

Suchtmittelabhängige in der ambulanten psychotherapeutisch-psychoanalytischen Praxis

TREATMENT OF ADDICTION IN PSYCHOTHERAPY/PSYCHOANALYSIS OUTPATIENTS

Manuela Torelli

Zusammenfassung

In einer liberalisierten Gesellschaft stellen sich pathologische Abhängigkeitserkrankungen den niedergelassenen Psychotherapeut(inn)en und Psychoanalytikerinnen/-analytikern heute völlig anders dar als noch vor zwanzig Jahren. Die Autorin versucht nach der Darstellung der verschiedenen klinischen Manifestationen von Sucht die moderne psychoanalytisch orientierte Psychotherapie möglichst praxisnah zu beschreiben, um den niedergelassenen Kolleg(inn)en Mut zu machen, suchtmittelabhängige Patient(inn)en nicht sofort abzuweisen. Zuvor werden klassische psychoanalytische Erklärungsansätze kurz referiert. Daneben stehen aktuelle Zahlen wie Ergebnisse von Studien aus anderen Fachgebieten, um ein breit gefächertes kompaktes Wissen zum Thema Sucht zu vermitteln. Großen Raum nehmen die Modifikation der klassischen Behandlungstechnik sowie die speziellen Übertragungs- wie Gegenübertragungskonstellationen in der ambulanten Behandlung von Suchtmittelabhängigen ein sowie Vorschläge zu deren Bewältigung.

Schlüsselwörter

Jugendkultur - Alkohol-, Medikamenten-, Drogenabhängigkeit - Behandlungstechnik in der ambulanten Praxis - spezifische Übertragung und Gegenübertragung

Summary

In modern society, dependency illness confronts established psychotherapists and psychoanalysts in quite a different way to twenty years ago. The author will, after presenting the various clinical manifestations of addiction, try to describe modern psychoanalysis-orientated psychotherapy in relation to everyday work, in order to encourage established colleagues not to immediately turn addicted patients away. First will be notes on classic psychoanalytical interpretations. Alongside these will be current data, for example results of studies in other subjects, in order to impart a wide-ranging knowledge on the subject of addiction.

Of major importance is the modification of the classic method of treatment as well as specific transference and countertransference problems in the treatment of addicted outpatients as well as suggestions on how to control this.

Keywords

youth culture - alcohol, medication and drug addiction - treatment for outpatients - specific transference and countertransference

Einführung

Der Kick ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Was noch vor dreißig Jahren Szenejargon war und den Höhepunkt der Wirkung einer intravenösen Injektion von Heroin beschrieb, wird heute in der Werbung eingesetzt. „Schmeckt toll! Kickt voll.“ Jakobs ICEpresso wirbt mit einer sexy jungen Frau, die sich à la Marilyn Monroe mit hochgewehten Rock und hochstehendem, allerdings rotem Wallehaar mit dem o.g. Erfrischungsgetränk fast die Zunge spaltet. Die Darstellung ist verzerrt; man könnte beim Betrachten denken, man sei selbst bereits im Rauschzustand und habe eine in der Größe verschobene Wahrnehmung. Das Getränk kann „pfandfrei“ genossen werden; die Betonung liegt auf Freiheit von gesellschaftlicher Verantwortung. Interessanterweise war Marilyn Monroe vermutlich selbst tablettenabhängig; sehr wahrscheinlich ist sie an einer Überdosis Medikamente, gemischt mit Alkohol, gestorben.

Die heutige Jugendkultur ist von weiteren Begriffen aus der Zeit nach '68 geprägt, in der eine große Gruppe Jugendlicher und junger Erwachsener die innere wie äußere Befreiung – neben bis heute wichtigen politischen Forderungen nach ei-

ner gedanklichen Öffnung Nachkriegsdeutschlands - in einer Art Grenzenlosigkeit sowohl sexueller Art als auch im Konsum von Psychostimulanzien sah. In dieser Zeit sind die ersten psychotherapeutischen Experimente mit LSD von Thomas Leary nur konsequent. „Bewusstseinserweiterung“ war das Schlagwort dieser Generation und ist es noch heute von Menschen, die vermutlich damit ihre Haschischabhängigkeit rationalisieren. Im Laufe der Jahre und Jahrzehnte kam es zu einer immer stärkeren Enttabuisierung und Entstigmatisierung des Drogenkonsums. Immer weitere Kreise von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, meist solche, die ihre Adoleszenz weit in das junge Erwachsenenalter verlängerten, wurden vom Probierkonsum ergriffen. Deren Kinder und die Kinder der ganzen Generation repräsentieren dieses Phänomen in ihrem Sprachgebrauch: Ob „voll geil“ oder „cool“, „hip“ oder „mega-in“; die Wortneuschöpfungen beschreiben Superlative. Und werden sowohl von Mittdreißigern als auch von Erstklässlern, die groß wirken wollen, benutzt.

Skandale, wie die aktuelle Auseinandersetzung um Michel Friedman, begleiten diese gesellschaftlichen Erscheinungen

medial. So genannte und so gedachte Vorbilder und öffentliche Instanzen fallen der Kultur des Größenwahns genauso anheim wie der Schüler oder Angestellte von nebenan, der sich in der Disco oder mit Freunden „die Birne zuknallt“.

Der Begriff Sucht¹ ist nicht einheitlich definiert. Allen Vorschlägen ist gemeinsam, dass Sucht ein unabweisbares Verlangen nach einem inneren Erlebniszustand sei. Alle Nosologie zielte darauf, Suchtmittelabhängige mehr als seelisch Kranke denn als Versager und randständige Gesellschaftsmitglieder zu verstehen. Dabei kam es zu einer interessanten Nebenwirkung: Je mehr Hilfeangebote existierten und je stärker die Entdiskriminierung Alkoholkranker oder Drogenabhängiger voranschritt, desto mehr wurden deren „Lebensstil“ und deren Begrifflichkeit in den Mainstream der Gesellschaft aufgenommen. Eine ähnliche Entwicklung kann man bei der Integration der Homosexuellen in die bürgerliche Gesellschaft beobachten; schon immer waren gerade die Schwulen Vorreiter bei Modetrends in der Kleidung als auch in der Kosmetik und der Aufweichung des maskulinen Rollenstereotyps. Nur so offensichtlich wie heute war es noch nie. Langsam wird es chic, wenigstens ein bisschen „bi“ zu sein. Und hat ein Jugendlicher heute noch nie illegale Drogen konsumiert, ist er Außenseiter.

Gleichzeitig besteht die Gefahr einer Ausweitung des Suchtbegriffs: Arbeitssucht, Sexsucht, Fernsehsucht. „Nicht jeder affektive Extremzustand im Verhalten einer Person ist Ausdruck einer Sucht“ (Renn, 2002).

Oberflächlich geschieht also eine Öffnung und Erweiterung von Toleranz gegenüber gesellschaftlichen Minderheiten. Doch wie sieht es mit dem Stand der Information gerade über Suchtmittelerkrankte aus? Meiner Einschätzung nach liegt in der Trendisierung von früher marginalisierten Gruppen auch ein gesamtgesellschaftlicher Widerstand, sich tiefer mit dem inneren und äußeren Elend und der Ohnmacht gegenüber diesen schweren psychischen Erkrankungen auseinander zu setzen. Obwohl mittlerweile fast jeder von der traumatischen Biografie Marilyn Monroes weiß, wird die Werbeindustrie nicht müde, sie als unsterbliches Sexsymbol und Ikone einer hochsexualisierten, von anderen Bedürfnissen freien Femininität zu feiern. Es wirkt so, als müsse die Tragik hinter einer auf exhibitionistisches Sexappeal reduzierte Weiblichkeit, trotz aller Gedanken der Emanzipationsbewegung, stereotyp und in dauernder Wiederholung verleugnet werden. Der unbewusste Wunsch mancher Frauen, eine ewig ödipale Tochter bleiben zu dürfen und im Akt der Verführung der väterlichen Figur dauernden Schutz vor den Anforderungen des Erwachsenenlebens zu finden, scheint unausrottbar. Die Pathologie dieser Szene, die nur mit Krücken und dem Verdecken der Notwendigkeit des Abschieds vom Kindsein zu bewerkstelligen ist, bleibt in einer Art Pseudoästhetik versteckt.

¹ „Wenn das Wort „sucht“ auch aus dem Alt-/Mittelhochdeutschen „siech“/„Seuche“ stammt, so sind die Betroffenen meist auf der „Suche“ nach metaphysischem Erleben, um aus ihrer Not der Realität herauszufinden“ (Klußmann, 2002, S. 327).

Zurück zum eigentlichen Thema:

Nach lang anhaltenden Erfolgen des Drogenhilfenetzes mit einer Senkung der Sterberaten beispielsweise bei Drogenabhängigen titelt eine große deutsche Tageszeitung im Juli dieses Jahres mit der Überschrift: „Trauriger Rekord in der Drogenszene“. Im ersten Halbjahr 2003 seien ca. 50 % mehr Drogentote zu registrieren als im Halbjahr davor. „Wirtschaftliche Depression und fehlende Perspektiven“ (SZ v. 15.07.03) werden als Gründe genannt. Wir scheinen uns mit der Tatsache anfreunden zu müssen, dass nur gute und fette Zeiten auch bessere Zeiten für Randgruppen sind.

