

23 Psychotherapie bei Sucht und Abhängigkeiten

C. Reimer, M. Hautzinger

23.1 Was sind Sucht und Abhängigkeit? – 540

- 23.1.1 Alkoholabhängigkeit – 540
- 23.1.2 Psychodynamische Aspekte – 543
- 23.1.3 Narzisstische Störungen – 544
- 23.1.4 Sucht als Bewältigungsstrategie – 545
- 23.1.5 Einstellungen gegenüber Süchtigen – 545

23.2 Psychotherapiemöglichkeiten – 546

- 23.2.1 Voraussetzungen für eine Psychotherapie – 546
- 23.2.2 Therapieziele – 547
- 23.2.3 Typische Behandlungsprobleme – 547
- 23.2.4 Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit – 548

23.3 Evaluation der Alkoholismusbehandlung – 551

Exkurs: Süchtige Kollegen – 552

23.4 Eine typische Kasuistik – 553

Empfohlene Literatur – 554

23.1 Was sind Sucht und Abhängigkeit?

Definition

Substanzmissbrauch gilt als Vorstufe von Substanzabhängigkeit und kann als zunächst wiederholter, dann regelmäßiger Gebrauch von schädigenden Substanzen definiert werden. Abhängig ist jeder, der die Einnahme eines Suchtmittels nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher und/oder seelischer Art auftreten, oder der doch immer wieder so viel von dem Suchtmittel zu sich nimmt, dass er sich oder andere schädigt.

Symptomatologie

Die World Health Organization (WHO) definiert das Vorliegen einer Substanzabhängigkeit in der International Classification of Diseases and Related Health Problems- (ICD-)10, wenn bei dem Betroffenen irgendwann im letzten Jahr drei oder mehr der in der ► Übersicht aufgeführten Symptome gleichzeitig vorhanden waren.

Symptome der Substanzabhängigkeit. (ICD-10)

- Regelmäßiger (täglicher, konstanter Konsum psychotroper Substanzen)
- Starker Wunsch oder eine Art Zwang zum Konsum
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
- Nachweis der Toleranz (höhere Dosen der psychotropen Substanz erforderlich oder tolerierend)
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen, erhöhter Zeitaufwand zur Beschaffung
- Anhaltender Konsum trotz Nachweis schädlicher Folgen (kognitive, affektive, organische Funktionen)

Begriffsbestimmung

Wegen der Unschärfe des Suchtbegriffs hat die WHO empfohlen, diesen im Bereich der Drogen durch den Begriff **Abhängigkeit** zu ersetzen. Dabei wurde zwischen körperlicher und psychischer Abhängigkeit unterschieden. Meist wird der Terminus »Abhängigkeit« synonym mit »Sucht« verwendet.

Der regelmäßige Gebrauch führt zur **Gewöhnung**. Diese zieht häufig eine Dosissteigerung nach sich; damit ist das Stadium der psychischen und physischen Abhän-

gigkeit erreicht. (Auf Unterschiede in Definitionen im Hinblick auf verschiedene Suchtmittel kann hier nicht eingegangen werden.)

Zahlen zum Handlungsbedarf

Etwa 4% der Gesamtbevölkerung sind definitiv alkoholabhängig. Hinzuzurechnen sind etwa 10% Alkoholmissbraucher mit entsprechenden körperlichen und psychischen Folgeerscheinungen sowie sozial-destruktiven Konsequenzen.

? Wie groß sind die Auswirkungen von Sucht und Abhängigkeit in der Gesellschaft?

Etwa 50.000 Menschen sterben jährlich in Deutschland an den Folgen ihres Alkoholismus.

Die Zahl der Medikamentenabhängigen wird derzeit auf ca. 700.000–1,4 Mio. geschätzt. Das Hauptkontingent betrifft die Tranquilizerabhängigkeit.

Im Hinblick auf illegale Drogen wird die Häufigkeit auf 100.000–150.000 geschätzt. Es gibt ca. 2000 Tote/Jahr durch Politoxikomanie.

An den Folgen von Tabakkonsum versterben jährlich in Deutschland ca. 100.000 Menschen.

Von diesem unterschiedlichen, doch häufig überlappenden Suchtverhalten sind die Menschen der unmittelbaren Umgebung mitbetroffen. Denkt man sich unter Berücksichtigung des sozialen Netzes für jeden Süchtigen 5–10 Mitbetroffene dazu, werden die Größe des Problems und der Behandlungsbedarf evident. Man könnte vielleicht sagen:

! Wir leben im Zeitalter des Narzissmus und der Sucht.

23.1.1 Alkoholabhängigkeit

Fallbeispiele

Auffälligkeiten und Verläufe der Alkoholabhängigkeit sind beispielhaft in den beiden folgenden Fallgeschichten illustriert.

Fallbeispiel 1

Herr K., ein 40-jähriger Bankangestellter, kommt nun zum zweiten Mal innerhalb von 2 Monaten zur stationären Aufnahme in die Psychiatrie. Der Grund ist Alkoholabhängigkeit. Der Patient kommt in Begleitung seiner Ehefrau. Im Gespräch wird schnell deutlich, dass v. a. die Frau auf eine stationäre Behandlung drängt. In einigen Gesprächen konnte mit Herrn K. der im Folgenden beschriebene Werdegang erarbeitet werden.

Herr K. stammt aus einer Beamtenfamilie, in der zwar regelmäßig, aber nie im Übermaß Wein getrunken wurde. Keiner in der Familie hat jemals Probleme mit Alkohol gehabt.



In der Schule hatte er meistens gute Noten. Auch mit der mittleren Reife gab es keine Probleme. Danach hat er eine Banklehre gemacht und arbeitet seither mit großem Erfolg in dieser Bank.

Seit 2 Jahren ist er nun sogar Abteilungsleiter. Alkohol, meistens ein bis zwei Viertel Wein, trinkt er nur abends zum Essen, beim Fernsehen oder bei Feierlichkeiten. Einen richtigen Rausch mit Erinnerungslücken hat er nie gehabt. Seine Frau findet zwar nicht gut, dass er täglich Wein trinkt, aber er sagt, dies würde ihm am besten schmecken, und es schade doch nichts. Auf seine beruflichen Leistungen ist er sehr stolz. Er ist der jüngste Abteilungsleiter in seiner Bank. Er hat hart und immer mehr gearbeitet als seine Kollegen, sodass seine Vorgesetzten sehr zufrieden mit ihm sind. Seit er Abteilungsleiter ist, muss er aber noch mehr arbeiten. Oft kommt er abends erst um 20 Uhr nach Hause. Früher ist er mit seiner Frau öfter ausgegangen; 2-mal in der Woche war er beim Tischtennisverein und hat gelegentlich Tennis gespielt. Dafür bleibt jetzt keine Zeit mehr. Er kommt abends erschöpft nach Hause und kann sich kaum noch entspannen. Erst nach zwei Vierteln Wein wird er ruhiger und gelassener. In den letzten Monaten trinkt er abends mehr, manchmal bis zu 1,5 Flaschen Wein. Auch am Wochenende trinkt er sehr viel. Morgens fühlte er sich richtig schlapp und wackelig, sodass er vor der Arbeit noch einen Piccolo trinkt, um wieder fit zu werden. In den letzten Wochen geht es ihm manchmal morgens so schlecht, dass seine Frau ihn krank meldet.

Seine Frau hat mittlerweile kein Verständnis mehr für ihn. Sie beschimpft ihn, wenn er wieder trinkt und verlässt dann das Haus. Außerdem beklagt sie sich, dass mit ihm nichts mehr anzufangen ist. Erst als sie massiv mit Trennung droht, erklärt er sich bereit, einen Alkoholentzug zu machen. Deshalb kommt er das erste Mal in die Klinik. Der Entzug ist problemlos. Nur die Leberwerte seien nicht in Ordnung. Nach der Entlassung geht es ihm ganz gut, und er rührt über 6 Wochen zunächst keinen Tropfen Alkohol an. Nur als sein Vorgesetzter ihm bei dessen Geburtstagsfeier Sekt anbietet, trinkt er zwei Gläser. Er meint, dies würde ihm nichts schaden. Er ist der festen Überzeugung, wieder kontrolliert Wein trinken zu können. Abends trinkt er dann zunächst wieder ein Viertel Wein; dies steigert sich über 2 Wochen bis zu einer Flasche Wein pro Abend. Seine Frau macht dann wieder großen Ärger, den er aber mit Alkohol noch ertragen kann. Dann spricht sein Chef ihn eines Morgens auf seinen regelmäßigen Alkoholgeruch an und empfiehlt ihm strengstens, etwas gegen sein Alkoholproblem zu unternehmen. Er bleibt daraufhin einige Tage zu Hause und versucht, sich auszunüchtern, doch mittags ist er schon wieder deutlich alkoholisiert. Er weiß, wenn sich nichts ändert, wird seine Frau sich endgültig von ihm trennen, und es besteht auch die Gefahr, dass er seine Arbeit verliert. Deshalb kommt er nun zum zweiten Mal in die Klinik.

Fallbeispiel 2

Herr H. ist 26 Jahre alt und befindet sich zum ersten Mal stationär in einem psychiatrischen Krankenhaus. Er hat keinen festen Wohnsitz und ist arbeitslos. Er wird bewusstlos und in volltrunkenem Zustand von einem seiner Bekannten in der Nähe seiner Stammkneipe aufgefunden. Er hat eine Platzwunde am Kopf, mehrere Schürf- und Schnittwunden am Körper. Mit dem Notarztwagen wird er in die Klinik gebracht. Dort wird u. a. festgestellt, dass er einen Alkoholspiegel von 3,4‰ im Blut hat. Als er wieder zu sich kommt, erinnert er sich nicht, was unmittelbar vor seiner Bewusstlosigkeit passiert sein könnte, außer dass er in seiner Stammkneipe mit jemandem Streit bekommen und daraufhin das Lokal verlassen hat. Auf den Rat der Ärzte hin entschließt er sich zu einer stationären Entzugsbehandlung. Anhand von Gesprächen mit seinem Therapeuten zeichnet sich der im Folgenden aufgeführte Werdegang ab.

