

Ambulante Psychotherapie mit Alkohol- und anderen Abhängigkeitskranken

Dr. Wolf-Detlef Rost

Den meisten Psychotherapeuten gelten Süchtige als für die Psychotherapie ungeeignete Patienten, und in den Psychotherapierichtlinien gilt eine manifeste Sucht auch ausdrücklich als Ausschlußgrund für eine ambulante Psychotherapie. Aber auch Abhängige, die eine Abstinenz von der Droge erreichen, haben es nicht leichter. Selbst wenn ihr letzter Rückfall Jahre zurückliegt, werden sie von den meisten Therapeuten bereits am Telefon abgewimmelt, sobald das Stichwort „Sucht“ fällt.

In der Wahrnehmung der Therapeuten - anfangs auch in der Sicht der Betroffenen - reduziert sich das Problem zu einseitig auf das Suchtmittel. Eine landläufige Auffassung zur Sucht ist: wenn der Alkoholiker trocken, der Drogenabhängige abstinent ist, hat er zufrieden und glücklich zu sein, da er ja nun sein Hauptproblem gelöst bzw. wenigstens im Griff hat.

Was nun, wenn er es zwar schafft, abstinent zu werden, aber alles andere als glücklich ist, vielleicht sogar das Gefühl hat, es gehe ihm schlechter als je zuvor? Wenn er nicht nur unter Schlafstörungen, sondern unter schwersten Angstzuständen, Depressionen oder unkontrollierbaren Zuständen von Aggressivität leidet, wenn er sich extrem zwanghaft verhält, unterschiedlichste psychische oder auch körperliche Symptome entwickelt, und im Extremfall schließlich alle Sozialkontakte aufgibt und kaum noch aus dem Hause geht oder suizidal wird? Viele Ärzte, Berater, Therapeuten und auch Selbsthilfegruppen reagieren hier hilflos. Um kein Mißverständnis aufkommen zu lassen: ich bin ein unbedingter Vertreter des Abstinenzgebotes für Süchtige. Wir erleben in der Praxis jedoch immer wieder, daß damit zwar ein entscheidender erster Schritt zum *Überleben* getan ist, jedoch kein Problem der Alltags- und Lebensbewältigung gelöst wurde, und die sozialen und psychischen Konflikte jetzt erst richtig aufbrechen und heftiger werden.

Was von der aktuellen Suchtforschung seit einigen Jahren unter dem Stichwort „Komorbidität“ neu entdeckt worden ist und je nach Genauigkeit der Erhebung mit unterschiedlichen Prozentzahlen angegeben wird, ist für die Psychoanalyse ein alter Hut. Für sie waren von jeher die Symptome stets ursachenbezogen, als Ausdruck tieferliegender Konflikte oder Defizite in der Entwicklung zu verstehen. So schreibt z.B. Leon Wurmser, der häufig therapeutisch mit Drogenabhängigen gearbeitet hat:

„Jeder, der eng mit einem Drogenabhängigen zusammenarbeitet, erlebt immer wieder, daß der Patient beim Entzug seiner Droge der Wahl verzweifelt versucht, diese durch ein anderes Symptom zu ersetzen.“ (1997, S. 89),

oder an anderer Stelle noch pointierter:

„Diese Menschen könnten wir auch dann nicht als gesund bezeichnen, wenn sie kein Drogenproblem hätten. Niemand, der Drogenabhängige kennt und nur ein wenig psychiatrisches Wissen hat, würde sie als gesund bezeichnen, auch dann nicht, wenn das Drogenproblem auf wundersame Weise beseitigt wäre. Theoretisch mag es Ausnahmen geben. Vielleicht gibt es einige zwanghafte Drogenkonsumenten, die kein anderes Symptom einer schweren Psychopathologie gezeigt haben. Ich bin noch keinem begegnet.“ (1997, S. 100)

Wie wir später noch ausführlicher besprechen werden, ist die Sucht - ich beziehe mich in der Folge überwiegend auf den Alkoholismus - immer wieder als der Versuch analysiert worden, primäre Störungen im Befinden und in der Persönlichkeit selbst zu therapieren. Eine vegetative Labilität und häufig seit der Kindheit bestehende Störungen wie schlechter Schlaf, Schwindel, Kopfschmerzen, funktionelle Störungen des Magens, des Herzens und anderer Organe finden sich bei vielen Süchtigen. Darüber hinaus erlebten viele Alkoholiker in ihrer Kindheit auch reale Traumata wie Mißbrauch, Unfälle, schwere Erkrankungen, Tod engster Angehöriger, häufig das Fehlen des Vaters etc. Prospektive amerikanische Studien zeigten, daß spätere Alkoholiker schon in ihrer Kindheit signifikant häufiger als andere unter Spannungszuständen und Unzufriedenheit litten (nach Möhl 1993, S. 51).

Psychoanalytiker erkannten daher frühzeitig, daß das Trinken des Süchtigen nicht der Lustgewinnung, sondern der Unlustvermeidung dient, wie dies Rado schon 1934 beschrieb. Der Alkoholiker fühlt sich erst dann „normal“ und kann sich in der Gesellschaft bewegen, wenn er unter Alkohol steht; er kämpft nicht für den Genuß, sondern gegen die innere Not. Menninger (1974, S. 188f) schrieb:

„Der Alkoholiker leidet insgeheim an einem unaussprechlichen Schrecken, dem er nicht ins Antlitz zu sehen wagt. Er kennt nur das Mittel des Ertränkens der Furcht ...“

Eigentliches Thema für die Psychoanalyse ist daher die „prämorbid Persönlichkeit“ des Süchtigen, die mit der Abstinenz unweigerlich wieder zum Durchbruch kommt. Diese Einsicht und Erfahrung teilen viele Kollegen, die sich lange mit Süchtigen befaßt haben, auch Nicht-Psychoanalytiker wie z.B. der langjährige Leiter der Klinik in Bad Herrenal, Walter Lechler, der es auf die Formel bringt, „die einfachste Definition eines Alkoholikers ist die eines Menschen, der sich in seiner Haut nicht wohl fühlt“ (nach Möhl 1993, S. 47).