Da Suchtmittelabhängige wenig bis keine gesellschaftliche Produktivität besitzen, sondern fast nur Geldmittelempfänger sind, haben sie bei der Integration in einen bereits völlig überstrapazierten Arbeitsmarkt die größten Schwierigkeiten.

Auch Psychotherapeut(inn)en, gerade mit analytischer Ausbildung, die stark auf das Verstehen des psychischen Innenlebens fixiert war, müssen akzeptieren, wie stark die aktuellen gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse auf Genesungschancen und den Krankheitsverlauf unserer Patient(inn)en Einfluss nehmen.

Ich möchte in dieser Arbeit in keinem Fall therapeutischem Pessimismus, der in der Suchttherapie weit verbreitet war, Vorschub leisten. Immer wieder kommen Patient(inn)en in meine Praxis, die nach einer Suchtanamnese von niedergelassenen Psychotherapeut(inn)en als nicht ambulant behandelbar abgelehnt wurden. Oft sind Unkenntnis bis hin zu Vorurteilen Ursache solcher Zurückweisungen. Menschen in depressiven Krisen, die als Einschlafhilfe Alkohol benutzen, oder Adoleszente, die in ihrem Ablösungskampf mit Haschisch oder Marihuana experimentieren und provozieren, werden mit wirklich Suchtmittelabhängigen verwechselt.

Dieser Artikel soll Mut machen, mit einer guten Differenzialdiagnostik und dem entsprechenden behandlungstechnischen Rüstzeug auch in der niedergelassenen Praxis Suchtmittelabhängige von Konsumenten, die passager Psychostimulanzien einnehmen, zu unterscheiden und zu behandeln. Es werden wohl nicht nur erfolgreiche Prozesse werden. Trotzdem möchte ich einige Anregungen geben, die uns helfen können, mit einer spezifischen Modifikation des therapeutischen Settings auf dem langen Weg, den Suchtmittelabhängige durch das Hilfesystem gehen, ein wichtiger Schritt und Orientierungspunkt zu sein.

Am Beginn stehen nach einem kurzen Überblick zusammengefasst die wichtigsten Daten, die man kennen sollte, wenn man mit Abhängigkeitserkrankten umgeht. Den Hauptteil möchte ich der spezifischen Behandlungstechnik widmen, die uns niedergelassenen Therapeut(inn)en helfen kann, an der harten und oft chronifizierten Symptomatik nicht zu scheitern und diese Patient(inn)en nicht sofort abzulehnen, sondern ihnen ein oder auch zwei wichtige Steinchen auf ihrem langen Weg durch das Hilfesystem mitzugeben.

Überblick und Definitionen

Sucht und Abhängigkeit zeichnen sich immer durch den unwiderstehlichen Drang aus, sich eine eigentlich giftige Substanz einzuverleiben. Diese ist immer von Intoxikation begleitet; d.h. Substanzen, die in kleineren Dosen gut somatisch und psychisch toleriert werden und sogar nützlich sein können (auch Opiate zur Schmerzregulation), werden ohne ärztliche Kontrolle überdosiert.

Keiner therapeutischen Schule ist es bisher gelungen, ein einheitliches und in sich konsistentes Erklärungsmodell für die Entwicklung einer Substanz-Abhängigkeit zu konzipieren. Deshalb ist sich die Fachwelt mittlerweile einig, dass eklektische Modelle, die aus den verschiedenen Schulrichtungen (meist klinisch) relevante Erklärungsansätze anbieten, am hilfreichsten sind. Die unterschiedlichen theoretischen Ausrichtungen führen damit zu einer hohen Komplexität der Behandlungen. Dazu kommen Suchterkrankungen unterschiedlicher Schwere, die wenig therapeutischen Optimismus erlauben. Gerade deshalb konkurrieren Vertreter einzelner Schulen heftig miteinander. Vermutlich dient die fachliche Rivalität einer kollektiven Abwehr von Ohnmachtsgefühlen: Niemand weiß genau, wie Sucht entsteht oder mit welchen Mitteln man sie am besten „heilen“ kann.

Traditionelle psychoanalytische Ansätze versuchen, Sucht als „Abhängigkeitsbedürfnisse zu erklären, die im Gefolge psychosexueller Entwicklungsstörungen auftreten“ (Scheerer, 1995). Besonders die Ich-Schwäche und die Über-Ich-Pathologie werden betont. Das Ich sei unreif, oral fixiert und instabil, das Über-Ich entweder zu schwach oder sadistisch gefärbt. Sucht wird als Symptom verstanden diese Strukturdefizite, insbesondere das Fehlen reifer Abwehrmechanismen, zu kompensieren.

Neben psychosomatischen, Borderline-Erkrankungen und Psychosen sieht die Objektbeziehungstheorie Sucht als eine der frühen Störungen. Die pathologischen inneren Objekte und Introjekte sollen durch einen chronischen, latent vorhandenen Suizidimpuls in Form der Intoxikation vernichtet werden.

Beide Ansätze können einige Phänomene von Suchterkrankungen verständlich machen. Darüber hinaus hat sich ein gewisser fachlicher Minimal-Konsens entwickelt, der psychoanalytisches Gedankengut mit einbezieht, ohne es explizit zu zitieren.

Bei stoffgebundenen Suchtformen sollte immer nach drei Komponenten gefragt werden:

1. „Nach der individuellen Grundstörung, die eine Suchtentwicklung einleitete, hier denken wir z. B. an chronische Schmerzzustände oder an bestimmte Konfliktsituationen ...“ (DHS, 2003).

Der Begriff „Grundstörung“ stammt eigentlich aus der Psychoanalyse. Balint (1957, in Mertens und Waldvogel, 2000) nahm einen sog. lack of fit in der Beziehung zwischen frühen Bezugspersonen und Kind an, der zu einer beim Kind unverarbeiteten „Diskrepanz zwischen den biophysischen Grundbedürfnissen (...) und der materiellen und psychischen Fürsorge, Pflege und Zuneigung, die ihm zuteil werden“, führt.

Diese Definition der „Grundstörung“ geht weit über „Konfliktsituationen“ hinaus, die oben zitiert werden. Diese wären ja in neurotischen Erkrankungen psychogenetische Hauptfaktoren. Meiner Ansicht nach liegt jeder schweren Suchterkrankung eine tiefe Verunsicherung im Vertrauen auf Objektbeziehungen zugrunde, so dass ich Balints Definition treffen der finde. Nicht im Abwehrsystem scheint mir die Schwäche Suchtmittelabhängiger zu liegen, sondern vielmehr in tiefen Brüchen in der Persönlichkeitsstruktur und Beziehungsfähigkeit.

„Chronische Schmerzzustände“ werden oben nicht nach psychischer oder somatischer Genese differenziert. Vermutlich sind somatische Schmerzzustände gemeint wie beispielsweise bei chronischen Tumorerkrankungen u.a. Selbstverständlich kann eine Morphinabhängigkeit bei kontinuierlicher hochpotenter Schmerzmitteleinnahme entstehen. Sie ist meiner Ansicht nach aber in keinem Bezug zur rein seelisch bedingten Suchtmittelabhängigkeit zu sehen. Liegt nicht eine „Grundstörung“ in Balint'schen Sinne vor, würde ich annehmen, dass jeder Morphinabhängige nach einem körperlichen und leichten seelischen Entzug wieder nüchtern leben kann. Wir erleben ja auch im hochtoxischen Bereich von Heroin, Kokain und Medikamentenbereich viele sog. Probierer, die ein- oder mehrmals o.g. Stoffe über unterschiedlich lange Zeiträume hinaus konsumieren, aber nie psychisch abhängig davon werden.

2. „Nach den psychopathologischen Folgen der Suchtmittel-einnahme, hier denken wir insbesondere an toxisch bedingte Veränderungen der Kritikfähigkeit oder des Gedächtnisses ...“ (s.o.).

Hier werden psychische Veränderungen beschrieben, die im Verlauf und während der Chronifizierung abhängiger Erkrankung entstehen. Was schließlich Ursache dieser Persönlichkeitsveränderungen ist, bleibt ungewiss. Liegt der Grund in der prämorbidem Persönlichkeit oder an den auf das Gehirn toxischen Wirkungen der verschiedenen Substanzen? Meiner Meinung nach wird die Wahrheit wahrscheinlich in einer Mischung dieser beiden Phänomene liegen, wobei die individuelle Psychodynamik und Persönlichkeitsstruktur des Einzelnen um einiges überwiegt. Der Verfall der Moral, den die verschiedensten Profis des Hilfesystems trotz der weiten Verbreitung immer wieder überrascht wahrnehmen, ist aber auch eklatant. Meist polytoxikomane Patienten schrecken fast vor nichts mehr zurück, um Stoff oder Geldmittel für Stoff zu beschaffen. Die an Fremden oder anonymen Einrichtungen wie Kaufhäusern vollzogene Beschaffungskriminalität steht beim Untergang des Über-Ich an vorderster Stelle. Ob enge Verwandte, das eigene Erbe oder sogar Therapeuten; alle werden emotional ausgeraubt und real beklaut. Irgendwann im Abhängigkeitsverlauf tritt ein *point of no return* oder auch die absolute Gleichgültigkeit gegenüber gesellschaftlichen und zwischenmenschlichen Normen auf. Mangel an „Kritikfähigkeit“ bleibt hier ein Euphemismus. Am besten lassen sich diese Entwicklungen mit schwer narzisstischen Störungen beschreiben, in denen wichtige Komponenten von Beziehungsfähigkeit, umgangssprachlich die Fähigkeit zum „Geben und Nehmen“ (und zwar in dieser Reihenfolge), nie vorhanden

waren oder vollständig verloren gehen. Ob hinter diesen Vorgängen die narzisstische Psychodynamik von Neid und Hass und dem daraus resultierenden Bedürfnis, das Objekt aus überwältigenden Gefühlen von Rache und Gier heraus um das Beneidete zu berauben, sei dahingestellt. Baut man theoretisch auf Balints Grundstörung auf, scheint die theoretische Erweiterung um die Gedanken Melanie Kleins (1957, in Mertens und Waldvogel, 2000) logisch und hilfreich.

