

Der ^{doppelte} doppelte Teufelskreis

Abhängig sein von Tabletten oder Alkohol *und* von krankhafter Angst befallen – dieses doppelte Leiden ertragen schätzungsweise mindestens eine Million Menschen in Deutschland. Was zuerst da war, macht da kaum noch einen Unterschied. Ob Angstbetroffene aus Verzweiflung zum falschen Retter Droge griffen und später nicht mehr davon loskamen; oder ob Süchtige zusätzlich Angstzustände bekamen – wesentlich ist die Frage, wie man den miteinander vernetzten Erkrankungen wieder entrinnen kann.

Die Verbindung dieser beiden psychischen Störungen ist fatal. Zum einen schon bei der Diagnose: Die Suchtproblematik steht oft stärker im Vordergrund, deshalb wird die Angststörung von vielen Ärzten und Betroffenen nicht erkannt oder bagatellisiert. Zum andern werden viele Betroffene nur zur Behandlung einer der beiden Störungen geschickt. Wenn der Patient aber nur die Abhängigkeit von Alkohol oder Tabletten bekämpft, ist der Rückfall programmiert. Denn die verbleibenden Angstzustände treiben ihn schnell wieder zum „Helfer und Beruhiger“ Droge. Umgekehrt: Eine ausschließliche Angstbehandlung läßt die Sucht bestehen, wodurch die Angsterkrankung wieder ausbrechen kann.

Nur eine aufeinander abgestimmte, gleichzeitige Therapie beider Störungen verspricht daher Erfolg. In Deutschland gibt es allerdings erst relativ wenige entsprechende Klinikplätze. Dort dauert die Behandlung etwa 15 bis 20 Wochen. In unserem Schwerpunkt erläutert Hans-Ulrich Dombrowski zunächst das Grundsätzliche zu dieser Doppel-Erkrankung. Außerdem lassen wir Betroffene zu Wort kommen und stellen – beispielhaft – die Behandlung in zwei Kliniken vor.

Angst und Sucht:

Zwei Erkrankungen, die oft gemeinsam auftreten

**Von Dr. phil. Hans-Ulrich Dombrowski,
Diplom-Psychologe und Psychotherapeut**

Bei einem hohem Prozentsatz von Angstbetroffenen tritt neben der Angsterkrankung selbst, zumindest noch eine weitere psychische und/ oder körperliche Erkrankung auf. Diese Verbindung verschiedener Störungen wird als Komorbidität bezeichnet. In der Vergangenheit wurde diesem Aspekt in Bezug auf die Angsterforschung und -therapie nur eine unzureichende Beachtung geschenkt, so daß Behandlungsmöglichkeiten ungenutzt blieben (Rief 1996). In den letzten Jahren werden jedoch diese Zusammenhänge mehr und mehr untersucht und in der therapeutischen Praxis

berücksichtigt und auch erfolgreich umgesetzt.

In Bezug auf Angsterkrankungen gehen modernere Behandlungskonzepte daher zunehmend dazu über, die Angststörung nicht nur global zu sehen, sondern auch im Kontext mit anderen Beeinträchtigungen zu betrachten. Zusammenhänge können mit körperlichen Erkrankungen bestehen, wie z.B. bei Schilddrüsenfunktionsstörungen, Lebererkrankungen oder Migräne. Dies macht zum einen eine ausreichende organmedizinische Abklärung notwendig und erfordert zum anderen eine Kooperation zwischen

behandelndem Arzt und Psychotherapeut. Denn auch in solchen Fällen ist eine Psychotherapie unerlässlich.

Häufiger jedoch tritt eine Komorbidität zwischen Angst und Depression auf, wobei die Angst als Folge der Depression auftreten kann, sich parallel zu ihr entwickeln oder aber auch vor der Depression bereits vorhanden sein kann.

Eine angemessene Behandlung wird nur darin bestehen können (nachdem eine differentialdiagnostische Abklärung stattgefunden hat), beide Störungsbilder zu bearbeiten. Weitere Verbindungen bestehen mit Zwangs-



reaktionen, Persönlichkeitsbeeinträchtigungen und Substanzmittelabhängigkeiten (Alkohol, Tabletten). Letztere Zusammenhänge zwischen einer Angstproblematik und einem Alkoholmißbrauch oder einer -abhängigkeit werden nachfolgend thematisiert, wobei die suchtspezifischen Mechanismen bei einer Alkohol- und Tablettenproblematik vergleichbar sind.

