

Alkoholiker sind die besseren Menschen!

Diese Behauptung erscheint sehr gewagt; ist es doch sonst üblich, dieser geplagten Mehrheit unserer Bevölkerung ganz andere Eigenschaften zuzuerkennen: Leichtsinn, Nachlässigkeit, Verantwortungslosigkeit und vor allem Labilität. Es ist durchaus möglich, dass ich, bis zu meiner aktiven Zeit als Therapeut für Alkoholiker, auch solche Ansicht hatte. Man hat ja nur Ansicht über Dinge, mit denen man sich nicht richtig beschäftigt. Wenn diese Auseinandersetzung mit einem Problem wie dem Alkoholismus dann stattfindet, werden aus den Ansichten Erfahrungen. Es ist allerdings nicht so, dass ich nicht schon vor meinem 38. Lebensjahr Erfahrungen mit dem Alkoholismus anderer Menschen hatte. Immerhin war meine Mutter alkoholabhängig, wenn auch erst in einem Alter, als ich schon wesentliche Teile meiner Kindheit hinter mir hatte. Aber davon später.

Zunächst möchte ich aber bei dem Titel meines Buches bleiben: Ich behaupte, das Alkoholiker, wenn sie dann trocken sind oder bevor sie getrunken haben und abhängig geworden sind, einfühlsamer, hilfsbereiter, kameradschaftlicher, opferbereiter und überhaupt netter sind als andere, die nicht in dieser Weise erkrankt sind. Ursache für diese positiven Charaktereigenschaften ist eine Mangelsituation in der Kindheit, die direkt oder indirekt zu einem Leidenserlebnis führt, das dann die Mitleidensfähigkeit des späteren Alkoholabhängigen fördert oder schafft. Wie ich das wurde, was ich heute bin: Eine Nachkriegskindheit. Ich wuchs in der Wohnung meiner Großmutter mit meiner geschie-

denen Mutter auf. Mein Vater war ein Roulettespieler. An dieser Suchtkrankheit ist er kläglich im Leben gescheitert, so dass er sich 1955 in einer Strafanstalt erhängte. Da er aber bereits verschwand, als ich 4 Jahre alt war, habe ich nur wenige dunkle Erinnerungen an ihn. Er war dennoch ständig in meiner Kindheit anwesend, da meine Mutter sehr viel über ihn erzählte, nicht nur negativ, sondern durchaus auch positiv und menschlich. So, wie sie ihn schilderte, schien er nie ein erwachsen werdender Lausejunge gewesen zu sein, der den Ernst des Lebens nicht erkannt hatte, vor dem Krieg zur See gefahren war und ein Frauenheld gewesen sein soll. Die eigentliche zentrale Figur meiner frühen Kindheit war meine Großmutter. Sie las mir die Geschichten vor, die ich brauchte, und zu ihr hatte ich jene wichtige körperliche Beziehung, die für ein Kind zum Gedeihen unentbehrlich ist. Leider starb sie bereits, als ich 9 Jahre alt war, so dass ich dann mit meiner Mutter allein war. Die Jahre von 9 bis 14 waren die schönsten mit meiner Mutter. Wir hatten ein sehr offenes, spontanes Verhältnis - mehr wie Bruder und Schwester. In der Beziehung waren auch die Elemente einer nicht ganz einfachen Ehe enthalten. Ich lernte von meiner Mutter, dass es jedenfalls bei uns keine Tabu-Themen gab, dass man über alles sprechen konnte, was einem gerade einfiel. Und doch fing bereits in dieser Zeit das Alkoholproblem meiner Mutter an: Zunächst machte ich meine Witze am Freitagabend nach ihrer Berufstätigkeit als Schreibkraft bei der Staatsanwaltschaft, wenn sie mit Bier und Scheuersand die Wohnung sauber machte. Unangenehm wurde es aber Sonntags. Auf dem Heimweg vom Konfirmandenunterricht musste ich ihr mindestens 2 Flaschen Bier mitbringen, die

sie dann bereits vor dem Mittagessen austrank und sich dabei für mich unangenehm veränderte. Sie sprach etwas verwaschen, wurde leicht aggressiv und rechtfertigte diese Biertrinkerei um jeden Preis.

Zu dieser Zeit war sie mit einem verheirateten Mann liiert, der am Wochenende grundsätzlich nie Zeit für sie hatte. Aber ich liebte diesen Mann, der sicherlich mein "Wahl-Vater" war; dennoch sah ich den Sinn des Alkohols für meine Mutter nicht ein. Wenn ich mich dann weigerte, das Bier mitzubringen, machte sie mir große Vorhaltungen und flehte mich sogar an, ihr das Bier zu holen, weil sie sich schämte, am Wochenende allein in eine Gastwirtschaft zu gehen. Der Prozess der langsam zunehmenden Abhängigkeit erstreckte sich dann über mehrere Jahre. Neben dem regelmäßigen Konsum nach Feierabend ergaben sich dann auch Umstände, die zu einem schlechten Zustand am nächsten Tag führten. Ich habe meine Mutter nie zittern sehen und doch erkannte ich bereits in dem Alter das Krankhafte dieser Gewohnheit, denn ich hatte nicht den Eindruck, dass ihr der Alkoholkonsum irgendwelche Vorteile brachte. Dennoch wurde er fortgesetzt; eine Einsicht in das in das Problem war meiner Mutter niemals zu vermitteln. Nach meinem Abitur ging ich zur Bundeswehr, sicherlich auch, um meiner Mutter zu entkommen, die in dieser Zeit bereits im Alter von 40 Jahren mich doch noch zu ihrem Lebensgefährten machen wollte. Dieses hatte sie vorher nie vorgehabt und mir immer in früheren Jahren angekündigt mich nach meinem 18. Geburtstag aus dem Haus zu werfen, "mit all meiner Unordnung und meinen ungewaschenen Socken." Ich

bin von ihr selber aber zur unabhängigen Gedankenführung geprägt, und es fiel mir relativ leicht, mein ungeliebtes Elternhaus zu verlassen. Ich fühlte mich für die Schwierigkeiten meiner Mutter nicht verantwortlich. Ich gehörte eben nicht zu den netten Menschen, die ich oben beschrieben habe. Ich konnte sehr wohl mein eigenes Schicksal von dem meiner Mutter abgrenzen und wollte mein eigenes Leben führen, ohne von meiner inzwischen sehr schwierig gewordenen Mutter daran gehindert zu werden.

Nach der Bundeswehr wohnte ich dann noch für 6 Monate bei meiner Mutter und zog dann aus. In den kommenden Jahren sahen wir uns immer seltener. Ich verließ dann die Stadt, um auswärts zu studieren. Sie besuchte mich noch einmal dort in der Stadt; jetzt konnte sie schon keine zwei Stunden herumbringen, ohne sich in eine Gastwirtschaft zu begeben, um dort mehrere Schnäpse zu trinken.

Als ich 26 Jahre alt war, erfuhr ich, dass meine Mutter tot in ihrer Wohnung aufgefunden worden war. Sie war damals 48 Jahre alt. Mir ist bis heute nicht bekannt, ob sie wirklich infolge des Alkoholgenusses gestorben ist. Sie hatte in mehreren Briefen vorher ihr baldiges Ableben angekündigt, weil man ihr die Stellung bei der Staatsanwaltschaft wegen der häufigen Fehlzeiten gekündigt hatte. Ein halbes Jahr vor ihrem Tode hatte ich sie noch einmal an ihrem Arbeitsplatz besucht. Dies war ein trostloses Erlebnis, denn man hatte ihr einen abstellartigen Raum geschaffen, in dem sie offensichtlich nicht mehr richtig arbeitete,

sondern nur noch die Zeit mit untergeordneten Tätigkeiten verbrachte. Der Raum sah fast genau so unordentlich aus wie ihre Wohnung, die ich am selben Tag noch einmal sah.

Ich weiß nicht, inwieweit das Schicksal meiner Mutter meine spätere Bereitschaft gefördert hat, mich besonders für suchtkranke Patienten einzusetzen. Zunächst hatte dieses tragische Ende meiner Mutter keine unmittelbaren Konsequenzen. Ich studierte Medizin, wurde Internist und verstand von Alkoholismus nicht viel mehr oder weniger als jeder andere Arzt - nämlich nicht viel. In der psychiatrischen Vorlesung wurden dem Alkoholismus bestenfalls zwei Doppelstunden gewidmet. In der weiteren klinischen Ausbildung lernte ich die Alkoholiker eigentlich nur als hoffnungslos kranke Leberpatienten oder Penner kennen. Ich sah hier nicht einmal eine Verbindung zu dem Schicksal meiner Mutter. Dies lag auch daran, dass ich diese Patienten meist nur kurz sah oder eben die Behandlung der körperlichen Schwierigkeiten im Vordergrund stand.

Ich weiß, dass ich einmal versucht habe, mich mit einem Alkoholabhängigen länger zu unterhalten. Wir hatten über seine Eheprobleme gesprochen. Er wurde entlassen mit dem üblichen Hinweis, doch eine Gruppe aufzusuchen. Bereits am nächsten Tag rief er an und war betrunken. Mein Eindruck, den ich auch vorher schon gehabt hatte, bestätigte sich: Denen ist wohl schwer zu helfen! Ich möchte aber noch über einen anderen Gesichtspunkt berichten, der zu meiner späteren Arbeit gehört: Ich stamme aus Hamburg und war dort in Schulen untergebracht,

deren soziales Umfeld sich durchaus in der Nähe des bekannten Hamburger Vergnügungsviertels St. Pauli befand. Obwohl ich aus einem bürgerlichen Haus stammte, wurde ich früh auf die Missstände unserer damaligen Gesellschaft aufmerksam. Ich erinnere mich an zwei Schlüssel-Erlebnisse, die beide meinen rothaarigen und sommersprossigen Freund aus der Grundschule betrafen: Ich besuchte diesen Freund des Öfteren. Er wohnte in einem uralten feuchten und stinkenden Fachwerkhaus. Der ständig betrunkene Stiefvater lag im Unterhemd in seinem Bett, pöbelte ständig herum und schlug wohl auch die Mutter meines Freundes. Ich sehe immer noch das leere, traurige Gesicht dieser Frau vor mir, und ich erinnere mich auch an die Angst meines Freundes, die er hatte. Dieser Freund hatte nämlich gute Schulnoten in der Volksschule wie ich, durfte aber nicht das Gymnasium besuchen, weil dies seine Eltern nicht wollten. Ich empfand Bitterkeit und die Entscheidung der Eltern, im Alter von meinen 10 Jahren, als sehr ungerecht. Dieses Empfinden für die sozialen Probleme anderer Menschen war immer ein wichtiger Teil meines Lebens und mir fällt ein Gespräch ein, das ich im Alter von 20 Jahren mit einem Klassenkameraden geführt habe in einer Eisdielenstraße, in der ich aufgewachsen bin. Dieser Freund wollte Entwicklungshelfer werden, es war damals in Zeiten des Friedenscorps, das der ermordete Präsident Kennedy gegründet hatte, sehr modern und von einem hohen Prestigewert besetzt. Ich entgegnete meinem Freund, dass mir dieser Anspruch auf eine solche Tätigkeit zu schwierig erschien. Ich wollte vielmehr in meinem Heimatland irgendwann einmal einen Kreis von tausend Menschen um mich versammeln, mit denen ich ein Modell

von Gerechtigkeit und menschlichem Umgang würde verwirklichen können. Ich dachte hier wohl an eine Arztpraxis.

Auch in späteren Jahren, während ich noch den Jahrmarkt der Eitelkeiten in deutschen Universitätskliniken bearbeitete, entwickelte ich immer wieder ähnliche menschliche Modelle wie damals in der Eisdielenstraße und ließ mich dann mit 38 Jahren in einem bürgerlichen Stadtteil nieder. Auch hier war zunächst von Hilfe noch keine Rede. So musste mir mehr oder minder ein Zufall noch helfen, um endlich meine menschliche Zielgruppe zu finden. Ich wurde Belegarzt in einer kleinen Klinik inmitten der Stadt, und hier traf ich sie dann: Meine späteren Freunde, die Alkoholiker.

Die kleine Klinik mitten in der Stadt

Ich war nun schon etwa 37 Jahre alt, und es wurde Zeit, die Uniklinik zu verlassen. Ich wusste nun alles über innere Krankheiten, über die Herz-, Leber- und Lungenerkrankungen, hatte Uni-Karriere gemacht, mich zwar in der Forschung betätigt, konnte mich dann aber doch nicht entschließen, mich fernerhin nur noch um das Schicksal von Adrenalin-Klebestellen an roten Blutkörperchen von Truthähnen zu bemühen. Ich beschloss also, mich wieder meines ursprünglichen Zieles zu nähern und suchte mir eine alte Hausarztpraxis in dem Beamten-Viertel unserer Stadt. In dieser Praxis sah es mehr aus wie in einem Maklerbüro. Mein Vorgänger empfahl mir, mich besonders um die charman-

ten Pharmazie-Referentinnen zu kümmern, die damals wie Heuschrecken über die Arztpraxen herfielen. Per Handschlag kaufte ich die Praxis, denn mir gefiel die Kreuzung, an der sie lag. An so einer Kreuzung war ich in meiner Heimatstadt aufgewachsen. Es fand noch eine andere Entscheidung zu dieser Zeit statt: Ich wurde Belegarzt in einer kleinen Klinik mitten in der Stadt. Dazu muss man wissen, dass ich zur Zeit der Watergate-Affäre in Amerika tätig war, und dort eine Belegarztpraxis kennen gelernt habe. So hatte ich mich umgehört und stieß auf jene Klinik, in der alles begann. Es vergingen noch etliche Monate, bis ich mit der Arbeit anfang. Zunächst hatte ich nur alte Patienten, mit denen ich gerechnet. An den Wochenenden vertrat ich die beiden anderen Internisten, die schon länger in der Klinik arbeiteten und erfuhr erst jetzt, dass sich unter anderen Patienten Alkoholiker zum Entzug befanden. Ich weiß noch genau, dass ich die Kollegen etwas befremdet fragte, was denn das für Patienten seien und ob die Behandlung denn Erfolg brachte. Die beiden Kollegen lächelten resigniert oder auch zynisch und meinten, die würden sowieso alle wieder trinken; das Geschäft sei nicht sehr aussichtsreich.