3. „Nach dem Grad der Suchthaltung dem Leben gegenüber, also der Süchtigkeit, die eine psychologische Eigengesetzlichkeit besitzt und stoffunabhängig ist ...“ (s.o.).

Dieser auf den ersten Blick nicht gleich verständliche Satz möchte die Stärke der Abhängigkeit beschreiben und das Ausmaß, mit dem die Beschaffung und der Konsum den Lebensalltag bestimmt.

„Sucht ist in erster Linie ein psychisches Problem mit in der Regel bald auftretenden sekundären, körperlichen und sozialen Folgen. Sucht ist gekennzeichnet durch einen eigengesetzlichen Ablauf und durch den fortschreitenden Verlust freier Verhandlungsfähigkeit und Kontrolle über das eigene Verhalten. Sucht liegt dann vor, wenn eine prozeßhafte Abfolge in sich gebundener Handlungen kritisch geprüfte, sorgfältige und folgerichtig gesteuerte Handlungsabläufe ersetzt. Sucht ist stets Krankheit“ (Wanke, Täschner, 1985).

Der hier stark kognitiv geprägte Erklärungsansatz, besonders der Begriff „Eigengesetzlichkeit“, hebt einerseits die Verantwortlichkeit eines Abhängigen hervor, andererseits beschreibt er eine nach bestimmten Gesetzen ablaufende Erkrankung, die kaum individuelle Differenzierungen zulässt. Ab einer bestimmten Stärke der Abhängigkeit, ob nun bei Alkohol, Drogen oder Medikamenten, setzen vermutlich wirklich ähnlich geartete Mechanismen bei den Betroffenen ein, die ähnliche Folgen in deren sozialer Realität zeitigen. Ist der Schritt in die soziale Desintegration getan, z.B. der Arbeitsplatz verloren und die Finanzierungsgrundlage des Lebens entzogen, ist dem Weg ins soziale Abseits wenig entgegenzusetzen.

Trotzdem möchte ich dafür plädieren, jeden Einzelfall genau zu untersuchen und differenzialdiagnostisch zu beurteilen. Pauschal Diagnosen haben bisher sicher mehr Schaden als Nutzen angerichtet und manche Verläufe, die erst im Begriff waren, zu chronifizieren, eher unterstützt denn aufgehoben.

Die Diagnose Sucht wurde bereits 1957 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit wichtigen Erweiterungen ausgestattet: Sucht sei „ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge und gekennzeichnet durch vier Kriterien:

1. ein unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels,
2. eine Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung),
3. die psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung der Droge,
4. die Schädlichkeit für den einzelnen und/oder die Gesellschaft.“

Die Dosissteigerung im Zusammenhang mit der Toleranzentwicklung sowie die Schädlichkeit für den Einzelnen und die Gesellschaft sind wichtige Kriterien, die man bei jeder Suchterkrankung mitdenken muss. Sucht ist keine Einzelerkrankung und richtet sich in ihrer Destruktivität nicht nur gegen den Betroffenen. Ob Angehörige, wie z.B. die Kinder Alkoholabhängiger, die mittlerweile schon eine eigene Symptomgruppe darstellen oder die finanziellen Schädigungen durch Beschaffungskriminalität, ebenso wie die enorm hohen Behandlungskosten: Sucht ist multidestruktiv und schädigt auf allen Ebenen.

Erkrankungsbeginn

Der Beginn von Abhängigkeitserkrankungen wird allgemein in der Pubertät und Adoleszenz lokalisiert. Außergewöhnliche Belastungen und Konflikte in dieser Zeit, wie z.B. Schulversagen, Außenseiterstellung in der Klasse, Schwierigkeiten bei der Berufs- und Arbeitsplatzfindung, Trennungserlebnisse von der ersten großen Liebe, überfordern das noch nicht vollständig ausgereifte psychische System. Bei der besonderen Vulnerabilität in dieser Lebensphase liegt es nahe, dass Jugendliche zur Kompensation von mangelndem Selbstvertrauen und Minderwertigkeitsgefühlen Suchtmittel einsetzen.

Der endgültige Abschied von der Kindheit beutelt jeden Jugendlichen; doch nicht aus jedem Probierkonsum muss Abhängigkeit entstehen. Bei Unter- und Überversorgung mit Möglichkeiten, Eigenverantwortung zu erproben, bleiben jedoch manche Jugendliche auf der Strecke. In vielen Suchtanamnesen lässt sich sowohl Vernachlässigung als auch (materielle) Überprotektion finden. Manche Jugendliche nutzen den Cannabiskonsum, um sich akzentuiert von der elterlichen Generation abzugrenzen. Der moralische Aufschrei der Eltern hilft, diese als spießig und blöd zu empfinden und damit leichter gehen zu können. Trotzdem kann ein zunächst als Probierkonsum wahrgenommener Gebrauch von psychotropen Substanzen auch einen Missbrauch einleiten oder darstellen. In Adoleszentenkrisen auftauchende depressive oder schwere psychische Erkrankungen wie beginnende psychotische Episoden können in einem hilflosen Versuch, sich selbst zu kurieren, verdeckt werden. Eine detaillierte Anamnese sowohl der aktuellen Lebensumstände, der Kindheit als auch des Suchtmittelkonsums kann hier helfen. Dabei ist vom Untersucher zu beachten, jegliche Über-Ich-Aussagen wie Warnungen oder Botschaften der (elterlichen) Sorge zu vermeiden. Ansonsten besteht die Gefahr, negative (Eltern-)Übertragungen auf sich zu ziehen, die im schlimmsten Fall in eine negative therapeutische Reaktion umkippen. Gerade bei Jugendlichen ist die Compliance mit dem Untersucher und evtl. späteren Therapeuten das A und O einer gelungenen Behandlung. Hier ist besonderes behandlungstechnisches Fingerspitzengefühl vonnöten. Dabei muss der Therapeut in der Identifikation mit elterlichen und gesellschaftlichen Instanzen möglicherweise viel Angst in sich ertragen. Diese besondere Container-Funktion bedarf der Erfahrung und Übung. Aber es lohnt sich in jedem Fall, denn recht positive Verläufe und schließlich die Dankbarkeit der Klientel, auch wenn sie diese nicht immer offen aussprechen mag, belohnen diesen mühevollen Prozess.

Alkoholabhängigkeit

Alkoholabhängigkeit kann als internationale Seuche bezeichnet werden. Nachdem „Seuche“ aber somatische Infektionskrankheiten meint, scheuen wir uns vor diesem Begriff. Trotzdem trifft er angesichts der Masse der Erkrankten zu. Leider hat die moderne Medizin wie Psychologie und Psychotherapie noch kein Mittel gefunden, diese Seuche auszurotten. Wie bei den anderen Suchterkrankungen fehlt auch hier eine geschlossene Theorie.

Im Folgenden einige Zahlen: Der volkswirtschaftliche Schaden besonders von Alkoholkonsum geht in die Milliarden (Schätzungen 40 Mrd.). In der Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen wurde vom Bundesministerium für Gesundheit in Deutschland nach einer repräsentativen Umfrage 1997 ein risikanter Konsum bei 7,8 Mio. Menschen festgestellt (16 % der Gesamtbevölkerung). Nach DSM-IV konsumieren 2,4 Mio. Personen (5 %) missbräuchlich Alkohol. Abhängig sind 1,5 Mio. Menschen (3 %) (Schriftenreihe des BMG, 2000). Leider nehmen die schrecklichen Zahlen damit kein Ende: Jährlich sterben ca. 42.000 Personen, deren Tod direkt (z. B. durch Alkoholmissbrauch) oder indirekt (z.B. durch einen alkoholisierten Unfallverursacher) in Verbindung mit Alkohol steht. 73714 Todesfälle sind durch Alkoholkonsum allein oder durch den Konsum von Tabak und Alkohol bedingt (74 %). Der Anteil an alkoholbedingten Todesfällen an allen Todesfällen im Alter zwischen 35 und 64 Jahren beträgt bei Männern 25 % und bei Frauen 13 % (s.o.). Somit werden in unseren Praxen Menschen, die in irgendeiner Weise von dem Problem betroffen sind, um Rat und Hilfe anfragen.

Erst seit 1968 gilt Alkoholismus als Krankheit. Die Behandlung fällt seit 1978 in die Zuständigkeit der Krankenkassen und Rentenversicherung.

