

# Besonderheiten der ambulanten tagesklinischen Psychotherapie von Alkoholkranken

In Mann, K./Buchkremer, G. (Hrsg.) Sucht – Grundregeln, Diagnostik, Therapie, G. Fischer 1996

Volker Kielstein

Kommen Alkoholranke unter dem Druck gesundheitlicher, familiärer oder betrieblicher Probleme zur ambulanten Behandlung, sind sie gewöhnlich motiviert, ihr Trinken zu lassen. Psychotherapie im Sinne einer vertieften Auseinandersetzung mit den Folgen und den psychodynamischen Hintergründen der Sucht ist ebensowenig ihr Ziel, wie es das der Durchschnittsbevölkerung wäre. Während die meisten neurotischen Patienten der Psychotherapie ausweichen, werden die Alkoholkranken durch die große existentielle Not doch mehr gezwungen, sich auf etwas einzulassen, was Psychotherapeuten für sie ausgedacht haben. Der Psychotherapeut muss auf etwas verzichten, was sonst Vorbedingung der Psychotherapie ist, nämlich die Anerkennung der Psychogenese des Symptoms. Vor die simple Einsicht, dass der Betroffene nicht mehr kontrolliert mit Alkohol umgehen kann, hat sich oft ein Bollwerk von Angst, Scham, Bagatellisierungen, Schutzbehauptungen und schlimmstenfalls von psychologischen Erklärungen und gekonnter Selbstexploration aufgerichtet.

Diese Abwehr wird durch die reale Ablehnung von Suchtkranken durch die Menschen ihrer Umgebung noch verstärkt. John 1989 in dem selben Sinne: „Je restriktiver die Normen, umso größer die Abwehr“. Erst der Kontakt mit gleichermaßen Betroffenen in der Gruppe, das gegenseitige Verständnis und die erlebte Erleichterung in der Therapie lassen Vertrauen entstehen und die Bereitschaft, sich auf die Psychotherapie einzulassen. Dieser Prozess wird erleichtert, wenn die Inhalte der psychotherapeutischen Kunst- und Klischeesprache in gewöhnliche Umgangssprache übersetzt werden.

Psychotherapie bei Alkoholabhängigen setzt intakte Rahmenbedingungen voraus. Mit Rahmenbedingungen meine ich: Sofortbehandlung, nahtlose Behandlung, komplettes Angebot und leichte Zugänglichkeit von Beratung, ambulanter, teilstationärer und stationärer Therapie. Im ambulanten Bereich ist die Kombination von täglicher intensiver Startbehandlung über mehrere Wochen und langfristiger wöchentlicher Gruppenteilnahme für die Mehrzahl der Abhängigen der notwendige Rahmen. Fehlt die intensive Startbehandlung, werden die Kranken nur ungenügend in einen emotional ergreifenden Prozess der Auseinandersetzung mit sich und anderen einbezogen. Die Folge ist eine Abbruchquote von 50 bis 70 % innerhalb der ersten 3 Therapiemonate. Wird auf die langfristige wöchentliche Gruppenteilnahme verzichtet, wird der Prozentsatz der Einjahresremissionen, der über 60 % liegt, nicht erreicht.

Psychotherapeutische Akrobatentücke bei schweren Defiziten in den Rahmenbedingungen sind, bis auf Einzelfälle versorgungspolitisch sinnlos. Im Gegensatz zu der Bevorzugung wohnortferner Therapieeinrichtungen durch einzelne Rentenversicherungsträger hat die ambulante/teilstationäre Psychotherapie von Alkoholkranken Vorteile:

- sie wird von der Mehrzahl der Alkoholkranken als geeignete und ausreichende Therapie akzeptiert,

- die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und begleitende Therapieangebote für Angehörige sind sehr gut möglich,
- sie kommt Menschen entgegen, die sich aus sozialen Verpflichtungen wie Kinderbetreuung, Versorgung von Angehörigen, familiären und beruflichen Aufgaben nicht zurückziehen wollen,
- sie verschafft vielen Alkoholkranken die narzißtische Gratifikation, dass sie noch zu denen gehören, die ins Krankenhaus müssen.

