

Die entscheidende Rolle der Ärzte

Die therapeutische Begleitung von Suchtpatienten

Jean-Bernard Daepfen

Alcohol Treatment Center, Lausanne

Gesundungswille und -gegenwille

Zu Beginn des letzten Jahrhunderts hob Dr. Otto Rank, ein Freud-Zeitgenosse und -Dissident, in seinem Aufsatz «Der Wille in der Psychotherapie» die zentrale Rolle des Willens in jeder therapeutischen Beziehung hervor [1]. Der Patient, der zur Konsultation kommt, hat den Willen, seine Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Er erwartet jedoch auch, dass der Arzt ihm seinen Willen auferlegt: «Nehmen Sie dieses Medikament, gehen Sie zu meinem Kollegen, lassen Sie ein Röntgenbild anfertigen ...» Dafür hat er das ultimative Argument: «Es ist nur zu Ihrem eigenen Besten!» Durch den Willen des Arztes wird der des Patienten unverzüglich eingeschränkt, umso mehr, wenn Ersterer auf seinem Willen beharrt. Wie aber kann der Wille des Patienten gewahrt werden? Und wie ist dies bei Suchtpatienten möglich, die, wenn sie sich dem Willen des Arztes widersetzen, das Hauptsymptom von Suchterkrankungen, nämlich Suchtmittelkonsum, zeigen? Doch damit nicht genug. Hier kommt zum Autonomie noch der überaus starke Vergnügungstrieb hinzu.

«Der Alkoholrausch wird als Vergnügen dargestellt, obgleich er vor allem eine Sünde ist. Eine Form des Übermasses. Er ist die verlockende Kehrseite des asketischen Ideals.»

Alexandre Lacroix [2], S. 15.

Bezüglich des Gesundungsgegenwillens geht es laut Dr. Otto Rank [1] darum, zu verstehen, dass das Streben nach Vergnügen und die damit eventuell verbundenen Risiken ebenso stark im Menschen verankert sind wie der Lebenswille. Warum gäbe es sonst Base-Jumping, Kriege, Höhlenforschung und Freebase-Klettern? Der Gesundungsgegenwille von Suchtpatienten ist komplex, da er aus zahlreichen Facetten zwischen Begierde, Vergnügen und Erleichterung des psychischen Leides vor dem Hintergrund von Vulnerabilitäten, der Ambivalenz zwischen Gesundungswillen und -gegenwillen, Lebens- und Todestrieb, besteht.

Die Besonderheit der Suchtmedizin liegt darin, dass hier die Machtlosigkeit des Therapeuten offensichtlich wird, wenn dieser als alleiniger Fachmann allein entscheidet. Eine weitere Besonderheit besteht in der



Erkenntnis, dass der Gesundungswille, also der Wunsch nach Besserung oder Wahrung des Gesundheitszustands, nicht die einzige im Patienten wirkende Kraft darstellt. Lange Zeit wurde die Verantwortung für die Sucht von den Ärzten aus Wut über ihre so deutlich empfundene Machtlosigkeit auf die Patienten abgewälzt. Heute geht es hingegen darum, Ärzte und Suchtpatienten wieder an einen Tisch zu bringen, indem Vermutungen zu den aktuellen Suchtfaktoren geäußert, die bei Suchterkrankungen vorherrschenden psychischen und neurologischen Prinzipien erklärt und mögliche Lösungswege für eine effektivere Suchthilfe aufgezeigt werden.

