

## **Psychoanalytische Konzepte und deren Anwendung in der ambulanten Suchttherapie**

**Dr. Wolf-Detlef Rost**

**München-Haar, den 1. 3. 2013**

*Im folgenden Text wird die Vortragsform beibehalten. Das Referat wurde in Haar leicht gekürzt gehalten. Ausführlich wird das psychoanalytische Modell in W.-D. Rost: **Psychoanalyse des Alkoholismus. Psychosozial Verlag 2009 dargestellt. Wer Interesse an einer ausführlichen psychoanalytischen Falldarstellung in literarischer Form hat, dem sei Rost: Eliza im Netz. Psychosozial Verlag 2009 empfohlen***

Nach mehr als 32 Jahren der Arbeit mit Süchtigen ist es auch für mich an der Zeit, eine Art Resümee zu ziehen, wozu mir die Einladung zu dieser Tagung eine gute Gelegenheit gibt. Als 1987 die „Psychoanalyse des Alkoholismus“ erstmals erschien, lag der überraschende Erfolg dieses Buches wohl auch darin begründet, dass es damals noch fast eine Art Pioniercharakter besaß. Die therapeutische Arbeit mit Alkoholikern stand zu dieser Zeit noch am Anfang. Erst 1968 war Sucht durch ein Urteil des Bundessozialgerichtes als Krankheit anerkannt worden, und 1978 kam es zur Empfehlungsvereinbarung zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern und damit zur Etablierung unserer heutigen Behandlungsstruktur mit getrennter Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung. Soweit es überhaupt schon eine professionelle Therapie gab, waren Anfang der achtziger Jahre verhaltenstherapeutische und psychoanalytische Behandlungskonzepte noch etwa gleich stark vertreten. Inzwischen ist Suchttherapie zweifellos ein Markt geworden, ein Markt mit großen Umsätzen. Das therapeutische Angebot ist ungeheuer gewachsen und differenzierter geworden. Aber: hat es sich wirklich geändert, oder gibt es hier nur „alten Wein in neuen Schläuchen“, und hat es sich tatsächlich verbessert?

Was jedenfalls den Mainstream der Forschung betrifft, so scheint das Gebiet, mit dem wir uns hier auf dieser Tagung beschäftigen, nämlich die Psychotherapie der Sucht, nur noch eine Art Nischenexistenz zu besitzen. Die großen Beträge der Forschungs- und Förderungsgelder fließen in die Neurobiologie und die Pharmakotherapie der Sucht. Das Schöne an den neurobiologischen Forschungsergebnissen zur Sucht – wie zur Psychotherapie insgesamt – ist, dass man nun endlich das wissenschaftlich bestätigt und mit den entsprechenden Korrelaten im Gehirn belegt findet, was man ohnedies schon seit vielen Jahren wusste. Die Psychopharmakologie präsentiert uns fast jedes Jahr neue Präparate, die die Sucht – oder

zumindest das Craving – endlich wirksam unterdrücken sollen. Erinnern Sie sich noch an Campral? Immerhin bei jedem 11. Patienten – also bei ca. 8 Prozent – soll es wirksam sein. Aber dennoch: kalter Kaffee. Im Augenblick ist Baclofen in Mode. Zumindest unter den alkoholabhängigen Mediziner ist mir in den letzten beiden Jahren kaum einer begegnet, der es sich nicht schon mal selbst eine Zeit lang verordnet hätte. Überhaupt erleben wir einen unverkennbaren Trend der **Medizinalisierung** der Suchttherapie. Schon seit Jahren kommen zu mir keine Patienten mehr – meine Praxisklientel besteht zu zwei Dritteln aus Abhängigkeitskranken –, die **nicht** auch parallel zur Psychotherapie eine antidepressive – Standard ist Citalopram – mitunter auch neuroleptische oder sedierende medikamentöse Therapie von Seiten des Hausarztes oder eines Psychiaters bekommen, denn: Auch die Medizin ist inzwischen zu der Einsicht gelangt, dass es mit dem Verzicht auf das Suchtmittel allein keineswegs getan ist, sondern das Leiden hier oft erst richtig beginnt, die bisher in der Sucht kaschierten Krankheiten und Störungen nun offen zutage treten. Aber die medikamentöse Therapie ist eine zweiseitige Geschichte. Als ich in der Sucht zu arbeiten begann, galt die Verabreichung von Medikamenten noch als Kunstfehler; heute folgen wir dem in der Herointherapie bereits gebahnten Weg: Substitution statt abstinenzorientierter Behandlung. Aber die Motivation des Patienten, an sich selbst zu arbeiten und sich zu verändern sowie seine Entwicklung als eine eigene Leistung zu sehen, wird dadurch nicht gerade gefördert.

Ach, und bei den aktuellen Forschungen vergaß ich ganz die Genetik. Seit Jahrzehnten sind Humangenetiker auf der Suche nach dem Alkoholismus-Gen. Pardon, ich möchte die Genetiker nicht zu naiv darstellen. Denn neben einer unterschiedlichen Toleranz gegenüber dem Alkohol bzw. dessen Abbau im Körper haben sie längst entdeckt: es gibt als Grundlage einer Sucht nicht nur ein Gen, sondern das Zusammenwirken mehrerer genetischer Veränderungen, und diese wiederum bewirken nicht unmittelbar eine Alkoholabhängigkeit, sondern eine allgemeine Vulnerabilität und Übersensibilität des betroffenen Individuums, was dann zu dessen psychischer Labilität und daher zu einer erhöhten Bereitschaft zum Alkoholabusus führen kann, aber nicht unbedingt führen muß. Auch das kommt einem als Psychotherapeuten irgendwie schon bekannt vor. Und damit muß ich endlich auf das wichtigste Schlagwort kommen, was die Veränderungen in der Suchttherapie in den vergangenen 30 Jahren betrifft. Und dieses heißt **Komorbidität**.