Die ersten Erfahrungen mit Alkohol macht Herr H. mit etwa 11 Jahren, als sein Vater ihm anlässlich einer Feier eine Flasche Bier hinstellt und meint: »Komm, Bürschchen, trink, damit aus Dir mal ein richtiger Kerl wird.« Wie sich herausstellt, kennt Herr H. seinen Vater fast nur in stark alkoholisiertem Zustand, der gelegentlich auch zu Wutausbrüchen führt. Oft sei es passiert, dass er und sein jüngerer Bruder dann vom Vater verprügelt worden seien, oder dass der Vater nach Streitereien mit der Mutter von Herrn H. wutschnaubend aus der Wohnung abgehauen und erst spät nachts torkelnd aus seiner Stammkneipe zurückgekommen sei. Mit etwa 12 Jahren zieht Herr H. schon oft – v. a. am Wochenende – mit seinen Kumpels durch die Gegend; sie holen sich ein paar »Sixpacks« und lassen sich volllaufen. Zu dieser Zeit fängt es auch an, dass er ab und zu die Schule schwänzt. Bei der Erzählung fügt Herr H. hinzu, dass er die Schule schon immer als ziemlich langweilig empfunden habe. Am besten gefallen ihm spontane Aktionen, wie z. B. S-Bahn-Surfen und spritzige Autotouren mit älteren Freunden. Erste ernsthafte Probleme wegen Alkohol bekommt Herr H. mit 16 Jahren während seiner Lehre zum Kfz-Mechaniker, weil er oft zu spät kommt oder erst gar nicht zur Arbeit erscheint. Da ihn die ständige Nörgelei und Bevormundung durch seinen Ausbilder genervt habe, sei er irgendwann einfach nicht mehr zur Arbeit gegangen, worauf ihm gekündigt wird. Herr H. berichtet, dass er diese Freiheit, tun und lassen zu können, was und wann er wolle, sehr genossen habe. In einem zweiten Anlauf schließt er mit 18 Jahren die Lehre ab, verliert aber die Arbeitsstelle wegen der gleichen Probleme wie zuvor und ständigen Konflikten mit seinem Chef wieder. Als seine damalige Freundin auch noch ein Kind von ihm bekommt, werden die finanziellen Probleme immer schlimmer, da er auch die Miete für die gemeinsame Wohnung nicht mehr zahlen und die allabendlichen Sauftouren mit seinen Kumpels nur noch damit »finanzieren« kann, dass er Schulden macht. Durch Zufall kommt er über einen Bekannten an eine Stelle als LKW-Fahrer, die ihm sehr viel Spass macht, da man nicht ständig in einer



Werkstatt herumhänge, sondern immer auf Achse sei. Da ihm aber im Alter von 21 Jahren der Führerschein wegen Alkohol am Steuer entzogen wird, verliert er auch diese Stelle wieder und schlägt sich seit diesem Zeitpunkt mit Gelegenheitsjobs durch. Was den Alkohol betrifft, erzählt Herr H., dass er ihm einfach schmecke und ein Gefühl von Stärke sowie Euphorie hervorrufe. Er berichtet aber auch, dass er unter Alkoholeinfluss häufig sehr leicht reizbar und aggressiv reagiere und es schon wiederholt Schlägereien mit anderen gegeben habe. Außerdem räumt er ein, dass er mit etwa 22 Jahren einen epileptischen Anfall hatte, als es zu einem Alkoholexzess gekommen ist.

Nach seinem derzeitigen Alkoholkonsum befragt, gibt er an, seit mehreren Jahren etwa durchschnittlich 1,5 l Wein und 15 Flaschen Bier pro Tag zu trinken.

Störungsbild und Verlauf

Das Bild von einem typischen Alkoholiker ist meist sehr negativ geprägt. Man denkt an einen »Penner« ohne festen Wohnsitz und ohne Arbeit, der äußerlich ungepflegt ist, oder an jemanden, der morgens bereits tor kelnd, herumbrüllend und lallend durch die Gegend läuft. Dahinter steht der Wunsch, sich als vermeintlich normaler Mensch von dieser »Extremgruppe« abzugrenzen. Vom Kliniker wird oft erwartet, dass er eine strikte Grenze zwischen »normal« und »abnormal/abhängig« zieht. Eine solche Festlegung ist jedoch nicht möglich, und »den« Alkoholabhängigen im Sinne einer einheitlichen Gruppe gibt es nicht. Beispiele für die Vielfältigkeit der Abhängigkeit sind das Spiegeltrinken, das Rauschtrinken, das Konflikttrinken und das periodische Trinken:

- **Spiegeltrinken** bedeutet, dass die Person über den ganzen Tag hinweg Alkohol trinkt, um ein bestimmtes Niveau des Blutalkohols zu halten und möglichen Entzugserscheinungen vorzubeugen.
- **Rauschtrinken** als Form der Abhängigkeit bedeutet, dass Betroffene es trotz guter Vorsätze nicht schaffen, nur kleine Mengen Alkohol zu trinken, sondern dass es immer im Vollrausch endet.
- **Konflikttrinken** meint, dass immer dann Alkohol konsumiert wird, wenn es zu Problemen, Spannungen und Konflikten kommt.
- **Periodisches Trinken** als Form der Abhängigkeit bedeutet, dass es trotz zwischenzeitlicher Abstinenz immer wieder zu Phasen eines heftigen und unkontrollierten Alkoholkonsums kommt (»Quartalsäufer«).

Es gibt natürlich alle möglichen Mischformen solcher Muster. Entscheidend ist, dass Abhängigkeit keine ausschließliche Frage der Menge, der Häufigkeit oder der Regelmäßigkeit einer Suchtmittelinnahme und schon gar nicht ihrer Auffälligkeit ist. Eine Abhängigkeit wird über ihre Folgen definiert (► Abschn. 23.1). Derartige

Folgen entstehen nicht von heute auf morgen. Meist sind es jahrelange Entwicklungen. Die Betroffenen und deren Umfeld sind sich oft lange Zeit gar nicht bewusst, was da vor sich geht.

Ätiologie

Über die Ätiologie von Alkoholabhängigkeit bestehen derzeit keine einheitlichen theoretischen Modellvorstellungen (Schmidt u. Rist 2006). Abgesehen von dem allgemein akzeptierten Diathese-Stress-Konzept, nach dem der Alkoholismus aus dem komplexen Wechselspiel verschiedener prädisponierender Merkmale und verschiedener umgebungsbedingter (Über-)Forderung entsteht sowie aufrechterhalten wird, findet man oft sehr unterschiedliche und in ihrem Geltungsbereich eingeschränkte theoretische Modellvorstellungen. Dabei wird die wissenschaftliche Diskussion durch die sich wiederholende Kontroverse zwischen Vertretern eines biologischen Krankheitskonzeptes und den Verfechtern psychosozialer Modellvorstellungen bestimmt.

! **Das biologisch orientierte Verständnis der Alkoholabhängigkeit wird derzeit v. a. durch die Neurotransmitter- und Anti-craving-Forschung ange-regt, während die psychologische Modellbildung besonders durch die sozial-kognitiven Lerntheorien und die daraus resultierenden kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätze geprägt wird.**

Psychologische Modellvorstellungen. Tiffany (1990) ordnet die psychologischen Modelle zum Alkoholverlangen und Alkoholkonsum in die folgenden drei Gruppen:

- **»Withdrawal-based-Modelle«:** Sie sehen Gewohnheitsbildung, Abhängigkeit bzw. das Verlangen nach Alkohol als Folge von klassischer Konditionierung (► Abschn. 8.1.4; Reiz-Reaktions-Kopplungen) an; in der Folge lösen die Reize als kompensatorische Reaktionsbildung Alkoholverlangen aus (Suchtverhalten als Reaktion, um unangenehme Zustände kompensatorisch zu beenden) oder als zweistufigen Lernprozess, indem Konditionierungsprozesse mit attributionalen Verarbeitungen gekoppelt ablaufen.
- **»Appetitive-based-Modelle«:** Diese Modelle bedienen sich positiver und negativer Verstärkung (► Abschn. 8.1.4; Alkoholwirkung als Verstärker) sowie Erwartungseffekten (bezüglich Alkohol) als Faktoren der Gewohnheitsbildung in Form komplexer Handlungsmuster und kognitiver Netzwerke.
- **»Automatic-action-Schemata-Modell«:** Dieses Modell wurde von Tiffany (1990) im Anschluss an die Kritik dieser Konzepte entworfen; es schließt jedoch respondentes, operantes und kognitives Lernen ein.

Der Ausgangspunkt für Tiffanys Überlegungen sind die wohlbekannten psychologischen Grundlagenerkenntnisse, dass wiederholte Praxis kognitiver und motorischer Abläufe unter stabilen Stimulusbedingungen zur Herausbildung von komplexen Handlungsmustern führt, die nach Etablierung qualitativ anders sind als im Prozess des Erlernens. Diese in vielen Bereichen anzutreffenden komplexen Handlungsmuster werden zunehmend automatisiert, laufen unwillentlich, schnell, ohne Interferenz mit anderen Aktivitäten, ohne Anstrengung sowie mit minimalem Bedarf an kognitiver Kapazität ab und werden durch bestimmte Reize als Ganze abgerufen.