Natürlich lassen sich die Ursachen bzw. Grundlagen der Sucht nicht auf eine einzige Störung oder Konfliktstruktur zurückführen. Ich möchte Ihnen daher ein von mir bereits vor längerem entwickeltes Modell vorstellen, in dem ich versucht habe, die psychischen Ursachen unterschiedlicher Schweregrade des Alkoholismus zu erfassen.

Nochmals hervorheben möchte ich, daß ich die Sucht im allgemeinen und den Alkoholabusus im besonderen, mit dem ich mich hier am stärksten befaße, als ein Symptom begreife, nämlich als den Ausdruck tieferliegender Konflikte, Defizite oder Persönlichkeitsstörungen, sozusagen als die Spitze des Eisberges. Es wäre jedoch naiv, der

Sucht ganz spezifische Störungen zuordnen zu wollen. Wir müssen uns vergegenwärtigen: Der Alkohol ist die Droge unserer Gesellschaft, mit der wir von Kindheit an praktisch tagtäglich konfrontiert werden. Von daher ist es verständlich, daß es ganz unterschiedliche Persönlichkeiten, Verläufe, auslösende Situationen und Krisen geben kann, wo der Alkoholkonsum zu entgleisen beginnt und sich eine Suchtkarriere entwickeln kann. Ausgangspunkt der Diagnostik ist dann die Frage, aufgrund welcher Anteile seiner Persönlichkeit und seiner Biographie ein Patient den Alkohol zu mißbrauchen begonnen hat, warum er für ihn so eine wichtige Bedeutung bekam etc.

Diagnostisch wichtig scheint es mir zu erfassen, welche Bereiche der Persönlichkeit im jeweiligen Fall gestört sind. Oft entsteht der Eindruck, daß hinter jeder Sucht gleich eine besonders schwerwiegende Störung steht. Dies muß, wie ich hier betonen möchte, keineswegs immer der Fall sein. Notgedrungen sind es allerdings immer wieder die schwerwiegenderen Formen und Verläufe, die unser besonderes Augenmerk erfordern, so daß die weniger dramatischen Fälle nicht ins Auge fallen. Ich möchte jedoch an dieser Stelle herausheben: grundsätzlich kann jede psychische Struktur zumindest zeitweise zur Grundlage einer Sucht werden - selbst die sogenannte Neurose, die für uns Analytiker ja gewissermaßen das "Normale" darstellt. Sie kann in dem von mir verwendeten Sinne ebenfalls die Grundstörung einer Sucht sein. Unsere Erfahrung lehrt allerdings, daß wenigstens dem chronischen Alkoholismus in der Regel eine schwerwiegende, d.h. über die klassische Neurose hinausgehende Persönlichkeitsstörung zugrundeliegt, was neben dem Alkoholabusus auch eine vielschichtige psychische Symptomatik und eine hohe Bereitschaft zum Symptomwechsel bedeutet. Vereinfacht gesagt ist eine Störung um so schwerwiegender, je früher sie in der Kindheit wurzelt. Nun wird an der Psychoanalyse oft kritisiert, ihre Heranziehung immer früherer kindlicher Entwicklungsphasen als Erklärung einer Krankheitsursache habe einen sehr spekulativen Charakter und verlege die Anfänge ins Nebulöse. Sinnvoller erscheint mir daher, eine Störung als um so schwerer anzusehen, je tiefer sie in elementare und zentrale Strukturen einer Persönlichkeit reicht. Ich verwende also die Begriffe "frühe" und "tiefgreifende Störung" synonym.

Grundlinie meiner diagnostischen Arbeit ist, Unterschiede der Schwere der zugrundeliegenden Störung zu erfassen bzw. wie elementar diese zentrale Bereiche der Persönlichkeit erfaßt. Psychodynamische Ansätze dienen für mich in erster Linie dem Hintergrundverständnis, der Einsicht in die individuelle Psychogenese und öffnen oft auch den Blick für die Grenzen des therapeutischen Handelns. Psychoanalyse in einem klassischen Setting (Couch und hochfrequente Behandlung) wende ich niemals bei Süchtigen an. Die psychodynamische Sicht bedeutet oft gerade, hinsichtlich der Therapieziele kleinere Brötchen zu backen.

Ich unterscheide in meinem Ansatz verschiedene, nach der Schwere der zugrundeliegenden Störung bzw. dem "Fixierungspunkt" der Erkrankung Grundmodelle, die ich im folgenden knapp beschreiben möchte.

Neurose und Alkoholabusus

Neurosen stellen in psychoanalytischer Sicht die normale Entwicklung mit der Konfliktlösung einer relativ reifen, bis zum ödipalen Niveau entwickelten Persönlichkeit dar. Auf dem ödipalen Niveau geht es um die Beziehungsaufnahme zur sogenannten "Dritten Person", dem Vater, wobei eine günstig verlaufene Mutter-Kind-Beziehung und die gelungene Herausbildung einer eigenen Identität vorausgesetzt wird. Manche neurotischen Konflikte können zumindest zeitweise zum Anlaß von exzessivem Trinken werden. So können z.B. mitunter massive und kaum noch zu ertragende Schuldgefühle Ursache von Alkoholmißbrauch sein. Hintergrund ist in vielen Fällen eine ungelebte ödipale Liebe und die nicht bewußt zugelassene Identifikation mit einem alkoholabhängigen Elternteil - meist dem Vater. Im Trinken wird diese Identifikation dann ausgelebt, und die eigene Therapie steht stellvertretend für die Hilfe, die dem Vater nicht gegeben werden konnte. Solche Patienten nehmen dann rasch eine Helferrolle ein und werden dann unter Umständen selber sehr bald Suchtkrankenhelfer. Ein chronischer Alkoholismus ist hier eher selten, so daß ich mir weitere Ausführungen zu dieser Gruppe sparen möchte. Unter den Patienten, die ambulante Behandlungen aufsuchen, bilden sie allerdings eine wichtige Gruppe.