Die akute Wirkung des Alkohols hängt von der aufgenommenen Menge und der Alkoholkonzentration des Getränks und von der individuellen körperlichen und seelischen Verfassung, der Trinkgewohnung und der Toleranzentwicklung des Einzelnen ab. So kann anhand von Blutalkoholkonzentrationen allein keine klare Abgrenzung zwischen leichten, mittleren und schweren Rauschzuständen gezogen werden.

Die Beliebtheit und weite Verbreitung alkoholischer Getränke erklärt sich nicht zuletzt durch die meist angenehm empfundene Wirkung eines mäßigen Alkoholkonsums. So wirkt er in geringer Menge in der Regel anregend und stimmungsteigernd. Er kann Hemmungen und Ängste abbauen helfen und die Kontakt- und Kommunikationsbereitschaft fördern. Bei mittleren oder höheren Dosierungen kann die gelöste, oft heitere Stimmung jedoch rasch in Gereiztheit, emotionale Unzugänglichkeit sowie in Aggression und Gewalt umschlagen.

Bei ansteigendem Blutalkoholspiegel und dadurch bedingter Vergiftung kommt es schließlich zu Störungen der Wahrnehmung und der Aufmerksamkeit. Urteilskraft, Koordinationsfähigkeit und Sprache werden zunehmend beeinträchtigt, und schließlich stellen sich Ermüdung und Benommenheit ein. Bei sehr hohem Promillegehalt kann es sogar zum Koma bis hin zum tödlichen Ausgang kommen. Über das Blut gelangt der Alkohol ins Gehirn, wo er die Informationsübertragung

der Nervenzellen beeinflusst, indem er bei einer geringen Menge stimulierend, bei mittleren und höheren Mengen jedoch hemmend wirkt. Abhängig von der Dosis wird hierbei der Neurotransmitter Dopamin freigesetzt, dem man - ähnlich wie bei anderen Suchtmitteln wie Heroin, Nikotin oder Kokain - die „belohnende“ Wirkung des Alkohols zuschreibt. Bei langfristig erhöhtem Alkoholkonsum verändern sich bestimmte Rezeptoren in ihrer Anzahl und Wirkungsweise. Hierdurch entstehen bei einem abrupten Absetzen der Substanz massive Fehlregulationen, auf die die auftretenden Entzugerscheinungen zurückzuführen sind.

Die wichtigsten psychosozialen Folgen: Im Verlauf eines länger dauernden Alkoholmissbrauchs oder einer Alkoholabhängigkeit kann es zu psychischen Beeinträchtigungen kommen, die sich beispielsweise in häufigen Stimmungsschwankungen, Angstzuständen, Depressionen bis hin zu einer Suizidgefährdung bemerkbar machen können. Daneben zieht ein chronisch erhöhter Alkoholkonsum häufig auch nachhaltige Veränderungen des gesamten sozialen Umfeldes nach sich, wenn es beispielsweise infolgedessen oft zu sozialen Konflikten kommt, wenn Ehen oder Beziehungen zerbrechen und/oder der Arbeitsplatz verloren geht. Besonders betroffen hiervon sind die Kinder von Alkoholkranken.

Alkoholabhängigkeit wird diagnostiziert, wenn während des letzten Jahres mindestens drei der nachfolgend aufgeführten sechs Kriterien der „Diagnostischen Leitlinien für das Abhängigkeitssyndrom“ erfüllt sind:

- Es besteht ein starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren
- Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- Das Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms
- Es kann eine Toleranz nachgewiesen werden, d.h., es sind zunehmend höhere Dosen erforderlich, um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen
- Andere Vergnügungen oder Interessen werden zugunsten des Substanzkonsums zunehmend vernachlässigt
- Der Alkoholkonsum wird trotz nachweisbarer eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher, sozialer oder psychischer Art fortgesetzt²

Von psychoanalytischer Seite hat sich Rost (1992) am intensivsten mit Alkoholkranken in der ambulanten Behandlung auseinandergesetzt. Begrüßenswert ist sein integrativer therapeutischer Ansatz, der bereits 1994 feststellte, dass es bzgl. der Notwendigkeit einer ursachenbezogenen Behandlung „keinen echten Gegensatz zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie mehr gibt“. Wichtig bleiben die genaue Differenzialdiagnose und die Einschätzung der Schwere der Erkrankung. Wir müssen uns also die Mühe machen, jeden Fall genau zu untersuchen und unsere Patient(inn)en kennen zu lernen, bevor wir entscheiden, ob wir sie behandeln oder nicht. Alkoholabusus kann im Rahmen neurotischer Erkrankungen vorkommen, als auch Teil einer schwereren Persönlichkeitsstörung sein.

² Diese Informationen verdanke ich der website der DHS (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren), 2002.

Alkohol kann als Selbstheilungsversuch verstanden werden, bei dem statt eines menschlichen, „unsicheren“ Objektes, ein stabiles, „sicheres“ Objekt – der Alkohol – inkorporiert wird. Die Intoxikation repräsentiert die hohe Ambivalenz zwischen Rettung, wenn die positiven Wirkungen einsetzen, und Vergiftung, sobald das System umkippt. Der Versuch der Selbstheilung ist zum Scheitern verurteilt, da er einen ewigen in sich geschlossenen pathologischen Kreislauf darstellt, die Defizite und Schwächen der Ich-Funktionen zu kompensieren. Gleichzeitig dominiert schließlich der destruktive Aspekt, der vor allem bei schwer traumatisierten Patient(inn)en auffällt. „Es fehlt diesen Patienten buchstäblich die Erlaubnis zum Leben; in analytischer Sprache: es fehlen die guten inneren Objekte, um Leben zu dürfen“ (Rost, 1994). Oft finden wir Traumatisierungen über die Generationen, wo Eltern nie lernen konnten, ihren Kindern eine minimale Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln, obwohl die äußerlichen materiellen Bedingungen ausreichend waren. Dadurch sind basale Funktionen zu leben und zu lieben, sich abzugrenzen, sich selbst zu beruhigen und trotzdem in Verbindung mit den Objekten zu bleiben, kaum vorhanden. Damit können unsere Behandlungen „bei schweren Grundstörungen nicht heilen, sondern „ermöglichen mit ihr zu leben“ (w.o.).

Medikamente

Im Unterschied zu anderen Abhängigkeiten verläuft Medikamentenabhängigkeit meist unauffällig. Die Betroffenen verbleiben im medizinischen System, weil sie sich zwar als krank und behandlungsbedürftig betrachten, aber nicht als abhängig. Die Häufigkeit von Medikamentenabhängigkeit liegt nahe der Alkoholabhängigkeit - ohne allerdings entsprechend im öffentlichen Bewusstsein repräsentiert zu sein.

Medikamentenabhängige sind trotz ihrer großen Zahl – es gibt laut DHS 1,5 Mio. Medikamentenabhängige in Deutschland - im professionellen Suchthilfesystem wie auch in der Suchtselbsthilfe bisher unterrepräsentiert.

Zwei Drittel der Medikamentenabhängigen sind Frauen. Sie bleiben vielfach, sogar in psychiatrischen, besonders aber in allgemeinärztlichen Praxen unerkannt und werden beispielsweise mit der Diagnose einer „reaktiven Depression“ in niedergelassene psychotherapeutische Praxen verwiesen. Hier kommt es auf die differenzialdiagnostische Fähigkeit der jeweiligen Kolleg(inn)en an, die Medikamentenabhängigkeit zu erkennen, anzusprechen und angemessen behandlingstechnisch vorzugehen.

Besonders häufig werden Benzodiazepine gegen die verschiedensten psychischen Symptome und Syndrome verschrieben und eingenommen: beliebt sind sie zur kurzfristigen Behandlung von Spannungs-, Erregungs- und Angstzuständen, Phobien und hartnäckigen psychosomatischen Störungen. Es sind rezeptpflichtige Medikamente, die – vorwiegend in Tablettenform – angeboten werden. Darüber hinaus werden sie u.a. bei behandlungsbedürftigen Schlafstörungen, psychotischen Erregungszuständen, Hirnkrampfanfällen und bei muskulären Verspannungen eingesetzt. Nicht selten werden die Medikamente jedoch auch bei weniger schwer wiegenden allgemeinen Befindlichkeitsstörungen wie Nervosität, Überlastung und Erschöpfung verwendet - alles typische Leistungs-

Überforderungs- und damit auch Frauensymptome.

Entsprechend bedeutsam ist das Wirkungsspektrum: Grundsätzlich zeichnen sich Benzodiazepine durch eine angstlösende, emotional entspannende, beruhigende, erregungs- und aggressionsdämpfende und schlafanstoßende Wirkung aus.

Ärztliche Kolleg(inn)en versuchen zunächst die akute Symptomatik zu behandeln, da Therapiemotivation und –fähigkeit zunächst ungenügend erscheinen. Die Patient(inn)en wechseln die Praxen, oder es gelingt ihnen, über Jahre ärztliche Kolleg(inn)en zur regelmäßigen Medikamentengabe zu bewegen.

Auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch kann die Einnahme unbemerkt in einen Dauerkonsum übergehen, der schließlich nicht mehr dem ursprünglichen therapeutischen Zweck, sondern vorrangig der individuellen Befindlichkeitsmanipulation dient. Die grundsätzliche Beziehungsproblematik: Abhängigkeit in Pseudoautonomie zu verwandeln, ärztliche Hilfe in Selbstmedikation zu kehren, hat gegriffen.