! **Drogenkonsum bei Abhängigen stellt eine automatisierte Handlungsfolge dar. Die Überwindung dieser Automatik, die Entwöhnung und die Abstinenzhaltung erfordern nichtautomatisierte Prozesse.**

Rückfälle treten dann auf, wenn die (noch) nicht automatisierten Abläufe zur Abstinenzhaltung die Ausführung des automatisierten Alkoholkonsumaktionsplans nicht ausreichend unterbrechen bzw. verunmöglichen. Hinzu kommt, dass

addicts attempting abstinence not only have to learn to inhibit old responses in the presence of enabling stimuli, but they also face an additional dilemma: the reinforcement contingencies that support the old action plan are most likely still in effect« (Tiffany 1990, S. 157; Übersetzung des Autors: »Abhängige, die Abstinenz anstreben, nicht nur lernen müssen, alte Handlungsmuster bei vorhandenen auslösenden Reizen zu hemmen, sondern sie stehen noch vor einem zusätzlichen Dilemma: Die Verstärkungskontingente, die die automatisierte Handlungsfolge unterstützen, sind höchstwahrscheinlich immer noch wirksam«).

Sozial-kognitive Lernmodelle. Bei den sozial-kognitiven Lernmodellen des Alkoholmissbrauchs und der Alkoholabhängigkeit handelt es sich inzwischen um komplexe interaktionistische Theorien, bei denen persönliche Merkmale, Umgebungseinflüsse sowie das eigene Verhalten sich wechselseitig bedingen und kognitiven Einflüssen eine zentrale, vermittelnde Rolle zugeschrieben wird.

! **Sozial-kognitive Lerntheorien gehen davon aus, dass der Alkoholmissbrauch und das Suchtverhalten durch klassische Konditionierung, soziale Verstärkung, Beobachtungslernen, die erwarteten Effekte des Alkohols, die als verstärkend erlebten Alkoholwirkungen und die sich entwickelnde körperliche Abhängigkeit erworben und durch automatisierte Verarbeitungs- bzw. Handlungsschemata aufrechterhalten werden.**

Die sozial-kognitiven Lerntheorien des Alkoholismus nehmen darüber hinaus Unterschiede in der individuellen Anfälligkeit bzw. Sensibilität bezüglich der Alkoholkwirkung und -toleranz an. Es gibt ferner vielfältige empirische Belege, dass einer Alkoholproblematik Sozialisationsdefizite in Form von Störungen der sozialen Beziehungen, mangelnder Impulskontrolle und sozial abweichendem Verhalten zugrunde liegen. Dies äußert sich in verschiedenen Einschränkungen der Bewältigungskompetenz bezüglich der Alltagsanforderungen und der Lebensbewältigung. Neben diesen Bedingungen der sozialen Lerngeschichte sind weitere, in der ► Übersicht zusammengefasste Determinanten des Trinkverhaltens zu berücksichtigen.

Determinanten des Trinkverhaltens

- Einfluss des sozialen Lebensraums
- Vorhandene Einstellungen und Erwartungen
- Vorhandene Bewältigungskompetenzen
- Aktueller kognitiv-emotionaler Zustand der Person
- Kurz- und langfristig verstärkende sowie bestrafende Effekte des Alkohols
- Soziale Atmosphäre
- Vorhandensein von Modellpersonen
- Verstärkung durch die Bezugsgruppe als situative Faktoren

Schließlich werden in den Ätiologietheorien des Alkoholismus auch der Toleranzerwerb, die Ausbildung von Entzugerscheinungen und des Alkoholverlangens (Suchtdruck, »craving«) berücksichtigt. Dabei werden diese Konstrukte jedoch nicht nur physiologisch, sondern in ihrer Wechselwirkung mit kognitiven Faktoren und Sozialisationseinflüssen (Konditionierung) definiert.

23.1.2 Psychodynamische Aspekte

Psychodynamische Grundlinie

Eine einheitliche Psychodynamik, mit der sich alle Formen süchtiger Entwicklungen beschreiben lassen würden, gibt es nicht. Rudolf u. Henningsen (2006) sprechen aber von einer »identischen psychodynamischen Grundlinie« im Hinblick auf Persönlichkeitsstruktur und Objektbeziehungsmuster.

Mögliche psychodynamische Gemeinsamkeiten ließen sich, wie folgt, beschreiben: Das manifeste süchtige Verhalten könnte man als Spitze eines Eisbergs sehen, hinter der eine schwere Persönlichkeitspathologie verborgen sein kann.

23 ? Sind bestimmte Menschen besonders gefährdet, eine Abhängigkeitsproblematik zu entwickeln?

Suchttendenzen und Suchtverhalten sind nicht generell als Ausdruck schwerer Persönlichkeitsstörungen zu sehen. Mancher Suchtgebrauch resultiert aus sozialen Zwängen und Normen, denen man sich nur schwer entziehen zu können glaubt.

Depressiver Grundkonflikt

Der Psychotherapeut sollte bedenken, dass Suchtverhalten Ausdruck bzw. Folge eines depressiven Grundkonflikts sein kann (► Kap. 18). Der Depressive leidet unter einem Bündel von Faktoren:

- innere Leere,
- Verlustangst,
- Selbstwertprobleme (insbesondere Selbstvorwürfe, Selbstbeschuldigungen, Selbsthass),
- übergroße Anfälligkeit für Enttäuschungen/Kränkungen sowie
- dadurch bedingte »prophylaktische« Rückzugstendenzen usw.

Ein Hauptproblem besteht darin, dass der Depressive aufgrund seiner Angewiesenheit auf andere, »signifikante« Objekte große Schwierigkeiten damit hat, Wut und Hass, also aggressive Affekte, zu äußern. Er bleibt – salopp formuliert – auf seinem Hass sitzen. Die daraus resultierende Spannung kann mit süchtigen Verhaltensweisen erträglich gemacht werden. Hierbei muss bedacht werden, dass sich der Depressive aufgrund seiner Selbstentwertungstendenzen wiederum für diese Schwäche (Sucht) verurteilt und hasst. Depressive sind daher auch in besonderer Weise suizidgefährdet. Hinzu kommt, dass depressiv strukturierte Menschen dazu neigen, sich anzupassen und benutzen bzw. ausnutzen zu lassen.

- ! **Enttäuschung und Depression entwickeln sich dann, wenn die erwartete Dankbarkeit des anderen, für den man sich aufgeopfert hat, ausbleibt, die Einsamkeit zunimmt und sich dadurch auch ein Aggressionspotenzial aufbaut, das mit dem überangepassten Lebensstil des Patienten nicht verträglich ist. Der Weg in eine süchtige Kompensation dieses Spannungszustands liegt hier nahe.**

Abhängigkeitsproblematik

Das mangelnde aggressive Durchsetzungsvermögen des Depressiven hängt aber nicht nur mit seinen Aufopferungstendenzen oder Selbstentwertungen zusammen, sondern auch mit seinem außerordentlichen Ausmaß an Abhängigkeit. Arieti u. Bemporad (1998) haben beschrieben, dass Depressive schon seit ihrer frühen Kindheit in besonderer Weise von einer signifikanten, domi-

nanten Bezugsperson abhängig waren und es dann auch ihr ganzes weiteres Leben hindurch bleiben. Manche Menschen mit depressiver Struktur verschieben ihre Abhängigkeitsproblematik von Personen auf Ziele – z. B. den Beruf –, sodass man sagen kann, dass statt einer signifikanten Bezugsperson ein signifikantes Ziel gesucht wird. Sie leben dann nur noch für dieses Ziel; ihre Selbstachtung und der Sinn ihres Lebens stehen oder fallen mit der Verwirklichung dieses Ziels.

- ! **Das Gefangensein in einer Atmosphäre feindseliger Abhängigkeit kann massive Unlustspannungen erzeugen, die der Betroffene mit Suchtmitteln zu bekämpfen versucht.**

23.1.3 Narzisstische Störungen

Bei allen psychischen Störungen ist auch das narzisstische Regulationssystem in irgendeiner Weise mitbetroffen, wie schon beim depressiven Grundkonflikt gezeigt werden konnte. Ein möglicher weiterer psychodynamischer Hintergrund süchtigen Verhaltens liegt in ausgeprägten narzisstischen Störungen, also massiven **Regulationsstörungen des Selbstwertgefühls**. Die Komplexität dieser Störungen ist hier nicht zu beschreiben, aber es können einige Charakteristika genannt werden, die den Bedarf an süchtiger Kompensation verständlich machen.

- ! **Narzisstisch gestörte Menschen sind sich immer unsicher über sich selbst, ihren Wert oder Unwert, ihre Großartigkeit oder absolute Unbedeutsamkeit.**

Diese anhaltende Selbstirritation wird auch durch Rückmeldungen aus den Beziehungen unterhalten: Sind diese beständig oder entwertend, akzeptierend oder ablehnend?

Die Anfälligkeit narzisstisch gestörter Menschen für Enttäuschungen und Kränkungen – ähnlich wie die der Depressiven – ist bekannt (Henseler 1981, 2000). Daraus resultieren vielfältige narzisstische Spannungszustände, die mit Gefühlen von Unlust, Wut sowie Depressivität verbunden und nur schwer auszuhalten sind. Im Suchtgebrauch versucht der narzisstisch Gestörte einmal, Entspannung und evtl. Euphorie herzustellen, also sein labiles inneres Gleichgewicht wiederzuerlangen. Gleichzeitig könnte man den Rückzug in die Sucht als regressives Phänomen sehen, als Rückzug in einen »harmonischen Primärzustand« (Henseler 2000), der mit Gefühlen von Ruhe, Wärme, Harmonie, Geborgenheit verbunden ist und einer frühen symbiotischen Erfahrung der Mutter-Kind-Beziehung entspricht, in der beide noch als miteinander verschmolzen erlebt wurden. Diese Form von **Regression** hätte psychodynamisch den

Sinn, die kränkende oder vermeintlich kränkende unlustvolle Außenrealität nicht mehr wahrnehmen zu müssen.