Dies entsprach ja auch meinen bisherigen Erfahrungen und der Erfahrung mit meiner Mutter. So wollte ich zunächst mit diesen Patienten nichts oder nur wenig zu tun haben. Ich bin aber doch während der Wochenend-Vertretungen mit den Alkoholikern ins Gespräch gekommen, und mir fiel auf, dass die meisten eigentlich nicht dem Bild entsprachen, das ich mir von dieser Gruppe gemacht hatte. Sie waren im nüchternen Zustand eher freundlich,

höflich, zurückhaltend und bescheiden. Ich wunderte mich darüber schon, nahm es zur Kenntnis und beschloss nach einiger Zeit, auch selbst eigene Patienten zur Entgiftung aufzunehmen. Unter einer Entgiftung versteht man eine Zeit von ein bis zwei Wochen, an deren Beginn die Alkoholiker aufhören zu trinken. Im folgenden Verlauf werden dann die anfänglichen hoch dosierten Medikamente, besonders das Distraneurin, schrittweise vermindert, bis der Patient ohne Entzugserscheinungen ist und keine Medikamente mehr braucht.

Zunächst pflegte ich, diese Patienten zu entlassen mit einem strengen Blick auf die erhöhten Leberwerte und einigen guten Ratschlägen für die Zukunft sowie mit der Aufforderung, eine Gruppe zu besuchen. Dummerweise musste ich dann feststellen, dass einige der Patienten bereits ein bis zwei Wochen später erneut zur Entgiftung aufgenommen wurden. Auf die Frage, weshalb das denn wieder notwendig gewesen wäre zu trinken, erfolgte meist ein ratloses Achselzucken und die Aussage, dass man dies bestimmt nicht vorgehabt hätte.

Ich muss an dieser Stelle vielleicht bemerken, dass mein Vertrauen in die menschliche Natur groß ist, vor allen Dingen im Selbsterhaltungstrieb. Ich glaubte schon damals nicht, dass irgend ein Mensch - ob jung oder alt, ob Mann oder Frau, ob dumm oder schlau - jeweils so beschränkt sein könnte, einen Alkoholrückfall mit all seinen negativen Begleiterscheinungen, gesundheitlichen Beschwerden, Verlust der Achtung der Umwelt und katastrophalen Folgen für Beruf und Beziehungen freiwillig

herbeiführen würde. Es war mir klar, dass diese Betroffenen es trotz besten Willens in diesem Moment des Rückfalls wohl nicht verhindern konnten, wieder zu trinken.

Da ich mich zu dieser Zeit sicher nicht als Experte für Alkoholiker ansah, suchte ich solche Experten an anderer Stelle. Da es Fachärzte für Suchtmedizin in Deutschland damals und heute nicht gibt, ging ich zu einer der bekannten Beratungsstellen und stellte mich dort als Arzt vor, der Entzugsbehandlungen in der Klinik machen wollte, um dann mit den Suchtberatern zusammenzuarbeiten. Ich nahm dann an einigen Veranstaltungen der Suchtberater teil, um deren Konzept zu erkennen, diesen Menschen zur Abstinenz zu verhelfen. Mich interessierten natürlich besonders die Patienten, die so offensichtlich nicht ohne weiteres schafften, trocken zu bleiben. Ich fragte die erfahrenen Suchthelfer, was sie denn nun mit diesen Patienten veranstalten würden, um diese auch auf den rechten Weg zu führen. Ich stellte fest, dass diese Diakone, Sozial-Pädagogen und Sozialarbeiter eine recht burschikose Auffassung von den Möglichkeiten ihrer Arbeit mit diesen schwierigen Patienten hatten. Es wurden dann in der Regel Aussagen getroffen, die in solchen Kernsätzen gipfelten: Es geht ihnen wohl noch nicht schlecht genug; wer nicht will, den muss man laufen lassen. Erst, wenn sie ganz unten sind, begreifen sie, worum es geht. Es schien mir nicht so, als wenn die Schicksale dieser häufig rückfälligen Patienten diesen Herren besonders nahe ginge. Die anfängliche Zusammenarbeit nahm schnell einen negativen Verlauf. Die Suchthelfer bemerkten eine Eigenmächtigkeit des Arztes, der sich herausnahm, eigene Vor-

stellungen zur Suchttherapie zu entwickeln. Das mochten die Suchthelfer nun gar nicht gern, denn sie fühlten sich ernsthaft gestört in ihrer Sommerpause von 6 Wochen, in der sie dann eine Behandlungsstatistik erstellten. Mir empfahlen diese Damen und Herren nach kurzer Zeit, mir eine Superversion zu suchen, da ich sonst an der Last meines Engagements zerbrechen würde. Immer noch bemüht, die Zusammenarbeit aufrecht zu erhalten, suchte ich diesen Supervisor und fand ihn in einem schläfrig wirkenden Psychologen, den ich mit den Aufs und Abs meines damaligen Privatlebens ergötzte. Ich entdeckte dann, dass in diesen Standard-Gruppen doch nur leicht gestörte Suchtkranke bleiben konnten, da Rückfällige hier eigentlich nur sehr begrenzt aufgefangen wurden.

Ich will hier nicht generell gegen Selbsthilfegruppen und nicht-ärztliche Suchthelfer reden, die sind schon deshalb unverzichtbar, weil es suchtmedizinisch Interessierte oder gar ausgebildete Ärzte wie mich nicht gibt, und ohne die kleine Klinik wäre ich es wohl auch nicht geworden.

Ein weiteres Schlüsselerlebnis war die Behandlung eines jungen Mannes aus der Umgebung dieser Stadt. Interessanterweise traf ich nicht ihn zuerst, sondern seine verzweifelte Mutter, die wegen quartalsmäßiger Alkoholrückfälle in der Klinik behandelt wurde. Sie erzählte mir von ihrem Sohn, der erst 19 Jahre alt sei und der ein trostloses Leben führte im Wechsel von Alkohol und mit Tabletten zur Beruhigung. Er würde am Leben gar nicht mehr teilnehmen können. Er säße nur in seinem Zimmer und

wartete auf seine nächste Tablettenreaktion. Die Schilderung dieses jungen Mannes aus der Sicht der Mutter erweckte bei mir die Vorstellung einer jugendlichen Ausgabe des Glöckners von Notre Dame. Ich fuhr also aufs Land und besuchte diesen jungen Mann und fand einen verängstigten Knaben vor, mit dem ich durchaus vernünftig reden konnte. Er erzählte mir, dass er bereits mit 14 Jahren erkrankt sei, und zwar an einer Platzangst. Er hätte in einer kritischen Schulsituation eines Tages nicht mehr mit dem Bus fahren können, ohne Herzklopfen und Schweißausbrüche zu bekommen. Er habe dies niemandem erzählt, weil er sich schämte. Um überhaupt noch zur Schule zu kommen, habe er zunächst kleinere Mengen von Alkohol getrunken und sei dann in den nächsten 12 Monaten so abhängig davon geworden, dass er ständig trinken musste. Irgendwann sei er dann völlig aus der Rolle gefallen und wäre dann in die nahe gelegene psychiatrische Klinik eingewiesen worden. Auch dort habe er nicht über die Platzangst berichtet, und so sei das Spiel nach seiner Entlassung weiter gegangen. Er habe dann Tabletten vom Hausarzt erhalten, die es ihm zeitweise ermöglichten, ohne Alkohol zurechtzukommen.

Mir war bekannt, dass ein Entzug von diesen Tabletten noch viel Ärger war als der Entzug von Alkohol. Patienten, die überhaupt Tabletten nehmen, hatten meist gravierende Störungen ihrer Persönlichkeit, große Ängste und schwere Depressionen, die auch im Entzug und nach dem Entzug durchaus anhielten. Insgesamt habe ich auch später nur wenige Patienten erlebt, die nach einer längeren Tablettenabhängigkeit noch hätten entziehen

können. Es gibt auch wirklich keine Spezialkliniken für diese Patienten. Sie werden im Allgemeinen körperlich entzogen und dann in Langzeitkuren verschickt, die für Alkoholiker bestimmt und für Tablettenabhängige eine Qual sind. Ich meine, dass Tablettenabhängige in der Sucht medizinisch eindeutig schlecht vertreten sind. Dies mag auch daran liegen, dass diese Patienten sich gar nicht erst trauen, einen Entzug oder eine Entwöhnung therapeutisch zu beginnen, da ihre Ängste vor dem Entzug fast unerträglich sind.

Dies alles wohl wissend, nahm ich mich dieses jungen Mannes an und überredete ihn, in meine kleine Klinik zu kommen. Dort unterwarf er sich diesem Entzug und klammerte sich bis zum Schluss an jede einzelne Tablette. Er wurde als scheinbar entzogen entlassen, hatte sich zu Hause aber noch eine kleine Reserve von Tabletten zurückgelegt. Als diese dann verbraucht war, füllte er sich erneut mit Alkohol ab und kam genau in diese psychiatrische Klinik, in der er als 15-jähriger schon einmal gewesen war. Dort traf ich ihn nach einigen Tagen wieder; nun war er gänzlich entzogen und war danach mehrere Jahre clean und trocken und ließ sogar ambulant seine Platzangst behandeln.

In der Folgezeit haben der Patient und ich noch viele Gespräche geführt. Er überwand einen wesentlichen Teil seiner Angst, brach dann aber nach etwa 2 Jahren die Therapie ab, weil er glaubte, diese nicht mehr zu benötigen. Nach etwa weiteren 4 Jahren kam es zum ersten Rückfall. Der Fall des jungen Mannes mit den Tabletten bewies mir, dass auch in von vornherein

aussichtlosen Fällen besondere Anstrengungen doch sehr viel bewirken können. Weiterhin bemerkte ich einen direkten Zusammenhang zwischen dem Maß an Zuwendung und dem Erfolg der Behandlung. Ebenfalls exemplarisch an diesem jungen Mann fand ich folgendes heraus: Ein suchtkranker Patient sollte möglichst keine weitere psychiatrische Erkrankung haben. Ich sehe mich immer noch im Branchen-Telefonbuch die gelbe Seite der Psychotherapeuten' rauf und runter' telefonieren. Sie sagten dann, dass so ein süchtiger junger Mann nicht in ein psychotherapeutisches Konzept passen würde. Ich fand nur einen einzigen Verhaltenstherapeuten, der bereit war, diesen jungen Mann zu behandeln. Also, beschloss ich, fortan solchen geplagten Patienten selber zu helfen, wenn mir auch manches an meiner Ausbildung dazu fehlte. Von nun an ging ich dazu über, die Patienten nach der Entgiftung in der Klinik in meiner Praxis weiter zu behandeln. Ich gründete eine Gruppe, die ich selber leitete, und bereits Weihnachten 1985 fand die erste Weihnachtsfeier statt mit abstinenten Patienten in einer Gaststätte, die von einer trockenen Alkoholikerin geleitet wurde.

Warum trinkt der eine mehr als der andere?

Während ich dann also anfing, Patienten mit Alkoholproblemen zu behandeln, war es natürlich erforderlich, dass mir diese Alkoholabhängigen ihr Leben erzählten. Bis dahin war ich eigentlich auch der Meinung, wie so viele Laien, Ärzte und Angehörige, die nichts vom Alkohol verstehen, dass Alkoholabhängige eher leichtsinnige Menschen seien, die aufgrund dieses Wunsches,

sich sehr häufig und immer wieder schöne feucht-fröhliche Abende zu machen, irgendwann vom Alkohol abhängig werden. Bei den Gesprächen über die Lebensgeschichten meiner Patienten kam aber doch etwas ganz anderes heraus. Es war vielmehr so, dass sich herausstellte, dass die Ursache für die spätere Alkoholerkrankung eigentlich immer in der Kindheit zu suchen ist. Viele Patienten wussten auch nach einer Langzeit Kur nicht, warum sie eigentlich getrunken hatten. Sie glaubten dann schon eher, dass es die Scheidung oder die Arbeitslosigkeit gewesen sei, die sie zum Trinken gebracht hätte. Wenn ich dann aber genauer nachfragte, so wiederholten sich die Geschichten immer wieder: Sehr oft gab es den tyrannischen Vater, der selber Alkoholprobleme hatte (59 % aller Alkoholiker haben einen Alkoholabhängigen unter ihren Eltern, meist den Vater - gegenüber 6 % der Gesamtbevölkerung).

Aufgrund der Alkoholabhängigkeit des Vaters oder in seltenen Fällen der Mutter ist das Familienleben von vornherein belastet, zerstört, ohne Frieden und ohne Offenheit. Der mit betroffene, nicht abhängige Elternteil (meist die Mutter) leidet unter der Situation, ist aber oft unfähig, zu kommunizieren, zu sprechen. So bleibt das Kind aus dieser Familie allein, weiß nicht, an wen es sich wenden soll, schämt sich für sein Zuhause, hält sich dort nicht gerne auf, leidet für die Mutter mit, wenn es denn nicht selbst Angst vor der Aggression des betrunkenen Vaters haben muss. Aus dieser Kindheit stammt dann folgender Menschentyp: Einerseits unsicher, ob er geliebt wird, leistungsorientiert, um sich die Zuneigung seiner Umwelt zu sichern, dazu neigend,

sich zu überfordern, Dinge für andere zu tun, ihnen zu helfen, ohne sich selber helfen zu können. Dabei immer unsicherer und gedrückter werdend und gegen diese Dauer-Überforderung den Alkohol benutzend. Diese Konstellation traf ich immer wieder, natürlich in verschiedenen Variationen: Vom Heimkind bis zu dem scheinbar verwöhnten Kind, das auf den ersten Blick alles gehabt hatte: Liebe, materielle Sicherheit, ein harmonisches Zuhause. Und doch können aus solchen Verhältnissen (ich nenne diese Familie den Heile-Segen-Typ) ebenso unsichere und ängstliche Erwachsene hervorgehen. Es ist eben gerade nicht so, dass in einer Kindheit Probleme nicht vorkommen dürfen, im Gegenteil: Probleme müssen erkannt und von den Eltern mit den Kindern besprochen werden. Kinder sollen hier wie kleine Erwachsene behandelt werden, sie sollen ein Mitspracherecht haben, ihre Meinung soll ernst genommen werden und wichtig ist, dass sie sich immer sicher sein können, dass sie von ihren Eltern grundlos geliebt werden. Diese Kinder haben dann das so genannte Urvertrauen. Dieses beinhaltet den von den Eltern unterstützten Glauben, dass sie schon als Kinder einen Wert haben, den sie sich nicht täglich neu erwerben müssen. Ein Kind muss immer sicher sein, dass es geliebt wird, ob es nun gerade schreit oder lacht, ob es eine Eins oder eine Fünf geschrieben hat, ob es schön oder durchschnittlich aussieht, ob es gesund oder krank ist, ob es brav oder frech ist. Einem Kind muss gesagt werden, wo Grenzen sind, nie soll aber das Gefühl für das Kind begrenzt sein. Grundsätzliche Vorwürfe, den Charakter betreffend, sollten nicht gemacht werden - eine Kinderseele ist zart und zerbrechlich -, wird allerdings elastischer, wenn sie richtig behandelt wird

in Verbindung zwischen Liebe und kritischem Gespräch. Aus diesen Zusammenhängen kann für die Therapie abgeleitet werden, dass man diesen Mangel an Gesprächsfähigkeit und Selbstvertrauen in einer Behandlung versuchen sollte auszugleichen.