Die Patient(inn)en fallen durch eine spezifische Psychodynamik auf, die in einer fast grundsätzlichen Verleugnung einer seelischen Problematik besteht, die der Hilfe bedarf. Meist ist das Selbstwertgefühl der Betroffenen so schlecht, dass eine psychotherapeutische Behandlung nicht in Frage kommt, da sie zu viel Aufwand bedeutet. Diese „tapferen“ Patient(inn)en finden Medikamente gerade gut genug, ihre von ihnen selbst tief abgelehnten und verleugneten Schwächen zu überbrücken oder zu bekämpfen. Darüber hinaus liegen in vielen Fällen Traumatisierungen in der persönlichen Biografie vor, die zudeckelt und weggeschoben werden sollen. Die Medikamente sollen helfen, eine Art Schlussstrich unter das persönliche kindliche und im Erwachsenenalter fortgesetzte Leiden zu ziehen. In der Abhängigkeit wird allerdings das Leiden permanent weiteragiert, und es werden unerträgliche Lebensbedingungen und Beziehungen ausgehalten und ertragen. Letztlich bedeutet die Abhängigkeit eine Möglichkeit, eine rote Linie, die sich durch Kindheit, Jugend und das gesamte Erwachsenenalter zieht, gerade nicht zu durchbrechen. Das Hilfesystem, das jahrelang geschickt unbewusst unterlaufen, „getäuscht“ und umgangen wird, spielt in dieser Form der interaktionellen Abwehr in der Übertragung die bedeutende Rolle der weiterhin traumatisierenden primären Objekte dieser Patient(inn)en. Wieder erkennt niemand über Jahre, was eigentlich mit den Patient(inn)en los ist, was in ihnen an seelischen Schmerzen und ungestillten Bedürfnissen rumort und welcher menschlicher Unterstützung sie eigentlich bedürfen. Vielmehr werden sie mit Medikamenten „abgefüttert“, um weiter zu funktionieren, anstatt die tiefe Bedürftigkeit zu verstehen und zu beantworten. Bricht dieses System nach jahrelangem chronischem Abusus in sich zusammen, bestehen schwere Abhängigkeiten trotz relativ niedriger Dosierungen nach kaputten Lebensläufen.

Die häufigste Abhängigkeitsform ist die sog. primäre Niederdosisabhängigkeit: Der weitaus größte Teil der Benzodiazepinabhängigen ist von ihr betroffen, bei der über einen langen Zeitraum täglich eine geringe, im therapeutischen Bereich liegende Dosis zu sich genommen wird. Auch wenn die Dosis hierbei nicht gesteigert wird, kann es bei abrupten Absetzversuchen zu quälenden Entzugssymptomen kommen, die

dann wiederum zum Einnehmen der Substanz veranlassen. Deshalb muss jeder niedergelassene Psychotherapeut vor einer psychotherapeutischen Behandlung auf einer stationären Entgiftung bestehen. Abhängig vom Alter, von der Dosis und vor allem von der Dauer der Einnahme stellen sich beim Absetzen von Benzodiazepinen starke Entzugssymptome ein, die ein bis vier Wochen anhalten und nach einem schlagartigen Absetzen besonders dramatisch sein können. Zu einer erhöhten Angstbereitschaft mit Panikattacken können sich Entfremdungserlebnisse, Suizidimpulse und Wahrnehmungsstörungen in verschiedenen Sinnesbereichen gesellen. Häufig zeigt sich das Bild eines klassischen Entzugsdeliriums oder einer Entzugspsychose mit Krampfanfällen.

An dieser Stelle bedeutet es, die Patient(inn)en in deren subjektiven Empfinden wieder, und dies vermutlich zum x-ten Mal, zurück- und weiterzuverweisen. Nachdem wir in unseren Ausbildungen gut in der Empathie, aber wenig im Neinsagen geschult werden, kann dies so manchen Stolperstein bedeuten. Behandlungen mit sog. ambulanten Entzügen werden begonnen, von denen die meisten von vornherein zum Scheitern verurteilt sind. Vielmehr wird hier die interaktive Abwehr im therapeutischen Setting weiteragiert. Das Verleugnen der Gefährlichkeit der Suchtmittelsubstanz geschieht hier im Bündnis mit dem Therapeuten. Es ist eine große Kunst, eine tragfähige Beziehung zu gestalten, in der ein Nein von den Patient(inn)en als hilfreiche Grenze, als authentische – behandlungstechnische – Grenze des ambulanten therapeutischen Settings und gerade dieses individuellen Therapeuten angenommen werden kann. Wichtig ist es, die Patient(inn)en eingehend auf die o.g. Gefahren eines Selbstentzuges hinzuweisen. Klar muss die Verantwortung für einen ambulanten Entzug abgelehnt werden. Dabei darf nicht vergessen werden, den Patient(inn)en ein Verständnis ihrer lebenslangen Dynamik zu vermitteln und sie darauf hinzuweisen, dass sie sich ihr Leben lang überfordert haben und es deshalb kein Wunder ist, dass sie dies nun wiederum vorschlagen. Ideal wäre es, ein Bündnis mit den Ich-Anteilen der Patient(inn)en einzugehen, die einen besseren Kontakt zur inneren wie äußeren Realität haben. Als Hilfestellung bietet es sich an, in den probatorischen Sitzungen den Kontakt zu Entgiftungsstationen herzustellen, die Patient(inn)en bei den Telefonaten anwesend sein zu lassen und möglichst offen mit der Thematik umzugehen. Eine vorherige Entbindung von der Schweigepflicht versteht sich von selbst. Das aktive Einsetzen des Therapeuten in der Delegation der Patient(inn)en in stationären Einrichtungen kann für manche Patient(inn)en das Aha-Erlebnis einer angemessenen Hilfe sein. In manchen Fällen ist die ganz am praktischen Alltag orientierte Begleitung der Patient(inn)en, bis sie den Entzugsplatz antreten, hilfreich. Wohin mit den Kindern, dem Hund, dem Ehemann? Nachdem viele medikamentenabhängige Frauen gerade die Stützen familiärer Systeme sind, in denen die Parentifizierung ausagiert wird, ist eine Durcharbeitung und vorsichtige Lösung aus diesen Rollen nötig, um überhaupt die ersten Schritte für eine Gesundung gehen zu können.

Illegale Drogen

Im Jahr 2001 fielen bundesweit 22.551 Fälle von Erstkonsument(inn)en auf. 53 % der Fälle sind zwischen 18 und 24 Jahre alt (DHS, 2002).

Von diesen Erstkonsumenten wird nur ein Bruchteil abhängig, im Jahr 2000 starben 1.835 Personen infolge des Konsums illegaler Drogen. Die Zahl der Abhängigen bleibt über die Jahre relativ konstant.

Neben der Gefahr einer sich rasch einstellenden Abhängigkeit (s.u.) und der damit verbundenen körperlichen und sozialen Konsequenzen ist mit dem Heroinkonsum eine Reihe akuter Risiken verbunden, die vor allem in seiner starken Wirksamkeit begründet sind. So besteht ein nur geringer Spielraum zwischen Verträglichkeit und toxischer Wirkung, die bereits bei 5 mg einsetzt, wenn jemand nicht an die Substanz gewöhnt ist. Auch eine zuvor gewohnte Dosis kann nach kurzzeitigem körperlichem Entzug bereits zu schwer wiegenden bis tödlich endenden Komplikationen führen. Dies ist vor allem dann möglich, wenn infolge der starken körperlichen Gewöhnung und der relativ kurzen Wirkdauer der Substanz die Menge und Häufigkeit des Konsums sehr rasch gesteigert werden müssen, um den körperlichen Entzugssymptomen entgegenzuwirken. Diese reichen von verhältnismäßig leichten Symptomen wie Schwitzen, Frieren und Zittern bis hin zu starken Gliederschmerzen, Schlafstörungen und schweren Kreislaufzusammenbrüchen. In den meisten Fällen einer Heroinabhängigkeit steht deshalb nicht mehr die euphorisierende Wirkung der Substanz im Vordergrund, sondern es geht vielmehr darum, einen „normalen“ Zustand, ohne die beschriebenen Entzugssymptome, aufrechtzuerhalten.

Eine Heroinvergiftung zeigt sich mit Bewusstlosigkeit, Atemdepression und Kreislaufversagen mit Verlangsamung der Herztätigkeit. Die meisten Todesfälle infolge einer Überdosierung sind auf die Lähmung des Atemzentrums zurückzuführen. Eine mit der Bewusstlosigkeit verbundene besondere Gefahr ist das Ersticken an Erbrochenem. Lungenödeme und -embolien können ebenfalls als Folge einer Heroinvergiftung auftreten. Da Heroin in sehr unterschiedlichen, durch den Konsumenten kaum zu kontrollierenden Qualitäten mit einem Wirkstoffgehalt von bis zu 95% auf dem illegalen Markt gehandelt wird, kann es durch besonders reines Heroin oder infolge giftiger Beimengungen ebenfalls zu einer tödlichen Überdosis kommen.

