

Johannes Lindenmeyer

Alkohol- abhängigkeit

2., überarbeitete Auflage

Fortschritte der Psychotherapie

Alkoholabhängigkeit

Fortschritte der Psychotherapie

Band 6

Alkoholabhängigkeit

von Dr. Johannes Lindenmeyer

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Klaus Grawe,

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Alkohol- abhängigkeit

von Johannes Lindenmeyer

2., überarbeitete Auflage

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN
TORONTO · SEATTLE · OXFORD · PRAG

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Johannes Lindenmeyer, geb. 1954. 1974-1981 Studium der Psychologie in Heidelberg. 1996 Promotion. Seit 1981 in der Behandlung von Alkohol- und Medikamenten-abhängigen und seit 1986 als Trainer und Supervisor an verschiedenen Ausbildungsinstituten für Verhaltenstherapie tätig. Seit 1996 Direktor der salus klinik Lindow.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnetet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 1999 und 2005 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Toronto · Seattle · Oxford · Prag
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar

Druck: Schlütersche Druck GmbH & Co. KG, Langenhagen

Printed in Germany

Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 3-8017-1916-2

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 2. überarbeiteten Auflage	1
1 Beschreibung der Störung	2
1.1 Bezeichnung und Definition nach ICD-10	2
1.2 Typen von Alkoholabhängigkeit	6
1.3 Epidemiologische Daten	7
1.4 Verlauf und Prognose	8
1.5 Differenzialdiagnose	11
1.5.1 Bestehen körperliche oder soziale Begleit- und Folgeerkrankungen, die einer vorrangigen Behandlung bedürfen?	11
1.5.2 Abgrenzung von riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum	12
1.5.3 Sekundäre Alkoholabhängigkeit	15
1.6 Komorbidität	16
1.7 Belastung der Angehörigen	17
1.8 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen	18
1.8.1 Screening-Instrumente	18
1.8.2 Instrumente zur Differenzialdiagnostik	20
1.8.3 Instrumente zur Dokumentation und Qualitätssicherung ...	22
2 Störungstheorien und -modelle	23
2.1 Intrapsychische Modelle der Alkoholabhängigkeit	24
2.1.1 Die Entwicklung pathologischer Trinkmotive	24
2.1.2 Sozialkognitives Rückfallmodell	26
2.1.3 Veränderungsphasen	28
2.2 Neurobiologische Modelle der Alkoholabhängigkeit	29
2.2.1 Toleranzentwicklung/Entzugserscheinungen	29
2.2.2 Endorphinmangel	30
2.2.3 Situationsspezifische emotionale Gedächtniseffekte und Informationsverarbeitung („Suchtgedächtnis“)	31

2.3	Psychosoziale Modelle der Alkoholabhängigkeit	33
2.3.1	Das „Eisbergphänomen“ in einer gestörten Trinkkultur	33
2.3.2	Familienprozesse bei Alkoholabhängigkeit	34
2.3.3	Sozialer Abstieg	35
2.3.4	Das verhaltensökonomische Rückfallmodell	36
2.4	Schlussfolgerungen	37
3	Diagnostik und Indikation	40
3.1	Erstkontakt	40
3.1.1	Umgang mit Begleitpersonen beim Erstkontakt	40
3.1.2	Gesprächsstrategie	41
3.1.3	Umgang mit intoxikierten Patienten im Erstkontakt	43
3.2	Medizinische Untersuchung	43
3.3	Strukturierte Interviews	44
3.4	Der Einsatz von klinischen Fragebogen	45
3.5	Indikationsstellung	46
3.5.1	Indikationskriterien für eine stationäre Behandlung	46
3.5.2	Indikationskriterien für eine ambulante/teilstationäre Behandlung	46
3.5.3	Zwei-dimensionales Modell der Differenzierung von Suchtproblemen	47
3.6	Rückmeldung der Diagnostikergebnisse und Vermittlung der Indikationsentscheidung durch den Therapeuten	49
3.6.1	Rückmeldung allgemeiner Diagnostik-Ergebnisse	49
3.6.2	Rückmeldung vorläufiger Suchtdiagnostik-Ergebnisse	51
3.6.3	Erläuterung der individuellen Therapieindikation	53
4	Behandlung	57
4.1	Strukturierung der Therapiesitzungen	61
4.2	Detaillierte Abhängigkeitsanalyse	63
4.2.1	Analyse eines Trinktages	64
4.2.2	Analyse der letzten 90 Trinktage	64
4.2.3	Lebenslinie	65
4.2.4	Therapietagebuch	66
4.2.5	Situationsanalyse	67
4.3	Motivational Interviewing zur Erzeugung von Änderungsbereitschaft und Überwindung von Veränderungsambivalenz	68

4.4	Informationsvermittlung und Auseinandersetzung mit der eigenen Abhängigkeitsentwicklung	70
4.4.1	Dosierte Informationsvermittlung	71
4.4.2	Motivationsförderung durch Gruppeninteraktion	73
4.4.3	Entwicklung eines situativen Modells der individuellen Abhängigkeit	74
4.5	Vier-Felder-Tafel	77
4.6	Ablehnungstraining	78
4.6.1	Verhaltenstest: Standardsituation	79
4.6.2	Positives Videofeedback	79
4.6.3	Modell: Standardsituation	80
4.6.4	Rollenspielübung: Standardsituation	81
4.6.5	Rollenspielübung: Individuelle Situation	81
4.7	Bewältigungstonbänder	82
4.7.1	Erarbeiten des Situationstextes	83
4.7.2	Aufnahme des Bewältigungstonbandes	83
4.7.3	Geleitete Vorstellungsübung	83
4.8	Expositionübungen	83
4.8.1	Einführung des Paradigmas	85
4.8.2	Die erste Expositionübung in Gegenwart des Therapeuten	87
4.8.3	Auswertung der Expositionübung	89
4.8.4	Weitere Expositionübungen in vivo ohne Therapeuten	90
4.9	Notfallplan zur Überwindung von Rückfällen	92
4.10	Vorbereitung der ersten Zeit nach Therapieende	93

5	Umgang mit rückfälligen Patienten während der Behandlung	95
5.1	Medizinische Abklärung/Versorgung	96
5.2	Wieder nüchtern werden	96
5.3	Therapie- und Abstinenzsicherung	96

6	Die Einbeziehung von Angehörigen	98
6.1	Motivierung der Angehörigen	99
6.2	Vermittlung eines therapierelevanten Modells über Abhängigkeit und Partnerschaft	99
6.3	Steigerung positiven Erlebens in der Partnerschaft	101

6.4	Verbesserung der partnerschaftlichen Kommunikations- und Konfliktlösefähigkeiten	103
6.5	Rückfallprophylaxe unter Einbeziehung der Angehörigen	105
7	Varianten der Behandlungsmethoden und Kombinationen	106
7.1	Medikamentöse Behandlung	106
7.2	Gruppentherapie	107
8	Effektivität und Prognose	111
9	Literatur	113
9.1	Literaturempfehlung	113
9.2	Test-Literatur und Dokumentationshilfen	115
9.3	Weitere zitierte Literatur	116
10	Anhang	119
	Tagesverlauf	119
	Therapietagebuch	120
	Ablehungstraining	121
	Bewältigungstonband	122
	Expositionssübung	123
	Notfall-Plan-Vertrag	124

Karten:

- Hinweise für Erstkontakt
- 10 Indikationsfragen
- Rückmeldung der Diagnostik-Ergebnisse/Vermittlung der Indikationsentscheidung
- Situatives Modell der individuellen Abhängigkeit
- Struktur von Einzel- und Gruppentherapiesitzung
- Umgang mit rückfälligen Patienten

Vorwort zur 2. überarbeiteten Auflage

Seit der ersten Auflage dieses Buches sind etwas mehr als 5 Jahre vergangen. Die Verkaufszahlen verdeutlichen die Resonanz, auf die das Behandlungsmanual bei Suchtbehandlern bis heute stößt. Mittlerweile haben neue Forschungserkenntnisse, Veränderungen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sowie organisatorische wie inhaltliche Neuerungen des Suchthilfesystems die Behandlungsmöglichkeiten für Alkoholabhängige erheblich erweitert:

- Fortschritte der Neurobiologie haben eine suchtmedizinische Perspektive in der Behandlung von Alkoholabhängigen gestärkt und hierbei den Blick auf die suchtbedingten Einschränkungen der Willensfreiheit der Betroffenen gelenkt.
- Unter dem Blickwinkel einer Alkoholabhängigkeit als chronischer Erkrankungen ergibt sich eine Schwerpunktverschiebung der Behandlung in Richtung einer Vorrangigkeit von gezielten Maßnahmen zur Förderung von Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftlichen Leben zu Lasten einer rein psychotherapeutischen Betrachtung der Sucht.
- Das immer differenziertere Suchthilfesystem erfordert eine systematische Vernetzung der einzelnen Behandlungsmaßnahmen. Zentrales Qualitätsmerkmal ist hierbei nicht mehr nur die therapeutisch optimale Gestaltung von Einzelmaßnahmen sondern die Optimierung der entstehenden Schnittstellen.

Es ist den Herausgebern der Reihe *Fortschritte der Psychotherapie* und dem Lektorat des Hogrefe Verlags zu danken, dass der sich hieraus ergebenden Notwendigkeit einer überarbeiteten und erweiterten Neuauflage kurzfristig Rechnung getragen werden konnte.

Wenn sich die Darstellung auf psychotherapeutische Aspekte der Behandlung von Alkoholabhängigen konzentriert, so geschieht dies in dem Bewusstsein, dass Psychotherapie bei dieser Klientel nur im Zusammenwirken eines interdisziplinären Behandlungsansatzes erfolgreich sein kann. Andererseits ermöglicht erst eine psychologische Perspektive die erforderliche Optimierung aller Maßnahmen zur Motivierung, Veränderung und Rückfallprävention in Hinblick auf die persönlichen Motive, Bedürfnisse und Fähigkeiten des einzelnen Patienten. Nur dadurch kann es gelingen, dass Alkoholabhängige als aktive Individuen in den Focus der Behandlungsbemühungen gelangen.

**„Krankheit
des Willens“**

**Jellinek:
bis heute
gültiges
Krankheits-
modell**

**Ambivalente
Einstellung**

1 Beschreibung der Störung¹

Erstmals wurde Alkoholismus im Jahre 1774 von dem amerikanischen Arzt Benjamin Rush als „Krankheit des Willens“ beschrieben und damit überhaupt zum Gegenstand medizinisch-psychologischer Betrachtung und Behandlung gemacht. Zuvor waren Alkoholprobleme über Jahrhunderte als Laster bzw. Teufelswerk moralisch verurteilt und die Betroffenen lebenslang in Asylen gemeinsam mit Irren und Verbrechern von der Gesellschaft ausgesondert worden. Das heutigen Behandlungsansätzen zu Grunde liegende Krankheitsmodell der Alkoholabhängigkeit wurde 1941 durch E. M. Jellinek entwickelt (Jellinek, 1960). Seither werden viele Begriffe synonym für Alkoholabhängigkeit verwendet: Trunksucht, Alkoholismus, chronischer Alkoholismus, Alkoholabusus, Alkoholkrankheit.

Bis heute ist eine ambivalente Einstellung in der Allgemeinbevölkerung und in der Fachwelt gegenüber Alkoholproblemen zu verzeichnen: Einerseits ist Alkoholabhängigkeit seit 1968 gesetzlich als Krankheit anerkannt, wodurch ein Behandlungsanspruch der Betroffenen begründet ist. Andererseits werden Alkoholprobleme weiterhin als schuldhaftes Fehlverhalten angesehen und Alkoholabhängige beispielsweise für ihren Rückfall auch juristisch zur Verantwortung gezogen. Das Bild von Alkoholkranken in der Bevölkerung ist bis heute negativ. Entsprechend werden die Erfolgsaussichten der Behandlung von Alkoholabhängigen gemeinhin erheblich unterschätzt.

Bei einer Alkoholabhängigkeit handelt es sich nicht um ein einheitliches Phänomen, vielmehr können im Verlauf einer Abhängigkeitsentwicklung ein ganz unterschiedliches Trinkverhalten sowie eine Vielfalt von körperlichen, sozialen und psychischen Folgeschäden das klinische Bild dominieren und jeweils spezifische Behandlungsangebote erforderlich machen (vgl. Tab. 1).

1.1 Bezeichnung und Definition nach ICD-10

Alkoholprobleme sind somit als mehrdimensionales Kontinuum zu verstehen mit unterschiedlichen Ausprägungsrichtungen und Schweregraden, aus denen lediglich einzelne Syndrome mit expliziten Diagnosen belegt und damit zum offiziellen Gegenstand des Gesundheitssystems gemacht wurden.

1 Um die Lesbarkeit des Textes zu verbessern, wurde das Literaturverzeichnis bewusst kurz gehalten. Ausführliche Literaturhinweise finden sich in den in der Literaturempfehlung (Kapitel 9) aufgeführten Nachschlagewerken. Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut werden synonym gebraucht.

Tabelle 1:
Körperliche, soziale und psychische Folgeschäden

Trinkverhalten	Körperliche Folgeschäden	Soziale Folgeschäden	Psychische Folgeschäden
<ul style="list-style-type: none"> – Häufige Räusche – Dosissteigerung – Toleranzsteigerung – Toleranzminderung – Alkoholvergiftung – Spiegeltrinken – Morgendliches Trinken – Umsteigen auf harte Alkoholika – Heimliches Trinken – Trinken in Gesellschaft unter Niveau – Periodische Trinkexzesse – Erfolglose Abstinenzversuche – Wiederholte Entgiftungsbehandlung – Erfolglose Entwöhnungsbehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> – Entzugserscheinungen – Krampfanfälle – Erhöhtes Krebsrisiko – Verstärkte Infektanfälligkeit – Sexuelle Funktionsstörungen – Gelenkschmerzen – Pankreatitis – Kardiomyopathie – Bluthochdruck – Polyneuropathie – Traumen – Fettleber – Leberentzündung – Leberzirrhose – Mangelernährung – Anämie – Gastritis – Knochenbrüche 	<ul style="list-style-type: none"> – Partnerschaftskonflikte – Trennung/Scheidung – Schulden – Konflikte am Arbeitsplatz – Arbeitsplatzverlust – Verlust der Fahrerlaubnis – Straftaten – Wohnungsverlust – Verwahrlosung – Rückzug von Freunden – Haftstrafen 	<ul style="list-style-type: none"> – Aggressive Entgleisungen – Verringertes Selbstwertgefühl – Selektive Wahrnehmung – Distanzlosigkeit – Gefühlschwankungen – Konzentrationschwierigkeiten – Gedächtnisstörungen – Depression – Delirium tremens – Alkoholhalluzinose – Suizidalität – Soziale Ängste – Panikattacken – Chronische Eifersucht

Vielfalt von Folgeschäden

In der Bundesrepublik Deutschland wird nach der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD) der Weltgesundheitsorganisation diagnostiziert, die in der 10. Revision erschienen ist (Dilling et al., 2004). Danach werden 10 verschiedene alkoholbedingte Syndrome unterschieden. Diese sind zwar nicht gleichwertig, können aber durchaus nebeneinander klassifiziert werden:

Alkoholbedingte Syndrome nach ICD-10	
F10.0	Akute Intoxikation (akuter Rausch)
F10.1	Schädlicher Gebrauch
F10.2	Abhängigkeitssyndrom
F10.3	Entzugssyndrom (z. B. Tremor, Schweißausbrüche, Angst)
F10.4	Entzugssyndrom mit Delir
F10.5	Psychotische Störung (z. B. Alkoholhalluzinose, alkoholische Paranoia)
F10.6	Alkoholbedingtes amnestisches Syndrom (z. B. Korsakow-Syndrom)

ICD-10

- | | |
|-------|---|
| F10.7 | Alkoholbedingter Restzustand (z. B. auch nach Abstinenz anhaltende Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung) |
| F10.8 | sonstige alkoholbedingte psychische Verhaltensstörungen |
| F10.9 | Nicht näher bezeichnete alkoholbedingte psychische und Verhaltensstörung |

Es können so viele Syndrome benannt werden, wie zur Beschreibung eines Patienten notwendig sind. Für die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit müssen nach ICD-10 folgende Kriterien erfüllt sein:

**Diagnose-
kriterien
nach ICD-10**

Diagnosekriterien des Abhängigkeitssyndroms (F10.2) nach ICD-10

Zumindest 3 der folgenden Kriterien waren innerhalb des letzten Jahres gleichzeitig vorhanden:

1. Starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die alkoholspezifischen Entzugssymptome oder durch die Einnahme von Alkohol oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch geringere Alkoholmengen erreichten Wirkungen hervorzurufen sind größere Alkoholmengen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zu Gunsten des Alkoholkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung oder Verschlechterung kognitiver Funktionen.

Die fünfte Stelle dient der weiteren Unterteilung des Alkoholabhängigkeitssyndroms:

- F10.20 gegenwärtig abstinent
- F10.21 gegenwärtig abstinent, aber in beschützter Umgebung
- F10.23 gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten (z. B. Antabus oder Disulfiram)
- F10.24 gegenwärtiger Alkoholkonsum
- F10.25 ständiger Alkoholkonsum
- F10.26 episodischer Alkoholkonsum

International wird die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit häufig mithilfe des „Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen“ gestellt (Saß et al., 1998). Die Kriterien für Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV entsprechen größtenteils denen des ICD-10. Allerdings ergab sich in Vergleichsstudien bei Verwendung des ICD-10 zum Teil eine erheblich höhere Prävalenzrate in einer und derselben Population als bei Verwendung des DSM-IV (Schuckit, 1994).

DSM-IV

Für die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen im klinischen Alltag ist die Heterogenität der Diagnosekriterien nach ICD-10 bzw. DSM-IV nur wenig befriedigend. Hier kann als einfacher zu handhabende Faustregel gelten:

Alkoholabhängig ist entweder,
wer den Konsum von Alkohol nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher oder psychischer Art eintreten
<i>oder</i>
wer nicht aufhören kann zu trinken, obwohl er sich oder anderen immer wieder schweren Schaden zufügt.

Kurzdefinition
von Alkohol-
abhängigkeit

Angesichts der zunehmenden Bewusstheit über die soziale Dimension von Erkrankungen hinsichtlich ihrer Genese, ihrer Auswirkungen im Alltag der Betroffenen und schließlich ihrer Prognose wird in wenigen Jahren der ICD-10 durch das internationale Klassifikationssystem of Functioning (ICF) der WHO (2001) ergänzt werden. Gegenstand des ICF sind nicht mehr vorrangig die Symptome einer Erkrankung (Komponenten Körperfunktion und Aktivität) sondern die sich daraus ergebende Behinderung im Alltag der Be-

ICF

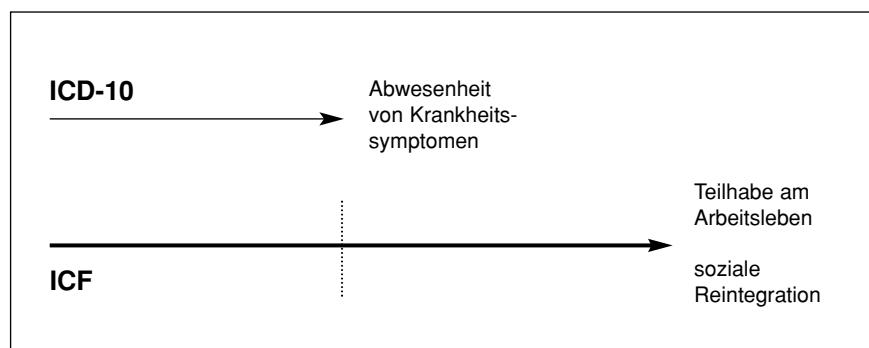


Abbildung 1:

Der erweiterte Gegenstand von Suchtbehandlung: Ziel des SGB IX ist nicht mehr nur die Beseitigung/Linderung von Krankheitssymptomen nach ICD-10 sondern die Überwindung/Kompensation der durch sie bedingten sozialen Behinderung nach ICF

troffenen (Komponente Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen). Entsprechend beschränkt sich das Ziel einer Behandlung nicht auf die Beseitigung von Krankheitssymptomen, dies ist bei chronischen Erkrankungen einschließlich einer Alkoholabhängigkeit häufig nicht mehr möglich. Vielmehr richten sich die Behandlungsmaßnahmen darüber hinaus auf die Überwindung der durch eine Erkrankung entstehenden Beeinträchtigung des Betroffenen hinsichtlich seiner Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftlichen Leben, wie dies zum Beispiel mit Einführung des SGB IX im Jahre 2001 bereits für alle Rehabilitationsmaßnahmen vorgeschrieben wurde.

1.2 Typen von Alkoholabhängigkeit

Immer wieder wurden angesichts der Vielfalt von Alkoholproblemen Versuche unternommen, verschiedene Typen der Alkoholabhängigkeit zu unterscheiden. Obwohl alle bislang vorgelegten Typologien empirisch nicht befriedigend gesichert werden konnten, sind die folgenden zwei Einteilungen im klinischen Alltag durchaus geeignet, die Beschreibung der spezifischen Problematik eines Alkoholabhängigen im Einzelfall zu erleichtern.

Vier Formen des Trinkverhaltens bei Alkoholabhängigen	
Konflikttrinken	In Anlehnung an die bekannte Typologie von Jellinek (1960) lassen sich folgende vier Formen des Trinkverhaltens bei einer Alkoholabhängigkeit unterscheiden. Allerdings sind auch Mischformen möglich: <ul style="list-style-type: none">– <i>Konflikttrinken</i> (Alpha-Trinker): Die Abhängigkeit besteht darin, dass der Betroffene in ganz bestimmten Situationen zu Alkohol greift, da er über keine anderen Lösungs- oder Bewältigungsmöglichkeiten verfügt.
Rauschtrinken	<ul style="list-style-type: none">– <i>Rauschtrinken</i> (Gamma-Trinker): Die Abhängigkeit besteht darin, dass der Betroffene es trotz bester Vorsätze nicht schafft, lediglich kleinere Mengen Alkohol zu trinken. Vielmehr endet sein Trinken meist in mehr oder weniger starkem Rausch (sog. „Kontrollverlust“).
Spiegeltrinken	<ul style="list-style-type: none">– <i>Spiegeltrinken</i> (Delta-Trinker): Die Abhängigkeit besteht darin, dass der Betroffene über den Tag verteilt Alkohol trinkt, um die Alkoholkonzentration im Blut nie unter einen bestimmten „Spiegel“ sinken zu lassen, da sonst unangenehme Entzugserscheinungen auftreten.
Periodisches Trinken	<ul style="list-style-type: none">– <i>Periodisches Trinken</i> (Epsilon-Trinker): Die Abhängigkeit besteht darin, dass der Betroffene trotz zwischenzeitlicher Abstinenz (bzw. unauffälligem Alkoholkonsum) immer wieder Phasen eines unkontrollierten Alkoholkonsums hat. Dem Betroffenen sind oft keinerlei Anlass oder Auslöser hierfür bewusst, weswegen er sog. „magisches“ oder abergläubisches Denken zur Erklärung der Trinkphasen entwickelt.

2 Typen von Alkoholabhängigkeit

Die ursprünglich von Cloninger (1981) vorgelegte Unterscheidung von Typ A und Typ B Alkoholabhängigen konnte in einer Reihe von clusteranalytischen Untersuchungen bestätigt werden. Außerdem ließ sich ein Bezug zwischen dieser Unterscheidung und neurophysiologischen Alkoholismusmodellen herstellen.

- *Typ A Alkoholismus:* Neurotischer Subtyp mit wenig Risikofaktoren in der Kindheit, spätem Beginn, wenig schweren Abhängigkeitssymptomen und wenig psychopathologischen und alkoholbezogenen Problemen. Hauptziel des Trinkens ist die Angstminderung.
- *Typ B Alkoholismus:* Psychopathischer Subtyp mit verstärkten Risikofaktoren in der Kindheit, familiär gehäuftem Alkoholismus, frühem Beginn, schweren Abhängigkeitssymptomen und einer Vielzahl psychopathologischer und alkoholbezogener Probleme. Häufig gleichzeitiger Konsum von mehreren Suchtmitteln.

Neurotischer
Subtyp

Psycho-
pathologischer
Subtyp

1,5 Millionen
Alkohol-
abhängige

13 % Lebens-
zeitprävalenz

Hoher Alkohol-
konsum in der
Bevölkerung

1.3 Epidemiologische Daten

Die Alkoholabhängigkeit stellt in den westlichen Industrienationen bei Männern die häufigste und bei Frauen nach Angststörungen die zweithäufigste psychische Erkrankung dar (Wittchen et al., 1992). Nach einer repräsentativen Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Kraus & Augustin, 2001) sind etwa 2,4 % (1,5 Millionen) der erwachsenen Bevölkerung über 18 Jahren als alkoholabhängig und weitere 4 % (2,7 Millionen) als Alkoholmissbraucher einzustufen, deren Alkoholkonsum bereits zu körperlichen, psychischen oder sozialen Schäden geführt hat. Bei weiteren 11,7 % (7,9 Millionen) war ein riskanter Alkoholkonsum dergestalt zu verzeichnen, dass ein erhöhtes Risiko für Folgeschäden besteht. Wegen der systematischen Unterschätzung des eigenen Alkoholkonsums durch die Befragten wird die tatsächliche Zahl der Alkoholabhängigen höher liegen (Stockwell et al., 2004). Andere Studien ermittelten eine Lebenszeitprävalenz für Alkoholismus in Deutschland von 13 % (Wittchen et al., 1992), die bei Männern etwa viermal so hoch liegt wie bei Frauen.

Insgesamt besteht in der Bundesrepublik mit 10,2 Liter reinem Alkohol pro Kopf pro Jahr (das sind etwa 117,5 Liter Bier, 23,6 Liter Wein bzw. Sekt sowie 5,9 Liter Spirituosen) ein hoher und weit verbreiteter Alkoholkonsum (Meyer & John, 2004). Bezieht man diesen Jahresverbrauch auf die über 15-jährigen Einwohner, so ergibt sich rein rechnerisch ein Alkoholkonsum von etwa 34 g pro Tag. Lediglich 2,1 % (Männer) bzw. 3,3 % (Frauen) der Erwachsenenbevölkerung trinken überhaupt keinen Alkohol. Allerdings trinken Männer im Schnitt etwa dreimal so viel Alkohol wie Frauen. Einen starken Alkoholkonsum mit durchschnittlich mehr als 30 bzw. 20 Gramm

Regionale Unterschiede

Alkohol pro Tag weisen 16,2 % der Männer und 8,6 % der Frauen auf (Augustin & Kraus, 2005). Hinsichtlich der Trinkmenge und des bevorzugten alkoholischen Getränks bestehen regionale Unterschiede: In den neuen Bundesländern zeigt sich ein etwas höherer Alkoholkonsum als in den alten Bundesländern. Im Süden Deutschlands sind Wein und Bier vorherrschend, der Konsum von Spirituosen ist im Norden und Osten Deutschlands stärker verbreitet. Zu beachten ist hierbei, dass 50 % des Alkohols von nur 7 % der Bevölkerung getrunken werden.

In den letzten 25 Jahren ist ein stetiger Rückgang des Alkoholkonsums zu verzeichnen. Allerdings ist es zu einer weiteren Dichotomisierung des Trinkverhaltens gekommen: Die Mehrheit der Bevölkerung zeigt einen verringerten Alkoholkonsum und weniger Trinkexzesse. Die Zahl der Personen mit exzessivem Alkoholkonsum ist dagegen fast unverändert geblieben. Die Alkoholindustrie ist der verringerten Akzeptanz von Alkohol unter Jugendlichen mit der Einführung von Alkoholmixgetränken (sog. Alcopops) begegnet. Dies hat zu einem Anstieg des Alkoholkonsums insbesondere bei Mädchen im Alter von 11 bis 18 Jahren geführt. Das Problem ist hierbei weniger die drohende Suchtgefahr sondern vielmehr das unmittelbare Risiko durch Alkoholexzesse (Alkoholvergiftung bzw. alkoholbedingte körperliche Verletzungen, Unfälle, aggressive Entgleisungen, sexuelle Übergriffe).

Keine Häufung von Alkoholproblemen konnte in Abhängigkeit der sozialen Schicht festgestellt werden. Dagegen konnte bei Personen über 60 Jahren ein Rückgang des Alkoholkonsums beobachtet werden verbunden mit einer Zunahme des Anteils an abstinentlebenden Personen (Moos et al., 2004). Eine besondere Häufung von Alkoholabhängigen findet sich bei Patienten in Krankenhäusern (John et al., 1996) mit 7 bis 19 % (v. a. in Psychiatrischen Einrichtungen, Abteilungen für Innere Medizin und traumatologischen Abteilungen).

Für die Verbreitung von Alkoholproblemen ist nicht nur die durchschnittliche Trinkmenge pro Kopf entscheidend sondern auch das vorherrschende Trinkmuster in einer Gesellschaft (z. B. Menge pro Trinkepisode, zeitlicher Abstand zwischen den Trinkepisoden sowie Trinkorte). Beispielsweise besteht weltweit der höchste Alkoholkonsum in Europa und Nordamerika. Die Trinkmuster (periodische Trinkexzesse) mit den schlimmsten Auswirkungen sind dagegen in Osteuropa, Mittel und Süd Amerika sowie in Teilen von Afrika zu beobachten (Rehm et al., 2003).