Dies ist natürlich viel leichter gesagt als getan, und hängt sehr von dem Schweregrad der Persönlichkeitsstörung ab und von den sozialen Verhältnissen, in denen der Alkoholabhängige zur Zeit des Therapie-Beginns lebt. Es ist natürlich einzusehen, dass jemand, der noch jünger ist, noch seine Arbeit hat und in einer Beziehung oder Familie lebt, es leichter hat, vom Alkohol zu lassen, als jemand, der alt, arbeitslos und ganz allein ist. Schon aus dieser Mitteilung ergibt sich, dass es für den Betroffenen meistens nicht ausreicht, von seiner Krankheit zu wissen und Zusammenhänge zu erkennen, wie ich sie dargestellt habe. Jede Sucht, so auch die Alkoholsucht, hat einen irrationalen Teil, der also nicht dem Verstand gehorcht. Hier beginnt die eigentliche Sucht-Therapie.

Wie soll man sich vorstellen, dass ein bestens beratener und gut informierter Alkoholabhängiger wider besseres Wissens zum Alkohol greift?

Rückfälle

Bestünde die Suchtkrankheit nur aus der Unfähigkeit, den Genuss von Alkohol zu kontrollieren, dann bei Aufhörversuchen Entzugserscheinungen zu bekommen, um dann die Erkenntnis vermittelt zu kriegen, dass man Alkohol nicht mehr trinken darf,

17

An dieser Stelle setzt die eigentliche komplizierte Suchtarbeit erst ein. Es ist übrigens gar nicht so leicht vorauszusagen, welcher Alkoholabhängige zu diesen immer noch Rückfälle habenden Patienten gehört. Man hat durch viele psychiatrische Testverfahren versucht, im Voraus Kriterien zu finden, nach denen man die Aussicht einer Alkohol-Therapie beurteilen kann. Sichere Voraussagen gibt es hier augenblicklich nicht. Weder die Vorgeschichte, noch die Familienkonstellation, noch die Persönlichkeitsmerkmale oder die sozialen Verhältnisse lassen eine genauere Voraussage über die Aussichten einer Alkohol-Therapie zu. Es kann sogar vorkommen, dass völlig gleichgelagerte Persönlichkeiten in ähnlichen sozialen Verhältnissen dennoch ein unterschiedliches Verhalten aufweisen. Dies ist die allgemeine Lehrmeinung. Ich glaube, doch sagen zu können, dass sich die Fähigkeit, Rückfälle zu vermeiden, sehr eng an die soziale Existenz an die Betroffenen knüpft. Bei unserer Beratung bleiben eigentlich nur die sozial abgestiegenen Patienten übrig, die arm, allein, arbeitslos und dazu vielleicht noch alt sind. Sie haben dann kein rechtes Ziel mehr, für das es sich lohnt, trocken zu bleiben.

Ich habe bis jetzt nur über die Voraussetzungen und die Häufigkeit von Rückfällen gesprochen. Aber was ist das eigentlich wirklich: Ein Rückfall? Das Wort "Rückfall" sagt schon sehr viel aus. Man fällt wieder in etwas zurück, das man nicht mehr haben wollte. Die meisten Rückfälle habe etwas Zwanghaftes für den Patienten. Er ist eine Zeitlang trocken gewesen, Monate oder Jahre. Es sind immer irgendwelche Ereignisse vorausgegangen,

19

dann würde eine einmalige gründliche Information ausreichen und die einmaligen Entzugsbehandlung dazu genügen, den Betroffenen davon zu überzeugen, dass er nie wieder trinken dürfte. Dies funktioniert aber nur zu einem Teil der Fälle. Nur sehr wenige Patienten trinken nach einmaliger Unterweisung und nach einmaliger Entzugsbehandlung nie wieder. Manche bleiben mit oder ohne Gruppenbehandlung jahrelang trocken, andere haben trotz intensiver Gruppenbehandlung häufiger Rückfälle, wieder andere hören eigentlich nie richtig auf zu trinken und bleiben immer Sorgenkinder für ihre Angehörigen und ihre Therapeuten.

Wohlgemerkt: Wir sprechen hier nicht über unmotivierte Alkoholiker, man kann nur Menschen wegen ihrer Krankheit behandeln, die dies auch wollen. Wenn einer unbedingt weiter trinken will, wird er sich nicht freiwillig einer Behandlung stellen. Ich rede hier von denjenigen, die eigentlich wirklich aufhören möchten, es aber dennoch nicht schaffen, oder wenn, dann nur noch für kurze Zeit. Um diese Gruppe von Alkoholabhängigen habe ich mich von vornherein am intensivsten gekümmert, weil ich glaubte, dass sie einfach kränker waren als die anderen Abhängigen, denen man noch besser helfen konnte, dass sie aber aus dem üblichen Behandlungsschema herausfielen. Solche Patienten gehen naturgemäß nie lange in eine Gruppe, da sie ja ständig Rückfälle haben. Nach einiger Zeit gehen sie auch nach dem Entzug nicht wieder hin, weil sie fürchten, dort von den trocken Kollegen getadelt oder missachtet zu werden.

18

die ihn betroffen haben, mit denen er Schwierigkeiten hatte. Je länger er trocken ist, desto weniger denkt er an Alkohol, er klebt vielmehr an den Problemen und versucht, sich damit auseinanderzusetzen. Wenn er inzwischen gelernt hat, sich diesen Problemen wirklich zu stellen und über sie vernünftig nachzudenken oder vernünftig zu sprechen, dann gelingt es ihm vielleicht, diese ungunstigen Gefühle von Unzulänglichkeiten, was Enttäuschung, von Einsamkeit oder Überlastung zu vermeiden. Es kann auch sein, dass eine stärkere Belastungsphase dem Rückfall vorgegangen ist, wie ein Umzug oder eine Probezeit in seiner Firma. Und dann läuft das Trinkverhalten unter Umständen wie früher ab: Die Arbeit oder die Anstrengung sind vorbei und nun muss man sich dringend mal entspannen. In diesem Moment des Rückfalls vergisst der Betroffene alles, was er vorher gelernt hat. Er glaubt, dass er nun ein Glas Bier trinken möchte und dann sofort wieder aufhört. Er glaubt, dass niemand dies merken wird, er glaubt, dass es ihm nicht schaden wird. Es kann sein, dass dieser Wahn nur bis zum Ende des ersten Glases anhält und dann setzt schon wieder der Kontrollverlust ein oder der Rückfall nimmt seinen zwanghaften und für den Patienten nicht beeinflussbaren Verlauf.

Nicht alle Rückfälle spielen sich so ab. Dies ist nur ein häufiger Rückfall-Typ. In anderen Fällen ist es durchaus so, dass die Betroffenen langsam wieder anfangen, um dann lange auf einer relativ geringen Alkoholmenge zu bleiben, bis dann eines Tages eine besondere Belastung noch hinzukommt, und es zu dem Absturz in die massiv Trunksucht erneut kommt. Grundsätzlich

20

unterscheiden sich diese Rückfalltypen nicht voneinander, denn letztendlich führen alle Rückfalltypen in die gleiche gesundheitliche Katastrophe. Auch der lang verzögerte Rückfall demoralisiert und ahmt die Verhältnisse nach, die schon vor der ersten Entzugsbehandlung vorgelegen hat: Die Zeit des Spiegeltrinkens.

Unter Spiegeltrinkern versteht man die Notwendigkeit des Alkoholabhängigen, einen gewissen Alkoholspiegel zu halten. Wenn er dies nicht tut, bekommt er Entzugserscheinungen wie Zittern. Um diese zu vermeiden, fängt er schon morgens an zu trinken und setzt dies erzwungenermaßen fast rund um die Uhr fort. In der Therapie wird dann immer wieder versucht, die Gründe für die Rückfälle herauszufinden. Wie ich schon sagte, finden sich in der Regel doch soziale Schwierigkeiten in Beruf oder Familie als häufigste Ursache. Am seltensten findet sich der Rückfall aus Vergnügungssucht aus dem Gefühl heraus, es müsste nun mal wieder richtig getrunken werden.

Der durchschnittliche Alkoholiker mit der vorhandenen Behandlungsbereitschaft trinkt aus einem Leidensdruck heraus, der ihm oft gar nicht bewusst ist. Wenn er es vorher merkt, kann er sich unter Umständen noch vor dem Absturz schützen.

Wie wird man Alkoholiker?

Gehen wir einmal davon aus, dass einen bestimmten Persönlichkeitstyp gibt, der dazu neigt, Suchtprobleme im allgemeinen oder Alkoholismus im besonderen zu bekommen. Die Fachleute bezeichnen diesen Typ, der am häufigsten zum Alkoholmiss-

21

brauch neigt, als selbstunsicheren, depressiven Persönlichkeitstyp. Diese Menschen erwerben in ihrer Kindheit Eigenschaften, die ihnen schon während dieser Kindheit oder später im Erwachsenenalter als seelische Mangelsituation erscheinen. Diese für den Alkoholabhängigen typische Persönlichkeitsstörung beinhaltet folgende Merkmale:

1. Mangel an Selbstvertrauen
2. Mangelndes Vertrauen in die eigene Fähigkeit, Zuneigung oder Liebe bei anderen Menschen auszulösen (mangelndes Ur-Vertrauen)
3. Ausgleich dieses Mangels an Selbstvertrauen durch übergroße Leistungsbereitschaft
4. Überforderung bei dieser zwanghaften Leistungsbereitschaft
5. Enttäuschung bei Ausbleiben der Anerkennung der eigenen Leistung durch andere, die man für sich gewinnen will.

In diesem Teufelskreis bewegen sich später Alkoholabhängige schon in ihrer Kindheit: Einer oder beide Elternteile fordern direkt oder indirekt Leistungen für gefühlsmäßige Zuwendung - das Kind bemüht sich immerfort und setzt dieses in anderer Umgebung im Erwachsenenalter fort. In diesem Teufelskreis findet sich sehr häufig die Zigarette als erstes Suchtmittel in frühen Jahren. Kinder, die aus solchen Verhältnissen kommen, rauchen wesentlich früher und mehr als andere Kinder, denen es in ihrer

22

Kindheit besser gegangen ist. Später kommt dann der Alkohol dazu. Für diese belasteten Jugendlichen ist der Genuss von Alkohol etwas anderes als für denjenigen, der sich nicht in dem erwähnten Teufelskreis der Gefühle befindet. Der Selbstunsichere therapiert seine negativen Gefühle mit Alkohol, ohne dass er sich dessen bewusst ist. Er glaubt, dass er genau wie andere vorwiegend aus Spaß und Genuss trinkt. Ihm fällt auch nicht auf, dass er meistens schon in der Anfangszeit häufiger und mehr trinkt als der typische Durchschnittstrinker, für den er sich ja hält. Männer betrachten die Fähigkeit, sich zu betrinken, als männliche Tugend, ziehen dann Betrunkene in das Lächerliche oder glorifizieren diesen Zustand. Andere, die zunächst mäßig oder unregelmäßig weitertrinken, bagatellisieren auf ihre Weise ihren Alkoholgenuss. Wenn dieser Alkoholkonsum nach Feierabend stattfindet, deutet der Betroffene seine Trinkgewohnheit als normal, betrachtet es als sein gutes Recht, diesen Konsum fortzusetzen, weist darauf hin, dass alle so trinken wie er und dass er es jederzeit lassen könnte. In dieser Phase würden die meisten Abhängigen die Abhängigkeit bestreiten, auch schon deshalb, weil das Wort "Abhängigkeit" einen sehr negativen Klang hat. Der Alkoholkonsum wird ähnlich locker gesehen wie das Rauchen von Zigaretten oder das zu schnelle Fahren von Autos.

Bei Frauen liegen die Verhältnisse etwas anders. Das Trinken von Alkohol ist bei ihnen eher verpönt. Eine Frau kann kaum im Kreise ihrer Freundinnen sich damit brüsten, besonders trinkfest zu sein. So kommt es doch viel häufiger vor, dass Frauen heimlich trinken und sich auch bereits am Anfang dafür schämen und

23

wohl auch ein früheres Problem-Bewusstsein haben. Da aber auch das Schamgefühl ungleich größer ist als bei Männern, kommt es dennoch nicht zu dem Entschluss, Hilfe für dieses Problem zu suchen. Nun ist es in der Regel so, dass die Erkenntnis bei Männern heranreift, dass sie ein Problem haben, wenn folgende Dinge passieren:

- 1.. Der Führerschein geht verloren,
- 2.. die jeweilige Beziehung droht zu scheitern, wobei der Alkoholkonsum als Grund bekannt wird,
- 3.. der Arbeitsplatz ist gefährdet oder geht verloren,
- 4.. gesundheitliche Probleme treten frühzeitig auf.