Der Gebrauch nichtsteriler Spritzen schafft zusätzlich ein großes Risiko, sich beispielsweise mit Geschlechtskrankheiten, HIV oder Hepatitis zu infizieren.

Akut konsumierende Drogenabhängige werden uns auf der Straße oder an der Praxistür begegnen, wenn sie – die Krankenkassenskarte in der Hand – um irgendwelche medikamentöse Ersatzstoffe wie Rohypnol oder Codeinpräparate bitten, nicht mehr realisierend, wen sie eigentlich vor sich haben. Mittlerweile sind die hausärztlichen Kolleg(inn)en meist so weit informiert, dass die sog. „Dealer in Weiß“ zur Ausnahme gehören. Nachdem die Kolleg(inn)en in den Psychosozialen Behandlungs- und Beratungsstellen, von denen wir die Adresse und die Telefonnummer am besten bereithalten sollten, hier die Fachleute sind, sollte man sich nicht scheuen, Patient(inn)en freundlich, aber bestimmt dorthin zu verwei-

sen. Hier werden Entgiftungs- wie stationäre Entwöhnungsbehandlungen eingeleitet, wenn die Patient(inn)en dazu bereit und genügend motivierbar sind. Ansonsten stehen kontrollierte Substitutionsambulanzen, Notschlafstellen sowie sozialpädagogische Betreuungsmaßnahmen in jeder großen Stadt zur Verfügung.

In der ambulanten Praxis werden wir es im Rahmen der verschiedensten Erkrankungsbilder vor allem mit Gelegenheitskonsument(inn)en zu tun bekommen oder mit Menschen, die „in ihrer Jugend“ oder in ihrer „Sturm- und Drangzeit“ alle Arten illegaler Drogen ausprobiert haben. Genaue Anamnese, Zeitpunkt und Lebenssituation des Probierkonsums können hilfreich sein, zu entscheiden, wie der Konsum im Rahmen der Lebensgeschichte einzuschätzen ist. Aus Scham und Angst vor einer entwertenden Etikettierung verharmlosen oder verschweigen Patient(inn)en ihren verschiedenartigen Konsum oft, so dass wir erst nach Beginn einer Behandlung und der Verfestigung einer Vertrauensbeziehung allerlei erfahren. Die negative Übertragung muss untersucht und aufgearbeitet werden, so dass die Patient(inn)en selbst ihren illegalen Drogenkonsum verstehen und als Bestandteil ihrer Vergangenheit integrieren können. Bei Essstörungen, Adoleszenzkrise und Borderline-Erkrankungen kommt illegaler Drogenkonsum vor.

Cannabismissbrauch kann zu ernsthafter seelischer Abhängigkeit führen und chronifizieren. Manche Patient(inn)en benutzen Cannabis über Jahre als Beruhigungs- und Entspannungsmittel, das Hemmungen und (Kontakt-)Ängste abbaut und insgesamt persönliche Einsamkeit besser ertragen hilft, da es dem so genannten „ozeanischen Gefühl“ nach Freud nahe kommende Affektzustände induziert. Positive Verbundenheitsgefühle mit der Menschheit, entgrenzende Erlebniszustände symbiotischer Art und die oft genannte Verbesserung der Fähigkeit, assoziativ zu denken, scheinen für einige Menschen große Attraktivität und Kompensationsmöglichkeit darzustellen. Problematisch wird der Konsum entweder, „wenn man erwischt wird“ oder weil das soziale Umfeld nicht mehr mitspielt. In weiten Kreisen der Gesellschaft existiert jedoch eine große Toleranz gegenüber dem Konsum, so dass Cannabisabhängige diese Kontrolle und Hürde nicht nehmen müssen und in einigen Fällen so tiefe Beziehungen zu anderen Personen nicht bestehen, dass es zu einem ernsthaften zwischenmenschlichen Konflikt kommt, der eine Auseinandersetzung und Weiterentwicklung fördern könnte. Meist ist Cannabiskonsum mit einer erheblichen Nikotinabhängigkeit verbunden, so dass wir immer weiter in den gesellschaftlichen und auch klinischen „Normalbereich“ kommen.

In der ambulanten Therapie sollte genau eruiert werden, wozu der Konsum dient und ob die Patientin/der Patient Interesse hat, andere und reifere Bewältigungsstrategien, d.h. Ich-Leistungen zu entwickeln, als bei jeder passenden und unpassenden Gelegenheit die innere Leere und Finsternis mit einem Joint zuzunehmen. Manchmal kann Cannabiskonsum zur Verhinderung schwererer psychischer Dekompensationen eingesetzt werden, so dass – wie überall – eine detaillierte Anamnese und Differenzialdiagnose vonnöten sind, um Schlimmeres zu verhindern. Manchmal kann Cannabis aber auch eine Psy-

chose auslösen. Der Konsum kann erst aufgegeben werden, wenn andere psychische Strukturen aufgebaut sind, die dessen Funktion stabil ersetzen. Eine Intervention mit erfahrenen Kolleg(inn)en aus Suchtberatungsstellen kann hilfreich und klärend wirken.

Behandlungstechnik und spezifische Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen

Abhängige in der ambulanten Psychotherapiepraxis zu behandeln, bedarf spezifischer Modifikationen der Behandlungstechnik, die über das hinausgehen, was Luborsky (1988) mit der Etablierung einer „helfenden Beziehung“ meint. Sein Manual zielt auf die Unterstützung der konkreten klinischen Praxis ab und bleibt deshalb auch für die Behandlung von Suchtpatient(inn)en lesenswert. Interessant ist seine Unterscheidung in sog. supportive und expressive Techniken. Ersteres meint eine stützende analytische Psychotherapie, letzteres die klassische Deutungstechnik. In der ambulanten Suchttherapie besteht der Großteil der Behandlung darin, eine stabile therapeutische Beziehung zu installieren und zu halten. Deutungen unbewusster Dynamik muss in eine vertrauensvolle Beziehung eingebettet sein und vom Patienten verstanden werden. Aggression produktiv, zur Abgrenzung, Klarifizierung und Strukturierung einzusetzen, gehört zur vorrangigen Aufgabe, um die unbewusste und subtile Destabilisierung und Zerstörung der therapeutischen Beziehung (vom Patienten unbewusst in Szene gesetzt) aufzuhalten. Die Traumatherapie hat uns gelehrt, dass autodestruktives und destruktives Verhalten dazu eingesetzt wird, um den Selbstschutz zu aktivieren. Verschiedene Formen von gewaltvollen Affekten dienen dazu, einen drohenden oder befürchteten Zusammenbruch der Persönlichkeit entgegenzuwirken. Erstaunlicherweise senken autoaggressive Verhaltensformen, wie bei Frauen, die sich selbst verletzen, die entgleisende Stresshormonproduktion und wirken beruhigend.

Trotzdem oder gerade deshalb müssen besondere Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen erkannt, beachtet und immer im Hinterkopf behalten werden. Sie dienen dazu, den notwendig großen, oft strapazierten therapeutischen Innenraum des Behandlers zu strukturieren und die unbewussten, meist heftigen Gegenübertragungseffekte – manchmal oft erst nach den jeweiligen Sitzungen – zu erkennen, zu lokalisieren, zu verstehen und aufzuarbeiten.

Die Behandlung muss mit einer sorgfältigen Anamnese nicht nur des Suchtmittelabusus beginnen, sondern besonderen Augenmerk auf Lebensereignisse oder bedeutende Objekte im Leben des Patienten werfen, die in irgendeiner Weise positiv und stabilisierend auf den Patienten gewirkt haben könnten. Manchmal erschlagen die Biografien und spontanen Erzählungen der Patient(inn)en den Therapeuten fast mit ihrem Ausmaß an Traumatisierungen aller Art (körperliche und sexuelle Gewalt, Verwahrlosung oder Wohlstandsverwahrlosung, Alkohol- und andere Suchtmittelerkrankungen in den Vorgenerationen und/oder schwere Verlusterfahrungen). Bei den Schilderungen sollte darauf geachtet werden, inwieweit die Patientin/der Patient eine Identifizierung mit ihrer/seiner traumatischen Biografie und einer Identität als passives Opfer ein-

gegangen ist. Wieweit besteht ein ehrliches Interesse, diese Vorstellung der eigenen Suchterkrankung – die auch als bequeme und als chronische Wiedergutmachungsphantasie verstanden werden kann – aufzugeben?

Die Unterscheidung von Suchtmittelanamnese und biografischer Anamnese ist wichtig, da aus der Diagnose der seelischen Gestörtheit des Patienten mehr über den Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung ausgesagt werden kann als aus der Schwere der Abhängigkeit⁴. Deshalb ist es wichtig, dass sich der Therapeut entscheidet, welche Patienten wirklich zu ihm und zu seinen Erfahrungen und Stärken passen. Man sollte sich nicht vor der Ablehnung scheuen, sondern die Kriterien dieser Entscheidung verdaulich und transparent verstehbar machen sowie behilflich sein, eine Behandlungsalternative, entweder in einem anderen therapeutischen Setting (stationär, teilstationär, Entgiftung mit anschließender Entwöhnung) oder in einer anderen Praxis zu finden. Dabei ist es hilfreich, eine griffbereite und aktuelle Liste erfahrener Kolleg(inn)en und Einrichtungen griffbereit zu haben und die – meist telefonische – Vermittlung ruhig im Beisein des Patienten durchzuführen. Damit wird der Spaltung zwischen den Professionellen von vornherein konstruktiv begegnet.

