

## **Suchtberatung**

Sucht und Menschenbild –  
Definition und Erklärungsansätze



### 3.4 VERÄNDERUNGSMODELL VON PROCHASKA & DI CLEMENTE

Es besteht heute Übereinstimmung zwischen Suchttherapeuten unterschiedlicher Ausrichtung, dass Motivationsbildung ein zentrales Thema in der Arbeit mit suchtkranken Patienten ist. Während die traditionelle Suchtkrankenhilfe viel Wert auf die **Motivationsprüfung** legte (Fokus: Akzeptanz der Abhängigkeit; Anbindung an das Beratungs- und Selbsthilfeangebot als Zugangsvoraussetzung für Langzeittherapien) sind neuere Konzepte weniger rigide und setzen auf eine intensive Motivationsförderung während der Therapie. Es wird nicht mehr davon ausgegangen, dass Hilfestellung erst bei massivem Leidensdruck möglich ist, sondern dass Veränderungsbereitschaft bereits lange vor totalen Zusammenbrüchen geweckt werden kann.

Auch das Behandlungsangebot selbst ist heute sehr viel differenzierter, wodurch eine entwicklungs- und veränderungsbezogene Diagnostik im Vorfeld von therapeutischen Maßnahmen immer wichtiger wird. Die gute Kenntnis menschlicher Kommunikationsprozesse sowie klientenzentrierter und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze ist hierfür sehr wichtig. Wir werden später, wenn wir uns mit der praktischen Anwendung (Basisfertigkeiten für Suchtkrankenhelfer, Motivationsbehandlung, einzelne therapeutische Verfahren) beschäftigen, näher darauf eingehen.

Das nun folgende Verlaufsmodell wurde von den amerikanischen Psychologen James O. Prochaska und Carlo Di Clemente in seinen Grundzügen bereits 1982 vorgestellt, zunächst als Phasen- bzw. Veränderungsmodell beim Rauchen. Es wurde in der Folgezeit auf weitere Substanzkonsumstörungen ausgedehnt und hat umfangreiche konzeptionelle Änderungen erfahren. Als „Transtheoretisches Modell“ ist es zum psychologischen Fundament für unzählige Motivationsförderungsprogramme geworden.

#### *Motivierende Beratung*

Das mit Abstand bekannteste unter ihnen ist das **Motivational Interviewing (MI)** nach MILLER & ROLLNICK, das im deutschen Sprachraum auch unter dem Begriff **Motivierende Beratung** bekannt ist. Es zählt heute zu den „Basics“ von Ausbildungscurricula für Suchtberater und kommt in vielen weiteren psychologischen, pädagogischen und sozialarbeiterischen Handlungsfeldern zum Einsatz.

