



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

 **Schattauer**

Till Roderigo

An der Seite der Sucht

Orientierung für Angehörige
von Suchterkrankten

 **Schattauer**

Till Roderigo
Lörickstraße 13
41464 Neuss
info@psychotherapie-roderigo.de
www.psychotherapie-roderigo.de

Besonderer Hinweis:

Die in diesem Buch beschriebenen Methoden sollen psychotherapeutischen Rat und medizinische Behandlung nicht ersetzen. Die vorgestellten Informationen und Anleitungen sind sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen und Gewissen weitergegeben. Dennoch übernehmen Autor und Verlag keinerlei Haftung für Schäden irgendeiner Art, die direkt oder indirekt aus der Anwendung oder Verwertung der Angaben in diesem Buch entstehen. Die Informationen sind für Interessierte zur Weiterbildung gedacht.

Schattauer
www.schattauer.de
© 2025 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und
Data Mining i. S. v. § 44b UrhG vorbehalten
Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg
Cover: Jutta Herden, Stuttgart
unter Verwendung einer Abbildung von © Adobe Stock/xartproduction
Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten
Illustrationen: Christine Lackner, Ittlingen
Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck
Lektorat: Karla Seedorf
Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani
ISBN 978-3-608-40194-3
E-Book ISBN 978-3-608-12415-6
PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20701-9

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.

Einführung

Liebe Leserin, lieber Leser,

wahrscheinlich haben Sie diesen Text nicht aus purem Zufall in der Hand. Vermutlich gibt es eine Person in Ihrem Umfeld, um die Sie sich Sorgen machen, weil sie zu viel trinkt oder Drogen konsumiert. Und Sie fragen sich womöglich, ob diese Person süchtig ist. Vielleicht sind Sie auch selbst diese Person, über die Sie sich Sorgen machen.

Schätzungsweise 1,6 Millionen Menschen in Deutschland sind alkoholabhängig, 2,3 Millionen abhängig von Medikamenten und etwa 450 000 Menschen sind abhängig von Cannabis, Kokain oder Amphetaminen (Atzendorf et al. 2019). Auch wenn man diese Zahlen nicht einfach summieren darf, da sie Doppelungen, sogenannte Komorbiditäten, enthalten können, so vermitteln sie doch eine Idee davon, wie groß die Gruppe derjenigen sein muss, die im Umfeld dieser Personen mitleidet.

In Therapien fällt manchmal der Satz »Ich trinke/konsumiere immer nur allein«, aber es ist selbstverständlich eine Illusion, dass eine Suchterkrankung nur die Patienten selbst betrifft. Das Umfeld ist in hohem Maße involviert, leidet und durchlebt Enttäuschungen und Hoffnungen genauso wie Patienten selbst. Angehörige machen sich Sorgen und sind traurig, sie haben Angst und sie sind wütend.

Viele Angehörige empfinden außerdem eine große Macht- und Hilflosigkeit. Sie wünschen sich, dass die betreffende Person ihr Verhalten ändert, aber es sind letztlich eben nicht die Angehörigen, die wirklich etwas verändern können, und so bleibt es oft beim Wünschen.

Dabei gibt es in Deutschland ein sehr gut ausgebautes Sucht-

hilfesystem. Auch für Angehörige existieren Angebote, Selbsthilfegruppen zum Beispiel oder Informationsveranstaltungen an Kliniken. Diese sind jedoch recht dünn gesät und manchmal schwierig zu finden und während es schon für viele Patienten, trotz der Fülle an Hilfsangeboten, einiger Wartezeit bedarf, bis ein günstiger Weg eingeschlagen werden kann, stehen Angehörige oft vollkommen allein mit ihrer Belastung dar.

Wenn es im Suchtbereich doch einmal um die Angehörigen geht, stehen oft zwei Botschaften im Mittelpunkt:

1. Sie tragen keine Verantwortung für das Verhalten der süchtigen Person.
2. Achten Sie auf Ihre eigene Co-Abhängigkeit und bemühen Sie sich, sich aus ihr zu lösen.

Co-Abhängigkeit meint die Verstrickung einer Person in die Sucht des Anderen.

Alkohol zu beschaffen, wenn keiner mehr da ist, oder das Verschleiern, Verstecken des Konsums vor Anderen sind zwei klassische Beispiele für co-abhängiges Verhalten.

Beide Botschaften sind richtig und wichtig.

Aber: Wenn ich mit Angehörigen gesprochen habe, sei es in den Kliniken, in denen ich gearbeitet habe, oder in meiner Praxis, dann habe ich oft den Eindruck gehabt, dass die beiden Punkte 1 und 2 nur ein Teil der Wahrheit sind. Dass sie einen Teilbereich abdecken, der wichtig ist, aber eben nicht alles umfasst. Wie bei einem Puzzle, bei dem die vorhandenen Teile zwar richtig angeordnet sind, ein oder mehrere Teile jedoch fehlen und in ihrem Fehlen zur Lücke werden.