1.4 Verlauf und Prognose

Verlaufsstudien zeigen eine Vielzahl von schweren körperlichen und sozialen Folgeschäden im Verlauf einer Alkoholabhängigkeit. Bei etwa 200 Erkrankungen und 80 Unfallarten besteht ein erhöhtes Todesrisiko durch Alkohol. Insgesamt sterben jährlich ca. 40.000 bis 43.000 Menschen in

Riskanter Alkoholkonsum durch Alcopops

Jährlich 40.000 Tote durch Alkohol

Deutschland an den Folgen ihres Alkoholkonsums. Die Mortalitätsraten bei Alkoholabhängigen schwanken in den verschiedenen Untersuchungen zwischen 7,6 % und 18 % innerhalb eines Zeitraums von 4 Jahren. Bezogen auf entsprechende Altersgruppen haben Alkoholabhängige damit eine Übersterblichkeit von Faktor 4 bis 8 (Feuerlein et al., 1998). Zusätzlich führt der Alkohol in Deutschland in ca. 92.000 Fällen pro Jahr zu Arbeitsunfähigkeit und Invalidität. In ca. 6.500 Fällen pro Jahr kommt es alkoholbedingt zu Frühberentung (Bühringer et al., 2000).

Als falsch erwiesen hat sich die Vorstellung von Alkoholabhängigkeit als einer einheitlich verlaufenden, chronisch-progredienten, schließlich zum Tode und sozialem Abstieg führenden Erkrankung. In verschiedenen unselegierten Langzeitstudien mit einer Beobachtungszeit von bis zu 40 Jahren konnten dagegen vielfältige Verlaufsformen bei Alkoholabhängigen festgestellt werden. Selbst Rückfälle nach einer erfolglosen Suchtbehandlung stellen in der Regel keinen Dauerzustand dar, sondern treten eher phasenhaft auf. Jugendlicher Alkoholismus ist durch eine kurze Entwicklungszeit von 2 bis 3 Jahren charakterisiert, während bei alkoholabhängigen Erwachsenen im Durchschnitt eine Entwicklung von ca. 10 bis 12 Jahren zu beobachten ist. Bei Frauen ist eine schnellere Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit und auch eine andere Reihenfolge der alkoholbedingten Schäden als bei Männern zu beobachten. In Verlaufsstudien konnte übereinstimmend gezeigt werden, dass Personen, die im Untersuchungszeitraum geheiratet haben, ihren durchschnittlichen Alkoholkonsum unabhängig von Alter und Geschlecht reduziert haben. Der Eintritt von Arbeitslosigkeit führte dagegen nur bei jüngeren Männern zu verstärktem Alkoholkonsum.

Neben einer progredienten Verschlechterung sind im Verlauf einer Abhängigkeitsentwicklung auch ein Pendeln zwischen schweren Trinkphasen und kontrolliertem Alkoholkonsum bzw. Abstinenz und Spontanremission möglich.

Es gibt nur wenig empirische Untersuchungen zur Spontanremission, da es schwierig ist, eine Gruppe unbehandelter Alkoholabhängiger aufzufinden. In Übersichtsarbeiten wird die Spontanremissionsrate als Jahresprävalenz auf 20 % geschätzt, d. h. entgegen der landläufigen Überzeugung ist eine Spontanremission bei Alkoholabhängigkeit durchaus häufig. Die Zahl der dauerhaft abstinenter Personen wird aber sicherlich deutlich niedriger liegen. Umstritten sind die Kriterien für eine Remission. Beispielsweise wird in Verlaufsstudien aus dem angelsächsischen Sprachraum ein Anteil von 3 % bis 11 % aller Alkoholabhängige beschrieben, die wieder ein unauffälliges Trinkverhalten entwickeln konnten. Für die Chancen einer Spontanremission erwies sich weniger die Schwere der Sucht entscheidend als vielmehr das Ausmaß an sozialen Ressourcen, über das der Betroffene verfügt.

Für den Verlauf einer Alkoholabhängigkeit ist bestimmt, dass die Betroffenen das Gesundheitswesen in ineffektiver Weise nutzen: Etwa 70 % aller

Kein
einheitlicher
Krankheits-
verlauf

3 typische
Verlaufsformen

20 % Spontan-
remission

Ineffektive Nutzung des Gesundheitswesens

Nur 1,7 % aller Alkoholabhängigen in Entwöhnungsbehandlung

Alkoholabhängigen haben mindestens einmal im Jahr Kontakt zu einem Arzt, ohne dass dort die Alkoholabhängigkeit entdeckt bzw. angesprochen würde. Jährlich werden etwa 24 % aller Alkoholiker in internistischen oder chirurgischen Kliniken aufgenommen. Dort gibt es aber meist keine spezifischen Angebote zur Suchtbehandlung. Nur etwa 2,5 % aller Alkoholabhängigen kommen als Notfall in eine psychiatrische Klinik. Eine Entwöhnungsbehandlung tritt lediglich etwa 1,7 % aller Alkoholabhängigen an (Wienberg, 2001). Im Schnitt vergehen dadurch 8 bis 9 Jahre, bis ein Alkoholabhängiger einer effektiven Behandlung zugeführt wird. Bei Frauen ist dieser Zeitraum auf 6 bis 7 Jahre verkürzt. Damit müssen Alkoholabhängige als eine der am schlechtesten versorgten Patientengruppe angesehen werden.

Die Hauptlast der Behandlung von Alkoholabhängigen liegt nicht in der Psychiatrie sondern mit 91 % in der Inneren Medizin. Jährlich werden etwa 35.000 Entwöhnungsbehandlungen bei Alkoholabhängigen zu Lasten der Rentenversicherung durchgeführt.

Katamnestische Studien zeigen, dass der Erfolg einer Entwöhnungsbehandlung nur unzureichend aus stabilen Persönlichkeitsmerkmalen oder sozio-demografische Daten der behandelten Person vor Beginn der Behandlung prognostiziert werden kann. Vielmehr erwiesen sich die Ereignisse im Anschluss an eine Behandlung als entscheidend für den weiteren Verlauf. Vailant (2003) kommt in mehreren Längsschnittstudien zu dem Ergebnis, dass v. a. 4 Faktoren zu einem Ausstieg aus der Sucht beitragen:

- Ersatzabhängigkeiten (ohne Suchtmittel) z. B. Anschluss an eine religiöse Gemeinschaft oder Selbsthilfegruppe,
- Rituelle Erinnerungen an die Wichtigkeit der Abstinenz, z. B. regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppen,
- Soziale und medizinische Unterstützung, z. B. Reintegration zum Aufbau alkoholunabhängiger Gewohnheiten,
- Wiederherstellung der Selbstachtung der Betroffenen.

Gleichzeitig machen Studien deutlich, dass das Rückfallrisiko bei ein und derselben Person in Abhängigkeit aktueller situativer Gegebenheiten ganz unterschiedlich sein kann. Als kurzfristig häufigste Auslösesituationen für einen Rückfall erwiesen sich übereinstimmend:

- unangenehme Gefühlszustände (z. B. Langeweile, Einsamkeit, Angst, Depression),
- Ärger- und Konfliktsituationen (z. B. am Arbeitsplatz oder in der Familie),
- Soziale Verführung (z. B. wenn frühere Trinkkumpane zum Mittrinken auffordern).

Zusammenfassend muss gesagt werden, dass gesicherte prognostische Aussagen bei Alkoholabhängigen im Einzelfall bisher nicht möglich sind. Aus den bislang vorliegenden Verlaufsstudien lässt sich lediglich schlussfolgern, dass die individuelle Abstinenzchance eines Betroffenen am ehesten durch

Günstige Bedingungen für Suchtausstieg

Typische Auslöser für einen Rückfall

eine abstinenzförderliche Lebensumstellung im Anschluss an eine Therapie und durch gezieltes Training im Umgang mit spezifischen Rückfallrisikosituationen erhöht werden kann.

**Entscheidend
für Therapie-
ziele und
Ausmaß der
Behandlung**

1.5 Differenzialdiagnose

Bei einem Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit sind differenzialdiagnostische Abwägungen von großer Bedeutung, da Probleme mit Alkohol auch die Folge anderer primärer Störungen sein können. Außerdem können alkoholbedingte körperliche, psychische oder soziale Folgeschäden derart gravierend sein, dass sie einer vorrangigen Behandlung bedürfen. Aus der Differenzialdiagnostik ergeben sich somit Konsequenzen für die Behandlungsart, die Therapieziele und das erforderliche Ausmaß an Behandlung. Die Abklärung folgender 3 Aspekte ist vorrangig:

1.5.1 Bestehen körperliche oder soziale Begleit- und Folgeerkrankungen, die einer vorrangigen Behandlung bedürfen?

Jeder Alkoholabhängige sollte vor Einleitung jedweder psychotherapeutischer Maßnahme immer einem Arzt vorgestellt werden, um die Notwendigkeit einer primären medizinischen Versorgung abzuklären. Zu achten ist hierbei insbesondere auf die in Tabelle 2 dargestellten Begleiterscheinungen einer Alkoholabhängigkeit.

Tabelle 2:
Begleiterscheinungen einer Alkoholabhängigkeit

Syndrom	Primäre Versorgung	Körperliche und soziale Begleit- und Folge-erkrankungen beachten
Entzugserscheinungen	Körperliche Entzugsbehandlung	
Alkoholinduzierte Psychosen (z. B. Alkoholhalluzinose, alkoholischer Eifersuchtwahn, alkoholische Paranoia)	Psychiatrische Behandlung	
Schwerwiegende, körperlicher Probleme (z. B. dekompenzierte Leberzirrhose, Blutzuckerentgleisungen, akute Bauchspeicheldrüsenentzündung)	Akutmedizinische Versorgung	
Akute Suizidalität	Akutpsychiatrische Behandlung	

Ebenso bedarf es einer unmittelbaren Regelung schwerwiegender sozialer Probleme (z. B. drohende bzw. tatsächliche Obdachlosigkeit, Mittellosigkeit bzw. erhebliche Verschuldung, drohende Inhaftierung oder Verurteilung).

In all diesen Fällen ist die Sicherung des Überlebens, die Verhinderung schwerer körperlicher Folgeschäden bzw. die Verhinderung sozialer Desintegration im Sinne von „harm reduction“ vorrangig vor der psychotherapeutischen Behandlung der Alkoholabhängigkeit:

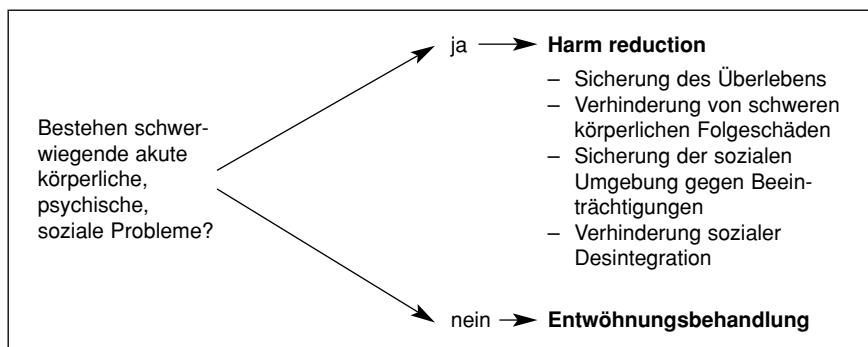


Abbildung 2:
Indikationsentscheidung nach Folgeschäden

1.5.2 Abgrenzung von riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass es über die Gruppe der Alkoholabhängigen hinaus eine viel größere Gruppe von Personen gibt, die erhebliche Alkoholprobleme aufweisen, ohne dass die Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllt wurden. In aufwändigen epidemiologischen Studien wurden unterschiedliche Grenzen zwischen risikoarmen und riskantem Alkoholkonsum ermittelt. Als Faustregel für einen ein risikoarmen Konsum sind folgende Obergrenzen geeignet:

Frauen: maximal 5-mal in der Woche 20 g Alkohol (das entspricht etwa einem halben Liter Bier bzw. einem Viertelliter Wein) pro Tag.

Männer: maximal 5-mal in der Woche 40 g Alkohol (das entspricht etwa einem Liter Bier bzw. einem halben Liter Wein) pro Tag.

Zu beachten ist allerdings, dass für bestimmte Berufsgruppen mit besonders hoher Verantwortung (z. B. Piloten, Polizisten, Ärzte) noch engere Grenzen im Umgang mit Alkohol einzuhalten sind.

Nach ICD-10 liegt ein schädlicher Gebrauch von Alkohol vor, wenn Schäden auf psychischem oder körperlichem Gebiet nachweisbar sind, aber keine Hinweise für eine Abhängigkeit gefunden werden können. Problematisch für den klinischen Alltag erweist sich, dass soziale Schäden im ICD-10 wegen

ihrer unterschiedlichen interkulturellen Bedeutung nicht aufgenommen werden konnten. Dabei verdoppelt sich bei Männern und Frauen mit einem täglichen Konsum von 40 bis 60 g reinem Alkohol (ca. 1 bis 1,5 Liter Bier) die Wahrscheinlichkeit soziale Probleme zu bekommen. Wenn bei gleicher Gesamtmenge ab und zu 100 g Alkohol (ca. 2,5 Liter Bier) getrunken werden versechsfacht sich das soziale Risiko. Entsprechend erweisen sich die ausführlicheren und präziseren Kriterien des DSM-IV geeigneter, um Personen mit einem schädlichem Alkoholkonsum rechtzeitig diagnostizieren zu können:

Diagnostische Kriterien für einen schädlichen Alkoholgebrauch nach DSM-IV	Kriterien für schädlichen Alkoholkonsum nach DSM-IV
<ol style="list-style-type: none">Der Alkoholkonsum führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:<ul style="list-style-type: none">– wiederholter Alkoholkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (z. B. wiederholtes Fernbleiben von der Arbeit oder schlechte Arbeitsleistungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum; Vernachlässigung von Kindern und Haushalt).– wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen es auf Grund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z. B. Alkohol am Steuer oder das Bedienen von Maschinen unter Alkoholeinfluss).– wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit Alkoholkonsum (z. B. Verhaftungen auf Grund ungebührlichen Verhaltens unter Alkohol).– fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch den Alkoholkonsum verursacht oder verstärkt werden (z. B. Streit mit dem Ehegatten über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen).Die Symptome haben niemals die Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllt.	

Diese Definition von schädlichem Alkoholgebrauch entspricht weitgehend dem im angelsächsischen Sprachraum weit verbreiteten Begriff des „problem drinkers“, dessen Alkoholkonsum zu verschiedensten Problemen führt, der aber nicht etwa wegen Problemen trinkt.

Problem
drinkers

Umstritten ist die Frage, ob zwischen riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit ein qualitativer Unterschied besteht oder ob damit lediglich unterschiedliche Schweregrade von Alkoholproblemen erfasst werden. Trotzdem ist eine entsprechende Differenzial-

diagnose für die Behandlung des Betroffenen im Einzelfall relevant, weil bei riskantem und schädlichem Alkoholgebrauch Abstinenz kein unbedingt notwendiges, insbesondere aber kein realistisches Therapieziel darstellt. Stattdessen erscheinen hier folgende Therapieziele vorrangig:

- *Aufklärung* über langfristige Folgen des Alkoholkonsums und über die psychologischen und physiologischen Mechanismen einer Suchtentwicklung, um die Betroffenen für einen maßvoller Umgang mit Alkohol zu motivieren.
- *Ermittlung eines individuellen Risikoprofils* zur Unterscheidung von problematischen bzw. weniger problematischen Trinksituationen und Trinkverhalten des Betroffenen.
- *Entwicklung von individuellen Veränderungszielen* hinsichtlich des künftigen Alkoholkonsums.
- *Training und Erprobung von Bewältigungsfähigkeiten* von problematischen Trinksituationen ohne Alkohol.

Im deutschen Sprachraum wurden 3 Behandlungsmanuale zur Behandlung von Alkoholmissbrauch veröffentlicht:

- *Lindenmeyer (2001)*: Einzel- und Gruppentherapie (7 Einheiten: Informationsvermittlung, Arbeitsblätter, Gruppenübungen).
- *Schuhler und Baumeister (1999)*: Gruppentherapie (12 Sitzungen: Informationsmaterial, erlebnisaktivierende Übung, Hausaufgaben).
- *Wessel und Westermann (2002)*: Gruppentherapie (9 Sitzungen: Vermittlung von Selbstmanagementstrategien).

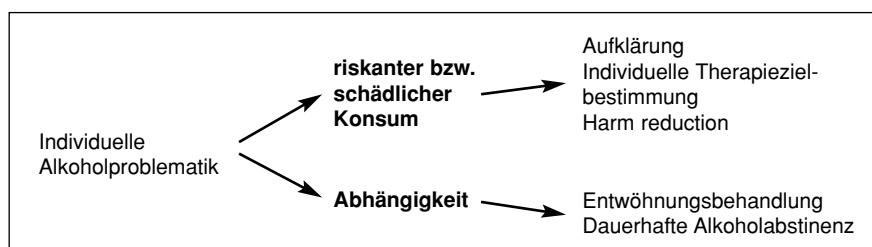


Abbildung 3:
Indikationsentscheidung nach Schwere der Alkoholproblematik

Im Unterschied zur Behandlung von Alkoholabhängigen handelt es sich hierbei vorwiegend um Motivationsprogramme, da die Betroffenen bei riskantem bzw. schädlichem Konsum in einem viel stärkeren Ausmaß über die Fähigkeit zur Veränderung ihres Trinkverhaltens als Alkoholabhängige verfügen, wenn sie nur wollen. Außerdem wurden verschiedene Selbsthilfekits für Betroffene und ihre Angehörigen entwickelt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2005; Deutsche Angestellten Krankenkasse, 2004).

1.5.3 Sekundäre Alkoholabhängigkeit

In vielen Fällen kann die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit als Sekundärphänomen z. B. einer Angststörung, Depression oder Persönlichkeitsstörung angesehen werden. Die Einnahme von Alkohol stellt in diesem Zusammenhang ursprünglich einen verzweifelten Bewältigungsversuch der Betroffenen im Sinne einer Selbstmedikation dar, die kurzfristig durchaus zur Linderung der Primärsymptome beiträgt. Langfristig negative Auswirkungen des wiederholten Alkoholkonsums auf die Primärsymptome sowie körperliche Adoptionsprozesse (u. a. Toleranzsteigerung, körperliche Entzugserscheinungen) können aber auf Dauer die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit begünstigt.

Die Differenzialdiagnose einer sekundären Alkoholabhängigkeit zwingt zu einer besonders sorgfältigen Behandlungsplanung:

- Es ist in diesem Fall nicht ausreichend, die Behandlung ausschließlich auf eine Entwöhnungsbehandlung zu beschränken. Die ungelöste Primärstörung würde unweigerlich schnell wieder zum Rückfall führen. Außerdem würde sich der Betroffene nicht adäquat versorgt fühlen und keine Compliance entwickeln.
- Als ebenso illusorisch erweist es sich, durch eine ausschließliche Behandlung der Primärerkrankung die sekundäre Alkoholabhängigkeit überwinden zu können. Nicht selten wird die Behandlung der Primärstörung immer wieder durch Alkoholexzesse in Frage gestellt. Zum einen können die Symptome der Primärstörung nicht so schnell beseitigt werden, dass der Betroffene auf Alkohol verzichten könnte, zum anderen hat sich die Alkoholabhängigkeit in der Regel weitgehend verselbstständigt.

Erforderlich ist somit eine koordinierte Behandlung beider Störungen. Oftmals ist hierbei eine Kombination von stationärer und ambulanter Behandlung empfehlenswert:

- Der geschützte Rahmen einer stationären Behandlung kann zunächst eine kurzfristige Entlastung des Betroffenen von seiner primären Symptomatik bewirken und gleichzeitig den Suchtkreislauf durch räumlichen Abstand durchbrechen. Dies erleichtert die Erarbeitung und Durchführung erster Veränderungsschritte im weiteren Verlauf der Behandlung.
- Gegen Ende der stationären Behandlung muss der Schwerpunkt einer gezielten Rückfallprävention darauf gerichtet sein, den Betroffenen auf ein Leben mit immer wieder auftauchenden Symptomen der Primärstörung ohne Alkoholrückfall vorzubereiten.
- Eine längerfristige ambulante Weiterbehandlung kann dann vorrangig die Primärstörung zum Gegenstand haben und den Betroffenen bei einer raschen Überwindung von eventuellen Alkoholrückfällen unterstützen.

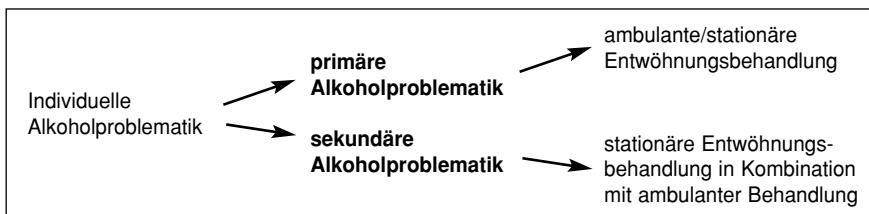


Abbildung 4:
Indikationsentscheidung nach Art der Alkoholproblematik

1.6 Komorbidität

Hohe Komorbiditätsrate

Geschlechts-spezifische Unterschiede

Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass Alkoholabhängige eine Lifetime-Prävalenz zusätzlicher psychiatrischer Störungen in Höhe von 78 bis 80 % und eine aktuelle Prävalenz von ca. 65 % aufweisen. Allerdings variieren die Angaben auf Grund methodologischer Probleme und Stichprobeneffekten erheblich (vgl. Tab. 3).

Es ergeben sich hinsichtlich der Komorbidität bei Alkoholabhängigen deutliche Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede. Alkoholabhängige Frauen zeigen ein höheres Komorbiditätsniveau bei Angst- und affektiven Störungen, während alkoholabhängige Männer häufiger eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung aufweisen. Schließlich ist die Komorbiditätsrate bei Frauen insgesamt höher als bei Männern.

Neben der Komorbidität im engeren Sinn sind prinzipiell folgende Zusammenhänge zwischen einer Alkoholabhängigkeit und weiteren psychischen Störungen möglich:

Tabelle 3:
Komorbiditätsrate bei Alkoholabhängigen

Komorbide Störung	%
Angststörungen	1–69
Affektive Störungen	20–73
Schizophrenie	2–8
Einmalige psychotische Symptome, ohne dass allerdings die Kriterien für eine Schizophrenie erfüllt waren	43
Borderlinestörung	13–54
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	14–53
Suizidversuche	25–35
Nikotinabhängigkeit	64–85
Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit	13–29
Drogenmissbrauch/-abhängigkeit	0,5–7,5

- psychische Störungen können unmittelbar durch den Konsum von Alkohol verursacht werden,
- psychopathologische Symptome können im protractierten Entzugs auftreten,
- psychopathologische Symptome können eine Reaktion auf suchtbedingte psychosoziale Veränderungen sein,
- die Einnahme von Alkohol stellt einen Bewältigungsversuch von psychopathologischen Symptomen (Selbstmedikation) dar,
- Alkoholabhängigkeit und psychische Störung werden durch einen gemeinsamen dritten Faktor verursacht.

Um auszuschließen, dass es sich bei einer psychopathologischen Symptomatik nicht nur um Folgen des Entzugs handelt, sollte die Diagnose einer psychiatrischen Störung bei Alkoholabhängigen nur gestellt werden, wenn die Symptomatik auch bei mehrwöchiger Abstinenz fortbesteht.

1.7 Belastung der Angehörigen

Eine Alkoholabhängigkeit stellt eine schwere Belastung für alle Bezugspersonen des Betroffenen dar, weswegen einige Autoren auch von einer „Familienkrankheit“ sprechen. Angehörige von Alkoholabhängigen haben v. a. zu leiden unter:

- Unzuverlässigkeit,
- Vernachlässigung,
- emotionalen Ausbrüchen,
- Aggression und Gewalttätigkeit,
- sexuellen Übergriffen und Missbrauch,
- vermehrten Partnerschafts- und Familien-Konflikten,
- finanziellen Schwierigkeiten,
- drohender oder tatsächlicher Arbeitslosigkeit,
- Notsituationen durch Alkoholintoxikation.

Vielfältige
Belastung von
Angehörigen

Auf Grund der geschlechtsspezifischen Häufigkeit und Ausprägung von Alkoholproblemen haben weibliche Angehörige die Hauptlast dieser negativen Folgen zu tragen. Indirekt wird die Situation zusätzlich durch mangelndes Verständnis, Schuldzuweisungen oder Rückzug von Seiten des sozialen Umfeldes belastet. Entsprechend ist die Rate von psychischen Störungen bei Ehepartnern und Kindern von Alkoholabhängigen deutlich erhöht. Die Belastung von Angehörigen endet nicht mit der Behandlung eines Abhängigen. Die Einmischung durch Therapeuten aber auch das bleibende Misstrauen und die ständige Angst vor einem Rückfall bedeuten eine erhebliche Belastung. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer systematischen Einbeziehung von den wichtigsten Bezugspersonen in die Behandlung von Alkoholabhängigen.

Erhöhte
Rate von
psychischen
Störungen bei
Angehörigen

1.8 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen

1.8.1 Screening-Instrumente

Da sich Menschen mit Alkoholproblemen auf Grund von mangelnder Problemsicht, illusionärer Kontrollüberzeugung oder Scham nur sehr selten und dann sehr spät von sich aus um Hilfe bemühen, kommt dem flächen-deckenden Einsatz von Screeninginstrumenten in der medizinisch-psychotherapeutischen Grundversorgung für die rechtzeitige Identifizierung von Alkoholproblemen größte Bedeutung zu.

Einfaches
Screening
durch LAST

- *Lübecker Alkoholabhängigs- und -missbrauchs-Screening Test (LAST).* Der Test von Rumpf et al. (2001) besteht aus 7 dichotomen Fragen zur Einschätzung des Alkoholkonsums und manifester Folgeprobleme. Als Hinweis für das Vorliegen eines Alkoholproblems gilt, sobald mindestens eine Frage mit Ja beantwortet wird. Der LAST hat eine hohe Sensitivität und Spezifität bei der Identifizierung von Personen mit Alkoholproblemen gezeigt. Zu beachten ist, dass hierbei erfragt wird, ob jemals im Leben ein Alkoholproblem bestand. Der Vorteil des LAST liegt in der kurzen Bearbeitungszeit von wenigen Minuten und der sehr einfachen Auswertung, die kein Fachwissen erfordert.

Abhängigkeits-
diagnose
durch MALT

- *Münchner Alkoholismustest (MALT).* Der von Feuerlein et al. (1979) vorgestellte Test enthält 24 Fragen an den Probanden und 7 Fragen an den behandelnden Arzt, alle mit Ja/Nein-Antworten. Die Fragen betreffen sowohl unmittelbare Auffälligkeiten des Alkoholkonsums als auch mögliche psychische wie körperliche Folgeerscheinungen. Die sieben Fragen an den Arzt (MALT-F) werden vierfach gewichtet, die Selbstaussagen des Probanden (MALT-S) werden einfach gewertet. Der Gesamtwert kann von 0 bis 52 variieren, wobei 0 bis 5 Punkte als normal, 6 bis 10 Punkte als Hinweis für einen Alkoholmissbrauch und 11 oder mehr Punkte als Hinweis für eine Alkoholabhängigkeit gewertet werden. Der MALT hat sich als valides und sensitives Instrument im klinischen Alltag erwiesen.

- *Laborparameter als Screening-Instrumente.* Mehrere Laborparameter können als Indikatoren für eine Alkoholproblematik (sog. „Alkoholmarker“) verwendet werden (Neumann & Spieß, 2003).

Gamma-GT

- *Gamma-Glutamyl-Transferase (Gamma-GT):* Es handelt sich um ein in der Leber lokalisiertes Enzym, das bei Schädigung der Leber ins Blut gelangt. Insofern kann eine erhöhte Gamma-GT (> 28) als indirekter Indikator für einen erhöhten, leberschädigenden Alkoholkonsum angesehen werden. Allerdings fallen die Gamma-GT-Werte bei Abstinenz erst langsam ab. Umgekehrt ist auch erst nach einer längeren Trinkphase von über 26 Tagen mit einem deutlichen Anstieg der Gamma-GT-Werte zu rechnen. Zur Spezifizierung alkoholbedingter Leberschäden können auch weitere Leberwerte (GOT und GPT) herangezogen werden.

– *Mikrokorpuskuläre Volumen der Erythrozyten (MCV)*: Ein erhöhtes mikrokorpuskuläres Volumen der Erythrozyten ($> 95 \text{ mm}^3$) kann als indirekter Indikator für einen überhöhtem Alkoholkonsum gewertet werden. Allerdings steigen die MCV-Werte erst nach längerem Alkoholkonsum von über 6 Wochen, so dass sie sogar noch zeitverzögert nach Beginn der Abstinenz weiter ansteigen können. Für die Bestimmung kurzer Trinkphasen ist das MCV ungeeignet. Eine Normalisierung der MCV-Werte ist bei Alkoholabstinentz erst nach 2 bis 3 Monaten zu erwarten.

– *Carbohydrat-Defizientes Transferring (CDT)*: Der Vorteil dieses Verfahrens, bei dem ein bestimmtes Enzym im Blut gemessen wird, besteht darin, dass es bereits bei einer relativ kurzen Trinkdauer von < 14 Tagen anspricht. Es ist somit am ehesten zur Therapiekontrolle bei Alkoholabhängigen geeignet. Nachteile sind die hohen Kosten der Bestimmung sowie die Tatsache, dass lediglich etwa ein Viertel aller Alkoholabhängigen überhaupt erhöhte CDT-Werte zeigen.

Insgesamt ist der Nutzen von Laborparametern bei der Identifizierung von Alkoholabhängigen begrenzt. Insbesondere kurzfristiger Alkoholkonsum kann dadurch nicht festgestellt werden (unzureichende Sensitivität). Außerdem können erhöhte Werte durchaus auch andere Ursachen als den Alkohol haben (unzureichende Spezifität). Als Screeninginstrumente sind daher Kurzfragebögen eindeutig vorzuziehen. Laborparameter können aber sehr wohl dazu genutzt werden, um das klinische Bild einer Alkoholabhängigkeit abzurunden und Betroffenen die Schädlichkeit ihres Alkoholkonsums zu verdeutlichen.