Die Zusammenarbeit mit verschiedenen Professionen und Institutionen wie Kliniken und Beratungsstellen kann sowohl belastend als auch abwechslungsreich und bereichernd sein. Obwohl es bereits zu einer Tradition bei Suchttherapeut(inn)en geworden ist, über die mangelnde monetäre Hilfe staatlicherseits für Suchtmittelinrichtungen zu lamentieren, besteht mittlerweile ein gut differenziertes Angebot für „jeden Geschmack“. Jede Abhängigkeitsform, jegliche Stoffgruppe sowie hoch-, mittel- und auch niedrigschwellige Unterstützungsangebote (Kontaktstellen, Methadonambulanzen, Krisenwohnplätze, Psychosoziale Behandlungs- und Beratungsstellen, Entgiftungen, Entwöhnungseinrichtungen, Beschäftigungstagesstätten, Einrichtungen für die Adaptionsphase) wurden etabliert. Abhängige werden gut versorgt. Die finanziellen Einschränkungen der letzten Jahre haben – trotz zunächst bedrohlich erscheinender Therapiezeitverkürzungen – eher zu einer Qualifizierung verschiedener Einrichtungen beigetragen. Es wurde nötig, über alte Konzepte nachzudenken, was vielerorts produktiv geschehen ist.

Wenn es trotzdem nicht gelingt, die Genesung voranzutreiben, können Schwerstabhängige trotz finanzieller Kürzungen dauerhaft in verschiedenen Einrichtungen leben. Der Strafvollzug mit seinen sozialpädagogischen Maßnahmen, der in vielen Fällen lebensrettend und lebensverlängernd wirken kann, sei eingerechnet. In langen Krankheitsverläufen kann es zu einer paradoxen Situation kommen: Gerade Drogenab-

hängige wissen gut, dass sich in den Hilfesystemen die Verhältnisse umkehren lassen: nicht der Patient oder die Patientin sucht Hilfe bei Profis, sondern die Profis laufen den Klient(inn)en hinterher und versuchen, ihnen die therapeutische Hilfe schmackhaft zu machen. Motivationsarbeit kann in kontraproduktive Sisyphusarbeit ausarten. Hier sollten wir darauf achten, dass unser therapeutisches Engagement nicht zum Füttern des sekundären Krankheitsgewinns missbraucht wird. Eine intersubjektive Verkehrung der Bedürftigkeit ins Gegenteil kann zu einer Chronifizierung und letztendlichen Aufrechterhaltung der Problematik beitragen.

Bei aller notwendigen Achtsamkeit Suchtpatient(inn)en gegenüber darf jedoch deren innere Not nicht übersehen werden: Bei Suchtmittelabhängigen existiert grundsätzlich ein unterschiedlich ausgeprägtes, meist aber fundamentales Misstrauen in die hilfreiche Funktion menschlicher Beziehungen. Meiner Erfahrung nach haben schwer Abhängige bereits die Hoffnung verloren, dass ein hilfreiches Objekt existiert oder existieren könnte. In den schweren Fällen ist diese Vorstellung einer basal tragenden Beziehung vielleicht nie wirklich entstanden. Es mag wohl eine diffuse, meist hochidealisierte Ahnung mit entsprechend übersteigerten Erwartungen und Wünschen hinsichtlich der (Rettungs-)Funktionen dieser Objekte bestehen. Leider zielen diese Erwartungen regelrecht darauf ab – gerade auch in der therapeutischen Beziehung –, enttäuscht zu werden. Wenn sich diese Szene in der Behandlung inszeniert, die eine Reinszenierung einer frühen Beziehungserfahrung gleichkommen könnte, bedarf es besonderer Aufmerksamkeit.

Schon kleine Frustrationserfahrungen können bei Abhängigen zu schweren Enttäuschungsreaktionen führen. Allein das therapeutische Setting zu halten, kann eine Aufgabe für die Patient(inn)en bedeuten. Dabei sollte der übergeordnete Grundsatz der Kontinuität im Behandlungsverlauf, besonders in Bezug auf die Person des Therapeuten beachtet werden. Gerade in der ambulanten Praxis wird die jeweilige Therapeutin oder der Therapeut in vielen Fällen nicht die erste professionelle Erfahrung des Betroffenen sein. Nachdem Suchterkrankungen oft im Jugendalter entstehen, haben die jungen Leute zunächst mit Streetworkern und Kolleg(inn)en aus den Beratungsstellen zu tun. Die Differenzierung, welcher Art Profis sie jeweils in den verschiedenen therapeutischen Settings begegnen, kann man nicht voraussetzen. Somit wird eine positive wie negative Beziehungserfahrung mit einem Bewährungshelfer, der Polizei direkt oder dem Therapeuten in der Praxis im Übertragungsgeschehen unbewusst gleichzeitig als negative und positive Elternrepräsentanz erlebt werden. Hier können sich alle Arten von Autoritätskonflikten entfalten.

⁴ „Der Grad der seelischen Gesundheit bzw. Gestörtheit kann nicht nur den Psychotherapieerfolg vorhersagen; er ist auch von Vorhersagewert für den Erfolg der einzelnen Behandlungsformen. In der Vergleichsuntersuchung mit den 6 Behandlungsprogrammen an 800 mittelabhängigen Patienten (McLellan et al. 1983) ermöglichte der Grad der seelischen Gestörtheit eine signifikante Vorhersage des Behandlungserfolgs, und zwar sowohl für die gesamte Stichprobe wie auch für jedes einzelne Behandlungsprogramm (...) Besonders interessant ist hierbei der Befund, daß die Vorhersagegenauigkeit des Grades der seelischen Gestörtheit besser ist als die der Schwere des Drogenmißbrauchs oder irgendeiner anderen Störung. Mit anderen Worten kann der Erfolg einer Behandlung bei Drogenabhängigkeit aus dem Grad der seelischen Gesundheit bzw. Gestörtheit besser vorhergesagt werden als aus der Schwere der Drogenabhängigkeit!“ (Luborsky, 1988, S. 31).

Der wichtigste und meiner Erfahrung nach am destruktivsten wirksame Abwehrmechanismus Suchtmittelabhängiger ist die Spaltung. Sie wird auf allen Strukturebenen sowohl im Individuum, in der Repräsentanz der Introjekte und der Objekte als auch in allen sozialen Zusammenhängen eingesetzt. Ob die Entgiftungsklinik (evtl. dort innerhalb des Teams) mit der niedergelassenen Therapeutin, ob der Hausarzt mit der Suchtberatungsstelle „konkurriert“ – ein Teil muss gut, der andere Teil böse sein. Es kostet eine enorme innere und äußere kommunikative Arbeit und Fähigkeit, diese Spaltungen zu überwinden. Zunächst ist es nötig mit den verschiedenen Hilfsinstanzen zusammenzuarbeiten. Größtmögliche Offenheit, gegenseitiges Vertrauen in die jeweilige fachliche Kompetenz und Geduld sind vonnöten, da sich bei der Arbeit mit unterschiedlichen Konzepten Spaltungsvorgänge geradezu anbieten.

Bereits im Erstkontakt kann sich eine (spezifisch das narzisstische System betreffende) Dynamik entfalten: Plötzlich fühlen sich Therapeuten als Einzige, die diesen Menschen in seinem Elend jemals verstanden haben, oder die totale Hoffnungslosigkeit macht sich breit, so dass man nur noch den Wunsch hat, die gegenüberstehende Person loszuwerden, und sich wildes Delegieren entfaltet. Eine weitere Belastung der therapeutischen Beziehung ist die Unzuverlässigkeit der Patient(inn)en. Über unabgesagte Sitzungstermine, nicht bezahltes Ausfallshonorar mit entsprechend empörenden Äußerungen dahingehend, wie man denn überhaupt auf die Idee kommen kann, so was – angesichts der aktuellen oder chronischen Überbelastung – zu fordern, kommen vor. Der „Kern der zur Sucht führenden Entwicklungsstörung [ist] in der fehlenden Verlässlichkeit der Bezugspersonen in der ersten Lebensphase und deren Auswirkung auf die inneren Objekte unserer Patienten [zu] sehen“ (Büchner und Heidler, 2002). Der Wunsch oder besser die Forderung, in allen Impulsen, auch den destruktivsten, verstanden, akzeptiert und geduldet zu werden, kommt mit einer derartigen Selbstverständlichkeit, dass sich der Therapeut nur mehr als Plombe für das defizitäre Selbst oder – anders gesagt – als gebrauchtes oder missbrauchtes Objekt im kaputten Beziehungsdrama der Patientin fühlen kann. Die Containerfunktionen und besonders die Fähigkeit, für Patient(inn)en hier verdaubare, d.h. für ich-schwache psychische Systeme integrierbare grenzziehende Interventionen zu finden, sind gefragt. Solche Klientel spricht selbstverständlich auch in den Therapeut(inn)en archaische Ebenen der Konfliktverarbeitung an. Einer gemeinsamen Regression in der therapeutischen Beziehung sind angesichts der archaischen, aggressiv eingesetzten Spaltungsmechanismen Tür und Tor geöffnet. Die Aggressionsverarbeitung und Entgiftungsfunktion im Therapeuten müssen hoch sein; deshalb sollte man nicht zu viele solcher Patient(inn)en gleichzeitig behandeln und sie sozusagen auf besondere „therapeutische Plätze“ im Praxisalltag setzen. Denn Turbulenzen lassen sich bei dieser Klientel selten vermeiden. Niemand sollte sich durch behandlungstechnische Schwierigkeiten entmutigen lassen. Zu hohe moralische und therapeutische Über-Ich-Ansprüche führen bei der Behandlung von Suchtkranken schnell ins viel zitierte Burn-out und der Ablehnung von weiteren Behandlungsfällen.⁵

