



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de/schattauer

Jens Winkler

Suchttherapie inside

Erfahrungswissen für junge Therapeutinnen
und Therapeuten

 **Schattauer**

Jens Winkler
Weiherstr. 5
8280 Kreuzlingen
Schweiz
jens-winkler@outlook.com

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissenstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.
In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer
www.schattauer.de
© 2022 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten
Cover: Jutta Herden, Stuttgart
unter Verwendung einer Abbildung von shutterstock/peampath2812
Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell
Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck
Lektorat: Marion Drachsel
Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani
ISBN 978-3-608-40085-4
E-Book ISBN 978-3-608-11887-2
PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20572-5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

1	Einleitung	7
2	Die Psychodynamik der Suchterkrankung. Wenn's schwierig wird, müssen wir mehr verstehen!	27
3	Der stationäre Behandlungsrahmen. »Es ist leichter, einer Begierde ganz zu entsagen, als in ihr Maß zu halten.«	46
3.1	Behandlungsvoraussetzungen	47
3.2	Die Sache mit der Abstinenz	58
4	Besonderheiten des Settings. Zwischen »Käseglocke« und »klinikspezifischer Angst«	63
5	Besonderheiten der Gruppentherapie. »Du schaffst es nur allein, aber alleine schaffst du's nicht«	69
5.1	Vorbereitung der Gruppentherapien	78
5.2	Umgang mit Konsumereignissen in der Gruppe	86
6	Einbindung von Angehörigen. »Ohne sie ist jede Behandlung sinnlos.«	91
7	»Hotel-Klinik«, »Totale Institution« oder Ort der Erkenntnis? Eine kritische Auseinandersetzung mit der modernen Suchtklinik	95
8	Der Umgang mit schwierigen Situationen. »Ein Rückfall ist bei mir ausgeschlossen!«	106

9	Mögliche Fallstricke in der Therapie	112
10	Haltungen für eine unbefangene positiv zugewandte Beziehungsgestaltung	117
11	Anforderungen an uns Therapeuten. »Empathie und konstruktive Aggression Hand in Hand.«	122
	Danksagung	127
	Literatur	129
	Glossar	133
	Sachverzeichnis	138

1 Einleitung

»Jahrzehntelange Forschung zeigt, dass die Grundlage von Psychotherapie ein interpersonaler Prozess ist, in dem die therapeutische Beziehung der zentrale Wirkfaktor ist. Praktizierende müssen sich vor Augen führen, dass dies das Fundament unserer Bemühungen ist, anderen zu helfen. Die Verbesserung der Qualität von Psychotherapie wird wohl am besten erreicht, indem wir unsere Fähigkeit, uns auf Klienten zu beziehen, verbessern und unsere Therapien den individuellen Besonderheiten unserer Klienten anpassen.«

(Lambert & Barley 2001, S. 357)¹

Die Arbeit in der Suchttherapie ist sehr anspruchsvoll. Sie bietet einige Besonderheiten, Herausforderungen und Fallstricke für den jungen Therapeuten². Diese zu kennen, kann den Start wesentlich erleichtern. Als ich angefangen habe, im Suchtbereich zu arbeiten, wäre ich über die folgenden Informationen froh gewesen, denn sie hätten mir möglicherweise einige ungute Gefühle, Zweifel und Unsicherheiten erspart. Alle Ausführungen spiegeln meine subjektiven Erfahrungen, Beobachtungen und Haltungen wider und treffen sicherlich nicht auf alle Pa-

1 Übersetzt aus dem Englischen durch den Verfasser.

2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt. Selbstverständlich beziehen sich die Angaben jeweils auf alle Geschlechter.

tienten, Therapeuten und Settings gleichermaßen zu. Sie sollen innerlich auf die Arbeit vorbereiten und als Orientierungshilfe für die Therapie dienen. Ziel ist es, Vorurteile abzubauen, Berührungsängste zu lindern, schwierige Situationen und Gefühle einordnen zu können und letztendlich die Kompetenz und Freude in der Arbeit zu vergrößern. Im Fokus stehen die Fallstricke und Chancen der therapeutischen Beziehungsgestaltung in der stationären Therapie von Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen. Meine Ausführungen lassen sich jedoch auch auf andere Substanzabhängigkeiten übertragen. Mich bewegt dabei im Kern, wie eine unbefangene und positiv zugewandte therapeutische Beziehung möglich ist. Letztendlich muss jeder Therapeut eine Haltung entwickeln, die der eigenen Person entspricht und den Anforderungen der Therapie gerecht werden kann.

In Bezug auf die Behandlung von Suchterkrankungen gibt es eine große Auswahl an Literatur. Die verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Manuale benennen strukturiert wichtige Inhalte der Therapien und geben diesbezüglich eine gute Orientierung, z.B. das »Therapieprogramm zur integrierten qualifizierten Akutbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenproblemen« (TIQAAM; Lippert 2020) oder »Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.« (Körkel & Schindler 2003). Hinsichtlich der spezifischen Schwierigkeiten und Herausforderungen innerhalb der Therapien fühlte ich mich jedoch nur ungenügend vorbereitet: Wie gehe ich mit schwierigen Gefühlen um, wie mit Lügen, Abwertungen und Abwehr oder mit schwierigen Dynamiken in der Gruppentherapie? Die tiefenpsychologisch-analytischen Abhandlungen boten hingegen sehr scharfsinnige und interessante Einblicke in die mögliche Psychodynamik der Sucht (z.B. Ebi 2000; Rost 2009; Voigtel 1996). Sie verstärkten bei mir mit einer pathologisierenden und intellektuellen Sprache jedoch tendenziell eine

Distanz und ein Misstrauen in Bezug auf die Klienten. Manches wirkte auf mich wie eine Abrechnung mit einer oft schwierigen Klientel.

