

2. Sind Abhängigkeitskranke denn überhaupt glaubwürdig?

Reto Gantenbein

Der Weg in eine Abhängigkeitserkrankung ist häufig mit Lügen gepflastert: Die Abhängigen verstecken „den Stoff“ vor ihren Angehörigen, gegenüber dem Arbeitgeber wird ein Magen-Darm-Virus zur Erklärung der Fehlzeit vorgeschoben, die Trinkmenge wird mit „einem Bierchen“ verniedlicht, Ausfallerscheinungen und Kontrollverlust werden bagatellisiert und das Versprechen der Besserung gebrochen.

Lügenhaftes Verhalten kommt bei Suchtkranken häufig vor und kann zur Gewohnheit werden. Meist nimmt es im Laufe der Suchtkarriere zu und dehnt sich auf andere Lebensbereiche aus. Es nimmt bisweilen groteske Ausmaße an, Abhängigkeitserkrankte können scheinbar eiskalt und schamlos manipulieren. Lügen wird zu einem Symptom der Krankheit, zu einem Aspekt der suchtbedingten Persönlichkeitsveränderung.

Suchtkranke werden als unzuverlässig, unehrlich und unmoralisch empfunden. Gebrochene Versprechen, Schulden oder aggressives Verhalten belasten Beziehungen. Angehörige und Arbeitgeber wenden sich ab, Freunde ziehen sich zurück und für die Abhängigkeitserkrankten bleibt die soziale Isolation oder das Milieu anderer Abhängiger.

Aber da ist auch eine andere Seite der Medaille ...

Doch auch die Suchtkranken werden belogen, von ihrem Suchtgedächtnis, das ihnen nach einigen trockenen Tagen „den Stoff“ wieder in den schillerndsten Farben schildert. Die Strapazen und Schmerzen der Entgiftung oder des „Katers“ verblassen und die Beteuerung „Ich trinke nie wieder!“ wird in den Hintergrund gedrängt. Das Suchtgedächtnis erinnert sich nur an die schönen Teilaspekte des Konsums, die Entspannung, die Freude, die Belohnung, die Gemeinsamkeit und den Spaß. Das Suchtgedächtnis und Schlüsselreize, wie die Bierwerbung, der

Geruch eines Steaks vom Grill, das Ploppen, wenn die Flasche entkorkt wird oder die Geräusche aus der Eckkneipe lösen beim suchtkranken Menschen dieses starke, fast unwiderstehliche Verlangen aus, weil mit dem Konsum die Erinnerung an die „besseren Tage“ und an Fröhlichkeit verbunden sind.

Zu diesen fast untrennbaren Verbindungen gehören auch der Kaffee und die Zigarette am Morgen, der Feierabend, die Entspannung, die Belohnung und das Bier, der Frust und der Schnaps.

Dies führt zu einer ausgesprochen ungünstigen Behandlungssituation, Suchtkranke fühlen sich unverstanden, alleingelassen, minderwertig und in hohem Maße abhängig von einer Gesellschaft, zu der sie nicht mehr gehören. Sie haben keine Aufgabe mehr und werden nicht gebraucht, fühlen sich den Sanktionen des Jobcenters ausgeliefert. Sie haben den Eindruck, chronisch zu kurz zu kommen, ohne Zugehörigkeit zu einem verlässlichen sozialen Umfeld.

Abhängigkeitserkrankte haben den Glauben und die Hoffnung verloren, selbst ihr Schicksal beeinflussen zu können, wirksam in ihr Leben einzugreifen und selbstbestimmt ihren Weg zu gehen. Suchtkranke Menschen haben das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl verloren, sie sind nicht mehr Stolz auf eine eigene Leistung und glauben auch nicht mehr, dass sie diese selbst reproduzieren können. Versagen empfinden sie als persönliche Schuld, Erfolge hingegen werden dem Zufall zugeschrieben. Suchtkranke entwickeln häufig eine pessimistische, zynisch-sarkastische Haltung zu sich und der Welt.