23.1.4 Sucht als Bewältigungsstrategie

Man könnte ein solches regressives Verhalten, wie es sich in der Sucht manifestiert, auch als Versuch des **Selbstschutzes** kennzeichnen. Zudem kann das Suchtmittel ein leicht erreichbares, jederzeit verfügbares, käufliches, nichtenttäuschendes bzw. kränkendes und in diesem Sinne »gutes« Objekt sein, das tröstet, entspannt und die Bedrohungen der Umwelt zu relativieren hilft.

Wie aus dem eben Beschriebenen schon abgeleitet werden kann, stellt süchtiges Verhalten auch einen Bewältigungsversuch dar und kann damit bei aller Pathologie und der immer wieder beschriebenen Ich-Schwäche bei Süchtigen auch als Ich-Leistung angesehen werden, so schwach und brüchig diese im Einzelnen auch sein mag. Die Bewältigung mithilfe der Sucht bezieht sich neben den schon genannten Faktoren noch auf folgende Zustände:

- quälende anhaltende Gefühle von innerer Leere,
- anhaltende Gefühle von Frustration,
- Gefühle von Versagen,
- Scham- und Schuldkomplexe sowie
- Bedrohung der ohnehin meist fragilen Grenzen, z. B. durch Enttäuschungen, Erkrankungen oder akute Krisen.

! Sucht als Coping-Strategie im Sinne eines Selbstheilungsversuches kann so verstanden werden, dass die Betroffenen sich damit vor massiveren Dekompensationen, z. B. im Sinne einer psychotischen Symptomatik, bewahren.

Entsprechend spielt Sucht bei vielen psychischen Krankheiten eine Rolle, sodass sie häufig auch als Zweitdiagnose genannt wird, so z. B. bei Borderlinepersönlichkeitsstörungen und bei Psychosen.

Sucht lässt sich auch als Ausdruck und Äußerung von **Sehnsucht** verstehen. Diese Sehnsucht ist letztlich immer die nach einer guten, verlässlichen Objektbeziehung oder, wie Bowlby (1975) es ausdrücken würde, Ausdruck der Suche nach einer verlorenen Bindungsfigur. Sehnsucht ist in einem gewissen Maß ein normalpsychologisches Phänomen, vielleicht im Sinne einer Liebessehnsucht, die wir uns aus unabgelösten Beziehungsanteilen bewahrt haben. Eine vollkommen glückliche Ablösung von primären Liebesobjekten ist ohnehin illusionär.

! Das Problem mit der Sehnsucht beginnt dann, wenn als deren pathologischer Ausdruck eine Sucht entsteht, in der die real existierenden



Befriedigungsmöglichkeiten von Sehnsucht in Objektbeziehungen nur rudimentär oder gar nicht mehr gelebt werden können und eine zunehmend lähmende, resignative Haltung gegenüber der Lust am wirklichen Leben entsteht.

Dies ist neben den autodestruktiven Anteilen eine zutiefst persistierende depressive Position, aus der der Süchtige häufig ähnlich schwer zu lösen ist wie der Perverse, der über den Orgasmus an seine Perversion gebunden ist (Heigl-Evers et al. 1995, Lürßen 1977, Wurmser 1993).

23.1.5 Einstellungen gegenüber Süchtigen

Suchtpatienten in Psychotherapie. Angesichts der Größe und der Bedeutung des Suchtproblems wäre zu erwarten, dass auch Psychotherapeuten häufig mit dieser Klientel konfrontiert werden. Rudolf u. Henningsen (2006) erwähnen, dass die Hälfte aller Patienten, die ambulante oder stationäre Psychotherapie aufsuchen, Psychopharmaka, insbesondere Tranquilizer, einnehmen. Diese wurden ursprünglich und oft auch fortlaufend von Ärzten verschrieben und haben zu Abhängigkeitsentwicklungen geführt.

Trotzdem finden viele Süchtige, die Psychotherapie benötigen würden, den Weg in die Praxis des Psychotherapeuten nicht. Das mag mit einigen Charakteristika der Störungen der Patienten selbst zu tun haben, aber auch mit Einstellungen der Therapeuten zum Thema Sucht bzw. zur Behandelbarkeit Süchtiger.

Einstellungen der Therapeuten. Am Beispiel der Einstellungen gegenüber Alkoholkranken sollen einige Schwerpunkte deutlich gemacht werden: Umfragen unter Ärzten haben gezeigt, dass Alkoholismus zu den unbeliebtesten Krankheiten zählt (z. B. Reimer u. Freisfeld 1984). »Süchtiger und Arzt gehen sich gegenseitig aus dem Weg«, und Alkoholiker gelten als die »undankbarsten Patienten überhaupt«. Die den Ärzten »aufge-drängte« Behandlung wird als »fruchtloses Bemühen am untauglichen Objekt« angesehen (Schulte 1967, S. 533 f.). Viele Ärzte gestehen ihren Alkoholikerpatienten nur zögernd die Rolle des Kranken zu, solange die daraus entstehenden Pflichten, wie z. B. Kooperation, von diesen nicht akzeptiert werden.

? Warum wird die psychotherapeutische Behandlung von Suchtkranken als so schwierig empfunden?

Gerade die schlechte Kooperation wird als die Hauptschwierigkeit im Umgang mit Alkoholkranken angesehen.

Die Arzt-Alkoholiker-Beziehung ist aus diesem und anderen Gründen (z. B. hohe Erwartungen des Patienten an den Arzt bei gleichzeitiger eigener Passivität; Neigung

zum Bagatellisieren oder Leugnen der Suchtrealität) besonders anfällig für Affekte, auch vonseiten des Arztes. So können z. B. Frustration und Missachtung der Autorität des Arztes leicht zu Kränkungen führen, die der Patient dann auch zu spüren bekommt.

Der im ärztlichen Umgang mit Alkoholabhängigen oft festzustellende »therapeutische Nihilismus« ist häufig Folge der Unkenntnis vorhandener therapeutischer Möglichkeiten und der daraus folgenden Stärkung der Ansicht, dass die Prognose als absolut ungünstig angesehen werden muss. Dieses mangelhafte Wissen führt dazu, dass Alkoholiker moralisch be- bzw. entwertet werden (»schlechte Angewohnheit«, »Charakterschwäche«, »Halt- bzw. Willenlosigkeit«, »Disziplinlosigkeit«). Die dadurch in die Arzt-Patient-Beziehung eingehenden offenen oder latenten Vorwürfe tragen nicht der Tatsache Rechnung, dass die bekannte Ich-Schwäche bei Süchtigen das führende Krankheitssymptom ist, das sich weder durch moralische Appelle noch durch Ärger oder Verachtung beeinflussen lässt.

Wie in Untersuchungen gezeigt werden konnte, werden die Einstellungen gegenüber Süchtigen mit Zuwachs an Wissen signifikant positiver; dies dient in erster Linie der Therapeut-Patient-Beziehung bei der Behandlung von Suchtkrankheiten.

! Ärzte mit spezielleren Kenntnissen, z. B. über Alkoholismus, verschreiben weniger Psychopharmaka, fühlen sich weniger seelisch überfordert, behandeln Alkoholiker unvoreingenommener und sehen deren Leiden eher als chronische seelische Krankheit bzw. überhaupt als Krankheit an (Reimer u. Freisfeld 1984).

Die Einstellungen von Psychotherapeuten zu Süchtigen lassen sich teils direkt, teils indirekt beobachten. Direkt erfahrbare werden sie in Supervisionen an Ärgerreaktionen von Therapeuten auf süchtige Patienten. Manche Therapeuten fühlen sich von ihren Patienten massiv entwertet oder – bei gleichzeitiger Abwehr und Verschleierung des Patienten in Bezug auf das reale Ausmaß seiner Sucht – idealisiert.

Konsequenzen einer negativen Einstellung. Folge einer negativen Einstellung kann es auch sein, wenn man die Behandlung süchtiger Patienten für seine Therapieklientel erst gar nicht erwägt. So meint Ermann (1995), dass die Problematik der Suchtbehandlung in die Psychiatrie gehöre und verweist auf psychiatrische Lehrbücher. Dies mag für bestimmte Aspekte von Sucht durchaus auch zutreffend sein: z. B. für Folgekrankheiten, wie hirnanorganische Störungen, Psychosen und Entzugssyndrome. Die Vertreter der psychotherapeutischen Medizin müssen sich aber fragen lassen, was denn Psychiater im Hinblick auf die Behandlung Suchtkrankter mehr qualifiziert als Psychotherapeuten, und ob hier nicht von

den Psychotherapeuten eine schwierige, unangenehme Klientel stillschweigend zur Behandlung an eine Nachbardisziplin delegiert wird, die prinzipiell auch zur Kernklientel von Psychotherapeuten gehören könnte.

Da Probleme bei der Behandlung von Suchtkranken auch in manchen umfangreichen Psychotherapielehrbüchern nicht oder kaum erwähnt werden, müssen sich Psychotherapeuten die Frage stellen, ob es sein könnte, dass sie mit Suchtpatienten eigentlich auch gar nicht arbeiten möchten.

Sicher wäre es illusorisch und unangemessen, von Psychotherapeuten zu fordern, dass sie mit allen Patienten, die in ihr Fachgebiet fallen, gleichermaßen gut arbeiten können müssen. Aber zumindest sollte reflektiert werden, wenn man Patienten ablehnt und warum man dies tut. So könnten es bestimmte psychodynamische Besonderheiten bei Süchtigen sein, die den Umgang mit ihnen für Therapeuten wenig erstrebenswert machen.