Dr. Redecker (1994) weist darauf hin, daß ungefähr 25% der Suchtkranken auch unter einer Angsterkrankung leiden. Betrachtet man die aktuellen Zahlen, die die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren veröffentlicht hat (Jahrbuch Sucht 99), so betreiben ca. 1,7 Millionen Bundesbürger einen abhängigen Konsum, 2,7 Millionen einen Mißbrauch und 9,3 Millionen können als riskante Trinker eingestuft werden. Die Zahl der Medikamenten-abhängigen wird auf 1,5 Millionen taxiert. Diese Angaben können als untere Schätzung angesehen werden, wobei der "wahre" Wert wahrscheinlich noch höher liegen wird. Bezogen auf die Komorbidität mit einer Angst

erkrankung hieße das, daß mindestens etwa vier Millionen dieser abhängigkeitsbetroffenen Personen auch zusätzlich unter einer Angsterkrankung leiden.

Die eine Störung entwickelt sich aus der anderen

Zum besseren Verständnis dafür, daß Angst und Substanzmittelmißbrauch und -abhängigkeit so häufig gemeinsam auftreten, sollte man sich deutlich machen, daß eine Angststörung eine Erkrankung ist, die den Betroffenen in seinen Grundfesten stark erschüttert und sein Selbstvertrauen extrem nach unten zieht. Vor allem dann, wenn die Ängste in Form von Panik auftreten oder dem Angstbetroffenen nicht kalkulierbar und kontrollierbar erscheinen, wird das Selbsterleben massivst beeinträchtigt. Zu den sich verstärkt entwickelnden Insuffizienzgefühlen treten Hilflosigkeitsempfinden und depressive Momente. Es stellen sich Erwartungsängste ein (Angst-vor-der-Angst-Problematik) und häufig verstricken sich die Betroffenen zunehmend in den Teufelskreis der Angst, wodurch sich die genannten

zusätzlichen Probleme noch weiterhin verstärken (Dombrowski 1998).

In dieser als extreme Not und Bedrohung erlebten Situation tendieren Betroffene dazu, oftmals vorschnell und kritiklos, jedwede potentielle Form der Hilfe und des Heilsversprechens anzunehmen. Alkohol und Medikamente, vor allem die des süchtigmachenden Benzodiazepin-Typus (z.B. Valium, Lexotanil, Tafil, Tavor), bieten eine schnelle Hilfe und führen auch unmittelbar zu einer Spannungsabnahme und Beruhigung der als belastend empfundenen Symptomatik. Die Tendenz der Angstbetroffenen zum Nicht-Aushalten-Können und zur Angst vor Kontrollverlust ("Ich kann das nicht mehr ertragen!", "Gleich passiert etwas ganz Schlimmes!") wird durch die Wirkung der Droge verstärkt und reduziert damit gleichzeitig die eigenen Bewältigungsfertigkeiten, die mehr und mehr verkümmern.

Parallel zu der Angstsymptomatik (Pri-märsymptomatik) entwickelt sich ein Suchtprozeß (Sekundärsymptomatik), in dessen Verlauf eine zunehmend größere Anzahl von Reizen den Substanzmittelkonsum auslösen kann. Die Bereitschaft, Spannungszustände auszuhalten und auszubalancieren, nimmt hingegen mehr und mehr ab. Häufig entwickelt sich auch noch eine Tertiärsymptomatik mit Depressionen, Hilflosigkeitsempfinden, Minderwertigkeits- und Schuldgefühlen, was differentialdiagnostisch bedeutsam ist und Auswirkungen auf die Behandlung haben muß.