Wonach ich suchte, war eine Orientierung für eine positive und zugewandte Beziehungsgestaltung. Ich hoffe, dass die vorliegenden Informationen diesen Zweck beim Lesen erfüllt. Sie sind ein Erfahrungsbericht aus tiefenpsychologisch-humanistischer Perspektive. Ich gebe dabei bewusst keine »How to«-Formeln für die Psychotherapie. Wir können meiner Meinung nach am nachhaltigsten durch unsere eigene klare Haltung wirken. Ich möchte mit diesem Buch dazu anregen, die eigenen Haltungen zu hinterfragen, zu erweitern und zu festigen und damit mehr Sicherheit in der Behandlung zu ermöglichen.

»Ich kann mir vorstellen, mit allen möglichen Störungsbildern zu arbeiten. Nur nicht in der Sucht.« Diesen Satz habe ich häufig von jungen Berufskollegen gehört, bevor ich in einer Klinik für die »Behandlung von Alkoholerkrankungen« anfing zu arbeiten. Ein Kollege bezeichnete die Suchttherapie als »kleine Schwester der Psychotherapie«. Ich selbst habe auch so gedacht. Das gehörte irgendwie dazu. Aber warum eigentlich? Ist die Behandlung so unterschiedlich oder sind die Anforderungen an den Therapeuten so anders? Wird sie mir die Freude an der therapeutischen Arbeit nehmen? Ein Therapeut hat mir einmal gesagt, er habe aufgehört, in der Suchtbehandlung zu arbeiten, da er »nicht professionell misstrauisch« werden wolle. Ist das so? Werde ich das auch?

Eigentlich ist der erste Satz inhaltlich falsch. Wir arbeiten nämlich nicht mit Störungsbildern und auch nicht in der Sucht, sondern mit Menschen. Das mag nach Wortklauberei klingen, ist jedoch für unsere Haltung wichtig. Andererseits basiert diese Aussage auf Vorurteilen. Die Stigmatisierung von Sucht und Alkoholabhängigkeit ist nicht nur in der »Gesellschaft« verbreitet, sondern auch unter Therapeuten. Anfänglich sagte ich noch:

»Ich arbeite mit Alkis«, obwohl das in meinen Ohren nicht gerade »schick« klang, denn bei »Alki« schwingt etwas Abfälliges mit. Allerdings klingen alle Bezeichnungen aus der Alkoholtherapie nicht gerade sexy: trockener Alkoholiker, Abstinenz, Rückfälle, (Koma-)Sauen, Abstürze, kontrolliertes Trinken, Rückfallschock, nasse Klinik ... Diese Sprache macht es sowohl Betroffenen als auch Behandlern schwierig, sich mit dem Thema zu identifizieren. Auch die zahlreichen Selbsthilfegruppen haben nach wie vor ein »schambesetztes Image« (Schreiber 2016, S. 39). Von meinen Kollegen hörte ich nicht selten: »Oh, echt? Das könnte ich mir nicht vorstellen. Die Arbeit in der Sucht habe ich für mich ausgeschlossen.« Auch manche Patienten bezeichnen sich selbst als »Alki«. Dahinter steht meist eine unbewusste Abneigung und Abwertung der eigenen Suchtthematik. Die innere Haltung könnte lauten: »Ich bin mit dieser Problematik nicht in Ordnung. Ich werte mich dafür ab, bevor andere es tun. Ich habe erst dann wieder Selbstachtung, wenn das Thema erledigt ist. Deshalb muss der Alkohol weg.« Wenn wir Behandler uns mit dieser Haltung identifizieren, fixieren wir uns auf die Abstinenz. Wir bekämpfen dann mit unseren Klienten die Sucht und damit einen Teil von ihnen anstatt gemeinsam Wege der Bewältigung oder tiefer gehende Antworten auf diese Schwierigkeit zu finden. Wir verpassen es dann, uns mit der Abhängigkeit als tiefer liegendem Lebensthema, welches zum Patienten dazu gehört, auseinanderzusetzen. Ein Lernprozess auf tieferer Ebene kann nicht angestoßen werden.

MERKE

Die Therapie beginnt mit der *Sprache*, die wir gemeinsam mit unseren Patienten für ihre Problematik finden.

Vor der Arbeit lohnt es sich, sich mit seinen eigenen Vorurteilen auseinanderzusetzen. Wir können unsere Motivation hinterfra-

gen, z.B. warum wir in diesem Bereich arbeiten möchten, oder aber Vorbehalte dagegen haben: Litten oder leiden Menschen in meinem Umfeld unter einer Abhängigkeit? Wie schaue ich auf sie? Welche Folgen hatte dies für die Person, mich und unsere Beziehung? Welchen Stellenwert hat die Alkoholabhängigkeit für mich neben anderen psychischen Erkrankungen? Inwiefern sehe ich sie überhaupt als psychische Erkrankung? Welche persönlichen Erfahrungen habe ich mit Abhängigkeit gemacht? Wo zeige ich selbst suchtähnliches Verhalten? Wäre es möglich gewesen, dass ich selbst mal eine Sucht entwickle? Wie fühlt es sich an, etwas weniger machen zu wollen und doch immer wieder in alte Muster zu verfallen? Wie fühlt es sich an, sich damit zu zeigen? Wie fühlt es sich an, damit konfrontiert zu werden? Habe ich schon einmal die Tendenz verspürt, mein Verhalten zu verstecken, zu vertuschen, herunterzuspielen oder zu verheimlichen? Wie sehe ich insgeheim auf Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit?