Alkohol als Selbstheilungsmittel

Häufiger finden wir bei Alkoholikern sogenannte "ichschwache" Persönlichkeiten. Hier ist durch mangelnde Bestätigung und Förderung des Kindes, gelegentlich auch durch übermäßige Verwöhnung, eventuell auch infolge einer konstitutionellen Schwäche, das Ich nicht hinreichend entwickelt, um die für das alltägliche Leben erforderlichen Anpassungsleistungen zu vollbringen. Die Affekttoleranz ist gering, oft auch eine Affektdifferenzierung ungenügend geblieben. Gefühle drohen das schwache Ich dann leicht zu überwältigen, die Frustrationstoleranz, die Fähigkeiten zur Realitätsprüfung sind gering. Vor allem sind auch die Ichgrenzen, sowohl gegen die eigenen, inneren Affekte, wie gegen die von Außen kommenden Ansprüche zu schwach. Der Alkohol ist hier ein zunächst wirkungsvolles Hilfsmittel, das "Selbstheilungsmittel" eines schwachen Ich. Er dämpft die bedrohlichen Affekte, er schirmt gegen die überflutenden äußeren Reize ab, läßt die Welt in einem rosigen Licht erscheinen. Das Problem dabei ist natürlich, daß der Alkohol nichts wirklich verändert, sondern die Probleme, spätestens dann, wenn im Übermaß getrunken wird, noch verschärft. Der Betroffene wird in einem Teufelskreis immer unfähiger, seine Gefühle und Beziehungen aus sich heraus zu bewältigen, er geht, wie Rado das nannte, zu einer "pharmakothymen Steuerung" über. Dasselbe gilt natürlich auch für Medikamentenabhängige.

Der Süchtige begegnet uns in der Regel erst dann, wenn dieses System zusammengebrochen ist. Klar ist auch, daß er nur unter der Bedingung der Abstinenz von der Droge zu behandeln ist. Dies bedeutet aber auch, daß seine Ichschwäche jetzt erst deutlich wird und ihm zu schaffen macht, weil er ja seines bisherigen Hilfsmittels beraubt ist. Die Aufgabe der Therapie wird also sein müssen, seine Fähigkeiten zur Affektdifferenzierung und -tolerierung zu entwickeln, sein Ich zu stärken, die Ichgrenzen zu festigen. Darauf zielen auch die Behandlungskonzepte der Fachkliniken, die Strukturen und äußere Grenzen setzen, an denen der Patient seine Probleme durcharbeiten kann, und die er schließlich verinnerlichen soll.

Das Problem ist, daß es sich um Prozesse handelt, die in der normalen kindlichen Entwicklung einiger Jahre bedürfen und die in einer Therapie nicht beliebig verkürzbar sind. Es gibt immer noch Kliniken, die sich darauf fixieren, den Patienten möglichst trocken über die Behandlungszeit zu bringen und nicht sehen, daß die Therapie keine strukturellen Veränderungen bringen kann, sondern daß die Hausordnung, ein strenges Reglement und therapeutisches Setting nicht mehr als ein Ersatz für die Droge sind und nicht in wenigen Wochen oder Monaten verinnerlicht werden können. Nach der Entlassung kommt dann irgendwann der Rückfall, oder es gelingt dem Patienten, sich mittels zwanghafter Rituale oder Ersatzbildungen wie etwa einer Arbeitssucht trocken zu halten. Das mag dann immerhin eine lebenserhaltende Maßnahme sein; eine Bearbeitung der strukturellen Ichschwäche dieser Patienten ist es jedenfalls nicht.

Wichtig für diese Patientengruppe ist, um das nochmals zusammenzufassen, daß die Droge der Versuch einer - natürlich zum Scheitern verurteilten - Selbstheilung des Ichs ist, mit ihrer Hilfe die Defizite und Schwächen der Ichfunktionen kompensiert werden sollen.

Hierzu möchte ich Ihnen eine Fallvignette aus der ambulanten Psychotherapie mit charakteristischer Symptomverschiebung vorstellen.

Der 32-jährige Patient, von Beruf Handwerker, ist auffallend attraktiv und wirkt vordergründig sehr selbstbewußt. Er ist seit fünf Jahren trockener Alkoholiker, wobei er die erste Zeit der Trockenheit durch eine ausgefallene berufliche Tätigkeit mit 363 Arbeitstagen im Jahr mit jeweils wenigstens 12 Arbeitsstunden pro Tag überbrückt hat. Eine solche Tätigkeit fand er im Südfrüchtegroßhandel; Südfrüchtelaster rollen wohl werktags wie an Sonn- und Feiertagen. Dank seines Arbeitseinsatzes gelang es ihm bald, für die Leitung der Entladung verantwortlich eingesetzt zu werden. Die Symptomatik, wegen der er mich jetzt aufsucht, sind Herzängste, die in der kurios anmutenden panischen Angst gipfeln, bei seiner bevorstehenden Hochzeit entweder bei der Zeremonie in der Kirche vor allen Gästen tot umzufallen, oder vor lauter Panik davon zu stürmen. Ich lasse mich zu einer symptomorientierten und in dieser Hinsicht erfolgreichen Therapie verleiten, und bringe den Patienten über die Hochzeitszeremonie. Anschließend bleibt er jedoch in Behandlung, um seine Brückenphobie zu bearbeiten. Schließlich stellt sich heraus, daß sein eigentliches Problem Geldspielautomaten sind, das sich nun zunehmend verstärkt, weil er die Enge seiner Ehe nicht aushalten kann und sich mit den

Spielautomaten zunehmend eine eigene, vor der Ehefrau geschützte Welt aufbaut. Das Geldspiel gewinnt rasch einen süchtigen Charakter.