1. Exkurs: Angststörungen

Es gibt nicht die Angsterkrankung an sich, sondern es werden verschiedene Formen von Angststörungen unterschieden. Im ICD-10 ("International Classification of Diseases" - 10. Revision), einem von der Weltgesundheitsorganisation erarbeiteten Klassifikationssystem, werden folgende Formen der Angststörungen aufgelistet:

A) Phobische Störungen

Hierbei handelt es sich um eine Gruppe von Störungen, bei der die Angst gänzlich oder fast ausschließlich durch deutlich abgrenzbare Situationen oder Objekte, die im allgemeinen ungefährlich sind und außerhalb der

eigenen Person liegen, hervorgerufen wird.

Es werden verschiedene Formen phobischer Störungen unterscheiden, so z.B.

- Agoraphobie

Diese Form der Phobie wird von den Betroffenen als besonders einschränkend erlebt. Es besteht die Angst, das eigene Haus zu verlassen, sich in eine Menschenmenge zu begeben, Geschäfte oder öffentliche Einrichtungen zu betreten oder allein mit Bussen, Zügen und anderen Verkehrsmitteln zu fahren. Im Extremfall sind die Angstbetroffenen an das Haus gefesselt. Viele befürchten auch, aufgrund der Symptomatik umzukippen, zu kollabieren oder hilflos darniederliegend der Öffentlichkeit ausgesetzt zu sein. Die Agoraphobie kann mit oder auch ohne Panikstörung auftreten.

- Soziale Phobie

Hierbei handelt es sich um die Angst, durch andere Personen kritisch geprüft, beachtet und negativ bewertet zu werden. Die Angst bezieht sich in der Regel auf kleine soziale Gruppen, wie beispielsweise Essenssituationen, Sprechen in der Öffentlichkeit oder Kontakt zum anderen Geschlecht. Eng mit dieser Symptomatik verbunden ist ein niedriges Selbstwerterleben.

- Spezifische (isolierte) Phobien

Diese Form der Phobie ist dadurch gekennzeichnet, daß sich die Angst auf bestimmte Situationen oder Objekte bezieht, wie beispielsweise Dunkelheit, geschlossene Räume, bestimmte Tiere, Brücken, (Zahn-)Arztbesuch, Spritzen u.a.

B) Andere Angststörungen

Während sich bei der Gruppe der Phobien die Angstsymptomatik auf bestimmte Umgebungssituationen begrenzt, tritt die Angst bei den anderen Angststörungen unabhängig von derartigen Begrenzungen auf.

Folgende Unterformen werden unterschieden:

Panikstörung

Kennzeichnend für diese Störung sind die immer wiederkehrenden schweren Panikzustände (Angstattacken), die nicht vorhersehbar sind. Sie beschränken sich daher auch nicht auf bestimmte Situationen oder Umstände.

Meist entwickeln sich im Zusammenhang mit der Panik Sekundärängste zu sterben, die Kontrolle zu verlieren, zu kollabieren oder durch-zudrehen.

Generalisierte Angststörung

Die Angst wird durchgängig, frei flottierend erlebt. Sie ist nicht an bestimmte Umgebungsreize gekoppelt. Oft zeigen sich angsterzeugende Gedanken in der Richtung, daß Angehörigen etwas passieren könnte, wie zu erkranken oder zu verunglücken.

C) Gemischte Angst und depressive Störung

Bei dieser Kategorie treten Angst und Depression gleichermaßen stark auf, ohne daß die eine oder andere Störung eindeutig hervorsticht.

D) Somatoforme Störungen

Charakteristisch ist die wiederkehrende Präsentation von körperlichen Beschwerden im Zusammenhang mit der Forderung, diese medizinisch abzuklären. Diese Forderungen werden von den Betroffenen auch dann weiterhin aufrechterhalten, wenn die Untersuchungen wiederholt keinen Befund erbracht haben und die Ärzte ihnen versichern, daß ihre Beschwerden nicht körperlich begründet sind.

E) Hypochondrische Störung

Diese Form der Störung erwähne ich deshalb, weil es sich hierbei um eine Form der Phobie handelt, nämlich der übersteigerten Angst, daß eine Krankheit (Nosophobie) oder körperliche Entstellung (Dysmorphophobie) vorliegt. Aufgrund der Definition phobischer Störungen des ICD-10, daß das phobische Objekt oder die phobische Situation außerhalb der betreffenden Person liegen muß, erfolgt die Klassifikation unter der Kategorie Hypochondrische Störung.

