Barbara Stadler

BEHANDLUNG VON SUBSTANZABHÄNGIGKEIT IM EINZELSETTING

Zusammenfassung:

Einleitend wird allgemein über Substanzabhängigkeit und Therapieangebote informiert. Im Weiteren wird näher auf die Besonderheiten der Psychotherapie von substanzabhängigen Klienten in der niedergelassenen Privatpraxis eingegangen. Die Autorin beschreibt dabei mit vielen Fallbeispielen die besonderen Herausforderungen, die sie bei der Therapie von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung erlebt hat. Die Bandbreite geht von Gegenübertragungs-Phänomenen in der Arbeit mit Abhängigen über den Umgang mit Rückfällen und dem Zutrauen in der Therapie bis hin zu abhängigen Beziehungsmustern und den Grenzen der Therapeutin in der Behandlung.

Als Möglichkeit der Behandlung für Klienten mit einer Abhängigkeitserkrankung gibt es sowohl Beratungs- und Gruppenangebote im öffentlichen ambulanten Bereich, Entzugs- und Therapieangebote stationärer Einrichtungen sowie die Psychotherapie im Einzel- als auch Gruppensetting. Im Leben eines Betroffenen kann das alles irgendwann eine Rolle spielen.

Ich möchte hier meine Erfahrungen und Herausforderungen als Psychotherapeutin in der Behandlung von Substanzabhängigen im Einzelsetting in der Privatpraxis ohne institutionellen Hintergrund thematisieren.

Der Artikel richtet sich sowohl an Psychotherapeutinnen, die bereits Erfahrungen in der Arbeit mit an einer Suchterkrankung leidenden Menschen haben, als auch an diejenigen, die sich für den Bereich interessieren.

1. Einführung

1.1. Arten des Konsums

Einleitend werden Begriffe definiert, um der Leserin Grundbegriffe von Arten des Substanzgebrauchs zu erläutern. Die Wirkungen der diversen Substanzen sind unterschiedlich. Sie reichen von aufputschend bis beruhigend, von angstlösend bis enthemmend, von berauschend bis zu konzentrationsfördernd. Welche Substanz eingesetzt wird, um in eine angenehme Stimmung zu gelangen, entscheidet der innerpsychische Zustand einer Person. Es gibt weder den „typisch“ Süchtigen, noch existiert eine Altersgrenze für eine mögliche Abhängigkeitsentwicklung. Es gibt Süchtige in jeder sozialen Schicht und in jeder Bildungsschicht.

Folgende Kategorien sind für die psychotherapeutische Arbeit wesentlich, da sie eine Orientierung über die Erkrankung ermöglichen.

Der „Genuss“ ist ein unbefangenes Bedürfnis. Achtsamkeit ist Teil des Genusses. Ein Mensch mit einer Abhängigkeitserkrankung muss Achtsamkeit und Genussfähigkeit wieder erlernen, um gesund zu werden.

Der „schädliche Gebrauch“ zielt auf die Veränderung der Stimmung der Klienten ab. Die Substanz wird „bewusst“ zur Änderung der momentanen Befindlichkeit eingesetzt. Der Zweck des Konsums

kann eine Verbesserung oder eine Verstärkung der Grundstimmung sein. Der Betreffende fällt, nach dem die Wirkung der Substanz nachgelassen hat, wieder in die ursprüngliche Stimmungslage zurück. Laut Weltgesundheitsorganisation führt der schädliche Gebrauch auf Dauer zu gesundheitlichen Problemen.

„Abhängigkeit“

Aus biologischer Sicht werden Substanzen dadurch zu Drogen, dass sie in einem umschriebenen Bereich des Gehirns in die natürliche Signalübertragung eingreifen, indem sie eine Verstärkung oder Abschwächung der Signale bewirken und auf diesem Weg die psychische Befindlichkeit verändern (Schneider 2013, 8).

Auch wenn eine abhängige Person aufgehört hat, Suchtmittel zu konsumieren, ist sie ihr Leben lang gefährdet, wieder in einen dauerhaften Substanzkonsum zu schlittern. Das Belohnungssystem gerät schneller aus dem Gleichgewicht, wie bei Menschen, deren Belohnungssystem noch nie dermaßen ins Ungleichgewicht gebracht wurde.

Der Übergang von „Genuss“ zum „schädlichen Gebrauch“ und weiter zur „Abhängigkeit“ ist fließend. Der Verlauf ist so gut wie nie linear, er hängt von der Substanz sowie von der körperlichen Verfassung ab. Nikotin gehört beispielsweise zu den schnell abhängig machenden Substanzen. Eine Raucherin, die bereits seit längerem aufgehört hatte zu rauchen, wird nach einem Rückfall sehr schnell wieder zu ihrer alten Dosis zurückkehren. Daran kann man erkennen, wie süchtig machend eine Substanz ist.

Der Grad der Schädigung (gesundheitlich, psychisch, sozial) nimmt im Krankheitsverlauf zu.

Der Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung kann sehr unterschiedlich sein. Bis es letzten Endes zu einer schweren Abhängigkeit kommt, gibt es Abstufungen. Bei einer Alkoholabhängigkeit bleiben statistisch gesehen 57% ohne therapeutische Unterstützung ihrem Trinkstil bis zu ihrem Tod treu, die Spontanremissionsrate als Jahresprävalenz beträgt 19-20% (Soyka, Küfner, 2008, 265).

1.2. Psychotherapeutische Privatpraxis und stationärer Therapieaufenthalt

Zu Beginn möchte ich die Unterschiede beider Therapieangebote, von psychotherapeutischer Privatpraxis und stationärer Einrichtung überblicksartig erläutern. Einerseits um zu beschreiben welche Voraussetzungen es für die Therapie von Abhängigen in einer Privatpraxis braucht und andererseits, um auf die Bedeutung über die stationären Einrichtungen Bescheid zu wissen, wenn ein stationärer Aufenthalt notwendig werden sollte, hinzuweisen.

Beide Angebote sind Teil eines Spektrums von Behandlungsmöglichkeiten, die es bei Substanzkonsum gibt. Sie unterscheiden sich vor allem bezüglich der unmittelbaren Eingriffsmöglichkeiten im Sinne der Dauer, Kontrollmöglichkeiten und unterschiedlichen Methoden (Beratung, Gruppen-, Einzel-, Ergo-, Physio-, Musik-, Kunsttherapie).