Wiederholt habe ich Angehörigen gegenübergesessen, die mir vermittelt haben:

1. Ja, das weiß ich. Ich weiß, dass ich nicht die Verantwortung für die Genesung, die Heilung meines Angehörigen trage und auch nicht für sein Verhalten.

2. Ja, das weiß ich auch. Ich weiß um die Bedeutung von potenziell co-abhängigem Verhalten und benötige Unterstützung dabei.
3. Aber ich möchte trotzdem wissen, was ich tun kann, denn ich liebe meinen Mann/meine Frau/mein Kind und mache mir Sorgen. Ich möchte außerdem wissen, was in einer Therapie passiert und was meine Rolle dabei sein kann.

Es ist eine Illusion, Angehörigen ausschließlich dadurch zu helfen, dass man sie dazu anleitet, Abstand zu halten. Auch wenn Abstand und Distanz fundamental wichtig sein können. Genauso wichtig aber sind Information und Orientierung. Dieses Buch will versuchen, genau das zu geben.

Die oben genannten beiden Grundsätze gelten:

4. Die süchtige Person ist für ihr Verhalten verantwortlich!
5. Co-Abhängigkeit ist ein großes Thema und sollte unbedingt beachtet werden!

Aber es gilt auch: Viele Angehörige wollen sich informieren und brauchen Unterstützung beim Wiederaufbau von Kontrolle und Orientierung. Ich hoffe, dass die folgenden Seiten Ihnen dabei helfen können.

Noch zwei Hinweise:

Dieses Buch ist nicht für Personen gedacht, die sich schützen und in Sicherheit bringen müssen.

Der Konsum von Alkohol hat einen ganz direkten Zusammenhang zur Häufigkeit und Schwere von Gewalt in Partnerschaften, vor allem von Männern gegenüber Frauen (Cafferky et al. 2016, Klostermann & Fals-Stewart 2006). Wenn Sie Opfer von Gewalt physischer oder psychischer Art sind, dann ist es nicht Ihre Aufgabe, sich besser zu informieren. Dann brauchen Sie nicht mehr Wissen oder Orientierung, sondern Sie brauchen

Schutz. Dabei ist es fundamental wichtig, sich einer Person anzuvertrauen, die helfen oder Sie darin unterstützen kann, Hilfe zu erhalten, zum Beispiel Ihrer Hausärztin oder den Mitarbeiter:innen einer Suchtberatungsstelle. Auch als Angehörige können Sie dort hingehen.

Dieses Buch ist außerdem für Erwachsene geschrieben, nicht für Kinder.

Wenn Eltern süchtig sind, dann sind Kinder in hohem Maße betroffen, ihr Leidensdruck ist oft unermesslich hoch, sie brauchen jede Hilfe und Unterstützung, aber sie sollen sich diese Hilfe nicht selbst durch die Lektüre eines solchen Buches holen müssen.

Wenn Sie also dieses Buch lesen, und es kommt Ihnen ein Kind in den Sinn, das sich in der Situation befindet, in einem Elternhaus mit einem oder mehreren süchtigen Elternteilen aufzuwachsen, dann können Sie das Kind unterstützen, Ansprechpartner zu finden.

Wenn dieses Buch dadurch einem Kind hilft, Hilfe zu erhalten, dann hat es einen Sinn.

Wenn es einer Mutter, einem Vater, einer Schwester oder einem Bruder hilft, einer Freundin oder einem Kollegen, dann auch!

Ich hoffe, es hilft Ihnen, und bedanke mich für das Interesse.

Inhalt

1	Sucht?!	11
2	Wenn es keine Sucht ist, ist es dann kein Problem?	18
3	Kriterien der Abhängigkeit	31
3.1	Craving	32
3.2	Entzugssymptomatik	36
3.3	Toleranzentwicklung	41
3.4	Fortgesetzter Konsum trotz negativer Folgen	42
3.5	Vernachlässigung anderer Lebensbereiche	46
3.6	Kontrolle über Anfang und Menge des Konsums	48
4	Wie sage ich es? Wie spreche ich es an?	
	Leitplanken der Kommunikation	51
5	Die Grenzen der Worte	69
6	Hürden auf dem Weg in die Behandlung	73
7	Die richtigen Ansprechpartner	82
7.1	Suchtberatungsstellen	83
7.2	Exkurs: Entzug, Entgiftung und Entwöhnung	85
7.3	Ambulante oder stationäre Therapie	87
7.4	Selbsthilfegruppen	90
7.5	Ambulante Psychotherapie	93
7.6	Orientierung im Suchthilfesystem	95
7.7	Freiwilligkeit als Voraussetzung	96