Gemeinsame Merkmale der Angststörungen

Wie Sie bereits an den unterschiedlichen Kategorien der Angststörungen erkennen konnten, gibt es nicht die Angsterkrankung an sich. Vielmehr unterscheiden sich Ängste in ihrer Form, Ausprägung und dem Verlauf. Jede Angstproblematik sollte indivi-

duell gesehen werden. Dennoch gibt es einige gemeinsame Merkmale, die ich Ihnen zusammenfassend darstellen möchte.

Die Angstkomponenten

Physiologisch-körperliche Reaktionen

Angst zeigt sich durch physiologisch-körperliche Reaktionen, die häufig auch als vegetativ bedingt bezeichnet werden und die von Person zu Person unterschiedlich ausgeprägt sind. Typisch sind

- o Herzklopfen, -rasen, -stiche, Brustschmerz
- o Atembeklemmung, Erstickungsgefühle
- o Schwindel- und Entfremdungsgefühle
- o Flimmern vor den Augen, Gleichgewichtsstörungen
- o trockener Mund
- o Wärme- und Kälteschauer, Schweißausbruch
- o Taubheitsgefühle bzw. Kribbeln in den Extremitäten
- o Übelkeit, Erbrechen, Stuhl- oder Harndrang
- o Zittern, weiche Knie

Wahrnehmung

Die Selbstaufmerksamkeit ist auf die inneren Prozesse und Verläufe gerichtet. Die Symptomatik wird dadurch verstärkt.

Kognitive Reaktionen

Die wahrgenommenen körperlichen Reaktionen werden gedanklich/vorstellungsmäßig interpretiert. Die Bewertungen beziehen sich darauf, daß das Angst-geschehen als bedrohlich, unangenehm und unkontrollierbar angenommen wird.

Die genannten Angstkomponenten stehen in einer Wechselwirkung und bedingen sich gegenseitig. Es entwickelt sich in der Regel ein Aufschaukelungsprozeß der Komponenten und damit eine Verstärkung der Beschwerden. Erwartungsängste bilden sich heraus. Eng damit verbunden sind

Vermeidungsreaktionen

Die Betroffenen tendieren dazu, die als unangenehm und bedrohlich erlebten Situationen zu vermeiden und ihnen aus dem Weg zu gehen oder sich damit nur bis zu einem gewissen Grad zu konfrontieren. Die Beschwerden werden innerlich abgelehnt und nur unzureichend akzeptiert. Die Vermeidung bringt zunächst eine kurzfristige Er-

leichterung, führt aber mittel- bis langfristig dazu, daß die Ängste schlimmer werden. Es besteht die Gefahr der

Generalisierung

Darunter versteht man, daß die Anzahl der Reize zunimmt, welche die Angstreaktionen auslösen. Der Bewegungsspielraum der Betroffenen nimmt mehr und mehr ab, die Lebensqualität wird zunehmend eingeschränkt.

Wege der Bewältigung

Es werden bei der Angstbewältigung ineffektive von effektiven Bewältigungsmöglichkeiten unterschieden:

Ineffektive

Bewältigungsmöglichkeiten

- o Vermeidung
- o Unzureichende Konfrontation
- o Alkohol, Medikamente und/ oder andere suchterzeugenden Stoffe

Diese Bewältigungsmöglichkeiten führen zur keiner Lösung, sondern zu einer Verschlimmerung des Krankheitsbildes. Zudem besteht die Gefahr, daß sich eine Sekundär- oder gar Tertiärsymptomatik entwickelt, wie beispielsweise eine Sucht, Depression oder mangelndes Selbstvertrauen. Hilfreicher sind deshalb die

Effektiven

Bewältigungsmöglichkeiten

- o Akzeptanz und innerliche Annahme der Angstproblematik
- o Entwicklung der Bereitschaft, sich auch mit äußerst unangenehmen Zuständen zu konfrontieren
- o Konfrontation mit den angstauslösenden Reizen solange, bis eine deutliche Spannungsreduktion eintritt
- o Wiederholtes Üben der Konfrontation und damit Stabilisierung der positiven Effekte
- o Mögliche Rückfälle einplanen