23.2 Psychotherapiemöglichkeiten

23.2.1 Voraussetzungen für eine Psychotherapie

Bedenkt man den Hinweis von Rudolf (Rudolf u. Henningsen 2006) bezüglich des häufigen Vorkommens von Suchttendenzen bei Psychotherapiepatienten, so müsste daraus geschlossen werden, dass den Psychotherapeuten das Suchtpotenzial ihrer Klientel auch bewusst ist. Dies erscheint aber fraglich, da schon in Erstinterviewseminaren bzw. in Supervisionen deutlich werden kann, dass eine Exploration möglicher Suchttendenzen bzw. -erfahrungen in der Regel nicht erfolgt. Sucht wird nur dann als Problem erkannt, wenn sie vom äußeren Erscheinungsbild eines Patienten her naheliegt, oder wenn dieser selbst darüber berichtet. Die erwähnten Einstellungen von Therapeuten gegenüber Süchtigen können dafür mitverantwortlich sein. Auch Sucht kann ein ähnlicher Tabubereich für Therapeuten sein wie Sexualität, Suizidalität oder Erfahrungen mit Gewalt.

Psychotherapeuten sollten also in der Lage sein, eine Suchtanamnese (► Übersicht) zu erheben.

Suchtanamnese

- Genaue Erfassung der Suchterfahrungen des Patienten im Lauf des bisherigen Lebens
- Exploration von Suchtphänomenen in der Familie des Patienten und in seinem derzeitigen sozialen Netz
- Einschätzung des Ausmaßes der momentanen Abhängigkeit
- Eventuelle spezielle Vorbehandlungen

Da süchtiges Verhalten auch für die Betroffenen häufig scham- sowie schuldbesetzt ist und insofern auch für sie ein inneres Tabu bedeuten kann, muss der Psychotherapeut damit rechnen, dass das wahre Ausmaß verleugnet bzw. verharmlost wird, insbesondere dann, wenn Patienten Angst haben, deswegen für eine Psychotherapie abgelehnt zu werden.

Der ambulant arbeitende Psychotherapeut, der eine deutliche Suchtproblematik in der Phase von Erstgespräch und Diagnostik gefunden hat, muss für sich prüfen, ob das Ausmaß der Abhängigkeit eine Psychotherapie stören oder unmöglich machen würde, und ob mit Entzugserscheinungen gerechnet werden muss.

Die klinisch arbeitenden Psychotherapeuten haben es diesbezüglich leichter, weil Entzugssyndrome meist innerhalb der Institution behandelt werden können.

? Soll der niedergelassene Psychotherapeut den Patienten, wenn dieser zur Psychotherapie motiviert ist, trotz seiner Sucht annehmen, oder soll er darauf bestehen, dass der Patient zunächst eine Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung absolviert?

Dies bleibt der Entscheidungstoleranz des jeweiligen Therapeuten überlassen. Man kann empfehlen, Patienten, die die allgemeinen Indikationskriterien für eine Psychotherapie erfüllen, bei Motivation beider Seiten dann für eine ambulante Therapie anzunehmen, wenn zwar Missbrauchstendenzen bestehen, aber keine massivere Abhängigkeit, die durch regelmäßigen Gebrauch und bereits eingetretene Schäden charakterisiert ist. Diese schwereren Formen von Abhängigkeit sollten zunächst stationär (Entgiftung, Distanzierung und Beginn der Entwöhnung) und danach ambulant behandelt werden, wenn die Motivation des Abhängigen zu einer Psychotherapie eindeutig ist.

23.2.2 Therapieziele

Die Prüfung der Motivation zur **Abstinenz** ist eine der schwierigsten Aufgaben bei der Behandlung von Süchtigen. Nicht selten sind die Patienten nur unter dem Druck äußerer Ereignisse, z. B. bei drohendem bzw. eingetretenem Verlust des Arbeitsplatzes oder bei drohendem bzw. vollzogenem Weggang des Partners überhaupt bereit, eine Behandlung zur Abstinenz hin zuzulassen. Dies erfolgt auch dann noch häufig ambivalent. In klinischen Einrichtungen kann während der mehrwöchigen Phase der Entwöhnung eine solche Motivationsarbeit begonnen werden.

Die eigentliche Suchtbehandlung erfolgt bei den schwereren Formen meist in auf diese Erkrankungen spezialisierten Fachkliniken oder in entsprechenden Fachabteilungen (psychiatrischer) Krankenhäuser. In

den länger, oft mehrere Monate dauernden Behandlungen, wird nach der Phase der Entgiftung dann zu folgenden Themen gearbeitet:

- Motivation,
- Kontrolle der Abstinenz,
- Strukturierung der Lebensrealität und insbesondere der sozialen Situation u.a.m.

Daneben spielt die **Angehörigenarbeit** eine wichtige Rolle, da die Angehörigen häufig als Koalkoholiker fungieren, indem sie z. B. zur Verschleierung der Suchttendenzen nach außen beitragen und/oder bei der Beschaffung des Suchtmittels behilflich sind.

! Zu den Zielen der Behandlung gehört es, bei den Patienten Verständnis für die seelischen Hintergründe ihrer Sucht zu fördern und damit zu einer weitergehenden Psychotherapiemotivation beizutragen.

23.2.3 Typische Behandlungsprobleme

Therapeut-Patient-Beziehung

Süchtige Patienten sind bei Psychotherapeuten vielleicht auch deshalb so unbeliebt, weil es schwierig ist, eine kontinuierliche, verlässliche **Arbeitsbeziehung** aufrechtzuerhalten. Die Einhaltung von Regeln und Terminen kann für diese Patienten ebenso problematisch sein wie die für den psychotherapeutischen Prozess und die Beziehung zwischen den Beteiligten notwendige Offenheit. Gemeint ist damit die Neigung vieler Süchtiger zur Bagatellisierung ihres Suchtverhaltens, zu Verleugnungsstrategien gegenüber sich selbst, dem Therapeuten und anderen. Während der Patient z. B. den Therapeuten idealisiert und eine freundlich-harmonische Beziehungsgestaltung initiiert, spaltet er negative Aspekte ab und versucht, diese aus der Beziehung herauszuhalten. Die Arbeit an der Überwindung dieser Spaltung kann sehr schwierig sein.

Hinzu kommt, dass der Psychotherapeut bei der Behandlung süchtiger Patienten in besonders hohem Ausmaß mit deren autodestruktiven Kräften konfrontiert wird: Mehrfache Rückfälle in das Suchtverhalten, das Sich-selbst-Schädigen in wichtigen sozialen Beziehungen sowie in der Wertschätzung und Anerkennung durch andere, evtl. auch das Miterleben-Müssen von Abstieg und Vereinsamung, können den Therapeuten in seiner Gegenübertragung in einen Sog von Hilflosigkeit, Ohnmacht, Depressivität und Wut geraten lassen, aus dem er nur schwer wieder herausfindet.

Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene.

Neben den Idealisierungstendenzen des Patienten kann die psychotherapeutische Arbeit latent auch von einer

negativen Übertragung bestimmt sein, die ebenfalls schwer auszuhalten sein kann. Der Süchtige, der erleichtert ist, einen Therapeuten im Sinne eines guten, haltgebenden Objektes gefunden zu haben, agiert unbewusst seine Erfahrung mit schlechten, unzuverlässigen Objekten und führt dem Therapeuten am eigenen Verhalten (z. B. mit Rückfällen, Nichterscheinen zur Stunde usw.) vor, wie mit ihm umgegangen wurde. Die vom Therapeuten angebotene Objektkonstanz wird also so behandelt, als ob sie gar nicht da wäre und als ob der Therapeut das unzuverlässige, ablehnende, gemeine Objekt wäre, das dem Patienten schaden will. Diese sadistische Projektion kann zu Gegenübertragungsgagieren des Therapeuten führen. Bei den »Vorwurfspatienten« lässt sich manchmal eine ähnliche Dynamik beobachten wie bei »schwierigen Patienten« (► Kap. 6 »Exkurs über sogenannte schwierige Patienten«).

Angst vor Nähe. Probleme können für den Psychotherapeuten auch durch die Näheangst von Süchtigen entstehen. Nun ist die Angst vor Nähe sicher nicht spezifisch für Süchtige, spielt aber doch eine entscheidende Rolle innerhalb der komplizierten Dynamik der Suchtproblematik. Jede Nähe zu anderen wird leicht als Eingengung oder Gefangennahme erlebt und muss abgewehrt werden. Dementsprechend wird Beziehung oft mit erstickender Abhängigkeit gleichgesetzt und gemieden. Aus dieser Näheangst heraus und aufgrund ihrer raschen Enttäuschbarkeit weichen Süchtige dann auf nichtbelebte Objekt wie die Suchtstoffe aus, die man sich stets einverleiben kann, und die damit auch ständig verfügbar sind.

! **Die Angst vor Nähe führt dazu, dass die Sehnsucht nach Liebe, Wärme und Geborgenheit dann primär über den Weg des Suchtmittels und nicht über den Weg der Beziehung, z. B. zum Therapeuten, gelebt wird. So wird in der Sucht eine Sehnsucht gelebt, die darin besteht, dass man sich nur noch sehnt, die Distanz zu den realen Objekten aber nicht mehr überbrücken kann.**

Der Psychotherapeut kann sich so überflüssig vorkommen, indem das Suchtmittel symbolisch als der eigentliche Beziehungspartner angesehen wird. Nähere Ausführungen zum Problem der Näheangst finden sich auch bei Wurmser (1993).

Qualifikation des Therapeuten

Eine allgemeine Psychotherapieweiterbildung in einem oder mehreren Verfahren kann nur den tragenden Boden darstellen, sollte aber durch Wissen über Suchtgefährdung und Therapiemöglichkeiten sowie durch klinische Erfahrungen in spezialisierten Einrichtungen und möglichst auch in der Psychiatrie ergänzt werden.