Nachfolgend wollen wir zunächst aus neurobiologischer und dann aus psychodynamischer Sicht versuchen, genauer zu verstehen, was im Gehirn von Suchtpatienten vor sich geht. Durch die Exposition gegenüber psychotropen Substanzen wird das Belohnungszentrum aktiviert. Durch wiederholte Exposition wird das Gehirn aufgrund der neuronalen Plastizität



Jean-Bernard Daepfen

verändert. Dies führt zu Veränderungen im Belohnungszentrum und bei der Regulation von Stresshormonen. In diesem Sinne stellt Sucht eine neuroendokrine Erkrankung dar, die Ausdruck neurologischer Vulnerabilitäten ist. Heute geht man davon aus, dass ein Suchtzustand vor allem durch die Ausschüttung endokrin wirksamer Substanzen, das heisst durch Regulationsstörungen der Stresshormone, gekennzeichnet ist. Ungeachtet der konsumierten psychotropen Substanzen gehen Suchterkrankungen mit dem Phänomen der Allostase, das heisst einer Störung des psychischen Gleichgewichts des Patienten [3], einher. Ein Suchtpatient reagiert auf eine heftige Notlage und nicht auf ein plötzliches Genussverlangen. Diese Veränderung vom Impuls zum Zwang, von der Begierde zu Notwendigkeit, lässt sich mit der veränderten Reaktion auf Stress und Emotionen erklären. Dabei kommt es zu starkem psychischem und körperlichem Unwohlsein. Gleichgültig, ob es sich um Alkohol oder andere Drogen handelt, das Phänomen ist immer dasselbe. Mit der Zeit verwandelt sich der Impuls des Suchtmittelkonsums – zum Vergnügen und zum Ausgleich eines Mangels – in Notwendigkeit und Zwang mit dem Ziel, das Unwohlsein zu beenden.

Aus psychodynamischer Sicht erlangt man ein Verständnis von Suchterkrankungen, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die erste Grundangst des Kindes durch das plötzliche Verlassen der intrauterinen Umgebung entsteht. So trinkt und konsumiert man Drogen, um sich zu beruhigen und einen Mangel zu beheben.

Die Veränderung vom Impuls zum Zwang, von der Begierde zu Notwendigkeit, lässt sich mit der veränderten Reaktion auf Stress und Emotionen erklären.

Auch in der Psychoanalyse wird das Konzept des fehlenden Teils angewendet. Joyce McDougall ist eine Psychoanalytikerin, die zahlreiche Entziehungskuren mit Suchtpatienten durchgeführt hat. Sie hebt hervor, dass die primäre Sucht in der Abhängigkeit von anderen besteht. Somit sieht sie Alkoholsucht oder die Sucht nach anderen psychotropen Substanzen als eine Art Ersatz für diese primäre Sucht der Abhängigkeit von anderen an, von der wir alle betroffen sind. Suchterkrankungen sind funktionelle Störungen, deren Hauptsymptom der Suchtmittelkonsum ist, es treten somatoforme Störungen auf, sie äussern sich auf körperlicher und Verhaltensweise und sind Ausdruck einer psychischen Unvollständigkeit. Suchterkrankungen sind immer ein Versuch, das eigene Befinden zu verbessern. Sie stellen

einen Selbstbehandlungsversuch dar, um mit psychischem Leid und existentiellen Ängsten umgehen zu können. Das Leid der eigenen Unvollständigkeit geht mit der Frage nach dem Sinn einher, den wir unserem Leben um jeden Preis geben wollen und fanatisch im «anderen» suchen.

«Abhängigkeit ist untrennbar mit dem menschlichen Dasein verbunden. [...] Diese Abhängigkeit ist unser Schicksal, ebenso wie der unaufhörliche und unmenschliche Kampf, den wir führen, um ihr zu entgehen.»

Joyce McDougall [4], S. 35.