Um Ängste zu bewältigen, kommen Angstbetroffene nicht umhin, sich mit ihren Ängsten auch wirklich zu konfrontieren. Die Konfrontation kann abgestuft erfolgen (der Schwierigkeitsgrad der Angstreize nimmt allmählich zu) oder sich aber (in der Regel nur im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung) gleich auf die stärksten Angstreize beziehen. Bei manchen Formen der Angststörung, wie z.B. bei bestimmten Pho-

bien, kann auch zunächst eine vorstellungsmäße Konfrontation hilfreich sein, bevor in einem zweiten Schritt die reale Konfrontation erfolgt. Als Folge der Konfrontation tritt eine

Habituation

auf. Damit ist gemeint, daß sich bei längerer Konfrontation mit dem Auslösereiz die negativen Empfindungen von selbst erschöpfen und abklingen. Dieses biologisch verankerte Prinzip, das auch unter dem Begriff der Adaptation (Anpassung) bekannt ist, wirkt dann, wenn die Voraussetzungen dafür gegeben sind, d.h. wenn eine Konfrontation mit den Angstreizen stattfindet. Haben sich Angstbetroffene erst einmal überwunden, sich in die angsterzeugende Situation zu begeben und dabei erfahren, daß das Prinzip funktioniert, wird dies von ihnen in der Regel als sehr erleichternd und motivierend erlebt.

2. Der Verlauf einer Suchterkrankung und ihre Behandlung

Eine Suchtentwicklung findet meist den Störungsbildern der Agoraphobie (meist mit Panikstörung), der Sozialen Phobie und des Paniksyndroms statt. Voraussetzung für eine erfolgversprechende Therapie ist zunächst eine genaue diagnostische Abklärung. Auf mögliche differentialdiagnostische Überlegungen wurde eingangs des Artikels bereits hingewiesen. Dombrowski (1999) und Hoellen (1997) zeigen verschiedene vielschichtige emotionale Verlaufsstadien auf, die für eine Abhängigkeitsentwicklung typisch sind. Im folgenden sollen diese komplexen Abläufe überblickartig dargestellt werden.

1. Phase:

Es liegt eine allgemeine emotionale Störung vor, wie beispielsweise eine Angsterkrankung oder Depression. Diese Störung besteht in der Regel über Jahre, und erste neurotische Verhaltensweisen haben sich bereits in der Kindheit entwickelt, treten mitunter aber auch erstmalig im Erwachsenenalter auf.

2. Phase:

Die Betroffenen fühlen sich durch ihre negativen Gefühle und Spannungszu-

stände überfordert und frustriert. Sie haben das Gefühl, die Ängste nicht mehr aushalten zu können und suchen nach Alternativen. Alkoholika und Medikamente bieten sich hier als eine scheinbare Lösung an, da sie schnell wirken und entspannen. Der Suchtprozeß entwickelt sich, wobei die gedanklichen und gefühlsmäßigen Abläufe den Personen in der Regel nicht bewußt sind.

3. Phase:

Es zeigen sich typische suchtspezifische Muster, wie das Bagatellisieren und Verleugnen des Alkohol- oder Medikamentenproblems vor sich und anderen. Die Betroffenen haben das Gefühl, ihren Konsum kontrollieren zu können, obwohl sich der Suchtprozeß bereits so verselbständigt hat, daß in der Regel nur noch eine Abstinenz als Veränderungsziel realistisch angenommen werden kann.

4. Phase:

Mit Zunahme der Suchtentwicklung und des Leidensdruckes (familiäre und berufliche Probleme, Trennungen, Führerscheinentzug) steigt die Wahrscheinlichkeit, daß sich die Betroffenen ihre Problematik eingestehen. Manche tun dies auch jetzt noch nicht und schieben die Schuld für ihre Abhängigkeit weiterhin auf andere Faktoren, als solche, die mit der eigenen Person zu tun haben ("Weil mein Chef so grimmig ist, deshalb muß ich trinken!", "Mein Leben ist zu schwer und unerträglich!"). Sehr häufig zeigen sich in dieser Phase Tendenzen, sich aufgrund des Trinkens zu verdammern und abzulehnen ("Ich bin ein Versager, weil ich trinke!", "Wer will schon etwas mit einem Trinker zu tun haben?"). Diese als Tertiärsymptomatik bezeichneten Reaktionen der eigenen Verdammnis und Selbsterniedrigung verstärken den Suchtprozeß und sind ein häufig genannter Rückfallgrund von denjenigen, die versuchen, aus der Abhängigkeit auszusteigen.