War die frühe Alkoholismustherapie noch stark von den Selbsthilfekzepten der Anonymen Alkoholiker geprägt, die den Alkoholismus im Sinne ihrer Allergiehypothese isoliert als „die Krankheit an sich“ ansahen, die mit der Abstinenz zum Stillstand gebracht wird aber

ansonsten mit der Persönlichkeit des Betroffenen wenig zu tun hat, ist man heute zu der Erkenntnis gelangt, dass der Alkoholismus oft nur ein Symptom unter anderen ist. Aus psychoanalytischer Sicht würde ich sogar sagen: oft tritt die eigentliche Krankheit erst mit der Abstinenz zutage, fängt erst mit ihr ein langer und schwieriger Leidensweg an. Mehr als nur ein Patient äußerte bei mir: „Solange ich noch getrunken habe hatte ich ja gar keine Ahnung, wie schlecht es mir wirklich geht.“

Je nach Methode und Studie wird der Anteil der Alkoholiker mit komorbiden Störungen mit 40, 50 oder 60 Prozent angegeben. Und ich möchte an dieser Stelle einen alten Spruch aus der Medizin persiflieren. Meines Erachtens gibt es den reinen, monosymptomatischen Alkoholiker kaum; es gibt höchstens solche, die noch nicht hinreichend diagnostiziert worden sind. Ich selber würde den Anteil der Patienten mit komorbiden Erkrankungen unter den Süchtigen auf über 90 Prozent schätzen, und Frau Vogelgesang, die ja ebenfalls hier vortragen wird, gab den Anteil komorbider Störungen bei Patienten in stationärer Entwöhnung mit gut 95 Prozent an.

Aber leider läge man daneben, wenn man annehmen würde, die Suchttherapie sähe nun die Abhängigkeit als ein Symptom einer Basiserkrankung neben anderen an. Dem ist nicht so. Denn nach der Diagnostik a la ICD 10 oder DSM IV hat der Alkoholiker natürlich eine Abhängigkeit, meist einen multiplen Substanzgebrauch, fast immer eine Nikotinabhängigkeit, und dann noch eine Depression, oder eine Phobie, vielleicht auch einen Zwang, eine Somatisierungsstörung, eine Psychose, und nicht zu vergessen, weil ganz beliebt: eine Persönlichkeitsstörung, und, und, und. Das alles wird dann unverbunden nebeneinander gestellt und selten hinterfragt, wie das eine Symptom das andere bedingen könnte, und ob nicht vielleicht alle sogar eine gemeinsame Wurzel haben. Und entsprechend wird der Patient in der Klinik dann mit unterschiedlichen Therapiebausteinen traktiert, die ihm von verschiedenen Therapeuten angediehen werden: Gruppen- und Einzeltherapie, indikative Gruppen, Selbstbehauptung, Körperwahrnehmung, Rückfallprophylaxe, Nikotinentwöhnung, Musik- und Gestalttherapie, Sport und, heute ein unvermeidlicher Baustein, die Traumatherapie, die jede Klinik im Angebot bereit hält. Ob Therapeuten oder Patienten in diesem Potpourri der Angebote vor lauter Bäumen den Wald noch sehen wird kaum hinterfragt, Hauptsache, viel, nur ganz viel, so scheint die Devise zu lauten – und wird ja von der Rentenversicherung auch so verlangt.

Sie können den Sarkasmus aus meinen Äußerungen leicht heraushören, denn m.E. krankt die aktuelle Suchttherapie daran, dass es ihr nicht mehr gelingt, den bunten Strauß der komorbiden Störungen zu integrieren in ein Modell der Persönlichkeit und ihrer Biographie,

sie zurückzuführen auf eine Wurzel, wie es die Psychoanalyse von Anfang an versucht hat mit dem Blick auf die ganze Person des Süchtigen und seine Biographie.

In der Fachliteratur ist umstritten, ob es sich bei den komorbiden Symptomen um Folgen oder Ursachen des Suchtmittelabusus handelt. Zweifellos wird niemand bestreiten, dass sich eine Vielzahl der psychischen, insbesondere aber der körperlichen Begleiterkrankungen, über einen exzessiven Alkoholabusus erheblich verstärkt. In der sensiblen Phase von Pubertät und Adoleszenz kann ein massiver Suchtmittelmissbrauch auch zu einer markanten Veränderung der Persönlichkeit führen, wie wir dies immer wieder bei jugendlichen Cannabis-Konsumenten beobachten können. Selbst hier ist allerdings von einer vorhergehenden labilen Struktur auszugehen. In der psychoanalytischen Sicht gehen wir eigentlich immer von einer „prämorbidem Persönlichkeit“ aus, also Störungen, Defiziten und Defekten in der vorausgegangenen kindlichen Entwicklung, die dazu führen, dass von bestimmten Individuen ein Suchtmittel in Folge einer psychischen Erkrankung exzessiv konsumiert wird, und von psychisch Gesünderen eben nicht. Denn immerhin sind ca. 94 % unserer Bevölkerung gelegentliche Alkoholkonsumenten, ohne davon Alkoholiker zu werden, und auch der Anteil der Jugendlichen mit einem meist passageren Gebrauch von Cannabis und Amphetaminen ist sehr hoch.

Natürlich gibt es nicht „den Alkoholiker“. Da wir in unserem Leben spätestens von Jugend an praktisch tagtäglich mit Alkohol und - heute viel mehr als früher – mit einer Vielzahl anderer Drogen und Abhängigkeit erzeugender Medikamente konfrontiert werden, gibt es auch eine unendliche Menge möglicher Auslöser oder Fixierungspunkte für eine süchtige Entwicklung und eine Vielzahl unterschiedlicher Persönlichkeiten und psychischer Strukturen, die Grundlage einer späteren Sucht werden können. M.E. kommt fast das gesamte Spektrum der Psychopathologie als potentielle Grundstörung einer Sucht in Frage. Dabei sind manche Störungen natürlich häufiger zu finden als andere. In der Fachliteratur werden immer wieder besonders hervorgehoben: Ängste, besonders soziale Phobien, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die Borderline-Persönlichkeit und impulsive sowie dissoziale Persönlichkeiten. Hier besitzt das Suchtmittel zunächst die Funktion eines Selbstheilungsmittels, wobei der zunehmende Abusus natürlich die Ursprungssymptomatik eher verschärft als verbessert und schließlich selbstschädigend wirkt. Nach meiner Auffassung gibt es allerdings auch schwerst gestörte Persönlichkeiten, bei denen das Suchtmittel von Anfang an in selbstzerstörerischer Absicht eingesetzt wird. In früheren