Der Vater des Patienten ist Alkoholiker und überwiegend homosexuell gewesen, brachte oft betrunken Männer mit nach Hause. Die Mutter sorgte als kaufmännische Angestellte sowohl in finanzieller wie in emotionaler Hinsicht für die Familie. Die Eltern ließen sich scheiden, als der Patient circa sieben Jahre alt war. Wenige Jahre später starb der Vater völlig verwahrlost an den Folgen seines Alkoholabusus. Der Patient hatte keinerlei Kontakt mehr zu ihm und erfuhr erst viel später von seinem Tod. Auch habe er keinerlei Erinnerung an ihn, keine inneren Bilder. Ein Identifikationsobjekt ist er für ihn niemals gewesen. Die Mutter hingegen überbehütete, umsorgte und idealisierte ihren einzigen Sohn, band ihn eng an sich und gab ihm eine Kronprinzenrolle, die wie die enge Bindung zur Mutter bis zur Therapie bei mir anhielt. In dieser Konstellation lernte der Patient nicht, mit Frustrationen umzugehen und um etwas zu kämpfen zu müssen. Alles fiel ihm entweder in den Schoß - wie die Liebe der Mutter - oder er gab gleich auf. Er absolvierte das Abitur ohne Schwierigkeiten, erlernte danach ein Handwerk, brach seinen beruflichen Weg aber immer dort ab, wo es schwierig zu werden begann. Sehr frühzeitig begann er zu trinken, was er aber nach den ersten Lebersymptomen und einer kurzen Entwöhnung mit 28 Jahren bereits beendete. Das alles-oder-nichts Prinzip seines Lebens drückte er mittels der Spielautomaten aus, wie er sich sein eigenes Refugium schaffte angesichts der Unmöglichkeit, sich gegen die Forderungen und Ansprüche der Mutter wie später seiner Ehefrau abzugrenzen. Die Angst vor dem symbiotischen Verschlungen-werden durch die Mutter bzw. die Frau, das misslingende Streben nach Autonomie ist m.E. der zentrale Konflikt dieses Patienten. Auch in der ambulanten Therapie ließ er sich nur sehr schwer einbinden, und es war ein langer Weg, bis sich eine halbwegs tragfähige therapeutische Beziehung herstellen ließ.

Der Patient bedarf der ständigen Erregung und Stimulierung, besitzt eine schwache Frustrationstoleranz und Abgrenzung nach Außen. Andererseits - und dies ist wichtig zur Unterscheidung gegenüber der folgenden diagnostischen Gruppe - hat er angesichts der durch die Mutter erfahrenen Bestätigung und Zuneigung durchaus potente und lebensfähige Seiten. Sein sehr frühzeitiger und konsequenter Ausstieg aus dem Alkohol - angesichts des Auftretens der ersten schwerwiegenderen körperlichen Symptome - zeigt, daß er keine nennenswerten selbstzerstörerischen Tendenzen aufweist.

Dies ist, besonders hinsichtlich des Symptomwechsels, im Auftauchen von Angst- und Unruhezuständen, ein durchaus nicht untypischer Verlauf einer Alkoholikerbiographie nach Trockenlegung, wie ich ihn immer wieder beobachten kann.

Ersatzbildungen wie eine Arbeitssucht sind hier durchaus nicht generell zu verurteilen, wenn sie dem Patienten ermöglichen, abstinent zu bleiben und sich weiterzuentwickeln. Auch die Abstinengruppen sind hier natürlich sehr hilfreich, selbst wenn der Anteil der Alkoholiker, die hier Fuß fassen können, weit geringer ist als meist angenommen wird. Nach meinen

Erfahrungen bedarf es oft tatsächlich einer Abstinenz von fünf bis sieben Jahren mit diversen Krücken und Ersatzbildungen, bis der Betroffene mit dem Kampf gegen das erste Glas unzufrieden wird, erneut zu suchen beginnt und vielleicht sogar eine Psychotherapie anstrebt, in der er sich der Bearbeitung der seiner Sucht zugrundeliegenden Problematik stellen kann. Eine wirkliche therapeutische Bearbeitung dieser Konflikte und Defizite der Persönlichkeit in einem psychoanalytischen Prozeß wäre wiederum eine Aufgabe von wenigstens fünf Jahren, wie das der amerikanische Analytiker Adams beschrieben hat. Erfahrungen in der ambulanten Langzeittherapie mit Abhängigen aus dieser Gruppe berechtigen zu dem Optimismus, daß diese Patienten therapeutisch durchaus eine günstige Prognose haben. Nicht übersehen werden darf jedoch, wie dornig der Weg auch in der Abstinenz, wie stark das Leiden und die Krisen dieser Menschen auch *ohne* Suchtmittelrückfälle sind.

Sucht als Selbstzerstörung

Ich möchte nach den neurotischen und den ichschwachen Patienten eine dritte Gruppe von "süchtiger Grundstörung" abhandeln, in der es um Selbstzerstörung und nicht um Selbstheilung geht.

In meinen Arbeiten genießt diese Gruppe immer eine besondere Beachtung, da ich der Auffassung bin, daß sie in der Suchttherapie zu oft vernachlässigt wird, und das wiederum liegt wohl daran, daß wir Therapeuten hier vor der Schwere dieser Grundstörung kapitulieren oder die Augen verschließen vor dem Ausmaß der allgemeinen Zerstörung, obwohl es hier offen auf der Hand liegt, daß der Alkohol nur ein Symptom unter anderen und eben nicht die Krankheit an sich ist.

Ich meine hier jene Patienten, die uns schon vom ersten Gespräch an eine schlimme Biographie entfalten, die voll ist von Traumatisierungen und Unglücken bis weit hinein in die Kindheit. Hier werden wir konfrontiert mit dem Tod von Vater oder Mutter, schlimmsten familiären Exzessen, einer Kette von Unfällen, Krankheiten, Suizidversuchen und eben auch Alkohol- oder Drogenexzessen. Es sind Patienten, die oft haarscharf an der Grenze zum Tod vorbeigeschrammt sind, und wir spüren rasch, daß es hier um ganz existentielle Fragen und Prozesse, um Sein oder Nichtsein geht. Es fehlt diesen Patienten buchstäblich die Erlaubnis zum Leben; in analytischer Sprache fehlen die guten inneren Objekte, um leben zu dürfen.

In modernerer psychoanalytischer Terminologie spricht man hier von Störungen auf dem Borderline-Niveau, wobei es nach meiner Einschätzung bei allen fließenden Grenzen doch auch gewisse Unterschiede zu den typischen Borderline-Erkrankungen gibt. Zum einen gewinnt bei den meisten Borderline-Patienten das Suchtmittel nicht einen solch zentralen und beständigen Objektcharakter, sondern der Suchtmittelabusus bleibt ein eher passageres Symptom. Zum zweiten faszinieren viele Borderline-Charaktere als ausgesprochene Lebenskünstler, während bei den Süchtigen, die ich hier meine, die Autodestruktion mittels der Droge und anderer Mechanismen im Vordergrund steht.