- *Atem- und Blutalkoholmessungen*. Tragbare Atemalkoholmessgeräte haben mittlerweile eine Genauigkeit erreicht, dass für den klinischen Alltag in der Regel die Notwendigkeit einer Bestimmung der Konzentration von Alkohol im Blut durch Blutentnahme entfällt. Atemalkoholkontrollen sind aus einer Reihe von Gründen im Rahmen der Behandlung von Alkoholabhängigen erforderlich:

- *Sicherheit*: Die teilweise deutlich erhöhte Alkoholverträglichkeit der Betroffenen bewirkt, dass der tatsächliche Grad einer Alkoholintoxikation erheblich unterschätzt wird. Um daher die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung sowie gegebenenfalls die Fahrtüchtigkeit des Betroffenen bestimmen zu können, ist eine Atemalkoholkontrolle im Erstkontakt und v. a. bei einer ambulanten Behandlung in regelmäßigen Abständen zur Absicherung des Therapeuten sinnvoll.

- *Diagnostik*: Die Blutalkoholkonzentration stellt an sich eine wichtige diagnostische Information dar. Insbesondere wenn ein Patient trotz hoher Promillewerte in seinem Verhalten weitgehend unauffällig ist, besteht der dringende Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit. Außerdem sind alle Patienten mit einem Blutalkoholspiegel von mehr als 2 Promille gezielt auf eine Alkoholabhängigkeit zu untersuchen.

- **Verlaufskontrolle:** Wiederholte Atemalkoholkontrollen im Verlauf einer Behandlung können wichtige Interventionen darstellen, um die Abstinenz der Patienten sicherzustellen. Im Rahmen ambulanter Behandlung kann u. U. eine Atemalkoholkontrolle zu Beginn jeder Sitzung sinnvoll sein. Innerhalb stationärer Behandlungseinrichtungen gehören stichprobenartige Atemalkoholkontrollen zum Standard.

1.8.2 Instrumente zur Differenzialdiagnostik

Der Einsatz von Instrumenten zur Differenzialdiagnostik ist erforderlich, um im Einzelfall die unterschiedliche Ausprägung der Alkoholabhängigkeit, die Belastetheit durch komorbide Störungen und das Ausmaß der suchtbedingten Einschränkungen der Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftlichen Leben als Grundlage für eine individuelle Behandlungsplanung bestimmen zu können.

**Überblick
über Sucht-
problematik
durch ASI**

- **Addiction Severity Index (ASI).** Der 1980 von McLellan und Mitarbeitern entwickelte Addiction Severity Index (ASI) ermöglicht einen raschen Überblick über die Suchtproblematik eines Patienten und ihrer Folgen. Die Durchführung des Interviews dauert 40 bis 60 Minuten. Mit insgesamt 161 Items werden alle Suchtstoffe erfasst, mit denen ein Patient in seinem Leben in Berührung kam, sowie der Konsum innerhalb der letzten 30 Tage. Außerdem wird der Schweregrad und die Behandlungsbedürftigkeit von 7 Problembereichen (Körperliche Probleme, Arbeitssituation, Strafverfahren, familiäre Situation, soziale Situation, psychiatrische Auffälligkeiten) aus der Sicht des Klienten jeweils auf einer Skala von 0 bis 5 erfragt. Hinsichtlich des aktuellen Suchtmittelkonsums und einer Vielzahl von möglichen sozialen und psychischen Folgen wird schließlich eine Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit durch den Interviewer jeweils auf einer Skala von 0 bis 9 vorgenommen. Der ASI ist eines der weltweit am häufigsten eingesetzten Instrumente zur multidimensionalen Diagnostik wie auch zur Veränderungsmessung, obwohl die psychometrischen Eigenschaften nicht optimal sind (Mäkelä, 2004). Eine deutsche Version wurde von Gsellhofer et al. (1999) vorgestellt. Eine fachgerechte Durchführung des ASI setzt eine ca. eintägige Schulung des Interviewers voraus.

**Beschreibung
spezifischer
Alkohol-
probleme
durch TAI**

- **Trierer Alkoholismus Inventar (TAI).** Der von Funke et al. (1987) entwickelte Fragebogen ermöglicht, die spezifischen Alkoholprobleme eines Probanden anhand von folgenden 7 Dimensionen zu beschreiben: Schweregrad (Verlust der Verhaltenskontrolle, negative Gefühle nach dem Trinken), Soziales Trinken (Trinkumstände, soziale Bedeutung des Trinken), Süchtiges Trinken, Positive Trinkmotive, Schädigung (Wahrnehmung der Folgen, Versuch der Selbstbehandlung), Partnerprobleme wegen des Trinkens und Trinken wegen Partnerproblemen. Die 90 Items des Fra-

gebogens beziehen sich jeweils auf den Alkoholkonsum innerhalb der letzten 6 Monate. Das TAI zeigte zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften.

- *Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA).* Der von John et al. (2001) entwickelte Fragebogen ermittelt den Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit anhand von 28 Items zu folgenden Kernsymptomen: Einengung des Trinkverhaltens, körperliche Entzugs-symptome, Alkoholkonsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen, Alkoholverlangen, Toleranzsteigerung und Toleranzumkehr. Die Auswertung erfolgt auf Skalenebene und als Gesamtwert.
Erfassung der Schwere von Alkohol-abhängigkeit durch SESA
- *Fragebogen zum funktionalen Trinken (FFT).* Der von Berlitz-Weihmann und Metzler (1993) entwickelte Fragebogen dient v. a. der Erfassung der beabsichtigten bzw. erlebten positiven Alkoholwirkungen sowie der sozialen Funktionen des Alkoholkonsums. Die 93 Items verteilen sich auf 5 Rasch-skalierte Skalen: exzitative Wirkung des Alkohols (stimulierende, euphorisierende Funktion, Erhöhung der Selbstsicherheit), psychopharmakologische Wirkung des Alkohols (antidepressive, anxiolytische und sedierende Funktion), soziale Funktion des Trinkens (sozial-integrierende, beziehungsstabilisierende und statuserhöhende Funktion), normausnutzendes Hintergrundstrinken (z. B. rekreative und rituell-zeremonielle Funktion) und Symptome der psychischen und physischen Abhängigkeit.
Erfassung der Alkoholwirkung durch FFT
- *IDTSA.* Das Inventory of Drug Taking Situations für Alkohol (IDTSA) dient der raschen Identifizierung der relevanten Trinksituationen einer Person. Es enthält hierzu 50 Items mit den folgenden acht Subskalen: Negative Gefühlszustände, Körperliche Beschwerden, Versuch kontrolliert zu trinken, Angenehme Gefühlszustände, Plötzliches Verlangen, Interpersonelle Konflikte, Geselligkeit und Soziale Verführung. Erfragt wird jeweils die Häufigkeit des Alkoholkonsums innerhalb des letzten Jahres auf einer 5-stufigen Skala. Die Auswertung ermöglicht die optische Erstellung eines sog. „Risikoprofils“ derjenigen Situationen (Rückfallrisikosituationen), in denen eine Person besonders versucht ist, Alkohol zu trinken. Eine deutsche Version des IDTSA wurde von Lindenmeyer und Florin (1998) vorgestellt.
Identifizierung von Trinksituationen durch IDTSA
- *KAZ-35.* Der Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35) von Körkel und Schindler (1996) dient der Erfassung der Zuversicht von Alkoholabhängigen, Rückfallrisikosituationen abstinenz bewältigen zu können. Die Selbsteinschätzung hinsichtlich der 35 Fragebogenitems erfolgt jeweils auf einer sechsstufigen Skala von „überhaupt nicht zuverlässig“ bis „total zuversichtlich“. Auch hier ergibt die Auswertung die Möglichkeit der Erstellung eines Zuversichtsprofils in Bezug auf 4 Subskalen (unangenehme Gefühle, Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten, sozialer Druck und angenehme Gefühle).
Erfassung von Abstinenz-zuversicht durch KAZ-35

- *Sokrates.* Der von Miller und Mitarbeitern 1996 entwickelte Fragebogen ermöglicht eine rasche Orientierung darüber, in welcher Veränderungsphase sich ein Patient hinsichtlich der Auseinandersetzung mit seiner Alkoholabhängigkeit befindet. Mithilfe der 19 Items des Fragebogens können sowohl die Summenwerte eines Probanden hinsichtlich der 4 Phasen von Prochaska und DiClemente (Precontemplation, Contemplation, Action und Maintenance) als auch hinsichtlich faktorenanalytisch ermittelten Faktoren (Ambivalenz hinsichtlich der Änderungsbereitschaft, Anerkennen der Alkoholabhängigkeit, Schritte zur Überwindung der Abhängigkeit unternehmen) gebildet werden. Bislang liegt noch keine deutsche Validierungsstudie vor. Eine Übersetzung mit Auswertungsanleitung findet sich aber bei Wetterling und Veltrup (1997).

1.8.3 Instrumente zur Dokumentation und Qualitätssicherung

- *Dokumentationsstandards III der DGSS.* Von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) wurden 2001 überarbeitete Dokumentationsstandards für die Behandlung von Suchtmittelabhängigen entwickelt. Sie ermöglichen insbesondere den Vergleich eines Patienten mit den veröffentlichten Daten von größeren Patientenpopulationen verschiedener Therapieeinrichtungen und umfassen insgesamt 323 Fragen zu folgenden Bereichen: Patientenstammdaten, familiäre, berufliche und soziale Situation, psychische und gesundheitliche Situation, Vorbehandlungen, Suchtmittelkonsum, ICD-Diagnosen, Eingangs- und Abschlussdiagnostik, Behandlungsverlauf, Entlassmodus, Katamnese und Behandlungseinrichtung.

Auf der Basis der Dokumentationsstandards der DGSS wurden mit EBIS und SEDOS edv-unterstützte Dokumentationssysteme entwickelt (Simon & Strobel, 1993), die mittlerweile einen sehr starke Verbreitung in der ambulanten bzw. stationären Behandlung von Alkoholabhängigen gefunden haben. Außerdem haben hieraus mehrere Fachverbände eigene Basisdokumentationsstandards abgeleitet (Fachverband Sucht, Bundesverband Sucht). Schließlich enthalten die Dokumentationsstandards der DGSS genauere Hinweise für die Durchführung und insbesondere Auswertung von Katamnesestudien.

- *Clinic control*². Das edv-gestützte Dokumentationssystem Clinic control ermöglicht die zeitnahe Eingabe aller während einer Suchtbehandlung anfallender Patientendaten in eine elektronische Patientenakte. Letztere steht bei entsprechender PC-Vernetzung einer Therapieeinrichtung allen

2 Clinic control ist über KC Kuschnerus Consulting GmbH, Rosenstrasse 34, 31832 Springe zu beziehen.

Mitgliedern eines interdisziplinären Behandlungsteams zur Verfügung. Die gespeicherten Daten schreiben sich automatisch in Verlängerungsanträge bzw. Abschlussberichte für die Leistungsträger bzw. Vorbehandler. Statistisch aufbereitete Abfragen unterstützen außerdem die Qualitätssicherungsbemühungen einer Therapieeinrichtung.

2 Störungstheorien und -modelle

Bislang existiert kein einheitliches Störungsmodell für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit. Es ist angesichts der Komplexität aber auch nicht verwunderlich, dass eindimensionale Modelle nur widersprüchliche empirische Bestätigung fanden, sondern ein bio-psycho-soziales Modell am ehesten geeignet erscheint, die Entstehung und Aufrechterhaltung von Alkoholabhängigkeit zu beschreiben. Danach sind für das Suchtgeschehen v. a. drei Teufelskreise entscheidend.

Bislang kein einheitliches Störungsmodell

3 Teufelskreise der Sucht

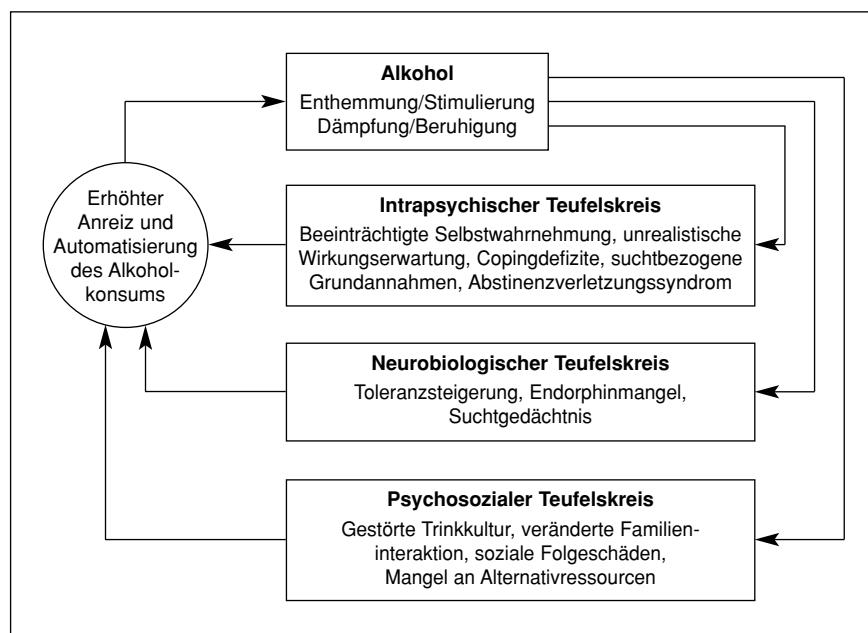


Abbildung 5:

Teufelskreismodell der Sucht (in Anlehnung an Küfner & Bühringer, 1996)

Bei der Behandlung eines Patienten ist jeweils im konkreten Einzelfall zu entscheiden, welcher Stellenwert den verschiedenen Teufelskreisen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit zukommt. Für alle drei Teufelskreise wurden eine Reihe von spezifischen Modellen und Theorien entwickelt, die bei der Entwicklung eines individuellen Erklärungsmodells herangezogen werden können.

2.1 Intrapychische Modelle der Alkoholabhängigkeit

2.1.1 Die Entwicklung pathologischer Trinkmotive

In Abhängigkeit der Trinkmenge und -situation kann die Wirkung von Alkohol auf das Erleben und Verhalten einer Person ganz unterschiedlich sein:

Enthemmung
und Stimulie-
rung durch
Alkohol

– *Enthemmung/Stimulierung*: Alkohol kann als eine Art soziales „Schmiermittel“ zur Erleichterung von Kontakten bzw. als Stimmungsmacher dienen, in dem sich die Beteiligten unter Alkohol in ihrem Denken und Verhalten enthemmter, unternehmungslustiger, ausgelassener, witziger, einfallsreicher oder einfach besser gelaunt fühlen. Mit Alkohol können viele Menschen ihren Gefühlen freien Lauf lassen oder angenehme Erlebnisse intensiver genießen, andere trauen sich dann plötzlich Verhaltensweisen zu, die sie sonst eher vermeiden. Man spricht in diesem Zusammenhang von alkoholbedingter „Kurzsichtigkeit“ insofern, als unter Alkohol die negativen Konsequenzen des eigenen Verhaltens nicht mehr so stark handlungsleitend sind. Wichtig kann hierbei auch das Gefühl von Macht und Stärke sein.

– *Dämpfung/Beruhigung*: Alkohol kann andererseits auch zur Erleichterung oder kurzfristigen Überwindung von Problemen, Ängsten oder Belastungen dienen. Beispiele hierfür sind das Trinken von Alkohol in beruflichen Stresssituationen, bei seelischen oder körperlichen Problemen, bei allgemeiner Nervosität oder Anspannung, bei Schlaflosigkeit, bei Ärger oder Konflikten und bei Gefühlen von Einsamkeit und Langeweile. Gemeinsam ist diesen Situationen, dass durch Alkohol unangenehme Gedanken und Gefühle gedämpft werden und die Situation für den Betroffenen zumindest kurzfristig erträglicher wird.

Dämpfung und
Beruhigung
durch Alkohol

Alkohol als
Werkzeug zur
Bedürfnis-
befriedigung

Auf diese Weise kann Alkohol mit der Zeit zu einem immer wichtigeren Werkzeug bei der Ausbildung von Annäherungsschemata und Vermeidungsschemata zur Befriedigung basaler Bedürfnisse wie Bindung, Orientierung/Kontrolle, Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung und Selbstwerterhöhung (Grawe, 2004) werden.

Geringe
Verstärker-
qualität von
Alkohol

Im Vergleich zu anderen Drogen hat Alkohol objektiv eine eher geringe Verstärkerqualität: Langsame Wirkung, Notwendigkeit hoher Dosen, wenig spezifische Wirkung. Die Verstärkerwirkung ist zu Beginn der Trinkepisode

am größten und lässt dann nach (sog. Alliesthesia). Dieses Phänomen ist bei Alkoholabhängigen schwächer ausgeprägt als bei unauffälligen Trinkern. Die relative Verstärkerwirksamkeit von Alkohol bei einem Individuum wird sehr stark von Lernerfahrungen und neurophysiologischen Adoptionsprozessen bestimmt (Samson, 2000). Mithilfe des sog. „ausbalancierten Placebodesigns“ konnte nachgewiesen werden, dass die tatsächliche Wirkung von Alkohol nicht nur die Folge der unmittelbar chemischen Alkoholwirkung im Körper, sondern immer auch Ergebnis von Wirkungserwartungen des Trinkenden im Sinne eines Placeboeffektes ist. Bis zu einer mittleren Blutalkoholkonzentration verspürten Personen, die irrtümlicher Weise annahmen, keinen Alkohol zu trinken, eine deutlich geringere Alkoholwirkung. Dagegen verspürten Personen, die irrtümlicher Weise annahmen, echten Alkohol zu trinken, auch eine tatsächliche Alkoholwirkung, obwohl sie in Wirklichkeit lediglich alkoholfreie Getränke getrunken hatten.

Nachgewiesener Einfluss von Wirkungserwartung

Die bei der erlebten Alkoholwirkung wirksamen kognitiven Vermittlungsprozesse können im Rahmen einer Suchtentwicklung über folgende Mechanismen zu pathologischen Trinkmotiven beitragen:

- *Beeinträchtigte Selbstwahrnehmung*: Viele Alkoholabhängige verfügen über eine mangelnde Selbstwahrnehmungsfähigkeit. Sie erleben dadurch angenehme wie unangenehme Alkoholwirkungen erst bei größeren Alkoholmengen. Umgekehrt dient die Einnahme von Alkohol vielen Alkoholikern zur Verringerung von unangenehmer Selbstaufmerksamkeit.
- *Unrealistische, positiv verzerrte Wirkungserwartung*: Unrealistisch, positive verzerrte Wirkungserwartungen an Alkohol können bei Jugendlichen (z. B. hinsichtlich sexueller Situationen) die Entwicklung eines problematischen Trinkstils begünstigen. Entsprechend konnten positiv verzerrte Wirkungserwartungen bei vielen Alkoholabhängigen beobachtet werden.

Erhöhter Alkoholkosum durch beeinträchtigte Selbstwahrnehmung

Pathologischer Trinkstil durch unrealistische Wirkungserwartung

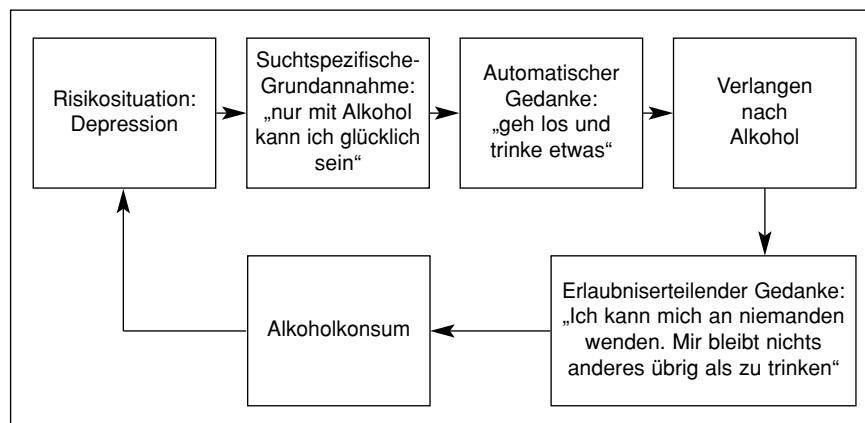


Abbildung 6:

Das Modell der suchtspezifischen Grundannahmen von Beck et al. (1995)

**Trinkzwang
durch Mangel
an alternativem
Verhaltens-
repertoire**

**Automatisierter
Alkoholkonsum
durch suchtbe-
zogene Grund-
annahmen**

- *Mangelnde Entwicklung von alternativen Verhaltensrepertoire:* Die Einnahme von Alkohol wird für den Betroffenen dadurch immer zwingender, sie stellt schließlich die einzige Bewältigungsmöglichkeit für bestimmte Situationen dar.
- *Entwicklung suchtbezogener Grundannahmen* (z. B. „Alkohol ist die einzige Möglichkeit mich besser zu fühlen“) Diese werden nach Beck et al. (1995) schließlich vollkommen reflexartig in einer Vielzahl von Trinksituationen aktiviert, ohne jemals einer erneuten Überprüfung auf ihre situative Angemessenheit und ihren Wahrheitsgehalt hin unterzogen zu werden (vgl. Abb. 6).

2.1.2 Sozialkognitives Rückfallmodell

Marlatt und Gordon (1985) stellten auf dem Hintergrund von Banduras Selbstwirksamkeitskonzept ein sozialkognitives Rückfallmodell vor, in dem der Zusammenhang zwischen drei Bestimmungsstücken des Rückfallgeschehens spezifiziert wird:

- *Rückfallrisikosituationen:* Das Auftreten einer Rückfallrisikosituation wird vor allem durch (a) eine „unausgewogene Lebenssituation“ und (b) „scheinbar irrelevante Entscheidungen“ der Betroffenen begünstigt. Durch die unausgewogene Lebenssituation (ungünstiges Verhältnis zwischen solchen Ereignissen und Umständen, die als unangenehm empfunden werden und solchen, die als angenehm empfunden werden) steigt das Bedürfnis nach Entschädigung und Genugtuung, wodurch die Abstinenzbemühungen der Betroffenen unterminiert werden können. Insbesondere können nunmehr sog. „scheinbar irrelevante Entscheidungen“ das Eintreten von konkreten Risikosituationen begünstigen (z. B. die Entscheidung, Alkohol zu Hause vorrätig zu haben, um Gäste damit bewirten zu können), selbst wenn sie von den Betroffenen und ihrer Umwelt nicht als für einen Rückfall relevant eingeschätzt werden.
- *Bewältigungsfertigkeiten:* Ein Betroffener reagiert auf Risikosituationen nicht passiv bzw. automatisiert mit einem Rückfall, sondern die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls hängt entscheidend von der Verfügbarkeit und dem Einsatz alternativer Bewältigungsfertigkeiten (coping skills) ab. Hierbei werden aktiv-bewältigende und passiv-vermeidende Bewältigungsrichtungen sowie zwei Bewältigungsmodi (kognitive Strategien versus verhaltensorientierte Strategien) unterschieden.
- *Abstinenzzuversicht:* Unter Abstinenzzuversicht (alcohol related self-efficacy) wird die Überzeugung eines Alkoholabhängigen verstanden, in einer Rückfallrisikosituation über effektive Alternativen anstelle des früheren Trinkverhaltens zu verfügen. Personen mit hoher Abstinenzzuversicht zeigen in Rückfallrisikosituationen eher effektives Bewältigungsverhalten und werden weniger häufig rückfällig. Die Abstinenzzuversicht steigt ihrerseits mit der Zahl erfolgreich bewältigter Rückfallrisikosituationen.

Schließlich postulieren Marlatt und Gordon ein 2-Phasenmodell des Rückfalls. Danach fällt ein Alkoholabhängiger nach einmaligem Alkoholkonsum (sog. „Ausrutscher“ oder „lapse“) insbesondere deshalb wieder in sein früheres Trinkverhalten zurück (sog. „relapse“), weil er hierauf typischer Weise mit einem starken Absinken seiner Abstinenzzuversicht im Sinne eines sog. „Rückfallschocks“ (abstinence violation syndrome) reagiert. Angenommen wird hierbei eine kognitive (z. B. „Ich bin ein Versager“) und eine emotionale (z. B. Panik) Komponente des Rückfallschocks.

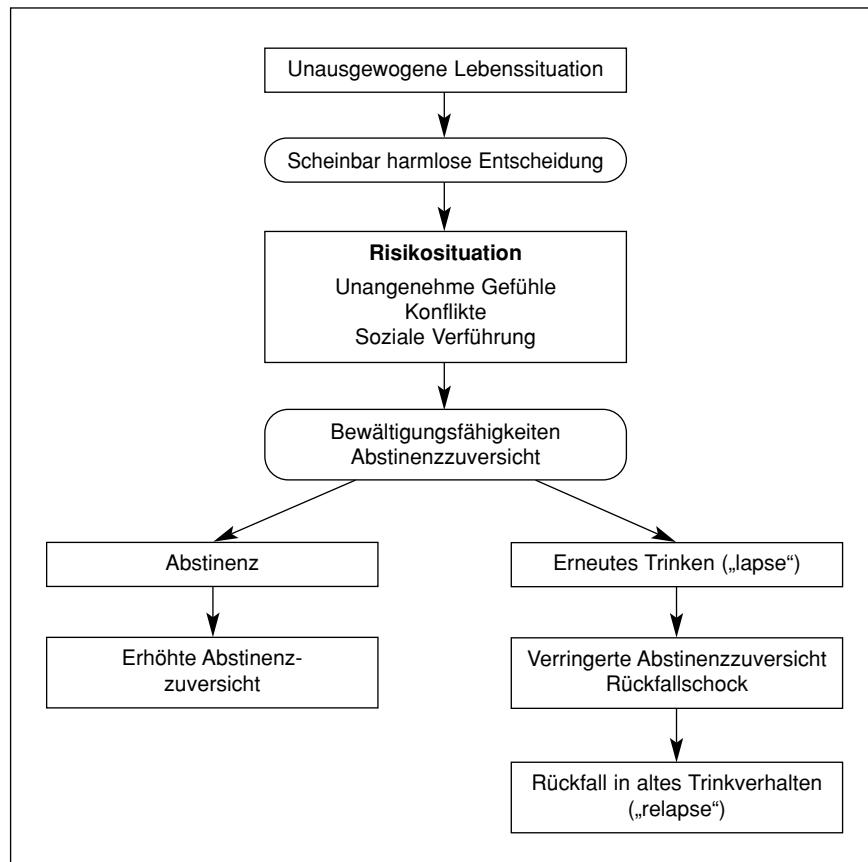


Abbildung 7:
Sozialkognitives Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon (1985)

Auch wenn die einzelnen Elemente des sozialkognitiven Rückfallmodells bislang empirisch keineswegs als befriedigend gesichert gelten können, stellt es doch die Grundlage für die meisten Therapieansätze zur Rückfallprävention dar.

2.1.3 Veränderungsphasen

Einen wesentlichen Impuls hat die Behandlung von Alkoholabhängigen durch das Modell der Veränderungsphasen von Prochaska und DiClemente (1986) erhalten, bei deren Übergang jeweils spezifische Motivationshürden zu überwinden sind. Danach haben Alkoholabhängige unterschiedliche Ausgangssituationen hinsichtlich ihres Problembewusstseins sowie ihrer Bereitschaft zur Alkoholabstinenz und zur Therapie.

Die 4 Veränderungsphasen von Prochaska und DiClemente

Precontemplation:
Der Betroffene sieht keinen Anlass seinen Alkoholkonsum zu verändern

Precontemplation: Der Betroffene sieht keinerlei Anlass seinen Alkoholkonsum zu verändern, lediglich Angehörige oder Kollegen machen sich Sorgen. Oftmals hat er in seinem hohen Konsum von Alkohol in Übereinstimmung mit seiner Umwelt lange Zeit lediglich eine harmlose Angewohnheit gesehen und dabei nicht bemerkt, dass sich hieraus mit der Zeit eine Abhängigkeit entwickelt hat. Später sträuben sich viele Alkoholabhängige mit einer für Außenstehenden unbegreiflichen Hartnäckigkeit dagegen, sich ihr Suchtproblem einzugehen. Sie fühlen sich in ihrem Selbstgefühl derart bedroht, dass sie solange irgend möglich die Augen vor der Tatsache ihrer Abhängigkeit verschließen. Durch immer geschicktere Abwehrmechanismen versuchen sie stattdessen, sich selbst und ihre Umwelt weiter von der Harmlosigkeit ihres Alkoholkonsums zu überzeugen.

Contemplation:
Der Betroffene setzt sich mit seinem Alkoholkonsum kritisch auseinander

Contemplation: Der Betroffene beginnt, sich mit seinem Alkoholkonsum kritisch auseinander zu setzen. Allerdings bedeutet die wachsende Einsicht noch keine konkrete Veränderungsbereitschaft. Im Vordergrund stehen vielmehr zunächst Abwägungsprozesse, in deren Verlauf der Betroffene entscheidet, wie er sich in Zukunft verhalten möchte, welche Veränderungsschritte er gegebenenfalls vornehmen will und schließlich welche Hilfestellungen er hierfür in Anspruch nehmen wird. Hierbei geht es um vielfältige Kosten-Nutzen-Analysen. Den Betroffenen beschäftigen z. B. Fragen wie die Möglichkeit von Kontrolliertem Trinken, die Notwendigkeit einer körperlichen Entgiftung, die Dauer und Art einer möglichen Entwöhnungsbehandlung sowie schließlich die Entwicklung persönlicher Therapieziele. Infolge aufkommender Schuld- und Versagensgefühle besteht immer wieder die Versuchung, sich der belastenden Selbstreflexion durch vorschnelle oder oberflächliche Lösungsversuche zu entziehen.

Action:
Der Betroffene ändert sein Trinkverhalten

Action: Der Betroffene hat einen ernsthaften Abstinenzvorsatz gefasst bzw. strebt konkrete Veränderungen seines Alkoholkonsums an und versucht nun, dies auch in die Tat umzusetzen. Durch Versuchs-Irrtumslernen oder die Unterstützung von professionellen oder nichtprofessionellen Helfern gilt es, persönlich geeignete Veränderungsstrategien zu entwi-

ckeln. Misserfolge oder Durststrecken stellen hierbei die Veränderungsabsichten des Betroffenen immer wieder auf eine harte Probe.