Vorträgen und Aufsätzen habe ich das Hauptgewicht auf die Entwicklung und die Diagnostik dieser verschiedenartigen prämorbid Strukturen gelegt. Alkoholmissbrauch kann sowohl bei lediglich neurotisch erkrankten, was in unserer psychoanalytischen Begrifflichkeit heißt: relativ reifen Persönlichkeiten auftreten, wie bei früher bzw. schwerer und tiefgreifender Gestörten, was den überwiegenden Anteil der Betroffenen umfasst. In der Mehrzahl handelt es sich dabei um Ich-schwache Menschen, die in ihrer Fähigkeit zur Anpassung an die Umwelt bzw. der Abgrenzung gegen deren Ansprüche wie in der Wahrnehmung und Steuerung der eigenen Affekte beeinträchtigt sind. Sie haben durchlässige Ichgrenzen und eine gestörte Affekt- und Frustrationstoleranz. Diese entwicklungsbedingten Defizite in der Ichstruktur werden durch die Wirkung des Alkohols oder eines anderen Suchtstoffes im Sinne eines **Selbstheilungsmittels** kompensiert, was auf längere Sicht natürlich das Ich weiter schwächt, gewissermaßen noch unselbständiger macht, der bekannte Teufelskreis der Sucht. Wer unter Depressionen, Ängsten, Zweifeln, Schlafstörungen oder anderen Symptomen leidet, findet gerade im Alkohol rasch einen zunächst wirksamen Helfer, der die Welt in einem rosigen Licht erscheinen lässt, alle Probleme scheinbar auflöst. Das betroffene Individuum geht zu einer „pharmakothymen Steuerung“ seines Ich über, was die eigenen Fähigkeiten zur Steuerung von Gefühlen und Anpassungsleistungen zunehmend mindert und zu einer Ich-Regression führt.

Darüber hinaus gibt es nach meinem Eindruck jedoch noch eine nicht unbedeutende Gruppe von Süchtigen, die ihren Abusus in einer von vorneherein autodestruktiven Form betreiben. Bei ihnen sind offenbar schon die basalen, allerersten Beziehungserfahrungen beeinträchtigt gewesen, oder sie sind schwerst oder oft wiederholt traumatisiert worden, so dass den Kern der Persönlichkeit ein negativ erlebtes Selbst bildet. Hier fehlt mitunter buchstäblich die Erlaubnis zu leben. Das Erschütternde bei diesen oft sehr intelligenten und kreativen Patienten ist, dass sie auch und gerade ohne Suchtmittel andere und im Endeffekt oft tödlichere Mittel zur Selbstzerstörung finden: Suchtverlagerungen, Unfälle, körperliche Erkrankungen, und last but not least den Suizid. Diese Patientengruppe findet in der Fachdiskussion kaum Berücksichtigung, obwohl solche Fälle jedem Praktiker bekannt sind – und ihn oft mit Schaudern sich zurückziehen lassen angesichts des niederschmetternden Ausmaßes an hoffnungsloser Destruktivität. Die Psychodynamik dieser Patienten lässt sich eigentlich nur mit psychoanalytischen Konzepten zur frühen Störung ableiten, aber hinsichtlich der therapeutischen Möglichkeiten stoße auch ich hier immer wieder an meine Grenzen. Vereinfacht kann man festhalten: je schwerer und tiefgreifender die zugrundeliegende

Störung und die erlebten Traumata sind, desto massiver und destruktiver auch der Suchtmittelabusus und der Krankheitsverlauf.

Hier und heute möchte ich jedoch auf die Theorie der Genese süchtiger Grundstörungen verzichten und ganz überwiegend auf die Praxis der psychoanalytischen Langzeitbehandlung mit abhängigen Patienten eingehen. Die psychische Reifung und Entwicklung wird durch den Suchtmittelabusus buchstäblich eingefroren. Erst mit der Abstinenz kommen die Konflikte, Störungen und Defizite zutage, die zuvor durch das Suchtmittel kaschiert worden sind. Die Anonymen Alkoholiker haben viele Metaphern, die zentrale Aspekte der Sucht treffend auf den Punkt bringen. Eine davon ist, den ersten Tag der bewussten Trockenheit als Geburtstag zu feiern, denn: wie beim Säugling beginnt erst hier die durch die Sucht zuvor gestoppte psychische Entwicklung in Gang zu kommen. Die Abstinenz ist die unabdingbare Voraussetzung zum **Überleben**, aber Gesundheit oder gar Lebenszufriedenheit garantiert sie mitnichten. Für viele beginnt nun ein langer und dorniger Leidensweg mit einer beeindruckenden Vielfalt möglicher Symptomwechsel. Da es mir heute weniger um die Diagnostik geht, möchte ich Ihnen heute zwei Fälle präsentieren, die einen insgesamt positiven Behandlungsverlauf aufweisen. Ich werde an diesen Fällen auch exemplarisch zu belegen versuchen, dass eine intensivere analytische Psychotherapie keineswegs unökonomisch und zu kostenintensiv ist, wie dies oft unterstellt wird.