Diese Süchtigen suchen mittels des Alkohols sich selbst respective ein verinnerlichtes böses Objekt zu vergiften, wie dies Psychoanalytiker bereits seit den dreißiger Jahren beschrieben haben. Es handelt sich also um eine basale Störung der Identität, einen Mangel an Urvertrauen, der dazu führt, daß die Selbsterhaltungstrieb, der Überlebenswille gestört sind.

Dies erklärt sich für mich am besten auf dem Hintergrund der zwar umstrittenen Theorie Melanie Kleins, die nach Metaphern für die ersten Lebensprozesse des Kindes suchte. Nach ihrer Auffassung erlebt sich das Kind aufgrund seiner noch mangelnden kognitiven und integrativen Fähigkeiten nicht als eine einheitliche Person und nimmt auch die Mutter nicht als solche wahr, sondern erlebt sich den Kräften, die es beeinflussen, hilflos ausgeliefert. Unlusterfahrungen, Schmerz, Hunger und Einsamkeit drohen es zu überwältigen, und es sucht ihre Ursache in einer bedrohlichen Macht, der "bösen Brust", zu der es kompensatorisch die „gute Brust“ aufbaut, in die es all seine positiven Erfahrungen projiziert. Eine normal günstige Entwicklung, vorausgesetzt, sollten die positiven Erfahrungen überwiegen; das Kind identifiziert sich mit der guten Brust, die per Internalisierung zum inneren Objekt und zum Kern seines Selbst wird. Die böse Brust wird oral-kannibalistisch angegriffen und auf diesem Wege allerdings ebenfalls verinnerlicht. Nach meinem Eindruck ist beim Süchtigen dieser Gruppe die gute Brust zu schwach, und er bleibt auf die Ebene der oral-kannibalistischen Auseinandersetzung mit der bösen Brust fixiert.

Ich verdeutliche diese schwer verständlichen Metaphern gerne am Prozeß einer anderen Suchtform, der Bulimarexie:

Kaum eine Bulimarektikerin ißt mit Genuß, sondern sie stopft das Essen anfallsartig, gierig und voller Wut und Haß in sich hinein, wobei dieser Haß ein tiefsitzender Selbsthaß und der Mechanismus selbstzerstörerisch ist. Ist die Nahrung dann verschlungen, fühlt sich die Bulimarektikerin nicht gesättigt, sondern vielmehr vergiftet, denn sie hat in ihrem Anfall die böse Brust verschlungen, und ihre einzige Möglichkeit, sie wieder loszuwerden ist, diese Nahrung zu erbrechen. Erst dann hat sie einen Moment der Ruhe und Entspannung. Ihr Suchtzirkel ist also darauf gerichtet Nahrung zu vernichten, ins Klo zu befördern, und dies mittels des Umwegs über den eigenen Magen.

Hinzu kommt die therapeutische Erfahrung, daß Bulimarektikerinnen oft tatsächlich abgetrieben werden sollten, also basal offensichtlich keine guten Beziehungserfahrungen hatten. Für das süchtige Trinken der zuletzt beschriebenen Alkoholiker nehme ich einen ähnlichen Prozeß an, eben den Versuch, die verinnerlichte böse Brust zu vergiften, was der Selbstzerstörung gleich kommt

Das therapeutische Dilemma nun ist, daß solche Patienten hinsichtlich der Abstinenz oft hochmotiviert sind, diese allein ihnen allerdings wenig nützt, weil sie dann andere Mittel und Wege zur Selbstzerstörung finden. Sie können ihr Leben nicht annehmen, dürfen es sich nicht gut gehen lassen, und da wir zugleich in dieser Gruppe oft recht ichstarke Persönlichkeiten finden, kann das verhängnisvolle Konsequenzen haben, z.B. die, daß der Patient eben nicht rückfällig wird, sondern, wenn er merkt, daß er es nicht schaffen kann zu leben, sich suizidiert.

Alkoholiker sind eine Patientengruppe mit einer extrem hohen Suizidquote, besonders die letztgenannten, und dies gerade in Phasen der Abstinenz. Die Gefährdung dieser Patienten durch Suizid, Unfälle, Suchtmittelwechsel oder schwere Erkrankungen, ihre vielfältige Traumatisierung muß in der Therapie unbedingt berücksichtigt werden. Sadistische Therapierituale können diese Patienten angesichts ihrer Autodestruktivität zumindest zeitweise entlasten, können ihnen helfen zu externalisieren. Synanon in seiner klassischen Form etwa, mit seinen Unterwerfungsritualen mit dem Ziel, das bisherige Ich des Süchtigen zu zerschlagen, entlastete vom Zwang zur Selbstbestrafung und Selbstzerstörung, und ähnlich wirken etwa Fütterungsprozeduren bei Anorektikerinnen.

Bei stark autodestruktiven Patienten darf therapeutisch nicht zuviel erwartet werden, und es ist oft schon genug, hier ein *Überleben* zu ermöglichen. M. E. relativiert sich dabei mitunter sogar der Stellenwert der totalen und dauerhaften Abstinenz, da sie den Patienten dazu führen kann sich andere und radikalere Wege zu seiner Selbstzerstörung zu suchen - z.B. den Suizid.

Hier stößt auch die analytische Therapie an Grenzen.

Erfahrungen aus der ambulanten Psychotherapie mit Alkoholikern

Ich möchte Ihnen nun einen Einblick in die ambulante Psychotherapie mit Alkoholikern geben. Seit etwa 20 Jahren arbeite ich in ambulanter Therapie mit Süchtigen, die inzwischen den größten Teil meiner Praxisklientel ausmachen. Aufgrund meiner auf dem Hintergrund stationärer Erfahrungen entstandenen Publikationen zu psychoanalytisch orientierter Arbeit mit Abhängigen überweisen mir die Gießener Kollegen gerne süchtige Patienten, die bei den Psychotherapeuten im allgemeinen und den Psychoanalytikern im besonderen als „undankbare“, für ambulante Therapie ungeeignete Patienten gelten. Ich behaupte manchmal scherzhaft, die beste *Verhinderungstaktik* bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz sei die, bereits am Telefon anzugeben, man habe ein Suchtproblem - gleichgültig, wie viele Jahre der letzte Rückfall zurückliegt. Ein solcher Patient wird dann bereits am Telefon abgewimmelt - oder eben an mich oder einige andere, auch „nicht so ganz ernst zu nehmende Kollegen“ weiterüberwiesen. Unter diesen abgewimmelten Patienten befinden sich oft meine Interessantesten.