Maintenence: Patienten in dieser Veränderungsphase haben bereits konkrete Abstinenzversuche gestartet, sehen sich aber immer wieder mit belastenden Versuchungssituationen konfrontiert. Auch bei kleineren Rückfällen ist ihre Abstinenzzuversicht bedroht. Zusätzlich wird die Situation durch Misstrauen bzw. Resignation ihrer Bezugspersonen belastet.

**Maintenence:
Der Betroffene
stabilisiert
seine Abstinenz**

Auch wenn die hierarchische Abfolge der Veränderungsphasen in empirischen Studien nicht einheitlich nachgewiesen werden konnte, so konnte doch gezeigt werden, dass die einzelnen Phasen von jeweils unterschiedlichen psychischen Prozessen und Handlungsweisen auf Seiten der Patienten gekennzeichnet sind, die ein entsprechend phasengerichtetes Therapeutenverhalten und spezifische Interventionsformen erfordern.

2.2 Neurobiologische Modelle der Alkoholabhängigkeit

Zwar gibt es noch keine ausgearbeitete neurobiologische Theorie der Alkoholabhängigkeit, es werden aber v. a. 3 Mechanismen mit der Entwicklung und insbesondere der Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit in Verbindung gebracht (Heinz & Batra, 2003). Die einzelnen Modellannahmen sind allerdings sehr komplex und unterliegen auf Grund der regen Forschungstätigkeit einer derart kurzfristigen Veränderung, dass bei der folgenden Darstellung eine grobe Vereinfachung unausweichlich ist.

2.2.1 Toleranzentwicklung/Entzugserscheinungen

Bei regelmäßigm Alkoholkonsum können Personen eine um den Faktor 2 erhöhte Verträglichkeit von Alkohol dergestalt entwickeln, dass sie eine bis zu doppelt so große Menge Alkohol benötigen, um die gleiche Wirkung zu erzielen. 2 Faktoren werden mit dieser Toleranzsteigerung in Zusammenhang gebracht:

- *2-Phasenwirkung von Alkohol.* Insbesondere EEG-Untersuchungen zeigten eine 2-Phasen-Wirkung von Alkohol dergestalt, dass im Anschluss an die erwünschte angenehme Hauptwirkung von Alkohol im glutamatergen und GABAerogen System eine entgegengesetzte unangenehme Nachwirkung einsetzt. Diese ist zwar geringer ausgeprägt aber viel länger anhaltend. Durch die wiederholte Einnahme von Alkohol kann es zu einer allmählichen Auftürmung der unangenehmen Nebenwirkungen kommen, die irgendwann die Form der bekannten Entzugserscheinungen (Zittern, Schwitzen, Erbrechen) annehmen können. Der Betroffene benötigt nunmehr erheblich größere Alkoholmengen, um durch die auf-

**Entstehung von
körperlichen
Entzugs-
erscheinungen**

getürmten Nachwirkungen hindurch überhaupt noch eine angenehme Hauptwirkung zu empfinden.

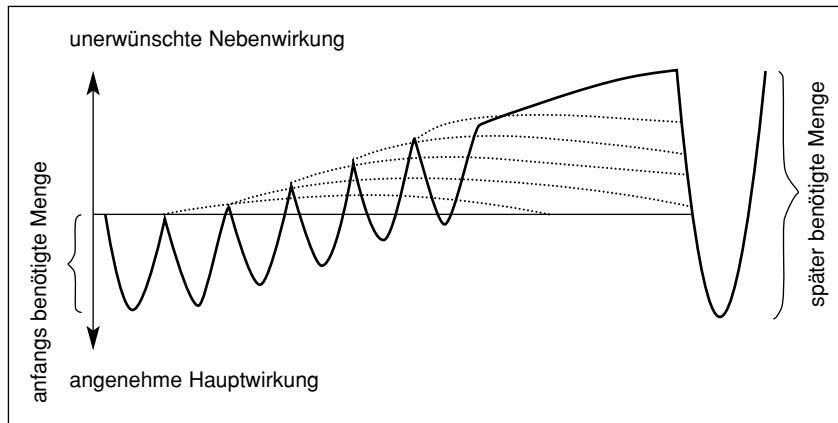


Abbildung 8:
Toleranzsteigerung bei Alkohol (Lindenmeyer, 2005)

MEOS
beschleunigt
den Abbau
von Alkohol

- *Erhöhte Alkoholverarbeitungskapazität der Leber.* Bei häufigen Promillewerten von über 0.5 kann sich die Kapazität der Leber zur Verarbeitung von Alkohol durch Bildung zusätzlicher Enzyme erhöhen. Besondere Bedeutung wird hierbei dem sog. „Mikrosomalen Ethanol Oxidations System“ (MEOS) zugemessen, mit dessen Hilfe der Abbau von Alkohol in der Leber durch Zuführung von Sauerstoff beschleunigt werden kann. Einerseits führt die dadurch rascher eintretende Nüchternheit der Betroffenen zur rascheren Wiedereinnahme von Alkohol, andererseits erzeugt die Verbindung dieser Enzyme mit Adrenalin eine verstärkt ausgeprägte und länger anhaltende unangenehme Nachwirkung nach der Einnahme von Alkohol.

2.2.2 Endorphinmangel

Belohnungs-
system
im Gehirn

Im Mittelpunkt dieser Suchtmodelle steht das die menschliche Wohlbefindlichkeit bewertende sog. „Belohnungssystem“ im Gehirn (Kiefer, 2004). Stammesgeschichtlich ist dieses vorwiegend dopaminerg-endorphinerg regulierte, mesolimbisch-mesocorticale Funktionssystem mit explorativer Neugierdeerkundung, Motivationsprozessen, allgemeiner Verhaltensaktivierung und Beibehaltung von stabilisierenden Gewohnheitshierarchien verbunden. Eine Reihe von Erklärungsansätzen gehen übereinstimmend davon aus, dass ein genetischer oder durch anhaltenden Alkoholkonsum erworbener Defekt verschiedener Transmittersysteme (u. a. dopamineriges und serotonerges System; endogene Endorphine) in einer mangelnden Selbst-

aktivierung des Belohnungssystems seinen Niederschlag findet. Bei Alkoholabstinentz entsteht dadurch ein Absinken des Dopaminumsatzes, der wiederum Suchtmittelverlangen, Reizbarkeit, Depression, Ärger und Dysphorie bewirken kann. Erst durch die erneute Einnahme von Alkohol wird der Endorphinmangel ausgeglichen, indem Kondensationsprodukte mit endorphinähnlichen Eigenschaften den Endorphinmangel und dessen psychische Begleiterscheinungen kurzfristig beseitigen.

Endorphinmangel bei chronischem Alkoholkonsum

2.2.3 Situationsspezifische emotionale Gedächtniseffekte und Informationsverarbeitung („Suchtgedächtnis“)

Verschiede Autoren postulieren die Existenz eines sog. „Suchtgedächtnisses“ (Böning, 1994). Den Hintergrund lieferten im Tierexperiment gewonnene Erkenntnisse, dass sowohl endogene Opioide (speziell Endorphin₁₋₃₁) als auch Glutamat-NMDA-vermittelte Prozesse des oben erwähnten Belohnungssystems an der Gedächtnisbildung beteiligt sind. Hinweise liegen außerdem dafür vor, dass durch eine anhaltende Aktivierung dieser Systeme auch sog. „regulative Gene“ (z. B. c-fos-Gen in Nervenzellen) aktiviert werden können, die im Zellkern dauerhafte Gedächtnisspuren hinterlassen können. Auf diese Weise können bei Alkoholabhängigen in bestimmten Auslösersituationen, die in der Vergangenheit mit der Einnahme von Alkohol verknüpft waren (z. B. Örtlichkeiten, Situationen, Tageszeiten, Personen, Erinnerungen oder Stimmungen), neurophysiologische Reaktionsweisen auftreten, die außerhalb jeder willentlichen Kontrolle liegen, auf Grund einer Veränderung des motivational-emotionalen Zustandes der Betroffenen aber ein erhebliches Rückfallrisiko beinhalten. Mittlerweile konnte in zahlreichen Studien eine Vielzahl an reflexartigen Veränderungen auf physiologischer Ebene (u. a. Hautwiderstand, Speichelfluss, Herzfrequenz, EEG, Neurotransmitterausschüttung, Hormonausschüttung), auf emotionaler Ebene (Verlangen, Erregung, Stimmung) und auf kognitiver Ebene (u. a. Gedächtnis- und Wahrnehmungsbias, Reaktions- und Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit) bei Alkoholabhängigen bei der Konfrontation mit alkoholbezogenen Stimuli nachgewiesen werden. In diesem Zusammenhang ist eine rege Forschungstätigkeit zu drei Erklärungsansätzen entstanden:

Suchtgedächtnis

Dauerhafte Engrammierung von Alkoholerfahrung

- *Modell der cue reactivity als klassisch-konditionierter Reaktion:* Klassische Konditionierungsmodelle postulieren, dass Stimulusbedingungen (sog. „trigger“) einer Trinksituation an die jeweilige Alkoholwirkung konditioniert werden können, so dass erstere mit der Zeit selbst physiologische, emotionale und motivationale Reaktionen (sog. „cue reactivity“) auslösen können, die von den Betroffenen als Verlangen nach Alkohol (sog. „craving“) erlebt werden. Dadurch bekommen diese Auslösereize (sog. „alcohol-associated cues“) die Fähigkeit, konditionierte Reaktionen zu bewirken, die auch nach langer Alkoholabstinenz Aufforderungs-

Klassisch konditionierte cue reactivity

charakter zum erneuten Konsum von Alkohol haben. Die meisten Modellannahmen konnten mittlerweile sowohl im Tierexperiment als auch und in Humanstudien bestätigt werden, es zeigte sich allerdings nur ein begrenzter Zusammenhang zwischen subjektiven Verlangen nach Alkohol und psychophysiologischen Maßen (bzgl. eines Überblicks vgl. Carter & Tiffany, 1999).

- *Modell der subkortikalen Sensitivierung:* Neuere biochemische Erklärungsansätze der Sucht akzentuieren eine neuronale Adaptation des Dopaminsystems bei ständigem Alkoholkonsum, die zu Hypersensitivität des Belohnungssystems gegenüber der Anreizwirkung von Alkohol und alkoholspezifischen Stimuli führt. Nach Wolffgramm und Heyne (2000) handelt es sich hierbei um hochgradig löschungs- und überschreibungsresistente Veränderungen im mesolimbischen-mesocorticalen Bereich in Form einer erhöhten elektrisch bedingten Entladung von Dopamin und Acetylcholin, die zu verstärktem Alkoholverlangen auf alkoholbezogene Stimuli *in vivo* und *in sensu* führen und dadurch die Gefahr von Rückfällen auch nach langer Abstinenz erhöhen. Diese Sensitivierung wird offenbar nicht nur unmittelbar durch wiederholten Alkoholkonsum bewirkt, sondern es ist eine deutliche Modulierung durch situative Bedingungen und Lernen zu beobachten. Erhöhte Alkoholsensitivität ist somit in hohem Maße kontextspezifisch, sie ist am stärksten in den früheren Trinksituationen und wird umso schwächer je unähnlicher der situative Kontext zu bekannten Trinksituationen ist. Von besonderer Bedeutung für das Verständnis von Rückfällen ist hierbei, dass die suchtspezifische Sensitivierung sich lediglich auf die Anreizfunktion des Alkohols („wanting“) bezieht, während die hedonistische Wirkung von Alkohol („liking“) im Verlauf einer Suchtentwicklung häufig sogar eher nachlässt. Allerdings konnten diese Effekte bislang fast nur im Tierexperiment gezeigt werden, während am Menschen auf Grund des enormen apparativen Aufwandes erst wenige Studien an kleinen Stichproben vorgelegt wurden.
- *Modell von Controlled Processing versus Automatic Processing:* Kognitive Psychologen unterscheiden bei der Suchtentwicklung zwischen automatisierter Informationsverarbeitung und Handlungsregulation (sog. „automatic processing“) einerseits und bewusster Informationsverarbeitung und Handlungsregulation (sog. „controlled processing“) andererseits. Automatisierte Informationsverarbeitung und Handlungsregulation erfolgen schnell, sind wenig variabel und schwer zu unterdrücken, sobald sie einmal begonnen wurden. Sie erfordern geringe willentliche Anstrengung und kognitive Kapazität. Sie sind eindeutig an bestimmte Auslösersituationen gekoppelt, lösungsrésistent und den Betroffenen oft nicht bewusst. All diese Eigenschaften treffen auf das Trinkverhalten von Alkoholabhängigen zu: Ihr Alkoholkonsum ist stimulusgebunden, stereotyp, schwer zu kontrollieren, wenn einmal begonnen, und oftmals außerhalb des Bewusstseins der Betroffenen. Bewusste Informationsverarbeitung und Handlungsregulation („controlled processing“) sind dagegen

Kontext-spezifische subkortikale Sensitivierung des Belohnungssystems

Unterscheidung von „liking“ und „wanting“

Alkoholkonsum als automatisierte Handlungsregulation

Verlangen
als controlled
processing

vergleichsweise langsam, flexibel, abhängig von der Intention des Individuums, kognitiv aufwändig und beschränkt durch die kognitive Kapazität. Sie werden benötigt beim Erlernen von Fertigkeiten (skills), bei unerwarteten Hindernissen und bei der Unterbrechung automatischer Prozesse. Nach Tiffany und Conklin (2000) lässt sich hierdurch die widersprüchliche Rolle von Alkoholverlangen erklären. Einerseits blockiere Verlangen als bewusste Informationsverarbeitung die Ausübung von kognitiv anspruchsvollen Aufgaben und könne dadurch zu einem Handicap bei abstinenten Bewältigungsversuchen werden. Andererseits dringe Alkoholverlangen in das Bewusstsein der Betroffenen und könne dadurch prinzipiell eine Unterbrechung automatisierter Handlungsabläufe bewirken, was wiederum die Chancen für ein selbstkontrollierendes Eingreifen erhöhe.

Bei aller Unterschiedlichkeit ist den drei Modellen gemeinsam, dass der eigentliche Suchtmechanismus nicht darin gesehen wird, dass Alkoholabhängige auf Grund einer psycho-sozialen Problematik oder neurophysiologischer Veränderungen nur schwer auf die pharmakologisch angenehme Wirkung von Alkohol verzichten können. Vielmehr nehmen alle Modelle an, dass sich im Verlauf der Suchtentwicklung die neuronalen Aktivitäten vom Empfangen von Belohnung (Paradigma der Verstärkung) weg auf jene Stimuli hin konzentrieren, die Belohnung ankündigen. Sucht wird somit als ein antizipatorischer Lerneffekt verstanden, der nur schwer zu überwinden bzw. zu vergessen ist. Da es sich bei der Anreizfunktion um unterschwellige Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits- und Gedächtniseffekte handelt, haben Alkoholabhängige mitunter wenig Bewusstheit darüber, warum sie Alkohol trinken. Sie können sich oft selbst nicht verstehen und sind insbesondere befremdet darüber, wenn sie nach längerer Abstinenz wieder zur Flasche greifen, obwohl sie die Schädlichkeit dieses Tuns längst erkannt haben.

Sucht als anti-
zipatorischer
Lerneffekt

2.3 Psychosoziale Modelle der Alkoholabhängigkeit

2.3.1 Das „Eisbergphänomen“ in einer gestörten Trinkkultur

Hinsichtlich des Umgangs mit Alkohol lassen sich Abstinentzkulturen, in denen es kaum Alkohol gibt, von Trinkkulturen und gestörten Trinkkulturen unterscheiden, in denen der Konsum von Alkohol weit verbreitet ist. Eine gestörte Trinkkultur zeichnet sich dadurch aus, dass es keine klaren und verbindlichen Regeln im Umgang mit Alkohol gibt. Vielmehr sind auch schädliche und riskante Formen des Umgangs mit Alkohol – z. B. Wett-Trinken, wiederholte Räusche, schwere Kater oder ausschließliches Trinken von hochprozentigen Alkoholika – weit verbreitet. Beispielsweise ist in Deutschland insbesondere bei Männern zwischen dem 14. und 30. Le-

Gestörte
Trinkkultur

Unklare Trinkregeln

bensjahr eine ständige Zunahme des regelmäßigen Alkoholkonsums zu verzeichnen. Erst danach ist ein Schereneffekt zu beobachten: Die Anzahl der regelmäßig Trinkenden sinkt, diese trinken aber zu einem größeren Anteil sehr viel und müssen zu den alkoholgefährdeten Personen gerechnet werden.

Es ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Entwicklung eines schädlichen und risikoreichen Alkoholkonsums und einer permissiven Einstellung gegenüber Alkohol zu verzeichnen (z. B. „trinken darf man so oft man will“, „eine Party ohne Alkohol ist langweilig“, „schlechte Laune und Probleme lassen sich durch Alkohol vertreiben“). Diese Einstellungen sind hier zu Lande weit verbreitet. Nicht zuletzt ergab eine Analyse des Alkoholkonsums in deutschen Fernsehserien, dass hier Alkohol ein normaler Bestandteil des Lebens ist und v. a. bei Männern Wirkungstrinken zur Stressreduktion, Entspannung, Kontakterleichterung und Enthemmung als angemessen und sozial akzeptiert dargestellt wird. Eine Alkoholabhängigkeit wird dagegen meist in extremer Form und als Problem von Randgruppen dargestellt.

Eisberg-Phänomen

Die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit wird unter diesen Umständen durch das sog. „Eisbergphänomen“ (vgl. Abbildung 16, S. 53) begünstigt:

- Einerseits werden entscheidende Schritte in Richtung einer Abhängigkeitsentwicklung vom Betroffenen selbst aber auch seiner Umwelt oft jahrelang nicht erkannt, da sie sich noch unterhalb der allgemein üblichen Trinknormen befinden. Auch Hausärzte und niedergelassene Psychotherapeuten zögern auf Grund dieser Situation oftmals sehr lange, ihre Patienten auf ihren überhöhten Alkoholkonsum anzusprechen.
- Andererseits besteht die Tendenz, alle auffällig gewordenen Alkoholprobleme einheitlich als Alkoholabhängigkeit zu verstehen und entsprechend aufwändig und langwierig zu behandeln. Weniger aufwändige und niedrigschwellige Behandlungsansätze für leichtere oder erst seit kurzer Zeit bestehende Formen von Alkoholproblemen sind noch unzureichend entwickelt.

Die somit erst spät, dann aber umso heftiger einsetzende Reaktion der Umwelt auf das Alkoholproblem eines Betroffenen ist nicht mehr dazu geeignet, den Betroffenen zu einem „normalen“ Alkoholkonsum zurückzuführen, sondern hat meist nur heimliches Trinken oder andere Vermeidungsstrategien zur Folge, um der befürchteten Stigmatisierung als Alkoholiker zu entgegen. Erst wenn sich schwere negative Folgen einer dauerhaften Alkoholabhängigkeit entwickelt haben, sieht sich der Betroffene zu einer Veränderung gezwungen.

2.3.2 Familienprozesse bei Alkoholabhängigkeit

Einen Paradigmawechsel stellten Suchtmodelle dar, die den Focus weniger auf den Betroffenen selbst als auf suchtspezifische Veränderung seiner Interaktion mit seiner Umwelt richten. Manche Autoren sprechen in diesem Zusammenhang auch von „Alkoholfamilien“ oder „Suchtfamilien“. Gemein-

sam ist all diesen Ansätzen, dass sie aus einer systemischen Perspektive die Adaption des Systems Familie auf den Alkoholkonsum eines Familienmitglieds zum Gegenstand haben. Hierbei wird eine Reihe von typischen Mechanismen beschrieben:

- Abschottung der Familie nach außen, um negative Auswirkungen des Trinkens zu vermeiden bzw. zu verbergen.
- Veränderung der Rollenaufteilung und Übernahme der Verantwortlichkeiten des Abhängigen, um ihn zu entlasten und gleichzeitig die Familie vor den Folgen seiner Unzuverlässigkeit zu schützen.
- Entgegenkommen und Konfliktvermeidung gegenüber dem Abhängigen in der Hoffnung, dadurch seinen Alkoholkonsum aber auch seine durch Alkohol gesteigerte Gewalttätigkeit zu senken.

Vielfach ist das Verhalten der Familienangehörigen und Lebenspartner auch als Enabling (deutsch: „Ermöglichen“) oder „Co-Abhängigkeit“ problematisiert worden, da es den Alkoholkonsum des Betroffenen ungewollt aufrechterhalte.

Enabling
Co-Abhängigkeit

Auf Grund der mangelnden Operationalisierung der hierbei entwickelten Konzepte steht ihre empirische Überprüfung bislang noch aus. Insbesondere ist völlig unklar, in welchem Ausmaß die beschriebenen Verhaltensweisen bei Angehörigen tatsächlich bestehen und ob hierdurch die Abhängigkeit wesentlich stabilisiert wird. Außerdem ist fraglich, ob diese Interaktionsformen wirklich suchtspezifisch sind, oder nicht vielmehr allgemeine Bewältigungsformen von Angehörigen auf eine psychische Erkrankungen eines Familienmitgliedes bzw. Partners darstellen.

Fehlende empirische Grundlage

Trotzdem wurde auf dieser Grundlage eine Vielzahl von therapeutischen Interventionen zur Einbeziehung von Angehörigen in der Behandlung von Abhängigen entwickelt. In einer Reihe von Studien konnte gezeigt werden, dass durch eine Einbeziehung von Angehörigen bzw. Partnern von Alkoholabhängigen sowie die Anwendung paartherapeutischer Elemente die Erfolgschancen von Entwöhnungsbehandlungen signifikant verbessert werden konnten.

Einbeziehung von Bezugs-personen erhöht Abstinenz-chancen

2.3.3 Sozialer Abstieg

3 Bedingungen für den sozialen Abstieg von Alkohol-abhängigen

Es sind v. a. drei Bedingungen, die im Verlauf einer Alkoholabhängigkeit zu sozialem Abstieg und Ausgrenzung des Betroffenen führen können:

- unmittelbare soziale Folgen des Trinkens (z. B. Trennungen und Scheidungen, Versagen bei Freizeitanforderungen oder im Beruf, Kündigung und Arbeitslosigkeit, finanzielle Engpässe und Schulden, strafrechtliche Komplikationen, Wohnungsverlust und Obdachlosigkeit),
- das Distanzbedürfnis der Umwelt und die Ablehnung gegenüber Alkoholkranken in der Bevölkerung,
- Vermeidungsstrategien der Betroffenen (z. B. sozialer Rückzug oder bevorzugter Kontakt zu ebenfalls Trinkenden), um einer Stigmatisierung ihrer Alkoholprobleme zu entgehen.

Die dadurch entstehenden sozialen Probleme werden ihrerseits immer häufiger Auslöser für erneutes Trinken. Hierbei besteht insbesondere die Gefahr, dass in der Selbstwahrnehmung von Alkoholabhängigen eine Verwechslung von Ursache und Folgen stattfindet. Sie glauben, wegen ihrer sozialen Probleme zu trinken, während in Wirklichkeit ihre soziale Situation zumindest in erheblichem Ausmaß durch ihr Trinken bedingt ist.

2.3.4 Das verhaltensökonomische Rückfallmodell

Um den Einfluss der sozialen Situation auf die Rückfallwahrscheinlichkeit von Suchtkranken zu berücksichtigen, hat Vuchinich (1999) Modellannahmen der Verhaltensökonomie auf den Konsum von Suchtmitteln übertragen. Danach wird der Suchtmittelkonsum einer Person von dem Verhältnis der Verfügbarkeit über das Suchtmittel im Vergleich zur Verfügbarkeit über andere Ressourcen (z. B. Partnerschaft, Familienbeziehung, soziale Kontakte, beruflicher Erfolg) zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse bestimmt. Entscheidend ist hierbei neben dem Umstand, in welchem Umfang eine Person über alternative Ressourcen anstelle von Suchtmitteln verfügt, auch die zeitliche Nähe dieser Verfügbarkeit. Während Suchtmittel in der Regel sofort verfügbar sind, stehen alternative Ressourcen oft erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung zur Verfügung. Nach diesem Modell entsteht bei abstinentlebenden Suchtmittelabhängigen eine permanente Rückfallgefahr, wenn entweder die Vorteile von Abstinenz gering bzw. unsicher sind oder ausschließlich langfristig sind. Das verhaltensökonomische Suchtmodell verdeutlicht, dass es sich bei der Erreichung dauerhafter Abstinenz um einen Prozess handelt, der weniger durch die Suchtvergangenheit der Betroffenen als vielmehr durch die Lebensumstände der Betroffenen im Anschluss an die Suchtbehandlung bestimmt wird.

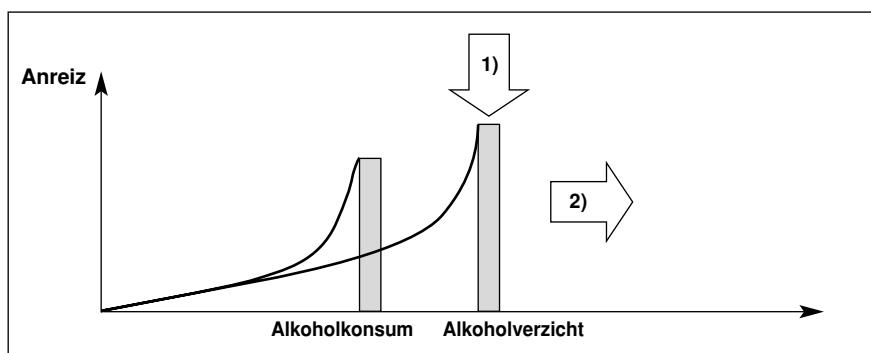


Abbildung 9:

Die permanente Rückfallgefahr bei (1) geringen/unsicheren bzw. (2) ausschließlich langfristigen Vorteilen durch Abstinenz: Die Anreizkurve für Alkoholkonsum ist permanent oberhalb der Anreizkurve für Alkoholverzicht

2.4 Schlussfolgerungen

Für die Behandlung von Alkoholabhängigen lassen sich aus den dargestellten Erklärungsmodellen drei Grundsätze ableiten:

1. *Motivationspsychologische Niederschwelligkeit anstelle von Konfrontation.* Sowohl die intrapsychischen als auch die psychosozialen Suchtmodelle machen deutlich, dass die traditionell konfrontative Grundhaltung von Suchttherapeuten: „Ein Alkoholabhängiger muss erst physisch und sozial ganz am Boden sein, um für eine Behandlung motiviert zu sein“, aus ethischer Sicht abzulehnen ist:

- Hierdurch können schwerwiegende körperliche und soziale Folgen eintreten, die dann auch durch Alkoholabstinenz nicht mehr rückgängig gemacht werden können.
- Durch eine fortschreitende, suchtbedingte Zerstörung des sozialen Stützsystems sinken die Abstinentzchancen des Betroffenen immer mehr.
- Ambivalenzkonflikte bei Veränderungsprozessen sowie die selbstwertbedrohliche Stigmatisierung von Alkoholikern können zu verfestigtem Widerstand und Reaktanzphänomenen bei den Betroffenen führen.
- Fehlende alternative Verhaltenskompetenzen, automatisierte suchtspezifische Grundannahmen, fehlendes Feedback in einer gestörten Trinkkultur sowie komorbide Störungen können den eigenständigen Aufbau von stabiler Veränderungsmotivation bei Alkoholabhängigen unmöglich machen.