In der Wahl der Behandlungsformen und Methoden sind sowohl gesundheitliche Kriterien als auch die individuellen Ansprüche und die Lebensumstände der Klienten mit entscheidend. Hierbei muss

die realistische Umsetzbarkeit von Zielen (z.B. Abstinenz) bedacht werden. Zur Orientierung dient das, was individuell maximal erreichbar ist, sprich für die Klienten selbst im Moment vorstellbar ist. (Vgl. Meili, Dober, Eyal, 2008)

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Psychotherapie im Einzelsetting bei Substanzkonsum und stationärer Behandlung ist, dass sich das Angebot im stationären Setting an Menschen richtet, die an einer manifesten Abhängigkeit erkrankt sind. Sie brauchen in der Regel einen geschützten stationären Rahmen um durch einen klinisch begleiteten körperlichen Entzug und anschließende Therapien unmittelbar aus ihrer Suchtspirale aussteigen zu können. Im Gegensatz dazu kann die niedergelassene Psychotherapie für Menschen relevant sein, die ein missbräuchliches Konsumverhalten „noch bzw. wieder“ zeigen. Sie stellt auch ein gutes Angebot nach einem stationären Aufenthalt zur Weiterbearbeitung der persönlichen Themen dar. Außerdem kann sie vor einem notwendigen stationären Aufenthalt wertvolle Motivationsarbeit leisten.

Die Behandlung in einer psychotherapeutischen Privatpraxis stellt ein hochschwelliges Angebot dar, für deren Inanspruchnahme ein hohes Maß an Disziplin, Motivation und Leidensdruck erforderlich sind.

Stationäre Einrichtungen können gerade im Suchtbereich sehr unterschiedlich geführt werden. Es gibt abstinente bis hin zu mit Substitution unterstützende Behandlungskonzepte. Zudem gibt es Spezialisierungen, die sich über die Suchtmittelabstinenz, das Wahrnehmen und Durchsetzen eigener Bedürfnisse, sowie Konfliktmanagement und Beziehungsgestaltung hinaus auch mit der durch die ständige Intoxikation verhinderte Verarbeitung einer posttraumatischen Belastungsstörung auseinandersetzen. Beim Absetzen des Suchtmittels werden häufig Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen demaskiert. Hier ist in der Behandlung eine Integrative Behandlung von Trauma- und Sucht-Störung angezeigt. (Faure, Lüdecke, Sachsse, 2010, 175)

Eine manifeste Abhängigkeit macht Menschen unfrei. Übermäßiger Konsum und die Vorstellung, den Entzug alleine nicht zu schaffen, sind Faktoren, die eine stationäre Aufnahme unumgänglich machen. Ein Entzug muss psychiatrisch begleitet werden, da gesundheitliche Probleme auftreten können. Er kann stationär und in leichteren Fällen auch ambulant erfolgen.

Ein zusätzlicher Vorteil der stationären Behandlung ist, dass die Auseinandersetzung mit inneren Spannungszuständen eher stattfinden kann, als es im Rahmen der Einzeltherapie in einer Privatpraxis möglich ist, weil der stationäre Aufenthalt die Möglichkeit bietet, für eine längere Zeit „raus aus dem Alltag“ zu kommen, sich in einem völlig neuen Umfeld neu kennenzulernen und neue Verhaltensweisen auszuprobieren.

In der therapeutischen Arbeit in freier Praxis können in der Regel keine Drogen- oder Alkoholtests durchgeführt werden. Die Einhaltung aufgestellter Regeln kann nicht kontrolliert werden. Daraus ergibt sich der positive Effekt, dass die Selbstverantwortung der Klienten zum Tragen kommt. Die Erfahrung der Selbstbestimmtheit ist ein wesentlicher Bestandteil der Genesung und auch der langfristigen Prävention. Aus den Forschungen wissen wir, dass das Gefühl „sein Leben selbst bestimmen zu können“, ein wesentlicher protektiver Faktor ist, ganz egal aus welchem Milieu man stammt (Soyka, Küfner, 2008). Manche Klientinnen sind allerdings zu solcher Selbstverantwortung erst nach längerer Abstinenz fähig.

Die Erfahrung eines so massiv destruktiven Sogs, den eine Abhängigkeit darstellt, kann Betroffene sehr verzweifelt und hoffnungslos machen. Vor allem auf bereits therapieerfahrene Klientinnen, die schon mehrere Therapieanläufe hinter sich haben, trifft das zu.

Die Erkenntnis, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung sehr schnell wieder in ihren Suchtalltag zurückfallen können, kann sehr belastend sein und der hohe Leidensdruck kann Suizidalität zur Folge haben. In diesem Fall sind wir in der Privatpraxis dazu verpflichtet, nach dem Unterbringungsgesetz zu handeln. Dieses tritt in Kraft, wenn die Betroffene im Zusammenhang mit der Erkrankung, ihr Leben oder ihre Gesundheit bzw. das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet (BGBI. Nr. 155/1990-UbG).

Die Psychotherapie arbeitet am Aufbau innerer Strukturen und braucht Zeit. Die stationäre Einrichtung stellt Strukturen zur Stabilisierung zur Verfügung und greift unmittelbar in das Leben ein. Abzuschätzen, was es wann braucht, ist Teil der Arbeit in einer psychotherapeutischen Privatpraxis.

Die Vernetzung mit einem niedergelassenen Psychiater sowie Kenntnis über das umliegende stationäre Angebot sind wichtige Voraussetzungen, wenn man mit Menschen mit einem missbräuchlichen bis abhängigen Konsumverhalten, arbeitet.

Sowohl stationäre Einrichtungen, als auch öffentliche ambulante, sowie private therapeutische Angebote haben ihre Grenzen. Wie gut sich Menschen in diesen Einrichtungen öffnen und Hilfe annehmen können, hängt von ihren Beziehungsmöglichkeiten und ihrem Leidensdruck ab.

2. Konstruktive Phasen und Herausforderungen

Nachdem ich mehrere Jahre in einer Einrichtung für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung gearbeitet habe, wenden sich einerseits Menschen an mich, ~~die sich davon angesprochen fühlen und~~ sich mit ihrem Konsumverhalten auseinandersetzen möchten. Andererseits gibt es Klienten, die ihren Konsum für sich „noch“ nicht thematisieren können. Allerdings hat sich bei ihnen ein Leidensdruck aufgebaut, da die Wirkung der Substanz im Umgang mit ihren Problemen nicht mehr funktioniert und möglicherweise selbst zum Problem geworden ist. So gibt es Fälle, in denen der Klient das im Hintergrund befindende Symptom (z. B. Schlafstörung) noch nicht mit dem Substanzkonsum in Zusammenhang bringen kann. Es kommen auch Klienten, die von ihren Angehörigen oder von ihrem Arbeitgeber aufgefordert werden, etwas zu unternehmen aber auch Menschen mit einer richterlichen Weisung.

Die Vergleiche der Therapieprozesse von Klienten mit dem Thema Substanzkonsum zeigten Wiederholungen mit wiederkehrenden Herausforderungen. Prozesse konnten positiv verlaufen und sich sichtbare Verbesserungen einstellen. Im Folgenden möchte ich diese beschreiben.

Ob es besser wird, wenn es anders wird, weiß ich nicht.

Dass es aber anders werden muss, wenn es besser werden soll. Weiß ich.