Demzufolge sieht Joyce McDougall Suchterkrankungen als zum menschlichen Dasein dazugehörig. Aus ihrer Sicht hat der Mensch ein beständiges Gefühl des Mangels, der Unvollständigkeit, der unerträglichen Einsamkeit und Machtlosigkeit, das er versucht, durch Aktivitäten, berufliche und soziale Funktionen und, wenn dies nicht ausreicht, durch Alkohol und Drogen zu kompensieren. Suchterkrankungen sind also nicht mit anderen Erkrankungen gleichzusetzen. Die Patienten fühlen sich nicht wirklich krank, und allen – sowohl dem Patienten selbst als auch seiner Familie und den Ärzten – fällt es schwer, sich von dem Gedanken freizumachen, dass die Erkrankung zum Teil selbstverschuldet ist. Auch wenn das menschliche Dasein für Suchterkrankungen prädisponiert zu sein scheint, werden sie nur bei Personen klinisch manifest, bei denen sich bestimmte Vulnerabilitäten häufen. Dass Suchtpatienten ständig mit der Schuldfrage konfrontiert werden, liegt daran, dass nur eine Minderheit der Konsumenten psychotroper Substanzen tatsächlich abhängig wird. Sind suchtkranke Menschen also schuld an ihrer Krankheit, weil sie sich für ihre Sucht entschieden haben, oder unschuldig, weil sie Risikofaktoren aufweisen, über die sie keine Kontrolle haben und die ihnen noch nicht einmal bewusst sind?

Suchterkrankungen sind komplexe, vielschichtige Störungen, die mit Vulnerabilitätsfaktoren zusammenhängen, die es zu identifizieren, aufzuzeigen und zu erklären gilt. Die für Suchterkrankungen verantwortlichen neurobiologischen Phänomene werden genetisch beeinflusst, was erklärt, warum bei identischer Exposition einige Menschen süchtig werden und andere nicht. Bei fehlenden psychischen Abwehrmechanismen werden das Gefühl der Unvollständigkeit und die Fragen nach dem Lebenssinn schnell zum Problem. Die psychische Vulnerabilität ist stark erhöht. Bestimmte Persönlichkeitsstörungen und psychiatrische Erkrankungen stellen starke Risikofaktoren dar. Die psychischen Folgen einer Suchterkrankung sind äusserst schwerwiegend. Selbstverständlich üben auch das soziale Umfeld, das Gruppenverhalten und die kulturellen Normen einen starken Einfluss aus.

Therapieprinzipien

Angesichts einer funktionellen Störung, deren Ursache in einer Kombination aus psychischem Leid, genetischen Vulnerabilitäten und existentiellen Ängsten besteht, kann es keine einheitliche Therapiemethode und kein Rezept für alle geben. Die pharmakologische Forschung legt ihr Interesse auf Wirkstoffe, die das Belohnungszentrum und die Stressreaktion wieder ins Gleichgewicht bringen. Diese Medikamente ermöglichen heute, den Suchtmittelkonsum und das Rückfallrisiko zu reduzieren. Bei Alkoholsucht werden zum Beispiel Naltrexon zur Rückfallprävention und Nalmefen zur Reduktion des Alkoholkonsums eingesetzt [5, 6], bei der Tabakentwöhnung kommen Vareniclin, Bupropion und Nikotinersatzpräparate zur Anwendung [7], und bei Opiaten gibt es mehrere substitutionsgestützte Behandlungsmöglichkeiten (<http://www.ssam.ch/SSAM/de/Empfehlungen>). Dank Pharmakogenetik wird in Zukunft die Verschreibung von Medikamenten nach Genotyp möglich sein. So scheinen bestimmte Genvarianten bei Alkoholsüchtigen die Wirkung von Topiramaten zu verstärken [8].

Medikamente allein reichen jedoch nicht aus. Es werden vielschichtige Lösungen gebraucht! Natürlich müssen die Auswirkungen der Suchterkrankung, sowohl auf den sozialen Bereich als auch auf die körperliche und psychische Gesundheit, gelindert werden. Darüber hinaus sind die Ursachen zu klären: Neurologische, psychische und soziale Risikofaktoren müssen erkannt, präventiv angegangen und, wenn möglich, behandelt werden. Aber auch das allein reicht nicht! Ebenso sind die psychischen Mechanismen und das am Ursprung der Suchterkrankung stehende existentielle Leid anzusprechen. Die Folgen einer Suchterkrankung zu behandeln, ohne die dahinterstehenden psychischen und existentiellen Probleme zu beachten, wäre vergebene Liebesmüh! Um diese anzusprechen, bedarf es einer Philosophie der Unterstützung.