Konfrontation
ethisch
abzulehnen

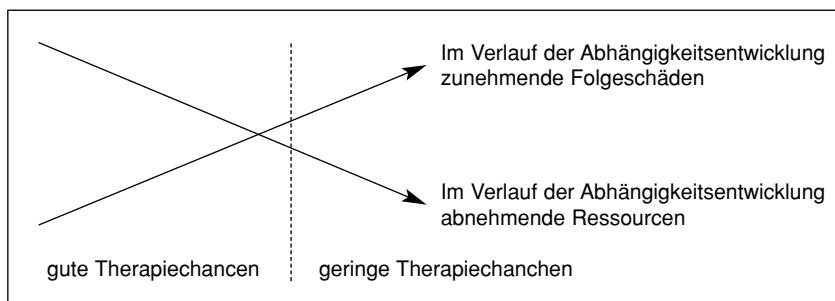


Abbildung 10:
Der negative Zusammenhang zwischen Therapiechancen und Folgeschäden
(Lindenmeyer, 2005)

Entsprechend sind Suchtbehandlungsangebote nach motivationspsychologischen Gesichtspunkten so niederschwellig wie möglich zu gestalten, um möglichst viele Betroffene frühzeitig in ihrer Suchtentwicklung zu erreichen. Wenn Betroffene nicht zu einer dauerhaften Alkoholabstinenz bereit bzw. in der Lage sind, so ist zumindest eine Verringerung der körperlichen und sozialen Alkoholfolgeschäden im Sinne von „harm reduction“ anzustreben:

Motivations-
psychologische
Nieder-
schwelligkeit

- Sicherung des Überlebens,
 - Verhinderung von schweren körperlichen Folgeschäden,
 - Sicherung der sozialen Umgebung gegen Beeinträchtigungen,
 - Verhinderung sozialer Desintegration,
 - Ermöglichung längerer Abstinenzphasen.
2. *Beachtung subkortikaler Prozesse und eingeschränkter Willensfreiheit der Betroffenen.* Die neurobiologischen Suchtmodelle verdeutlichen, dass sich bei Alkoholabhängigen bildlich gesprochen die Machtverhältnisse zwischen rational-willentlicher Steuerung (Großhirn) und emotional-automatisierten Anreizprozessen (Zwischenhirn) dauerhaft verschoben haben, was die Gefahr eines Rückfalls ebenso wie die Schwierigkeit einen Rückfall wieder zu stoppen erhöht. Es ist daher nicht ausreichend, Alkoholabhängige mittels psycho- und soziotherapeutischer Interventionen eine bessere Bewältigung ihres Alltags auch ohne Alkohol zu ermöglichen (Kompensationsparadigma). Da ein Schutz vor allen alkoholbezogenen Stimuli in einer Trinkkultur illusorisch ist, müssen vielmehr gezielte Interventionen zur Rückfallprävention die Betroffenen dazu befähigen, ihren dann ausgelösten neurobiologischen Suchtreflexen standhalten zu können. Anstelle komplexer, kognitiven Rückfallpräventionsprogramme ist hieraus die Notwendigkeit der gründlichen, d. h. oftmals wiederholten Einübung möglichst einfacher und hochgeneralisierter Bewältigungsstrategien abzuleiten, um einer Überforderung von rückfallgefährdeten Alkoholabhängigen im Moment einer Risikosituation vorzubeugen.
3. *Zukunftsorientierung der Behandlung.* Die Rückfallmodelle machen deutlich, dass es sich bei der Erreichung von dauerhafter Abstinenz um einen Prozess handelt, der weit über die Behandlung hinausreicht und stärker

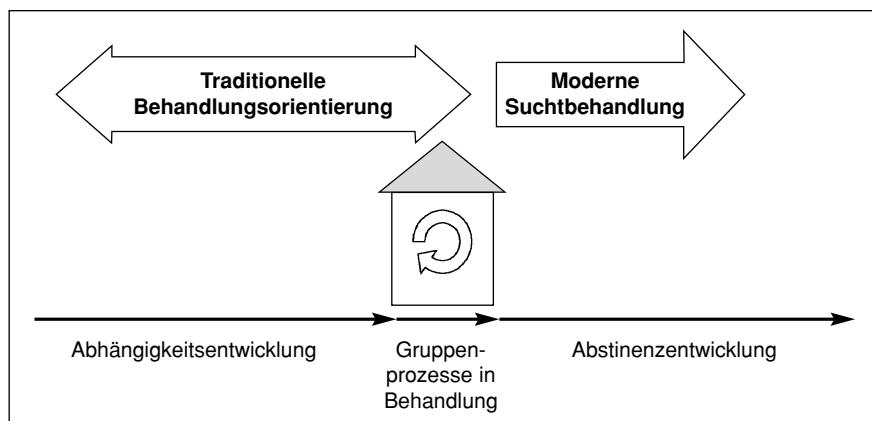


Abbildung 11:

Veränderte Behandlungsperspektive durch Realitäts- und Zukunftsorientierung anstelle von rückwärtsgerichteter Ausarbeitung und Analyse von Gruppenprozessen

von den Bedingungen im Anschluss an die Behandlung als von den Entstehungsbedingungen einer Alkoholabhängigkeit bestimmt wird. Um der häufig ungünstigen sozialen Situation der Betroffenen gerecht zu werden, ist daher eine primäre Realitäts- und Zukunftsorientierung aller Behandlungsangebote zu Lasten der rückwärtsgerichteten Aufarbeitung der Suchtvergangenheit bzw. der Analyse von Gruppenprozessen innerhalb einer Behandlung erforderlich.

Abstinenz oder Kontrolliertes Trinken?

Zu diesem Thema wird seit langem eine sehr heftige, teilweise auch polemische und unsachliche Kontroverse geführt. Wissenschaftlich ist die Frage, ob Alkoholabhängige mithilfe einer entsprechenden Behandlung wieder zu einem kontrollierten Trinkstil zurückfinden können, bis heute nicht eindeutig zu entscheiden: Einerseits wurden eine Vielzahl von sorgfältig durchgeführten Studien vorgelegt, denen zufolge zumindest ein gewisser Teil von Alkoholikern auch längerfristig ein gemäßigtes Trinkverhalten zeigte (Dawson et al., 2005). Entsprechend stellt in einigen skandinavischen Ländern, in Australien und in Kanada kontrolliertes Trinken ein akzeptiertes Therapieziel in der Behandlung von Alkoholabhängigen dar. Andererseits deuten alle neueren neurobiologischen Studien auf einen sog. „point-of-no-return“ hin, ab dem bei Abhängigen die Freiheit des Willens durch neurophysiologische Veränderungen dauerhaft beeinträchtigt ist.

Wider-
sprüchliche
Forschungs-
ergebnisse

Für den deutschen Sprachraum wird vom Autor von kontrolliertem Trinken als Therapieziel für die Behandlung von Alkoholabhängigen abgeraten:

- bei den hier zu Lande in Suchteinrichtungen behandelten Patienten handelt es sich um vergleichsweise schwere Formen der Alkoholabhängigkeit, für die in den Studien zum kontrollierten Trinken jeweils die schlechtesten Ergebnisse erzielt wurden,
- der Therapieauftrag der Leistungsträger sieht dauerhafte Abstinenz als einziges Therapieziel vor,
- die überwältigende Mehrheit aller für dauerhaften Therapieerfolg wichtigen Selbsthilfegruppen für Alkoholabhängige orientieren sich am Abstinenzparadigma,
- ein Nebeneinander von kontrolliertem Trinken und Abstinenzorientierung ist in stationären Entwöhnungseinrichtungen nicht praktikabel.

Einwände
gegen kontrolliertes Trinken

Außerdem sei darauf hingewiesen, dass kontrolliertes Trinken kein unbefangenes Trinken wie früher bedeutet, sondern ein stark reglementiertes und diszipliniertes Verhalten darstellt. Der interessierte Leser sei auf die entsprechende Website www.kontrolliertes-trinken.de von Körkel verwiesen.

3 Diagnostik und Indikation

Bei der Durchführung der diagnostischen Untersuchungen ist zu berücksichtigen, dass Alkoholabhängige in der Regel nicht aus eigener Motivation Hilfe suchen. Meist treiben sie körperliche Probleme oder erheblicher Außendruck durch Arbeitgeber oder Bezugspersonen. Entsprechend befürchten viele Patienten, dass der Therapeut mit den Personen bzw. Institutionen, die die Behandlung ausgelöst haben (z. B. Leistungsträger, Arbeitsamt, Arbeitgeber, Führerscheinstelle, Bezugspersonen) in Verbindung steht und deren Sichtweise einseitig Glauben schenkt. Der Therapeut kann insofern nicht damit rechnen, dass ihm der Patient bereitwillig Auskunft gibt und seinen Ratschlägen folgt. Stattdessen stellt bereits der Diagnostikprozess einen entscheidenden Motivierungsversuch dar, von dessen Erfolg es abhängt, ob überhaupt eine Behandlung erfolgen wird. Es geht neben der Informationsgewinnung somit in erster Linie darum, den Betroffenen im Verlauf der Untersuchungen die Erfahrung machen zu lassen, dass es sich für ihn lohnt, offen mit dem Therapeuten über seine Alkoholprobleme zu sprechen.

3.1 Erstkontakt

3.1.1 Umgang mit Begleitpersonen beim Erstkontakt

Es ist zwar sicherlich wünschenswert, dass Angehörige den Patienten beim Erstgespräch begleiten. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass sich der Patient dadurch befangen, unter Zwang oder sogar gedemütigt fühlen kann. Der Therapeut sollte daher mit dem Patienten abklären, welche Teile des Gespräches er in Anwesenheit der Begleitpersonen führen möchte. Falls Angehörige beim Gespräch anwesend sind, sollte immer klar sein, wen man gerade anspricht. *Nacheinander* sollten alle Beteiligten zu Wort kommen:

„Zunächst würde mich interessieren, wie Sie als Betroffener das erlebt haben ...
Jetzt würde mich interessieren, wie Sie als Partner das sehen ...“

Uneinigkeit der Beteiligten oder Widersprüche in den Aussagen sollten durch den Therapeuten mit dem Hinweis entschärft werden, dass unterschiedliche Sicht- und Erlebnisweisen normal sind und keinerlei Einigungsnotwendigkeit besteht:

„Es ist ja ganz natürlich, dass Sie die Dinge etwas unterschiedlich erlebt haben.
Machen Sie sich darüber bitte keine Sorgen.“

In der Regel
fremdmotivierte
Patienten

Diagnostik als
Motivierungs-
versuch

Einwilligung
des Patienten
einholen

Nacheinander
alle Beteiligten
zu Wort kom-
men lassen

Widersprüche
entpatho-
logisieren

3.1.2 Gesprächsstrategie

Insgesamt dient das Erstgespräch vor allem dem Aufbau einer positiven Beziehung und der Abklärung primärer medizinischer oder sozialer Versorgungsnotwendigkeiten (z. B. offene Strafverfahren, finanzielle Probleme, drohende Wohnungskündigung oder berufliche Entlassung). Sucht-spezifische Informationen sollten zwar gesammelt werden, aber niemals auf Kosten der Beziehung. Ausführliche Hinweise zur erforderlichen Haltung des Therapeuten bis hin zu konkreten Formulierungsvorschlägen finden sich bei Rollnik und Miller (2005). Der Schwerpunkt der therapeutischen Interaktion liegt auf vier Aspekten:

- **Verständnis zeigen.** Suchtpatienten schämen sich häufig wegen ihres „selbstverschuldeten“, gesellschaftlich stigmatisierten Problems und werden von Behandlern oft sehr schnell in Richtung von spezifischen Suchtideologien gedrängt. Hieraus entsteht Widerstand und ein sinnloses Tauziehen zwischen Patient und Therapeut über das tatsächliche Ausmaß seiner Alkoholprobleme.

Beziehungs-aufbau ist vorrangig

Verständnis zeigen

Es geht im Erstgespräch stattdessen darum, sich in die Erlebniswelt des Patienten hineinzuversetzen und sich auf seine Sprache und Denkweise einzustellen. Auch unglaubliche Äußerungen des Patienten sollten an dieser Stelle nicht hinterfragt, sondern vom Therapeuten lediglich registriert werden, um hierzu zu einem späteren Zeitpunkt in der Behandlung Stellung nehmen zu können.

„Das würde mir auch so gehen ...“

„Das muss ja eine schreckliche Enttäuschung für Sie gewesen sein ...“

„Es ist sicher nicht einfach, sich so im Detail zu erinnern ...“

- **Kompetenz vermitteln.** Nur wenn der Therapeut den Eindruck vermittelt, dass er sich über Alkoholprobleme auskennt, kann ein Patient Hoffnung und Vertrauen in die Behandlung entwickeln. Dies ist bei Suchtpatienten gerade auf Grund der oftmals bereits gescheiterten Therapierfahrungen wichtig. Es empfiehlt sich daher, sich mit den typischen Symptomen und körperlichen Folgeerkrankungen einer Alkoholabhängigkeit sowie dem regional unterschiedlichen Jargon von Alkoholabhängigen vertraut zu machen.

Kompetenz vermitteln

„Viele Patienten berichten auch, dass ...“

„Kommt es auch vor, dass ...?“

- **Entpathologisieren.** Es geht darum, die „gesunden“ bzw. „normalen“ Anteile des Patienten anzusprechen, um der häufigen Demoralisierung von Suchtpatienten entgegenzuwirken und stattdessen ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung und ihre Hoffnung auf einen Therapieerfolg zu erhöhen. Allerdings sollte hiermit keine Verharmlosung des Suchtgeschehens

Entpatholo-gisieren

angedeutet werden, weil der Patient dies schnell als mangelnde Kompetenz des Therapeuten missverstehen könnte. Insofern sollte der Therapeut auch nicht einfach die kausalen Erklärungsmuster des Patienten für sein Suchtverhalten übernehmen (z. B.: „*Sie haben also wegen Ihrer Arbeitslosigkeit getrunken*“), sondern lediglich zu Kenntnis nehmen (z. B.: „*Aus Ihrer Sicht haben Sie also wegen Ihrer Arbeitslosigkeit getrunken*“).

„Ich bin beeindruckt, wie klar und offen Sie das alles berichten.“

„Das ist ganz normal, dass Sie sich im Moment nicht so genau erinnern können.“

„Die meisten Patienten haben äußerst gemischte Gefühle gegenüber der Behandlung.“

Medizinische und soziale Versorgungsnotwendigkeiten erkennen

- *Primäre medizinische und soziale Versorgungsnotwendigkeiten erkennen.* Die Klärung medizinischer bzw. sozialer Probleme haben Priorität, weil sich der Patient sonst überhaupt nicht auf die Therapie konzentrieren kann und das suchttherapeutische Angebot in diesem Fall als nicht wirklich relevant für seine Situation empfindet. Andererseits sollte sich der Therapeut nicht in unrealistische Aktivitäten stürzen und alles für den Patienten „managen“ wollen. Vielmehr geht es darum, Verständnis für die Situation des Patienten zu äußern und gemeinsam nach möglichen Auswegen zu suchen.

„Werden Sie Entzugserscheinungen bekommen?“

„Ist denn Zuhause soweit alles geregelt, während Sie hier sind?“

„Gibt es Sorgen, die es Ihnen schwer machen, sich überhaupt auf eine Therapie einzulassen?“

Um zeitlich begrenzte Diagnostikphase bitten

Die offene Phase des Erstgesprächs endet mit der Zusammenfassung der Sichtweise des Patienten durch den Therapeuten. Erst danach beginnt die Erhebung spezifischer Informationen. Bei besonders unwilligen Patienten kann es eine wirkungsvolle Motivierungsstrategie darstellen, sie zunächst um die Teilnahme an einer zeitlich überschaubaren Diagnostikphase zu bitten:

„Aus Ihrer Sicht ist es also vollkommen unverständlich, warum man Sie wegen Ihres Alkoholkonsums zu mir geschickt hat. Ich selbst kann dazu leider noch gar nichts sagen, weil ich Sie ja noch nicht näher kenne. Wie wäre es daher, wir nehmen uns ein paar Tage Zeit, um im Rahmen einer ausführlicheren diagnostischen Untersuchung Ihre Situation zu analysieren. Danach kann ich zu Ihrer Situation auch besser Stellung nehmen und Ihnen unter Umständen auch einen Behandlungsvorschlag unterbreiten. Sie haben dann immer noch genügend Zeit, um zu entscheiden, was Sie machen wollen. Was halten Sie davon?“

Hierdurch demonstriert der Therapeut, dass er fair mit unterschiedlichen Sichtweisen umzugehen weiß. Er nimmt nicht automatisch die Sichtweise

der Vorbehandler ein, sondern bietet sich als Hilfe bei der Überlegung an, was für den Patienten am besten sein könnte. Insgesamt wird hierdurch die Autonomie des Patienten betont.

Autonomie
des Patienten
betonen

3.1.3 Umgang mit intoxikierten Patienten im Erstkontakt

Falls ein Patient im Erstgespräch erheblich intoxikiert ist, sollte der Therapeut seinen Zustand verständnisvoll entpathologisieren. Das Gespräch sollte aber nur so weit wie sinnvoll geführt und zügig der Kontakt zu einem Arzt eingeleitet werden. Es macht wenig Sinn, sich länger mit einem intoxikierten Patienten zu unterhalten, da er sich nüchtern kaum noch an die Gesprächsinhalte erinnern wird. Das Erstgespräch sollte in diesem Fall zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden:

Ausführliches
Erstgespräch
mit intoxikierten
Patienten nicht
sinnvoll

„Dass Sie hier heute unter Alkohol erschienen sind, ist für mich nichts ungewöhnliches. Bei etwa einem Drittel aller Patienten ist dies beim Erstkontakt der Fall. Sie brauchen sich deswegen keine Sorgen zu machen, ganz im Gegenteil, ich weiß es sehr zu würdigen, dass Sie heute hier erscheinen sind, obwohl Sie angetrunken sind.“

Trotzdem muss ich Sie enttäuschen. Es macht unter diesen Umständen keinen Sinn, dass wir uns länger unterhalten, weil Sie sich später an unser Gespräch nüchtern kaum erinnern werden. Ich bin gern bereit, Ihnen zu helfen und daher auch sehr daran interessiert, mehr von Ihnen zu erfahren. Aber wir müssen unser Gespräch auf einen Zeitpunkt vertagen, an dem Sie nüchtern sind. Die Frage ist somit, wie können Sie nüchtern werden?“

Während eine Ausnüchterung im Rahmen einer stationären Behandlung kein Problem darstellt, kann das konkrete Procedere bei einer ambulanten Behandlung bereits Gegenstand einer ausführlicheren gemeinsamen Überlegung sein.

Ausnüchterung
organisieren

3.2 Medizinische Untersuchung

Neben der Bestimmung der sog. „Alkoholmarker“ (vgl. Kapitel 1.8.1) ist eine gründliche medizinische Untersuchung eines Alkoholabhängigen zu Behandlungsbeginn erforderlich, um z. B. die Notwendigkeit folgender medizinischer Behandlungen abklären zu können:

Gründliche
medizinische
Untersuchung
erforderlich

- Einleitung einer körperlichen Entzugsbehandlung,
- Medikamentöse Anfallsprophylaxe,
- Stabilisierung von Leber- und Pankreaserkrankungen,
- Einstellung von Diabetes,
- Medikamentöse Behandlung von Bluthochdruck.

Vermeidung von Medikamentenabhängigkeit

Kreuztoleranz
bei Medikamen-
ten beachten

Auf Grund von Kreuztoleranzprozessen haben Alkoholabhängige ein erhöhtes Risiko, auch von Medikamenten mit Suchtpotenzial (v. a. Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Schmerzmittel, Aufputschmittel und Appetit-Zügler sowie Medikamente mit Alkohol) abhängig zu werden. Alkoholabhängige sollten diese Medikamente daher nur bei zwingender Indikation und unter strengster Kontrolle eines Arztes einnehmen. Keinesfalls sollten Alkoholabhängigen diese Medikamente im ambulanten Setting verschrieben werden, um sie „bei Bedarf“ zu sich zu nehmen.

Zentrale Rolle
des Hausarztes

Einer Einbindung des Hausarztes bzw. anderer medizinischer Vorbehandler kommt aus einer Reihe von Gründen eine zentrale Rolle bei der Behandlung von Alkoholabhängigen zu:

- Der Hausarzt verfügt in der Regel über viel mehr Wissen über den chronischen Verlauf der Alkoholprobleme, als dies in einer anamnestischen Untersuchung erhoben werden kann. Er kennt häufig die familiären Verhältnisse und hat Kontakt zu weiteren Angehörigen.
- Oftmals hat sich der Hausarzt aber mit diesem Wissen auch bei erheblichen Alkoholproblemen eines Patienten mit kritischen Rückmeldungen zurückgehalten, um den Patienten nicht zu verlieren. Letzterer wähnt sich dadurch in der trügerischen Sicherheit, dass mit seinem Alkoholkonsum noch alles in Ordnung sei.
- Durch den langfristigen Kontakt kommt dem Hauarzt eine zentrale Rolle bei allen weiteren Entscheidungen des Patienten in der Zukunft zu. Nicht selten nehmen Patienten aus einer Entwöhnungsbehandlung heraus Kontakt zu ihrem Hausarzt auf, um sich bei ihm rückzuversichern.
- Der Hausarzt ist eine sehr wahrscheinliche Anlaufstelle, falls es zu einem Rückfall kommen sollte.

3.3 Strukturierte Interviews

Komorbidität
erfassen

Angesichts der hohen Komorbiditätsrate bei Alkoholabhängigen ist die Durchführung eines strukturierten Interviews zur Erfassung psychischer Störungen zu Behandlungsbeginn dringend indiziert. Hierfür stehen beispielsweise das DIPS (Margraf et al., 2005), Mini-DIPS (Margraf, 1994), CIDI (Wittchen et al., 1998), SKID (Wittchen et al., 1997) zur Verfügung. Die Durchführung dieser Interviews bedarf teilweise eines Trainings der Interviewer.

Um negative Auswirkungen der für die Validität der Daten erforderlichen Strukturiertheit und Standardisierung der Interviews auf die Motivation der Patienten zu vermeiden, bedarf es einer entsprechenden Erklärung des Therapeuten:

„Ich möchte mit Ihnen ein standardisiertes Interview durchführen. Es dient mir dazu, einen Überblick über Ihre Probleme zu gewinnen und sicherzustellen, dass wir nichts übersehen. Damit ich Ihre Antworten besser mit denen anderer Patienten vergleichen kann, ist es wichtig, dass das Interview in einer bestimmten vorgegebenen Form durchgeführt wird. Möglicherweise werden daher nicht alle Fragen für Sie persönlich relevant sein. Andere Fragen mögen auch eine Wiederholung dessen darstellen, was wir bereits besprochen haben. Es kann auch sein, dass ich Sie manchmal unterbrechen muss, um die Struktur des Interviews einzuhalten. Ich weiß, dass das alles manchmal etwas lästig ist, aber nur so liefert das Interview exakte Daten. Sind Sie einverstanden?“

3.4 Der Einsatz von klinischen Fragebogen

Es empfiehlt sich, zur weiteren diagnostischen Abklärung Alkoholabhängigen über die in Kapitel 1.8.2 beschriebenen, alkoholbezogenen Instrumente hinaus eine Reihe von weiteren Fragebogen vorzugeben. Die Fragebogen können teilweise auch zur Veränderungsmessung herangezogen werden.

Tabelle 4:
Beispielhafte Standarddiagnostik für Alkoholabhängige

Fragestellung	Instrument
Tabakabhängigkeit	FTNA (Bleich et al., 2002)
Medikamentenabhängigkeit	KFM (Watzl et al., 1991)
Psychische Beschwerden	SCL-90 (Franke, 2002)
Soziale Ängste	U-Frbg (Ullrich & Ullrich, 1976)
Depressivität	BDI (Hautzinger et al., 1995)
Essverhalten	FEV (Pudel & Westhofer, 1990)
Partnerschaftsprobleme	FPD (Hahlweg, 1996)
Soziale Unterstützung	FSozU (Fydrich et al., 2001)
Zufriedenheit mit sozialer Situation	FLZ (Fahrenberg et al., 2000)
Aggressivität	FAF (Hampel & Selg, 1975)
Inkongruenz in der Bedürfnisbefriedigung	INK (Grosse Holtworth et al., 2004)

Erfahrungsgemäß ist der routinemäßige Einsatz auch umfangreicher Fragebogenbatterien zu Behandlungsbeginn für die Patienten solange kein Problem, wie eine kurzfristige Rückmeldung der Ergebnisse erfolgt und die Ergebnisse auch erkennbare Auswirkungen auf die Therapieplanung haben. Ganz im Gegenteil, oftmals ist das Ausfüllen von Fragebögen eine

wichtige Motivierungsstrategie: Gerade der Aufwand erhöht in den Augen der Patienten die Bedeutsamkeit der Diagnostikergebnisse. Außerdem stellen die Fragebögen die Unvoreingenommenheit des Therapeuten, nicht nur auf die Suchterkrankung abzuheben, eindrücklich unter Beweis. Allerdings erfordert ein solches Vorgehen eine geeignete Instruktion der Patienten durch den Therapeuten:

**Einsatz von
Fragebogen
erläutern**

„Ich weiß, dass das Ausfüllen von so vielen Fragebögen für Sie lästig ist. Fragebögen stellen aber immer noch die einfachste Möglichkeit dar, mir ein präzises Bild Ihrer Situation zu machen und sicherzustellen, dass wir wirklich nichts übersehen. Je schneller Sie die Fragebögen vollständig ausgefüllt haben, umso schneller können wir gemeinsam über das weitere Vorgehen in der Therapie entscheiden. Sind Sie einverstanden?“

3.5 Indikationsstellung

**Keine empirisch
abgesicherten
Indikations-
kriterien
vorhanden**

Bislang sind keine allgemein akzeptierten und v. a. empirisch abgesicherten Indikationskriterien für eine bestimmte Form der Behandlung von Alkoholabhängigen vorhanden. Die Beantwortung der *Indikationsfragen* auf der Karte im Anhang des Buches kann somit nur pragmatischer Natur sein:

3.5.1 Indikationskriterien für eine stationäre Behandlung

**Intensität und
Entlastung
bei stationärer
Behandlung**

Stationäre Behandlungen bieten ein umfassenderes und intensiveres Therapieprogramm als ambulante Therapien und ermöglichen gleichzeitig eine stärkere Entlastung von beruflichen und familiären Alltagsproblemen. Sie entlasten auch kurzfristig das soziale Stützsystem des Betroffenen. Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung erscheint insbesondere angezeigt bei:

- behandlungsbedürftiger psychiatrischer Störung,
- schwerer kognitiver Beeinträchtigung,
- Therapieabbruch bei früherer ambulanter bzw. stationärer Behandlung,
- wiederholten Rückfällen bei ambulanten Behandlungsversuchen,
- fehlendem sozialen Stützsystem/mangelnder sozialer Integration,
- alkoholgeprägtem Umfeld,
- behandlungsbedürftigen körperlichen Folgeerkrankungen.

3.5.2 Indikationskriterien für eine ambulante/ teilstationäre Behandlung

**Niederschwellig-
keit und Mög-
lichkeit der Ein-
beziehung von
Bezugspersonen
bei ambulanter
Behandlung**

Der Vorteil einer ambulanten/teilstationären Behandlung liegt in ihrer räumlichen Nähe zum Alltag der Patienten, der leichteren Einbeziehungsmöglichkeit von Bezugspersonen und in den geringeren Behandlungskosten. Eine solche Behandlung erscheint besonders geeignet, wenn

- der Patient über ein stabiles soziales Stützsystem verfügt, dass im Rahmen einer ambulanten Behandlung in die Abstinenzbemühungen miteinbezogen werden kann,
- der Patient sich in einem Arbeitsprozess befindet, der durch die Behandlung nicht unterbrochen werden soll,
- eine längere Abwesenheit des Betroffenen in der Familie nicht möglich ist (z. B. wegen der Versorgung von Kindern oder Angehörigen).

Zu beachten ist hierbei das „Paradoxon der Niederschwelligkeit“ (Lindenmeyer, 2002): Die im Vergleich zu stationären Behandlungsangeboten räumliche Niederschwelligkeit ambulanter und teilstationärer Behandlungssettings muss durch hochschwellige Eingangsvoraussetzungen und Therapieregeln kompensiert werden, um eine ausreichende Therapieordnung und -ernsthaftigkeit sicherstellen zu können. Dagegen sind gerade größere stationäre Einrichtungen auf Grund ihrer „hochschwellig“ umfangreichen Ausstattung besonders gut in der Lage, flexibel und ohne jede Vorbedingung, d. h. „niederschwellig“ auf jeden Patienten zu reagieren.

Paradoxon der Nieder- schwelligkeit

3.5.3 Zwei-dimensionales Modell der Differenzierung von Suchtproblemen

Bei der Auswahl des Therapiesettings und der Therapieschwerpunkte sollte neben den individuellen Problembereichen eines Patienten immer auch die Veränderungsphase hinsichtlich seiner Bewältigungsbemühungen Berücksichtigung finden, so dass sich insgesamt ein zwei-dimensionales Modell der Therapieindividualisierung ergibt.

a. *Horizontale Differenzierung nach individuellen Problembereichen.* Die Horizontale bestimmt die indizierten inhaltlichen Schwerpunkte der Behandlung und die hierfür erforderliche Ausstattung der Therapieeinrichtung. Von der spezifischen Ausformung der „individuelle Abhängigkeit“ eines Patienten und ihrer funktionalen Einbettung in den persönlichen Lebenszusammenhang hängt ab, welche Therapieziele in der Behandlung der Patienten Priorität haben, welche spezifische Therapiemaßnahmen (medizinische Behandlung, Psychotherapie, Sozialtherapie) in welcher Reihenfolge erforderlich sind und welchen zeitlichen Umfang die Gesamtbehandlung haben soll. Entsprechend verfügen die meisten Behandlungseinrichtungen für Alkoholabhängige über variable Therapiezeiten und ein umfangreiches sog. „indikatives“ Therapieprogramm mit spezifischen Behandlungsangeboten zu einzelnen körperlichen, psychischen und sozialen Problembereichen.

Differenzierung nach individuellen Problem- bereichen

b. *Vertikale Differenzierung nach individueller Veränderungsbereitschaft.* Die Senkrechte bestimmt dagegen die hierbei indizierte therapeutische

Differenzierung nach Veränderungsbereitschaft

Keine Konfrontation bei Precontemplation

Ambivalenzförderung bei Contemplation

Direktivität bei Action-Phase

Interaktions- und Behandlungsform in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft eines Patienten:

- Bei Patienten mit großer Veränderungsbereitschaft in der Precontemplationphase (vgl. S. 28) werden durch konfrontatives bzw. direktes Therapeutenverhalten häufig Widerstand und Reaktion auf Seiten des Patienten erzeugt, bis hin zum Therapieabbruch oder Rückfall. Hier haben sich stattdessen eine dosierte, das Selbstkonzept des Patienten nicht bedrohende Informationsvermittlung (vgl. Kap. 4.4) und die spezifischen Interaktionsstrategien des Motivational Interviewing (vgl. Kap. 4.3) bewährt.
- Bei Patienten in der Phase von Contemplation (vgl. S. 28) ist ein sorgsamer Umgang mit Ambivalenz hinsichtlich einer Veränderung des Alkoholkonsums entscheidend (vgl. Kap. 4.5). Häufig muss der Therapeut die Ambivalenz des Patienten geradezu von sich aus bewusst machen, anstatt sich mit angepassten Äußerungen des Patienten zufrieden zu geben. Insgesamt sollte der Therapeut die Ambivalenz des Patienten würdigen und fördern, damit bei letzterem der Wunsch nach Eindeutigkeit und einer Entscheidung wächst. Am wirkungsvollsten ist es hierbei, wenn es dem Therapeuten gelingt, von sich aus mögliche Einwände und Härten der einzelnen Behandlungsvorschläge vorwegzunehmen noch bevor der Patient sie ausgesprochen hat.
- Dagegen erfordert die therapeutische Anleitung von änderungsbereiten Patienten in der Action-Phase (vgl. S. 28) ein eher direktes Therapeutenverhalten, um z. B. beim Kompetenztraning in Rollenspielen oder bei Einstellungsveränderung durch kognitive Umstrukturierung einen möglichst deutlichen Erfolg zu erzielen. Nur so wird es gelingen, den Patienten bei trotz aller Anstrengung unvermeidlichen Rückschlägen und Schwierigkeiten vor einem emotionsgeleiteten Abbruch

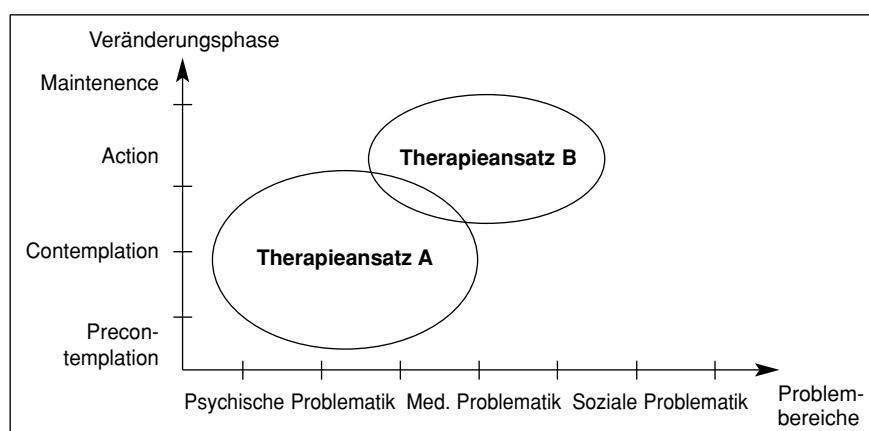


Abbildung 12:

Zwei-dimensionale Differenzierungsmöglichkeit von Therapieangeboten im Suchtbereich

seiner Veränderungsbemühungen zu bewahren. Dies ist keine Frage von Einsicht des Patienten, sondern hier geht es um eine möglichst kurzfristige Überwindung von Angst, Ärger, Resignation, Verzweiflung oder Enttäuschung durch aktives Eingreifen des Therapeuten.