Mit der Lüge versuchen Abhängige, eine Kontrollillusion aufrechtzuerhalten und der Angst vor Veränderung zu begegnen. Mit der Kraft und der Wahrnehmungsveränderung durch das Suchtmittel verharren Süchtige starr und unflexibel in ihrem Schema, denn Krankheitseinsicht hieße, das eigene Scheitern einzugestehen und – ohne glaubwürdigen Alternativplan – in eine Sinn- und Orientierungskrise zu fallen.

Suchtkranke belügen vor allem sich selbst und damit wird die Glaubwürdigkeit und das lügenhafte Verhalten von suchtkranken Menschen zu einem zentralen Punkt in der Behandlung: Es ist ein Aspekt der Dynamik der Suchterkrankung und symbolisiert oft den (unbewussten) Zweifel am Erfolg.

Um eine Abhängigkeitserkrankung zu bewältigen, wären aber Zuversicht, Glaube an die eigenen Fähigkeiten und vor allem die Kraft, Rückschläge zu überwinden, notwendig.

Wie kann sich der Arzt in diesem Spannungsfeld zurechtfinden?

Auch Sie als Arzt werden mit der Glaubwürdigkeit von Suchtkranken konfrontiert. Das beginnt bereits mit (oft berechtigten) Zweifeln, ob die in der Rettungsstelle beschriebene Suizidalität tatsächlich besteht oder nur vielleicht dazu dient, eine stationäre Aufnahme zu erzwingen.

Vor allem aber Patienten, die mit augenscheinlich wiederkehrenden Mustern rückfällig werden, die bereits vermittelte Bewältigungsstrategien nicht konsequent umsetzen und den Abstinenzanspruch offensichtlich nicht erfüllen, können bei Ihnen zu Ärger, Frust oder gar Resignation führen.

Diese Gefühle sind im Umgang mit Suchtkranken typisch. Gleichzeitig ist es für den Suchtpatienten von ganz besonderer Bedeutung, dass Sie ihm seinen Änderungswunsch dennoch glauben.

Aus diesen Gründen ist es für Sie wichtig, dass Sie sich Ihrer Zweifel bewusst sind und versuchen, die Einzel- und Gruppengespräche motivierend und einladend zu gestalten. Idealerweise schaffen Sie für den Patienten Schlüsselerlebnisse und Erkenntnisse so, dass dieser sie sich selbst erarbeiten muss. Eine Erfahrung aus der langfristigen Behandlung in der ambulanten Eingliederungshilfe ist, dass bei chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen (CMA) vor einer nachhaltigen Abstinenz eine Reihe von stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen stehen. Diese entfalten ihre Wirkung häufig erst, wenn der Patient außerhalb des geschützten Rahmens und mit ambulanter Unterstützung eine für sich lohnende Lebensperspektive erschafft und sich selbstgestellte Ziele setzt sowie über selbstwirksame Bewältigungsstrategien verfügt.

Zielsetzung und Behandlungsstrategie

Ehrlichkeit, offener Umgang mit der Sucht und Krankheitseinsicht sind eine notwendige Basis für eine nachhaltig erfolgreiche Behandlung. Diese lässt sich am besten in einer Atmosphäre erarbeiten, in der sich der Patient verstanden, ernstgenommen und akzeptiert fühlt. In der er gemeinsam mit anderen Betroffenen in Gruppenarbeit versucht, Ursache und Wirkung verstehen, sich Ziele setzt, Pläne schmiedet und selbstwirksam umsetzt und dabei Methoden der Selbstmanagementtherapie und der Selbstkontrolle erlernt.

Ziele muss der Patient selbst erarbeiten, da er nur eigene Ziele umsetzen wird. Bewährt haben sich dabei die Methoden der „Motivierenden Gesprächsführung“.