Die Suchtmedizin hat sich von Konfrontation zur Zusammenarbeit entwickelt. Früher schon und auch heute noch gründen einige Therapiemodelle auf der moralischen Schuldfrage, bei der die Ansicht besteht, Alkohol- oder Drogensüchtige hätten ihren Zustand selbst verschuldet, weil sie zu vergnügungssüchtig waren. Zu Beginn der 90er Jahre revolutionierten die Psychologen William Miller und Steve Rollnick die Suchtmedizin durch die Entwicklung der motivierenden Gesprächsführung, eines patientenzentrierten, kooperativen Ansatzes, der Empathie als therapeutische Stärke anerkennt. Bei dieser aus der humanistischen Psychotherapie stammenden Vorgehensweise, die in den USA vor allem von Carl Rogers entwickelt wurde,

wird die Situation des Patienten bedingungs- und urteilslos akzeptiert. Es wird davon ausgegangen, dass Alkohol oder Drogen für diesen einen Versuch darstellen, das eigene Befinden zu verbessern. Des Weiteren wird darin eine Konfrontation mit dem menschlichen Dasein, der Sterblichkeit und universellen Abhängigkeit des Menschen gesehen.

Eine Philosophie der Unterstützung

Was ist daraus für Ärzte abzuleiten? Wie können sie die Patienten begleiten, ohne dass sie dem Reflex verfallen, diese korrigieren zu wollen? Wie können sie die Patienten begleiten und, ihre Ambivalenz anerkennend, deren Mässigung unterstützen? Mässigung ist eine Tugend, die sich nicht nur auf Genussmittelkontrolle und -hygiene beschränkt, sondern auch Ausdruck von Weisheit und Ambivalenz, Gesundungswillen und -gegenwillen ist. Mit anderen Worten handelt es sich dabei nicht nur um Selbstkontrolle, sondern um eine Lebensphilosophie. Die Mehrheit der Schweizer (70%), die Nichtraucher sind oder einen moderaten Alkoholkonsum pflegen, können sich zu dieser Tugend beglückwünschen. Mässigung ist nicht nur Ausdruck einer guten Erziehung, sondern auch auf das Fehlen von Risikofaktoren zurückzuführen: Es müssen also auch eine Persönlichkeit und genetische Faktoren vorliegen, die vor Suchterkrankungen schützen. Dies scheint die tugendhafte Mehrheit jedoch nicht immer zu wissen ...

«Mässigung bedeutet moderaten Konsum, so dass wir Herr über unser Vergnügen bleiben, anstatt seine Sklaven zu werden. Sie bedeutet freien Genuss, der durch diese Freiheit sogar noch besser wird. Denn wie schön ist es, zu rauchen, wenn man auch darauf verzichten kann! Zu trinken, wenn man kein Sklave des Alkohols ist! [...] Weil das Vergnügen freier ist, wird es auch unbelasteter. Weil man es besser im Griff hat, fröhlicher und weil man nicht abhängig ist, unbeschwerter. Ist das einfach??? Sicher nicht. Ist das möglich??? Nicht immer [...]. Deshalb ist Mässigung eine Tugend, um nicht zu sagen eine Meisterleistung: Aristoteles würde sagen, sie ist der schmale Grat zwischen den beiden gegensätzlichen Abgründen der Mass- und Gefühlslosigkeit, der Traurigkeit des Überdie-Stränge-Schlagenden und des Asketen, dem Ekel des Vielfrasses und des Magersüchtigen.»

André Comte-Sponville [9], S. 60.