Ich war letztendlich offen dafür, meine eigenen Erfahrungen zu machen.

Als ich mit der Arbeit begann, wunderte ich mich anfangs darüber, dass die Patienten »so normal« wirkten. Den meisten sah man nicht an, ob sie hier arbeiteten oder Patienten waren, auch in den flüchtigen Kontakten merkte man dies nicht. In der Klinik waren nicht obdachlose Trinker, wie sie einem in Städten oder gar unter Brücken begegnen. Mir begegneten Frauen und Männer über alle Altersgruppen verteilt, überwiegend jedoch Männer ab 40.

Männer sind etwa viermal häufiger betroffen als Frauen (Lindenmeyer 2016). In Deutschland liegt die »Lebenszeitprävalenz für Alkoholismus« bei 13 Prozent (Wittchen et al. 1992; s. auch Lindenmeyer 2006). Alkoholabhängigkeit ist die häufigste psychische Erkrankung bei Männern und die zweithäufigste – nach den Angsterkrankungen – bei Frauen (Lindenmeyer 2006, 2016).

Die Punktprävalenz, d.h. das prozentuale Vorkommen einer Erkrankung in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt, liegt bei 2,4 Prozent, der Alkoholmissbrauch bei vier Prozent und ein riskanter Konsum bei 11,7 Prozent (Kraus & Augustin 2001; s. auch Lindenmeyer 2006). Schreiber (2016, S. 34) nennt Zahlen der Bundeszentrale für Gesundheit, wonach 27 Prozent der Bevölkerung alkoholabhängig sind oder »an der Schwelle zum Alkoholismus« stehen. Jährlich sterben in Deutschland etwa 43 000 Menschen an den Folgen der Abhängigkeit (Lindenmeyer 2016). In der EU ist es die häufigste Todesursache für junge Männer (Lindenmeyer 2006). Alkoholabhängigkeit ist eine Volkskrankheit. Menschen aller sozialen Schichten leiden gleichermaßen darunter (Lindenmeyer 2016). In der stationären Behandlung befinden sich überwiegend »Normalbürger«, denen man den Konsum *draußen* nicht ansehen würde.

FALLBEISPIEL

Meine erste Patientin war »aus gutem Hause«. Sie war zuvorkommend, freundlich, reflektiert und angenehm selbstkritisch. Ich war richtig froh darüber, wie gut die Therapie lief, wie sie mein empathisches Kontaktangebot zu schätzen wusste. Denn das hatte ich in der Ausbildung gelernt: Das Wichtigste ist, dass die Patienten sich verstanden fühlen! Das konnte ich gut! Die erfahrenen Therapeuten wirkten geduldig und entspannt, aber irgendwie fehlte ihnen doch der »letzte Drive«, dachte ich insgeheim. Am Entlasstag – nach vier Monaten Behandlung – rief der Ehemann verzweifelt an: Er habe seine Frau vom Bahnhof abgeholt. Sie habe ihn »stockbesoffen« begrüßt. Das war mein erster wichtiger Dämpfer.

Suchttherapie bedeutet auch, als Therapeut wenig »narzisstische Zufuhr« von positiven Gefühlen zu bekommen. Durch die Therapieprozesse und die Rückmeldungen der Patienten erfah-

ren wir kaum Spiegelung, wie »wirksam« wir als Therapeuten sind. Mir fiel auf, dass es selten Dank von Patienten nach teilweise monatelanger Begleitung gab, insbesondere im Vergleich zur Arbeit mit anderen Patientengruppen. Dort waren die Patienten stets bemüht, mir nach der Therapie zu zeigen, wie dankbar sie waren und wie hilfreich ich als Therapeut für sie gewesen sei. Nicht aber in der Suchttherapie!

Neben unserer Klinik steht ein Blumenladen, ich kann ihn aus meinem Bürofenster sehen. Ich sah dort noch nie einen Patienten Blumen kaufen. Warum eigentlich nicht?

MERKE

Die meisten Patienten sagen deshalb nicht *Danke*, weil sie ein sehr ambivalentes Verhältnis zu ihrer Sucht und damit auch zur Behandlung haben. Die Sucht führt zwar zu Leid, Verzweiflung, Schuld und häufig Einsamkeit, sie entspannt aber auch, erhöht, tröstet, ermöglicht Kontakt, besänftigt und berauscht.

Dazu Dörner et al. (2007, S. 261): »Denn eine Ersatzbefriedigung ist zwar Ersatz, aber auch Befriedigung.« Ich danke nicht jemandem, der mir etwas sehr Wertvolles wegnehmen möchte.

Und so werden wir Behandler häufig gesehen. Dann sind natürlich auch die Beziehung zu mir und mein Beziehungsangebot ambivalent besetzt. Wichtig ist, dies nicht persönlich zu nehmen. Gemeint sind nicht wir und unsere Behandlung. Um dies zu verstehen, sind jedoch ein tieferes Verständnis und Interesse für die Dynamik der Suchterkrankung notwendig. Der Abhängige hat immer zwei Seiten: eine Seite, die eine Veränderung möchte, und eine Seite, die weiter konsumieren möchte! Diese Ambivalenz ist vielschichtig und anschaulich im Film »Alki Alki« (Panisch 2015) dargestellt, den ich an dieser Stelle sehr empfehle. Die Ambivalenz lässt sich nicht ausmerzen. Wir sollten uns die Frage stellen, welche Seite wir stärken wollen, wie

wir Patienten dabei unterstützen können, die Spannung zwischen diesen Polen besser zu halten. Manche Patienten sind weniger in dieser Ambivalenz gefangen. Sie sind »einen Schritt weiter« und nehmen die Hilfe als Selbsthilfe für eigene Ziele in Anspruch. Sie sagen »Danke«, erleben die Behandlung als persönliche Chance und machen dementsprechend gute Fortschritte. Sie sind sich bewusst, dass die Suchtthematik mit der stationären Behandlung nicht »erledigt« ist.