8	Ich fühle mich außen vor gelassen	99
9	Wie wirksam ist eine Therapie? Hoffnung und Realismus	102
10	Kontrollierter Konsum	108
11	Kann man Medikamente nehmen?	119
12	Warum ausgerechnet wir?	123
13	Der Aufbau von Veränderungsmotivation	130
14	Wie entsteht ein Rückfall?	141
15	Hurra, das Ziel ist erreicht!	146
16	Konflikte mit Angehörigen als Risikosituation: Konsum als Ersatz für Worte	150
17	Soziale Drucksituationen	156
18	Umgang mit Craving/»Suchtdruck«	166
19	Erlaubnisgebende Gedanken	174
20	Erhalt und Aufbau von Motivation	183
21	Und was ist mit mir?	189

1 Sucht?!

Ich möchte dieses Buch mit drei kurzen Fallbeispielen beginnen:

Herr B., 39 Jahre alt, begab sich in die Therapie, weil er sich selbst als »depressiv« einschätzte. Er berichtete, dass er sich häufig niedergeschlagen fühle und unzufrieden mit sich sei. Er sei verheiratet und habe zwei Kinder. Er trinke regelmäßig Alkohol, unter der Woche im Durchschnitt an zwei Abenden jeweils zwei bis drei Bier, am Wochenende nicht selten deutlich mehr. Er sei an den Tagen danach oft müde und reizbar. Es komme dann häufiger zu Konflikten mit der Partnerin, wodurch die schlechte Stimmung noch verstärkt werde.

Frau J., 51 Jahre alt, berichtete, dass sie häufig traurig sei und nicht recht verstehe, warum. Sie habe beruflich im Leben eigentlich »alles erreicht«, habe einen Mann und eine erwachsene Tochter. Im Verlauf der ersten Sitzungen wurde deutlich, dass sie sich große Vorwürfe mache, ihrer Tochter keine gute Mutter gewesen zu sein. Die Patientin berichtete, dass sie aktuell seit acht Monaten keinen Alkohol trinke, dass es jedoch Phasen gebe, in denen sie große Schwierigkeiten habe, ihren Alkoholkonsum zu kontrollieren. Sie trinke dann für einige Tage, manchmal auch Wochen, sehr viel, sodass sie ihren Alltag nicht aufrechterhalten könne und schließlich auch in einem Krankenhaus entgiften müsse.

Frau F., 42 Jahre alt, berichtete zu Beginn der Therapie, dass sie vor einem Jahr wegen schwerer Herzrhythmusstörungen fast gestorben sei. Die Ursache der Rhythmusstörungen sei unbekannt, sie seien davor und danach nie wieder aufgetreten. Sie sei damals reanimiert worden und versuche nun, nach langen Reha-Maßnahmen, ihr Leben neu zu ordnen. Sie berichtete, dass sie im Alltag kaum Alkohol trinke, bei bestimmten Anlässen wie Familien- oder Firmenfeiern aber durchaus auch mal größere Mengen. Zu Therapiebeginn befand die Patientin sich gerade im Urlaub und berichtete, an den vergangenen Tagen des Urlaubs etwa fünf bis sechs alkoholische Getränke am Tag getrunken zu haben.

Anhand welcher Kriterien würden Sie entscheiden, ob einer der beschriebenen Patienten süchtig ist, und wenn ja, wer?

Woran erkennt man, dass jemand süchtig ist?

Die meisten Menschen antworten auf diese Fragen mit den Kriterien »Trinkmenge« und »Regelmäßigkeit«. Man erkennt einen Süchtigen also daran, wie viel und wie regelmäßig er trinkt. Aber was ist denn viel und was ist zu viel? Was ist oft und was ist zu oft?

Es gibt schlicht und ergreifend keine allgemeingültige Antwort auf die Frage, wie viel Alkohol getrunken werden muss und wie häufig, um von »Sucht« zu sprechen. Menge und Regelmäßigkeit sind deswegen keine guten Kriterien für die Beurteilung dieser Frage, weil es keine klaren Grenzwerte für die Beurteilung gibt.

Es gibt jedoch sehr wohl verschiedene Grenzwerte für einen gesundheitlich riskanten Konsum von Alkohol. Dabei sind die Kosten, die der Konsum von Alkohol hinterlässt, enorm, sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene. Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland werden in einer Studie aus dem Jahr 2020 mit 57 Milliarden Euro angegeben (Effertz 2020). Davon werden 16,6 Milliarden

Euro als direkte Krankheitskosten beziffert, zum Beispiel in Form von Behandlungskosten und Kosten für Medikamente für durch Alkohol verursachte Erkrankungen, und 40,4 Milliarden als indirekte Kosten, zum Beispiel Produktionsausfälle durch Krankheitstage, Frühverrentungen oder den Tod. Im Vergleich hierzu lagen die steuerlichen Einnahmen durch den Verkauf von Alkohol im Jahr 2022 bei 3,173 Milliarden Euro.