Eine Bereitschaft zur **interdisziplinären Zusammenarbeit**, z. B. mit Suchtberatern, Sozialarbeitern, Familientherapeuten und anderen Agenturen des Versorgungsnetzes, sollte ebenso wie das Aufsuchen von Supervision bzw. Intervention vorhanden sein.

! **Die Supervision bzw. Intervention stellt angesichts einer so multipel gestörten Klientel auch eine wichtige psychohygienische Maßnahme für den Therapeuten selbst dar.**

23.2.4 Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit

Innerhalb der Psychotherapie abhängigen Verhaltens sind zwei Themen besonders zentral: die Behandlungsmotivation und die Rückfallprävention. Weitere wichtige Elemente sind Kenntnisse sowie Wissen über Alkohol, Abhängigkeit und Reizkonfrontation (»cue exposure«). Nach der Entgiftung schließt sich in der Regel (meist) eine stationäre und/oder ambulante Entwöhnungsbehandlung an, die oft in Gruppen durchgeführt wird. Dieses Therapieangebot dauert zwischen 3 und 12 Monate und kann um die regelmäßigen Besuche von Selbsthilfegruppen ergänzt werden bzw. dazu führen.

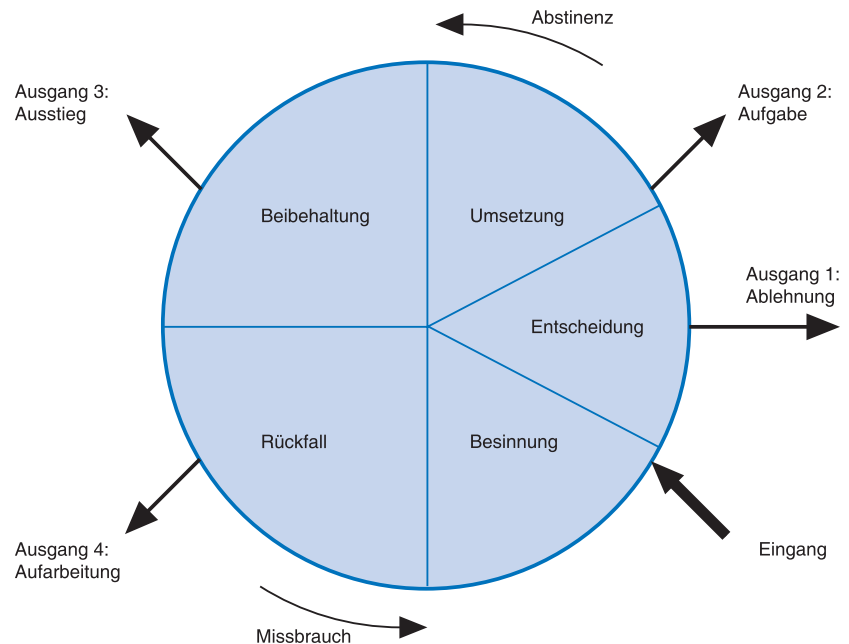
Behandlungsmotivation

Prochaska u. di Clemente (1982) sowie Prochaska et al. (1992) gehen davon aus, dass sich aus dem Abhängigkeitsprozess und dem Verlauf der Alkoholerkrankung heraus die Behandlungsmotivation entwickelt. Dabei postulieren sie, dass im Laufe einer fortschreitenden Suchtentwicklung zunehmend Kräfte entstehen, die zur Überwindung der Sucht beitragen können (■ Abb. 23.1). Die Autoren postulieren spezifische Veränderungsprozesse, wie Bewusstwerdung, Selbstverpflichtung, Dekonditionierung usw., denen man bestimmte kognitive (z. B. interne Umbewertungen) und verhaltensmäßige (z. B. Reizkontrolle) Bewältigungsreaktionen zuordnen kann. Dabei lassen sich auch spezielle motivationale Variablen, wie suchtspezifische Selbstwirksamkeit, Anfälligkeit für Versuchungen sowie die Bewertung von Vor- und Nachteilen des Drogenkonsums unterscheiden.

Die Veränderungsbereitschaft und v. a. die Kraft zur Veränderung der hoch automatisierten Handlungsmuster der Alkoholabhängigkeit baut sich dabei nicht durch einen einmaligen Durchlauf durch diese Stufenabfolge auf.

! **Bei der Suchttherapie ist davon auszugehen, dass mehrfache Anläufe, Abbrüche, Rückfälle, Neueinstiege, Versuche, Teilerfolge usw. allmählich die notwendigen Kräfte für das Durchhalten und die dauerhafte Abstinenz schaffen (■ Abb. 23.2).**

Abb. 23.1. Stufen des Veränderungsprozesses bei Abhängigkeit. (Prochaska u. di Clemente 1982)



Dabei ist es durchaus möglich und sinnvoll, den Abhängigen durch motivationsfördernde Maßnahmen zu helfen (Prochaska u. di Clemente et al. 1992).

Zum Aufbau, zur Steigerung und zur Verbesserung der Behandlungsmotivation bei Alkoholabhängigen hat Petry (1996) die theoretischen Positionen kritisch referiert und ein inzwischen mehrfach empirisch bewährtes Therapieprogramm für Gruppen vorgeschlagen.

Wissen über Alkohol und Abhängigkeit

Eng verbunden mit, ja eine notwendige Voraussetzung der Behandlungsmotivation ist das Behandlungselement Informationsvermittlung. Es bezieht sich auf das Krank-

heitskonzept des Alkoholismus, die Definition von Abhängigkeit, die kurz- und langfristigen Folgen von Alkoholkonsum sowie das Nachvollziehen der individuellen Suchtentwicklung. Dabei wird die Bedrohung durch die bestehende Alkoholabhängigkeit erlebbar gemacht, und es werden effektive Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt, um so zu einer Erhöhung des Änderungswunsches und einer Verbesserung der Abstinenz zu gelangen.

Verhaltensanalyse der Abhängigkeit

Bei der Verhaltens- und Problemanalyse wird von der Abhängigkeitsentwicklung als einem Lernprozess ausge-

Abb. 23.2. Spiralmodell der Veränderungsstufen bei Abhängigkeit. (Prochaska et al. 1992)



gangen. Das Fortbestehen und die Aufrechterhaltung des Trinkverhaltens werden als das Ergebnis vorangehend-situativer, moderierend-kognitiver und nachfolgend-verstärkender Bedingungen verstanden.

Wesentlich bei dieser Behandlungsphase ist das Herausarbeiten der persönlichen früheren und aktuellen Lernbedingungen, individueller Entwicklungsschritte, der Einstellungen und Erwartungen sowie der vorteilhaften und der nachteilhaften Erfahrungen mit Alkohol.

Kognitive Umstrukturierung

Kognitives Umstrukturieren basiert auf der Annahme einer suchtspezifischen Verzerrungsstruktur, die eine Verhaltensänderung durch Bagatellisierungs- und Externalisierungstendenzen sowie durch depressive Denk- und Verhaltensmuster blockiert.

Es wird angenommen, dass die wiederholte Bewusstmachung von Diskrepanzen zwischen inneren Bewertungen und der äußeren Realität sowie der Erarbeitung alternativer Denkweisen und Überzeugungen zu konstruktiven Dissonanzreduzierungs- und Reattributionsprozessen führt. Dabei ist die Therapiegruppe ebenfalls Betroffener ganz wichtig und hilfreich.

Tiffany (1990) hat durch sein Automatic-action-Schemata-Modell eindrücklich gezeigt, wie stereotyp ablaufend, schwer in Teilkomponenten aufbrechbar und veränderungsresistent das konsumatorische, kognitive und motorische Handlungsmuster des Alkoholkonsums ist.

! Umstrukturierungen erfordern viel Kooperation, wiederholtes Training, ständige Wachheit; sie sind daher mühsam und bestenfalls nur allmählich erreichbar.

Rückfallprävention

Entsprechend der sozial-kognitiven Theorie des Alkoholismus wird davon ausgegangen, dass der Erwerb des Trinkverhaltens ein sozialer Lernprozess (► Abschn. 23.1.1) ist, dass vorhandenen Erwartungen eine besondere Bedeutung bei der Steuerung des Trinkverhaltens zukommt, und dass die Gefahr einer Suchtentwicklung besteht, wenn Defizite in der Bewältigung von Stresssituationen vorliegen. Daraus lässt sich ein Modell der Rückfallprävention (■ Abb. 23.3) ableiten.

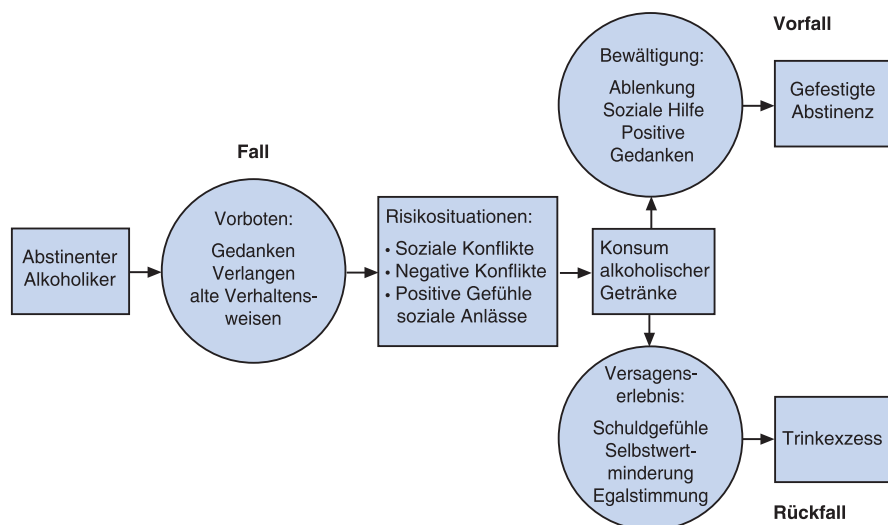
Die Mehrzahl der Rückfallsituationen lässt sich auf typische Risikosituationen zurückführen:

- zwischenmenschliche Konflikte,
- sozialer Konformitätsdruck,
- negative Gefühlszustände und
- inneres Verlangen nach Alkohol.