### **Frau A.**

Die jetzt 42-jährige Frau A. kenne ich seit November 2000, also seit gut 12 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt hatte sie bereits fast ein Jahr ihres Lebens in stationärer Behandlung bzw. Rehabilitation verbracht. Erstmals war sie im Alter von 19 für mehr als drei Monate in einer psychosomatischen Universitätsklinik wegen einer Anorexie behandelt worden. Damals hatte sich die sehr große Patientin auf unter 43 kg heruntergehungert und war kollabiert. Ihr Gewicht stabilisierte sich auf niedrigem Niveau, aber sie ernährte sich in der Folge zunehmend „flüssig“, d.h. mittels Alkohol. Zudem kiffte sie täglich und rauchte mindestens 30 Zigaretten am Tag; außerdem „Schnippeln“ und anderes selbstverletzendes Verhalten. Wie so oft wandelt sich die Anorexie in eine schwere Bulimarexie. Das Essen, Erbrechen und ihr Gewicht sind auch in den ersten Jahren der Therapie bei mir ein ständiges Thema. Die intelligente Patientin traute sich nach dem Abitur kein Studium zu und arbeitete zunächst im Gastronomiebereich, um schließlich eine Ausbildung zur Erzieherin zu machen. Hier fühlte

sie sich rasch überfordert, und zwar nicht wegen der Arbeit mit den Kindern, sondern weil sie die Kontakte mit deren Eltern – wie auch mit den anderen Erzieherinnen - nicht aushielt, sich dann stets als klein und minderwertig erlebte, und vor Elternabenden zuletzt eine regelrechte Panik entwickelte..

Die Pat. war erstes Kind sehr junger Eltern. Die Mutter war bei ihrer Geburt erst 19 und noch Schülerin, der Vater 24. Besonders die Mutter habe sich durch das Kind um ihre Jugend gebracht gefühlt; sie erlebte sich angebunden, blockiert und in ihrem Studium gestört. Dafür machte sie stets die Patientin verantwortlich, besonders aber dafür, dass diese sie in ihre verhaßte Ehe mit einem ungeliebten Mann gezwungen habe. Den gut drei Jahre jüngere Sohn kann die Mutter hingegen annehmen. Hinzu kommt, dass die Eltern sich nicht verstehen, ständig streiten, und sich schließlich trennen. Es kommt zu einer Spaltung der Familie: die Mutter erkennt in der Patientin ihren Ex-Ehemann wieder, während der Bruder eben das Kind der Mutter ist. Die Patientin bleibt jedoch bei der Mutter, die das Mädchen unverhohlen ablehnt. Die Mutter entwickelt einen zunehmenden Alkoholabusus, hat immer neue Freunde, die das Mädchen gemeinsam mit der Mutter drangsalieren und erniedrigen, bis diese schließlich aus dem Hause flieht und mal alleine, mal in WGs oder beim Vater wohnt. Ich habe in meiner langjährigen Praxis selten einen solchen Haß einer Mutter auf ihre Tochter erlebt. Auch in den ersten Jahren der Behandlung bei mir ruft die Mutter die Patientin des öfteren nachts und im alkoholisierten Zustand an, um sie zu beschimpfen, sie für ihr ganzes Elend und ihr verkorkstes Leben verantwortlich zu machen. Immer wieder versucht Frau A., Zuwendung und Anerkennung durch die Mutter zu bekommen. Dies hatte sie schon als Kleinkind verzweifelt versucht, indem sie sich an die Mutter anklammerte und ihr alles recht zu machen versuchte, aber nie Zärtlichkeit und Nähe von ihr bekommen. Kompensatorisch zum familiären Chaos entwickelte die Pat. schon als Kleinkind Zwänge. Sie hätte alles nach Vorschrift machen wollen. So konnten die Eltern sie dadurch in verzweifelt Weinen bringen, dass sie einen Rasen betreten, wo stand: „Betreten verboten“. Sobald sie schreiben konnte, fertigte sie Inventarlisten von den Gegenständen in ihrem Zimmer an. Schulaufgaben wie Malen bereitete sie stundenlang vor. Sie geriet buchstäblich in Panikzustände, wenn ihr der Bruder einen Strich über das Blatt machte etc.

Dass sie überhaupt noch einigermaßen stabile und gesunde Seiten entwickeln kann, ist wahrscheinlich zwei positiven Bezugspersonen geschuldet: zum einen dem Vater, der allerdings zunächst fern bleibt, berufsbedingt und später dadurch, dass die Mutter jeden Kontakt mit oder gar Besuch bei ihm mit Haß- und Wutattacken ahndet, und zum zweiten dem Großvater mütterlicherseits, dessen Lieblingsenkelin sie ist, und der sie schließlich

testamentarisch als Erbin seines sehr großen Vermögens einsetzt. Als dieses Erbe fällig wird, sucht die Mutter wieder den Kontakt zu Frau A. Selten freundlich, meistens alkoholisiert, wütend und voller Haß fordert sie dieses Erbe für sich ein. Es ist auch für mich in der Therapie eine schwierige Situation und nicht meine Empfehlung gewesen, dass Frau A. den Erbverzicht unterschreibt, ein verzweifelter Versuch, sich vom Haß der Mutter frei zu kaufen, und vielleicht endlich doch noch deren Zuwendung zu erhalten. Es ist jedoch vor jetzt sechs Jahren das letzte mal, dass sie etwas von Mutter und Bruder hört. Die Weihnachts- und Geburtstagskarten, die sie diesen zunächst noch schreibt, bleiben unbeantwortet.

Die Krankheitsanamnese nach Behandlung der Magersucht ist charakteristisch für eine schwere Alkoholkrankung. Frau A. trinkt immer mehr, zuletzt 4 Flaschen Wein am Tag. Sie erleidet mehrere Autounfälle mit zum Teil schweren Verletzungen, verliert zwei Mal den Führerschein, zuletzt mit 2,6 Promille. Ihre Beziehungsmuster sind chaotisch. Besonders unter Alkohol lässt sie sich auf Affären ein, die sie rasch bedauert, sich dafür schämt und selbst verurteilt. Es folgen immer längere Krankschreibungen und wiederholte stationäre Entgiftungen.

Als ich Frau A. Ende 2000 nach ihrer stationären Langzeitentwöhnung in Therapie nehme, weist sie aus diversen stationären Behandlungen folgendes Register an Vordiagnosen auf: Schwere Alkoholabhängigkeit sowie Cannabis- und Nikotinabusus. Eine Magersucht, die zwischenzeitlich in eine schwere Bulimie übergegangen ist. Somatisierungsstörung Eine rezidivierende depressive Störung mit starken Schlafstörungen. Zwangssymptome.