- Bei Patienten in der Maintenance-Phase (vgl. S. 29) ist v. a. die Förderung von Abstinenzzuversicht entscheidend. Hier kommt es im Rahmen einer effektiven Vorbereitung auf die Zeit nach der Behandlung (Rückfallprävention) darauf an, durch immer stärkere therapeutische Zurückhaltung bei immer schwereren Therapieaufgaben unter Alltagsbedingungen eine möglichst stabile interne Attribuierung der Veränderungserfolge durch den Patienten zu erzielen.

Therapeutische Zurückhaltung in Maintenance-phase

Entsprechend benötigen auch Patienten, die sich erstmals einer Suchtbehandlung unterziehen, ein prinzipiell anderes Behandlungskonzept als Patienten, die nach einem Rückfall erneut in Behandlung sind:

Tabelle 5:
Erst- versus Rückfallbehandlung

Erstbehandlung	Rückfallbehandlung
Akzentuierung von Suchtverhalten und Abstinenzgebot	Entdramatisierung von Rückfällen
Herausarbeiten von Problembereichen bzw. Persönlichkeitsstörungen	Entpathologisieren der Betroffenen zur Überwindung des Rückfallschocks
suchtmittelfreie Zone/Schutzraum	Exposition in vivo
Breitbandtherapie	Minimale Intervention

Unterschiede zwischen Erstbehandlung und Rückfallbehandlung

3.6 Rückmeldung der Diagnostikergebnisse und Vermittlung der Indikationsentscheidung durch den Therapeuten

Eine gezielte und qualifizierte Rückmeldung der Diagnostikergebnisse stellt eine wichtige und effektive Intervention bei der Motivierung von Alkoholabhängigen dar. Der Therapeut sollte hierbei lange und komplexe Ausführungen vermeiden, sondern auf einfache Formulierungen und logische Stringenz seiner Erklärungen achten. Er sollte insbesondere auf Skepsis oder Einwände des Patienten eingehen.

3.6.1 Rückmeldung allgemeiner Diagnostik-Ergebnisse

Der Therapeut beginnt mit der Rückmeldung in Bezug auf mögliche psychische oder körperliche Problembereiche des Patienten (z. B. „*Zunächst habe ich geprüft, ob es irgendein Problem gibt, das Ihre Alkoholprobleme erklären würde und somit vorrangig zu behandeln wäre*“). Es geht dabei darum,

die z. T. sehr vielschichtige individuelle Problematik eines Patienten glaubhaft auf den Ansatz einer Abhängigkeitsbehandlung zu konzentrieren.

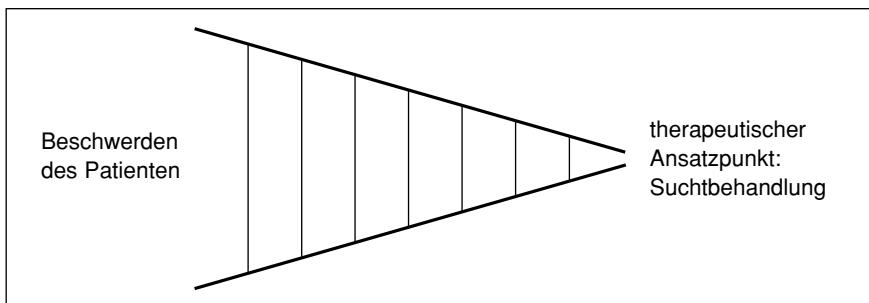


Abbildung 13:
Rückmeldung allgemeiner Diagnostik-Ergebnisse

Dieser Punkt ist wichtig, damit

- der Patient das Gefühl bekommen kann, dass eine abstinenzorientierte Suchtbehandlung seiner Situation und seiner Problematik überhaupt gerecht wird.
- die Demoralisierung des Patienten durch eine Reduktion der Komplexität seiner Problematik verringert wird und stattdessen positive Veränderungserwartung und Selbstwirksamkeitsüberzeugung entstehen können.
- die Therapieerwartungen des Patienten realistisch bleiben. Gegebenenfalls ist mit dem Patienten herauszuarbeiten, dass Abstinenz keinen Zustand ohne jegliche Probleme bedeutet, sondern dass bestimmte persönliche Schwierigkeiten weiter bestehen, abstinenz aber wesentlich besser bewältigt werden können.

Nach Möglichkeit ist eine Aneinanderreihung mehrerer Diagnosen zu vermeiden, sondern eine der folgenden 4 Rückmeldungen zu wählen:

- *Beruhigung: „alles normal“.*

„Ich kann Sie beruhigen, trotz gründlicher Überprüfung haben wir keinerlei zu Grunde liegende Störung finden können. Alle Ihre Untersuchungsergebnisse sind vollkommen normal. Vielleicht hatte zwar die Entstehung Ihrer Abhängigkeit mit bestimmten Problemen zu tun, Ihr gegenwärtiges Trinkverhalten steht damit aber mit Sicherheit nicht mehr in Zusammenhang. Auch körperlich ist alles so weit in Ordnung, und schließlich ist Ihre soziale Situation (Arbeitsplatz, Wohnung und Finanzen) stabil. Wir können uns also in der Behandlung auf Ihr Alkoholproblem konzentrieren.“

- *Probleme als Folge der Sucht.*

„Man kann anhand der Ergebnisse unserer Untersuchungen sehr deutlich sehen, wie stark Sie gegenwärtig unter ... leiden. Solche Schwierigkeiten sind

bei Alkoholproblemen sehr häufig, auf die Dauer sogar fast unvermeidlich. Insofern sollten wir den Schwerpunkt der Behandlung auf Ihr Alkoholproblem legen, weil sich nur dadurch Chancen bieten, Ihre anderen Probleme zu lösen. Bei ... besteht aus meiner Sicht die berechtigte Hoffnung, dass die Dinge bei Abstinenz wieder von selbst ins Lot kommen. Bei ... können wir Ihnen im Rahmen der Therapie zusätzliche Hilfe anbieten.“

– *Alkohol als Problemlöser für ...*

„Ein häufiger Anlass für Ihren Alkoholkonsum ist sicherlich Ihr ... Problem. Die Ergebnisse unserer Untersuchungen zeigen sehr deutlich, wie stark Sie unter ... leiden. Ein Schwerpunkt der Behandlung müsste also darauf liegen, wie Sie mit genau dieser Situation künftig anders umgehen können, als immer wieder zum Alkohol zu greifen.“

– *Unabhängig von Alkohol bestehendes Problem.*

„Bei unserer Untersuchung ist deutlich geworden, dass Sie höchstwahrscheinlich unabhängig von Ihren Alkoholkonsum unter ... leiden. Wir müssten also in Ihrer weiteren Behandlung zweigleisig fahren.“

3.6.2 Rückmeldung vorläufiger Suchtdiagnostik-Ergebnisse

Insbesondere folgende Informationen können geeignet sein, um eine kritische Selbstreflexion des Patienten hinsichtlich seines Alkoholkonsums anzustoßen bzw. zu bestärken:

- In welcher Hinsicht unterscheidet sich der Alkoholkonsum des Patienten von einem risikoarmen, sozial integrierten Alkoholkonsum?
- Welche negativen Auswirkungen gesundheitlicher oder sozialer Art sind durch den Alkoholkonsum bereits eingetreten?
- Welche Indizien sprechen für das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit?

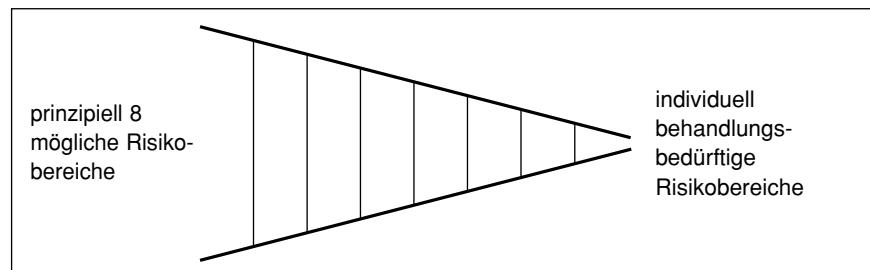


Abbildung 14:
Rückmeldung suchtspezifischer Diagnostik-Ergebnisse

Hauptanliegen ist es, dem Patienten ein Abhangigkeitsmodell zu vermitteln, das anstelle einer einheitlichen, von der Normalität klar abgrenzbaren Krankheit („Bin ich Alkoholiker oder nicht?“) das Konzept einer „individuellen Abhängigkeit“ akzentuiert („In welchen Momenten bin ich versucht, Alkohol zu trinken und in welchen nicht?“):

„Heute weiß man einfach mehr über Suchtprobleme: Alkoholabhängige trinken nicht immer gleich, sondern in persönlich typischen Trinksituationen. Das heißt, es gibt bei jedem Abhängigen Situationen, in denen es ihm eher leicht fällt, nicht zu trinken, und Situationen, in denen dies sehr schwer ist. Die Frage war nun, welches sind Ihre typischen Trinksituationen? Ich habe das in dieser Abbildung in 8 Risikobereiche unterteilt. Ihre typischen Trinksituationen sind ... Das heißt, die größte Trinkwahrscheinlichkeit besteht bei Ihnen, wenn Sie ... (einzelne Auslosesituationen bzw. Trinkmotive benennen). Dagegen wird es Ihnen wahrscheinlich eher leicht fallen, auf Alkohol zu verzichten, in den Bereichen ... (konkrete Situationen benennen). Wenn sich dieser Trend bestigt, konnnten wir daher bei der Behandlung den Schwerpunkt gezielt auf die Bereiche ... legen. Die anderen Bereiche würden wir lediglich am Rande streifen.“

Hierzu können insbesondere die Ergebnisse des TAI, IDTSA, KAZ-35 und des FFT zusammen mit den Angaben des Patienten zu einem optischen Risikoprofil im Form eines Balkendiagramms zusammengefügt werden.

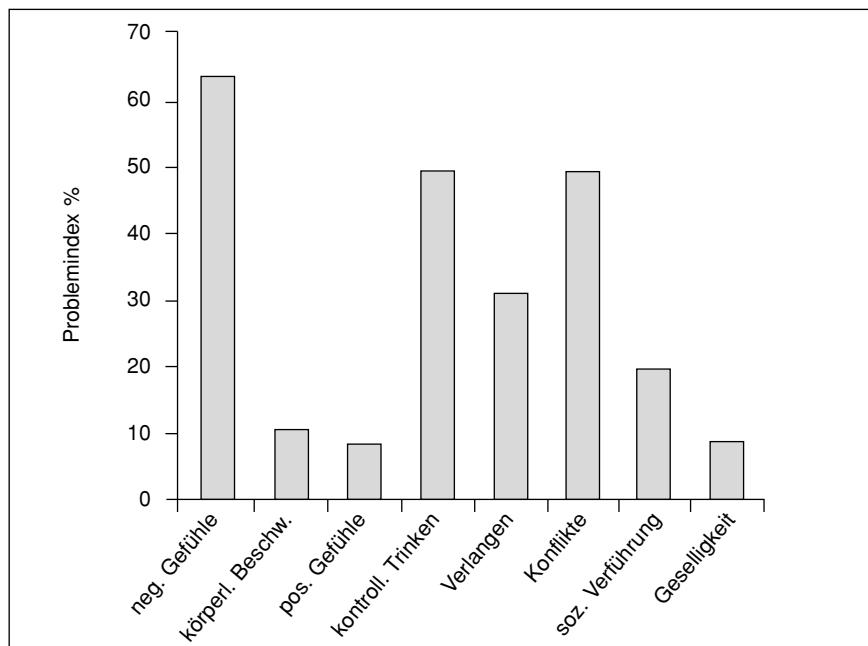


Abbildung 15:
Beispiel für das Ruckfallrisikoprofil eines Alkoholabhängigen

3.6.3 Erläuterung der individuellen Therapieindikation

Die Schlussfolgerungen aus der Rückmeldung zur Suchtproblematik für die weitere Behandlungsplanung sind jeweils anders akzentuiert je nachdem, in welcher Veränderungsphase der Patient sich in der Auseinandersetzung mit seinem Alkoholproblem befindet.

Therapeutische
Schluss-
folgerung an
Veränderungs-
phase des
Patienten
orientieren

- *Precontemplation*

Bei Patienten in der Precontemplationphase geht es bei der Rückmeldung der suchtspezifischen Diagnostik darum, die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung des Patienten zu markieren. Zur Vermeidung von Reaktanz bzw. interaktionellem Widerstand sollten allerdings keine weiteren Überzeugungsversuche gemacht werden. Stattdessen sollte der Therapeut Verständnis für die Reaktion des Patienten zeigen und den Dissens zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung des Patienten mithilfe der „Eisberg“-Metapher explizit entpathologisieren:

Precon-
templation:
Diskrepanz
zwischen
Selbst- und
Fremd-
wahrnehmung

„Ich kann Sie beruhigen: Solche Unterschiede zwischen Selbsteinschätzung auf der einen und Untersuchungsergebnissen bzw. Fremdeinschätzungen auf der anderen Seite sind bei Alkoholproblemen überhaupt nichts Ungewöhnliches. Sehr viele der Betroffenen haben das Gefühl, dass ihnen etwas aufgedrängt wird, ja dass sie sogar zur Behandlung durch ihre Umwelt erpresst wurden. Und dazu haben sie auch allen Grund. Wir leben nämlich in einer Gesellschaft mit einem sehr hohen Alkoholkonsum (*als Wasserspiegel einzeichnen*). Aber nicht nur das, dazu kommt noch, dass es in unserem Land keine klaren Regeln gibt, wie viel Alkohol man trinken kann/soll bzw. wann es genug ist. Je nachdem, wen man fragt und in welcher Situation man sich gerade befindet, wird man zu diesem Punkt ganz unterschiedliche Meinungen hören (*1 bis 2 für den Patienten relevante Extrembeispiele nennen*). In unserem Bild bedeutet das, dass das Wasser trübe ist, hoher Wellengang und auch noch Nebel herrscht (*entsprechend zeichnen*).“

Eisberg-
Metapher

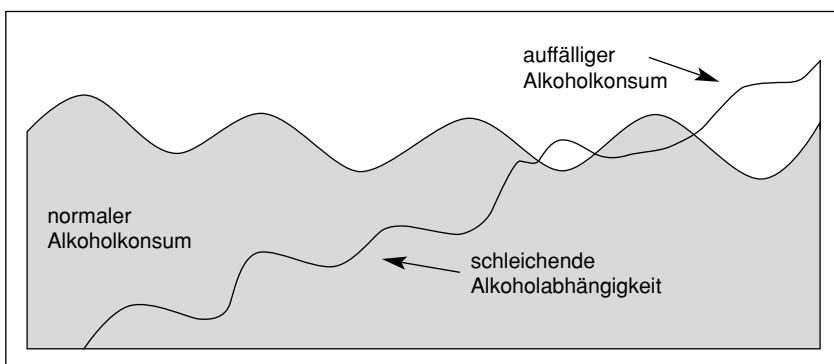


Abbildung 16:
Das Eisberg-Phänomen bei Alkoholabhängigkeit

**Therapieschwerpunkt:
Informationsvermittlung**

„Wenn nun jemand im Lauf der Zeit schleichend eine Alkoholabhängigkeit entwickelt, dann verläuft der größte Teil dieser Entwicklung von ihm und seiner Umwelt unbemerkt sozusagen wie bei einem Eisberg unter der Wasseroberfläche. Im Gegenteil, lange Zeit wird er in seinem Trinkverhalten von anderen sogar bestärkt werden. Erst ganz am Ende wird er dann, für ihn vollkommen überraschend, von seiner Umwelt plötzlich als Alkoholiker bezeichnet, bei dem alles anders und unnormal sein soll und der jetzt eine Behandlung machen soll. Kein Wunder, dass Sie wie auch die meisten der Betroffenen da die Welt nicht mehr verstehen.“

Entsprechend benötigen die Patienten in der Precontemplationphase im weiteren Therapieverlauf v. a. Informationen, die es ihnen unter Wahrung ihres Selbstwertgefühls erlauben, ihre bisherige Einstellung zu ihrem Alkoholkonsum aufzugeben. Sie benötigen gleichzeitig interaktionellen Freiraum, um sich selbst entscheiden zu können.

- *Contemplation*

**Contemplation:
Unterschied
zwischen
Einsicht und
Veränderungsmotivation
herausarbeiten**

Für Patienten in der Contemplationphase geht es im weiteren Therapieverlauf in erster Linie darum, sie in ihrer kritischen Selbstreflexion gegenüber ihrem Suchtmittelkonsum zu bestärken und mit emotional „eindrucksvollen“ Informationen zu versorgen, die ihre Kosten-Nutzen-Analysen in Richtung künftige Abstinenz gehen lassen. Gleichzeitig ist aber auch ihre Ambivalenz bezüglich möglicher Therapieziele und Veränderungsschritte zu entpathologisieren und ernstzunehmen, indem mit ihnen der Unterschied von Einsicht und stabiler Abstinenz- bzw. Veränderungsmotivation am Beispiel einer „Expedition“ (Marlatt, 1985) herausgearbeitet wird:

**Expeditions-Metapher
(Marlatt, 1985)**

„Ich bin beeindruckt davon, wie klar Sie Ihr Alkoholproblem sehen. Dazu gehört schon einiges an Zivilcourage. Man könnte sagen, Einsicht ist vorhanden, also brauchen Sie keine Therapie mehr. Denn noch mehr Einsicht ist ja schlichtweg nicht möglich. Das vertrackte bei Alkoholproblemen ist nur, dass man heute weiß, dass die Einsicht zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht garantiert, dass jemand es auch schafft, dauerhaft abstinenz zu bleiben. Ob Sie künftig trinken oder nicht, entscheidet sich ja nicht einmal gewissermaßen am grünen Tisch, sondern jeweils immer wieder neu in jeder Versuchungssituation. Das ist so ähnlich wie bei einer Expedition: Die Schwierigkeiten, in denen man versucht sein wird wieder umzukehren, kommen ja erst unterwegs (*an Expeditions-Skizze erläutern*). Immer wieder muss man unvorhergesehene Gefahren oder Unfälle meistern und Durststrecken überwinden.“

Viele Expeditionen scheitern daran, dass sich die Teilnehmer aus lauter Idealismus nicht ausreichend vorbereitet haben und völlig unrealistische Vorstellungen von ihrem Unternehmen hatten. Der Erfolg einer Expedition hängt somit entscheidend von der Qualität der Vorbereitung ab. Man braucht zuverlässige Landkarten, die richtige Ausrüstung, Notfallpläne und v. a. ein gezieltes Training, um durchzuhalten.“

„Bei Alkoholabstinenz ist das ganz genau so. Viele Betroffene nehmen sich immer wieder vor, künftig auf Alkohol zu verzichten. Mangelnde Vorbereitung und zu oberflächliche Entscheidungsprozesse lassen sie aber schon bald wieder rückfällig werden. Wenn Ihr jetziger Abstinentzvorsatz also realistische Chancen haben soll, müssten wir versuchen, Sie möglichst gut auf schwierige Versuchungsmomente vorzubereiten, damit Sie Ihre heutige Einsicht auch unter widrigen Umständen konsequent in die Tat umsetzen können.“

- *Action*

Die Rückmeldung der suchtspezifischen Diagnostik zielt bei Betroffenen in der Action-Phase darauf ab, die Betroffenen in ihrer Änderungsbereitschaft zu würdigen und gezielte Möglichkeiten der Veränderung, voraussehbare Schwierigkeiten sowie therapeutische Unterstützungs möglichkeiten bei ihrer Überwindung aufzuzeigen. Zunächst sollte die Selbstdiagnose der Patienten bestätigt und möglichst viele beschämende/ beunruhigende Details des Patienten als normale Aspekte einer Abhängigkeit entpathologisiert werden. Anstelle internal stabiler Zielvariablen wie Motivation, Charakter, Willen sollte die Steigerung von Bewältigungsfertigkeiten von persönlich relevanten Risikosituationen als Ansatzpunkt für eine Suchtbehandlung herausgestellt werden. Der Patient soll anhand des „Eisenbahnmodells“ (Lindenmeyer, 2005; Schneider, 1982) begreifen, dass es bei der Entwicklung einer Abhängigkeit um ganz spezifische Situationen in seinem Leben ging, die nun einer zielgerichteten Veränderung bedürfen.

Action:
Bewältigung von Rückfallrisikosituationen als Behandlungsschwerpunkt herausarbeiten

„Was wir nun in der Therapie für Sie tun können, will ich Ihnen an folgendem Modell einer Eisenbahn erläutern. Nehmen wir an, immer wenn der Zug in den Tunnel fährt bedeutet das, dass eine Person in einer bestimmten Situation Alkohol trinkt. Immer wenn der Zug das Alternativgleis benutzt, bedeutet es, dass die Person in dieser Situation keinen Alkohol trinkt. Nun nehmen wir einmal an, ein Zug fährt jahrelang immer nur durch den Tunnel, d. h. eine Person trinkt in einer bestimmten Situation immer Alkohol, wie wird auf die Dauer das Alternativgleis aussehen? (*Patienten antworten lassen*). Richtig, das Alternativgleis wird allmählich immer mehr verrostet, es wird zu wachsen und immer mehr verschüttet werden.“

Eisenbahn-Metapher

Wenn nun der Zug weiter immer nur in den Tunnel fährt, wird irgendwann der Tag eintreten, an dem das Alternativgleis überhaupt nicht mehr sichtbar ist. Der Zug sieht überhaupt keine Weiche mehr, sondern nur die blank gefahreneen Gleise, die in den Tunnel führen. Selbst wenn er gar nicht in den Tunnel fahren möchte, wird er es jetzt immer wieder tun, weil es für ihn keine Alternative mehr gibt. Das ist genauso bei einer Abhängigkeit. Selbst wenn Sie sich in der Vergangenheit fest vorgenommen hatten, diesmal in einer bestimmten Situation nichts oder nur wenig zu trinken, haben Sie eben doch wieder getrunken, ohne selbst wirklich sagen zu können warum.“

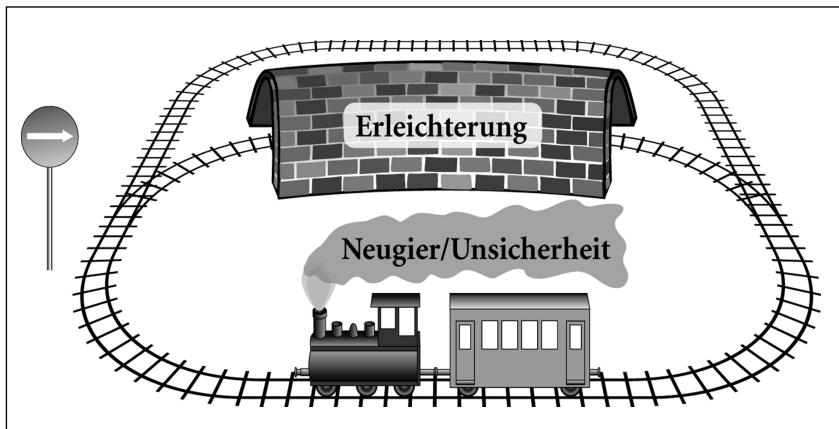


Abbildung 17:

Das Eisenbahnmodell der Alkoholabhängigkeit (Lindenmeyer, 2005, S. 77;
Mit freundlicher Genehmigung des Verlages BeltzPVU, Weinheim; Zeichnung von
Michael Schmidt, Gelsenkirchen)

„Was kann man nun in einer Therapie tun? Nun zunächst muss man den Tunnel sperren, damit der Zug nicht weiter automatisch hineinfahren kann. Diesen Schritt haben Sie gemacht, indem Sie hierher gekommen sind. Als nächstes geht es darum, den Zug zurückzuschieben und die verdeckten Weichen zu suchen. Wenn wir darüber Einigkeit erzielt haben, welches die wichtigsten Weichen in Ihrem Fall sind, dann würde es im nächsten Schritt der Therapie darum gehen, das wiederentdeckte Alternativgleis wieder herzustellen und zu befahren. Im letzten Teil der Therapie würde es dann schließlich darum gehen, das Alternativgleis immer besser einzufahren, damit das alles wie Ihre zweite Haut wird und automatisch läuft, selbst wenn Sie mal unter starker Belastung stehen. Wir haben bereits angefangen, Ihre persönlichen Risikosituationen herauszufinden. Jetzt muss es darum gehen zu entscheiden, in welche Richtung exakt das beste Alternativgleis geht. Denn prinzipiell gibt es immer zwei Möglichkeiten im Umgang mit Risikosituationen:

- Man verändert sein Leben derart, dass man mit bestimmten Risikosituationen nicht mehr konfrontiert wird. Zum Beispiel könnte jemand der hauptsächlich trinkt, wenn er mit seinen Kumpels in der Kneipe hockt, sich andere Freunde suchen.
- Man lernt, wie man diese Situationen ohne Alkohol bewältigt. Zum Beispiel könnte diese Person lernen, auch beim Kneipenbesuch mit ihren Kumpels abstinenz zu bleiben.“

• *Maintenence*

Ziel der Rückmeldung der suchtspezifischen Diagnostik bei Patienten in der Maintenance-Phase ist es, anstelle eines Alles-oder-Nichts-Denkens („ich habe es geschafft“ vs. „ich bin wieder rückfällig“) Rückfälle als normalen Bestandteil eines längeren Ausstiegsprozesses zu vermitteln.

**2 Möglichkeiten
im Umgang
mit Risiko-
situationen**

Maintenence:
Rückfall als
normalen
Bestandteil
eines längeren

Hierzu sollten die Patienten in ihren trotz eines Rückfalls bereits bestehenden Ressourcen bestärkt und die noch fehlenden Fähigkeiten situativ eingegrenzt werden. Hierfür kann die Metapher eines Konzertpianisten verwendet werden:

„Stellen Sie sich einen Konzertpianisten vor, der ein besonders schwieriges Stück einstudieren möchte. Nehmen wir an, er kann das Stück bereits ganz passabel spielen, aber es gibt eine bestimmte Stelle in diesem Stück, da haut es ihn immer raus. Was wäre nun die effektivste Art zu üben? Sie werden mir sicherlich recht geben, dass es unsinnig ist, dass Stück immer wieder von vorn zu üben. Da kann er bestenfalls den Anfang im Schlaf, aber er wird immer wieder an dieser Stelle scheitern. Es macht auch keinen Sinn, dass er jedes Mal wieder neu überlegt, ob er wirklich zum Klavierspielen taugt, nur weil er an einer bestimmten Stelle wieder gepatzt hat. Die sinnvollste Übungsweise wäre sicherlich, immer wieder die kritische Stelle, erst langsam dann immer schneller, schließlich auswendig und mit geschlossenen Augen zu üben, bis sie endlich sitzt.“

Genau so verhält es sich im Falle einer Behandlung nach einem Rückfall. Dem Betroffenen ist es gelungen eine bestimmte Zeit abstinenz zu bleiben. Nach seinem Rückfall läuft er allerdings Gefahr, seine Abstinenzmotivation grundsätzlich in Frage zu stellen, oder in seinen Abstinenzbemühungen in einer neuen Therapie wieder von vorn zu beginnen. Stattdessen geht es darum, den verständlichen Rückfallschock zu überwinden und sich auf die künftig abstinente Bewältigung der Rückfallsituation zu konzentrieren.“

4 **Behandlung**

Die Behandlung einer Alkoholabhängigkeit muss sich sowohl den körperlichen Suchtmechanismen widmen, die psychische Standhaftigkeit des Betroffenen gegenüber dem Alkohol systematisch erhöhen und eine soziale Perspektive/Stabilisierung erzielen. Entsprechend sind die einzelnen Therapieangebote für Alkoholabhängige so vielfältig und unterschiedlich, dass sie hier nicht ausführlich dargestellt werden können (vgl. Tab. 6). In jedem Fall sollte aber eine Suchtbehandlung drei Komponenten umfassen:

- *Entzugsbehandlung*. Patienten, die unter körperlichen Entzugserscheinungen leiden, sollten niemals auf eigene Faust mit dem Trinken aufhören, da sich die Entzugserscheinungen zu Krampfanfällen oder einem Delirium tremens auswachsen können. Von daher sollte der körperliche

Entzugsmedikation

Entzug immer unter Aufsicht eines Arztes geschehen. Der Arzt wird anhand der Vorgesichte und des aktuellen Gesundheitszustands entscheiden, welche Form der Entzugsbehandlung erforderlich ist. Wegen der sichereren Handhabung wird eine Entzugsbehandlung meist stationär durchgeführt. Es dauert dann zwischen 3 bis 7 Tagen, bis die körperlichen Entzugserscheinungen vollkommen abgeklungen sind. Zur Linderung können Medikamente (u. a. Distraneurin) gegeben werden. Da diese aber oft selbst ein erhebliches Suchtpotenzial aufweisen, sollte dies immer nur unter strenger ärztlicher Kontrolle erfolgen. Außerdem können Medikamente (z. B. Tegretal) zur Verhütung von Krampfanfällen erforderlich sein. Eine körperliche Entzugsbehandlung stellt immer einen günstigen Zeitpunkt dar, sich kritisch mit der eigenen Situation und dem Ausmaß der Suchtproblematik auseinander zu setzen. Von daher wird in vielen Entzugseinrichtungen über die reine körperliche Entgiftung hinaus ein psychosoziales Unterstützungsprogramm angeboten. Dieser so genannte „*qualifizierte Entzug*“ dauert ca. 14 Tage und enthält ein dichtes Angebot von Gruppentherapie, Informationsveranstaltungen und Maßnahmen zur Entspannung und Ablenkung. Auf diese Weise können wesentlich mehr Betroffene dazu bewegt werden, nach erfolgreicher Entzugsbehandlung die erforderlichen Hilfen in Anspruch zu nehmen, um dauerhaft abstinent zu bleiben.