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang das tagesklinische Setting, das in besonderer Weise geeignet ist, therapeutische Stützung am Tage und Realitätsbewältigung am Abend und an den Wochenenden zu vereinen. Der therapeutische Prozess wirkt direkt in die Alltagssituation hinein, umgekehrt können in der Therapie Probleme des Lebensumfeldes direkt und wirklichkeitsnah bearbeitet werden. Die Tagesklinik für Alkoholranke ist die logische Fortsetzung ausgereifter ambulanter Psychotherapiemodelle. Sie bewirkt im Vergleich zur bloßen ambulanten Therapie mehr Halt, therapeutische Einflussnahme, Verhaltensstabilisierung, Kontrolle und führt dazu, dass Patienten mit stärkerer Unterstützungsbedürftigkeit außerstationär behandelt werden können. Erstaunlich ist, dass unter tagesklinischen Bedingungen innerhalb von 5 – 6 Wochen weniger als 15 % der Patienten die Therapie abbrechen. Zu erklären ist dies nur durch eine rasch einsetzende starke Gruppenkohäsion.

Jeden Montag veranstalte ich eine Großgruppe mit etwa 40 Patienten. Gewöhnlich sind alle bis auf einen alkoholfrei über das Wochenende gekommen. 2 oder 3 Patienten fehlen, davon ist einer entschuldigt, einer ist einfach weggeblieben, einer hat wahrscheinlich einen Rückfall. Wenn die beiden Letzteren am nächsten Tag noch fehlen, wird ein Hausbesuch gemacht. Diese Sicherheit muss den Kranken in der teilstationären Psychotherapie eingeräumt werden. Das Kernstück der ambulanten Psychotherapie ist die therapeutische Gruppe. Nach meiner Auffassung ist das gegenseitige Verständnis, die Ich-stützende Funktion der Gruppe, die Verstärkerwirkung der Gruppe auf die Gefühle und die Funktion der Gruppe zum Austragen intrapsychischer und interpersoneller Konflikte durch nichts zu ersetzen. Einzelgespräche sind am Anfang und bei besonders schambesetzten Problemen erforderlich, haben aber insgesamt untergeordnete Bedeutung. Dennoch gibt es hin und wieder Abhängige, die auf Einzelbehandlung bestehen. Meist steckt dahinter eine überwindbare Scheu vor der Gruppe.

Ein entscheidender Punkt bei der ambulanten Psychotherapie von Alkoholkranken ist die Bearbeitung der Rückfallproblematik. Nach Hore kommen Rückfälle bei 70 bis 90 % der Personen vor, die ernsthaft versuchen, ihre Abhängigkeit zu überwinden. Im Gegensatz dazu darf nach einem weit verbreiteten Vorurteil ein Rückfall nicht auftreten. Er wird als Folge von Willensschwäche und Schuld angesehen, soll bedeuten, dass alles verloren ist und dass der Betroffene wieder von vorn beginnen muss. Marlatt und Knudtson vertreten 1986 die Ansicht, dass der Rückfall bei bemühten Patienten nicht mehr als eine vorübergehende Unterbrechung der Abstinenz mit oder ohne negative Konsequenzen ist (s. Ackermann i. d. Band).

Untersuchungen haben nachgewiesen, dass Schuld, Gefühle des persönlichen Versagens und der Glauben, dass alles verloren ist, also ein starker „Abstinenzverletzungseffekt“, untaugliche Mittel sind, Rückfälle zu vermeiden oder zu überwinden. Nach meiner Erfahrung trägt die Reduzierung des Abstinenzverletzungseffektes wesentlich zur Entkrampfung des Behandlungsklimas, zur Entängstigung des Patienten und zur psycho-therapeutischen Bearbeitung des Rückfalls bei.

Wenn der Traum die via regia zum Unbewussten ist, ist der Rückfall die via regia zur zugrundeliegenden Problematik z. B. . Unfähigkeit einer adäquaten Bedürfnisregulierung, Aggressionsstau, reale Schuld in der Lebensgeschichte, mangelhafte soziale Beeinflussbarkeit usw. Parallel zum Rückfälligen tauchen bei den einzelnen Gruppenmitgliedern ähnliche Konfliktstoffe auf und werden psychodynamische Prozesse angestoßen nach dem Motto : Einer hatte einen Rückfall und alle hatten was davon. Welche Abwehr der Behandler muss vorliegen, wenn die automatische Entlassung bei Rückfall zur herrschenden Behandlungsideologie gehört.