Im Jahr 2016 starben in Deutschland 19 000 Frauen und 43 000 Männer an einer Todesursache, die allein auf Alkohol zurückzuführen war. Das waren 4,0 % aller weiblichen Todesfälle und sage und schreibe 9,9 % aller männlichen Todesfälle in diesem Jahr. Schätzungsweise 7,9 Millionen Menschen betreiben in Deutschland einen riskanten Alkoholkonsum. Die WHO gibt als Grenzwerte für einen gesundheitlich riskanten Konsum 12 g reinen Alkohol pro Tag für Frauen und 24 g reinen Alkohol pro Tag für Männer an. 12 g entspricht in etwa einer kleinen Flasche Bier (0,33 l) oder einem Glas Rotwein (0,1 l). Ab einem Konsum von 12 g reinem Alkohol pro Tag verdoppelt sich beispielsweise das Risiko für Krebserkrankungen der Speiseröhre und der Mundhöhle, sowohl bei Männern als auch bei Frauen.

Für die Diagnose »Sucht« gibt es derartige Grenzwerte jedoch nicht, denn Sucht ist keine eindeutige Kategorie. Sucht ist kein Gesundheitsschaden, den man objektiv feststellen könnte. Wenn es solche Schäden bereits gibt, Nervenschädigungen beispielsweise, dann ist die Sucht meistens schon recht weit fortgeschritten.

Wenn wir von »Sucht« sprechen, dann meinen wir, dass eine Person so viel einer bestimmten Substanz konsumiert oder so intensiv einer bestimmten Beschäftigung nachgeht (Spielen, Kaufen, Pornografiekonsum), dass es deutliche negative Auswirkungen auf ihr Leben und das Leben Anderer hat und sie trotzdem nicht damit aufhört.

Die Abhängigkeitsdiagnose wird über Indizien gestellt, das

heißt, es gibt keine eindeutigen Beweise dafür, dass jemand süchtig ist, es gibt nur Hinweise. Die Diagnosestellung ist also keineswegs eine klare Sache. Man kann Sucht nicht »nachweisen«, man kann sich ihr nur annähern.

Die Kriterien, an denen man sich dafür orientiert, stehen in sogenannten Diagnosemanualen. Diese Manuale dürfen Sie sich wie Bücher vorstellen, in denen alle Krankheiten aufgelistet sind, mitsamt den Kriterien, wie man sie diagnostiziert. Im deutschen Gesundheitssystem werden Diagnosen gemäß den Kriterien vergeben, die in einem von der WHO herausgegebenen Manual aufgelistet werden, dem *International Classification of Diseases (ICD)*.

Die ICD ist ein machtvolles Instrument, denn über dieses Manual wird definiert, was in Deutschland als Krankheit angesehen wird und was nicht. Und damit wird auch darüber entschieden, welche Behandlungen von den gesetzlichen Krankenversicherungen bezahlt werden und welche nicht. Bis zum Jahr 1991 wurde auf diesem Wege Homosexualität beispielsweise noch als Krankheit definiert.

In der ICD werden sechs Kriterien verwendet, um sich der Frage »süchtig oder nicht?« anzunähern:

1. **Craving**, d.h. ein starkes Verlangen nach der Substanz
2. **Toleranz**, d.h. eine sukzessive Steigerung der Trinkmenge
3. **Entzugssymptome**
4. Die **Vernachlässigung** anderer Lebensbereiche
5. Ein fortgesetzter Konsum trotz negativer Folgen
6. Eine **verminderte Kontrolle** über Anfang oder Menge des Konsums

Diese sechs sind die Grundlage, wonach entschieden wird, ob eine Person als süchtig eingestuft wird oder nicht.

Für die Diagnose »Sucht« müssen drei Kriterien erfüllt sein. Durch eine Änderung der diagnostischen Richtlinien werden in

Zukunft in bestimmten Konstellationen auch zwei Kriterien ausreichen.

Nicht etwa Regelmäßigkeit oder Trinkmenge sind die entscheidenden Kriterien. Entscheidend sind die oben aufgeführten sechs Kriterien. Es gibt außerdem ein **Zeitkriterium**, das besagt, dass die Kriterien wiederholt innerhalb des letzten Jahres aufgetreten sein müssen oder fast jeden Tag innerhalb der letzten 30 Tage.