Je nachdem, ob für solche Situationen kognitive oder verhaltensmäßige Bewältigungsreaktionen vorliegen, erhöht oder erniedrigt sich die Rückfallwahrscheinlichkeit. Rückfallpräventive Bewältigungsstrategien sind:

- positives, handlungsorientiertes und flexibles Denken,
- sozial kompetentes (Ablehnungs-)Verhalten,
- Ablenkungs- und Vermeidungsreaktionen sowie
- Verfügbarkeit sozialer Unterstützung.

Neben den bereits erwähnten kognitiven Umstrukturierungsmaßnahmen werden v. a. übende Elemente (Rollenspiele, Aufgaben für den Alltag) zum Erwerb von sozial kompetentem Verhalten in Angebots- bzw. Versuchungssituationen eingesetzt.



■ Abb. 23.3. Vereinfachtes sozial-kognitives Modell zum Rückfallprozess. (Marlatt u. Gordon 1995)

Tipp

Methoden der Stimuluskontrolle bzw. des effizienten Vermeidens risikoreicher Situationen gelten als berechtigte Mittel, um Rückfälle zu verhindern.

Dabei werden entsprechende Risikosituationen identifiziert und Verhaltensmöglichkeiten, von denen eine die Vermeidung ist, besprochen, durchprobiert und oft in einem »Notfallplan« festgeschrieben.

Reizkonfrontation (»cue exposure«)

Das Verlangen nach Alkohol (»craving«, Suchtdruck) wird sowohl physiologisch als auch über wiederholte Konditionierungserfahrungen psychologisch gesteuert. Häufig tritt dieses Verlangen unerwartet bzw. überraschend heftig auf. Neben physiologischen Mechanismen (im Sinne eines protrahierten Entzugssyndroms) spielen dabei subtile situative, kognitive und habitua-tive Mechanismen eine Rolle (Tiffany 1990). Die Beantwortung des Verlangens nach Alkohol mit dem Konsum des Suchtmittels trägt u. a. über den Mechanismus der »negativen Verstärkung« zur Stabilisierung der Gewohnheitsbildung und zum Fortbestehen der Alkoholkrankung bei. Die Konfrontation mit konditionierten Auslösern (z. B. Lieblingsgetränk, Umgebung, Zeitdruck, Langeweile usw.) ohne Alkoholkonsum – und zwar so lange, bis Habituation eintritt – ist daher theoretisch erforderlich und klinisch sinnvoll.

! **Ziele der Exposition (Auslöser für Alkoholverlangen) mit Reaktionsverhinderung (trotz Exposition kein Alkoholkonsum) sind einerseits die Löschung eingefahrener Gewohnheiten und Handlungsmuster, andererseits der Aufbau von Bewältigungssicherheit durch die Habituationserfahrungen.**

Drummond u. Glautier (1994) haben dazu ein Vorgehen für die stationäre Phase vorgeschlagen. Diese Therapie sieht tägliche, ein- bis mehrstündige Expositionsübungen mit Reaktionsverhinderung über 2 Wochen vor. Begleitend werden physiologische (Puls, elektrodermale Aktivität) und subjektive (Suchtdruck, Anspannung, Nervosität) Maße bis zum Eintreten der Habituation erhoben. Die Therapie wird ambulant geplant fortgesetzt; die Patienten üben selbstständig unter realen Bedin-

gungen. Dabei haben regelmäßige Einzel- oder Gruppensitzungen wichtige unterstützende, erklärende und verstärkende Funktion. Oft kommt es jetzt erst dazu, dass eingeschliffene Handlungsabläufe, Denkmuster und Affekte deutlich werden und einer Veränderung zugeführt werden können (► Abschn. 23.4).

23.3 Evaluation der Alkoholismusbehandlung

Langzeitstudien zeigen, dass Abhängigkeitskarrieren oft bis zu 20 Jahre dauern; während dieser Zeit sind wiederholte Entgiftungen, Entwöhnungsbehandlungen und andere kurz- bzw. längerfristige therapeutische Maßnahmen nicht ungewöhnlich (Lindenmeyer 2005).

! **Die Mehrzahl aller behandelten Abhängigen wird 5 Jahre nach Behandlungsende wieder rückfällig.**

Die Zahlen schwanken je nach Kriterium und Studienplan. Verhaltenstherapeutische Programme erreichen meist eine Abstinenz bei 40–45% der Betroffenen, bei 15–20% der Patienten eine deutliche Besserung bei wiederholten Rückfällen mit abstinenten Phasen, und bei 40–45% der Abhängigen bleibt eine unveränderte Abhängigkeitsproblematik bestehen. Kontrolliert und sozial angemessen Alkohol zu trinken, schaffen nur wenige (bestenfalls 5% der Patienten). Angesichts dieser Zahlen ist zu erwarten, dass bei einem ersten psychotherapeutischen Versuch die Wahrscheinlichkeit eines langfristigen Erfolgs eher gering ist. Mehrere therapeutische Anläufe sind typisch. Dabei erscheint es wenig zielführend, die psychotherapeutischen Kontakte anfangs auf eine längerfristige Strecke anzulegen. Nach vorliegenden Evidenzen sind hoch komplexe und langfristig angelegte Psychotherapien nicht erfolgreicher als kurzfristige, dafür bei einem Rückfall rasch wieder einsetzende Interventionen (Hautzinger et al. 2005).

Entscheidend für den erfolgreichen Verlauf ist das erste Jahr nach Behandlungsabschluss. Wird diese Zeit ohne Rückfall überstanden, sinkt die Wahrscheinlichkeit eines ernsthaften Rückschlags deutlich. Hierzu ist ambulante Psychotherapie, ergänzt durch Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, indiziert.

Exkurs**Süchtige Kollegen**

Die hohe Suchtgefährdung innerhalb der helfenden Berufe ist bekannt, und besonders auf die Gefährdung durch Alkoholismus wird immer wieder hingewiesen.

! In Untersuchungen wurde festgestellt, dass der Anteil an Alkoholikern bei sog. Medizinalpersonen (Ärzte, Apotheker, Schwestern, Pfleger usw.) deutlich höher als in der Normalbevölkerung ist (Heim 1993; Leesemann 1994; Mäulen 1993, 1995). Fachleute vermuten eine Prävalenz von ca. 2–5%.

Aufgrund der besonderen Stellung des Arztes vollziehen sich Erkrankung, chronische Phase und Rehabilitation meist abgeschirmt gegenüber der Außenwelt. Wie bei anderen Berufsgruppen mit hoher Verantwortung und gehobener Position führt dies häufig zu prolongierten Krankheitsverläufen. Am Ende einer solchen Entwicklung steht nicht selten ein Suizid.

Eindeutige Hinweise auf eine besondere Suchtgefährdung einzelner Fachdisziplinen sind nicht bekannt, jedenfalls wird man nach den bisher vorliegenden Untersuchungen nicht sagen können, dass Psychotherapeuten ein besonders hohes Suchtrisiko hätten. Trotzdem muss dieser Punkt auch für diese Berufsgruppe bedacht werden.

Murray (1974) erklärte die hohe Alkoholmorbidity und auch die erhöhte Suizidgefährdung damit, dass der Arztberuf möglicherweise schon von vornherein eine Minderheit anziehe, die besonders anfällig für spätere Niederlagen sei. Andere Autoren sehen eine Ursache darin, dass der Arzt mit großen Erwartungen an erfolgreiche Hilfeleistung an seinen Beruf herangeht, auf die Dauer jedoch entmutigt sowie frustriert wird und besonders dann zur Sucht neigt, wenn seine Erwartungen endgültig zerstört sind. Wieder andere Autoren sehen die Ursachen eher in den Belastungen des Arztberufes, wie z. B. den drängenden Bedürfnissen des Patienten, der Aufrechterhaltung der beruflichen Fähigkeiten sowie der sozialen und privaten Pflichten.

Bedenkt man die berufliche Situation von Psychotherapeuten (Fengler 1994; Reimer 1994), so kann es sehr wohl sein, dass Therapeuten Suchtmittel in gleicher Weise zum Schutz bzw. zur Bewältigung benutzen wie andere Menschen auch.

Hilfsmöglichkeiten für abhängige Therapeuten

In den letzten Jahren ist zunehmend auch über Hilfsmöglichkeiten für abhängige Therapeuten, insbeson-

dere Ärzte, publiziert worden (Mäulen 1995; Mäulen et al. 1995; Mundle et al. 2006). Hier wird u. a. beschrieben, in welchem Ausmaß Ärzte durch ihre Erkrankung in berufliche Not kommen können, da ihnen beim Bekanntwerden ihrer Sucht der Entzug der Zulassung bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und letztlich auch der Entzug ihrer Approbation drohen.

Die Ärztekammern sind sich dieses Problems zunehmend bewusst, haben teilweise Rehabilitationsprogramme entwickelt und ihre Mitglieder darauf hingewiesen, dass durch das Auftreten einer Abhängigkeit weder eine Schuld begründet werde, noch dass diese Zweifel über den Charakter erlaube. Die Kammern haben auch unter der Voraussetzung, dass die Kollegen sich in eine spezielle Therapie begeben haben, häufig erreichen können, dass der drohende Entzug einer Kassenzulassung ausgesetzt wurde.