Was „Patientenzentrierte, zieloffene Suchtarbeit“ bedeutet

- Sprechen Sie ergebnisoffen mit dem Patienten über das Ziel, das ihm vorschwebt.
 - Setzen Sie den Abstinenzanspruch bewusst ein.
 - Gehen Sie geschmeidig vor im Sinne der motivierenden Gesprächsführung, fragen Sie nach Erfolgen, nach funktionierenden Strategien.
 - Akzeptieren Sie das Behandlungsziel, das der Patient – nach Abwägung der Alternativen – für sich wählt.
-

Führen eines zieloffenen Dialogs

- Bringen Sie die Zielfrage einladend ins Gespräch und lassen Sie die Verantwortung beim Patienten: „Was führt Sie hierher?“, „Warum gerade jetzt? Warum gerade hierher?“ „Was glauben Sie, muss ich (momentan) noch wissen, um Ihr Problem gut verstehen zu können?“
- Erkunden Sie die vom Patienten gewünschte Veränderung wertungsfrei und kunstfertig: „Wenn diese Behandlung hilfreich für Sie wäre, was ist ein (erstes kleines) Zeichen dafür in der nächsten Woche? Was ist dann anders? Woran werden Sie das merken?“

- Unterstützen Sie den Patienten bei der Formulierung „wohlgeformter“ Ziele: „Wie sieht Ihr Notfallplan konkret aus?“, „Woran würden Sie merken, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?“, „Woran würde Ihr Partner feststellen, dass ...?“
- Fragen Sie nach Ausnahmen und Erfolgen (solution-talk): „Wann haben Sie es geschafft, dem Suchtdruck zu widerstehen?“ und vertiefen Sie die Ausnahmen: „Wann? Was? Wo? Wer (hat's noch bemerkt)?“
- Fragen Sie nach Ressourcen und machen indirekte Komplimente: „Wie haben Sie das geschafft?“, „Wie haben Sie das entschieden?“
- Unterstellen Sie Kompetenz: „Woher wussten Sie, dass es nicht gut ist, noch ein 8. Bier zu trinken?“
- Lassen Sie den Patienten Interventionen erfinden und komplimentieren diese „wie aus dem Lehrbuch“, stellen Sie Bezüge zu Standardmethoden her.
- Bringen Sie eigene Überlegungen ohne Richtigkeitsanspruch bzw. „Recht-haberreflex“ ein.

Vorteile

- Der Patient wird und fühlt sich ernst genommen.
- Dadurch werden ehrliche Aussagen begünstigt.
- Kraft zehrende Überzeugungsversuche und vermeidbare Enttäuschungen erübrigen sich.
- Die Behandlung kann mit gemeinsam getragenen Zielvereinbarungen beginnen.
- Der Patient kann aus eigener Erfahrung heraus Zielveränderungen vornehmen, wenn sich das gewählte Ziel auf Dauer als unrealistisch oder unerwünscht erweisen sollte.
- Erfolge sind in der Regel in mindestens einer Zielgröße garantiert – und nichts motiviert mehr als der eigene Erfolg (gerade bei chronischem „Versagen“).
- Erfolge entfalten besondere Strahlkraft, wenn sie vom Therapeuten gewürdigt werden.
- Selbstwirksamkeits- und Selbstwerterleben werden gestärkt.

Erscheint Ihnen und Ihrem Patienten die Abstinenz als kurzfristiges Ziel unrealistisch, so lassen sich nach der beschriebenen Methode diverse Meilensteine auf dem Weg zur Abstinenz als Ziele erarbeiten:

- regelmäßige Anbindung an das ambulante Suchthilfesystem
- vermeiden, dass der Patient zum Drehtürpatienten wird
- geplante statt „dramatische“ ungeplante stationäre Aufnahmen
- Selbstkontrolle steigern bzgl. der Abhängigkeit und weiterer Lebensbereiche
- Konsumreduktion, Verlängerung von Abstinenzphasen
- selbständiges Unterbrechen von Rückfällen

Die **therapeutische Haltung** sollte der negativen Selbstwahrnehmung der Patienten entgegenwirken, wertschätzend und motivierend sein, aufrichtig interessiert an

den individuellen Bedeutungskonstruktionen und offen für ungewöhnliche Ideen, Ziele und auf den ersten Blick „dysfunktionale“ Lösungswege.