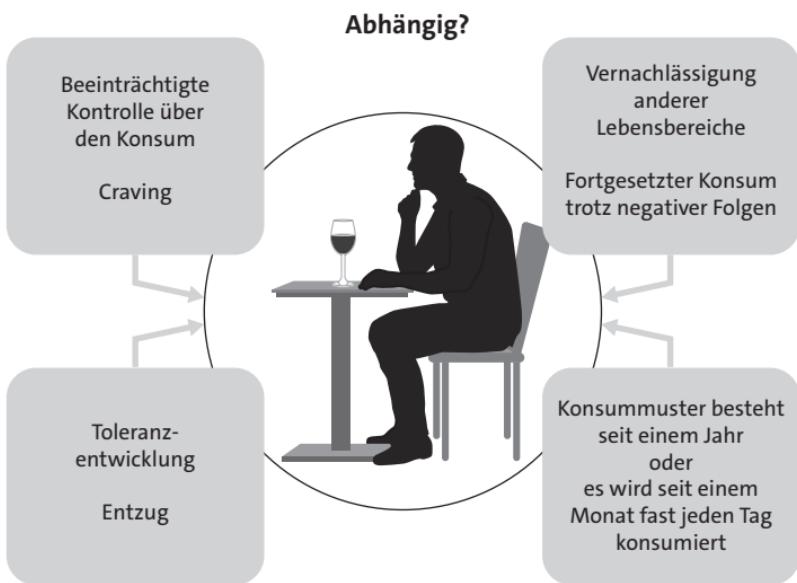


Abb. 1.1: Kriterien der Abhängigkeit

Ich möchte mich nun allerdings gern von dem ausschließlichen Fokus auf die Frage »Sucht oder nicht?« lösen, denn ich denke, diese Fokussierung ist eher problematisch als hilfreich.

Wir gehen noch einmal zurück zum Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung, von dem schon in der Einführung die Rede war.

Klarheit bezüglich einer Diagnose kann uns ein gutes Gefühl von Kontrolle verschaffen. Sowohl von Betroffenen als auch von Angehörigen werden Diagnosen, auch wenn sie negativ sein mögen, daher manches Mal als eine Art Erleichterung wahrgenommen.

Gerade die Diagnose »Sucht« ist jedoch mit einem hohen Maß an Stigmatisierung und potenzieller Kränkung verbunden (Angermeyer & Dietrich 2006).

Betroffene wehren sich daher oft lange gegen die Diagnose und der Versuch, sie davon zu überzeugen, ist meist von vornherein zum Scheitern verurteilt. Je stärker Angehörige versuchen, die Person von der Diagnose zu überzeugen, desto größer ist häufig der Widerstand, den sie stattdessen erzeugen.

Mit dem Versuch, Sucht zu diagnostizieren, nehmen wir außerdem eine qualitative Unterscheidung vor. Wir treffen eine kategorische Entscheidung. Das müssen wir, denn das diagnostische System zwingt uns dazu. Dadurch schwingt bei der Einteilung in »süchtig« und »nicht süchtig« aber auch automatisch die Einteilung »schlimm« und »nicht so schlimm« mit.

Es gibt zwar Unterkategorien der Diagnose »Sucht«, die auch vergeben werden können, wenn die Kriterien nicht vollständig erfüllt sind, die Fokussierung auf die Diagnose führt aber dennoch zu einer potenziellen Bagatellisierung von nicht süchtigem Konsum. Wenn wir uns überwiegend auf die Frage konzentrieren, ob eine Person abhängig ist oder nicht, dann verharmlosen wir potenziell den nicht abhängigen Konsum.

Wie haben Sie die Fallbeispiele zu Anfang des Kapitels eingeschätzt? Meine persönliche Einschätzung lautet, dass Frau J. abhängig ist, Herr B. und Frau F. aber nicht.

Frau J. erfüllt die Kriterien für die Diagnose. Es gibt starke negative Konsequenzen des Konsums, denn sie kann ihren Alltag in den Konsumphasen überhaupt nicht aufrechterhalten, die Kon-

trolle über die Konsummengen scheint deutlich vermindert, andere Lebensbereiche werden in diesen Phasen vollkommen vernachlässigt und man kann zumindest stark davon ausgehen, dass am Ende dieser Phasen Entzugssymptome vorliegen, die eine Behandlung in einer Klinik dringend notwendig machen. Um die beiden anderen Kriterien »Craving« und »Toleranz« beurteilen zu können, fehlen Informationen. Die Patientin erfüllt das Zeitkriterium, da die letzte Konsumphase noch nicht länger als zwölf Monate zurückliegt.

Wäre die Patientin jedoch vier Monate später in die Behandlung gekommen, hätte die Diagnose nach den diagnostischen Leitlinien nicht mehr gestellt werden dürfen.