Angstsymptomatik. Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ihre Symptomatik ist unverändert, Frau A. ist schlicht chaotisch. Sie ist arbeitslos und will nicht zurück in den Beruf der Erzieherin. Vor allem nachts widmet sie Stunden ihren Eß-Brechanfällen. Mehrfach wird sie mit Alkohol rückfällig und muß nach einigen Monaten Therapie auch ein Mal erneut stationär entgiften. Wegen ihrer sexuellen Eskapaden, in die sich auch nüchtern immer wieder stürzt, hat sie Schuldgefühle. Sie zieht mehrfach unter chaotischen Umständen um.

Ich beginne die Behandlung zunächst zweistündig, um Frau A. zu stabilisieren. Das erste Jahr ist gekennzeichnet durch den Versuch, ihre Biographie zu ordnen, sie zu strukturieren und zu stabilisieren. Mit der zunehmenden Abstinenz vom Alkohol verstärken sich die Ängste und Depressionen. Frau A. entwickelt Suizidgedanken, meint, ihrer besten Freundin und damaligen Mitbewohnerin nachfolgen zu müssen, die sich vor einigen Jahren vor den Zug geworfen und ihr einen langen Abschiedsbrief hinterlassen hat. Trotz ihres guten Verhältnisses zu Kindern möchte sie nicht wieder als Erzieherin arbeiten – sie meint, dann sei ihre zwischenzeitlich erreichte Abstinenz gefährdet – und beantragt eine Umschulung in einen



kaufmännischen Beruf, die sie schließlich in einem internatsartigen Berufsförderungswerk absolviert. Dies reduziert notgedrungen die Psychotherapie auf gelegentlich eine Stunde Freitagnachmittag. Sie stürzt sich in der Umschulung in chaotische Beziehungen und hat immense Ängste vor der Ausbildung, insbesondere vor den Betriebspraktika. Vom ärztlichen Dienst des BfW wird sie auf Schlaftabletten und Antidepressiva gesetzt, eine m.E. zweiseitige Maßnahme. Auch in den Folgejahren bleibt sie parallel zur Psychotherapie in psychiatrischer Behandlung mit Antidepressiva. Der nachfolgende berufliche Einstieg in ein großes Handelsunternehmen, ist erneut von großen Ängsten bis hin zu regelrechter Verzweiflung gekennzeichnet. Oft erscheint Frau A. aufgelöst und weinend. Zusätzliche Krisensitzungen sind erforderlich, Frau A. muß beruhigt werden, lässt sich aber auch beruhigen. Sie nimmt ihre Arbeit übergenu; kleinste Fehler lassen sie nicht schlafen. Sie phantasiert immer wieder, sie werde gekündigt, obwohl sie in der Regel Anerkennung und Bestätigung für ihre Arbeit erhält.

Nach ihrer Umschulung ist sie in eine eigene Wohnung in das Haus ihres Vaters und dessen neuer Frau gezogen. Es ist, als ob sie zur Wiedergutmachung ihrer verkorksten Kindheit so etwas wie eine Neubeelterung sucht. Außerdem besucht sie – mit abnehmender Frequenz – die AA. In 2007 kommt es schließlich zu der nach meinem Eindruck bedeutendsten Wende im Verlauf der Behandlung: sie lernt ihren Traummann kennen, besser gesagt: sie kann sich erstmals wirklich auf eine Beziehung einlassen. Dieser Mann vermittelt auch ihr, dass sie seine Traumfrau sei. Bei genauerer Betrachtung ist er nicht weniger gestört als sie, vielleicht sogar mehr, mit dem Unterschied, dass er sich bisher nicht auf einen therapeutischen Prozeß eingelassen hat und massiv kifft und somatisiert, an noch stärkeren Ängsten und vor allem Zwängen leidet als sie. Auf alle Fälle hat sie bei ihm keine Unterlegenheitsgefühle und Verlassenheitsängste, und die beidseitige Leidenserfahrung bindet aneinander und hilft, den anderen in „seinen jeweiligen Macken“ zu akzeptieren. Sie heiratet und wirkt glaubhaft glücklich, eine Befindlichkeit, die bei trockenen Alkoholikern leider nur selten zu erleben ist. Etwa zur gleichen Zeit endet die Langzeitpsychotherapie bei mir, die zuletzt in immer niedrigerer Frequenz durchgeführt wurde..

In der Folge kommt Frau A. in großen Abständen zu mir. Ich sehe sie ein Jahr lang gar nicht. Im Verlauf der letzten zwei Jahre habe ich Frau A. etwas häufiger – insgesamt 12 mal - gesehen, vorwiegend wegen ihrer Konflikte und Ängste hinsichtlich einer inzwischen vollzogenen beruflichen Veränderung.

Zusammenfassend ist zu sagen: Frau A. ist jetzt fast 12 Jahre abstinent von Alkohol. Vor zwei Jahren hat sie aufgehört zu Rauchen und kiffte auch nicht mehr, obwohl ihr Mann dies in der

gemeinsamen Wohnung täglich macht. Frau A. ist weiterhin recht dünn, leidet aber an keiner Bulimie mehr. Seit jetzt fast zehn Jahren arbeitet sie regelmäßig und ohne längere Krankschreibungen; in 2000, vor Beginn der ambulanten Psychotherapie, hatte man ihr bereits die Frühberentung nahegelegt. Sie lebt in einer stabilen Partnerschaft. Weiterhin hat sie mitunter Depressionen, Ängste und Minderwertigkeitsgefühle, die sie jedoch in den Griff bekommen kann. M.E. ist diese Stabilisierung nicht zuletzt auf eine langfristig angelegte, Halt- und Strukturgebende, modifizierte analytische Psychotherapie zurückzuführen. Als die Patientin in 2000 zu mir kam, hatten vorausgehende stationäre Behandlungen – natürlich ausgehend von den aktuellen Preisen, die besonders für die Universitätsklinik sehr hoch liegen – Kosten von über 100.000 Euro verursacht, nicht mit gerechnet die Kosten für alkoholbedingte Autounfälle und Krankenhausaufenthalte wegen der Unfallverletzungen. Von Ende 2000 bis Anfang 2013 wurden bei mir insgesamt ca. 260 psychotherapeutische Sitzungen durchgeführt. Die Gesamtkosten hierfür betragen etwas über 20.000 Euro, verteilt auf 12 Jahre. Man möge mir nachweisen, wie ein solch komplexes, multiples Störungsbild, zurückgehend auf eine schwerwiegende Störung des Selbst infolge einer ablehnenden, nicht spiegelnden Mutter hätte kürzer, erfolgreicher und ökonomischer behandelt werden sollen.