J. W.: Welches waren die größten Herausforderungen für dich, als du als Suchttherapeut angefangen hast?

Max Dürr: Am Anfang habe ich mir noch oft Gedanken darüber gemacht, wie es nach der Behandlung weitergeht. Ich war oft deprimiert, wenn Patienten nach der Behandlung schnell wieder zu trinken angefangen haben. Außerdem haben mir Patienten zu schaffen gemacht, die in der Therapie nichts verändern wollten.³

Bei mir führten Therapieprozesse wie der mit der Patientin »aus gutem Hause« anfänglich zu Selbstzweifeln. Ich fragte mich, ob ich in dem Beruf überhaupt richtig sei. Erst später wurde mir klar, dass solche Prozesse »normal« sind. »Der/die muss vielleicht noch eine Runde drehen«, sagen die erfahrenen Kollegen bei uns. Für den Weg aus der Sucht sind häufig mehrere Behandlungen erforderlich und sinnvoll.

Es ist leicht, auf einen Menschen mit Alkoholabhängigkeit zu zeigen und zu sagen: »Der kommt eh wieder, der schafft es nicht!«

³ Mein Kollege Max Dürr arbeitet seit über 25 Jahren als Therapeut und Supervisor in der stationären Suchttherapie (Systemische und Hypno-Therapie). Ich habe ihm einige persönliche und therapeutische Fragen gestellt. Seine Antworten erscheinen nachfolgend in Form mehrerer Erfahrungskästen.

Der wird bald rückfällig werden.« Bei dieser Perspektive komme ich schließlich als Therapeut nicht vor, ich muss mich nicht kritisch mit dem Therapieprozess auseinandersetzen, was letztendlich selbstwertdienlich für mich ist.

MERKE

Eine Gefahr in der Suchttherapie ist, dass wir als Therapeuten zwar *äußerlich* Beziehung und Hilfe anbieten, *innerlich* jedoch bereits resigniert haben. Wir haben den Patienten insgeheim schon fallen gelassen. Unser Beziehungsangebot ist leer.

Wenn wir Alkoholabhängigkeit als psychische Erkrankung ernst nehmen, dann ist sie vergleichbar mit einer Depression. Bei Menschen mit einer Depressionserkrankung erlebt etwa ein Drittel der Betroffenen einmalig eine depressive Episode, ein weiteres Drittel einen chronischen Verlauf, das letzte Drittel erlebt immer mal wieder depressive Episoden, jedoch bei zwischenzeitlich vollständiger Remission (Beesdo & Wittchen 2006). Das ist bei Alkoholabhängigkeit ähnlich. Nur zeigt niemand auf einen Menschen mit Depression, wenn er zum wiederholten Male in die stationäre Behandlung kommt, und sagt: »Wusste ich doch, der kommt wieder.« Dabei ist ein Rückfall mit dem Suchtmittel vergleichbar mit einem Rückfall in dysfunktionale depressive Gedankenmuster (Lindenmeyer 2006). Das Symptom ist nur sichtbarer – und häufig für das Umfeld verstörender. Fraglich ist, ob das Kriterium der Rückfälligkeit überhaupt ein gutes Kriterium für eine erfolgreiche Behandlung ist. Allgemein ist bekannt, dass ein Vermeidungsziel ein wenig motivierendes Veränderungsziel darstellt. Letztendlich ist es das Ziel der Behandlung, dass der Betroffene einen veränderten Bezug zu sich als Mensch und seiner Problematik entwickelt (Kolbe 2020). Das ist durch den Konsum als alleiniges Merkmal nicht abgedeckt. Die »Rückfallraten« nach einer statio-

nären Entzugsbehandlung liegen bei etwa 33 bis 42 Prozent nach dem ersten Monat und etwa 67 bis 84 Prozent nach dem ersten Jahr nach Abschluss der Behandlung. Bei einer stationären Entwöhnungsbehandlung liegen die Rückfallhäufigkeiten bei etwa 36 bis 53 Prozent nach dem ersten Jahr und bei ungefähr 44 bis 69 Prozent nach fünf Jahren (Körkel & Schindler 2003).⁴

EXKURS

Der Begriff »Rückfall« ist häufig negativ konnotiert. Er impliziert eine statische Orientierung am Abstinenzparadigma für Fortschritte in der Therapie: *Ein Patient ist entweder abstinent oder eben rückfällig*. In der modernen Suchttherapie wird versucht, diesen Begriff durch andere Bezeichnungen, etwa *Vorfall*, *Ausrutscher* (engl. »lapse«) oder *Konsumereignis*, zu ersetzen, um Patienten in einer Konsumsituation nicht zusätzlich mit dem Stigma des Rückfalls zu belasten und ihnen bereits gemachte Fortschritte sprachlich wieder abzuerkennen. Er kann auch ein Scheitern suggerieren und anklagend aufgefasst werden. Als ein Rückfall wird weiterhin das Bild beschrieben, wenn Betroffene den Weg der Veränderung ganz verlassen haben und wieder im »alten Muster« konsumieren (engl. »relapse«). Aus Mangel an einer eindeutigen Alternative zum Oberbegriff und wegen der bis heute üblichen Verwendung in der einschlägigen Literatur benutze ich »Rückfall« hier weiterhin für beide Ereignisse. Ich habe gute Erfahrungen damit gemacht, mit den Patienten ge-