! Nach Mäulen (1995) ist eine erfolgversprechende Behandlung abhängigkeitskranker Kollegen dann möglich, wenn diesem Personenkreis ein spezialisiertes Behandlungssetting zur Verfügung gestellt wird.

Ein solches Programm wird von Mäulen beschrieben. Über die eigentliche stationäre Behandlung hinaus wird eine intensive Nachbehandlung durchgeführt, und zwar sowohl psychotherapeutisch wie auch in Selbsthilfegruppen, und eine in bestimmten Zeitabschnitten immer wieder erfolgende ambulante Vorstellung in der Spezialklinik, in der klinische und psychodiagnostische Nachuntersuchungen, einschließlich Laborerhebung, vorgenommen werden. Der danach erstellte Befundbericht wird den Betroffenen und evtl. auch der jeweiligen Instanz vorgelegt. Am Ende einer so kontrollierten poststationären Phase von einem Jahr haben nach der Erfahrung von Mäulen, wenn der Erfolg der Behandlung dokumentiert werden konnte, in der Regel alle beteiligten Stellen die Akten geschlossen.

! Ärzte und evtl. auch Psychotherapeuten haben ein hohes berufsspezifisches Risiko, im Laufe ihrer beruflichen Tätigkeit Missbrauch und Abhängigkeit zu entwickeln. Problematisch ist dabei v. a. die ausgeprägte Verleugnungstendenz der Betroffenen selber bei gleichzeitig erhaltener guter sozialer Einbindung.

Mehr als in anderen Berufsgruppen lassen sich verschiedene Versuche der »Selbstbehandlung« nachweisen.

Auch in den eigenen Reihen werden alkoholranke Kollegen oft nicht erkannt. Die süchtigen Tendenzen der

Ärzte selbst werden abgewehrt, bagatellisiert und nicht als ernstes Problem gesehen. Diese Verleugnungstendenz ist möglicherweise das größte Problem bei der Behandlung abhängiger Kollegen, weil sich der betroffene Süchtige selbst und seine Umgebung in dieser Verleugnung häufig entgegenkommen und eine Art stillschweigender Allianz miteinander eingehen, in der man zwar von der Suchtproblematik weiß, sie aber nicht offen anspricht. Die daraus resultierenden psychischen Probleme, wie z. B. Scham- und Schuldgefühle, aber auch Selbstwertprobleme, liegen

auf der Hand. Diese werden sich in jedem Fall in irgendeiner Weise negativ auf die Behandlung von Patienten auswirken.

Die Weiterbildung vermittelnden Institutionen, z. B. die psychotherapeutischen Institute, sollten die Problematik des gefährdeten und kranken Helfers in ihre Curricula aufnehmen, damit einmal über berufsspezifische Belastungen und deren mögliche Folgen, aber auch über Hilfsmöglichkeiten für Betroffene informiert und gesprochen werden kann.

23.4 Eine typische Kasuistik

Fallbeispiel: Behandlung mit Cue-exposure

Der inzwischen arbeitslose 34-jährige Patient kann auf eine 16-jährige Suchtkarriere zurückblicken. Er befindet sich zum wiederholten Mal in der Klinik und hat bereits zwei vielmotivante Entwöhnungsbehandlungen absolviert. Allein in den letzten 3 Monaten ist der Patient 2-mal stationär zur Entgiftung aufgenommen worden. Seine Bereitschaft, an der stationären Einzel- und Gruppentherapie unter Einschluss wiederholter Konfrontation mit Alkoholverlangen auslösenden Reizen teilzunehmen, ist durch diese aktuellen, recht dramatischen Erfahrungen gestiegen. Nach der Entgiftung beginnt zunächst eine 4-wöchige stationäre Verhaltenstherapie, die über 8 Wochen ambulant fortgeführt wird. Erst nach dem Abschluss dieser Behandlung soll unter Abwägung der Notwendigkeit, der Kooperation des Patienten und der bis dahin erzielten Fortschritte über eine weitergehende Therapie entschieden werden.

Die Komponenten der anfänglichen 4-wöchigen Verhaltenstherapie sind:

- **Motivierung:** individuelle Suchtanamnese, Analyse persönlicher Risikosituationen und der Defizite im Sozialverhalten, Verbesserung des Wissens über Alkohol, Alkoholismus und Alkoholabhängigkeit, Herausarbeiten der Vorteile von Abstinenz und der Nachteile von Weitertrinken und Erarbeitung eines Modells für die persönliche Entwicklung hin zu der heutigen Situation.
- **Tägliches Cue exposure** über 14 Tage; hierbei wird mit Anblick, Geruch und Geschmack des Lieblingsgetränks (»Wodka« einer bestimmten Marke) konfrontiert.

Zunächst werden Sinn und Zweck der Konfrontationsübungen mit dem Patienten herausgearbeitet. Dabei werden die Anlässe und die Abläufe seiner vielfältigen Rückfallerfahrungen herangezogen. Typische Auslöser für ihn sind Entzug mit beginnenden körperlichen Symptomen (bei ihm v. a. Kopfdruck, Mundtrockenheit), Langeweile, Unruhe, Niedergeschlagenheit, Werbung von Wodka, Anblick des Lieblingsgetränks,

Einschenken (er liebt es dabei, große Gläser ganz voll zu füllen), doch auch Geruch und erster Schluck des hochprozentigen Alkoholgetränks. In der Regel kommt es spätestens beim Einschenken zu einem so heftigen »Suchtdruck« und Verlangen, neben den bestehenden körperlichen Symptomen (bei Entzug), dass er keine Kontrolle mehr über den weiteren Handlungsablauf hat.

Ziel der Konfrontationsübungen ist es nun, diese automatisierten Reaktionsmuster durch Erfahrung der Habituation des Verlangens und des Nachlassens des Suchtdrucks ohne Alkoholtrinken bzw. Flucht zu löschen. Bei den anfänglichen Therapiesitzungen (die ersten 2 Tage) reagiert der Patient auf den Anblick nur mit mittlerem Verlangen und mäßigen körperlichen Symptomen. Die Habituation gelingt jedoch gut, und die Sitzungen werden mit fast völlig abgeklungenem Verlangen und keinerlei körperlichen Symptomen jeweils nach knapp 2 Stunden beendet. Das Verlangen und alle für ihn typischen Beschwerden (bis hin zu Muskelkrämpfen und heftigen Kopfschmerzen) steigen auf den höchsten Punkt (10 auf einer subjektiven Skala), als der Patient ab dem dritten Übungstag das gefüllte Glas mit Wodka zum Mund führen soll, daran riecht bzw. mit einem Finger etwas von dem Getränk in den Mund bringt. Die ersten Sitzungen können nur dadurch mit einem weitgehend verschwundenen Verlangen und einer abgeklungenen Symptomatik erfolgreich beendet werden, dass der Patient mit Muskelentspannungsübungen kurzfristig abgelenkt wird. Im weiteren Verlauf, etwa ab der fünften Expositionssitzung, gelingt die Habituation auch ohne diese Hilfe. Am Ende der zweiwöchigen täglichen Übungen kann der Patient sein Lieblingsgetränk ohne aufsteigendes Verlangen einkaufen, über Stunden offen bei sich stehen haben, an seinem Wodka riechen, ein Glas vollschenken, etwas davon in den Mund nehmen und es schmecken.

Während der nun anschließenden ambulanten Therapiephase sind folgende Elemente zur Kompetenzverbesserung geplant:

- fortgesetzte Expositionsübungen,
- Stimuluskontrolle und Vermeidung überfordernder Risikosituationen,

- *Ablehnungstraining und Rollenspiele zur Selbstsicherheit,*
- *Aufbau von Kommunikations- und Interaktionsverhalten,*
- *Umgang mit Alleinsein,*
- *Freizeitgestaltung sowie*
- *Aufbau von Konzentrationsfähigkeit, Arbeitsverhalten und Tagesstrukturierung.*

Fazit

Alkoholabhängigkeit und andere stoffgebundene Süchte sind chronische Erkrankungen, die psychotherapeutisch längerfristig dennoch gut behandelbar sind. Vonseiten der Therapeuten werden hoher persönlicher Einsatz, Flexibilität und große Frustrationstoleranz erwartet, denn Rückschläge und Misserfolge dominieren anfangs. Erst nach wiederholten Rückfällen und längerer Zeit in der Abhängigkeit entwickeln sich bei den Patienten die motivationale Basis für Einstellungs- sowie Verhaltensänderungen und die langfristige Abstinenz. Die Psychotherapie muss dabei nicht nur am süchtigen Verhalten, sondern am Aufbau alternativer Verhaltensweisen, angemessener Umgang mit Emotionen (Ärger, Frustrationen), Veränderung von Einstellungen, der Freizeit- und Arbeitsgestaltung sowie dem Sozialverhalten, ansetzen.

Empfohlene Literatur

- Fengler J (1994) Süchtige und Tüchtige – Begegnung und Arbeit mit Abhängigen. Pfeiffer, München
(Eine lesenswerte Einführung für Psychotherapeuten.)
- Lindenmeyer J (2003) Lieber schlau als blau. Informationen zur Alkoholabhängigkeit. Beltz/PVU, Weinheim
(Entstanden aus der Notwendigkeit, selbst langjährig Abhängige über Alkohol sowie dessen kurz- und langfristige Wirkungen wiederholt aufklären zu müssen; liegt hier ein sehr gut lesbares, gut illustriertes Buch für Betroffene und damit auch für Therapeuten vor.)
- Lindenmeyer J (2005) Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie, Bd 6. Hogrefe, Göttingen
(Eine knappe, auf das Wesentliche reduzierte Darstellung relevanter und erfolgreicher Konzepte, diagnostischer Vorgehensweisen und Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen.)