### **Behandlungsregeln**

An dieser Stelle möchte ich einige Anmerkungen zu der von mir verwendeten Technik der Arbeit mit Alkoholikern machen. Ich arbeite in Langzeitpsychotherapie mit vorwiegend abstinenten Patienten. Die Abstinenz kann aus eigener Kraft, durch Selbsthilfe, Entgiftung oder Entwöhnungsbehandlung erreicht sein. Der Rückfall ist ein in der Psychotherapie unvermeidbares Phänomen; schließlich kann man kein Symptom verbieten. Ich treffe in etwa die folgende Vereinbarung:

*„Ihre Behandlung sollte unter der Abstinenz vom Suchtmittel 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, 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.“ (Rost 2009, S. XXX)*

Der Rückfall wird mir meiner Erfahrung nach spätestens nach einigen Wochen „gebeichtet“, und ist in aller Regel auch als ein Hinweis auf Konflikte oder Störungen in der analytischen

Beziehung zu sehen, die damit der Bearbeitung überhaupt erst zugänglich werden. Somit bietet der Rückfall auch ein therapeutisches Potential, ist jedoch aufgrund des destruktiven Charakters einer Suchterkrankung auch stets ernst zu nehmen, ohne dabei in Panik verfallen zu müssen. Äußerstenfalls muss eine stationäre Entgiftung zwischengeschaltet werden, nach der die Behandlung fortgeführt wird. Es sollte möglichst nicht mit der Sanktion „Therapieabbruch bei Rückfall“ gedroht werden. In der Praxis wird sich die therapeutische Beziehung ohnedies rasch auflösen, wenn das Suchtmittel wieder zum beherrschenden Liebesobjekt geworden ist.

Ziel ist es eigentlich, dass Patient und Therapeut offen und bewusst, ohne Verleugnung oder Bagatellisierung, aber auch ohne Angst und Dramatisierung gemeinsam mit dem Symptom umgehen können, wenn es denn wieder aufgetreten ist.

Auch bei Frau A. kam es in der Anfangszeit der Therapie zu Rückfällen, und eine stationäre Entgiftung wurde erforderlich. Seitdem ist sie abstinent. Es findet in der ambulanten Psychotherapie eine Art spontaner Selektion statt: entweder der Patient kann die Abstinenz aufrecht erhalten und seine Rückfälle in der Behandlung bearbeiten, oder es kommt zum Therapieabbruch. Die Art des Arbeitens ist durch die folgende Technik charakterisiert:

- Die Vermeidung übermäßiger Regression, um den Patienten nicht zu sehr unter Druck zu bringen, womit sonst ein destruktives – meist autodestruktives – Agieren oder ein Suchtmittelrückfall ausgelöst werden könnte.
- In den produzierten Erinnerungen darauf achten, dass nicht nur negatives Material berichtet wird, um einer malignen Regression entgegenzuwirken; stattdessen auch positive Erinnerungen fördern.
- Mit den gesunden Anteilen arbeiten und diese verstärken.
- Das Setting zumindest anfänglich eher im Sitzen als im Liegen halten, damit der Therapeut in seinen Reaktionen und Gefühlen als Realperson wahrgenommen werden und als Modell dienen kann.
- Eine aktivere Technik mit häufigeren Interventionen, Nachfragen, dem Spiegeln und Benennen von Gefühlen, notfalls auch „Verboten“, was heißt: klare Position beziehen gegen ein destruktives Agieren. Diese Prinzipien finden sich auch in der psychoanalytisch-interaktionellen Psychotherapie nach Heigl-Evers.
- Eine stärker supportive Technik mit durchaus „verhaltenstherapeutischen Elementen“ wie z.B. positiven Verstärkungen, gegebenenfalls aber auch deutlichen Konfrontationen oder Anweisungen; das bedeutet auch:

- Eine Relativierung der analytischen Abstinenz; weniger Deutungen und andere genetische Interpretationen; überwiegend wird im „Hier und Jetzt“ gearbeitet.
- Sich dabei durchaus auch mal „vom Patienten leiten lassen“ und dessen Anregungen und Wünsche hinsichtlich der Technik und des Settings aufgreifen.
- Das Leitsymptom „Sucht“ stets im Auge behalten; eine Laisser-faire-Haltung gegenüber dem Suchtmittel ist nicht akzeptabel; die Abstinenz des Patienten ist stets zu stützen und als Behandlungsbasis zu fordern; Rückfallängste („Saufdruck“) sind immer ernst zu nehmen und sind oft auch als Ausdruck von Krisen der therapeutischen Beziehung zu verstehen und zu bearbeiten.
- Zumindest anfänglich ein Tolerieren von „Nebenübertragungen“; das zutage tretende destruktive Potential kann unter Umständen nicht allein in der Übertragungsbeziehung gehalten und bearbeitet werden, so dass ein Agieren im Außen eine Entlastung der therapeutischen Beziehung darstellen kann. Damit geht einher.
- Das Herstellen von und Arbeiten mit einer überwiegend positiven Übertragung auf den Therapeuten.

Ich versuche, die durch die Psychotherapie ziffer 35210 gegebenen Möglichkeiten hoher Stundenzahlen auszuschöpfen, und im Sinne einer modifizierten analytischen Psychotherapie niederfrequent, in der Regel mit einer Wochenstunde, aber über eine möglichst sehr lange Dauer zu arbeiten, weil die Dauer und Stabilität der Beziehung zum Behandler m.E. das wichtigste therapeutische Agens darstellt.