Es ist also die Frage, ob es überhaupt einen Weg gibt, Menschen dazu zu bringen, durch eigene Erkenntnis sich so zu prüfen, dass sie dann von selbst zur Therapie gehen, weil sie selber feststellen, dass sie ein Alkohol-Problem haben. Es ist zum Beispiel sehr unwahrscheinlich, dass ein Betroffener diese Zeilen mit diesem Inhalt überhaupt liest; der Selbstunsichere "Depressive", der in der Regel seine Probleme verdrängt, und so verdrängt er natürlich auch sein Alkoholproblem. Warum sollte er sich dann informieren, wie man herausfinden kann, wenn er Alkoholprobleme hat. So müsste man die folgenden Ausführungen über die Vorzeichen und die Vorbedingungen für das Entstehen einer Alkoholkrankung wahrscheinlich schon in der Schule im Biologie-Unterricht lehren, und zwar mit der gleichen Intensität, mit der man die 10 Gebote lernt.

24

In Anbetracht der fatalen Folgen einer spät oder zu spät behandelten Suchterkrankung wäre diese gründliche Unterrichtung bereits im Kindesalter durchaus dem Problem angemessen. Stellen wir doch einmal die Regeln zusammen, die jemand anwenden sollte, um herauszufinden, ob ein Alkoholproblem vorliegt. Dies kann er für sich selbst tun.

1. Ein Mensch, der sich häufiger betrinkt, hat ein Alkoholproblem. Die bloße Wiederholung dieses Vorganges ist nicht gesund und weist darauf hin, dass dieser Alkohol Konsumierende Probleme hat, die er durch das Sich betrinken vergessen möchte.
2. Ein Mensch, der gewohnheitsmäßig und regelmäßig eine Menge Alkohol nach Feierabend zu sich nimmt, die dazu führt, dass er den Rest des Abends in leicht angetrunkenem Zustand verbringt, der einem nüchternen Betrachter auffällt. Dieser Mensch hat ein Alkoholproblem, denn er hält diesen Zustand für normal. Der nüchterne Betrachter merkt, dass dies nicht normal ist. Ein wirklicher Gelegenheitstrinker hat nicht das Bedürfnis, seinen Gemütszustand jeden Tag zu einer bestimmten Zeit in eine gewisse Richtung zu verändern. Manchmal möchte der Gelegenheitstrinker dies auch. Diese Situation bliebe aber die Ausnahme; das liegt daran, dass der durchschnittliche Seelenzustand des Gelegenheitstrinkers für ihn gut zu ertragen ist, so dass die Dämpfung des Seelenlebens, die ein kräftiger Alkoholkonsum immer herbeiführt, als nicht vorteilhaft ansieht.
3. Der Alkoholkonsument, der in einer Beziehung oder in einem Arbeitsverhältnis auf Aufforderung seinen Alkoholkonsum nicht einstellt und dann am falschen Ort zur falschen Zeit die falsche

Menge in der Gegenwart der falschen Person trinkt, hat ein Alkoholproblem.

4.. Wenn dazu noch bekannt ist, dass dieser Alkoholkonsument Persönlichkeitsmerkmale aufweist, die zu der selbstunsicheren-depressiven Persönlichkeit gehören, ist jede Anstrengung gerechtfertigt, diesen Alkoholkonsumenten einer Therapie zuzuführen.

Aus dem eben Gesagten kann man folgende Regeln für den Umgang mit Alkohol ableiten:

1. Der regelmäßige Alkoholkonsum ist zu vermeiden,
2. das regelmäßige Sich betrinken ist zu vermeiden,
3. wenn man zum Typ der selbstunsicheren-depressiven Persönlichkeit gehört, sollte man das Trinken ebenfalls vermeiden und sich wegen dieser Schwierigkeiten in der Persönlichkeit beraten lassen, bevor man ein Alkoholproblem hat,
4. wenn man aus einer belasteten Kindheit kommt, sollte man sich ebenfalls vom Alkohol fernhalten und sich wegen der negativen Gefühle beraten lassen.

Hypnose

In der Folgezeit habe ich immer nach Methoden gesucht, um meinen Suchtkranken bei ihrem Leiden weitere Hilfe leisten zu können. Grundsätzlich geht jeder Arzt bei Sucht mit einer gesteigerten Unruhe aus. Diese Unruhe entsteht entweder schon in der Vorgeschichte und wird mit dem Suchtmittel im Selbsttherapie-

Versucht behandelt, oder sie tritt dann im weiteren Verlauf der Suchterkrankung entweder chronisch oder akut kurz vor dem Rückfall auf. Diese Unruhe wird nicht immer bewusst von den Betroffenen wahrgenommen, denn wenn er mehr Gespür für diese Unruhe hätte, könnte er sich besser vor ihr und den Folgen schützen. So sind alle Verfahren geeignet, Suchtkranken zu helfen, sie zu einer Entspannung zu führen. Dazu gehören Yoga, autogenes Training, Muskelrelaxion nach Jacobsen, Meditation jedweder Art und auch Akupunktur. Hypnose wird im Allgemeinen nicht in einem Atemzug mit diesen Methoden genannt, weil sie eine sehr schillernden Ruf und in der Einschätzung der Menschen etwas Magisches, Geheimnisvolles und auch Unheimliches hat. Ich hätte natürlich bei den vorher erwähnten anderen Entspannungsmethoden bleiben können, wenn ich nicht von so vielen Suchtkranken erfahren hatte, dass sie sich in diesem Entspannungsverfahren geübt, sie dann aber später nicht mehr angewendet hätten, einfach, weil sie dazu einfach zu unruhig gewesen wären. Es ist tatsächlich so, dass ein autogenes Training wohl in einer Klinik unter Anleitung gut funktionieren kann, dann aber im wirklichen Leben zu Hause zu aufwendig ist, um dort Erfolg zu haben.

Ich habe dann mit Akupunktur angefangen, konnte mich aber nicht davon überzeugen, dass ich schwierig zu behandelnde Patienten dauerhaft beruhigen konnte. So habe ich zunächst die Hypnose kennen gelernt, um mit dieser Methode meine Patienten besser beruhigen zu können. Ich besuchte dazu ein Seminar in Würzburg und erlebte an mir die Hypnose und war sehr beeindruckt

von dem Effekt, den ich spürte. Ich lag inmitten der Seminar-Teilnehmer und fühlte mich sehr geborgen und angenehm entrückt, hörte die Geräusche von der Straße nur ganz fern, konnte mein Bein nicht mehr heben, weil es die Hypnose-Ärztin es mir so sagte, und ich war enttäuscht, als die Hypnose zu Ende war, weil ich sie gern noch länger genossen hätte. Wieder in meiner Praxis begann ich nun, einzelne Patienten zu behandeln, wobei das Verfahren einfach beschrieben ist: Ich ließ zum Beispiel meine Patienten eine bunte Karte anschauen, forderte sie auf, immer nur auf diese Karte zu sehen, beschrieb in Worten diese Karte und was mit ihr optisch passiert, wenn der Patient diese Karte immer länger ansieht. Irgendwann schließt der Patient auf mein Geheiß die Augen. Dieses ganze Verfahren dauert etwa 30 Minuten. Äußerlich sieht man dem Patienten den Zustand der Hypnose daran an, dass seine Augenlider zittern oder beben. Manche Patienten finden dies unangenehm, gewöhnen sich aber schnell daran. Fast alle, die sich in Hypnose befinden, finden diesen Zustand angenehm, möchten ihn gern wiederhaben. Als ich die erste Patientin so behandelt hatte, ergab sich noch kein Konzept für mich, wie ich dieses Verfahren häufig und immer wieder mit den Patienten anwenden sollte. Später habe ich dann mit Tonbändern gearbeitet, aber zu dieser Zeit erschien mir diese Methode noch wie ein Spiel, das kein rechtes Ziel hatte und auch nicht die Veränderung bewirkte, die man von ihr hätte erwarten können. Insbesondere stand in allen Büchern, dass Hypnose gegen Sucht nichts helfen würde. So stellte ich nach einiger Zeit meine Hypnose wieder ein und hätte die Methode fast vergessen, wenn es nicht eine Patientin namens Heide O. gegeben

hätte. Die Schlüssel-Patientin zu Sigmund Freuds Psychoanalyse war Anna O. Sie war eine hysterische Patientin, die Freud im Wechsel mit seinem Kollegen Breuer im Jahre 1882 behandelte. Anna O. war eine Patientin, die auf Hypnose ungewöhnlich reagierte: Während die meisten Patienten in der Hypnose von sich aus wenig sagen und viel mehr nur auf Fragen antworten, befand ich Anna O. wohl im Stadium der Somnolenz und erzählte Dinge aus ihrer Kindheit und ihrem Leben, aus denen Freud wesentliche Erkenntnisse für seine spätere Analyse bekam. Später verließ Freud die Analyse und war der Meinung, dass der nicht hypnotisierte Zustand eines Patienten besser geeignet wäre, unbewusstes Material aus der Tiefe der Seele ins Bewusstsein zu fördern.

Diese Abkehr von Freud hat der Hypnose zunächst geschadet: Während Freud selbst noch im Jahre 1885 meinte, dass jeder Hausarzt die Hypnose beherrschen sollte, wollte nun Anfang dieses Jahrhunderts niemand mehr die Hypnose betreiben, da alle Psychiater und Psychologen und Therapeuten sich in irgendeiner Weise an der Lehre von Freud orientierten.

Da nun die Entspannungsmethode in der Klinik fehlte, man aber so eine Methode brauchte, entwickelte der Psychiater K. H. Schulz in den 20-er Jahren das autogene Training, das eigentlich einen Ableger der Hypnose darstellt, was aber niemand weiß. Ein gut erlerntes autogenes Training entspricht einer Hypnose in seiner Wirkung. Heute gibt es auch den Begriff Auto-Hypnose, eine Hypnose, die man selber herbeiführt. In Amerika wurde dann in den 50-er Jahren die Hypnose selbst wieder entdeckt,

insbesondere durch Milton Ericson und seinem Mitarbeiter, bis sie dann auch in Europa wieder entdeckt wurde. Aber nun zurück zu meiner Schlüssel-Patientin, Heidi O.

Heidi war mir zu dem Zeitpunkt schon jahrelang bekannt und äußerlich schwierig zu behandeln. Sie litt unter Angst, Unruhe und Depressionen, war alkoholkrank und von Tabletten abhängig und permanent zu irgendwelchen Therapien und Kliniken gewesen, aber statt einer Besserung, war es ihr immer schlechter gegangen. Sie wurde immer unruhiger und immer ängstlicher und trank immer häufiger und musste immer wieder in Kliniken zu Entzugsbehandlungen. Oft war sie auch in der kleinen Klinik gewesen, in der alles anfing. Eines Tages war sie wieder dort und fiel mir furchtbar auf die Nerven. Sie war so unruhig trotz der Medikamente zur Beruhigung, die sie bekam, um mir erneut, wie schon so oft, ihre gegenwärtigen und vergangenen Leiden zu erzählen. Ich überlegte verzweifelt, was ich nun tun sollte. Da fiel mir ein, dass ich sie zwei Jahre zuvor in meiner Experimentierzeit mit Hypnose einmal in einen tiefen Entspannungszustand gebracht hatte, der auf Anhieb die Entspannungsfähigkeit der anderen Patienten bei weitem übertraf. Sie war so weit weg von der Realität, wie es sich die meisten Menschen von der Hypnose vorstellen, dass sie eben wirkt.

Kurz entschlossen legte ich sie also in einen ruhigen Raum, leitete die Hypnose, wie vorher beschrieben, ein, eben mit dieser bunten Karte und verließ dann das Zimmer, um mich der Visite der anderen Patienten zu kümmern. Nach etwa 30 Minuten kam

ich wieder und fand Heidi noch in diesem Zustand vor, nur, dass sie, ähnlich wie Anna O., offensichtlich spontan vor sich hin redete. So etwas hatte ich vorher noch nicht erlebt. Sie sprach sehr undeutlich, und so forderte ich sie auf, deutlicher zu reden. Sie schien sich mit ihrem verstorbenen Vater zu unterhalten. Es ging wohl darum, irgendeine Abrechnung oder Rechtfertigung in der Vergangenheit zu bewerkstelligen. Ich fand das nicht besonders beeindruckend und weckte, schon wieder genervt, die Patientin aus der Hypnose. Überraschend war nun aber, dass nach drei oder vier solcher Hypnosen Heidi von ihrer Unruhe und Angst praktisch geheilt war. Sie war danach wieder arbeitsfähig, obwohl keinerlei klärendes Gespräch zwischen uns stattgefunden hatte. Es war vielmehr so, als wenn ein Magier sie mit seinem Zauberstab berührt hatte, und sie danach ruhig war. Sie ist nie wieder so krank geworden wie vorher. Sie hat wohl noch einige Rückfälle mit Alkohol und Tabletten gehabt, so dass sich wiederum bestätigte, dass eine Suchtkrankheit durch Hypnose nicht geheilt werden kann. Andererseits konnte diese Hypnose offensichtlich die Rahmenbedingungen für eine Gesundung der Betroffenen verbessern und, wie im Fall von Heidi O. sogar therapeutisch Berge versetzen.

Danach gab es für mich kein Halten mehr. Ich führte wesentlich häufiger und dann routinemäßig mit jedem meiner Patienten Hypnosen durch. Da ich unmöglich an jedem Tag hypnotisieren konnte, nahm ich die Hypnose auf Tonband auf. In der Folgezeit haben sie diese Wunderheilungen, wie bei Heidi O. nur selten wiederholt. Nur höchstens 5 % aller Patienten sind in ähnlicher

Weise in die Somnolenz-Hypnose zu führen. Die meisten anderen müssen sich mit einer guten Entspannung begnügen. Es kam dann allerdings durch häufige Wiederholungen der Hypnose ebenfalls zu guten Wirkungen. Ich habe heute ein wenig den Abstand zur Hypnose verloren, bin aber ganz sicher, dass mein guter Erfolg mit den Patienten auch sicherlich der Verdienst dieser Methode ist. Ich glaube, dass ich diese Methode noch besser einsetzen könnte, wenn ich pro Person mehr Zeit dazu hätte, also insgesamt überhaupt weniger Patienten behandeln würde. Dann könnte ich die Patienten selbst hypnotisieren und wäre nicht so davon abhängig, nur hoffen zu können, dass sie die Hypnose-Tonbänder häufiger abhören, um ihrer Unruhe besser Herr werden zu können. Dies lässt sich so aber nicht verwirklichen, da eben viele Patienten auf meine Hilfe warten.