⁴ Die Zahlen variieren je nach Methode, Stichprobe und Studie. Generell wird zwischen Katamnesestandard 3 (nur rückläufige Antworten werden in die Studie einbezogen; die Zahlen sind demnach optimistischer) und Katamnesestandard 4 (alle nichtrückläufigen Antworten werden als rückfällig gewertet; die Zahlen sind deshalb pessimistischer) unterschieden. Die »Wahrheit« wird irgendwo dazwischen liegen (Körkel & Schindler 2003).

meinsam ganz offen zu diskutieren, was Begrifflichkeit in ihnen auslösen und welche Alternativen sie für sich hilfreich fänden. Interessanterweise scheinen die wenigsten Patienten Probleme mit diesem Wort zu haben. Möglicherweise fühlen sie sich durch einen strafend klingenden Begriff von entstandenen Schuldgefühlen entlastet. Ich möchte ausdrücklich betonen, dass ich *Rückfall* hier im modernen Sinne, also wertfrei beschreibend, verwende.

Das Vorurteil, eine Alkoholbehandlung würde »eh nichts bringen« und Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit seien »nicht therapierbar«, ist nicht nur in der Bevölkerung weitverbreitet, sondern auch unter Therapeuten. Und: Es ist falsch! Die »Würde einer Krankheit« (Heigl-Evers 1991, S.164) erlangten die Abhängigkeitserkrankungen in Deutschland erst im Jahr 1968. Und noch immer werden diese von vielen als Willens- und Charakterschwäche ausgelegt und nicht als behandlungsbedürftige Erkrankung. »Bei Diabetes oder Herzinfarkt wird Ihnen Ihre Lebensführungsschuld verziehen, nicht aber, wenn Sie Alkoholiker sind« (Dörner et al. 2007, S.259). Das ist spürbar. In unserer Gesellschaft, unter Therapeuten und auch in den Köpfen unserer Patienten. Die Entstigmatisierungskampagnen der letzten Jahrzehnte in Bezug auf Depressionen waren wesentlich erfolgreicher als bei Suchterkrankungen. Das führt allgemein zu einer breiteren Akzeptanz der Depression als Erkrankung, entlastet Betroffene und verringert die Schwelle, eine Behandlung aufzusuchen. Diese Entwicklung lässt hoffen, dass auch Betroffenen von Abhängigkeitserkrankungen in Zukunft mit weniger Stigmatisierung und Vorurteilen begegnet werden könnte. Aber bis dahin ist es noch ein weiter Weg.

Heute nutzte ich diese Erfahrungen, um mich als Therapeut zu entwickeln. Eine wichtige Entwicklungsrichtung ist dabei, mich von den Patienten »unabhängiger« zu machen, zu lernen,

eine klare Haltung zu entwickeln, meine eigene Resonanz sehr ernst zu nehmen und bei meiner »eigenen inneren Wahrheit« zu bleiben. Unabhängig davon, ob der Patient, der mir gegenüberstellt, dann klatscht oder nicht. Dazu müssen wir als Therapeuten sowohl Kontakt zu unserer Empathie als auch zu unserer eigenen konstruktiven Aggression haben. Diese Mischung brauchen wir, um immer wieder aus fürsorglicher Position heraus zu klären, zu konfrontieren und zu kontrastieren. Unsere Bereitschaft, uns durch die Abwehr des Patienten fesseln oder auf Distanz halten zu lassen, wird geringer. Und letztendlich sind wir als Therapeuten eine Art »Entfesselungskünstler«, wie ein Supervisor von mir betonte. Wir müssen der Versuchung widerstehen, unreflektiert dem Beziehungsangebot der Klienten zu entsprechen. Wir müssen unbefangen bleiben, damit wir den Patienten immer wieder offen und zugewandt begegnen können. Es zählen weniger Wunderheilungen und geniale »alles verändernde Interventionen« als eine klare Haltung sowie ein geduldiges und beharrliches Beziehungsangebot von unserer Seite. Das wirkt dann vielleicht irgendwann heilsam.

J. W.: Welche Qualitäten sollte ein Suchttherapeut mitbringen?

Max Dürr: Gelassenheit und die Fähigkeit, sich innerlich gut zu distanzieren. Vor dem Hintergrund meiner systemischen Ausbildung würde ich noch die Fähigkeit zur Neutralität hinzufügen.

J. W.: Was verstehst du unter Neutralität?

Max Dürr: Neutralität bedeutet, dass wir in den Gesprächen eigene Bewertungen und Wertungen vermeiden. Die Frage ist nicht, ob wir ein Verhalten gut oder schlecht finden, sondern die Frage ist, wie die Menschen, mit denen wir zu tun haben, selbst ihr Verhalten bewerten. Es ist nicht unbedingt immer besser, ein abstinenter Leben zu führen, sondern es könnte wichtig sein, die Vor- und Nachteile eines abstinenter gegen-

über eines süchtigen Lebens sorgfältig abzuwägen und den Patientinnen und Patienten damit dabei behilflich zu sein, eine eigene Entscheidung zu treffen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass unsere Bewertung möglicherweise das Gegen- teil von dem auslöst, was wir uns wünschen würden.