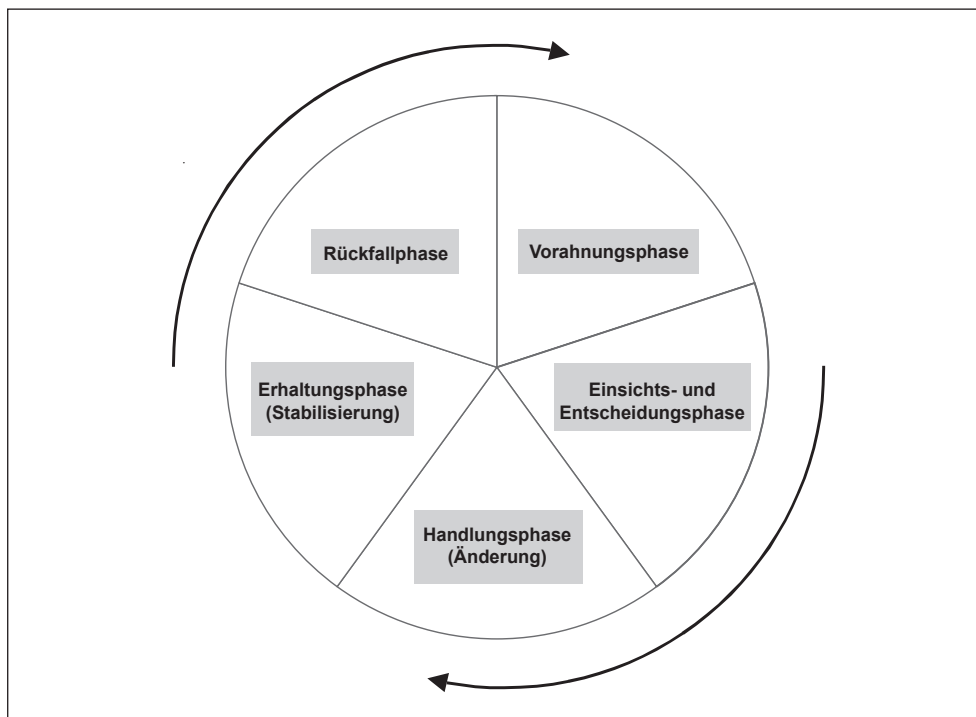


Wir werden uns im Verlauf des Studiengangs mit dieser Methode in den Präsenzphasen und im Studienbrief „Beratungskompetenz“ noch ausführlich beschäftigen.

Doch zunächst einmal „back to the roots“: Das Modell von PROCHASKA & DI CLEMENTE ermöglicht nicht nur einen gänzlich anderen Zugang zu Suchtklienten, es liefert auch das Handwerkszeug für eine präzise Prozessdiagnostik, Indikationsstellung und Behandlung. Zentraler Blickwinkel ist dabei der individuelle, phasenbezogene **motivationale Änderungsprozess**.

Dieser ist kreisförmig und kann mehrfach durchlaufen werden:

- Er beginnt mit der so genannten **Vorahnungsphase** (Sensibilisierung für das Suchtproblem),
- geht über in die **Einsichts- und Entscheidungsphase** (Förderung des Entscheidungsprozesses),
- danach in die **Handlungsphase** (Abstinenzentwicklung),
- ist gefolgt von der **Erhaltungsphase** (Abstinenzsicherung),
- mit der **Gefahr des Rückfalls** (Notwendigkeit der konstruktiven Bewältigung).



7. **Abbildung:** Veränderungsmodell nach PROCHASKA & DI CLEMENTE  
Quelle: Eigene Darstellung

Das Veränderungsmodell bietet eine gute Grundlage für die Planung individueller suchttherapeutischer Interventionen („den Klienten da abholen, wo er steht“). Es eignet sich auch für sogenannte Zwangskontexte, in denen Klienten auf Anraten oder Drängen Dritter in die Beratung kommen, und lässt sich gut kombinieren mit einer Reihe weiterer Therapieverfahren. Als besonders vorteilhaft hat es sich bei Klienten in der Vorahnungs- und ersten Einsichtsphase erwiesen. Aber auch im Bereich des Fallmanagements und der niederschweligen Arbeit bei chronifizierten Suchterkrankungen ergeben sich vielfältige Einsatzmöglichkeiten (vgl. SCHMID u. a. 2012).

**Ergänzende Anmerkung:**

Es gibt inzwischen eine Vielzahl von Schaubildern zu diesem Modell. Angelehnt an die Originalversion lässt sich zum Beispiel die Einsichtsphase unterteilen in eine Unterphase der „Absichtsbildung“ und in eine der „Zielfindung“, weshalb auch Schaubilder mit insgesamt sechs Phasen im Umlauf sind.



**PRÜFEN SIE SICH SELBST**

- 3.1. Verdeutlichen Sie sich die Unterschiede zwischen dem erweiterten Phasenmodell nach Jellinek und dem Veränderungsmodell von Prochaska & Di Clemente, indem Sie die wesentlichen Merkmale beider Modelle notieren.
- 3.2. Worin besteht für Sie der Hauptunterschied zwischen diesen Modellen, worin die Hauptähnlichkeit?