Um dies noch einmal zu belegen traktiere ich Sie nun mit einem 2. Fall, denn das Medium des Psychoanalytikers ist halt nicht die Statistik oder die Powerpoint-Präsentation, sondern der ausführliche Fallbericht.

### **Herr B.**

Noch länger, nämlich seit sage und schreibe 24 Jahren, kenne ich Herrn B. Er ist damit allerdings tatsächlich mein mit Abstand „dienstältester Patient“, wobei dies keineswegs heißt, ich hätte Herrn B. in diesem Zeitraum kontinuierlich behandelt. Ich habe ihn zwischenzeitlich für fast 10 Jahre überhaupt nicht gesehen und möchte ihn hier als ein Beispiel für die Möglichkeit einer **Intervalltherapie** anführen. Ich sehe Herrn B. jetzt wieder seit März 2009, also seit vier Jahren. Anlaß war hier ein Herzinfarkt des heute 60-jährigen Patienten und ein

Anruf der Ehefrau, die ihn als unausstehlich erlebte, weil er wegen des Infarktes endlich das Rauchen aufgeben musste.

Ich muß mir selber vergegenwärtigen, weshalb Herr B. vor vielen, vielen Jahren in Behandlung kam: eine zuvor über insgesamt fünf Monate stationär behandelte schwere Alkohol- sowie Medikamentenabhängigkeit von Benzodiazepin, denn der Alkohol ist heute wirklich kein Thema mehr, was ich aber so nur bei sehr langen Therapien erlebe. Zu diesem Zeitpunkt, also 1989, war er, obwohl studierter Chemiker, langzeitarbeitslos, ohne Perspektive, und abhängig von Arbeitsamt und Ehefrau.. Er wies auf: Depressionen, eine selbstunsichere Persönlichkeit sowie die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeit, hervorstechend jedoch eine schwere Angsterkrankung mit ausgeprägten sozialen Ängsten, die es ihm unter anderem unmöglich machten, an Selbsthilfegruppen teilzunehmen, da er dort unter Druck und Anspannung geriet, um schließlich unter Panik und Schweißausbrüchen die Gruppe verlassen zu müssen. Auch an seinen bisherigen Arbeitsplätzen in der Industrie hatte er es mit Kollegen und Vorgesetzten schlicht einfach nicht ausgehalten. Modisch würde man ihm also noch ein ADHS im Erwachsenenalter als Diagnose verpassen. Ferner ebenfalls Schlafstörungen und eine Somatisierungsstörung mit häufiger Migräne und Reizdarmsyndrom.

Ganz im Gegensatz zu Frau A. hatte Herr B. eine sehr liebevolle, überfürsorgliche Mutter. Kurz vor seiner Geburt war der vier Jahre alte erstgeborene Sohn in einem hinter dem elterlichen Garten verlaufenden Wassergraben ertrunken. Der Patient wird gewissermaßen Ersatz dieses toten Bruders, erlebt eine traumatisierte und überängstliche Mutter, die ihr zweites Kind nun aus nachvollziehbaren Gründen überbehütet. Ihm wird die Angst also buchstäblich anezogen, und er entwickelt sich zu einem überaus schüchternen, gehemmten Kind, das sozial isoliert ist und keine Freunde hat. Diese Zurückgezogenheit ermöglicht ihm wenigstens die Entwicklung seiner intellektuellen Fähigkeiten. Aus einem ländlichen Arbeitermilieu stammend schafft er als erster und einziger in seiner Familie Abitur und Studium. Als er schließlich in die Adoleszenz kommt, wird ihm seine Ängstlichkeit und Schüchternheit zunehmend zur Barriere, besonders gegenüber dem weiblichen Geschlecht, und er „löst“ dieses Problem mittels Alkohol. Bis zum Beginn der Behandlung bei mir kann er sich Sexualität ohne Angstlösende Medikamente oder Alkohol gar nicht vorstellen. Er rutscht immer tiefer in die Sucht, und als er diese mit Mitte 30 endlich stoppen kann, steht er hinsichtlich seiner Biographie und beruflichen Karriere vor einem Scherbenhaufen. Herr B. hat wenig Probleme mit der Aufrechterhaltung seiner Abstinenz, aber gar wohl mit dem Aufbau eines neuen Lebens. Seine soziale Störung ist so groß, dass er merkt: er kann in

keiner Firma, nicht mit anderen zusammen oder gar als Untergebener arbeiten. Er entwickelt und vertreibt Software, arbeitet als Informatiker selbständig, baut schließlich eine eigene kleine Firma auf. Als die Kassenleistung nach 135 Stunden ausläuft zahlt er stolz seine weiteren Stunden selber, deklariert mich als seinen Coach, der ihn bei seinen geschäftlichen Problemen und im Umgang mit seinen angestellten Mitarbeitern begleitet. Er verkauft seine erste Firma und geht als einer der ersten und bald recht erfolgreich in den neu entstehenden Internethandel mit technisch anspruchsvollen Produkten, wo er mit einem buchstäblich arbeitssüchtigen Einsatz eine neue, weltweit verkaufende Firma aufbaut mit dem Motto: kein Kunde darf länger als vier Stunden auf die Beantwortung seiner Emailanfrage warten, was für ihn heißt: mitten in der Nacht aufzustehen, um sich an den Computer zu setzen, da ja zu dieser Zeit die Japaner oder die Amerikaner aktiv sind. Er kommt immer seltener, ein oder zwei Mal im Jahr, schließlich gar nicht mehr, ruft aber ab und an unter irgendwelchen Vorwänden an. In der jetzigen Therapie sagt er einmal: „Ich wusste immer, da in Gießen sitzt der Rost. Da kann ich im Notfall wieder hin. Das hat mich über manche Schwierigkeiten getragen.“

Als er schließlich wiederkommt, lassen sich manche Konflikte besser bearbeiten, seine Kindheit und Lebensgeschichte aufarbeiten. Die Mutter ist tot, der Vater stirbt in 2011. Er hält seit langen Jahren seine Ehe aufrecht. Immer noch hat er seine sozialen Probleme; statt zu Angst führen Kontakte jetzt oft zu Anspannung und Wut. Seine Überarbeitung, der Kampf um die permanente Selbstbestätigung, haben ihn erschöpft und – so seine eigene Einschätzung – ihm den Herzinfarkt beschert. Er hat sich überfordert, eine enge Beziehung zu einer chinesischen Firma aufgebaut, deren Produkte er exklusiv vertreibt, wodurch er sich jedoch auch von den Chinesen abhängig erlebt. Er ist nie aus seinem Heimatdorf weggezogen, wohnt im Haus der Großeltern, das er ausgebaut hat – und nun jettet er zwischen Deutschland und Schanghai hin und her. Für einen Angstneurotiker ein sehr großer Sprung. Nur langsam kann er loslassen und ein wenig Gelassenheit entwickeln.