Das ist inhaltlich natürlich fragwürdig, denn eine Abhängigkeit verschwindet nicht an Tag 366 der Abstinenz, während sie an Tag 365 noch vorhanden ist. Es braucht jedoch solche Grenzwerte, um eindeutige diagnostische Entscheidungen treffen zu können.

Stützen Sie sich im Umgang mit Ihren Angehörigen also ausschließlich auf die diagnostischen Kriterien, so könnte Ihr Mann oder Ihre Frau am 366. Tag der Abstinenz mit Fug und Recht das Glas heben und darauf anstoßen, die eigene Abhängigkeit überwunden zu haben.

Blicken wir auf Herrn B. und Frau F.

Beide scheinen die Diagnosekriterien für ein Abhängigkeitssyndrom nicht zu erfüllen. Es gibt zwar, zumindest bei Herrn B., negative Konsequenzen, die möglicherweise auf den Konsum zurückzuführen sind, man kann auch davon ausgehen, dass Frau F. nach einem mindestens mehrtägigen Konsum von fünf bis sechs alkoholischen Getränken pro Tag an den Folgetagen Merkmale eines Entzuges aufweisen wird, dennoch erscheinen die Kriterien insgesamt nicht erfüllt.

Gibt es also kein Problem?

2 Wenn es keine Sucht ist, ist es dann kein Problem?

Ich möchte Ihnen Herrn B. und Frau F. und noch ein weiteres Beispiel an dieser Stelle noch etwas genauer vorstellen.

Beginnen wir mit Herrn B.



Abb. 2.1: Subklinisches Konsumverhalten

Herr B. war zum Zeitpunkt des Therapiebeginns 39 Jahre alt und Vater zweier Kinder. Er arbeitete als Polizist und war verheiratet. Aufgewachsen war Herr B. bei seinen leiblichen Eltern mit einer jüngeren Schwester. Als er acht Jahre alt war, trennten sich die Eltern. Das Sorgerecht teilten sie sich, wobei die Kinder über-

wiegend bei der Mutter blieben, alle vierzehn Tage jedoch den Vater besuchten. Der Patient suchte die Praxis auf mit der Idee, eine »Selbstwertproblematik« zu haben, wie er es ausdrückte, es gab zahlreiche Erfahrungen, »nicht zu genügen«, »nicht erwünscht« zu sein oder »für andere eine Zumutung«. Dies galt einerseits für seine eigenen Erfahrungen als Kind und Jugendlicher in der Herkunfts-familie und insbesondere der Schule, andererseits setzten sich diese Erfahrungen auch als Erwachsener fort, oder zumindest das Gefühl davon. Herr B. empfand diesbezüglich eine große Traurigkeit, es war ihm jedoch bereits gelungen, sich selbst zu stabilisieren. Dabei geholfen hatten ihm die Beziehung zu seiner Frau, einige wenige enge Freunde, seine berufliche Tätigkeit, die seinen Fähigkeiten entsprach und mit Anerkennung einherging, und nicht zuletzt seine eigene Vaterrolle.

Wie zu Anfang des Kapitels beschrieben trank Herr B., genau wie seine Ehefrau, verhältnismäßig regelmäßig regelmäßig Alkohol, ca. drei- bis viermal pro Woche. Dabei betrugen die Trinkmengen unter der Woche meistens zwei bis drei Bier (0,33 l), am Wochenende zum Teil auch deutlich mehr, selten in Verbindung mit dem Konsum anderer Drogen, vor allem THC.

Der Patient berichtete, dass seine Eltern beide jeweils neue Partner hätten. Er und seine Schwester seien bei der Mutter aufgewachsen und hätten jedes zweite Wochenende beim Vater verbracht. Der Vater habe seine neue Partnerin bereits kurz nach der Trennung von der Mutter des Patienten kennengelernt und lebe auch weiterhin mit ihr zusammen. Sowohl der Vater als auch die neue Partnerin hätten immer »gern gefeiert und getrunken«.

Bei genauerer Betrachtung der biografischen Erfahrungen des Patienten wurde deutlich, dass der Vater eigentlich jedes Wo-

chenende, an dem der Patient und die Schwester bei ihm waren, abends Alkohol getrunken hatte, freitags und samstags.

Der Vater und die Partnerin seien dann meist nicht ausgegangen, sondern hätten zu Hause getrunken, entweder zu zweit oder mit Freunden.

Der Patient habe diese Atmosphäre als sehr locker und gesellig, als eher »cool« erlebt und seiner Mutter vorgehalten, nicht gleichermaßen locker zu sein. Es habe keine Gewalt oder Aggression unter Alkoholeinfluss gegeben.