Georg Christoph Lichtenberg (1742-1799) nach Schneider 2013, 288

2.1. Neugierde und Interesse wecken

Das eigene Interesse, über die Hintergründe des Konsums Bescheid wissen zu wollen, ist für den Therapieerfolg wichtig.

Im Sinne des Kontaktzyklus stellt sich die Frage: „Was ist das hinter dem Konsum liegende Bedürfnis, das in mir gestillt werden möchte?“ Die Betroffenen brauchen dafür ebenso die Neugierde und das Interesse der Therapeutin, sowie ein wertschätzendes Klima, in dem sie sich erforschen können.

Eine junge Frau kam in meine Praxis zu einem Zeitpunkt, wo sie bereits lange Zeit hindurch jeden Abend eine Flasche Rotwein, trank. Sie war durch den Alkoholismus der Mutter familiär vorbelastet. Besonders während ihrer Pubertät ist der Alkoholkonsum der Mutter alarmierend gestiegen und daher konnte sie sich auch nicht mehr um den Haushalt kümmern. Die Familie sprach nicht über die Erkrankung der Mutter, sie wurde tabuisiert.

Die Klientin trank seit einigen Jahren vor allem dann, wenn ihr Freund bereits schlief. Dann erst betrank sie sich. In der Öffentlichkeit verlor sie nie das Maß. Zunehmend erfüllte sie die Angst, selbst wie ihre Mutter zu werden.

Darüber zu sprechen und mit mir in den Therapiestunden ihr Erleben zu teilen, erfüllte sie mit Scham. Im Laufe der Therapie war es für sie eine große Herausforderung, sich dem eigenen Abhängigkeitspotential und den damit verbundenen Belastungen zu stellen.

Zudem war die Klientin eine ehrgeizige Frau. Sie besaß einen akademischen Abschluss, bekleidete eine Führungsposition und stellte hohe Ansprüche an sich selbst. In ihrem Krankheitsverlauf schwankte sie zwischen Essstörung und missbräuchlichem Alkoholkonsum. Mitunter verzichtete sie auf Essen, um die Kalorien für den Wein zur Verfügung zu haben. Am Morgen fühlte sie sich elend, da sie nichts abgenommen hatte.

Der Alkohol verhalf ihr zu einer „Auszeit“ von ihren Ansprüchen, denen sie nie gerecht werden konnte. Ihr innerpsychischer Spannungszustand sowie ihr Konsumverhalten waren mit viel Scham belegt. Diese Scham und ihre Verachtung sich selbst und ihrer Mutter gegenüber waren Thema in den Therapiestunden. Ihre eigene Neugier, hinter die Kulissen des Konsums zu schauen half ihr, das selbstzerstörerische Verhalten zu ändern. Der Glaubenssatz „Es ist eh wurscht, ich hab nichts anderes verdient“ hat sich in Selbstfürsorge umwandeln können.

Meine Aufgabe als Therapeutin war einerseits für sie ein fürsorgliches Modell anzubieten, andererseits mittels wertfreiem Offenbleiben sowie prozessorientierter und phänomenologischer therapeutischer Begleitung ihre Selbstwahrnehmung zu schulen. Das machte ihr möglich, sich ihren eigenen Umgang mit sich selbst bewusst und dadurch veränderbar zu machen.

Ein Mann mittleren Alters kommt in meine Praxis. Er hat seit seiner frühen Jugend Heroin und Kokain konsumiert. Vor ca. 10 Jahren hatte er einen längeren stationären Aufenthalt, der es ihm ermöglichte für ca. 5 Jahre drogenfrei zu leben. Nachdem er mehrmals rückfällig war, ließ er sich substituieren. Er hat ein Studium begonnen und nebenbei gearbeitet. In den letzten Monaten gab es in seiner Familie einige Belastungen, die bei ihm vereinzelten Beikonsum ausgelöst haben. Er begann sich Sorgen um sich zu machen und sein Psychiater hat ihm eine Psychotherapie nahegelegt. Als er sich bei mir meldet, hat er den Beikonsum wieder „eingestellt“.

Aufgrund seiner Sorgen entwickelte er einen hohen Grad an Neugierde und Motivation, seine Probleme genau anzusehen. In der Therapie stellte er sich seiner Versagensangst gepaart mit hohen Leistungsanspruch. Diese Dualität war mitverantwortlich für seine Prüfungsangst. Ein weiterer Faktor für seinen Rückfall war seine Schwierigkeit sich anzupassen, bzw. klare Vorgaben zu erfüllen. Allerdings war er sehr ehrgeizig und er wollte in seinem Leben etwas erreichen. Diese Spannungsfelder machten sein Verhalten unbeweglich und lähmten seinen Handlungsspielraum. Daraus resultierte seine Gier nach Konsum, denn dann musste/konnte er nicht mehr nachdenken, nichts mehr spüren. Sein Ehrgeiz und seine Sorge, in seinem Leben schlussendlich niemals seine gesteckten Ziele zu erreichen, motivierten ihn und ermöglichten ihm, sich seinen inneren Konflikten zu stellen.

Es kann für Klienten sehr befreiend sein, den Auslöser ihres Konsums zu erkennen und ihr eigenes Verhalten zu verstehen. Sie erleben es als Craving, Suchtdruck. Es ist ein intensives Verlangen, das unangenehme psychische und körperliche Symptome hervorruft, wenn es unbefriedigt bleibt. (Vgl. Manejwala, 2014, 25) Dieser Suchtdruck entsteht dadurch, dass das innere Belohnungssystem auf den Substanzkonsum eingestellt ist. Er lässt in der Regel nach längerer Abstinenz nach. Schlussendlich ist das Gefühl, selbst wieder das Ruder in der Hand zu haben und dem Konsum und seinen inneren Spannungen nicht mehr ausgeliefert zu sein, ein wichtiger Baustein im Genesungsprozess.

Es gibt verschiedene Ansätze und Konzepte, mit denen die inneren Zustände, die zu Abhängigkeit führen können, beschrieben werden. Jede dieser Sichtweisen ist wichtig und wertvoll, ich erhebe betreffend der angeführten theoretischen Ansätze keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

In der Gestalttherapie gibt es von Röser und Votsmeier (1999) den Ansatz, dass sich aus der nicht ausreichend integrierten Beziehungs- und Bindungserfahrung des Angenommenseins und Akzeptiertwerdens sowie aufgrund des geringen Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten und Potentiale Abhängigkeit entwickelt.

In der Fachliteratur der Traumaforschung wird hervorgehoben, dass einer Abhängigkeit in 70-90% der Fälle schwere Traumatisierungen zugrunde liegen (Faure, Lüdecke, Sachsse, 2010, 12). Bei Frauen handelt es sich häufiger um sexuellen und damit zusammenhängender gewalttätiger Missbrauch als Traumatisierungserfahrung, bei Männern ist es häufiger Gewalterfahrungen in der Kindheit. Der Konsum von abhängig machenden Substanzen wird an dieser Stelle als Überlebensstrategie eingesetzt (Soyka, Küfner, 2008, 120), um den innerpsychischen Schmerz nicht spüren zu müssen.