Wer anfällig für Höhenflüge als »Supertherapeut« ist, für den bietet die Suchtbehandlung immer wieder erdenden Boden- kontakt. Die destruktiven Auswirkungen der Sucht machen sich oft erst spät bemerkbar. »Sucht zerstört Beziehungen«, habe ich einen Kollegen sagen hören. Die ganze Not und das Leid, das mit der Suchterkrankung einhergeht, werden häufig erst dann klar, wenn Patienten Bilder ihrer desolaten Wohnung zeigen oder im Paargespräch das jahrelange Leid der Angehö- rigen deutlich wird. Jedoch vergisst man das leicht im Kontakt mit ihnen.

Einige Patienten haben über viele Jahre hinweg gelernt, die »hässliche Seite« der Sucht zu verbergen und einen guten Ein- druck zu machen. In der Behandlung begegnen uns dann mit- unter kontaktfreudige, stets gut gelaunte und hilfsbereite »gute Menschen«. Das ist ja auch wichtig! Diese innere Spaltung half einigen über viele Jahre hinweg, ausreichend gut zu funktionie- ren.

Manche Patienten haben ein intaktes Berufs- und Sozial- leben, obwohl sie bereits jahrzehntelang im abhängigen Muster trinken. Dies trifft meist auf »Pegeltrinker« zu, die seltener we- gen psychischer oder sozialer Probleme, sondern wegen der ge- sundheitlichen Folgeschäden behandelt werden müssen. Anders ist es bei den »Rausch- oder Absturztrinkern«. Sie kommen häu- fig, weil ihre zentralen Beziehungen zu zerbrechen drohen, sie oft in Konflikte geraten, arbeitslos sind oder der Job zumindest gefährdet ist. Manche haben bereits alles verloren: ihre Ehe, Freunde, die Arbeit und die Wohnung (Lindenmeyer 2010).

Es gibt keine »Suchtpersönlichkeit«. Bei Schreiber (2016, S. 27) können wir nachlesen, dass die Vorstellung, jeder Alkoholabhängige hätte unter traumatischen Kindheitserlebnissen gelitten, ein »verletzendes und weit verbreitetes Vorurteil« sei. Eine frühe Psychologisierung der Erkrankung stößt zu Recht bei einigen Patienten auf Widerstand. Trauma, Angst, Gefühlsregulationsstörungen, Beziehungsstörungen und Depression begleiten oder bedingen zwar häufig die Suchterkrankung, jedoch bei Weitem nicht immer.

MERKE

Die bisher am besten nachgewiesenen Prädiktoren für die Entwicklung einer Suchterkrankung sind (Schreiber 2016, S. 30):

1. Jemand verträgt viel Alkohol (genetisch).
2. Jemand wuchs in einem Umfeld auf, in dem Alkoholkonsum gebilligt wurde und allgegenwärtig war.

Es lohnt sich, den jeweiligen Patienten immer genau anzuschauen und »für jeden Patienten eine neue Therapie zu kreieren«, wie Yalom (2010a, S. 48) vorschlägt.

Alles in allem habe ich im Bereich Sucht ähnliche Erfahrungen wie mit anderen Patientengruppen gemacht.

Die systemische Faustregel, dass in jeder Behandlung etwa ein Drittel »Besucher«, ein Drittel »Kläger« und ein Drittel »Kunden« seien (Shazer 2018), trifft ungefähr auch in der Suchtbehandlung zu.

Die »Besucher« kommen häufig fremdmotiviert oder ambivalent. Sie wollen sich das Ganze »mal anschauen«. Manche wollen eigentlich nicht abstinenz leben, jedoch drohen ihre Partner, sie zu verlassen, wenn sie ihr Suchtproblem nicht in den Griff bekommen. Oder sie müssen Abstinenz nachweisen, um ihren Führerschein wiederzubekommen oder von der Rentenversicherung Unterstützung zu erhalten. Sie sprudeln demnach ver-

ständlicherweise in den Therapien nicht mit Reflexionen über ihre Biografie oder klug formulierten persönlichen Veränderungszielen. Das Urteil der Behandler, »der will eigentlich gar nichts«, wäre aber zu früh gefällt. Der Patient, der in eine Behandlung kommt, möchte natürlich insgeheim etwas. Jedoch ist sein Ziel nicht klar formulierbar, weil es ambivalent und konflikthaft ist. Dies genauer herauszuarbeiten, also bei den Therapie- und Behandlungsvoraussetzungen anzufangen, wäre dann die Therapie.

Die »Kläger« klagen an, entweder sich selbst oder andere. Das Klagen dient meist der psychischen Abwehr und soll unbewusst den völligen Zusammenbruch des Selbstwertgefühls abwenden. In der Suchtbehandlung sind dies häufig Männer mit einer narzisstischen Problematik. Das Klagen nimmt dann die Form von Abwertung anderer an. Die Therapie ist mühsam. Ich als Therapeut bin ja recht jung und häufig unsicher. Mit Kritik kann ich schon ganz gut umgehen, aber Abwertungen verletzen und können weh tun. Die Patienten könnten vom Alter her häufig mein Vater sein, haben nicht selten Führungspositionen innegehabt und ein paar »PS« mehr unter der Haube als z.B. viele Patienten mit einer Angst- oder Depressionsproblematik. Es ist viel Geschick erforderlich, die wenigen Türen, die diese Patienten in den Gesprächen in ihre »Innen- und Gefühlswelt« öffnen, zu nutzen. Dabei dürfen wir uns nicht einschüchtern lassen und müssen zusätzlich weiterhin unsere Beziehung anbieten, auch wenn unser Gegenüber vielleicht wirklich nicht dazu einlädt! Denn eine narzisstische Persönlichkeit hat natürlich keine »Probleme«, sondern vielleicht hier und da lediglich »geringfügige Schwierigkeiten« (Sachse 2013, S.87ff.). Auch diese Patienten werden zu Beginn der Behandlung nicht mit der häufig geforderten gut vorsortierten und realistischen Liste persönlicher Veränderungsziele in die Behandlung kommen. Dies zu erreichen wäre bereits ein sehr ehrgeiziges Ziel für den stationären