## 4. EINFÜHRUNG DES KRANKHEITSBEGRIFFS



### IHRE LERNZIELE

In diesem Kapitel vermitteln wir Ihnen Kenntnisse zu folgenden Themen:

- Die Geschichte der Suchthilfe
- Hintergründe zur Einführung des Krankheitsbegriffes
- Zentrale Fachbegriffe aus der Suchtdiagnostik
- Überblick über aktuelle Diagnoseleitlinien
- Besonderheiten des sozialrechtlichen Suchtbegriffes
- Aktuelle Trends in Suchthilfe und Suchtdiagnostik

### 4.1 HISTORISCHES ZUM KRANKHEITSVERSTÄNDNIS

Die seit Beginn der Neuzeit vorherrschende Sichtweise von Sucht als Charakterschwäche oder krankhaftem inneren Trieb (moralisches Verstehensmodell) reicht noch weit in unser Jahrhundert hinein. Die Medizin zu Beginn des 19. Jahrhunderts begann sich verstärkt mit der **Psychopathologie** zu beschäftigen. Alkoholismus wurde als gesundheits- und sozial schädliches Laster begriffen, mit dem sich der medizinische Berufsstand und das damit verbundene Versorgungssystem schwer tat, wie z. B. aus dem folgenden Bericht über die psychiatrische Arbeit des heutigen Landeskrankenhauses Düsseldorf hervorgeht. Die Erfahrungen mit Alkoholikern werden darin wie folgt diskutiert:

*Neuzeit*

*„Wir haben eine gewisse Anzahl von ihnen aufgenommen, aber wir sollten es nicht tun. Sie können nicht geheilt werden. Sie sind die unangenehmsten Patienten, der Doktor braucht viel Selbstbeherrschung, um Gleichmut zu bewahren gegenüber solcher Mischung von Eitelkeit, Charakterschwäche, Lügen und Widerstand!“*

*(zitiert nach ASSFALG 1995, S. 54)*

Suchtkranke waren in Kliniken als Patienten keinesfalls gern gesehen. Behandelt wurden dort organische und psychiatrische Folgeerkrankungen. Eine fortgeschrittene Abhängigkeit wurde als nicht heilbar angesehen und der Schwerpunkt lag auf einer Verwahrung unter Aufsicht. Die erste „Trinkerabteilung“ in einer Heil- und Pflegeanstalt (sprich: psychiatrische Klinik) wurde erstmals 1927 innerhalb des heutigen psychiatrischen Landeskrankenhauses Reichenau bei Konstanz eingerichtet.

Patienten mit leichteren Verlaufsformen und Krankheitseinsicht wurden an sogenannte Trinkerasyile verwiesen, die eher karitativ ausgerichtet waren. Suchtkranke waren in sogenannten „Heil- und Pflegeanstalten“ untergebracht, meist unter Leitung eines nichtärztlichen „Hausvaters“ (Pfarrer oder Diakon). Sofern in entsprechenden Heilstätten gezielte Behandlungsformen entwickelt wurden, waren diese in der Regel von einem christlich-patriarchalen Menschenbild geprägt. Die Behandlung orientierte sich am Verständnis von Sucht als Laster und war geprägt von seelsorgerischer Zuwendung, einer strengen Hausordnung, Verpflichtung zur körperlichen Arbeit, asketischer Lebensweise und Diät. Der Umgang mit den Patienten bewegte sich im Spannungsfeld zwischen moralisierender Grundhaltung („Willens- und Charakterschule“) und selbstlosem Einsatz der Hausväter und ihrer Familien („mit gutem Beispiel vorangehen“).

*Nationalsozialismus*

Während der Zeit des Nationalsozialismus wurden Suchtpatienten wie andere psychisch Kranke gezielt verfolgt und ermordet. Anhand von „Trinkerkarteien“ wurde unterschieden zwischen heilbaren und unheilbaren „Trinkern“. Letztere galten neben Straftätern, Prostituierten und Heimzöglingen als „asozial“. Viele Betroffene wurden zwangssterilisiert oder in Konzentrationslager eingeliefert. Sie trugen dort den schwarzen Winkel auf ihrer Kleidung und standen in der KZ-Hierarchie weit unten (zur Geschichte der Psychiatrie und Suchthilfe im Nationalsozialismus siehe RUBINICH & HINRICHS 2012, BRÜCKNER 2013, WEBER 2014, MEYER 2016 sowie die in der ausführlichen Literaturliste der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde DGPPN aufgeführten Publikationen).