Ich habe in meiner Praxis und in meiner Klinik und auch in meinen Selbsthilfe-Gruppen etliche Mitglieder, die ich schon dazu animiert habe, ebenfalls Hypnose mit Patienten durchzuführen. Im Grunde genommen kann nämlich jeder jeden hypnotisieren, wenn nur beide Beteiligten dazu entschlossen sind, der Hypnotiseur und der Patient. Es scheint aber nur sehr wenige Menschen zu geben, welche die aktive Rolle des Hypnotiseurs für sich akzeptieren können. Die meisten Menschen lassen die Methode wieder fallen, sowohl in der Durchführung als Hypnotiseur als auch im Abhören der Tonbänder als Patient. Das hängt wohl ganz allgemein mit der Eigenschaft von Menschen zusammen, Dinge wieder zu lassen, deren Bedeutung sie letztlich dann doch nicht verstanden haben. Diese Menschen benötigen dauernde

Anregungen und Anleitungen, während ich aus mir selbst heraus die Hypnose gar nicht mehr lassen konnte, weil ich dann in diesem entspannten Zustand mit den Patienten Gespräche führte, deren Intensität wesentlich größer war als die normalen Gespräche.

Die Gruppenbehandlung

Viele wissen, dass man Alkoholabhängige in Gruppen behandelt. Und viele lassen sich auch deshalb gegen ihre Alkoholkrankheit nicht behandeln, weil sie fürchten, in so eine Gruppe gehen zu müssen. Wenn wir daran denken, dass Alkoholabhängige meistens eine selbstunsichere depressive Persönlichkeitsstörung haben, ist eigentlich klar, dass solche Menschen zunächst einmal nicht gern in Gruppen gehen, denn dort könnte ja genau das passieren, was sie früher schon immer befürchtet haben: Sie müssen sich präsentieren, sie müssen von sich sprechen vor zunächst fremden Leuten. Und das ist genau das, wofür sie früher den Alkohol eingesetzt haben, eben um ihre Unsicherheit bei öffentlichen Auftritten zu erleichtern, zu entspannen. Und nun sollen sie plötzlich ohne Alkohol in einer Gruppe über sich und ihr Seelenleben erzählen, verständlich, dass sie davor Angst haben.

Fernerhin heißt eine Gruppe zu akzeptieren auch gleichzeitig, dass sie anerkennen müssen, wirklich ein Alkoholproblem zu haben. Eigentlich wollen sie das ja gar nicht. Vordergründig schon, aber dahinter steht der Wunsch, lieber doch kein richtiger

Alkoholiker zu sein, denn das heißt ja, abgestempelt fürs Leben zu sein und sich in der Öffentlichkeit vom Alkohol fernhalten zu müssen. Das heißt ja schon wieder, unter Umständen aufzufallen durch Nichttrinken und dann gefragt zu werden nach den Gründen und dann keine gute Antwort zu wissen. Das alles will der unsichere Patient nicht. Er möchte nur den Alkohol in den Griff bekommen. Er möchte ihn kontrollieren. Also wird er zunächst Einzelgespräche führen wollen. Und so lassen sich viele zunächst einmal beraten, fassen Entschlüsse und kommen dann nicht wieder. Da es meist schnell zu Rückfällen kommt, ist die Motivation zum Wiederkommen ohnehin zunächst verschwunden.

Anders ist es mit den Patienten, die aufgrund ihrer Unfähigkeit, zu Hause mit dem Alkohol überhaupt aufzuhören und die deshalb in eine Klinik gehen müssen, um dort wegen des Alkoholentzugs mit Medikamenten behandelt zu werden. Sie haben immerhin erfahren, dass sie ohne fremde Hilfe dem Alkohol nicht entkommen können. So wird man bei diesen Patienten schon viel eher Motivation finden, eine Gruppe zu besuchen. Aber auch aus dieser Gruppe gibt es viele Gruppenanwärter, die dennoch nicht wiederkommen. Das sind diejenigen, die ohnehin schwerer zu behandeln sind als andere. Dazu gehören die mit den seelischen Begleiterkrankungen. Wenn jemand sehr, sehr traurig ist, trifft er in der Gruppe auf sehr viele Leute, denen es besser geht als ihm, die wohl bedauernd zur Kenntnis nehmen, dass es diesem traurigen Mit-Patienten schlechter geht als ihnen selbst, aber dennoch fehlt ihnen das letzte Verständnis, weil sie vielleicht wirklich

nicht wissen, wie weh Einsamkeit tut. Es bleiben manchmal leider gerade diejenigen der Gruppe fern, die sie eigentlich am dringendsten bräuchten.

Schwer in eine Gruppe einzugliedern sind auch die Patienten mit dem Größenwahn, die eigentlich gar nicht in die sonst übliche Persönlichkeitsstörung einzuordnen sind, die aber auch zum Alkoholmissbrauch neigen. Hier sprechen wir von den Narzissten, die also von der Größe ihrer eigenen Person sehr überzeugt sind. Die Entstehung solcher Persönlichkeiten ist meistens sehr viel schwerer zu ermitteln als die der depressiv-unsicheren Persönlichkeitsstörungen. Das kann zum Beispiel gewesen sein, dass ein Kind während seiner Jugend früh in eine Verantwortung gekommen ist, zum Beispiel, weil es jüngere Geschwister hatte, und die Mutter ihrerseits untüchtig war, so dass dieses Kind in der Familie eine Rolle spielte, die seinem Alter nicht entsprach. So war es denn nie richtig Kind, hatte andererseits schon in frühem Alter eine Bedeutung, die es dann später nie wieder hatte und dennoch immer wieder haben wollte.

Dieser Anspruch auf Anerkennung wird dann riesengroß, nur, dass der Rest der Welt das natürlich anders sieht und solche Aufschneider und Gerne große ausgrenzt. So vereinsamen solche Narzissten dann genau so wie die traurig Depressiven, so dass sich letztere selber die Schuld geben, während die Narzissten dem Rest der Welt anlasten, dass man ihre Größe nicht erkennt. Mit diesem Anspruch prellen dann diese Größenwahnsinnigen auf die eher unsicheren übrigen Gruppenmitglieder und werden

von diesen vielleicht zunächst bewundert wegen ihres scheinbare Selbstvertrauen, dann aber ausgegrenzt, weil sie meistens sehr anstrengend sind, ohne dies aber zu begreifen, weil sie in ihrer Welt keinerlei Kritik zulassen können. Der Alkohol ist für sie kein wirkliches Problem, sondern nur ein schwächlicher Gegner, den sie mit ihrem Willen bezwingen könnten, wenn sie nur wollten. Wenn sie denn schon trinken, dann täten sie dies mit Absicht und kein Therapeut der Welt und natürlich auch keine Gruppe könnten sie daran hindern zu trinken, wenn sie das wollten. Diese Gruppe von Patienten kann es nicht zulassen, dem Alkohol gegenüber hilflos zu sein. Auch Autoritäten wie Ärzte oder Suchtgruppenleiter werden in Frage gestellt, denn im Rahmen der Selbstüberschätzung glauben die Narzissten, dass es niemanden geben kann, der mehr über den Alkohol wissen könnte als sie selbst.

Eine weitere Gruppe von schwer einzugliedernden Abhängigen stellt die Gruppe der jungen Leute dar. Patienten unter 35 Jahren beiderlei Geschlechts haben so etwas wie einen jugendlichen Narzissmus. Diese Geisteshaltung gestattet es ihnen nicht oder nur vorübergehend, das Ende ihrer Alkohol-Karriere anzuerkennen. Sie können sich nicht damit abfinden, dass in Zukunft alle Partys und Feiertage für sie ohne Alkohol ablaufen sollen. Wohl verstehen sie Inhalte und Konsequenzen der Suchttherapie, können aber diesen letzten Schritt der konsequenten Weiterverfolgung ihrer Therapie offensichtlich nicht tun. Die Gründe für diese fast nie stattfindende längere Teilnahme von jungen Alkoholabhängigen in Gruppen sind klar. Sicherlich spielt auch die

relative Unreife der Persönlichkeit solcher jugendlichen Abhängigen eine Rolle. Wenn sie denn schon in relativ jungen Jahren wegen ihres Problems behandelt werden mussten, haben sie meist sehr früh angefangen zu trinken und damit auch wesentliche Teile ihres Erwachsenwerdens - wie Letzteres ohne Alkohol wohl stattgefunden hätte - im wahrsten Sinne des Wortes vertrunken.

Ein Mensch, der in diesem Fall Jahre lang im Tran vertrinkt, verpasst wesentliche Erfahrungen, die er sonst im nüchternen Zustand gemacht hätte. Trifft er jetzt in einer Gruppe auf ältere Personen, die vielleicht insgesamt mehr aus Erfahrungen in ihrem Leben vorzuweisen haben, so fühlt sich dieser junge Patient wie in seiner früheren Kindheit: Er fühlt sich den erfahrenen und älteren Gruppenmitgliedern gegenüber unsicher und meidet diese Situation nach einiger Zeit, weil er sie nicht erträgt. Dieser Problematik kann man natürlich dadurch Rechnung tragen, dass man nur Jugendliche in einer Gruppe zusammenfasst, ohne dass diese aber erfolgreicher wäre. Nur in stationären oder therapeutischen Einrichtungen gelingt es vorübergehend, solche Gruppen zustande zu bringen.

Gehen wir aber davon aus, dass eine Gruppe wirklich zustande kommt und ein und derselbe Patient längere Zeit in diese Gruppe geht, dann ist schon rein statistisch erwiesen, dass sich die Dauer seiner Abstinenz erhöht. Woran mag das liegen? Hier kann man natürlich verschiedener Auffassung sein: Es ist nicht einmal sicher, ob es die Gruppe ist, die lange Abstinenz bewirkt. Es

könnte auch sein, dass nur Patienten lange in eine Gruppe gehen, die über kommunikative Fähigkeiten verfügen und damit für eine Gruppenteilnahme prädestiniert sind. Damit wären sie wären wahrscheinlich auch ohne Gruppe längere Zeit trocken. Andere wiederum, die in so einer Gruppe nicht viel von sich erzählen, gehen trotzdem gern zur Gruppe, sozusagen als Mitläufer. Wichtig ist hier, dass ein menschlicher Bezug zwischen den stilleren Mitgliedern mit den Gruppenführern entsteht.

Gemeinsam für alle Teilnehmer in Gruppen gilt wohl, dass die bloße Teilnahme an so einer Gruppe für eine Woche lang das Bewusstsein fördert, dass das Alkoholproblem noch besteht und dass es nicht in Vergessenheit gerät. Dabei geht es sowohl um bewusste als auch um unbewusste Gedanken.

Wir haben ja schon besprochen, dass ein Rückfall dann passiert, wenn der gefühlsmäßige Wunsch, wieder Alkohol zu trinken, übermächtig wird aufgrund des schlechten Befindens kurz vor dem Rückfall, und dieser übermächtige Wunsch dann den Verstand ausschaltet. Es ist logisch, dass unbewusste Anteile der Seele natürlich durch vermittelte Inhalte von Gruppenstunden beeinflusst werden. Das Unbewusste könnte man wie ein Kind betrachten, das vordergründig die alte Freude mit dem Alkohol wiederhaben möchte, dieses Warmgefühl und die Entspannung. Das Bewusstsein mit seinem Verstand ist der ältere Erwachsene oder der Vorgesetzte des Unbewussten Kindes. Das unbewusste Kind merkt schon, dass sich das erwachsene Bewusstsein mit den Nachteilen der Alkoholsucht befasst und wird eine Zeit lang

dem guten Beispiel des Erwachsenen-Bewusstseins folgen. Wenn aber der Betroffene nicht mehr zur Gruppe geht und sich nicht mehr mit den bösen Folgen des Alkohols befasst, wird sich das kindliche Unterbewusstsein eines Tages wieder sagen: Eigentlich wäre es ja doch ganz schön, wieder mal etwas zu trinken. Also macht das Erwachsenen-Bewusstsein durch die Teilnahme an der Gruppe dem schwer erziehbaren Unterbewusstsein immer wieder und regelmäßig klar: Lass das mit dem Alkohol! Daraus ergibt sich natürlich auch, dass die Gruppe eine gewisse Qualität haben sollte. Es müssen die Probleme vom Alkohol wirklich angesprochen werden. Es reicht nicht aus, in so genannte Kaffeetrinker-Gruppen sich gegenseitig auf die Schulter zu schlagen und sich gegenseitig zu versichern, wie großartig man den Alkohol im Griff habe. Dies nützt dann besonders wenig den Patienten, die noch mit häufigen Rückfällen zu kämpfen haben und die sich dann in so einer Gruppe schon wieder missverstehen und zu wenig beachtet fühlen. Es ist durchaus nicht leicht, schlecht motivierte Gruppenegegner dann doch noch einzufangen. Es ist durchaus günstig, zu differenzieren zwischen Sozialintegrierten und Alleinstehenden, obwohl das auch nicht immer so eingehalten werden muss. Viel hängt auch von der Gruppenleitung ab. In meinen Gruppen ist es zum Beispiel so, dass arbeitslose Patienten doch lieber in Selbsthilfegruppen gehen, die also nicht von einer ausgebildeten Person geleitet werden. So gibt es tatsächlich nur Gruppen mit Berufstätigen und Arbeitslosen. Es bildet sich eine soziale Struktur heraus, wie das auch sonst in der Gesellschaft der Fall ist. Außerdem spielt natürlich persönliche Sympathie eine wesentliche Rolle. Patienten, die Autorität fürch-

ten, möchten natürlich auch lieber unter sich sein. In meiner Einrichtung haben wir alle möglichen Typen von Gruppen: Eine Depressionsgruppe und eine Angstgruppe. Eindeutig zeigt sich, dass eine Gruppe umso besser ihren Zweck erfüllt, desto ähnlicher sich die Gruppenteilnehmer untereinander sind.

Was ist Sucht?

Es ist sehr schwer, darauf eine einheitliche Antwort zu geben. Gerade in den letzten Jahren und Jahrzehnten hat die Wissenschaft viele Modelle entworfen, welche die Phänomene der Sucht beschreiben sollen. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es am besten ist, Vergleiche anzuführen mit anderen Verhaltensweisen des Menschen, die er sich ebenfalls angewöhnt hat, und die er dann nicht ohne weiteres sein lassen kann, und die ihm dann auch nicht schaden müssen, wie zum Beispiel das normale Hungergefühl oder das normale Durstgefühl für Flüssigkeit.

