen ist es wichtig, dass jedem klar wird, dass er in einem solchen Prozess seine eigenen Schritte zu unternehmen hat und er gut daran tut, bei sich selber anzufangen. Dies muss erfahrbar gemacht werden. Dazu braucht es konkrete Schritte, die getätigt oder aktiv und nicht unwidersprochen verweigert werden können. Hilflosigkeit wechselt damit in eine Handlung oder eine aktive Verweigerung. Es kann damit nicht mehr "kein Entscheid" gefällt werden. Eine Verweigerung hat ihre Folgen. Für diese ist Verantwortung zu übernehmen. So wächst aus der Forderung, in eine Selbsthilfegruppe zu gehen, eine Auseinandersetzungsebene, auf der die eigene Mitbeteiligung an der Krise sichtbar wird.
- 4 Besonderen Wert muss auf das potenzielle Agieren des Betroffenen oder der Angehörigen beim "Spezialistenwechsel" gelegt werden. Harzt eine Krisenintervention, ist oft rasch der Berater durch einen "besseren" ausgewechselt. Vorausschauend muss eine solche mögliche Dynamik angesprochen werden. Dies muss zu einem Zeitpunkt geschehen, in dem noch "alle Hoffnungen" auf die aktuelle Beratung gerichtet sind. Dann soll auch das Einverständnis eingeholt werden, dass bei einem "Spezialistenwechsel" mit dem neuen Berater Kontakt aufgenommen werden soll und mit ihm die Entwicklung und das weitere Vorgehen - allenfalls eine Verweigerung der neuen Beratung und ein Zurückschicken an den alten Ort - besprochen werden kann. Die Krisenintervention gelingt nicht besser, wenn viele Stellen gleichzeitig helfen, ohne dass eine konkrete Arbeitsteilung abgesprochen ist.
- 5 Süchtige, die eine kürzere oder längere Therapie absolviert haben, sind unbedingt auf das dort Gelernte und Erfahrene anzusprechen mit dem Ziel, dieses nach wie vor abrufbare Gedankengut zu aktivieren. Was hat er dort gelernt? Mit welchen Verhaltensregeln konnte er Krisen überwinden? Wo liegen die Stolpersteine, die es zu beachten gilt? Wie betrügt er sich gewöhnlich selber? Der Berater muss dabei einiges vom Funktionieren und dem Gedankengut einer Therapeutischen Gemeinschaft oder einer Heilstätte oder den Anonymen Alkoholikern wissen. Was immer der Berater von der Qualität der durch-

⁴ Dieser Mangel wurde bald nach dem Schreiben dieses Artikels behoben. Heute gibt es in der Region Basel drei Narcotic Anonymous Selbsthilfegruppen.

AA = Anonyme Alkoholiker, EA = Emotional Anonymous = Selbsthilfegruppe für emotional instabile Personen und Medikamentensüchtige, NA = Narcotic Anonymous = Selbsthilfegruppe für drogensüchtige Personen,

DAJ = Selbsthilfegruppe von Eltern **D**rogen**A**bhängiger **J**ugendlicher,

AI-Anon = Selbsthilfegruppe der Angehörigen von Alkoholikern (oder allgemein von süchtigen Menschen)

laufenden Therapie halten mag, so soll er sich nicht täuschen lassen, dass der Rückfall die Untauglichkeit des dort Gelernten dokumentiere. Die Schwächen, die die eine oder andere Einrichtung hat, liegen fast immer in der mangelnden Qualität des psychotherapeutischen Prozesses. Was in allen Einrichtungen gewöhnlich den Klienten gut mitgegeben wird, sind Techniken und Gedankengänge, die zur Beibehaltung der Nüchternheit hilfreich sind. Diese muss er nun hervorholen. Und sie sind fast immer vorhanden, auch wenn sie vorerst verborgen liegen. Davon kann und muss der Berater ausgehen.