*Nachkriegszeit*

Die Suchthilfe der Nachkriegszeit und ihre überlebende Klientel erholten sich nur langsam von den Folgen der NS-Schreckensherrschaft. Es dauerte bis zu den 60er-Jahren, bis die Suchthilfe in Deutschland als organisiertes Behandlungssystem wieder etabliert war. Sie erhielt zunächst wesentliche Impulse durch amerikanische Forscher und Praktiker. Dies brachte

- eine empirisch-naturwissenschaftliche Herangehensweise
- die Professionalisierung der sozialen Berufe
- die Entwicklung psychotherapeutischer, insbesondere gruppentherapeutischer Methoden der Suchtarbeit
- die Anerkennung von Sucht als Krankheit

mit sich.

*WHO*

Seit der Pionierarbeit von JELLINEK entstand eine umfangreiche Suchtforschung. Unter Federführung der Weltgesundheitsorganisation WHO, deren Mitarbeiter Jellinek war, wurden einheitliche Definitionen und Diagnostikkonzepte erarbeitet. Neue Berufsgruppen (Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, Sporttherapeuten u. a.) wurden in die Suchthilfe integriert. Mit dem Ziel einer interdisziplinären Teamarbeit fanden sie Eingang in die Konzepte von Kliniken und Beratungsstellen.

Durch diesen erweiterten psycho- und soziotherapeutischen Zugang kam es zu einem **Paradigmenwechsel** in der Suchthilfe. Die Soziotherapie sieht das Suchtverhalten im lebensgeschichtlichen und psychosozialen Zusammenhang als sinnhaft, verständlich und beeinflussbar an. Je nach therapeutischer Ausrichtung wird Suchtverhalten als Selbstheilungsversuch, als Notlösung, Entwicklungsblockade oder als gelerntes Verhalten begriffen, das prinzipiell veränderbar ist. Diese Perspektive ist ermutigend, sowohl für die Suchthelfer als auch deren Patienten, da letzteren nun keine „Laster“ mehr ausgetrieben werden sollen, sondern diese sich nun besser zu ihrem Problem bekennen können.

*Soziotherapie*

T

#### TRANSFERAUFGABE

Verdeutlichen Sie sich an Ende dieses Unterkapitels nochmals, warum das moralische Verstehensmodell zu einer Ausgrenzung von Suchtkranken führte und welche Neuerungen aufgrund des Krankheitsmodells möglich wurden.

## 4.2 WICHTIGE FACHBEGRIFFE

Aufgrund der Vielschichtigkeit des Suchtbegriffes begannen Diagnostiker, neue präzisierende Begriffe einzuführen. Damit Forscher und Praktiker verschiedener Kulturen und Disziplinen sich in fachlichen Fragen besser verstehen und austauschen können, wurden unter Federführung der Weltgesundheitsorganisation WHO – einer Institution der Vereinten Nationen (UNO) – Definitionen und Klassifikationssysteme erarbeitet. Um Fachbeiträge verstehen zu können, ist es daher nötig, die für den Suchtbereich gültigen Begrifflichkeiten zu kennen.

So wurde bei den stoffgebundenen Süchten zunächst unterschieden zwischen

- substanzbezogenen Merkmalen
- schädlichem Gebrauch bzw. Substanzmissbrauch
- Abhängigkeit (physisch, psychisch).

Statt Substanz wurde häufig auch von **Droge** gesprochen, ein Begriff, der zunächst ganz allgemein und wertfrei eine Substanz pflanzlichen, tierischen oder chemischen Ursprungs bezeichnet, welche Funktionen und Strukturen des Organismus zu beeinflussen vermag.

*Droge*

D

#### DEFINITION

Die WHO definierte 1969 den Begriff „**Droge**“ wie folgt:

„Jede Substanz, die im lebenden Organismus eine oder mehrere Funktionen zu verändern vermag.“