Betrachten wir zunächst einmal den Hunger nach Nahrung: Hier ist es so, dass im Körper ein Gefühl entsteht, das den Eindruck erweckt, es wäre nun angebracht, Nahrung aufzunehmen. Hunger setzt sich aus verschiedenen Empfindungen zusammen: Ein leeres Magengefühl, körperliche Schwäche, zum Beispiel in den Muskeln, Zittern, Appetit auf gewisse Speisen bis zum Heißhunger auf etwas. Je länger der Hunger andauert, desto mehr treten diese Erscheinungen in den Vordergrund. Hunger macht aggressiv, launisch, traurig, leistungsunfähig, ängstlich,

und je länger der Hunger andauert, desto schlimmer werden die negativen Empfindungen. Der leichte normale Hunger vor der nächsten Mahlzeit lässt sich am ehesten mit der Sucht nach Alkohol vergleichen.

Für den Alkohol gibt es ein sehr gut erforschtes Modell. Um dies zu verstehen, muss man erst einmal die Funktion der Nervenzellen verstehen. Unser Gehirn besteht aus mehreren Millionen Zellen, die im Wesentlichen aus der Zellwand, dem Zellkern und dem Nervenzellfortsatz bestehen. Dieser Nervenzellfortsatz ist als eine Verlängerung der Zellwand anzusehen. Der Einfachheit halber wollen wir diesen Nervenzellfortsatz betrachten: Es handelt sich hier um einen Schlauch, der mit Flüssigkeit gefüllt ist. Außen um die Nervenwand herum befindet sich ebenfalls Gewebeflüssigkeit. Zwischen den Nerven laufen die Blutgefäße, in denen der Alkohol transportiert wird, um dann über die Gewebeflüssigkeit einzudringen. Dabei wird die Wand des Nervs durchdrungen. Danach wird festgestellt, dass der Alkohol in der Zelle folgendes bewirkt: Er verändert die genetische Information und Regulation des Nervenzellstoffwechsels, der wiederum dazu führt, dass die Beschaffenheit der Nervenwand sich verändert.

Nervenzellwände haben folgende Fähigkeiten: Sie können einerseits Erregungen aufnehmen, die anderen Zellen in der Nervenwand können Regungen blockieren oder dämpfen. Über die genetische Wirkung des Alkohols werden neue Erregungsaufnehmende Bindungsstellen geschaffen, auch Rezeptoren ge-

nervenzellschaden übrig. Der Nerv verlernt diese falsche Reaktion von Alkohol nicht wieder. So wie ein Elefant nie vergisst - auch wenn ihm nach jahrelanger Abstinenz auch wieder Alkohol zugeführt wird, führt das Absinken des Alkoholspiegels erneut zu einer starken Erregung, die den also immer noch Alkoholabhängigen daran hindert, den Alkoholkonsum kontrollieren zu können.

Auf dieser Basis beruhen Medikamente, die das Verlangen nach Alkohol mindern sollen, zum Beispiel Acamprosat. Dieses Medikament hat tatsächlich in groß angelegten Doppelblindstudien eine wesentliche Verlängerung der Abstinenzzeit bei Alkoholikern ergeben. Eine Doppelblindstudie wird folgendermaßen durchgeführt: Man bildet zwei Gruppen von Patienten und stellt eine Medikamentenauswahl her, den ihrerseits den Stoff, den man prüfen will, enthält, zum anderen einen Stoff, der unwirksam ist. Weder die Untersuchungsleiter noch die Patienten dürfen vor oder während der Studie wissen, ob sie ein wahres Präparat oder ein so genanntes Placebo-Präparat erhalten. (Placebo auf lateinisch: "Ich glaube"), daher doppelblind: Weder Untersucher noch Patient wissen, welches Medikament eingenommen wurde. Nach dem Ende der Studie, zum Beispiel nach 365 Tagen, wird der vorher festgehaltene Plan geprüft, und wenn die Studie korrekt durchgeführt worden ist, zeigen sich die Unterschiede zwischen der Placebo-Gruppe und der Verum-Gruppe, also den Patienten, die wahre Präparate erhalten haben.

nannt. Ebenso werden unter Einwirkung von Alkohol blockierende Empfängerstellen abgebaut.

Es scheint so zu sein, dass der Nerv im Rahmen der Alkoholvergiftung, und so müssen wir dies bezeichnen, sich so verhält, dass er genau die Eigenschaft der Nerven, die man mit dem Alkohol dämpfen möchte, ins Gegenteil verkehrt. Der Nerv wird immer erregbarer, weil die Erregungsempfangenden Stellen immer mehr werden (Gashebel), die blockierenden Stellen immer weniger werden (Handbremse). Je länger man also Alkohol trinkt, desto mehr kommt der Nerv in Schwierigkeiten. Schließlich hat er so viele Gashebel und nur noch so wenige Handbremsen, dass er ohne Alkohol gar nicht mehr funktionieren kann. Es muss ein ständiger Alkoholspiegel aufrecht erhalten werden, um die Nerven gedämpft zu halten, sonst erträgt der Betroffene die Unruhe und Nervosität nicht, die sich aus zu vielen Gashebeln und zu wenigen Handbremsen ergibt.

Man kann sich das so vorstellen: Wir kennen alle das Hormon Adrenalin. Dieses Hormon wird bei Aufregung und Stress vermehrt ausgeschüttet und führt zur Wahrnehmung von Erregung, zum Beispiel auch Wut. Wenn dieses Adrenalin nun auf einen ungeschützten Nerv trifft, der durch langen Alkoholmissbrauch fast nur noch über Gashebel verfügt, aber kaum noch über Handbremsen, wird die gleiche Erregung, die vorher vielleicht nur leicht empfunden wurde, jetzt als mittlere Nerven-Katastrophe empfunden. Diese Vorgänge sind durch Alkoholentzug oder -entwöhnung rückbildungsfähig. Dennoch bleibt wohl ein Rest-

Man kann also sagen, dass die chronische Alkoholvergiftung zu einem dauerhaften Nervenzellschaden geführt hat, der nicht heilbar ist, aber sich doch entscheidend bessern lässt. Dennoch bleibt der trockene Alkoholiker belastbar für seelischen Stress oder andere Belastungen, so dass die Aufgabe der Beratung und der Gruppenbehandlung darin besteht, die Belastbarkeit des Patienten dadurch zu erhöhen, dass man ihm sein Verhalten zu verändern hilft, das ursprünglich zu dem Alkoholproblem geführt hat. Er wird sich dann weniger erregen, wenn er lernt, sich über seine Schwierigkeiten zu äußern, sich gegenüber Forderungen zu wehren, mit falschen Erwartungen mit sich und anderen heranzugehen und die Schuld für Pannen immer bei sich selbst zu suchen. So wird eine ideelle Suchttherapie der Zukunft beide Komponenten enthalten, zum einen die medikamentöse Therapie und zum anderen die psycho-soziale Therapie.

Meiner Meinung nach ist die Gesprächstherapie schon deshalb sehr wichtig, weil sie auch Einfluss auf die Lebensqualität des abstinent lebenden Alkoholikers hat. Ich meine, dass ein unglücklicher trockener Alkoholiker - diesen Begriff gibt es in der Therapie - sicherlich nur einen Teilerfolg in der Behandlung eines Alkoholikers darstellt. Andererseits muss man die Erwartung der Abhängigen und der Angehörigen dämpfen, dass eine dauernde Abstinenz zu erzwingen ist. Die Häufigkeit der Rückfälle hängt einerseits von dem Ausmaß des Nervenzellschadens ab, andererseits von der psychosozialen Lebensqualität des Patienten. Es liegen keine Studien darüber vor, wie erfolgreich eine Behandlung allein für einen Patienten ist. Eine Studie könnte

man nicht doppelblind durchführen. Ich glaube aus meiner Erfahrung, dass die Fähigkeit, sich an Einzelgesprächen, in Gruppen, Einzel- und Gruppengesprächen zu beteiligen, ein günstiges Zeichen für die Krankheit ist, dass der Patient ein erfolgreich behandelter Patient werden kann.

Man kann davon ausgehen, dass das Verhalten solcher gesprächsbereiten Patienten besser entwickelt ist als bei den anderen nicht so erfolgreichen Abhängigen, die sich absolut nicht auf ein Gespräch einlassen können und deshalb auch keine Veränderung in ihrer Art vornehmen können. Dieses Spektrum menschlicher Verhaltensweisen reicht bis zum Größenwahn. Diese Patienten meinen mit absoluter Sicherheit, dass niemand ihnen etwas über sich oder ihr Suchtverhalten sagen könnte, und dass nur sie ganz allein entscheiden, ob sie trinken oder nicht. Hier kämpfen Götter selbst vergebens.

Wie soll sich der Angehörige eines Alkoholikers verhalten?

Über die Rolle eines Angehörigen ist viel gesagt und geschrieben worden. Hier muss man unterscheiden zwischen den Lebenspartnern, den Arbeitskollegen, den Kindern und den Chefs der Alkoholiker. Zunächst macht jeder Angehörige für sich das gleiche Stadium durch, das der Alkoholiker mit sich auch erlebt. Als Lebensgefährte betrachtet er die Problematik seines Partners nicht objektiv. Wenn die Beziehung sehr gestört ist, wird er dazu neigen, die Alkohol-Problematik doppelt scharf zu bewerten und hier einen weiteren Minuspunkt in der Beurteilung seines Part-

45

ners sehen. Hier kann man sagen, dass die Wirkung des Alkohols auch den Trinkenden eine wichtige Rolle für die weitere Entwicklung der Beziehung zu dem nicht trinkenden Partner spielt. Sehr viele Alkoholabhängige werden durch den Genuss ihres Suchtmittels eher müde und träge, teilnahmslos, nehmen nicht mehr recht am Familienleben teil, wirken hilflos und wecken bei mütterlichen Frauen oder väterlichen Männern Beschützerinstinkte, die zu einem fürsorglichen Verhalten führen. Unter Umständen sind solche Beziehungen dann sehr stabil, meist behalten solche Partner ihre Fürsorge bei. Hier kann es dann manchmal zu diesen paradoxen Erscheinungen kommen, dass der abstinenten wie der gesunde Partner sich mit seiner neu gewonnenen Selbstständigkeit, die durch die Therapie gefördert worden ist, gegen die überfürsorgliche Art des gesunden Partners zur Wehr setzt. Dieser fühlt sich dann überflüssig und seines Lebenssinnes beraubt. Hier muss dann unter Umständen eine neue Beziehungsstruktur gefunden werden. Hierzu ist eine eingehende Beratung erforderlich. Grundsätzlich sind diese durch Alkohol eher ruhigen Abhängigen leichter zu einer Behandlung zu motivieren als die andere Gruppe, die als Patienten nur sehr schwer zu betreuen sind: Das sind die Patienten, die einerseits zur Selbstüberschätzung, andererseits unter Alkoholeinfluss zu Aggression und Randalieren neigen. Auch hier finden sich oft Partner, die dann aber mehr leiden als helfen können, die verständlicherweise in diesen Beziehungen noch mehr ein Martyrium sehen als eine fürsorgliche Aufgabe. Insbesondere sind natürlich die Kinder in diesen Ehen noch mehr beeinträchtigt. Diese aggressiven und extrem uneinsichtigen Patienten reagieren meist auf Zeichen

46

überhaupt nicht. Sie sind eigentlich nur über arbeitsrechtliche Konsequenzen zu erreichen. Manchmal hilft ja eine Abmahnung des Arbeitgebers doch sehr.

Insgesamt muss man überhaupt sehen, dass die Ermahnungen und die Wünsche des Angehörigen sehr oft lange missachtet werden. Der Süchtige wehrt sich gegen die Erkenntnis, dass der ein Alkoholproblem hat. Er hat Angst, sich in eine Beratungssituation zu begeben, weil er zu Recht befürchten muss, dass das Kartenhaus seiner Verdrängungskünste zusammenstürzt. Wenn er bereits körperlich abhängig ist, möchte in keine Klinik, möchte auch keine Langzeit Kur machen, möchte zu Hause bleiben und möchte auch an keiner Gruppe teilnehmen. Alle diese Dinge, die mit Therapie zusammenhängen, machen Angst, weil sie eine Veränderung bedeuten und ein Eingeständnis, dass hier ein Problem vorliegt, das allein nicht bewältigt werden kann.

Eigentlich sollte man ja meinen, dass das ohnehin nicht sehr ausgeprägte Selbstvertrauen der Alkoholkranken eigentlich das Eingeständnis der Krankheit erleichtern sollte nach dem Motto: Ich taue sowieso nicht viel, dann bin ich eben auch noch Alkoholiker, das passt dann ja bestens zusammen! Dies läuft aber nicht so, vielmehr akzeptiert der Suchtkranke seine Schwächen nicht, sondern steht im ständigen Kampf mit sich selber, hadert mit seinen Schwächen, möchte ja eigentlich alles goldrichtig machen und fürchtet ohnehin schon aufgrund von irgendwelchen Fehlleistungen, von seiner Umwelt verachtet zu werden. Nun soll er auch noch zugeben, dass er ein Alkoholproblem hat. Dies

47

bedeutet für einen Menschen, der durch die Belastung seines nicht zu vermeidenden Perfektionismus durch die ständige Überforderung zum Alkohol gekommen ist, einen völligen Zusammenbruch sämtlicher Kompensationsversuche in seiner Persönlichkeit. Er ist ohnehin gewöhnt, sich für seine tatsächlichen oder eingebildeten Schwächen zu schämen. Nun soll er sich in aller Öffentlichkeit bloßstellen.