Aufenthalt! Im Kontakt fühlen wir uns häufig überflüssig, unter Druck, inkompetent, manchmal richtig dumm. Mittlerweile aber macht mir die Arbeit mit den »narzistischen Männern« Freude. Ich habe gelernt, wie ich nicht ins aussichtslose »kämpfen« und »rangeln« mit ihnen komme und dennoch klar und ehrlich bin. Immer häufiger erlebe ich Männer, die dankbar dafür sind, eine direkte und authentische Beziehung angeboten zu bekommen. Sie wollen ja eigentlich ehrliche Rückmeldungen haben und über die innersten Gefühle und Gedanken sprechen. Sie müssen nur selbst davon überzeugt sein, respektiert, ernst genommen, nicht bewertet zu werden und ganz sicher zu sein! Das zu erreichen ist ein gutes Gefühl. Kein Erfolg ohne Hindernisse!

Die »Kunden« sind eigenmotiviert und neugierig. Sie sind bereit, persönliche Risiken einzugehen, um eine Veränderung der dysfunktionalen Beziehungs-, Gefühls- und Verhaltensmuster zu erwirken. Mit ihnen macht die Therapie in der Regel richtig Spaß, fällt leicht und ich erlebe mich als wirksam, kompetent und hilfreich.

J. W.: Wie gehst du mit Rückfällen um?

Max Dürr: Zum einen finde ich schon die Benennung schwierig, niemand fällt zurück, man badet nicht im selben Fluss, das Leben geht voran, auch wenn es uns manchmal nicht passt. Es ist wichtig, herauszufinden, unter welchen Umständen und inneren Bedingungen es zum Konsum gekommen ist. Inzwischen kann ich mir auch vorstellen, dass Menschen über diese Bedingungen überhaupt keine Auskunft geben können, sondern das Ganze als eine Art ferngesteuertes Handeln erleben. Dies ist auf dem Hintergrund der Hypnotherapie sehr gut als Trance-Erleben erklärbar.

Die Suchtbehandlung bietet auch einige Besonderheiten, welche ich mit mehr Erfahrung heute als Herausforderung sehe. Anfänglich sorgten Sie jedoch für schlaflose Nächte: abwertende Patienten, die zielsicher unsere »wunden Punkte« treffen, »Motzgruppen« in der Psychotherapiegruppe, stiller oder aktiver Widerstand, Regelbrüche, Behandlungsabbrüche von unserer oder von Patientenseite, Heimlichkeiten, das Gefühl, hintergangen oder *ausgesaugt* zu werden, Rückfälle, Beziehungslosigkeit, Lügen ... Rost (o.J.) spricht von einer »schwierigen Gratwanderung, Süchtigen zu helfen[,] ohne sich selbst in deren destruktiven Zirkel hineinziehen zu lassen«. Wenn das passiert, reagieren wir immer wieder mit »Depressionen und Schuldgefühlen« und fühlen uns selbst irgendwann »ausgebrannt« (o.J., S.4).

Als Behandler spüren wir stellvertretend für die Angehörigen, was es bedeutet, mit einem Menschen in Beziehung zu sein, der ein Suchtproblem hat. Dazu zählen Gefühle von Hoffnung, Stolz, Vertrauen, dann wieder Misstrauen, Ärger, Enttäuschung, einen Patienten aufgeben wollen, und wieder Vorschussvertrauen und ein neues »sich einlassen« auf die Beziehung und den gemeinsamen Weg: immer im Wechsel (Dörner et al. 2007, S.259 ff.). Die Gefühle, die im Kontakt mit den Patienten entstehen, sind wichtig und ernst zu nehmen. Sie stehen dafür, was die Sucht mit der Beziehung macht. Gleichzeitig ist es noch wichtiger, dass wir diese nicht in der Beziehung »ausagieren«. Wir können sie in einem Gespräch zu einem geeigneten Zeitpunkt zur Verfügung zu stellen und gemeinsam darüber – für den Patienten gewinnbringend – reflektieren. Voraussetzung ist, dass wir uns mit diesen Gefühlen in uns auseinandergesetzt haben. Wenn wir als Therapeuten eine gute innere »Haltekraft« dafür haben, haben sie weniger Macht über uns. Wir brauchen auch ein fachliches Verständnis über die Dynamik der Sucht. Sonst »grollen« wir insgeheim den Patienten, was einem authentischen und unbefangenen Kontakt im Wege steht.

J. W.: Ist es ein therapeutischer Misserfolg, wenn Patienten kurz nach dem stationären Klinikaufenthalt wieder anfangen zu trinken?