5. Phase:

Die Abhängigkeitsentwicklung hat sich endgültig verselbständigt. Es treten verstärkt körperliche und psychische Ausfallerscheinungen auf, wie beispielsweise Beeinträchtigungen der Hirnfunktionen. Die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung ist

extremst herabgesetzt, das Denken und Fühlen inadäquat. Es zeigen sich verstärkt Hilflosigkeitsempfindungen. Die Wahrscheinlichkeit, die Abhängigkeit noch bewältigen zu können, sinkt.

Dieser skizzierte Ablauf der Phasen muß nicht bei jeder Person so in dieser Form auftreten, sondern es können sich Abweichungen oder Veränderungen zeigen. Was jedoch bei jeder Abhängigkeitsentwicklung auftritt, ist der prozeßhafte Verlauf der Erkrankung mit Primärsymptomatik (beispielsweise einer Angsterkrankung), Sekundärsymptomatik (Abhängigkeit) und sehr häufig einer Tertiärsymptomatik (Selbstverurteilung, Depression, Hilflosigkeit).

Therapie: Zuerst trocken werden!

In der Therapie wird nun versucht, die Phasen in rückwärtiger Reihenfolge zu bearbeiten und den Verlauf umzudrehen. Voraussetzung für eine erfolgversprechende psychotherapeutische Behandlung ist allerdings eine Abstinenz, was in den meisten Fällen nicht nur eine Entgiftung (in der Regel in einem Allgemeinkrankenhaus), sondern auch gleichzeitig eine stationäre Suchttherapie voraussetzt. Es macht keinen Sinn, zu versuchen, eine Angsterkrankung (als primäres Problem) zu behandeln, wenn noch offenes Abhängigkeitsverhalten vorliegt oder sich die Person aufgrund ihrer Problematik selbst verurteilt und depressive Zustände erlebt.

Die Behandlung einer Abhängigkeit zeigt sich, wie die Erkrankung selbst, als ein sehr komplexes Geschehen, das ich nachfolgend darstellen möchte.

BUCHTIP:
Johannes Lindenmeyer:
Lieber schlau als blau
Beltz Verlag, 5. Auflage 1998,
DM 32,80

1. Eingeständnis der Abhängigkeit und Selbstakzeptanz als Abhängiger
Ein Kardinalproblem bei der Suchtbehandlung ist das Eingeständnis des Betroffenen, wirklich abhängig zu sein. Eine ständige Motivierung in der Therapie (und darüber hinaus) ist vielfach

notwendig. In der Selbsthilfegruppe der *Anonymen Alkoholiker* wird deren Mitgliedern dieses Eingeständnis bei jedem Treffen abverlangt: "Mein Name ist X. Ich bin Alkoholiker!"

Stark damit verankert ist der Aspekt der Selbstakzeptanz. In dem Moment, in dem ich mir als Betroffener einstehe, wirklich abhängig zu sein, sollte ich auch lernen, diese Abhängigkeit in mein Selbstbild und Selbstverständnis zu integrieren ("Ich verzeihe mir die Dinge, die ich während der nassen Phase getan habe!", "Auch wenn ich nicht mehr trinke, kann das Leben lebenswert sein!", "Alkoholiker zu sein heißt nicht, ein total minderwertiger Mensch zu sein, sondern bedeutet, in einem Bereich ein Problem zu haben!").

Wenn es dem Betroffenen gelingt, sich zwar als abhängigen, aber dennoch auch als liebenswerten Menschen zu akzeptieren und anzunehmen, schafft er die Voraussetzung dazu,

2. das abhängige Verhalten zu kontrollieren.