Was soll der mitleidende Angehörige in dieser Situation tun? Diese Frage ist schwer zu beantworten. Es kann einerseits angebracht sein, den Patienten weiterhin liebevoll zu unterstützen, etwas zu unternehmen. Es kann ebenso gut erforderlich sein und ist auch durchaus zu empfehlen, konsequent zu sein, dem Partner die Auflösung der Beziehung anzudrohen, falls dieser sich keiner Therapie unterziehen will. Wenn dann aber die Therapie angefangen worden ist, bewährt es sich sehr, wenn der gesunde Partner die Therapie unterstützt. Wir haben in unseren Einrichtungen sogar eine Pärchen gruppe, wo Betroffene und Angehörige gemeinsam zur Gruppe gehen. Kehren wir aber wieder zu der sehr häufigen Situation zurück, dass der Betroffene auf keinerlei Einlässe und Maßnahmen des Partners reagiert. In diesem Fall ist dem Angehörigen zu empfehlen, sich wieder bei einer so genannten Angehörigen gruppe zu informieren, wie es anderen Angehörigen in der gleichen Situation ergeht. Dieses Vorgehen hat mehrere Effekte: Einerseits erfährt der Angehörige viel oder alles über die Krankheit und beginnt zu verstehen, worum es eigentlich geht. Der Angehörige erfährt von übrigen Gruppenteilnehmern, dass seine eigene Verhaltensweise oft dem Verhal-

48

ten anderer ähnelt, erfährt etwas über den Begriff des Co-Alkoholismus, der sich ähnlich verhält wie der Alkoholismus, obwohl er selber nicht trinkt. Durch einen Co-Alkoholismus unterstützt er den Alkoholiker beim Weitertrinken. Dazu gehört, dass der Angehörige für ausreichend Alkoholvorrat sorgt, die Krankheit nach außen und vor sich selber bagatellisiert, die Beziehungsprobleme schönredet und nicht offen erkennen lässt, wie sehr er unter dem Trinken des Partners leidet. Er hat dann die gleiche Kommunikationsstörung wie der Suchtkranke. Ausdrücklich würde ich die fortgesetzte Zuneigung und Liebe des Angehörigen nicht als Co-Alkoholprobleme bezeichnen. Diese Liebe hilft letztlich doch, dem Betroffenen dabei schließlich den Mut zu geben, sich seinem Alkoholproblem zu stellen.

Die empfohlene Schulung des Angehörigen wird dann natürlich auch Konsequenzen für den Umgang mit dem süchtigen Partner haben. Insbesondere sollte der geschulte Angehörige immer wieder versuchen, über diese Gruppen-Unterweisung zu erzählen, immer in der Hoffnung, dass stets Information irgendwann doch etwas bewirken kann.

Wie sollen sich nun Freunde und Kollegen verhalten, wenn sie vermuten, dass hier ein Alkoholproblem vorliegen könnte? Auch sie sollten sich informieren, worum es sich bei der Krankheit handelt, und was man tun kann. Grundsätzlich kann man sagen, dass auch hier ein Totschweigen des Problems in keinem Fall hilft. Offene Gespräche können dann schon eher etwas bewirken und sollten unbedingt geführt werden.

In manchen Fällen kann der Hausarzt, falls vorhanden, etwas bewirken. Wenn er den betroffenen Patienten mit seiner Autorität zur Einsicht ermahnt, dann wird dies nicht ohne Wirkung bleiben. Dem steht entgegen, dass Suchttherapie bisher nicht zur Ausbildung der jungen Mediziner gehört und leider auch viele Ärzte der Meinung sind, dass die erhöhten Leberwerte durch Beschränkung des Alkoholkonsums zu beachten sind. Dies mag in frühen Fällen durchaus noch ein wenig bewirken. An den grundsätzlichen Persönlichkeits-Schwierigkeiten des Betroffenen ändert das natürlich wenig, so dass nach kurzer Zeit alles beim alten ist.

Gibt es nun irgendwelche Argumente, von denen man noch am ehesten erwarten könnte, dass sie einen Abhängigen zur Behandlung motivieren könnte? Was soll man auf die typischen Entgegnungen des Betroffenen antworten, der nicht zugeben will oder kann, dass er dauernd zu viel trinkt? Die Argumente für die Gesundheit bewirken meist nicht so viel, ähnlich wie bei Zigaretten. Der Betroffene mag zwar grundsätzlich anerkennen, dass der reichliche Genuss von Alkohol zu gesundheitlichen Schäden führen kann, meist glauben die Betroffenen aber, dass ihnen das nicht schaden würde. Hinweise auf die Widerwärtigkeit von Trunksuchtmerkmalen wie Alkoholfahne, gerötete Augen und lallende Sprache bewirken meist auch nicht viel, weil der Betroffene diese Hinweise nicht ernst nimmt. Seine Augen sind nicht gerötet, und er lallt auch nicht. Gegen alle Einsicht steht die Angst, überhaupt etwas zugeben zu müssen.

Leider ist es so, dass die konsequente Abmahnung durch den Arbeitgeber besonders in einer Zeit der Arbeitslosigkeit wie dieser die größte Wirkung auch für den Betroffenen hat. Auf diese Weise kommt so manche Langzeit Kur zustande, wobei natürliche nicht sicher ist, dass der Betroffene richtig begreift, dass er ein Alkoholproblem hat. Das kann natürlich auch ein Lippenbekenntnis sein und dann ist der schnelle Rückfall vorprogrammiert. Solche Betroffenen nutzen dann die Therapie zum Beweis dafür, dass die anderen Teilnehmer dieser Veranstaltung Probleme haben, er selber allerdings nicht. Das mag sich sehr paradox anhören, ist aber durch die Verdrängungskünste, über die solche Betroffenen verfügen, hinreichend erklärt. Ein wichtiger Punkt für die Angehörigen ist die Frage, wie sie sich verhalten sollen, wenn ihre trinkenden Angehörigen nun tatsächlich trocken sind. Gut ist, wenn sie die Einstellung gegenüber dem Patienten haben: Es ist gut, dass Du trocken bist, zieh unter die Vergangenheit einen Strich, fang neu an, lerne zu kommunizieren, besuche die Gruppe und freue Dich an Deiner Abstinenz und über die Tatsache, dass trockene Alkoholiker die besseren Menschen sind, wie dieses Buch heißt. Nun kann man nicht erwarten, dass jeder Angehörige dazu in der Lage ist, sofort und ohne Hintergedanken das jahre- und jahrzehntelange Leid zu vergessen, das die Krankheit über sie und die Familie gebracht hat. Dies wäre oft eine Überforderung. So kann man diese Angehörigen nur bitten, sich zu bemühen, die positive Veränderung und Bemühungen des Partners zu akzeptieren, ihm weitere Vorwürfe über die Vergangenheit zu ersparen und ihn aber konsequent zur Fortsetzung seiner Therapie aufzufordern. Immer wieder müssen

aber auch die abstinenten Angehörigen dazu aufgefordert werden, die Geduld mit ihren Angehörigen haben, auf die sie vorher auch selber so sehr angewiesen waren.

Wie unterscheidet sich die Alkoholsucht von anderen Süchten?

Zahlenmäßig vergleichbar mit der Alkoholsucht - wenn man die Betroffenen betrachtet - ist wohl die Nikotin- und Fresssucht. Dabei handelt es sich beim Rauchen um eine sehr gesundheitsschädliche Sucht, die sich in verschiedenen Punkten dennoch von der Alkoholsucht unterscheidet. Es gibt bei der Nikotinsucht kaum Leute, die nur wenig rauchen und damit der Bevölkerung entspricht, die wenig Alkohol trinkt. Jeder, der raucht, ist auch Nikotinsüchtig! Selbst Rauer oder solche, die meinen, dass sie es sind, rauchen vielleicht nur 3 bis 4 Zigaretten am Tag und können es dennoch nicht ganz lassen, selbst wenn sie wollen. Bei Alkoholsucht gibt es eine Mehrheit von Konsumenten, die entweder nur gelegentlich trinkt oder trotz regelmäßigen Konsums keine Ausfallerscheinungen hat, obwohl hier natürlich die Maßstäbe sehr unterschiedlich eingesetzt werden können. Ich meine, dass ein Mann, der sich regelmäßig freitags oder samstags mit Bier vollschüttet, dann angetrunken oder betrunken nachts nach Hause kommt, ohne sich darum zu kümmern, ob dies seiner Frau gefällt, dass dieser Mann ein Alkoholproblem hat, obwohl er nur an zwei Tagen in der Woche trinkt. Er wird wegen dieses Trinkens von seiner Frau abgelehnt, er belastet seine Beziehung, er verschläft den nächsten Tag, er stört das Sozialgefühl einer Fa-

fügbare dieser Droge ab. Vor der Mitte der 60-er Jahre gab es auf dem Schwarzen Markt kaum harte Drogen. Betrachten wir die Verhältnisse in Amerika, so ist dort der Drogenkonsum in den Ghettos am größten. Falls eine Alkoholabhängigkeit sehr früh zur körperlichen Abhängigkeit führt, ist meistens auch der vorher vorhandene Schaden in der Persönlichkeit größer als bei Personen, die erst später abhängig werden.

Es spielt auch das Geschlecht bei der Suchtauswahl eine Rolle. Frauen sind nur etwa zu 20 % an der Gesamtzahl der Alkoholkranken beteiligt. Ähnliche Zahlen gelten für den Konsum von harten Drogen. Das hängt sicherlich mit der Rolle der Frau allgemein in der Gesellschaft zusammen. Ein junger Mann, der sich betrinkt, ist sicherlich weniger das Objekt von Kritik als eine junge Frau, die das gleiche tut. Frauen sind wesentlich häufiger von Tabletten abhängig als Männer. Sie gehen aufgrund ihrer seelischen Schäden zu Ärzten, die ihnen aus Zeitmangel, Unkenntnis oder Hilflosigkeit Tabletten verschreiben. Die Dunkelziffer dieser meist Benzodiazepin-Abhängigen geht in die Millionen. Diese bisher noch nicht besprochene Tablettenabhängigkeit erscheint zunächst weniger auffällig zu sein, ist dann aber sehr viel schwieriger zu behandeln, da die Entzugserscheinungen wesentlich schwerwiegender sind, und der Entzug auch wesentlich länger dauert als von Alkohol. So sind die Aussichten

eines Tablettenabhängigen, von seiner Sucht befreit zu werden, wesentlich geringer als bei Alkohol. Eine weitere Frage ist das Umsteigen von einer Sucht in die andere. Dies geschieht eigentlich relativ selten. Man bleibt einer Sucht treu und kehrt zu ihr zurück, wenn irgend möglich. Es kann durchaus sein, dass ein Heroinabhängiger vorübergehend seine Unruhe und sein Suchtverlangen mit meist dann größeren Alkoholmengen versucht zu betäuben. Eigentlich würde er aber gern wieder Heroin nehmen, wenn er sich wohl trauen würde. Alkoholiker nehmen fast nie Tabletten. Diese Gefahr wird in Suchtkliniken zwar oft betont. Bei meinen 3.000 Alkoholabhängigen, die ich bis heute behandelt habe, gab es dieses Umsteigen von Alkohol auf Tabletten so gut wie nie. Wenn, waren es auch eher Frauen, die dann aber auch massiv Persönlichkeitsstörungen in ihrem Krankheitsbild ausweisen. Mir scheint also wichtig zu sein, mit welchem Suchtmittel man seine "Karriere" beginnt. Die Gruppe der so genannten polytoximane Suchtkranken sprengen diese Gesetzmäßigkeit. Sie benutzen jede Droge, die ihnen einen Rausch verschafft, und man kann ihre Suchterscheinungen nicht mehr voneinander trennen.

Hoffnungslose Fälle

Unsere Einrichtung, die sich im Laufe der Jahre entwickelt hat, besteht aus folgenden Bestandteilen: Da ist zunächst die kleine Klinik, in der pro Jahr immerhin 400 Entgiftungen stattfinden. Einige dieser entgifteten Patienten suchen dann unsere verschiedenen Gruppen, die zum Teil ärztlich geleitet sind oder von arrivierten, jahrelang trockenen Abhängigen geleitet werden, die auch Suchthelfer-Lehrgänge besucht haben. Ich will hier nicht von den Patienten sprechen, die nicht wiederkommen. Sie machen die Entgiftung durch, nehmen unter dem Druck der Verhältnisse auch an den Veranstaltungen teil, die in der Klinik angeboten werden, versprechen dann auch, Gruppen zu besuchen und kommen aber einfach nicht wieder. Die Motive dieser Gruppe zu erforschen, ist besonders schwierig, weil man sie meist nicht wieder sieht. Zu dieser Gruppe gehören sicherlich auch die Patienten mit den narzisstischen Störungen, die wohl tatsächlich nach jedem Rückfall glauben, dass sie keine weitere Hilfe brauchen und dass ihnen niemand etwas zu sich oder ihrem Alkoholproblem sagen könne. Wenn diese Patienten dann zur nächsten Entgiftung kommen, können sie meist nur sehr schwer Auskunft geben, warum sie all das wieder mal nicht durchgeführt haben, obwohl sie es doch anders angekündigt hatten.

Ich hatte ja schon gesagt, dass ich seelische Schwierigkeiten im Wesentlichen auf Kommunikationsstörungen zurückführe.

Diese Kommunikationsstörungen bestehen sowohl mit anderen als auch mit sich selbst. Je stärker diese Störungen sind, desto weniger kann der Patient Ratschläge annehmen, zuhören oder sich selbst mit Abstand betrachten. Man müsste also zunächst diese Kommunikationsstörungen beheben, die in der Regel auch die Einsamkeit dieser Menschen bedingt und damit den bedeutendsten Grund für das Bestehen der Alkoholkrankheit liefert.

Ich möchte hier eigentlich mehr über diejenigen sprechen, die trotz therapeutischer Möglichkeiten immer wieder und immer noch Rückfälle haben. Diese Patienten kommen dann immer noch mit Abständen von 3 bis 6 Monaten in die Klinik, müssen entgiftet und sind natürlich besonders enttäuscht, dass es dann wieder schief gegangen ist. Dies sind auch meist Patienten, die nicht allein sind, die in Beziehungen leben, mit ihrer Familie noch guten Kontakt haben und bei denen vieles noch erhalten ist, das normalerweise zur Aufrechterhaltung von Abstinenz günstig wäre. Allen gemeinsam ist die Eigenschaft, zu sich und ihrer Person keinen Abstand zu haben. Trotz jahrelanger Therapie bleibt die Betrachtungsweise der eigenen Person naiv und eher flach, zumal, wenn es sich um Probleme handelt, die nicht bewältigt werden. Sicherlich handelt es sich häufig auch um Depressionsanfälle, die aber nur unvollständig wahrgenommen und nicht bearbeitet werden. Diese

Patienten brauchen zwar die Gruppen und führen auch Einzelgespräche, schaffen es aber immer wieder, sich an wirklich aktuellen Problemen an einer klaren Betrachtungsweise vorbeizumogeln.