In der therapeutischen Beziehung wird – subtil oder weniger subtil – der Behandler für Erfolg und Misserfolg verantwortlich gemacht. Suchtpatient(inn)en erleben den Ort, an dem Kontrolle über ihr Leben ausgeübt wird, meist im Außen, weniger in sich selbst. Vertrauen in die eigenen Kräfte und Fähigkeiten oder Interessen und Zukunftsvisionen zu entwickeln sind in solch einem Selbsterleben schwierig. Der Suchtstoff verschafft nur kurzfristig Entlastung und Befriedigung dieser inneren Leere als dauerhaftem Spannungszustand. Damit zu konkurrieren, also eine – je nach Suchtstoff unterschiedlich leicht zu beschaffende Objektrepräsentanz - zu ersetzen, ist unmöglich. Dieser ideale, dauernd verfügbare Partner, dessen destruktive Seiten konsequent verleugnet und verneint werden, ersetzt ein menschliches, in seiner Natur insuffizientes Objekt. Die Patientin oder der Patient muss diese Dynamik durchschauen, mehrfach durchlaufen und langsam mit Hilfe der Therapie andere Befriedigungsmöglichkeiten erlernen sowie eine höhere Frustrationstoleranz aufbauen. In kleinen Erfolgen Selbstbestätigung zu erleben und „natürliche Euphorie“ (Scheerer, 1995) zu empfinden muss erst mühsam erlernt werden. Die dabei entstehende depressive Spannung sowie Gefühle der Unzulänglichkeit und Pessimismus dürfen nicht zu großen Raum einnehmen, da sonst die Rückfallgefahr steigt.

Eine Suchttherapie ohne Rückfall bleibt allerdings eine Seltenheit. Sowohl Patient als auch Therapeut sollten sich von Beginn der Therapie an darauf einstellen und vorbereitende Maßnahmen und Vereinbarungen treffen. An dieser Stelle kann keine einheitliche Regelung vorgeschlagen werden. Vielmehr sollte jeder individuelle Fall genau geprüft und überlegt werden. Die Therapeutin muss wissen, wie viel sie (aus-)halten möchte und dies für sinnvoll hält. Eine therapeutische Sitzung in intoxikierten Zustand durchzuführen kann aber nicht sinnvoll sein. Abstinenz in den Sitzungen ist Grundvoraussetzung. Kommt ein Patient in einer Krise intoxikiert in die Praxis, kann nur ein weiterer Termin vereinbart werden mit der Vereinbarung, nüchtern zu erscheinen. Ob bei jedem Rückfall eine sofortige stationäre Entgiftung nötig ist, kann nicht klar beantwortet werden. Die genaue Lebenssituation, der Grund des Rückfalls, die gesamte Krisensituation muss genau betrachtet und durchgesprochen werden.

Das sog. erste Glas muss aber nicht sofort den Absturz in den alten Abgrund der Sucht bedeuten. Die Dynamik des Alles oder Nichts kann sich in schweren Schuld- und Schamgefühlen manifestieren, die dann nach dem ersten Rückfall „niedergetrunkener“ werden müssen. Der Rückfall steht also als Symptom der Suchterkrankung neutral im therapeutischen Raum, um möglichst große Akzeptanz, besonders dem beschämenden und narzisstisch kränkenden Kontrollverlust gegenüber, zu erreichen.⁶ Damit bleibt auch die Offenheit und das Vertrauen in der Therapie gewährleistet. Büchner (2002) unterscheidet bei Alkoholkranken zwei Formen des Rückfalls: Ich-

⁵ „Auch für Heigl-Evers und Standke ‚geht es... in der Beziehung Patient-Therapeut um höchst verwickelte Prozesse wechselseitiger Hilfe, Unterstützung, Täuschung und Verwirrung‘ (1991, S. 44)“ (Büchner und Heidler, 2002).

syntone Rückfälle seien „mit den Strebungen und Überlegungen im Einklang“ während „ich-dystone Rückfälle, bei denen unter dem Einfluss nicht steuerbarer innerer Kräfte erneut Alkohol getrunken wird und eine Dissonanz zwischen dem Rückfall und den bewussten Absichten des Patienten deutlich wird“. Im letzteren Fall handle er sich „um phantasierte oder reale Objektverluste mit drohender Angstentwicklung“. Diese Krise könnte gut bewältigt werden, da erheblicher Leidensdruck und meist eine noch bessere Abstinenzmotivation bestünde. Rückfälle, die die Abstinenz bewusst in Frage stellten und anfangs teilweise gelängen, da noch Kontrollfähigkeiten bestünden, könnten aber eine Weiterführung der Therapie mangels eines gemeinsamen Therapieziels nicht mehr rechtfertigen.

Nachdem manche Suchtkranke eine gewisse Indifferenz sozialen Normen gegenüber an den Tag legen und es solchen Menschen oft gelingt, Profis von ihren eigenen Gefühlen und Einschätzungen abzubringen⁷, bleibt nur die Regel: Im Zweifelsfall hat immer die Therapeutin (mit ihrer Intuition) Recht. Diese Intuition sollte sich tendenziell von mehr Strenge als Nachgiebigkeit, mehr Struktur als Offenheit und mehr Distanz als Nähe leiten lassen. Mehrere Rückfälle bedürfen immer einer Überweisung in eine stationäre oder teil-stationäre Einrichtung. Einer Therapie besteht damit auch aus Psychoedukation und klaren Vereinbarungen, die konsequent umgesetzt werden müssen.

⁶ Lt. Scheerer (1995) sind „Personen, die später zu Süchtigen werden (...) an Unabhängigkeit und Unkonventionalität interessiert, weniger an konventionellen Leistungen“. Diese Illusion von Autonomie wird ja gerade in der Suchterkrankung besonders krass durch den zwanghaften Drang nach Einnahme des Suchtstoffes aufgedeckt. Für Therapeut(inn)en, die mit einer relativ gesunden Realitätswahrnehmung ausgestattet sind, ist die Verleugnung und Verneinung dieser Tatsache oft kaum nachvollziehbar.

⁷ Die Konzeption der projektiven Identifizierung als zentraler Abwehrmechanismus bei Frühstörungen kann bei Suchtkranken hilfreich sein: „Hierunter wird (...) ein Vorgang verstanden, bei dem Anteile einer abgewehrten Beziehung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen in eine äußere Objektbeziehung hinein verlagert werden. Dies geschieht in der Regel durch subtiles oder offenes manipulatives Verhalten. Hierdurch wird das Gegenüber dazu gebracht, den Projektionen gemäß zu erleben und sich zu verhalten. Es wird mit diesen „identifiziert“ und damit kontrolliert“ (Mertens, 2000).

Literatur

- Büchner U (2002): Ethische Dimensionen des Krankheitsbegriffs. In: Heigl-Evers A, Helas I, Vollmer H, Büchner U (Hrsg.): Therapien bei Sucht und Abhängigkeit. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Büchner U, Heidler M (2002): Stellenwert und Bedeutung der differenzierten Eingangsdiagnostik für die Behandlungsgestaltung. In: Heigl-Evers A, Helas I, Vollmer H, Büchner U (Hrsg.): Therapien bei Sucht und Abhängigkeit. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- DHS (2002): Jahrbuch SUCHT (jährliche Erscheinungsweise): DHS. Geesthacht
- DHS (2003): Jahrbuch SUCHT (jährliche Erscheinungsweise): DHS. Geesthacht
- Heigl-Evers A, Helas I, Vollmer H, Büchner U (Hrsg.) (2002): Therapien bei Sucht und Abhängigkeit. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Klußmann R (2002): Psychosomatische Medizin. Berlin: Springer
- Luborsky L (1988): Einführung in die analytische Psychotherapie. Heidelberg: Vandenhoeck und Ruprecht
- Mertens W, Waldvogel B (Hrsg.) (2000): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer
- Renn H (2002): Sucht als gesellschaftliches Problem. In: Heigl-Evers A, Helas I, Vollmer H, Büchner U (Hrsg.): Therapien bei Sucht und Abhängigkeit. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Rost WD (1992): Psychoanalyse des Alkoholismus. Stuttgart: Klett
- Rost WD (1994): Der psychosomatische Ansatz. Die Therapie der Grundstörung. In: Scheiblich W (Hrsg.): Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Freiburg: Lambertus
- Scheerer S (1995): Sucht. Hamburg:rororo Spezial
- Schriftenreihe des BMG (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Band 128. Baden Baden: Nomos-Verlag
- Wanke K, Täschner KL (1985): Rauschmittel. Stuttgart: Enke
- www.dhs.de

Dipl.-Psych. Manuela Torelli

Landwehrstr. 9
80336 München
Email: torelli@gmx.de