Max Dürr: So einfach ist das nicht, es gibt viele Bedingungen, die dazu beitragen. Ich habe mir auch abgewöhnt, irgendwelche Vorhersagen zu treffen, wer gute Chancen hat und wer nicht. Ich habe schon oft erlebt, dass Patienten, denen ich nur wenige Chancen gegeben hatte, langfristig ein gutes Leben hatten. Wichtig ist auch, den Patienten bei Austritt Hoffnung mitzugeben. Ich sage zu allen: Sie schaffen das und wenn es nicht klappen sollte, wissen Sie ja, wo Sie Hilfe bekommen können.

Ein erfahrener Kollege von mir sagte einmal schulterzuckend, aber ganz ohne Verbitterung: »Ich wurde in meinen 20 Jahren als Suchttherapeut noch nie verarscht. Man kann sich nur selbst verarschen.« Diese provokante Bemerkung hat mir geholfen, bei »Misserfolgen« weniger bei mir zu suchen, sondern mit den Patienten gemeinsam in deren Leben zu schauen. Uns kann die Haltung helfen, dass der Umgang mit Sucht genauso erlernt werden darf wie der Umgang mit Beziehungen oder anderen Fertigkeiten. Lernen ohne Fehlerfreundlichkeit und Offenheit ist nicht möglich. Genauso, wie wir häufig nicht bei unserer ersten Liebe bleiben und Beziehung anhand verschiedener Partner lernen dürfen, muss auch der Abhängige den Umgang mit seiner Erkrankung über die Zeit erlernen dürfen. Dazu gehören Umwege, Irrwege und Rückfälle. Wenn unsere Patienten das erleben, dürfen wir es auf keinen Fall so verarbeiten, dass wir keine gute Therapie gemacht hätten. Das gehört zum Lernweg dazu!

In einer Intervision erzählte ich von einem Patienten, der nach der stationären Behandlung wieder konsumierte. Ein Therapeut ordnete unseren Therapieprozess aus diesem Grund als

gescheitert ein. Mittlerweile vertrete ich die Haltung, dass diese Bewertung nicht nur falsch ist, sondern auch einer unbefangenen positiv zugewandten Haltung in der Suchttherapie im Wege steht. Wir können nicht wissen, wie der Patient die Behandlung verarbeitet und wie diese weiter wirkt – unabhängig davon, ob das Symptom wieder auftritt. Hier möchte ich wieder das Bild der Beziehungen bedienen: Wenn eine Beziehung in die Brüche gegangen ist, heißt das nicht, dass wir in dieser Partnerschaft unsere Beziehungsfähigkeit nicht verbessern konnten. Erfahrene Therapeuten leiden weniger unter »rückfälligen« Patienten, weil sie die Ereignisse besser einordnen und von sich selbst trennen können. Wir müssen uns auch vor Augen halten, dass unsere Patienten »agieren«, um weniger zu leiden, und nicht, um uns das Leben schwerer zu machen.

Eine Kollegin bediente folgendes Bild, um gegenüber den Patienten unbefangen zu bleiben: *Alles, was in der Therapie besprochen wird, ist wie ein Gemälde, auf das der Therapeut und der Patient gemeinsam schauen. Das »wir« einer Aufgabe steht im Zentrum.* Das hat mir geholfen, mit den Patienten nicht ins »Rangeln« und »Kämpfen« zu kommen, sondern meine Resonanz therapeutisch zu nutzen und zu spiegeln. Wir müssen unsere Patienten unbedingt da abholen, wo sie stehen. Wir brauchen eine gewisse Demut, indem wir uns klar machen, dass wir niemanden bekehren können. Wir können lediglich die Seite stärken, die Veränderung möchte. Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht. Unsere Patienten ziehen sich zurück, wenn sie bemerken, dass wir an ihnen ziehen wollen. Wir müssen eine Atmosphäre schaffen, in der die Patienten ihren Wunsch zur Veränderung als selbstbestimmt erleben können. Nur so stärken wir im therapeutischen Prozess auch ihre Selbstachtung und damit ihren Glauben an sich selbst, eine Veränderung zu schaffen.

J. W.: Mit welchen Themen und Unsicherheiten siehst du Berufsanfänger immer wieder konfrontiert?

Max Dürr: Oft haben hier neue Kollegen die Vorstellung, sie müssten den Patienten die Abstinenz verkaufen. Für viele ist auch nicht klar, dass Psychotherapie Auftragsarbeit ist und es wichtig ist, dass die Patienten mit der Behandlung zufrieden sind. Viele haben auch die Vorstellung, dass sie doch eigentlich mehr wissen müssten als die Patienten. Ich betone dabei immer wieder, dass ich im Grunde gar nichts weiß und die Patienten am besten wissen, was für sie gut und wichtig ist. In der Supervision für die Assistenz-Psychologen taucht auch immer wieder die Frage auf, ob das Getane richtig oder falsch war. Ich erkläre dann regelmäßig, dass diese Kategorien in Bezug auf Psychotherapie schwierig sind und dass es im Grunde darum geht, etwas zu tun, was den Patienten für ihr weiteres Leben nützt, was wiederum nur die Patienten entscheiden können.

PRAXISTIPP Orientierung: Was ist normal in der Suchtbehandlung? Was sollten Sie als Behandler nicht persönlich nehmen?

- Behandlungsabbrüche
- Rückfälle
- Lügen (das bedeutet nicht, dass alle Abhängigen lügen; dennoch werden wir in der Behandlung unweigerlich damit konfrontiert)
- schwierige Gegenübertragungen (wir fühlen uns unwirksam, überflüssig, ungenügend, entwertet etc.)
- Bagatellisierungen
- »Motzgruppen«
- Regelbrüche