Damit ist gemeint, sich bewußt zu werden, welche Reize die gedanklichen Prozesse auslösen, die ein Verlangen nach Alkohol bewirken (beispielsweise negative Gefühle, Streß oder Versuchungen des Umfeldes) und welche spezifischen Gedanken dem Verlangen vorausgehen (beispielsweise: "Ich kann diese Spannungen kaum noch aushalten!", "Nur ein Gläschen, dann geht es mir besser. Mehr trinke ich auf keinen Fall!"). Es ist wichtig, daß sich die Betroffenen selbst auf die Schliche kommen, um auch ihre Verleugnungstendenzen und Bagatellisierungen bewußt zu erfassen, Strategien zu entwickeln und dagegen zu setzen. Dieses Vorgehen wird in der Verhaltenstherapie als Selbstkontrolle bezeichnet.

3. Bewältigung der Primärproblematik

Ist eine Abstinenz gegeben und hat der Betroffene gelernt, sich als Abhängigen zu sehen und zu akzeptieren, ist er darüber hinaus auch in der Lage, sein Suchtverhalten zu kontrollieren, dann sind die Voraussetzungen dazu geschaffen, die primäre Problematik zu bearbeiten.

Die Bewältigungsmöglichkeiten bei einer Angsterkrankung haben Sie

bereits im "Exkurs: Angststörungen" kennengelernt. Auf die erfolgreiche Behandlung von Depressionen, die sehr häufig mit Abhängigkeit assoziiert sind, hat Hautzinger (1997) in der Ausgabe 12 der *daz* bereits hingewiesen. (zu Behandlungskonzepten siehe auch Seiten 9 und 11)

Möglichkeiten der Selbstkontrolle

Eine Alkohol- und/ oder Medikamentenabhängigkeit ist eine sehr ernstzunehmende Erkrankung. Sie stellt ein komplexes Geschehen von körperlichen, gedanklichen und gefühlsmäßigen Komponenten dar. Besteht zudem als Primärsymptomatik eine Angststörung, so wird das Problem noch vielschichtiger. Die Bewältigung der Suchtproblematik ist Voraussetzung dafür, auch angemessen mit der Angststörung umgehen zu können. Umgekehrt führt eine nicht erkannte oder nur unzureichend behandelte Angsterkrankung in den meisten Fällen wieder zum alkohol- und/ oder tablettenbedingten Rückfall. Daher sind viele Suchtkliniken bereits dazu übergegangen, sog. Angstgruppen mit in ihr Behandlungskonzept aufzunehmen.

Eine effektive Behandlung besteht sinnvollerweise darin, daß nach einer stationären Maßnahme (gekoppelt mit Entgiftung) eine ambulante Psychotherapie aufgenommen wird. Parallel und ergänzend dazu sollte der Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe für Suchtbetroffene gesucht werden. Eine spätere Mitarbeit in einer Angst-Selbsthilfegruppe, unter der Voraussetzung einer kontrollierten Abstinenz, ist dann als ebenso förderlich und hilfreich anzusehen. Durch eine derartige Kombination und Ergänzung der verschiedensten Maßnahmen entwickeln sich Möglichkeiten der Selbstkontrolle der Beschwerden.

Dies ist ein langer Weg, den Betroffene vor sich haben, wenn sie ihr psychisches, körperliches und soziales Gleichgewicht wieder erlangen möchten. Mitunter ist dieser Weg auch begleitet von schmerzhaften Erfahrungen und von Veränderungen, die nicht leicht fallen und auch weh tun. Aber ich möchte Ihnen abschließend Mut dazu machen, diesen Weg auch tatsächlich zu gehen. Er lohnt sich.

Wie sagte doch der amerikanische Psychotherapeut Albert Ellis, der Begründer der Rational-Emotiven-Verhaltenstherapie: "Niemand hat behauptet, daß es einfach wäre mit dem Trinken aufzuhören. Aber die meisten Patienten berichten, nachdem ihnen dies gelungen ist, daß es nicht annähernd so schwierig gewesen sei, wie sie es ursprünglich angenommen hatten, und schon gar nicht unmöglich."