Im lerntheoretischen Ansatz betrachtet man den Effekt des Erlernens bzw. die Konditionierung als Ursachen für den Konsum. Im Fall eines Süchtigen kann die Leuchtreklame einer Bar, ein ursprünglich neutraler Reiz, einen Rückfall auslösen.

In den biologischen Studien konnte z. Bsp. belegt werden, dass Söhne von Alkoholikern 4-mal häufiger selbst Alkoholiker werden, als Söhne nicht alkoholkranker Eltern. Dieses Ergebnis wurde bei Adoptionsstudien festgestellt (Vgl. Soyka, Küfner, 2008, 69 ff).

Vier psychoanalytische Ansätze möchte ich hier anführen (Vgl. Mentzos 2009, 173ff, zit. nach Grechenig 2012).

Das triebtheoretische Konzept betrachtet den Konsum als Ersatzbefriedung, die aus einer Blockierung, Verdrängung und/oder Verunmöglichung der normalen Triebbefriedigung aus inneren

oder äußeren Gründen resultiert. Dazu gibt es eine Parallele aus dem Tierreich: In der Forschung wird mittels Tierversuchen mit Fruchtfliegen versucht, die suchtdynamischen Prozesse besser verstehen zu können. Man hat festgestellt, dass auch Fruchtfliegen zur Ersatzbefriedigung neigen. Fliegen, die sexuell abgewiesen werden, trinken häufiger Alkohol als andere (Vgl. Suchttherapie 2012,13, 103). Tierexperimentelle Beobachtungen spielen also eine große Rolle für das Verständnis des Abhängigkeitssyndroms.

Der spannungslösende Effekt wird im Ich-psychologischen Aspekt (Vgl. Mentzos, 2009, zit. nach Grechenig 2012) hervorgehoben. Der Konsum hilft Kummer, Angst, Schuld- oder Schamgefühl zu „vergessen". Als Beispiel dient hier die Angewohnheit, sich nach der Arbeit ein Bier zu genehmigen. Die Anspannung, die sich über den Tag im Berufsalltag aufgestaut hat, wird mittels Bier reduziert.

Das selbstpsychologische Konzept sieht den Konsum als Ersatzerfüllung von narzisstischen Bedürfnissen, die sich aus einer pathologischen Regulierung narzisstischer Defizite ergeben. Diese kann sich in Form einer regressiven (wunschlose, diffuse Zurückgezogenheit, die von einer Auflösung der Ich-Grenzen charakterisiert ist) oder pseudoprogressiven (berauschende Selbstüberhöhung bei gleichzeitiger Mobilisierung des Größenselbst, Arbeitssucht, Glückspielsucht) Weise äußern. (Vgl. Mentzos, 2009, zit. nach Grechenig 2012)

Im objektbeziehungstheoretischen Konzept wird die Beziehung der Süchtigen zum Suchtmittel als Beziehungsobjekt betrachtet, wobei sich diese Beziehung als stark ambivalent erweist. Einerseits wirkt das Mittel im positiven Sinne tröstend, beruhigend, angstlösend, berauschend oder anregend. Andererseits bringt es der Abhängigen viele negative Folgen wie Schuldgefühle, seelische und körperliche Zerstörung bis hin zum Tod. Der Umgang weist auf einen sadomasochistischen Modus der Konflikt- und Traumaverarbeitung hin. (Vgl. Mentzos, 2009, zit. nach Grechenig 2012)

Das Dreiecksschema für Bedingungsfaktoren ist ein sozialpsychologischer Ansatz, der die Droge/das Suchtmittel (Wirkungsweise und Suchtpotential, Verfügbarkeit und Verbreitung, Art der Konsumation, gesellschaftliche Akzeptanz, Preis und Qualitätskontrolle versus Schwarzlabor) mit dem Individuum (Selbstwert, Problemlösungskompetenz, Frustrationstoleranz, Umgang mit Konflikten, Beziehungsfähigkeit, Selbstreflexion, Zugang zu den eigenen Gefühlen, Genussfähigkeit) und der Umwelt, dem sozialen Umfeld (Familie, Ursprungsmilieu, Wohnatmosphäre, Bildungssystem: Kindergarten, Schule, Arbeit, Freundeskreis) in Beziehung bringt. Die sich daraus ergebenden Wechselwirkungen bedingen die Entwicklung einer Sucht.

(Vlg. Soyka, Küfner, 2008)

2.2 Auswirkungen eines abhängigen Beziehungsmusters (Co-Abhängigkeit)

Ein weiterer Eckpfeiler im Therapieverlauf ist das Beachten der Bedeutung der Angehörigen im sozialen System der konsumierenden Klienten. Das therapeutische Wissen über die Auswirkung von abhängigen Strukturen innerhalb einer Beziehung ist hilfreich, um diesen Faktor bewusst machen zu können.

Abhängigkeit ist einerseits eine Erkrankung einer Person, andererseits kann auch das abhängige Verhalten einer Angehörigen oder nahestehende Person ein Teilaspekt davon sein. Wenn das der Fall ist, spricht man von Co-Abhängigkeit der Angehörigen. Alkoholabhängige haben den Begriff

entwickelt, als sie den Zusammenhang zwischen sich und ihren Angehörigen erkannten. Dieser Ausdruck wird allerdings in der heutigen Suchttherapie nicht mehr verwendet, man spricht nun von einer abhängigen Persönlichkeitsstruktur bis hin zu einer abhängigen Persönlichkeitsstörung einer Angehörigen bzw. nahestehenden Person. Co-Abhängige leiden an überstarken Trennungsängsten, geringem Selbstbewusstsein und depressiver Grundstimmung.

Der Substanzabhängige sowie die Person mit der abhängigen Persönlichkeit befinden sich in einer Negativspirale, wobei der nichtkonsumierende Part ständig den abhängigen Angehörigen beobachtet. Er konzentriert sich auf die Beeinflussung seiner Gefühle und Verhaltensweisen und auf Personen, die den Abhängigen beeinflussen könnten.

Co-Abhängige haben Versagensängste und Schuldgefühle, da ihre Einwirkungsmöglichkeiten begrenzt sind und sie das Konsumieren der Partner nicht beeinflussen können. Sie sind es gewohnt, eigene Bedürfnisse für die Anderer zurückzustellen. Bei Wünschen nach Distanz reagieren sie mit Ängsten bzw. mit Abgrenzungsschwierigkeiten.

Der Substanzabhängige wiederum ist gefangen in seinen Schuldgefühlen, die Erwartungen nicht zu erfüllen, mit der Gier nicht umgehen können, die vermeintliche Hilfe nicht annehmen zu wollen/können und dem Ärger auf die Partnerin, dass ihr ohnehin nichts zugetraut wird.