Was haben wir also über die Behandlung von Suchterkrankungen gelernt? Es bedarf einer Bindung und des Vertrauens. Beides sind Zutaten für den Aufbau einer Arzt-Patienten-Beziehung, in der sich der Patient sicher genug fühlt, um über seine Ambivalenz und seinen Gesundungsgegenwillen zu sprechen. Darüber hinaus können bestimmte Medikamente zum Einsatz kommen, deren Wirkung mässig, jedoch erwiesen ist. Studien weisen darauf hin, dass motivierende Ge-

Korrespondenz:
Dr. med.
Jean-Bernard Daepfen
Alcohol Treatment Center
Beaumont 21b
CH-1011 Lausanne
jean-bernard.daepfen
[at]chuv.ch

sprachsführung und Strategien zur Rückfallprävention die wirksamste Therapie sind. Sollten demzufolge Ärzte und Hausärzte, die mit Suchtpatienten zu tun haben, diese Methoden erlernen? Vielleicht, aber wäre der Schulungsaufwand dafür nicht zu hoch?

Könnten nicht einfachere Prinzipien in Bezug auf die Rolle des Arztes angewandt werden, die nicht als Technik, sondern als Philosophie der Unterstützung zu verstehen sind? Dabei geht es darum, seine Einstellung gegenüber den Suchtproblemen der Patienten zu ändern, deren Hauptsymptom der Suchtmittelkonsum ist. So werden Suchterkrankungen als funktionelle Störungen betrachtet, die Ausdruck eines seelischen Leides sind, eines Leides, das durch die Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Existenz entsteht. Gegen funktionelle Störungen, die Ausdruck emotionalen Leides sind, gibt es weder eine Radikalkur noch ein Rezept. Der Patient, der zur Konsultation kommt, hat einen Gesundungswillen. Die Rolle des Arztes besteht darin, diesen aufzuzeigen und zu stärken. Somit unterstützt er gleichzeitig die Mässigung, zeigt dem Patienten dessen Ambivalenzen auf und hilft diese aufzulösen. Er ist sich des Schweregrades der Erkrankung bewusst und versteht dessen Einfluss auf die Ambivalenz des Patienten, sein Suchtverhalten zu ändern: Die am leichtesten betroffenen Patienten erfahren durch ihre Abhängigkeit oft nicht genügend Nachteile, um auf den Konsum verzichten zu wollen. Diejenigen mit sehr starken Problemen hingegen wissen, dass einige Folgen unumkehrbar sind, weshalb sie sich fragen, warum sie überhaupt etwas ändern sollten.

Änderungen werden erst dadurch möglich, dass der Arzt den Patienten dazu auffordert, seine Ambivalenz in Worte zu fassen, und der Patient dabei selbst herausfindet, dass ein Leben mit etwas mehr Freiheit und Verantwortung beim Konsum psychotroper Substanzen gut und sinnvoll ist. Dabei wird der Arzt zu einer wichtigen Referenz für den Patienten und leitet diesen dabei an, das Drehbuch eines vernünftigeren Lebens zu schreiben. Dazu muss er akzeptieren, zu seinem Patienten in Beziehung zu treten, ohne genau zu wissen, was geschehen wird, und auf die Fähigkeiten des Patienten vertrauen, die kreative Berufung und Verantwortung zu erkennen, die seine Einzigartigkeit ausmachen. Auch bei starkem Determinismus und geringem Spielraum bewahrt sich jeder Patient einen gewissen Grad an Freiheit und Verantwortung für seine Zukunft. Die Therapie beginnt zu wirken, wenn Schuldzuweisungen (an die anderen, das Leben, die Ungerechtigkeit) der Übernahme von Verantwortung weichen. Auch mit Leberzirrhose, unter Methadon oder ohne Arbeit ist es möglich, ein einigermaßen zufriedenstellendes Leben zu führen. Einer unserer Kollegen, der Zeuge einer positiven Entwicklung eines seiner Patienten nach jahrelanger Methadonsubstitution wurde, hat dies einmal sehr treffend ausgedrückt: «Wir haben bescheiden und geduldig unsere Wahrheiten verglichen, uns Antworten und Lösungen zusammengestellt» [10]. Ärzte spielen eine bedeutende Rolle bei der Begleitung suchtkranker Patienten auf ihrem gefährlichen Weg der Remission. Die Herangehensweise, die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung und Geduld sind die wichtigsten Fähigkeiten eines in der Suchtmedizin tätigen Arztes. Mit Geduld kann man beobachten, dass die Veränderungen nicht linear, sondern chaotisch erfolgen, als ob man auf ein Gelegenheitsfenster oder die Entwicklung eines neuen Selbstbildes des Patienten warten müsse, bei der man ihn unterstützt hat. Gerade so, als ob man auf Kairos, den kleinen geflügelten griechischen Gott des richtigen Augenblicks, warten müsse, um diesen zu ergreifen, wenn er kommt.