Morgens hätten der Vater und die Partnerin lange geschlafen und der Patient und die Schwester hätten ferngesehen oder Computerspiele spielen »dürfen«. Der Vater und die Partnerin hätten die Tage im Anschluss dann meist verkatert auf dem Sofa verbracht.

Erst im Gespräch wurde dem Patienten deutlich, dass er an diesen Wochenenden nur sehr wenig Zeit und Aufmerksamkeit von seinem Vater bekommen hatte. Dabei wurde ihm klar, wie sehr ihm diese gefehlt hat und mit wie viel Traurigkeit dieses Gefühl, dass etwas Wichtiges nicht da war, auch als Erwachsener noch verknüpft war.

Es wurde dem Patienten außerdem bewusst, dass der Vater ihm diese Zeit und Aufmerksamkeit mutmaßlich nicht aus bösem Willen, Desinteresse oder Abneigung vorenthalten hat, sondern, weil er schlicht und ergreifend verkatert war. Neben der Traurigkeit führte diese Einsicht bei dem Patienten auch zu Ärger, weil eine Veränderung so »einfach« zu erzielen gewesen sei. Der Vater hätte für zwei Abende auf Alkohol verzichten und früher zu Bett gehen müssen.

Relativ rasch hinterfragte der Patient dann die Auswirkungen des eigenen Alkohol- und Drogenkonsums auf das Familienleben und die Bedürfnisse und Wünsche der eigenen Kinder.

Er nahm wahr, dass ein nicht geringer Teil seiner Reizbarkeit an stressigen Wochentagen möglicherweise auch damit zusammenhing, dass er am Vorabend Alkohol getrunken hatte und dadurch weniger belastbar und reizbarer war. Der Patient reduzierte seinen Alkoholkonsum daraufhin deutlich, trank unter der Woche nur noch höchst selten etwas und an Wochenenden nur zu ausgewählten, zuvor geplanten Aktivitäten, in dem Wissen, dass er am Folgetag dann weniger verfügbar für seine Kinder oder andere Personen sein würde.

Ohne lange Analyse oder Besprechung möchte ich direkt ein zweites, neues Fallbeispiel anschließen:

Frau K., eine 35-jährige, alleinstehend lebende Angestellte im öffentlichen Dienst, kam mit offensichtlich großem Leidensdruck in die Praxis.

Sie berichtete, dass sie bereits seit fast einem Jahr krankgeschrieben sei und damit rechnen müsste, »ausgesteuert« zu werden.

Sie fühle sich fast ausschließlich erschöpft und niedergeschlagen. Ihre Kraftlosigkeit und Erschöpfung seien körperlich spürbar, alle bisherigen medizinischen Abklärungen hätten diesbezüglich aber keine Ursachen ergeben. Sie nehme ein Antidepressivum, das ihr mehr Energie geben solle, davon spüre sie jedoch »nicht viel«. In der Vergangenheit habe sie ein anderes Antidepressivum genommen, das ihr ebenfalls nicht geholfen habe. Eines ihrer Hauptprobleme sei seit langer Zeit der Schlaf. Sie schlafe nach eigenen Maßstäben sehr schlecht, ca. vier bis fünf Stunden pro Nacht, und werde mehrfach pro Nacht wach. Tagsüber sei sie dann so müde, dass sie manchmal tatsächlich unversehens einschlafe.

Sie habe in der Vergangenheit Cannabis geraucht, mehrere Jahre damit aufgehört, rauche nun aber wieder jeden Abend ein

bis zwei Joints, weil sie hoffe, damit besser einschlafen zu können.

Die Patientin fühlte sich offensichtlich ausgesprochen hilflos und verzweifelt.

Aus Scham habe sie ihrem behandelnden Psychiater nicht erzählt, dass sie wieder begonnen habe, Cannabis zu rauchen.

Mit der Patientin wurde zunächst besprochen, dass ihr Marijuana-Konsum, unabhängig davon, ob dieser auf eine Abhängigkeit hindeutete oder nicht, auf alle von ihr aufgezählten Schwierigkeiten einen potenziell negativen Einfluss haben könne, sei es unmittelbar oder mittelbar über den Faktor »Schlaf«.

Der gleichzeitige Konsum von Cannabis und Antidepressiva kann die Wirkung von Antidepressiva verändern und beeinträchtigen (Vaughn et al. 2021), regelmäßiger Konsum von Cannabis kann Schlafprobleme befördern und nicht etwa lindern (Drazdowski et al. 2021) und der Konsum von Cannabis hat starke Zusammenhänge zu depressiven Symptomen ganz allgemein.

Im Gespräch mit der Patientin wurde deutlich, dass ihre Schwierigkeiten bereits bestanden, als sie noch kein Cannabis konsumierte. Das Kiffen war also nicht die Ursache ihrer Schwierigkeiten, gleichwohl konnte besprochen werden, dass es für jede der genannten Schwierigkeiten mutmaßlich eher erschwerend als erleichternd wirkt.