Um aussteigen zu können ist es wichtig, dass die Klientin sich dieser Beziehungsdynamik bewusst wird und erkennt, was sie dazu beiträgt. Je destruktiver die Dynamik, desto eher verläuft sie nach folgendem Muster: Umso mehr sie den Partner abwertet, Vorwürfe macht und emotional in die Suchtdynamik involviert ist, desto mehr geht der Abhängigkeitserkrankte in die Abwehr und verleugnet die Erkrankung. Im Verlauf einer gelingenden Therapie entflechtet sich diese Dynamik und die Verantwortlichkeiten werden für die Beteiligten sichtbar.

Ein Mann, 35 Jahre, aus meiner Praxis ist ein Beispiel für die Auswirkungen einer solchen Co-Abhängigkeit. Er hatte als Zwanzigjähriger eine politoxikomane Abhängigkeit mit Unterstützung seines Vaters und mittels Substitution und ärztlicher Unterstützung bewältigt. Vor dem Therapiebeginn wurde er regelmäßig mit Kokain rückfällig, stets mit fatalen Folgen. In seinem Fall zeigte die Schwiegermutter das dependente Muster. Sie brachte sich massiv in die junge Familie ein und begründete dies damit, dass sie nicht zusehen möchte, wie ihre Tochter leidet.

In den ersten Therapiestunden sagte der Klient Sätze wie: „Hauptsache, denen geht es wieder gut. Es tut mir so leid, was ich ihnen angetan habe.“ Er fand wenig Zugang zu seinen eigenen Schwierigkeiten. Im Laufe der Therapie war der Zusammenhang zwischen seinem angepassten Verhalten und seinen Drogenausbrüchen, die ihm einen Ausstieg aus seiner Angepasstheit boten, Thema. Auch sein Umgang mit Verantwortung sich selbst gegenüber wurde vermehrt besprochen. Sein „braves“ Verhalten wurde auch in den Therapiestunden sichtbar.

Als Hintergrund seines Angepasstseins erkannten wir die Beziehungsdynamik zu den Eltern. Sein Vater war „hoch“-cholerisch und seine Mutter „über“-besorgt. Angepasstheit war als Überlebensmuster in seiner frühen Kindheit notwendig, allerdings konnte er diese Angepasstheit nur mittels Drogenkonsum aufrechterhalten. Leider wurden seine Schuldgefühle wegen dem Wunsch nach „Nichtentsprechen“ jeweils größer und so der Weg für den nächsten Rückfall bereitet.

Das Herausarbeiten seiner eigenen Bedürfnisse, gepaart mit seinem wachsenden „Zusichstehen“ ließen die Gier nach Konsum allmählich verschwinden.

2.3 Einfluss der Gegenübertragung – erlebt als Vorurteil

Vorurteile verstellen den Blick. Sie funktionieren wie Dias, die sich in den Beziehungsraum schieben. Vorurteile erschweren es uns, den Menschen dahinter zu sehen.

Um mit abhängigen Menschen psychotherapeutisch arbeiten zu können, ist es elementar, sich der eigenen Werte, Ängste, Aggressionen und auch Vorurteile zum Thema Abhängigkeit bewusst zu werden, denn in der Arbeit mit dieser Klientel werden sie aktiviert.

Vorurteile sind etwas Menschliches. Sie helfen uns, unsere Umgebung zu ordnen, um uns sicher zu fühlen. Meine Aufgabe als Therapeutin ist, sie zu erkennen, sie anzunehmen und sie gegebenenfalls anzusprechen. Zu erleben, dass jemand derartige Gefühle anspricht, dazu steht, und dann doch mit ihnen in Kontakt bleibt, ist für Klientinnen eine neue heilsame Erfahrung (Bettighofer, 2010, 147).

Ein Klient, 40 Jahre, polytoxikoman mit der Leitdroge Alkohol zwischen 18-35 Jahren, kommt in meine Praxis. Er hat bereits mehrere stationäre Therapieaufenthalte hinter sich. Zu diesem Zeitpunkt ist er seit längerem stabil und nüchtern.

In einer der Therapiestunden erzählte er mir, dass er von einer wohlhabenden Frau, mit der er regelmäßig Sex hatte, das Angebot erhielt, eine Hotelbar zu führen. Diese Tatsache schilderte er mir in allen Farben und er freute sich sehr über das Angebot. In mir tauchte sofort mein Ärger als Vorurteil „wie kann er nur von sich annehmen, mit dem Alkohol an der Bar umgehen zu können?“ auf.

Trotz seiner großen Euphorie stellte ich ihm mein Vorurteil als einen wertfreien Aspekt zur Verfügung. Daraus ergab sich eine vertrauensvolle Gesprächsbasis, in der er darüber sprechen konnte, dass er sich selbst nicht sicher war, ob er es schaffen könnte, eine Bar zu führen, ohne massive Probleme mit dem dort verfügbaren Alkohol zu bekommen. Schlussendlich zog er seine Zusage zurück und war froh, sich nicht in eine für ihn schwierige Lage gebracht zu haben.

Andererseits gibt es Fälle in denen die Klienten mich in ihr Vertrauen ziehen und mir etwas mitteilen, um einmal „nur“ darüber zu sprechen und sich zu entlasten. Die Herausforderung liegt für mich darin, vom schädigenden Verhalten zu erfahren, ohne einen therapeutischen Handlungsauftrag von meinem Gegenüber zu erhalten.

Eine derartige Erfahrung hatte ich mit einem Klienten, der mir sehr bald nach Beginn der Sitzungen erzählte, dass er regelmäßig Alkohol (1/8 Wein bzw. ein Bier pro Tag) trinkt. Er wohnte zu diesem Zeitpunkt in einer abstinenzorientierten therapeutischen Einrichtung. Durch die Art wie er mir dieses Geständnis unterbreitet, fühlte ich mich provoziert. Es war ihm bewusst, dass ich gegenüber der Einrichtung Schweigepflicht habe und ihm daher auch keine disziplinarischen Konsequenzen drohten. Die Empörung darüber, wie er mich in seinen Konsum einweihte, gepaart mit dem Vorurteil „traue keinem Süchtigen“ tauchten in mir auf. Es gelang mir, meine Gefühle anzusprechen und ihn gleichwohl einzuladen, mit mir darüber im Gespräch zu bleiben.

Es war ein langwieriger Prozess, bis es für ihn möglich war, über die Bedeutung des Alkohols und der intrapsychischen Hintergründe seines Konsums zu sprechen.

Laufend hinterfragte ich die Bedeutung des Alkohols für ihn. Hier stellte ich ihm auch wissenschaftliches Wissen über die Wirkung von Alkohol zur Verfügung. So ließ ich es nicht gelten, dass sein Konsum bedeutungslos wäre. An dieser Stelle brachte ich auch seinen immer wieder beschriebenen inneren Spannungszustand mit der Wirkung des Alkohols in Verbindung und drückte mein Verständnis für seine Situation und sein Bedürfnis nach Alkohol aus und stellte ihm mein therapeutisches Wissen über Alternativen zu Verfügung.