Disclosure statement

Der Autor erhielt Berater- und Kongresshonorare von der Firma Lundbeck AG, die Nalmefen vertreibt.

Titelbild

© Peerayot To-im | Dreamstime.com

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie als Anhang des Online-Artikels unter www.medicalforum.ch.

Das Wichtigste für die Praxis

Lange Zeit wurde das Fehlen effektiver Lösungen zur Behandlung von Suchterkrankungen von der medizinischen Fachwelt nur schwer akzeptiert. Trotz ihrer Therapieauflagen waren die Ärzte häufig vollkommen machtlos. Die Methoden der Zwangsentwöhnung und der geschlossenen Entziehungskuren zeigten ihre Limiten. Mit der Entwicklung der Neurowissenschaften und der klinischen Forschung über Psychotherapie bei Suchterkrankungen Ende des 20. Jahrhunderts bekam die vernachlässigte Suchtmedizin neuen Aufwind. In dem von der Machtlosigkeit der Ärzte geprägten Fachbereich entstand ein neues Paradigma der Arzt-Patienten-Beziehung: Eine neue therapeutische Beziehung, die auf Zusammenarbeit und der gemeinsamen Entwicklung des therapeutischen Vorgehens basiert, bei dem sich der Patient als Vektor der Behandlung und unerlässlicher Partner für den Therapieerfolg versteht. In diesem Artikel wird die entscheidende Rolle der Ärzte bei der therapeutischen Begleitung von Suchtpatienten beschrieben.

Literatur

- 1 Rank O. Volonté et psychothérapie. Analyse du processus thérapeutique dans son rapport avec la relation analytique. Paris: Payot. 1976:240.
- 2 Lacroix A. Se noyer dans l'alcool? 3rd edition ed. Paris: Editions J'ai lu. 2001;2012:158.
- 3 George O, Le Moal M, Koob GF. Allostasis and addiction: role of the dopamine and corticotropin-releasing factor systems. *Physiology & behavior*. 2012;106(1):58–64.
- 4 McDougall J. L'économie psychique de l'addiction. In: Marinov V, editor. Anorexie, addictions et fragilités narcissiques. Paris: Presses universitaires de France;2001:187.
- 5 Rosner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(12):CD001867.
- 6 Soyka M, Rosner S. Nalmefene for treatment of alcohol dependence. *Expert Opin Investig Drugs*. 2010;19(11):1451–9.
- 7 Sadowski IJ, Clair C, Cornuz J. [Smoking cessation: update 2015]. *Rev Med Suisse*. 2015;11(478):1276–81.
- 8 Kranzler HR, Covault J, Feinn R, Armeli S, Tennen H, Arias AJ, et al. Topiramate treatment for heavy drinkers: moderation by a GRIK1 polymorphism. *Am J Psychiatry*. 2014;171(4):445–52.
- 9 Comte-Sponville A. *Petit traité des grandes vertus*. Paris: Presses universitaires de France;1995.
- 10 Bischoff T. C'est n'importe quoi. *Revue médicale suisse*. 2008(151).