Ich verstehe die ambulante psychotherapeutische Arbeit mit Süchtigen als einen *sehr langfristig* angelegten Prozeß, in dem es darum geht, mit den erworbenen psychischen Strukturen zu leben, da sich die schwereren Grundstörungen therapeutisch nicht wirklich beheben lassen. Die therapeutische Unterstützung fängt dann damit an, die Patienten über die lange Phase ihrer *Schlafstörungen* zu begleiten und zu stützen und ihnen im Umgang mit den Frustrationen und Problemen des Alltags zu helfen.

Ich arbeite niederfrequent, d.h. mit einer Wochenstunde im Sitzen; nur bei der Voraussetzung einer längeren Suchtmittelabstinenz (mindestens zwei Jahre) erscheint mir eine

höherfrequente und eher aufdeckende therapeutische Arbeit (zwei bis drei Wochenstunden) sinnvoll.

Ambulante Arbeit muß ohne Sanktionen und Kontrollen funktionieren und unterscheidet sich damit klar von der stationären. Wenn ich den Patienten nur einmal die Woche sehe, kann ich nicht wissen, was er die anderen sechs Tage macht; deshalb wäre es auch zwecklos, ihn „pusten zu lassen“. Grundlage ist daher das Vertrauen in den Patienten und seine Offenheit. Bisher habe ich in der Praxis noch jeden Rückfall nach recht kurzer Zeit erfahren. Vorbedingung ist dabei, daß ich nicht mit dem Therapieabbruch drohe, d.h.: wenn ich mich einmal auf die Behandlung eingelassen habe, muß ich zu meinem Angebot stehen - über alle therapeutischen Krisen hinweg, zu denen eben auch das Wiederauftreten des ursprünglichen Symptoms in Form des Suchtmittelrückfalls gehört. Wenn der Patient tiefer in seinen Rückfall hineinrutscht, müssen gemeinsam Lösungswege gesucht werden, d.h. die Zwischenschaltung einer stationären Entgiftungs- oder auch Entwöhnungsbehandlung. Auch dies war bisher immer möglich. Dabei bleibt das Angebot bestehen, daß der Patient nach der Behandlung zu mir zurückkehrt, was in der Regel auch geschieht.

Einschränken muß ich die psychoanalytische Methode für Abhängige ausdrücklich hinsichtlich der Behandlungstechnik. Ich möchte hier klarstellen: ich arbeite mit Süchtigen *nicht* in einer klassisch-analytischen Technik, was konkret bedeutet: ich sitze dem Patienten gegenüber, er liegt nicht auf der Couch; ich arbeite mit ein bis höchstens zwei Wochenstunden über einen möglichst langen Zeitraum und nicht höherfrequent. Ich bediene mich einer aktiven Technik, d.h. ich interveniere oft, frage nach, bin nicht klassisch-abstinent, sondern zeige meine Gefühle, äußere meine Meinung. Von Heigl-Evers u.a. wird dies das „Prinzip Antwort“ genannt. Die Patienten haben das Recht, mich im Notfall anzurufen. Dies Angebot wird weit seltener genutzt, geschweige denn mißbraucht, als das klassisch-abstinente Kollegen wahrscheinlich fürchten.

Ich selektiere relativ wenig bei der Auswahl meiner Patienten, d.h. ich behandle derzeit sowohl Abhängige, die die Therapie nach langjähriger Sucht und dadurch bedingter krimineller Karriere als Gerichtsaufgabe machen, wie sogenannte „Edelalkoholiker“, also sozial integrierte und materiell gut gestellte Akademiker oder Geschäftsleute.

Bedingung für eine ambulante Therapie bei mir ist die Fähigkeit zu einer zumindest zeitweiligen Abstinenz. Süchtige in einem total „nassen Stadium“ kann ich nicht behandeln. Ich vermittele diese in eine stationäre Entgiftung, bzw. Entwöhnung. Optimalerweise behandle ich im Anschluß an eine stationäre Entwöhnung. Dies ist aber nicht immer zu leisten, und nicht wenige, auch schwerst-Abhängige erreichen eine Abstinenz übrigens auch ohne Klinik. Die Bandbreite der stationären Vorbehandlungen bei meinen Patienten variiert somit von Null Tagen bis über drei Jahre. Ich schließe mit meinen Patienten einen mündlichen Behandlungsvertrag, der etwa folgendermaßen lautet:

„Ihre Behandlung sollte unter Abstinenz von Suchtmitteln erfolgen. Da ich Sie aber nur ein / zwei mal die Woche sehe, kann und will ich dies im Gegensatz zu einer stationären

Einrichtung nicht kontrollieren. Die Grundlage unserer therapeutischen Beziehung ist die Offenheit und das Vertrauen, gerade hinsichtlich des Suchtmittels; deshalb kann ich einen Rückfall auch nicht sanktionieren, weil ich Sie sonst zum Lügen verführen würde. Wenn Sie mir einen Rückfall verschweigen, belügen Sie nicht mich, sondern im Endeffekt sich selbst, weil die therapeutische Arbeit dann sinnlos wird.“

Natürlich wird mir nicht jeder Rückfall sofort gestanden, aber ich glaube, es hat noch nie länger als vier Wochen gedauert, bis er mir dann doch „gebeichtet“ wurde und bearbeitbar war. Wenn sich abzeichnet, daß ein Patient tiefer in seine Sucht abrutscht, muß eine stationäre Entgiftung, ggfs. auch Entwöhnung zwischengeschaltet werden. Der Patient hat dabei die Zusage, daß er nach Ablauf dieser stationären Behandlung zu mir zurückkommen kann. Wenn auch mit anfänglichem Widerstreben, ließ sich bisher noch jeder Patient, wenn notwendig, zur stationären Therapie motivieren.