Je mehr ich über Psychotherapie bei Suchtkranken nachdenke, um so deutlicher kommt mir die schwere narzißtische Gestörtheit dieser Menschen ins Bewusstsein. Dabei meine ich die sogenannten frühen Störungen, entstanden in zerbrochenen Familien, bei Alkoholismus der Eltern oder schweren Zuwendungsdefiziten. Ich meine besonders die sekundären narzißtischen Störungen im Gefolge der Sucht

- Jahrelange inferiore Selbsteinschätzung,
- Ertragen von Demütigungen, Herabsetzen des Selbstwertes durch andere,
- Scham und Schuldgefühle.

Wir wissen, wie viel Entgegenkommen, Wohlwollen, Authentizität ein narzißtisch gestörter Mensch braucht, wie lange es dauert, bis sich sein Selbst wieder aufrichtet. Unentbehrlich ist dabei, ich zitiere Battegay, das Vorhandensein eines unzerstörbaren Objektes. Der Therapeut als unzerstörbares Objekt, einer, der sich durch die versteckten Aggressionen, durch Rückfälle, neurotische Mätzchen des Suchtkranken nicht zerstören lässt. Dazu muss er sich nicht manipulieren lassen, kann Grenzen setzen, Gesetze verordnen, sich weigern, Co-Alkoholikerfunktionen zu übernehmen. Er muss aber bereit sein zu helfen, wenn der Kranke weiter kommen will. Er muss in bestimmten Fällen auch in der Lage sein, dem Behandlungswilligen autoritär nachzuhelfen.

Besonders am Anfang der Therapie gibt es Situationen, die solchen Druck erfordern: Hausbesuch bei einer neuen Patientin, hochgradig alkoholabhängig, schlechter Gesundheitszustand, ratloser geplagter Ehemann. Nach längerem Gespräch: „Ich schaffe das allein, ich komme nicht zur Therapie“. Dahinter stecken Schamgefühle, Angst und die Unfähigkeit, für sich die richtige Entscheidung zu treffen. Nach meiner Auffassung ist hier hilfreicher Druck erforderlich: „Sie machen jetzt eine Woche, was ich entscheide, Sie allein sind im Moment unfähig, das Richtige zu tun“ usw. Am nächsten Tag erscheint sie zur Behandlung, fasst Vertrauen, entwickelt in wenigen Tagen eine eigene Motivation und lässt sich auf einen wahrscheinlich erfolgreichen therapeutischen Prozess ein.

### **Exkurs über rauschhaftes Erleben und Lust**

Das Ziel jeglichen Gebrauchs alkoholischer Getränke ist, wenn wir die Ausreden außer acht lassen, Berauschung, ein, wie ich meine, grundlegendes und mitunter tief verdrängtes menschliches Bedürfnis, „Rausch als Gegensatz von Angst“ – entsteht aber nicht nur durch Alkohol oder andere Drogen, sondern ist Begleiterscheinung von Aufbruch, strömenden Aus-sich-Herausgehens, ungehemmter Annäherung, endlich vollzogener Trennung, grenzenloser Aufnahmebereitschaft, von Faszination. Die Berauschung als letztes oder auch vorletztes Ziel unserer Wünsche stört immer die täglichen Abläufe, liegt irgendwie quer und hat noch eine andere Unvollkommenheit, sie lässt sich nicht auf ein Kontinuum bringen. „Alle Lust will Ewigkeit“ sagt Nietzsche, alle Lust wird durch Ewigkeit zerstört. Denn: immerwährender Rausch wird fade, selbst das vollendete Paar in einer idealen Landschaft ödet sich irgendwann an. Unterbrechung kann, muss sein, wenn es genug ist und die Rückkehr ins geordnete Leben

ist notwendig, nicht nur weil die Arbeit getan sein soll, sondern weil das alltägliche Leben wieder den Hintergrund für lustvolle Augenblicke bildet.