2.4. Rückfall

Die Bearbeitung von Rückfällen ist Teil der Behandlung von Suchtkranken, wobei Rückfall nicht gleich Rückfall ist. Es macht einen Unterschied, ob der Rückfall einige Tage gedauert hat oder einen kurzen Moment.

Den Rückfall als Bestandteil des Genesungsprozesses zu sehen, nimmt sowohl der Therapeutin als auch der Klientin den Druck.

Menschen mit einer Suchterkrankung leiden unter großen Schamgefühlen. Daher wollen sie ihre Situation gerne vor sich und vor anderen beschönigen und so kommt es, dass sie Details darüber – z.B. Rückfälle - verschweigen. Solange dieser innere Prozess noch nicht bewusst ist, wäre es moralisierend, dieses Verhalten alleine als Lügen „abzutun“ und hilft den Betroffenen nicht, da der Selbstschutzfaktor an dieser Stelle wichtiger ist.

„Unsere Scham gegenüber den Nüchternen ist stets auch eine Abwehrreaktion. Eine Abwehrreaktion auf unser Wissen, wie gefährlich Alkohol ist, obwohl er kulturell und historisch so tief in unserer Kultur verankert ist, obwohl anscheinend jeder trinkt…. Zurzeit ist Alkoholismus bei uns immer noch eine der Krankheiten, für die man sich schämen muss. Was tragisch ist. Denn möchte man die Chance haben, diese Krankheit zu überleben, muss man als Erstes aufhören, sich dafür zu schämen, dass man sie hat.“ (Schreiber 2014, 77) Daniel Schreiber greift in seinem autobiografischen Buch über seine Alkoholabhängigkeit „Nüchtern“ neben dem Thema Scham auch andere gesellschaftspolitische Aspekte auf.

Allerdings ist es meine Aufgabe, gemeinsam mit den Klientinnen im Laufe ihrer Psychotherapie einen Raum zu schaffen, in dem sie geschützt sprechen können, auch über ihre „Lügen“ und ihre Scham.

Eine gute Strategie ist es, selbst die Möglichkeit eines Rückfalls anzusprechen. In dem Fall kann es für die Klientin gleich entlastend sein, wie bei Suizidgedanken. Dass ich diese Option als Therapeutin anspreche, nimmt der befürchteten Beschämung ihre Schärfe.

Ein Klient hatte bereits eine lange Suchtkariere mit unterschiedlichen Therapieangeboten hinter sich. Im Laufe seiner Therapie bei mir zeigten sich immer wieder Schwierigkeiten, nüchtern zu bleiben, wobei die Rückfälle alle paar Monate wie in Wellen kamen, dazwischen waren lange „trockene“ Phasen. Schließlich kam er an einen Punkt, an dem er sich eingestehen konnte, wie es zu den Rückfällen kam. Kurz bevor er Alkohol trank, setzte er sein Medikament (Disulfiram) ab. Vordergründig, da er sich stabil genug dafür hielt und meinte das Medikament nicht mehr zu brauchen. Allerdings hatte sein Medikamentenabsetzen immer wieder einen ganz anderen Ausgang.

Das Medikament Disulfiram wurde ihm von seinem behandelnden Psychiater in einer ambulanten Alkoholberatung verschrieben und hat den Effekt, dass es bei der Einnahme gemeinsam mit Alkohol zu lebensbedrohlichen Vergiftungserscheinungen kommt, die zu starken und unangenehmen Unverträglichkeitsreaktionen, die bis zum Herz-Kreislauf-Schock führen können.

Zusätzlich zum Alkohol organisierte er sich Heroin und Kokain. Der Alkohol ließ seine Hemmschwelle sinken und er verließ seinen drogenfreien Weg innerhalb kürzester Zeit. In derartigen Zuständen erlebte er immer wieder ein hemmungsloses Konsumieren, das ihn wiederholt in lebensbedrohliche Situationen brachte. Einmal wachte er in einem Krankenhaus auf, einmal mit Rippenbruch in seiner Wohnung.

Als ich mich im Zuge seiner Therapie genauer für die Abläufe seiner Rückfälle interessierte, war er zu Beginn mit Informationen relativ zurückhaltend, als ob er sich nicht gerne in die Karten sehen lassen wollte. Sobald er allerdings ehrlich darüber sprechen konnte, dass seine Gier ihn dazu brachte, seine Medikamente abzusetzen, um bedenkenlos Alkohol konsumieren zu können, zeigte er sich sehr erleichtert und schockiert, welcher Mechanismus in ihm dazu führte, alles konsumieren zu „müssen“, das er sich sonst verbat.

Für Abhängige ist es elementar, ihr Unterbewusstsein zu kennen und über ihre hintergründigen Motive Bescheid zu wissen. In Afrika gibt es das Wort von den „Ohren des Nilpferdes“. Die Ohren sind das, was uns bewusst und leicht zugänglich ist. Der Rest des Nilpferdköpers liegt mehr oder weniger im Verborgenen. Um selbst Herr/Frau unserer Handlungen zu sein, müssen wir unsere Muster aufdecken. Für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ist es unumgänglich, sich diesen Teil des Bewusstseins zu erschließen, denn nur so lassen sich derartige Rückfälle verhindern (Vgl. Manejwala, 2014).

Meine Offenheit, Achtsamkeit und insbesondere die Bereitschaft, über das Thema zu sprechen, ermöglichten es ihm, sich mit der Realität auseinanderzusetzen.

Bis zum Ende der Therapie wollte er sich nicht auf ein gänzliches Absetzen des Medikamentes einlassen, auch wenn es aus medizinischer Sicht als gesundheitsschädlich gilt. Er hatte immer noch viel Angst vor seiner eigenen destruktiven Kraft und befürchtete, sein mit viel Energie aufgebautes drogenfreies Leben wieder kaputt zu machen.

2.5. Zutrauen

Der Umgang mit den Gegenübertragungsgefühlen bei der Arbeit mit Abhängigen ist immer wieder eine Herausforderung. Die sich ergebenden Themen haben häufig existenzielle familiäre, berufliche und finanzielle Auswirkungen. Mein Anspruch ist, informativ, angstfrei und reflektierend zu begleiten. Wesentlich dabei ist, sich den Zugang zur Patientin zu bewahren, empathisch zu sein ohne sich in ihre Geschichte hineinziehen zu lassen..

Meine Eckpfeiler sind wissenschaftliche Informationen über das Suchtmittel zur Verfügung zu stellen sowie die sich daraus ergebenden, Gefährdungen und Suchtgefahren anzusprechen und zur Diskussion zu stellen. Damit schaffe ich für mich und die Klientin Orientierung und Sicherheit. Das

Vertrauen im Sinne einer humanistischen Sicht, also meinem Gegenüber Wachstum zuzutrauen, ist für mich eine wesentliche innere Haltung. Diese ganzheitliche Sichtweise auf den Menschen mit all seinen Fähigkeiten und nicht nur seiner Gefährdung ermöglicht es mir, schwierige Situationen mit der Klientin zu durchschreiten.