Nun ist es eigentlich so, dass in einer Depression das Denken primitiver wird, während man sich in besseren Zeiten durchaus differenziertere Gedanken zur eigenen Person machen kann. Ich muss also die Mitteilung, dass Kommunikationsfähigkeit die Voraussetzung für Abstinenz ist, dahingehend erweitern, dass sich diese Kommunikationsfähigkeit auch auf aktuelle Probleme beziehen muss. Eine andere Schwierigkeit ist die bei diesen Patienten kaum zu beeinflussende Unfähigkeit, negatives, schlechtes Befinden mit Alkohol in Zusammenhang zu bringen, obwohl alles darauf hinweist, dass so ein Zusammenhang besteht. Es ist diesen Patienten nicht bewusst, dass sie auf einen Notfall zusteuern. Oft gehören diese Patienten auch der Gruppe von Menschen an, die normalerweise gut gelaunt, eher fröhlich und daher auch bei ihren Mitpatienten sehr beliebt sind. Stimmungseinbrüche sind wahrscheinlich für solche Patienten umso schwerer zu ertragen. Andere dieser Patienten sind auch sehr leistungsbehaftet und Workaholics, überfordern sich trotz gegenteiliger Unterweisung in der Therapie und steuern dann nach wochen-

und monatelanger Großanspannung dem scheinbar entlastenden Rückfall entgegen.

Ein anderer Moment ergibt sich aus dem Unterschied zwischen Abhängigkeit und Sucht. Ein Patient, der den Alkohol fast ausschließlich wie ein Beruhigungsmittel in der Krise eingesetzt hat, der niemals Genusstinker war und der häufig von sich sagt, dass er den Geschmack von Alkohol eigentlich gar nicht mag, wird sich letztlich leichter von Alkohol trennen können als derjenige, der vielleicht sogar ursprünglich einmal Genusstinker war und der dieser Zeit oder unbewusst immer noch nachtrauert, in der der Spannung und Unruhe einfach so mit Alkohol wegmachen konnte. Am besten erfährt man diese Gründe in der Hypnose, weil die Patienten hier über ihre tieferen Gefühle besser Auskunft geben können. Oft sind es immer die gleichen Situationen, die dann halb bewusst aufgesucht werden, obwohl bei klarer Betrachtung dem Patienten schon klar ist, dass er diese Situation aufsucht, obwohl er oder weil er die Situation gar nicht bewältigen kann. So denke ich an einen Patienten, der dann immer tanzen ging und dort regelmäßig rückfällig wurde und regelmäßig vergaß, dass er ohne Alkohol gar nicht in der Lage war, sich in so einer öffentlichen Tanzveranstaltung locker und frei zu bewegen. Es bleibt nichts anderes übrig, als diese Situation dem Patienten immer wieder klarzumachen. Dieser Bewusstmachungspro-

zess dauert oft Jahre und führt manchmal auch nie zum Erfolg.

Man könnte nun sagen, dass man diese gelegentlichen Rückfälle im Abstand von 3 bis 12 Monaten, die dann meist so eine Woche dauern, dem Patienten belassen sollte - und so wird es dann ja auch gemacht. Ich versuche dann jedes Mal, den letzten Rückfall wieder neu zu bearbeiten. Der Haken ist nur, dass jeder Rückfall doch wieder große gesundheitliche Risiken birgt, das an sich ganz geordnete Leben des sozial indignierten Patienten durcheinander bringt und die ganze Familie erschreckt und Arbeitsplätze gefährdet. So darf man weder als Therapeut noch als Patient nie diesen Kampf gegen diese Rückfälle aufgeben, auch wenn man schon ahnt, dass in manchen Fällen diese Rückfälle letztlich nicht abstellbar sind.

Bist Du vielleicht Alkoholiker?

Es ist mir nicht klar, ob Du Dir diese Frage schon einmal vorgelegt hast. Es ist ja oft so, dass auch Leute, die es eigentlich genau wissen müssten, sich diese Frage immer wieder mit "nein" beantworten. Die Gründe dafür sind vielfältig. Wer möchte schon Alkoholiker sein? Du auch nicht! Und doch wäre es vielleicht besser, wenn Du über Dein Problem Bescheid wüsstest. Vielleicht sollten wir Dich gar nicht zuerst

nach dem Alkohol fragen, sondern fangen wir mit Deiner Persönlichkeit an. Du meinst ja, dass ich Dir mit der Frage nach dem Alkohol etwas wegnehmen oder etwas Negatives beweisen oder Dir ein Schild um den Hals hängen will. Aber Du hast ja den Titel gelesen: "Alkoholiker sind die besseren Menschen". Das soll nicht nur ein Verkaufstrick sein, sondern entspricht aus meiner Sicht den Tatsachen. Jetzt frage ich Dich einfach nach Deiner Persönlichkeit. Was bist Du eigentlich für einer? Würdest Du Dich in folgender Beschreibung wieder erkennen, die ich Dir jetzt geben:

1. Du bist hilfsbereit.
2. Andere können sich, wenn sie Hilfe brauchen, an dich wenden.
3. Du möchtest immer alles 120- bis 150-ig machen. Wenn etwas schief geht, hast Du ein tierisch schlechtes Gewissen. Es kommt vor, dass Du wegen Deiner Gutmütigkeit ausgenutzt wirst.
4. Du bist schlecht in der Lage, über Deine Gefühle zu sprechen.
5. Du hast eher weniger Selbstvertrauen, als Du haben solltest. Du bist in Gesellschaft eher schüchtern, und Du frisst Ärger in Dich hinein.

Du wirst Dich fragen, was diese Zusammenstellung soll. Ich sage Dir, dass bestimmt 85 % und mehr der 4.000 Patienten, die ich in meinem Leben wegen Alkohol beraten habe, sich sofort in dieser Beschreibung wieder erkannt haben. Das ist ja das, was ich meine mit meinem Buchtitel. Ihr seid besser als die anderen, denn Ihr seid fleißiger, einfühlsamer und liebenswerter als andere Menschen. Wenn Ihr dazu nun noch regelmäßig Alkohol trinkt oder Anfallsweise dazu neigt, zuviel zu trinken, dann gehört Ihr zu denjenigen, für die ich mein Buch schreibe. Nun wirst Du dich fragen, ob hier nicht ein Widerspruch vorliegt. Nimm einmal an, Du würdest zu dieser Gruppe von liebenswerten Menschen gehören, die dennoch ein Alkoholproblem haben, wie passt das zusammen, ist das nicht vielmehr ein Widerspruch? Nun, ich meine nicht. Ich könnte sagen, Ihr seid zu gut für diese Welt, die nicht so gemacht ist, dass Ihr sie ohne Suchtmittel ertragen könntet. Ihr braucht, da Ihr Euch so schlecht aussprechen könnt, andere Freunde, da Ihr den Mitmenschen eher misstrauisch gegenübersteht, zumal wenn es darum geht, ob Ihr mit ihnen über Euch reden wollt. Durch diesen Kommunikationsmangel entsteht Druck in Eurer Seele. Dazu benutzt Ihr dann vielleicht Suchtmittel: Essen, Zigaretten, Alkohol, Tabletten oder sogar harte Drogen.

Wir sind beim Alkohol, und wir wollen wissen, ob Du damit ein Problem hast. Fangen wir zunächst einmal bei der Menge an. Wenn Du jeden Tag nur eine Flasche Bier trinkst, bist Du zwar eine gewisse Abhängigkeit gewöhnt, und es würde Dir schwer fallen, diese eine Flasche Bier nicht zu trinken. Alkoholabhängig bist Du aber nicht. Wenn Du aber bei besonderen Belastungen, die Dich treffen, in gewissen Abständen wieder größere Mengen Alkohol trinkst, dann hast Du ein Alkoholproblem. Es mag sein, dass man Dir diese Unsitte verzeiht, Dich alle zwei Wochen ein Mal zu betrinken, dennoch hast Du ein Alkoholproblem. Es sieht nämlich so aus, als wenn Du Probleme ohne Alkohol nicht bewältigen kannst. Obwohl Du Dir immer so viele Dinge aufhalst oder aufhalsen lässt, wie wir vorher gesagt haben, musst Du zu Deiner Aufklärung feststellen, dass ein seelisch gesunder Mensch sich nicht regelmäßig betrinkt. Er mag diesen betrunkenen Zustand nicht. Wenn Du aber zu den Menschen gehörst, die nur wenig Alkohol vertragen, kann es sein, dass auch schon drei Dosen Bier Dich betrunken machen, und Du dann auffällig für Deine Umwelt bist, weil Du betrunken bist. Falls Du eine Frau bist, muss ich feststellen, dass Frauen im Allgemeinen weniger Alkohol als Männer vertragen. Zu jeder Alkoholkrankheit gehört der Kontrollverlust.

Nun frage ich Dich, hast Du einen Kontrollverlust für Alkohol? Einen Kontrollverlust solltest Du eingestehen, wenn folgendes für Deinen Alkoholkonsum gilt: Du trinkst entweder am falschen Ort oder zur falschen Zeit oder die falsche Menge Alkohol, ohne dies planen oder steuern zu können. Wenn Du also regelmäßig nach der 3. Flasche Bier aggressiv wirst und Deine Frau beschimpfst, dann trinkst Du für Deine Verhältnisse zu viel, und Dein Verhalten gerät außer Kontrolle. Wärest du nicht vom Alkohol abhängig, würdest Du die Kraft haben, den Alkohol sein zu lassen, denn eigentlich möchtest Du nicht schimpfen. Wenn Du mehrfach oder sogar regelmäßig unter Alkoholeinfluss Auto fährst, ist dies ein Kontrollverlust, denn Du bist nicht verantwortungsvoll und verdrängst die Tatsache, dass Du Dich durch Dein angetrunkenes Autofahren in Gefahr begibst und auch andere gefährdest.

Wenn Deine Frau Dir immer wieder sagt, dass sie es nicht mag, wenn Du mit einer Fahne nach Hause kommst, und Du dennoch immer wieder in dieser Weise Dich präsentierst, hast ein Alkoholproblem, denn eigentlich bist Du ein rücksichtsvoller Mensch und möchtest Deiner Frau keinen Kummer machen.

Wenn Du von Deinem Chef ermahnt wirst, morgens nicht mit einer kalten Fahne zum Dienst zu kommen, dann trinkst Du offensichtlich am Abend vor der Morgenfahne so viel, dass es der Chef morgens noch merkt. Hättest Du Kontrolle über den Alkohol, würdest Du solche Alkohol-Exzesse zumindest auf Freitag oder Samstag verlegen, weil Du da nicht erwischt wirst, obwohl natürlich für diese Tage ein Kontrollverlust vorliegt. Wenn Du aber wiederholt in der Firma wegen dieser kalten Fahne auffällig und sogar abgemahnt wirst und Deinen Arbeitsplatz zu verlieren drohst, auch dann hast Du ein Alkoholproblem. Nun wirst Du vielleicht sagen, dass Du jederzeit mit dem Alkohol aufhören könntest. Das kann schon sein, bloß warum tust du es denn nicht? Selbst wenn Du es tätest, wäre damit noch nicht bewiesen, dass Du kein Alkoholproblem hättest. Denn wenn es Dir (mir) gelungen wäre, Dir zu beweisen, dass Du Alkoholiker bist, und Du würdest dann aufhören, dann könntest Du ja Rückfälle haben, wie Du in einem anderen Kapitel meines Buches lesen wirst. Wenn Du also merkst, dass einiges von dem, was ich hier sage, auf Dich zutrifft, dann wird sich für Dich die Konsequenz ergeben, dass Du mit dem Alkohol aufhören musst. Ich behaupte, dass es gar nicht zu dieser Persönlichkeit passt, Dir so ein Problem wie das mit dem Alkohol einzugestehen. Ich behaupte, wenn Dir das nicht möglich ist, dann hast Du wieder die

vorher schon erwähnte Schwierigkeit, Dich mit Deinem Problem auseinander zusetzen. Dafür hast Du ja zunächst den Alkohol eingesetzt. Du willst Dir aber dieses Problem nicht eingestehen. Nun brauchst Du wieder etwas, um diesen falschen Freund Alkohol los zu werden und damit hast Du bereits angefangen, denn Du liest dieses Buch. Wenn Du es zu Ende liest, wirst Du Dir vielleicht schon wieder vormachen, dass das alles gar nicht auf Dich zutrifft, denn wenn Du das eingesehen hättest, dass Du ein Problem mit Alkohol hast, dann müsstest Du aufhören mit dem Alkohol, obwohl Du ja abhängig bist. Du könntest sagen, ob ich trinken will oder nicht, das bestimme ich selber. Dies wäre nur dann richtig, wenn es eben so wäre. Wenn Du aber die vorher genannten Kriterien erfüllst, also immer wieder Kontrollverlust über Alkohol hast, dann gehorcht der Alkohol nicht Deinem Willen. Du willst, weil Du musst, hältst es für Freiheit - und es ist Zwang! Falls Du zu den Alleinstehenden und Arbeitslosen gehörst, die außer ihrer körperlichen Gesundheit kaum noch etwas zu verlieren haben, dann wird es für Dich natürlich noch schwieriger sein einzusehen, dass Du Dich von Deiner Dauerbetäubung trennen solltest. Du bist ja nicht nur alkoholkrank, sondern Du bist auch sozial und seelisch krank. Du brauchst also in jedem dieser Bereiche Hilfe, nicht nur wegen des Alkohols. Dies ist noch viel schwerer für Dich als für den,

der noch etwas zu verlieren hat. Wenn Du aber zu denen gehörst, die noch etwas zu verlieren haben, also zum Beispiel Gesundheit, Selbstachtung, Ehepartner, Kinder oder Arbeit, dann lies jetzt weiter in diesem Buch, in dem es darum geht, Dir Wege aus dieser Abhängigkeit zu zeigen und Dir den Entschluss nahe zu bringen, Dich wegen Deines Alkoholproblems beraten zu lassen.