Der Patient bleibt verantwortlich für den Erfolg der Behandlung ebenso wie für den Konsum, die Begleiterkrankungen, den Rückfall und dessen Bewältigung und für die Folgen des lügenhaften Verhaltens.

Der Respekt vor der gesamten Persönlichkeit des Patienten mit seinen ambivalenten Anteilen, das Vertrauen in die Ressourcen und „Expertise“ des Patienten und der Optimismus des Behandlers bezüglich der prinzipiellen Verbesserbarkeit der Lage bilden die Basis der therapeutischen Beziehung und ermöglichen die Verantwortungsübergabe zurück an den Patienten.

Ambulante Weiterführung der Behandlung

Setzen auch Sie sich als Behandler ein realistisches Ziel, unser Vorschlag ist: „Der Patient soll zum Ende der stationären Behandlung einen persönlichen und glaubwürdigen Plan haben, die Anlaufstellen für die ambulante Weiterbehandlung kennen und motiviert sein, diese auch aufzusuchen.“

Zwei Beispiele der modernen ambulanten Suchttherapie

Die „Gemeindeorientierte Suchttherapie“ (CRA-Community Reinforcement Approach) als umfassendes verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept berücksichtigt im Besonderen die Lebenssituation und Lebensperspektive suchtkranker Menschen und die Wirkung von positiven Verstärkern. Als Verstärker dienen, den subjektiven Wertsetzungen der Patienten folgend, vor allem positive Veränderungen in den Bereichen Partnerschaft und Familie, Arbeit und Freizeit und Wohnraum. Das Ziel der CRA-Behandlung ist es, dem Patienten die überzeugende Erfahrung zu vermitteln, dass ein abstinenter Lebensstil attraktiver ist als der Konsum von Rauschmitteln.

Ambulante Entwöhnungsbehandlung als Alternative zur stationären Langzeittherapie ist eine suchtttherapeutische Rehabilitationsmaßnahme mit dem Ziel der Sicherung und Stabilisierung der Abstinenz sowie dem Erhalt oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Die Behandlung umfasst einen Zeitraum von maximal 18 Monaten und besteht aus wöchentlichen Einzel- und Gruppentherapie-sitzungen. Die ambulante Therapie wird in den Alltag der Patienten integriert, das gewohnte Lebensumfeld bleibt erhalten und der Patient kann während der Therapie weiter arbeiten. In Berlin wird die Ambulante Entwöhnungsbehandlung durch die Stiftung SPI angeboten. Einen Überblick über die Ambulante Entwöhnung und weiteren Behandlungsangeboten der ambulanten Suchthilfe finden Sie auf der Homepage <http://suchthilfe.tips>.

- Lassen Sie den Patienten eigene Ziele für die ambulante Weiterbehandlung erarbeiten und schließen Sie mit ihm auf dieser Basis die Behandlungsvereinbarung.
- Erarbeiten Sie mit dem Patienten realistische und kleinschrittige Zwischenziele.

- Unterstützen Sie die Ideen des Patienten bei der Behandlungsplanung.
- Lassen Sie den Patienten während der stationären Behandlung erste Teilziele umsetzen und verstärken Sie erste Erfolgserlebnisse.

Literaturempfehlung

Meyers RJ, Smith JE (2011) CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. 4. Aufl. Psychiatrie Verlag Köln
Miller WR, Rollnick S (2009) Motivierende Gesprächsführung. 3. Aufl. Lambertus Freiburg