Entwöhnungsbehandlung zum Aufbau stabiler Abstinenz

- *Entwöhnungsbehandlung*. So gut sich ein Betroffener nach abgeschlossener Entzugsbehandlung auch körperlich fühlen mag, die Chancen dauerhaft abstinent zu bleiben sind erfahrungsgemäß ohne weitere Behandlung gering. Denn ohne Alkohol realisieren viele Betroffene erstmals, welchen Scherbenhaufen sie vor sich haben. Ihre soziale und berufliche Situation ist oftmals desolat, die Familienbeziehungen angespannt oder zerbrochen. Die Versuchung, hiervor durch erneuten Alkoholkonsum die Augen zu schließen, ist groß. Dazu kommt, dass die Betroffenen in persönlich relevanten Risikosituationen immer wieder durch ihr Suchtgedächtnis Verlangen nach Alkohol entwickeln werden, was sie häufig frustriert bzw. entmutigt. Aus diesen Gründen empfiehlt es sich dringend, fachmännische Unterstützung bei dem Aufbau stabiler Alkoholabstinentz in Form einer mehrwöchigen Entwöhnungsbehandlung in Anspruch zu nehmen.
- *Nachsorge*. Erfahrungsgemäß dauert es etwa ein Jahr, bis Betroffene ihre Alkoholabstinentz ausreichend stabilisiert haben. Entsprechend ereignen sich in diesem kritischen Zeitfenster auch die meisten Rückfälle. Es empfiehlt sich daher dringend, nicht nur bis zum Ende der Entwöhnungsbehandlung zu planen, sondern einen gezielten Ein-Jahresplan aufzustellen und für diesen Zeitraum weitere Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Es wird hierbei vom Einzelfall abhängen, ob es sich hierbei um den Besuch einer Selbsthilfegruppe, eine ambulante Weiterbehandlung oder stationäre Formen der Nachsorge handeln soll.

Nachsorge für das erste Jahr der Abstinenz

Tabelle 6:
Therapieangebote für Alkoholabhängige

Behandlungsart	Behandlungsschwerpunkte	Setting	Behandlungseinrichtung	Dauer	Suchthilfesystem	
Entzugsbehandlung	Überwindung von Entzugserscheinungen Motivierung zu weiteren Behandlungsmaßnahmen	stationär	Allgemeinkrankenhäuser Spezialstationen in Psychiatrischen Kliniken Niedergelassener Arzt	7–14 Tage	Suchthilfesystem	
		ambulant		2–4 Wochen		
Entwöhnungsbehandlung	Aufbau von Abstinentzmotivation Soziale Stabilisierung Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit Rückfallprävention	stationär	Fachkliniken Spezialstationen in Psychiatrischen Kliniken	2–6 Monate	Suchthilfesystem	
		teil-stationär	Suchtberatungsstellen	6–9 Monate		
		ambulant	Suchtberatungsstellen Niedergelassener Therapeut			
Ambulante Nachsorge	Abstinentzstabilisierung Behandlung von Komorbidität	ambulant	Suchtberatungsstellen Niedergelassener Therapeut	2–6 Monate		
Adaptionsbehandlung	Berufliche Wiedereingliederung	stationär	Adaptionseinrichtungen	2–4 Monate		
Langzeitbehandlung	Soziale Stabilisierung	stationär	Soziotherapeutische Heime	≥ 12 Monate		
Selbsthilfegruppen	Aufbau von abstinenten Lebensstil und Identität	ambulant	Anonyme Alkoholiker Guttempler Orden Blaues Kreuz Kreuzbund Freundeskreise	Mindestens ein Jahr		

Entscheidend ist die systematische Vernetzung dieser Angebote (Kompatibilität der Therapiekonzepte, Nahtlosigkeit in ihrer zeitlichen Abfolge, schneller Zugang) zu einem individuellen Hilfeplan für jeden Abhängigen (Moos & Moos 2003), wie es mittlerweile auch im SGB IX gesetzlich gefordert wird. Entsprechend haben sich Verbünde zwischen mehreren Behandlungseinrichtungen gebildet, um Alkoholabhängigen eine integrierte Versorgung mit ambulanten und stationären Phasen ohne Schnittstellenprobleme anbieten zu können. Es wird hierbei vom Einzelfall abhängen, ob man aus ökonomischen Gründen nach dem Prinzip der „stepped care“ zunächst mit wenig aufwändigen Behandlungsangeboten beginnt und nur bei deren Scheitern zu aufwändigeren Behandlungsangeboten übergeht, oder ob man aus Sicher-

Vernetzung der Behandlungsangebote

Stepped care vs. safety first

heitsüberlegungen zunächst mit einem aufwändigen Behandlungsangebot (Prinzip „safety first“) beginnt, um dies bei Erfolg möglichst schnell in weniger aufwändige Behandlungsangebote überzuleiten.

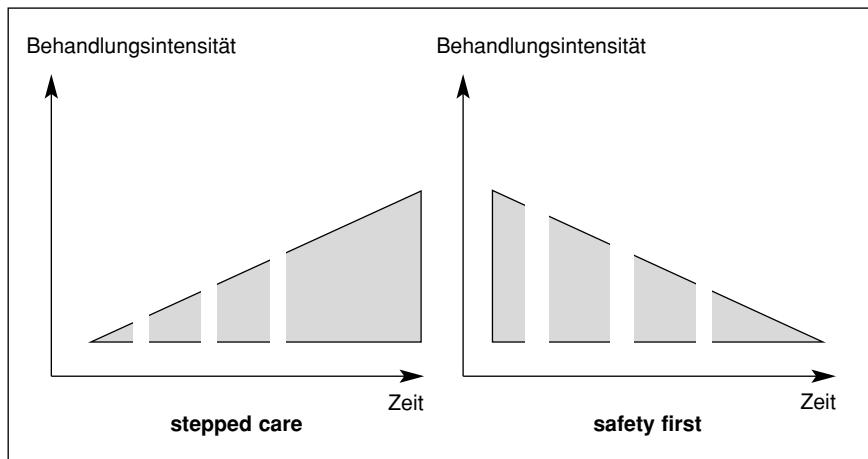


Abbildung 18:
Versorgungsparadigma von stepped care versus safety first bei der Vernetzung von Therapieangeboten

Angesichts dieser Vielfalt von Therapiemöglichkeiten ist es nicht möglich, einen einheitlichen Behandlungsansatz für Alkoholabhängige vorzustellen. Außerdem stellt es eine Überforderung dar auf die jeweiligen Besonderheiten einer stationären, teilstationären, ambulanten Behandlung einzugehen. Der interessierte Leser sei auf die in Tabelle 7 aufgelisteten Behandlungsprogramme verwiesen.

Tabelle 7:
Stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsprogramme

Behandlungsprogramme für Alkoholabhängige	Behandlungsprogramm	Setting	inhaltlicher Schwerpunkt
	Beck et al. (1995)	Ambulante Einzeltherapie	Kognitive Therapie
	Burtscheidt (2001)	Ambulante und stationäre Gruppentherapie	Kognitive Therapie und Kompetenztraining
	Petry (1995)	Stationäre Gruppentherapie	Motivierung
	Schneider (1982)	Stationäre Gruppentherapie	Breitbandtherapie
	Scholz (1996)	Für alle Settings geeignet	kein inhaltlicher Schwerpunkt
	Wetterling & Veltrup (1997)	Ambulante Einzelbetreuung durch niedergelassenen Arzt	Motivierung

Tabelle 7:
Stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsprogramme (Fortsetzung)

Behandlungsprogramm	Setting	inhaltlicher Schwerpunkt
Miller & Rollnik (2005)	Ambulante und stationäre Einzeltherapie	Motivierung
Arend (1994)	Ambulante Einzeltherapie	kein inhaltlicher Schwerpunkt
Körkel & Schindler (2003)	Ambulante und stationäre Gruppentherapie	Rückfallprävention
Altmannsberger (2004)	Ambulante und stationäre Gruppentherapie	Rückfallprävention
Baltin & Häring (2003)	Stationäre Gruppentherapie	Entzugsbehandlung/ Motivierung
Wilcken & Rochow (2000)	Stationäre Gruppentherapie	Rückfallprävention

Im Folgenden sollen einzelne psychotherapeutische Behandlungselemente ausführlicher dargestellt werden, die in allen Settings durchgeführt werden können. Es wird von der spezifischen Abhängigkeitsproblematik eines Patienten sowie den Rahmenbedingungen der Behandlungseinrichtung abhängen, welcher Stellenwert den einzelnen Verfahren innerhalb seines individualisierten Behandlungsplans zukommen kann.

4.1 Strukturierung der Therapiesitzungen

Lange Zeit bestand innerhalb der Behandlung von Alkoholabhängigen das Dogma der Gruppentherapie. Es wurde angenommen, dass Alkoholabhängige nur durch die Auseinandersetzung mit anderen Betroffenen das wahre Ausmaß ihrer Alkoholabhängigkeit erkennen und sich eingestehen können. Mangels jedes empirischen Belegs für diese Annahme ist das Ausmaß von Einzeltherapie in der Behandlung von Alkoholabhängigen heutzutage eher eine Frage der ökonomischen Organisation von Therapieeinrichtungen.

**Dogma
der Gruppen-
therapie
empirisch nicht
begründbar**

Der oftmals mangelnde Leidensdruck sowie die nicht selten ambivalente Veränderungsmotivation von Alkoholabhängigen bewirken, dass dem Therapeuten eine besonders große Verantwortung bei der systematischen Organisation der Behandlung obliegt:

**Mangelnder
Leidensdruck
und Rückfälle
erfordern
Strukturierung
durch den
Therapeuten**

- Solange die Patienten abstinenz leben, sehen viele keinerlei Notwendigkeit zur Auseinandersetzung mit ihrer Abhängigkeitsentwicklung bzw. zur Veränderung ihrer Person. Eine stationäre Behandlung verleitet außerdem zu einer unrealistischen Wahrnehmung der Wirklichkeit und einem Ausblenden von Alltagssorgen.

- Andererseits drohen Alkoholrückfälle während der Behandlung oder mangelnde Compliance die bis dahin vereinbarte Therapieplanung immer wieder grundsätzlich in Frage zu stellen und erfordern ein höchst flexibles Reagieren des Therapeuten.

Will man auf diesen Umstand nicht mit der Rigidität und Strenge traditioneller Suchtbehandlung reagieren, so erfordert dies zumindest eine für Patienten und Therapeuten transparente, konstante Strukturierung der Therapiesitzungen (siehe Karte „Struktur von Einzel- und Gruppentherapiesitzungen“ im Anhang des Buches).

Hierarchische Abfolge von Themen

Die Themenabfolge ist hierarchisch gedacht. Insofern kann es vorkommen, dass man längerer Zeit nicht über Punkt 2 oder 3 hinauskommt. Dadurch kann es durchaus zu erheblichen Verzögerungen der geplanten Therapieinhalt kommen. Ein solches Vorgehen verhindert aber, dass die Behandlungsplanung an den tatsächlichen Bedürfnissen und Gegebenheiten des Patienten vorbeilauft. Besonders wichtig ist dies im Rahmen von Gruppentherapie, weil sonst die vom Therapeuten übersehene Problematik eines einzigen Patienten (z. B. ein heimlicher Rückfall) das Vertrauen aller anderen Patienten in die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit der Behandlung grundsätzlich erschüttern oder ein unausgesprochener Konflikt zwischen Gruppenmitgliedern die Offenheit und themenbezogenes Arbeit in den Therapiesitzungen vollständig blockieren kann. Priorität hat somit zunächst immer das Herstellen von instrumentellen Gruppenbedingungen, indem zu Beginn jeder Gruppensitzung zunächst vorrangig die Möglichkeit eines tatsächlichen oder drohenden Rückfalls, therapieschädigendes Verhalten einzelner Gruppenmitglieder oder schwerwiegende Konflikte zwischen den Gruppenmitgliedern abgeklärt wird, bevor mit dem „eigentlich“ geplanten Thema der Sitzung begonnen werden kann.

Gemeinsame Dokumentation mit Patienten

Zur Erleichterung einer ökonomischen Dokumentation von Einzeltherapiesitzungen wird empfohlen, diese jeweils am Ende jeder Sitzung gemeinsam mit dem Patienten vorzunehmen. Auf diese Weise wird vermieden, dass der Therapeut hierfür extra Zeit einplanen muss. Außerdem wird durch die gemeinsame Zusammenfassung des Stundeninhalts die Intensität und Transparenz der Therapie für den Patienten erhöht.

„Bevor wir nun unsere heutige Sitzung beenden, möchte ich, dass wir gemeinsam nochmals zusammenfassen, was wir heute gemacht haben. Was sollte ich Ihrer Meinung nach als Erstes für das Kurzprotokoll der Stunde notieren. Was war unser erstes Thema ... Was haben wir als Nächstes besprochen, was können wir als Ergebnis dazu festhalten ... Was kam dann ...“

Falls der Patient hierbei aus Sicht des Therapeuten wichtige Themen der Sitzung nicht erwähnt, so sollte dies durch den Therapeuten angesprochen werden:

„Aus meiner Sicht war noch ein ganz wichtiges Thema heute ... Ich finde, das sollten wir nicht unter den Tisch fallen lassen. Was meinen Sie.“

Schließlich sollte auch die Therapieaufgabe für die nächste Sitzung notiert werden:

„Jetzt möchte ich noch Ihre Aufgabe bis zur nächsten Sitzung notieren. Sagen Sie bitte noch mal, wie Sie die Aufgabe verstanden haben.“

Jede Sitzung mit einer Therapieaufgabe beenden

Auch hier sollte der Therapeut ansprechen, falls der Patient wichtige Aspekte der Hausaufgabe unerwähnt lies.

4.2 Detaillierte Abhängigkeitsanalyse

Eine detaillierte Problemanalyse wird bei Alkoholabhängigen durch folgende Umstände erschwert (Lindenmeyer, 2005):

- Die meisten anamnestischen Fragen sind den Betroffenen äußerst unangenehm, da sie sich auf peinliches bzw. schuldhaftes Verhalten beziehen.
- Der Konsum von Alkohol ist bei Alkoholabhängigen weitgehend automatisiert, so dass den Betroffenen kaum noch Einzelheiten bewusst sind. Außerdem können die persönlichen Trinkmotive durch soziale Trankanlässe bzw. Trinkrituale verdeckt sein (sog. „soziale Maskierung“).
- Bereits die Einnahme kleinerer Mengen von Alkohol beeinträchtigt die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung. Der Betroffene merkt dadurch die Veränderung seines Denkens, Fühlens und Verhaltens unter Alkohol nicht mehr. Außerdem fällt es schwer, sich nüchtern an Einzelheiten unter Alkoholeinwirkung zu erinnern.
- Insbesondere Männer haben oft eine sehr grobe Vorstellung über die Wirkung von Alkohol. Sie verstehen darunter lediglich einen Rausch oder völlige Betäubung. Die bereits bei kleineren Alkoholmengen einsetzende, meist angenehme Wirkung zählt für sie überhaupt nicht.
- Oftmals sind Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit bei Alkoholabhängigen dauerhaft beeinträchtigt.

Scham

Soziale Maskierung

Beeinträchtigte Selbst-wahrnehmung

Große Vorstellung von Alkoholwirkung

Kognitive Beeinträchtigungen

Problemanalyse ist zentraler Bestandteil der Behandlung

Entsprechend ist die Problemanalyse anders als bei der Behandlung anderer Störungen bei Alkoholabhängigen nicht nur Teil des diagnostischen Prozesses, sondern sie stellt häufig bereits einen zentralen Gegenstand der Behandlung dar. Sie impliziert eine veränderte Sichtweise der eigenen Abhängigkeit und ein erhebliches Maß an kritischer Selbstreflexion, die bereits in sich wichtige Therapieziele in der Suchtbehandlung darstellen können.

Für die gezielte Behandlung von Alkoholabhängigen ist eine Klärung v. a. folgender Fragen mithilfe einer detaillierten Problemanalyse erforderlich:

- Welches waren die *häufigsten Trinksituationen* in der Vergangenheit? (In diesen Situationen wird aller Voraussicht nach auch das größte Rückfallrisiko in der Zukunft bestehen).
- Welche *Situationsmerkmale* (sog. *Trigger*) sind besonders eng mit dem Wunsch bzw. Verlangen nach Alkohol verknüpft?
- Welche *Gefühle, Gedanken und Wirkungserwartungen* gehen dem Trinken von Alkohol typischer Weise voraus?
- Worin besteht die *kurzfristig angenehme Wirkung* des Alkohols? Hierbei kann es sich sowohl um eine unmittelbare Veränderung des Betroffenen durch die Einnahme von Alkohol als auch um die interaktionelle Wirkung des Alkoholtrinkens auf die Umwelt handeln.
- Was waren die längerfristig negativen Folgen des Trinkens, die ihrerseits wieder die Wahrscheinlichkeit von erneutem Alkoholkonsum erhöht haben?

Bei der Problemanalyse handelt es sich oftmals um eine gemeinsame, für den Patienten mitunter schmerzhafte „Entdeckungsreise“ in seine Trinkvergangenheit. Von Seiten des Therapeuten sind hierbei Geduld und Einfühlungsvermögen erforderlich. Im Folgenden sind mehrere Verfahrensweisen konkreter ausgeführt.

4.2.1 Analyse eines Trinktages

Um genauere Informationen über das Ausmaß und den situativen Kontext des Alkoholkonsums zu erhalten, empfiehlt es sich, einen konkreten Tag in der jüngsten Vergangenheit zu explorieren. Gegebenenfalls sollte sowohl ein Wochentag als auch ein Wochenende exploriert werden. Der Patient kann hierbei einen konkreten Tag bestimmen, an den er sich noch gut erinnern kann. Er sollte nicht versuchen, einen „typischen“ Trinktag aus mehreren Tagen zu konstruieren. Anschließend werden einzelnen Trinkepisoden von morgens bis abends chronologisch durchgefragt. Zu jeder Trinkepisode werden der situative Kontext, das konkrete Trinkverhalten und die unmittelbare Wirkung des Alkohols festgehalten (vgl. „Tagesverlauf“ im Anhang, S. 119). Bei der unmittelbaren Alkoholwirkung wird der Patient gebeten, insbesondere zwischen den zwei Hauptwirkrichtungen des Alkohols zu unterscheiden:

- *Erreichen eines positiven Zustandes* (z. B. in Form von Enthemmung, Rausch, Schwips, positive Stimmung, Ausgelassenheit)
- *Verringerung eines unangenehmen Zustandes* (z. B. in Form von Dämpfung, Beruhigung, Ablenkung, Vergessen)

4.2.2 Analyse der letzten 90 Trintage

Zur Erleichterung einer konkreten Beschreibung des bisherigen Alkoholkonsums wird ein Vorgehen in Anlehnung an das Form-90 von Miller und Del Boca (1994) empfohlen, das auch für den deutschen Sprachraum eine sehr hohe Reliabilität und Validität der Patientenangaben aufwies (Scheu-

rich et al., 2005). Hauptanliegen ist es, eine möglichst exakte Vorstellung von der täglichen Trinkmenge eines Patienten für die letzten 90 Tage seines Alkoholkonsums zu bekommen. Insbesondere sollen hierbei mögliche Schwankungen, Phasen oder Zyklen im Trinkverhalten unterschieden werden, die dann die Grundlage für eine genauere Analyse der Zusammenhänge sein können. Dies erfolgt über 3 Schritte:

1. *Festlegen des Erhebungszeitraums* (90 Tage zurück von der letzten Alkoholeinnahme) unter Benutzung von geeigneten Kalenderblättern.
2. „*Persönliche Aneignung*“ dieses Zeitraums durch den Patienten: Der Patient wird gebeten alle wichtigen persönlichen Ereignisse in diesem Zeitraum zu notieren (z. B. Arbeitstage, Urlaub, Familienbesuche, Arztbesuche, Übernachtungen außer Haus, Feiern). Gegebenenfalls können hier Tagebuchaufzeichnungen oder Terminkalender des Patienten hilfreich sein. Je mehr persönliche Ereignisse eingetragen werden können, umso leichter wird dem Patienten im letzten Schritt die Bestimmung seines Alkoholkonsums an diesen Tagen fallen.
3. *Möglichst genaue Erhebung des Alkoholkonsums für jeden Tag*. Zunächst werden alle Tage markiert, an denen der Patient überhaupt keinen Alkohol getrunken hat. Danach werden die Tage genommen, an denen „wie üblich“ getrunken wurde. Dann werden die Tage exploriert, an denen besonders viel bzw. besonders wenig getrunken wurde.

Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens sowie der Auswertung der Ergebnisse findet sich in Lindenmeyer (2001).

4.2.3 Lebenslinie

Der Patient wird gebeten, über sein ganzes Leben eine Verlaufskurve hinsichtlich der Höhe seines Alkoholkonsums zu zeichnen:

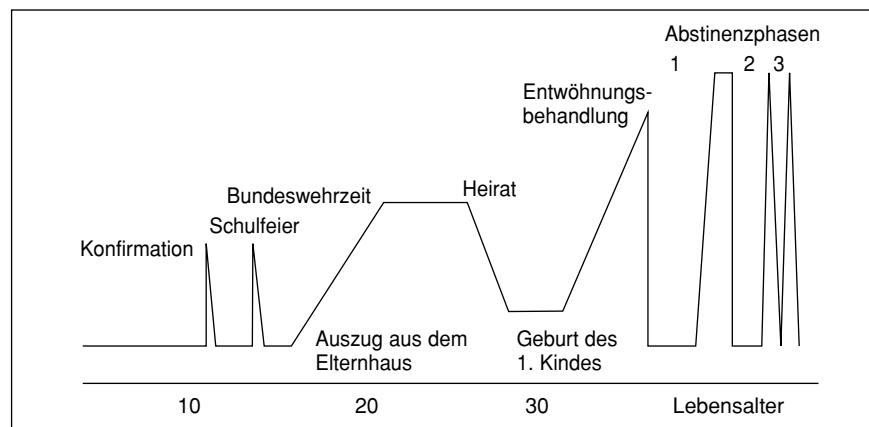


Abbildung 19:
Die Lebenslinie eines Patienten

Die Lebenslinie dient der Entwicklung eines individuellen Erklärungsmodells für den Suchtmittelkonsum. Von besonderem Interesse sind hierbei v. a. die sog. „Wendepunkte“ d. h., Abstinenzphasen und Rückfälle bzw. Lebensabschnitte, die mit einem Anstieg oder einer Abnahme des Alkoholkonsums verbunden sind. Hierzu sollte der Therapeut vertiefend nachfragen. Allerdings sollte der Therapeut mit Interpretationen während der Erhebung sehr zurückhaltend sein. Entscheidend ist, dass dem Patienten immer transparent ist, wozu einzelne Aspekte seiner Lebenslinie genauer unter die Lupe genommen werden. Nur so kann er aktiv an der Analyse mitwirken.

In den meisten Fällen ist es nicht erforderlich, die Lebenslinie gemeinsam mit dem Patienten aufzuzeichnen. Vielmehr kann dies dem Patienten als Aufgabe für die nächste Therapiesitzung aufgetragen werden. Der Therapeut sollte dann die Kurve des Patienten zunächst allein studieren und entscheiden, unter welchem Gesichtspunkt er welche Lebensabschnitte ausführlicher erläutert haben möchte.

Wenn die Darstellung der eigenen Lebenslinie vor anderen Mitpatienten im Gruppentherapiesetting durchgeführt wird, dann kann dies ein zentraler Schritt bei der Überwindung von Schamgefühlen und Verleugnungstendenzen sein.

4.2.4 Therapietagebuch

Eine Besonderheit der Behandlung von Alkoholabhängigen besteht in der Abwesenheit des Hauptsymptoms als Voraussetzung für eine Behandlung. Die Gefahr besteht, dass die Patienten, solange sie abstinenz sind, nur wenig Bereitschaft zur Selbstreflexion zeigen („*mir geht es doch jetzt prima*“), um dann von einem Rückfall vollkommen überrascht zu werden. Ein Therapietagebuch kann daher in der Behandlung von Alkoholabhängigen besonders wichtig sein, um die Betroffenen auf Risikosituationen, Stimmungsschwankungen auch ohne Alkohol und auf das Erleben von Alkoholverlangen aufmerksam zu machen. Entscheidend für die Qualität der Daten ist die möglichst zeitnahe Eingabe. Von daher sollten Patienten das Tagebuch möglichst ständig bei sich tragen. Wichtig ist eine einfache Protokollierung durch entsprechende Kodierungen (vgl. „Therapietagebuch“ im Anhang, S. 120), die vom Patienten auch realistischer Weise in der Situation vorgenommen werden kann.

„Ich habe hier ein Therapietagebuch für Sie, es ist das *wichtigste Dokument* Ihrer Mitarbeit während der Behandlung. Bitte tragen Sie Ihr Therapietagebuch ständig bei sich, um während des Tages möglichst aktuelle Eintragungen vornehmen zu können. Bringen Sie Ihr Therapietagebuch zu jeder Therapiestunde mit, damit wir Ihre Eintragungen besprechen können.“

Besonders wichtig ist mir, dass Sie in Ihrem Therapiebuch alle relevanten Beobachtungen zum Thema Alkohol festhalten. Bitte vermerken Sie alle Situationen, in denen Sie üblicherweise Alkohol getrunken hätten mit dem Kürzel TS

(Trinksituation). Falls Sie in dieser Situation oder auch sonst aus heiterem Himmel Verlangen nach Alkohol verspürt haben, notieren Sie dies bitte mit einem V (Verlangen). Falls Sie in dieser Situation oder auch sonst Alkohol getrunken haben, tragen Sie bitte ein R (Rückfall) ein.

Ebenfalls von großer Bedeutung ist Ihre Stimmungslage. Bitte vermerken Sie mit einem +, wenn Sie gute Stimmung waren, und mit einem –, wenn Sie schlechte Stimmung waren. Konflikte markieren Sie bitte mit einem K.

Am besten, Sie reservieren für jeden Abend etwa 15 Minuten Zeit, um Ihr Therapietagebuch auf den neuesten Stand zu bringen. Wir werden dann in jeder Therapiesitzung Ihr Therapiebuch gemeinsam durchgehen.“

Das Therapietagebuch sollte durch den Therapeuten regelmäßig kontrolliert werden. Eine mangelnde Protokollierung der Therapie durch den Patienten sollte in jedem Fall vorrangig angesprochen werden

4.2.5 Situationsanalyse

Hierbei werden besonders zentrale Trinksituationen gemeinsam mit dem Patienten durchgegangen. Ziel ist es, dass der Patient „entdeckt“, dass verschiedene Situationsmerkmale (Ort, Zeit, anwesende Personen, Anblick und Geruch von Alkohol, inhaltliches Thema, Verhalten der Interaktionspartner) sowie interne Bedingungen (Stimmung, Gedanken, Wirkungserwartung, Durst, physiologische Reaktionen) als so genannte „Trigger“ additiv die Wahrscheinlichkeit für sein Trinken erhöhen, selbst wenn ihm dies in der Vergangenheit subjektiv nicht bewusst war. Hierbei sollte auch die Bedeutung einer häufig unrealistisch positiven Wirkungserwartung und des Ausblendens der negativen Alkoholwirkungen herausgearbeitet werden.

Situative
Trigger für
Alkoholkonsum
ermitteln

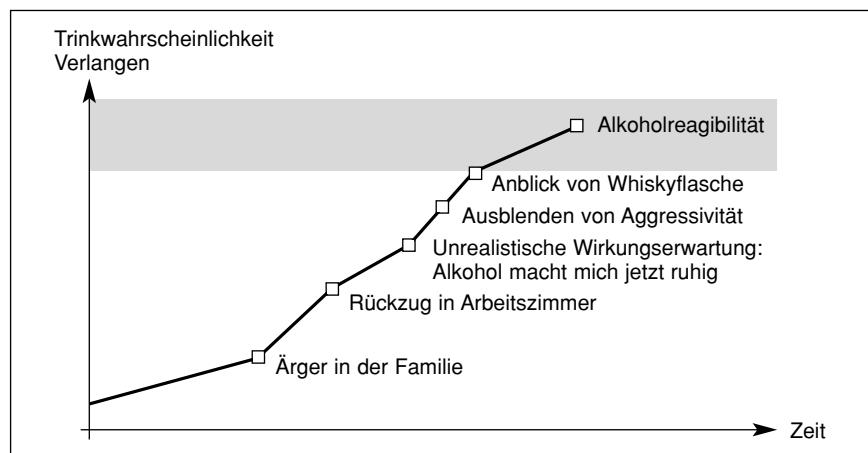


Abbildung 20:
Situationsanalyse

Dies wird dadurch erleichtert, dass der Patient gebeten wird, den Verlauf seiner Trinkwahrscheinlichkeit innerhalb einer Trinksituation zu zeichnen (vgl. Expositionssübung im Anhang, S. 123). Das graue Feld ist hierbei dann erreicht, wenn der Patient Verlangen nach Alkohol empfindet.