Die Therapeutin muss hier wachsam sein und mit Hilfe ihrer Gegenübertragung und Erfahrung erkennen können, wenn jemand mit seiner Situation fahrlässig umgeht. Das Ziel ist es, diese Wahrnehmung in einem Rahmen von stabiler Beziehung als Information der Klientin anzubieten.

Vor Jahren kam ein Klient in meine Praxis. Er war von seinen Angehörigen angehalten worden, eine Therapie zu machen, da sie sehr in Sorge um ihn waren. Er hatte bereits eine Drogenkarriere hinter sich, die er mit viel Disziplin und mit Unterstützung des Vaters beenden konnte. Diese Phase dauerte drei Jahre und lag schon lange zurück. Zu Therapiebeginn hatte er ca. einmal im Monat einen Kokainrückfall, mit zum Teil immer wieder vorkommenden lebensbedrohlichen Dosen.

Im Gespräch erfuhr ich, dass er im Moment keine Gefährdung sah. Er sagte, er kenne ja das Gefühl von Abhängigkeit und das habe er im Moment nicht. Ich konfrontierte ihn damit, dass ich bei ihm keine Motivation an sich zu arbeiten wahrnehme und mir nicht vorstellen könnte, wie er sich vor dem nächsten Rückfall schützen würde.

Als ehemaliger Substanzabhängiger war er weitaus stärker gefährdet als andere. Diese Tatsache als Information zur Verfügung zu stellen, sehe ich als eine wichtige Aufgabe. Indem ich Offensichtliches anspreche, kann er beginnen, darüber zu reflektieren und seine intrinsische Motivation zum Kokainkonsum betrachten.

Einerseits Gefahren wahrzunehmen, die für die Klientin in diesem Moment nicht wahrzunehmen sind und andererseits im Vertrauen auf ihre Potenziale mit ihr gemeinsam einen reflektierten Weg und einen gesunden Umgang mit sich selbst zu entwickeln, ist ein spannungsreicher Spagat. Die Spannung zu halten, in neutraler empathischer Präsenz, und offen zu bleiben, ermöglicht es den Klientinnen, über ihren Konsum zu sprechen (oftmals beschämt, aber doch) und Anstöße für Veränderungen anzunehmen.

Als ein ca. 40-jähriger Klient bei mir mit der Psychotherapie begann, trank er seit ca. einem halben Jahr täglich. Davor war er einige Jahre abstinent. Zwischen seinem 18. und 35. Lebensjahr hatte er immer wieder mit Unterbrechungen Opiate konsumiert.

Zum Zeitpunkt des Therapiebeginns war es ihm unmöglich, nichts zu trinken und so war es mir wichtig, dass die Termine zu einem seiner „nüchternsten“ Zeitpunkte am Tag stattfanden. In den Stunden habe ich regelmäßig mit ihm seine Situation angesprochen und ihn nach seiner Lebensmotivation befragt.

Eine Sequenz nach einer Therapiesitzung ist mir in Erinnerung. Als wir uns bereits einen weiteren Termin für die nächste Woche ausgemacht hatten und wir uns gerade verabschiedeten, sagte er im Scherz: „Kann ich vielleicht hier bleiben?“. Die Not und das sich-gewahr-werden, wie schwer es ihm fällt, sich um sich selbst zu kümmern, löste in ihm den Wunsch aus, bei mir Unterschlupf zu suchen. Dadurch wurde deutlich, wie stark sein Bedürfnis war, mir die Verantwortung zu übergeben weil er selbst damit haderte. In der darauffolgenden Sitzung haben wir die Situation besprochen und haben uns angesehen, was er bräuchte und wofür es sinnvoll wäre, die Verantwortung selbst zu übernehmen.

Ein weiterer Klient, mit dem ich in den letzten Jahren psychotherapeutisch gearbeitet habe, verlor seinen Job, nachdem er ein Jahr bei mir in Therapie war. Die Kündigung war durch sein Verschulden ausgelöst worden und dadurch sehr beschämend für ihn. Aufgrund der fehlenden Struktur und der Beschämung steigerte er seinen Alkoholkonsum und rief mich stark alkoholisiert an, um eine vereinbarte Therapiestunde abzusagen. Er bejahte die Frage, ob er gerade trinken würde, und „jammerte“ über seine aussichtslose Situation. Ich habe die Gelegenheit sofort genützt und gefragt, ob er denn etwas ändern möchte. Er bejahte. Ich bot ihm meine Hilfe an, um einen Platz auf einer psychiatrischen Abteilung zu bekommen. Er stimmte zu und startete noch am gleichen Tag seinen stationären Entzug.

Das Vertrauen zu mir hat es ihm ermöglicht, diesen Schritt für sich zu wagen.

2.6. Die Abhängigkeit erkennen

Es ist für mich legitim, dass jemand primär aufgrund seines Leidensdrucks zur Psychotherapie kommt und noch nicht uneingeschränkt bereit ist, „die Finger von der Substanz zu lassen“. Ich halte das bedingungslose Eingestehen der Einschränkung durch die, bzw. die Abhängigkeit von der missbrauchten Substanz für einen Prozess, der mit der Genesung einhergeht und sehe den Wunsch zur Veränderung bereits darin, dass die Klientin regelmäßig und pünktlich zu den Sitzungen erscheint. Dazu braucht es von meiner Seite sowohl Zurückhaltung, als auch Beharrlichkeit. Meine therapeutische Haltung verstehe ich immer wieder als eine „unterstellte Motivation, als ein „strategisches“ Vertrauen in die Entwicklungsmöglichkeiten jedes Menschen und die Gewissheit, dass jeder diese entfalten, also sich verändern möchte“ (Warta 2004, 957).

Einer meiner Klienten hat in seiner vierjährigen Einzeltherapie verschiedene Konsummuster und Substanzen ausprobiert, wobei er stets dazu neigte, sein Verhalten zu bagatellisieren. Für mich war es immer wieder eine Herausforderung, ihn offen reflektierend „da zu behalten“. Er hat seine Spannungszustände immer wieder sehr ausführlich beschrieben, worauf ich ihn fragte, ob er von mir die Erlaubnis zu konsumieren haben wollte, da seine Symptome ja so „schrecklich“ wären. Diese Aussage irritierte ihn. Später konnte er erkennen, dass er von der Therapie keine Veränderung erwartete, sondern von mir Verständnis für seine Situation wünschte, um konsumieren zu dürfen.

Er war in den Therapiesitzungen als auch im Alltag in einer Art „Dauerschleife“ gefangen und rang um Anerkennung für seine Lösungsstrategie. Diese Zwickmühle machte es ihm lange Zeit unmöglich, Alternativen zuzulassen. Letztendlich lernte er zu seinen Emotionen zu stehen und es gelang ihm, Verantwortung im Sinne einer selbstfürsorgenden Haltung zu übernehmen.