Da ich immer wieder nach dem Rückfall in der ambulanten Behandlung gefragt werde, hierzu ein Beispiel aus der Praxis:

Herr E. ruft mich an und beichtet, daß er eine Flasche Wein getrunken hat. Herr E., den ich seit vier Jahren kenne, ist zu diesem Zeitpunkt zwei Jahre trocken gewesen. Ich bin überaus beunruhigt, denn ich kenne Herrn E. als einen Patienten, der unter Alkohol eine ganz außergewöhnliche Autodestruktivität entwickelt. Unvergeßlich bleibt mir das Erstgespräch, das ich vor vier Jahren mit ihm hatte, mit deutlichen Strangulationsstreifen am Hals, nachdem ihn seine Frau nur zwei Tage zuvor eher zufällig, bereits bewußtlos in der Garage am Strick hängend fand, und ihn vom Notarzt reanimieren lassen mußte. Herr E. weist eine langjährige Suchtkarriere mit einer Vielzahl äußerst gewaltsamer und destruktiver Suizidversuche auf. Er hat jetzt Angst, daß mit diesem Rückfall „alles aus ist“, und seine Frau, von der er sich sehr abhängig erlebt, ihn verläßt etc. Ich verordne ihm zunächst, das Bett nicht mehr zu verlassen, allen Konflikten mit seiner Frau aus dem Weg zu gehen, und gebe ihm am nächsten Tag zusammen mit seiner Frau einen zusätzlichen Termin.

Folgender Hintergrund dieses Rückfalls zeichnet sich ab: Herr E. hat im vorausgegangenen Jahr außerordentlich viel geleistet. Er hat mit seiner Frau zusammen sein Wunschhaus gebaut, in das er gerade vor drei Wochen eingezogen ist. Vor sechs Jahren hatte er das 2. Lehrerexamen absolviert, ohne damals oder später eine Anstellung zu bekommen, und sich seitdem in verschiedenen Jobs, zuletzt als Pharmareferent, durchgeschlagen. Jetzt hat er überraschend doch noch eine Lehrerstelle bekommen und ist seit fünf Wochen an der Schule, was ihm großen Spaß macht. Ferner hat er drei Tage vor diesem Rückfall seinen Führerschein wiederbekommen, um den er zwei Jahre lang mit der MPU gekämpft hat. Er hat nun alles, was er sich wünschte: Führerschein, Familie, Haus, Lehrerstelle. Vor Erschöpfung hat ihn jetzt ein schwerer grippaler Infekt erwischt, und statt Glücksgefühl empfindet er Leere. Zudem mißtraut seine Frau seiner Abstinenz, da er sich mit Abebben des Dauerstresses hängen läßt - und nun hat er getrunken!

Im Gespräch am nächsten Tag ist die Atmosphäre zwischen Herrn und Frau E. eisig. Zwar hat er seit gestern nichts mehr getrunken, aber Frau E. macht ihm schwerste Vorwürfe und beobachtet ihn mit größtem Mißtrauen und düsteren Prophezeiungen. Die nächsten zwei Wochen lassen sich diese Anspannung und der Druck nicht auflösen. Herr E. ist krankgeschrieben, und wenn seine Frau von der Arbeit wiederkommt, beriecht sie ihn nach Alkohol und behauptet solange, er habe getrunken, bis Herr E. dies aus lauter Wut und Trotz wirklich macht und jetzt exzessiv trinkt. Es kommt zu einer erneuten Telefonintervention meinerseits, sowohl mit Herrn wie mit Frau E. Ich telefoniere sehr ungern mit Angehörigen, aber in dieser Situation erscheint es mir unabdingbar, um die beiden auseinanderzuhalten. Der Rückfall dauert drei Tage, diesmal ohne Suizidversuch. Herr E. kommt nüchtern, wenn auch mit leichten Entzugserscheinungen, zu seinem nächsten regulären Termin. Der Rückfall läßt sich jetzt besprechen: das permanente Gefühl der Kontrolle und des Drucks in der Beziehung, wobei seine Frau für Herrn E. die erste und einzige Beziehung ist; die Sinnfrage, nachdem er jetzt all seine Ziele erreicht hat, die Unfähigkeit, sich nach allen Anstrengungen fallen zu lassen und zu entspannen, und die Selbstzweifel, ob alles, was er erreicht hat, ihm wirklich zusteht. In den nächsten Wochen sind sowohl die therapeutischen Gespräche wie die zwischen Herrn und Frau E. intensiver und tiefgründiger. Herr E. hat diese schwere Krise (die beschriebene Situation stammt vom Oktober 1995), die ein gutes Jahr später zur Trennung und Scheidung führte, überstanden und ist nicht wieder manifest abhängig geworden.

Sie merken: entgegen vielen klassischen Ansätzen in der Suchtbehandlung breche ich den Kontakt im Rückfall *nicht* ab, sondern suche ihn aufrechtzuerhalten. Gerade bei hochsuizidalen Alkoholikern wie Herrn E. ist dies m.E. eine Frage auf Leben oder Tod.

Um dies nochmals herauszuheben: solche Krisentelefonate sind eher die Ausnahme. Das tägliche Brot meiner Arbeit sind seit Jahren trockene Abhängige, die in der Abstinenz große Anpassungsprobleme haben, mit ihren Gefühlen nicht zurechtkommen, depressiv sind, massive Ängste entwickeln, sich mit ihren Schuldgefühlen quälen, kurz: mit ihrem Leben nicht klar kommen. So formulierte ein seit fünf Jahren abstinenter Polytoxikomaner, der nüchtern sämtliche sozialen Kontakte abgebrochen hatte, vor Angst am ganzen Körper zitterte und sich in seiner Wohnung verkroch wie ein Tier in seiner Höhle, in der Therapie mir gegenüber: „Solange ich noch getrunken habe, hatte ich ja gar keine Ahnung, wie schlecht es mir wirklich geht“, eine Aussage, die auch schon von anderen meiner Patienten treffen gehört habe..

Probleme in der ambulanten Behandlung mit Süchtigen sind immer wieder Symptomwechsel, sowohl „suchtimmanent“, insbesondere Verlagerungen auf das Glücksspiel bei Männern und Eßstörungen bei Frauen, oder auf andere Symptome, besonders Ängste und Depressionen, aber auch psychosomatische Erkrankungen sowie Zwänge. Besonders problematisch ist der Umgang mit Patienten, die sehr autodestruktiv sind und in dieser Hinsicht neue Symptome entwickeln, z.B. in Form von schweren Erkrankungen, Unfällen, „Schnippeln und Aderlaß“,

Suizidversuchen etc. Hier muß versucht werden, gesunde Selbstanteile zu stärken und die „Erlaubnis zum Leben“ zu ermöglichen.