Adresse des Autors:

Dr. phil. Hans-Ulrich Dombrowski
Diplom-Psychologe und
Psychotherapeut
Barbarossastr. 128
59555 Lippstadt
Telefon/ Fax 02941-60780

Literatur:

Deutsche Gesellschaft gegen die Suchtgefahren (1998): Jahrbuch Sucht 99. Neuland, Geesthacht.

Dombrowski, H.-U. (1998): Angst erfolgreich überwinden (2. Auflage). Verlag für Psychologie und Lebenshilfe, Lippstadt.

Dombrowski, H.-U. (1999): Lösungswege bei Alkoholproblemen. Verlag für Psychologie und Lebenshilfe, Lippstadt.

Ellis, A., McInerney, J.F., DiGiuseppe, R., Yeager, R.J. (1988): Rational-Emotive Therapy with Alcoholics and Substance Abusers. Allyn & Bacon, Boston.

Hautzinger, M. (1997): Depressionen. Deutsche Angst-Zeitschrift, 12, 4 - 11.

Hoellen, B. (1997): Abhängigkeitsentwicklung und -therapie: Der Rational-Emotive Ansatz. In: Ellis, A.,

Hoellen, B.: Die Rational-Emotive Verhaltenstherapie - Reflexionen und Neubestimmungen. Pfeiffer, München.

Redecker, T. (1994): Sucht und Angst. Panik im Kopf. Partner Magazin, 1, 6 - 17.

Rief, W. (1996): Ein Unglück kommt selten allein. Wenn's nicht nur bei der Angststörung bleibt. Deutsche Angst-Zeitschrift, 8, 4 - 7.

Weltgesundheitsorganisation (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Revision (ICD 10 - deutsche Ausgabe). Hans Huber Verlag, Bern Göttingen Toronto.

Kombinierte Behandlung

am Beispiel der Fachklinik Furth im Wald. . .

Die Fachklinik Furth im Wald (Adresse siehe Kasten) ist ein Therapiezentrum für Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik. Schon seit 1988 wird hier auch Männern und Frauen geholfen, die außer einer Sucht zusätzlich psychogene Störungsbilder aufweisen – wie z.B. Angsterkrankungen und Depressionen. Interessant an dieser Einrichtung: Die angewandten Therapieverfahren richten sich nach der Persönlichkeit und dem Krankheitsbild des Patienten. Es kommen tiefenpsychologisch orientierte und verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen zur Anwendung, und im Bedarfsfall werden z.B. Systemische Therapie, Gesprächspsychotherapie, Logotherapie, Kunst- und Gestaltungstherapie integriert.

Die kombinierte Behandlung von Sucht und Angst dauert im Schnitt 14 bis 18 Wochen. Dabei - so die Verantwortlichen der Klinik - müßten zwar



„die einzelnen Störungsbilder isoliert hinsichtlich Entstehung, Aufrechterhaltung und Therapie berücksichtigt werden“, ebenso gelte es aber „den Kausalzusammenhang zwischen der psychosomatischen Störung einerseits und der Abhängigkeitserkrankung andererseits heraus zu arbeiten und die wechselseitigen Interaktionen zu berücksichtigen“.

Ziel der Behandlung ist es, die eigenen Möglichkeiten des Patienten zu fördern, mit seinen seelischen, körperlichen und sozialen Problemen besser umgehen zu können.

Die Behandlung der *Sucht* besteht im wesentlichen in der Vermittlung dreier therapeutischer Eckpunkte:

- Erkennen und Akzeptieren der eigenen Abhängigkeit – ein meist langwieriger, mühevoller Prozeß.
- Daraus ergibt sich - auch aufgrund neurobiologischer Erkenntnisse - die
- Notwendigkeit lebenslanger Abstinenz.
- Sinnfindung. Zwischen Abstinenz und Sinnfindung besteht eine Wechselwirkung: ohne sinnerfülltes Leben keine „zufriedene Abstinenz“, ohne Abstinenz kein zufriedenes Leben.

Die einzelnen Maßnahmen der Behandlung bestehen aus der Teilnahme an der „Abhängigkeitsgruppe“, Einzeltherapie, Sport- und Entspannungsthe-