2.7. Grenzen der Therapeutin

Der Prozess, eine Veränderung einzuleiten und sie dann zielgerichtet in Taten zu übersetzen, verläuft bei vielen Krankheitsbildern gleich.

Konsumierende Personen, insbesondere diejenigen, die co-abhängige Angehörige haben, sind es gewohnt, ihre Eigenverantwortung immer wieder zu delegieren. In der Übertragungssituation mit

diesen Klientinnen ist man als Therapeutin laufend gefordert, seine Motive im Handeln zu hinterfragen und eine „ungesunde“ Übernahme von Verantwortung aufzudecken, um sie aufzulösen.

Die Berichte über ihren Alltag, die Missachtung der eigenen Gefährdung, der Umgang mit den eigenen Kindern, die Ansprüche an ihre Umgebung und das sich daraus ergebende eingeforderte Verständnis ihrer Mitmenschen, etc. lassen mich oft meine Grenzen spüren.

Ich kann diese Grenzen bei mir anhand erhöhter Unruhe, gedanklichem Abschweifen, Widerwillen, etc. festmachen. Um den therapeutischen Prozess mit der Klientin wieder aufzunehmen, ist es wichtig mit ihr darüber ins Gespräch zu kommen. Einem schädlichen Verhalten ohne Handlungsauftrag zuzusehen, geht auch an meine Grenzen. Diese zur gegebenen Zeit anzusprechen und damit zu arbeiten, macht Entscheidungsmöglichkeiten sowohl der Klientin als auch der Therapeutin wieder sichtbar. Das kann meine gefühlte Übernahme von Verantwortung wieder in die „richtige“ Balance bringen.

Eine junge Frau kam vordergründig wegen Beziehungsproblemen zu mir. Sie war in dem Konflikt gefangen, ob sie die Beziehung mit ihrem Lebensgefährten beenden sollte oder nicht. Erst Monate nach dem Therapiebeginn erzählte sie von ihrem schädlichen Alkoholkonsum. Zeitgleich berichtete sie, weshalb sie sich von ihrer vorherigen Therapeutin getrennt hatte. Diese hätte ihr nahegelegt, die Therapie zu beenden, da sie geheilt wäre und daher einfach mit dem Trinken aufhören sollte. Das konnte die Klientin zu diesem Zeitpunkt allerdings nicht und hinterließ sie verstört. Als sich ihr Alkoholkonsum steigerte, machte sie noch einmal einen Anlauf und nahm zu mir Kontakt auf.

Die Kränkung, dass die vorige Therapeutin ihr nicht geholfen hatte und sie vorzeitig weggeschickt hatte, beschäftigte sie lange.

Für den Therapieerfolg ist es entscheidend, dass die Klientin mit ihrer Motivation in Kontakt kommt. Sobald die Therapeutin „mehr“ Motivation übernimmt als ihr Klient, läuft sie Gefahr frustriert zu werden.

Es ergibt sich in jeder Therapie mit Klienten mit einer Abhängigkeitserkrankung die Situation, dass die Therapeutin sich zeitweilig für deren Anliegen zuständig fühlt. Der Klient benützt die Psychotherapeutin als „Hilfs-Ich“.

Dies zeigte sich in folgender Sitzung: Ein Klient war schon länger bei mir in Therapie und es ging ihm zu diesem Zeitpunkt relativ gut. Er litt nicht mehr an Panikattacken, er war selbstbewusster geworden. Dennoch konsumierte er ca. 3-5-mal pro Woche am Abend Cannabis oder eine Flasche Wein bzw. fünf Flaschen Bier und signalisierte mir, dass er an diesem Konsum nichts ändern wollte.

Ich stellte fest, dass es für mich nicht in Frage kam, ihm bei seinem Konsum zuzusehen. Ich bot ihm an, dass er gerne die Therapie zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen könnte, und ich ihm als seine Psychotherapeutin gerne weiterhin zur Verfügung stünde. Diese Feststellung schockierte ihn vorerst und er fühlte sich zurückgewiesen. Ich ermutigte ihn zu ergründen, was meine Feststellung bei ihm ausgelöst hatte. Schlussendlich entschied er sich, die Therapie fortzusetzen und sie für sich zu nützen. Das bedeutete, sich wieder für die Hintergründe zu interessieren und seinen Konsum zu hinterfragen.

Resümee:

Für mich ist die psychotherapeutische Begleitung von Abhängigen eine herausfordernde und spannende Arbeit. Mein unerschütterlicher Glaube an die Veränderung macht mir diese Begleitung leicht. Die Gestalttherapie bietet mir ein solides Fundament, auf das ich immer wieder zurückgreifen kann, falls ich Gefahr laufe, die Orientierung zu verlieren. Das gestalttherapeutische Arbeiteten im Hier und Jetzt mit seinen phänomenologischen Richtlinien und der wertschätzenden humanistischen Grundhaltung macht all das möglich.

Literaturverzeichnis

BATRA, A., BILKE-HENTSCH, O. (2012): Praxisbuch Sucht - Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Thieme-Vlg., Stuttgart

BETTIGHOFER, S. (2010): Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess, Kohlhammer.

GRECHENIG, K. (2012): Aspekte der Scham in der Therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken Menschen, Masterthese, Donau-Uni Krems.

KLEIN, F. (2012): Männliche Fruchtfliegen dient Alkohol als Sexersatz. Suchttherapie 3/2012 (S.103 f.) Thieme-Vlg., Stuttgart

LÜDECKE, C., SACHSSE, U., FAURE, H. (2010): Sucht-Bindung-Trauma. Vlg. Schattauer, Stuttgart

MANEJWALA, O. (2014): Haben wollen! Wie das Gehirn unsere Begierden steuert. Vlg. Huber, Bern

MEILI, D., DOBER, S., EYAL, E. (2004): Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele in der Suchttherapie. Suchttherapie 2004, 5 (S. 2-9), Thieme-Vlg., Stuttgart

MENTZOS, S. (2009): Lehrbuch der Psychodynamik. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

RÖSER, U., VOTSMEIER, A. (1999): Gestalttherapie in der Behandlung von Suchtkranken am Bespiel der Drogenabhängigkeit. Gestalttherapie 1/1999 (S.57-78).

SCHNEIDER, R. (2013): Die Suchtfibel. Verlag Schneider, Hohengehren

SCHREIBER, D. (2014): Nüchtern, Über das Trinken und das Glück. Verlag Hanser, Berlin

SOYKA, M., KÜFNER, W. (2008): Alkoholismus–Missbrauch und Abhängigkeit. Thieme-Vlg, Stuttgart

WARTA, D. (2004): Therapie im Strafvollzug, In: HOCHGERNER, M., HOFFMANN-WIDHALM, H., NAUSNER, L., WILDBERGER, E. (2004): Gestalttherapie, facultas-Verlag, Wien, S. 351-368