Hinsichtlich der Zwangsproblematik ist anzumerken, daß Süchtige in der Regel ein überstrenges Überich bzw. sehr hohes Ichideal besitzen und in hohem Maße zu Schuldgefühl neigen. Ganz im Gegensatz zu den Überich-orientierten Behandlungsansätzen in der stationären Therapie geht es mir daher darum, dieses Überich zu entlasten, es zu lockern, die Strenge sich selbst gegenüber zu mildern und *Lebensfreude* zu ermöglichen. Es ist bekannt, daß viele Alkoholiker nicht nur trocken bleiben hinsichtlich des Alkohols, sondern auch innerlich vertrocknen, keine Freude am Leben haben. Eine längerfristig angelegte ambulante Therapie muß daher gerade genußfördernd angelegt sein, den Patienten dazu verhelfen, Genuß und Freude auch ohne Suchtmittel zu suchen, denn gerade die Fähigkeiten zur Selbstbelohnung und Entspannung aus eigener Kraft sind bei ihnen verkümmert. Dabei versuche ich auch das übermäßige Bemühen, sich an die Gesellschaft anzupassen einzudämmen und den Patienten zu ermöglichen, mit ihren Eigenheiten zu leben. Der Süchtige fühlt sich primär annormal und fremd den anderen gegenüber. Das Suchtmittel gibt ihm die Möglichkeit, sich normal zu fühlen und die Fremdheit anderen gegenüber zu überwinden. Die Anpassung versucht er in der Abstinenz mit anderen Mitteln zu erreichen. Auch wenn Süchtige nach Außen hin oft sehr unangepaßt erscheinen, haben sie soziale Normen und Ansprüche in einem hohen Maße verinnerlicht und sind frustriert, wenn sie nicht angepaßt und erfolgreich leben können.

Ich bemühe mich darum, daß die Patienten parallel zur ambulanten Behandlung bei mir eine Selbsthilfegruppe besuchen (die besten Erfahrungen habe ich mit AA und NA gemacht), da ich nicht in jeder Krisensituation bereit stehen kann und in der Psychotherapie nicht den alltäglichen Kampf, „das erste Glas stehenzulassen“ zum Hauptthema machen kann. Allerdings darf nicht unterschätzt werden, daß nicht wenige Süchtige einfach nicht Gruppengeeignet sind und hier keinen Fuß fassen können; sie bekommen in Gruppen Schweißausbrüche und Angstzustände und können die Gruppensituation einfach nicht ertragen.

Viele Patienten suchen erst nach einer längeren Abstinenz von fünf bis sieben Jahren eine Behandlung auf, wenn der „Kampf gegen das erste Glas“ zur Selbstverständlichkeit geworden ist, eine erneute Unruhe und Suchen beginnt. Viele trockene Alkoholiker erleben das als „Saufdruck“. Meine Erfahrung aus der ambulanten Behandlung ist übrigens, daß jedes stärkere Gefühl, das nicht sofort bewältigt werden kann, als „Saufdruck“ bezeichnet wird. Meine eindrücklichste Erfahrung war hier mit einer etwa 34-jährigen, seit mehr als fünf Jahren trockenen Alkoholikerin, die bei mir bereits eine hundertstündige Psychotherapie absolviert hatte. Sie suchte mich später, mehr als ein Jahr nach Abschluß dieser Behandlung, zu einer Krisenintervention auf, weil sie so einen starken „Saufdruck“ verspüre. Das Gespräch mit ihr ergab, daß sie es sich schlicht und ergreifend das erste mal seit Jahren erlaubt hatte, sich zu

verlieben, jedoch unfähig war, mit diesem Gefühl umzugehen, ja es nicht einmal als solches erkannte, da sie jede Nähe vermied.

Kommt ein Patient nach mehrjähriger Abstinenz, ist in einzelnen Fällen durchaus eine normale „Neurosentherapie“ oder auch eine Psychoanalyse möglich. Einzelne sind jedoch auch nach jahrelanger Abstinenz wie „frisch trockengelegt“. Ein trockener Alkoholiker mußte sich auch nach 14 Jahren konsequenter Abstinenz noch seinen Alltag zwanghaft strukturieren, war emotional überaus labil, und drohte durch jede stärkere Gefühlswallung vollständig aus dem Tritt zu geraten.

Seit Jahren besteht weit mehr als die Hälfte meiner ambulanten Praxis aus süchtigen Patienten. Es finden sich unter ihnen die unterschiedlichsten Fälle; nicht in allen Fällen verlief die Behandlung erfolgreich, jedoch kann ich nicht behaupten, daß ungünstige Therapieverläufe bei Süchtigen häufiger als etwa bei Neurotikern oder bei psychosomatisch erkrankten Patienten auftreten würden. Inzwischen überschaue ich eine große Zahl von Langzeitverläufen und kann daher festhalten, daß die langfristige Arbeit mit schwer gestörten, süchtigen Patienten durchaus befriedigend und erfolgreich verlaufen kann. Dabei bestreite ich natürlich nicht, daß es eine spezifische Auswahl von Süchtigen ist, die den Weg in eine ambulante psychotherapeutische Praxis findet; eine „Positivselektion“ der - relativ gesehen - gesünderen Patienten ist es allerdings nicht.

Literatur:

Fuchtmann, Engelbert: Ambulante Suchttherapie. Freiburg (Lambertus) 1994.

Krausz, Michael, Haasen, Christian (Hrsg.): Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens. Freiburg (Lambertus) 1996.

Möhl, Manfred: Zur Psychodynamik des Todes in der Trunksucht. Versuch einer tiefenpsychologisch-anthropologischen Deutung. Würzburg (Königshausen & Neumann) 1993.

Rost, Wolf-Detlef: Psychoanalyse des Alkoholismus. Stuttgart (Klett-Cotta) 1987.

Tasseit, Siegfried (Hrsg.): Ambulante Suchttherapie - Möglichkeiten und Grenzen. Geesthacht (Neuland) 1992.

Wurmser, Leon: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs. Göttingen (Vandenhoeck und Ruprecht) 1997.