Nach meinem Gefühl gibt es bei der Psychotherapie von Suchtkranken, in der der hedonistische Aspekt eine besondere Rolle spielt, unangenehm-säuerliche Therapeutenhaltungen :

Bedürfnisse nach unmittelbarer und harmonischer Lustbefriedigung werden von vornherein als „süchtige Fehlhaltung“ oder „symbiotisch narzißtische Verschmelzungsideen“ angesehen, „verständnisvoll“ aufgenommen und demoliert. Dabei will der arme Kerl nicht mehr als ein bisschen Glück, Zufriedenheit, freundlich-warmen Hautkontakt. Wichtiger als die psychotherapeutisch getarnte Zerstörung von Lustansprüchen ist der Umgang mit ihnen. Zu überlegen ist, unter welchen Bedingungen ich mich tatsächlich wohlfühle und nicht nur wohlzufühlen habe. Was mache ich, wenn ich mit meinen Bedürfnissen nicht zum Zuge komme, muss ich wirklich auf Alkohol ausweichen? Welche Alternativen bieten sich an? Zur Ehrenrettung der sogenannten „narzißtischen Verschmelzungsideen“ möchte ich hinzufügen, dass diese in der deutschen Philosophie schon einmal einen hohen Rang hatten. Ich verweise auf die Beschreibung des „ästhetischen Zustandes“ in der „Metaphysik des Schönen“ von Schopenhauer (1820): „... wie die Grenze zwischen Subjekt und Objekt sich aufhebt, wie das Subjekt sich verliert in einem Zustand reinen Wohlgefallens und ... vollkommener und ruhiger Glückseligkeit teilhaftig wird, frei von einem weiteren Begehren, welches den Mangel zum Grunde und neue Forderungen zur Folge hat ... Es ist der schmerzlose Zustand, den Epikur als das höchste Gut und als den Zustand der Götter pries“.

Im Psychotherapieprozess ist nach Pohlen grundsätzlich zu klären, für wen der Therapeut Partei ergreift. Ergreift er „Partei für die Abwehrseite, für die Seite der Wunschrepression, verschafft er dem Individuum nur eine optimale Machtkontrolle über seine Antriebe und seine individuellen Bedürfnisse, oder stellt er sich auf die Seite der ... Wünsche und zwar nicht mit der unverbindlichen Rede von einem Stückchen, ... sondern ganz und entschieden“. „Das bedeutet Besinnung auf das, was der Einzelne für sich braucht, was er wünscht und für sich einholen kann“. Es geht um die Analyse des Möglichen, statt Belehrung über das, was nicht möglich ist, analog einer verbreiteten Beamtenhaltung „Wie kann ich Ihnen behinderlich sein“. Die Rückführung der Suchtkranken auf seine ureigensten Wünsche und Bedürfnisse ist nur möglich, wenn das „individuell Besondere“, das, was ihm die eigene Färbung gibt, im Gruppenprozess nicht abgeschliffen wird. „Gefahr droht vom Konformitätsdruck in Gruppen“ und von der unreflektierten „konzeptabhängigen Wahrnehmungsweise“ des Therapeuten. Pohlen empfiehlt für die analytisch orientierte Gruppenpsychotherapie eine Interventiostchnik, die die Spanne zwischen dem Einzelnen und der Gruppe offenhält, die die Bedeutung eines Vorganges für den Einzelnen und die Gruppe klärt und eine Synthese des Individuellen und Kollektiven versucht.

### **Therapeutische Haltungen**

Im Hinblick auf die letzten Ausführungen ist zu hoffen, dass der Suchttherapeut ein unverkrampftes Verhältnis zu seinen eigenen Wünschen und Bedürfnissen hat. Er wird dann seinen Patienten gut die Ersatzfunktion des Alkohols klar machen können.

Im folgenden sollen einige wichtige therapeutische Tugenden genannt werden:

- Der Therapeut muss bereit sein, sich langfristig mit den Abhängigen einzulassen.
- „Kein Erfolgszwang! ... Bereits ein schnell offenbar gemachter Rückfall kann ein Therapieerfolg sein. Die sich festigende Beziehung zum Patienten ist bereits Bestätigung für unser Handeln“ (Dudek 1984).