Eine Therapie unter diesen Umständen wäre, als würde man versuchen, einen Marathon mit einem Sack Zement auf den Schultern zu laufen, ohne Bewusstsein dafür, dass man diesen Sack überhaupt trägt.

Ein an sich schon schwieriges Unterfangen würde durch den Faktor Cannabis noch einmal zusätzlich erschwert. Ohne das Bewusstsein für diese zusätzliche Belastung würde es mutmaßlich zu noch mehr Frustrationserleben, Selbstvorwürfen und

Versagensgefühlen kommen. Es ist aber kein Wunder, dass es einem mit einem Sack Zement auf den Schultern nicht gelingt, einen Marathon zu laufen. Es ist auch keine Leistung, das zu probieren, es macht die Knochen kaputt und stellt eine vollkommen unnötige Last dar. Es wäre eher ein Zeichen für Blödheit als für besondere Stärke.

Die potenzielle Leistung besteht darin, sich des Zusatzgewichtes bewusst zu werden, es abzulegen und dann ein zu den eigenen Wünschen und Möglichkeiten passendes Training zu beginnen.

Natürlich hinkt das Bild an einigen Stellen. Sollte es sich doch um einen süchtigen Konsum von THC handeln, ist das Ablegen des Sackes keineswegs so einfach, aber der zentrale Aspekt wird durch diese Allegorie nachdrücklich vermittelt: Suchtmittelkonsum kann uns behindern, auch wenn wir nicht süchtig sind.

Eine ambulante Psychotherapie, die zunächst einmal gegen die Effekte des Drogenkonsums »antherapieren« muss, ergibt keinen Sinn. Eine Therapie, die auf der Erfahrung von Selbstwirksamkeit nach einer Veränderung der Konsumgewohnheiten aufbauen kann, aber sehr wohl. Selbstwirksamkeit beschreibt die Überzeugung, selbst auf sein eigenes Befinden Einfluss nehmen zu können (Bandura 1977).

Es mag unklar sein, ob der Vater von Herrn B. möglicherweise alkoholabhängig war oder Frau K. süchtig nach Cannabis ist oder nicht, aber beide Beispiele vermitteln einen Eindruck davon, wie sich Substanzkonsum auswirken kann, ohne dass die Frage nach der Abhängigkeit im Vordergrund stehen muss. Die Auswirkungen können Generationen überdauern.

Der Vater von Herrn B. hat die Möglichkeit verpasst, ein Gegengewicht zu dem Abwertungserleben zu bilden, das vielfältig auf seinen Sohn einprasselte.

Der Vater vermittelte keine aktive Abwertung, aber durch seine relative Abwesenheit und durch Alkohol und Schlafmangel mutmaßlich aufgezehrte Aufmerksamkeitsressourcen eben doch den Eindruck von Desinteresse.

Das Framing als »Coolness« oder Lockerheit hilft dem Jugendlichen dabei, in der Bindung zum Vater bleiben zu können, führt bei eigenem Konsum jedoch erst recht zu einer fehlenden Distanz.

Erst die Bewusstwerdung der Traurigkeit und, nachgelagert, des Ärgers über den verkaterten Vater ermöglicht es, das eigene Trinkverhalten und die Auswirkungen auf die Kinder zu hinterfragen.

Das Fallbeispiel Frau K. ist anders gelagert, aber auch hier gilt es, Auswirkungen des Substanzkonsums von der ausschließlichen Fokussierung auf die Frage »Abhängigkeit: ja oder nein?« zu lösen.

Der Cannabiskonsum mag nicht die Ursache für die Probleme und Sorgen der Patientin sein, aber in allen berichteten Aspekten kann er als aufrechterhaltender Faktor fungieren. Die zahlreichen Versuche, eine passende Behandlung zu erhalten, werden durch den Konsum von Anfang an torpediert, mindestens erschwert. Dementsprechend muss das Frustrations- und Hilflosigkeitserleben der Patientin immer weiter steigen und zu Gedanken führen wie: »Mir kann niemand helfen«, »Ich bin ein hoffnungsloser Fall«.

Dabei kann mutmaßlich tatsächlich überhaupt niemand helfen, wenn sie weiterhin Cannabis konsumiert wie bisher, weil der Konsum selbst alle potenziellen Möglichkeiten zunichtemacht oder zumindest erheblich erschwert. Gefährlich ist es, den Konsum gegenüber dem Psychiater zu verschweigen, weil sich dieser auf diese Weise kein Bild von möglichen Wechselwirkungen durch den Konsum machen und die medikamentöse Behandlung nicht darauf abstimmen kann.