Herr B. ist in seinem Selbst nicht so geschädigt wie Frau A., denn im Gegensatz zu dieser wurde er von seiner Mutter angenommen und geliebt, jedoch auch symbiotisch gebunden. Die daraus resultierende ängstlich-depressive Struktur macht ihm bis heute zu schaffen, aber er hat eine stabile Beziehung und beruflichen Erfolg erreicht.

135 plus hundert Stunden Psychotherapie zuzüglich probatorischer Sitzungen und der sogenannten 10-Minuten-Gesprächsziffer haben die Krankenkasse – natürlich wieder nach heutigen Sätzen gerechnet – wie bei Frau A. etwas über 20.000 Euro gekostet. Hinzu kommen Stunden, die Herr B. selber getragen hat. Dies wohlgernekt über einen Zeitraum von 24 Jahren verteilt, wobei über einen großen Teil dieser Zeit die bereits verinnerlichte Beziehung

zum Therapeuten zur Stabilisierung ausgereicht hat, was letztendlich das Ziel jeder psychoanalytisch orientierten Langzeitbehandlung ist. Von 1989 bis zu seinem Infarkt in 2009 bedurfte Herr B. keinerlei stationärer oder irgendwelcher anderer aufwendiger ambulanter Behandlungen

### **Zusammenfassung: Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung**

Bei schweren Grundstörungen der Sucht, die gekennzeichnet sind durch multiple Komorbidität, eine lange Krankengeschichte und erkennbare Ursachen in der Kindheit, ist die modifizierte analytische Langzeitbehandlung die Methode der Wahl. Der wichtigste kurative Faktor ist dabei die **langjährige, stabile therapeutische Beziehung durch einen Behandler**, analytisch gesprochen: die Objektkonstanz. Nur diese ermöglicht das Erleben und Verinnerlichen besserer Objekt(Beziehungs-)erfahrungen, eine Heilung der gestörten inneren Objekte. Denn: jede Sucht ist zentral und zuallererst gekennzeichnet durch gestörte Beziehungen. Es ist das Charakteristikum jeder Suchterkrankung, egal von welchem Suchtmittel, dass das Suchtmittel das zentrale Bezugsobjekt des Betroffenen wird, er sich von den personalen Beziehungen gewissermaßen zurückzieht, Liebe, Haß und alle anderen Konflikte mittels der Auseinandersetzung mit seinem „Stoff“ austrägt. Heilung bzw. wenigstens eine Bearbeitung dieser Störung kann nur darüber führen, dass diese Auseinandersetzung zurückgeführt wird in eine Beziehung zu einem Menschen, denn wenn **ein** Symptom allen Süchtigen gemeinsam ist, dann ist es die Beziehungsstörung. Da familiäre und partnerschaftliche Beziehungen damit jedoch überlastet wären, ist dafür ein über lange Zeit verfügbarer Psychotherapeut erforderlich. Die Modularisierung der Suchttherapie, wie wir sie in den vergangenen Jahren erlebt haben, ist den tatsächlichen therapeutischen Erfordernissen entgegengesetzt. Auch die Zergliederung in entsendende Beratungsstelle, stationäre Entgiftung in einer psychiatrischen oder internistischen Abteilung, wohnortferne Entwöhnungsbehandlung, schließlich wieder Beratungsstelle, immer neue Therapeuten, immer neue Therapiebausteine, dienen allein dem Schutz der Behandler vor der Auseinandersetzung mit der oft tödlichen Autodestruktivität der Sucht, und vor der ungeheuren Komplexität der komorbiden Erkrankungen und der zugrundeliegenden Störungen. Sehen wir nur einen Ausschnitt aus der Krankengeschichte unserer Patienten, erlaubt uns das auch, die Komplexität und damit die mögliche eigene Überforderung zu reduzieren. Den Patienten dient das jedenfalls nicht.

Es mag hier so aussehen, als forderte ich, gewissermaßen kontraphobisch und gegen den gesellschaftlichen und therapeutischen Trend, einen Alleinvertretungsanspruch der analytischen Verfahren. Das möchte ich hier abschließend relativieren, denn, abgesehen von meinem Hintergrundverständnis: in meiner therapeutischen Praxis arbeite ich keineswegs psychoanalytisch, sondern eklektisch, manchmal ganz alltäglich, selbstgestrickt. Auch andere Behandler, etwa in Beratungsstellen oder mit humanistischem Hintergrund, können das genauso gut, so sie sich auf die therapeutische Beziehung einlassen. Nicht abkommen möchte ich jedoch von der **Langzeitperspektive** und der **Objektkonstanz**. Sie sind **die** therapeutischen Wirkfaktoren bei schweren Formen der Sucht, während Evidenzbasierung und Modularisierung m.E. kontraindiziert sind. Denn es handelt sich hier immer um eine komplexe, komorbide Störung, in deren Zentrum eine beeinträchtigte Beziehungsfähigkeit steht. Aber gerade die sehr lange Behandlung von Patienten vermag dem Behandler, wie in den oben dargestellten Fällen, auch Erfolgserlebnisse verschaffen, denn man kann hier an einer allmählichen und dauerhaften, wenn auch niemals geradlinigen Stabilisierung teilhaben.