- Er soll mit Prognosen vorsichtig sein. Es gibt bis heute keine wissenschaftliche begründeten Kriterien, die im Einzelfall eine zuverlässige Vorhersage des Behandlungserfolges zulassen. Negative Prognosen beinhalten die Gefahr einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung und sind oft Ausdruck einer negativen Gegenübertragung (Wahlstab 1988).
- Er muss in den Anfangsphasen der Therapie bereit sein, über den bei Neurotikern gewohnten Rahmen hinaus, Verantwortung zu übernehmen, Ratschläge, Unterstützung zu geben, sich auch einmal ausnutzen zu lassen,
- sollte aber auch bald Mitarbeit und Selbsthilfeaktivitäten erwarten.
- Er braucht gute persönliche Kontakte zu Kooperationspartnern in flankierenden medizinischen Einrichtungen und in staatlichen Institutionen.

Die ambulante/tagesklinische Psychotherapie von Suchtkranken setzt von therapeutischer Seite die Bereitschaft voraus, sich ohne den Schutz von Klinikmauern mit den Patienten einzulassen. Gefordert sind Flexibilität, die Fähigkeit, Konflikte bis zum Ende auszutragen, Grenzen zu setzen und die Hilfen an den tatsächlichen Bedürfnissen der Klienten auszurichten. Sie steht im Gegensatz zu einer überfürsorglichen, bevormundenden und unterfordernden therapeutischen Einstellung, ist für etwa 70 % der Alkoholkranken geeignet und vermag es in besonderer Weise Autonomie, Selbstachtung, Stabilität sowie Kontakt- und Bindungsfähigkeit zu fördern. All das wirkt auf den Therapeuten zurück, der in dieser nach außen durchlässigen Therapiesituation eine sehr befriedigende Arbeit finden kann.

#### Literatur

Battegay, R.: Narzißmus und Objektbeziehungen. Über das Selbst zum Objekt. Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1977

Dudek, A.: Das Therapeutenverhalten unter den Bedingungen einer stationären Entwöhnungsbehandlung. In: Dummer, W. Stoiber, I., (Eds.), 5. Arbeitstagung... der Arbeitsgruppe Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Berlin 1984, S. 90 – 96, Manuskriptdruck.

John, U.: Abwehr bei Alkoholikern: Persönlichkeitsmerkmal oder passagere Erscheinung, Vortrag 8. Wiss. Symposium der DHS „Grundstörung der Sucht“, 24 – 27. A. 1989, Tutzing. Keyserlingk, H.v.: Zur Psychodynamik der Sucht. In: Keyserlingk, H.v., Kielstein, V. Rogge, J. (Eds.): Behandlungsstrategien bei Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1989.

Kielstein, V.: Über die Bedeutung der Tagesklinik innerhalb eines ambulanten Therapiekonzeptes für Alkoholiker. In: Kühne, G.-H., Klepel, H., Molcan, J. (Eds.): Neurobiologische Aspekte in der Psychiatrie, 5. 246 – 247, Bratislava 1984.

Kielstein, V.: Psychotherapeutische Behandlung von Alkoholkranken. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 13, 1990 Nr. 2, S.11-18.

Kielstein, V.: Alkoholismus – Folgen, Schäden, Lösungswege. Verlag Tribüne GmbH Berlin 1990.

Kielstein, V.: Tagesklinische Behandlung von Suchtkranken – eine längst überfällige Notwendigkeit. Sucht 39, 45 – 48, 1993.

Knudtson, W.A.: The Stigma of Relapse. Vortrag 32. internat. Seminar über Prävention und Behandlung des Alkoholismus. Budapest 1. – 6. Juni 1986.

Pohlen, M.: Über die Parteinahme in der Psychoanalyse. Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik, 18, S. 28 – 36, 1982.

Pohlen, M.: Gruppenanalyse: Psychoanalytische Behandlungsform in Gruppen.

Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik, 20 S. 1 – 30, 1984.

Rometsch, W.: Therapie sofort. Vortrag GAD-Jahrestagung, Dresden 1992.

Wahlstab, A.: Zur Prognose des individuellen Behandlungserfolges bei Alkoholabhängigen,  
Vortrag Arbeitstagung der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD)

„Biologische Aspekte der Alkoholkrankheit“, Niehagen 1988.