„Ich möchte jetzt mit Ihnen genauer untersuchen, wie sich die Wahrscheinlichkeit zu trinken in einer typischen Trinksituation systematisch aufbaut. Anfangs ist Ihr Risiko ja noch ziemlich gering, was passiert dann? ... und dann? ... und dann? ... Wie kommen Sie näher ans Trinken? ... Was empfinden Sie dann? ... Was denken Sie dann? ...“

Patienten wenden an dieser Stelle häufig ein, dass ihnen eine so detaillierte Analyse unmöglich oder zumindest vollkommen wirklichkeitsfremd erscheint, weil sie in der Vergangenheit „einfach“ getrunken hätten. Der Therapeut sollte diese Selbstwahrnehmung nicht in Frage stellen, sondern die Übung gerade mit der zunehmenden Automatisierung des Alkoholkonsum im Verlauf einer Suchtentwicklung begründen:

„Das ist ja gerade der entscheidende Punkt. Im Verlauf einer Suchtentwicklung trinkt ein Betroffener immer automatischer in bestimmten Situationen Alkohol, ohne sich dabei noch etwas zu denken. Wenn Sie also künftig bewusst auf Alkohol verzichten wollen, müssen wir herausfinden was jeweils die einzelnen Bestandteile dieses Automatismus in Ihren wichtigsten Trinksituationen waren. Macht das Sinn?“

Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen Trinksituationen herausarbeiten

Ideal ist natürlich, wenn beim Durchgehen verschiedener Trinksituationen bestimmte Gemeinsamkeiten „entdeckt“ werden können, z. B. bestimmte Stimmungen, Gedanken oder Verhaltensweisen des Patienten. Dies sollte der Therapeut entsprechend zusammenfassen, um dadurch die Komplexität der Informationen zu reduzieren:

„Der Gedanke ... taucht offensichtlich in mehreren Situationen wieder auf. Das ist ganz typisch, dass man teilweise zentrale Trigger hat, die in vielen Situationen auftreten, und auf der anderen Seite spezifische Trigger hat, die von Situation zu Situation vollkommen verschieden sind.“

4.3 Motivational Interviewing zur Erzeugung von Änderungsbereitschaft und Überwindung von Veränderungsambivalenz

Verändertes Motivationskonzept

Der traditionell konfrontative Interaktionsstil in der Behandlung von Alkoholabhängigen hat sich in zahlreichen Studien als wenig effektive Motivierungsstrategie erwiesen. Mit der Einführung des sog. „Motivational interviewing“ (Miller & Rollnik, 2005) hat sich das Motivationskonzept in der Suchtbehandlung grundlegend verändert.

Tabelle 8:
Verändertes Motivationskonzept in der Suchtbehandlung

Traditionelle Suchtbehandlung	Moderne Suchtbehandlung
Motivation = quantifizierbarer Status	Motivation = interaktioneller Prozess
Motivation = Voraussetzung für Therapie	Motivation = Teil der Therapie

Der Erfolg einer Suchtbehandlung ist nicht so spektakulär bzw. beflügelnd wie bei anderen Psychotherapien, da er im Unterlassen eines normalen, angenehmen Verhaltens besteht. Insbesondere Alkoholabhängige in der Pre-contemplation- und Contemplationphase befinden sich in einem komplizierten Ambivalenzkonflikt, bevor sie sich zur Aufgabe ihres Alkoholkonsums durchringen können. Das Motivational Interviewing (MI) stellt für diese beiden Veränderungsphasen eine direkte, aber klientenzentrierte Behandlungsform dar, um Veränderungsambivalenzen zu überwinden (Phase 1) und konkrete Veränderungsziele und -wege zu erarbeiten (Phase 2). MI umfasst 4 Behandlungsprinzipien, die über 7 Methoden in konkretes Therapeutenverhalten umgesetzt werden.

Motivational Interviewing zur Überwindung von Veränderungsambivalenz

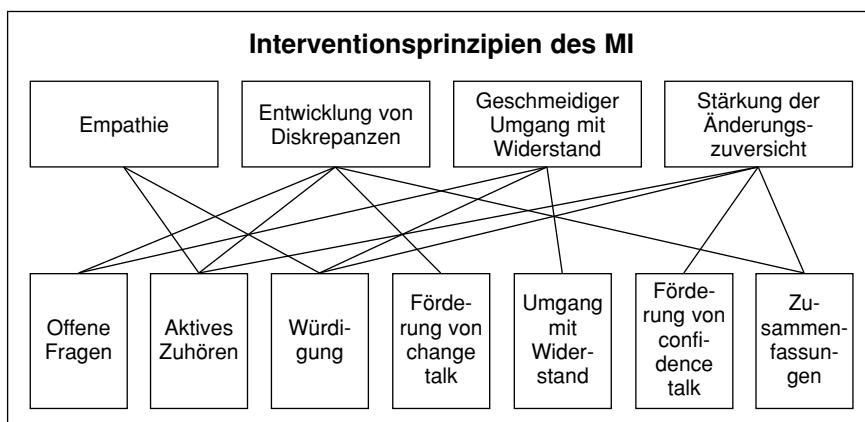


Abbildung 21:
Komponenten des Motivational Interviewing (in Anlehnung an Körkel & Veltrup, 2003)

Ein zentrales Element des Motivational Interviewing besteht darin, dass mit den beiden Begriffen „change talk“ und „confidence talk“ zwei Zielgrößen von Veränderungsmotivation operationalisiert wurden, die bereits in der Therapieinteraktion beim Patienten beobachtet werden können: Der Patient spricht über Nachteile seines derzeitigen Suchtverhaltens, er spricht über Vorteile einer Verhaltensänderung, er drückt Optimismus hinsichtlich einer Verhaltensänderung aus und schließlich formuliert er eine Änderungs-

Change talk und confidence talk als Zielgrößen von Motivational Interviewing

absicht. Ziel des Motivational Interviewing ist es, die Rate solcher Äußerungen zu erhöhen, weil dies wiederum die Wahrscheinlichkeit tatsächlicher Veränderungsbemühungen nachweislich erhöht. Zum Erlernen der entsprechenden therapeutischen Grundhaltung und Gesprächstechniken empfiehlt sich die Teilnahme an einem 2- bis 3-tägigen Kurs.

4.4 Informationsvermittlung und Auseinandersetzung mit der eigenen Abhängigkeitsentwicklung

Viele Patienten erleben auf Grund der kulturellen Integriertheit von Alkohol die therapeutisch begründete Aufforderung konsequenter Alkoholabstinenz als Kränkung ihres Selbstwertgefühls bzw. soziale Ausgrenzung. Aber auch Alkoholabhängige in der Aktion-Phase, die ernsthaft ihren Alkoholkonsum aufgeben wollen, haben häufig keine Vorstellung davon, was sie hierzu über ihre ernstgemeinte Absichtserklärung hinaus konkret tun können. Ähnlich geht es rückfälligen Patienten, die außer der Tatsache ihres Rückfalls keine Vorstellung davon haben, was sie nach einer Phase der Abstinenz falsch gemacht haben. Einer sorgfältigen Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells für die eigene Abhängigkeitsentwicklung und der daraus abzuleitenden Behandlungsmethoden in Form einer gezielten Informationsvermittlung kommt somit größte Bedeutung in der Therapeut-Patient-Beziehung und für den Aufbau stabiler Behandlungsmotivation zu.

Plausibles
Erklärungs-
modell als
Voraussetzung
für stabile
Behandlungs-
motivation

Die Vermittlung von Informationen über körperliche, soziale und psychische Aspekte von Alkoholabhängigkeit hat 5 Hauptziele:

- *Realisieren des ganzen Ausmaßes der eigenen Alkoholabhängigkeit.* Hierzu ist es erforderlich, die gesellschaftlich allgemein übliche Einstellung gegenüber Alkohol zu überwinden und eine besondere Sensibilität und Genauigkeit hinsichtlich des Umgangs mit Alkohol zu entwickeln. Erst dadurch wird es Patienten möglich, scheinbar harmlose Veränderungen in ihren Trinkgewohnheiten als Teil einer Suchtentwicklung zu erkennen.
- *Herstellen von Kompatibilität zwischen dem persönlichem Erklärungssystem des Patienten und dem Therapierational.* Alkoholabhängige besitzen oftmals sehr festgefahrene Erklärungssysteme durch Selbsthilfegruppenideologien oder frühere Behandler. Selbsthilfegruppen favorisieren häufig ein medizinisches Krankheitsmodell (Sucht = lebenslange Allergie, der erster Schluck führt zwangsläufig zu einem Rückfall in altes Trinkverhalten). Suchttherapeuten favorisieren häufig ein Defizitmodell (Sucht und Rückfall sind die Folge von schwerwiegenden Problemen).
- *Erzeugung von Hoffnung auf Therapieerfolg und von Compliance.* Alkoholabhängige weisen auf Grund ihrer langwierigen Abhängigkeitskarriere und der oft erfolglosen Selbstheilungsversuche und/oder Entzugsbehandlungen besonders wenig Abstinenzzuversicht und positive Therapieerwartung auf. Hier gilt es, den Betroffenen plausibel zu machen, warum sie trotzdem gute Veränderungschancen haben.

Sensibilisierung
hinsichtlich
des Umgangs
mit Alkohol

Medizinisches
Krankheits-
modell und
Defizitmodell
der Sucht
überwinden

Abstinenz-
zuversicht
erhöhen

- *Verdeutlichen der Notwendigkeit einer individuellen Nachsorge nach Beendigung der Behandlung.* Alkoholabhängige benötigen bei ihren Abstinenzbemühungen eine 1-Jahres-Perspektive, da in diesem Zeitraum das größte Rückfallrisiko besteht. Entsprechend sind die Betroffenen über die Möglichkeiten, aber auch Notwendigkeit einer individualisierten Nachsorge im Anschluss an ihre Behandlung zu informieren.
- *Rückfallprävention.* Die Patienten sollen durch die Vermittlung entsprechender Erkenntnisse der Rückfallforschung systematisch auf die Möglichkeit eines Rückfalls vorbereitet werden und die Sinnhaftigkeit des Erlernens von gezielten Strategien zur Rückfallprävention begreifen.

4.4.1 Dosierte Informationsvermittlung

Aus der Einstellungsforschung ist bekannt, dass Informationen, die im Widerspruch zu der bisherigen Einstellung einer Person stehen, nur unter der Bedingung zu einem Einstellungswandel führen können, dass sie ein erträgliches Maß an Diskrepanz zu den bisherigen Grundüberzeugungen und dem Selbstkonzept eines Menschen haben. Ansonsten werden die diskreparanten Informationen angezweifelt, abgewertet oder schlicht nicht zur Kenntnis genommen. Die Integration von diskreparanten Informationen in das Selbstkonzept des Patienten kann dadurch erheblich erleichtert werden, dass bei der Informationsaneignung genügend Spielraum besteht, um sich zunächst schrittweise mit jenen Aspekten der Neuinformation auseinander zu setzen, die in keinem Widerspruch zu seinen bisherigen Überzeugungen stehen (Prinzip der dosierten Informationsverarbeitung, Lindenmeyer, 1983). Im Fall einer Alkoholabhängigkeit kann der Betroffene dadurch eine Vielzahl von alkoholspezifischen Informationen aufnehmen und verarbeiten, ohne dass Widerstand oder Reaktanz auf Grund einer Bedrohung seines Selbstkonzepts entstehen muss. Das Prinzip der dosierten Informationsverarbeitung soll an folgenden Beispiel erläutert werden:

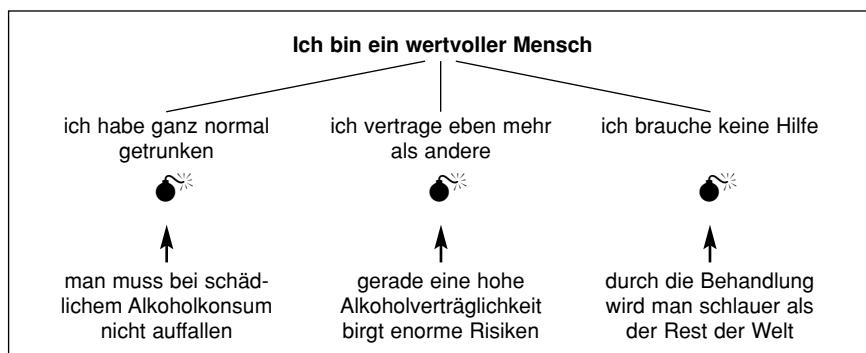


Abbildung 22:

Das Prinzip der dosierten Informationsvermittlung (Lindenmeyer, 2001)

Angenommen das Selbstwertgefühl eines Alkoholabhängigen fußt auf den Überzeugungen „Ich habe ganz normal getrunken“, „Ich vertrage eben mehr als andere“ und „Ich brauche keine Hilfe“. Hier könnte eine gezielte Informationsvermittlung die ansonsten unausweichlichen Konflikte in der Behandlung dadurch verringern, indem sie folgende Botschaften vermittelt:

- „Man muss bei schädlichem Alkoholkonsum nicht auffallen“. Dem Patienten wird zunächst ausdrücklich bestätigt, dass er möglicherweise tatsächlich insofern vollkommen normal getrunken hat, als er gegen keine sozialen Trinknormen verstoßen hat bzw. auffällig wurde. Alle weiteren Informationen verdeutlichen, welche Risiken und Schäden durch Alkohol fester Bestandteil unserer Trinkkultur sind.
- „Gerade eine hohe Alkoholverträglichkeit birgt enorme Risiken“. Hier wird die Selbstwahrnehmung des Patienten hinsichtlich seiner besonderen Trinkfestigkeit nicht in Frage gestellt, sondern es wird vielmehr gerade unter dieser Annahme über das Risiko einer Suchtentwicklung informiert.
- „Mithilfe der Behandlung wird man schlauer als der Rest der Welt“. Der Unterschied besteht darin, dass man dem Patienten ausdrücklich keine Hilfsbedürftigkeit unterstellt, sondern die Informationsvermittlung als eine Art Fortbildung begreift, die einen Wissensvorsprung in Sachen Alkohol gegenüber der Normalbevölkerung verschafft.

Im deutschen Sprachraum sind die in Tabelle 9 dargestellten Patientenmaterialien für Alkoholabhängige besonders verbreitet.

Tabelle 9:
Informationsvermittlung für Alkoholabhängige

„Die Suchtfibel“	100 Frage-Antwort-Texte gegliedert nach den Veränderungsphasen von Prochaska und DiClemente zum Selbststudium oder gemeinsamen Durcharbeiten in Patientengruppen	Schneider (2001)
„Lieber schlau als blau“	14 Kapitel zum Selbststudium mit jeweils anschließendem Fragebogen als Vorbereitung für die ersten Therapiesitzungen	Lindenmeyer (2005)
„Ratgeber Alkohol-abhängigkeit“	Kurzinformation insbesondere zur Vermittlung in Suchthilfesystem aus ambulanter ärztlicher oder therapeutischer Betreuung heraus	Lindenmeyer (2003)
„Ich höre auf, ehrlich“	11 Kapitel und 8 Fallbeispiele zur kognitiven Umstrukturierung bei Alkoholabhängigkeit	Merkle (2002)
„Rückfall muss keine Katastrophe sein“	4 Kapitel zur Rückfallbewältigung für Betroffene, Angehörige und Selbsthilfegruppen	Körkel (2001)
„Die Zeit danach“	7 Kapitel zur Vorbereitung auf das erste Jahr nach einer Entwöhnungsbehandlung	Küfner (2003)

4.4.2 Motivationsförderung durch Gruppeninteraktion

Das menschliche Individuum ist Informationen aus seiner Umwelt über sich selbst nicht passiv ausgeliefert, sondern kann durch eigenes Handeln potenzielle Informationen beeinflussen bzw. selbst Informationen generieren. Insbesondere ist der Mensch in der Lage, durch eigenes Handeln die Diskrepanz zwischen neuer selbstbezogener Information und seinem bisherigen Selbstkonzept zu steuern. Je größer der Handlungsspielraum eines Menschen bei der Informationsregulation ist, umso mehr Informationen können im Sinne von Reifung und Wachstum in sein Selbstkonzept integriert werden und müssen nicht rigide und uneinsichtig abgeblockt werden.

Für die Situation eines Alkoholabhängigen bedeutet dies: Je größer sein Handlungsspielraum im Umgang mit suchtspezifischen Informationen ist, umso eher kann er diese im Sinne der Entwicklung von Abhängigkeitsakzeptanz und Abstinenzmotivation in sein Selbstkonzept integrieren. Hier bietet die alkoholbezogene Gruppentherapie besonders vielfältige Möglichkeiten: Der Patient kann im Rahmen von gezielten Rollenspielen oder therapeutischen Übungen unter Mitbetroffenen probeweise Erfahrung damit sammeln, was die Übernahme der alkoholbezogenen Informationen für sein Selbstwertgefühl bzw. seine sozialen Bezüge bedeuten würde, ohne sich damit gegenüber seiner Alltagsumgebung bereits festgelegt zu haben. Aus motivationstheoretischer Sicht ist hierbei unbedingt sicherzustellen, dass der einzelne Patient durch seine Mitpatienten lediglich eine Vielzahl glaubwürdiger Informationen präsentiert bekommt und nicht durch konformistischen Gruppendruck in seinem Handlungsspielraum eingeengt wird. Im deutschsprachigen Raum sind bislang 3 Gruppentherapiemanuale mit gruppendifferenzierten Übungen zur gezielten Auseinandersetzung mit Aspekten der Alkoholabhängigkeit unter therapeutischer Leitung veröffentlicht worden (Tabelle 10).

Handlungsspielraum für Informationsregulation erweitern

Gruppentherapie als Experimentierfeld bei der Abhängigkeitsakzeptanz

3 Gruppentherapiemanuale zur Motivationsförderung

Tabelle 10:

Gruppentherapiemanuale zur Motivationsförderung durch Informationsverarbeitung:

Motivationsprogramm	24 Gruppensitzungen à 90 Minuten. Jeweils gruppendynamisches Einleitungsspiel, das zur bewussten Auseinandersetzung mit spezifischen Informationen über Alkoholabhängigkeit anregt.	Petry (1995)
„Der springende Punkt“	5 Gruppensitzungen à 90 Minuten. Jeweils Informationsinput, Arbeitsblätter und gruppendifferenzielle Übung zur kritischen Analyse des bisherigen Alkoholkonsums.	Lindenmeyer (2001)
„STAR“	15 Gruppensitzungen à 90 Minuten unter therapeutischer Leitung. Jeweils Informationsinput, gruppendynamische Übung und Arbeitsblätter, die zur bewussten Auseinandersetzung mit spezifischen Aspekten der Rückfallprävention anregen.	Körkel & Schindler (2003)

4.4.3 Entwicklung eines situativen Modells der individuellen Abhängigkeit

**Einzel-
informa-
tion
zu einfachem
Erklärungs-
modell
zusammen-
fassen**

Für den weiteren Behandlungsverlauf ist es entscheidend, dass die vermittelten Einzelinformationen schließlich in ein einfaches, auf den Einzelfall abgestimmtes Erklärungsmodell zusammengefasst werden, das die individuellen Rückfallrisikosituationen erklärt und aus dem unmittelbaren Interventionen abgeleitet werden können. Anstelle von traitorientierten Begriffen wie „Kontrollverlust“, „Willen“, „Abstinenzmotivation“ oder „Sucht-Charakter“ lässt sich mithilfe der 2 folgenden Suchtmechanismen ein Suchtmodell mit dem Patienten erarbeiten, das die situative Einbettung seines Suchtverhaltens unter Zuhilfenahme der jeweils im Einzelfall vorrangig wirksamen psychischen, physiologischen bzw. sozialen Teufelskreise betont:

- *Die zunehmende Automatisierung des Alkoholkonsums durch situative Trigger:* Im Verlauf einer Abhängigkeitsentwicklung wird der Alkoholkonsum immer mehr zu einer situativ automatisch ausgelösten und ritualisierten Handlung, die einer rationalen Kontrolle immer schwerer zugänglich ist. Über neurobiologische Prozesse entsteht im Verlauf der Suchtentwicklung das so genannte „Suchtgedächtnis“ in Form einer immer engeren Koppelung von neuronaler Aktivität an alkoholbezogene Stimuli, die selbst dann nur schwer zu löschen ist, wenn gar keine subjektiv angenehme Alkoholwirkung mehr erlebt wird. Entsprechend haben Alkoholabhängige mitunter wenig Bewusstheit darüber, warum sie Alkohol trinken. Hierdurch können auch plötzlich auftretendes Verlangen und scheinbar unerklärliche Rückfälle bei Alkoholabhängigen selbst nach längeren Abstinenzphasen erklärt werden.
- *Die veränderte Zwei-Phasen-Wirkung von Alkohol:* Während die angenehme Hauptwirkung durch Alkohol auf Grund der Toleranzentwicklung im Verlauf einer Suchtentwicklung häufig immer geringer wird, wird dagegen die unangenehme Nachwirkung des Alkohols immer stärker und länger andauernd. Der dadurch immer stärker werdende Drang nach fortgesetztem Alkoholkonsum verdeutlicht die Sinnhaftigkeit von Alkoholabstinenz anstelle von kontrolliertem Trinken als Therapieziel. Es wird vom Einzelfall abhängen, ob bei den unangenehmen Nachwirkung eher intrapsychische Alkoholfolgen (z. B. negatives Selbstbild, Coping-Defizite, Resignation nach einem Rückfall), neurobiologische Veränderungen (z. B. Entzugserscheinungen) oder negative psychosoziale Auswirkungen (z. B. Konflikte, Arbeitslosigkeit, Einsamkeit) des Trinkens im Vordergrund stehen.

„Die meisten Patienten interessiert besonders die Frage ‚warum wurde ich abhängig?‘. Häufig bekommt man als Antwort zu hören, das sei eine Frage von mangelnder Abstinenzmotivation, mangelndem Willen, Charakterschwäche oder eben des berühmten Kontrollverlusts. Andere wiederum glauben, dass eine Abhängigkeit die Folge von ungelösten Problemen darstelle. Nun, heute weiß man

man mehr darüber, was bei der Entwicklung einer Abhängigkeit passiert. Es sind vor allem 2 Prozesse, die hierbei eine Rolle spielen: Die zunehmende Automatisierung des Trinkverhaltens durch situative Trigger und die veränderte 2-Phasenwirkung des Alkohols bei Süchtigen. Ich würde Ihnen gern anhand einiger Ihrer wichtigsten Trinksituationen erläutern, was wir beide bislang bei Ihnen zu diesen 2 Suchtmechanismen herausfinden konnten.“

Beide Suchtmechanismen können gemeinsam mit dem Patienten in ein einfaches Kurvenmodell übertragen werden, in dem auf einen zwei-dimensionalen Diagramm (vgl. Karte „Situatives Modell der individuellen Abhängigkeit“ im Anhang des Buches) auf der Vertikalen die Wahrscheinlichkeit des Alkoholkonsums und auf der Horizontalen drei Zeitabschnitte einer Trinksituation (zunehmende Automatisierung des Alkoholkonsums durch situative Trigger, abnehmende/verkürzte positive Alkoholwirkung und zunehmende negative Alkoholnachwirkung) abgetragen werden.

Kurvenmodell verwenden

„Zunehmende Automatisierung des Alkoholkonsums durch situative Trigger: Unser bewusstes Verhalten, also alles was wir willentlich tun, ist üblicher Weise an den Folgen unseres Handelns orientiert. Wenn etwas angenehme Folgen hat, werden wir es möglichst oft wiederholen. Genau so ist es auch mit dem Alkoholtrinken. Wir alle trinken den Alkohol nicht nur weil er uns schmeckt, sondern weil er unser Belohnungszentrum im Gehirn stimuliert. Je nach Situation und Menge kann Alkohol uns dadurch enthemmen/euphorisieren oder eher dämpfen/beruhigen. Wir haben erarbeitet, dass Sie diese angenehme Wirkung des Alkohols v. a. in folgenden Situationen geschätzt haben ...“

Nun kommt der entscheidende Punkt: Wenn wir sagen, jemand lernt seinen persönlichen Umgang mit Alkohol, dann ist das wie wenn man das Autofahren lernt. Anfangs ist einem alles bewusst, man muss sich konzentrieren und überlegt ständig ‚wie geht das?‘. Aber auf die Dauer fahren wir immer automatischer, das heißt wir müssen uns nicht ständig auf unser Fahren konzentrieren, sondern können Musik hören oder uns nebenbei angeregt unterhalten. Bildlich gesprochen werden dabei immer mehr ursprünglich durch unser Großhirn willentlich gesteuerte Prozesse nunmehr automatisch von darunter liegenden Gehirnregionen (unser sog. Primitives Gehirn) übernommen. Das ist auch gut so, denn dadurch können wir viel schneller und sicherer reagieren. Das ist nun bei Alkohol ganz genauso: Unwillkürlich bekommen wir in allen Situationen, in denen wir gute Erfahrungen mit Alkohol gemacht haben, Lust zu trinken, wir trinken dort automatisch, ohne uns viel dabei zu denken. Unser Belohnungszentrum stellt sich schon von allein auf den erwarteten Alkoholkonsum ein, dadurch vertragen wir in diesen Situationen dann auch mehr Alkohol und es fehlt uns etwas, wenn wir in diesen Situationen dann keinen Alkohol wie sonst bekommen. So weit klar?

Automatisierung am Beispiel von Autofahren erläutern

Nun hat man herausgefunden, dass genau diese Koppelung von Alkoholkonsum und so genannten situativen Triggern in unserem Belohnungssystem im Verlauf einer Suchtentwicklung so dauerhaft gespeichert wird, dass sie selbst nach langer Abstinenz nicht mehr gelöscht wird. Man spricht daher auch von der Ent-

Suchtgedächtnis

wicklung eines sog. Suchtgedächtnisses. Bedenken Sie, dass das alles nicht in unserem rationalen Teil unseres Gehirn passiert, d. h. nicht alle Patienten berichten von Alkoholverlangen. Entscheidend ist aber, dass die Wahrscheinlichkeit zu trinken automatisch ansteigt, je mehr situative Trigger in einer Situation zusammenkommen. Bei Ihnen war das zum Beispiel der Fall bei ...“

Der Therapeut wählt eine typische Trinksituation des Patienten aus und zeichnet die ansteigende Wahrscheinlichkeitskurve über mehrere Trigger ein (vgl. Abbildung 24, S. 85).

„*Die veränderte 2-Phasenwirkung*: Was passiert, wenn Sie in dieser Situation Alkohol trinken? Nun, Sie erleben relativ zuverlässig die angenehme Wirkung von Alkohol. Kurzfristig ist ihr Bedürfnis nach Alkohol somit gestillt.“

Der Therapeut zeichnet ein entsprechendes Absinken der Wahrscheinlichkeitskurve ein:

2-Phasen-wirkung erklären

„Das gemeine ist nur, dass Alkohol immer eine Zweiphasenwirkung hat, d. h. sobald der Alkoholspiegel im Blut wieder zu sinken beginnt, kommt es zu einer unangenehmen Einwirkung auf das Belohnungszentrum, man fühlt sich jetzt schlechter als man sich vor dem Trinken gefühlt hat. Dadurch ist man versucht, diesen Zustand durch die erneute Einnahme von Alkohol zu beenden.“

Der Therapeut zeichnet ein erneutes Ansteigen der Wahrscheinlichkeitskurve ein:

„Im Verlauf einer Suchtentwicklung steigt die Wahrscheinlichkeit weiter zu trinken immer stärker an: Bei Alkoholabhängigen, deren Leber ihre Abbaukapazität gesteigert hat, tritt die unangenehme Nachwirkung früher und stärker ein. Dies ist einer der Gründe, warum kontrolliertes Trinken bei Alkoholabhängigen oftmals nicht mehr möglich ist. Sie sind rein physiologisch unter starkerem Druck, den durch Alkohol entstandenen unangenehmen Zustand durch weiteren Alkohol zu bekämpfen.

Rückfallschock

Noch ungünstiger sieht es aus, wenn Alkoholabhängige nach einer Phase der Abstinenz wieder Alkohol trinken. Sie sind frustriert und enttäuscht über sich selbst, dass sie wieder getrunken haben. Häufig werden diese Gefühle durch die negativen sozialen Folgen des Alkoholkonsums verstärkt. Viele denken, dass jetzt sowieso alles egal ist, da ihnen ja auch immer gesagt wurde, dass der erste Schluck unweigerlich wieder in ihr altes Trinkverhalten führen wird. Beides, die Zweiphasenwirkung von Alkohol und der so genannte Rückfallschock erhöhen damit die Wahrscheinlichkeit, dass man weitertrinkt.“

Dieses Modell sollte für zentrale Trinksituationen des Patienten hin überprüft werden. Hält das Modell wirklich für jede problematische Trinksituation, findet der Patient das wirklich einleuchtend? Dabei sollte der The-

Therapeut selbst eher eine skeptische Haltung einnehmen und den Patienten möglichst viel selbst interpretieren und schlussfolgern lassen, damit es „sein“ Modell werden kann. Der Therapeut sollte möglichst wenig „predigen“, sondern eher Fragen stellen:

Modell an zentralen Trinksituationen des Patienten überprüfen

„Wie kann man denn das jetzt erklären, was ist denn hier passiert“.

Er sollte dem Patienten ausreichend Raum für Fragen oder Einwände geben und erst in der Behandlung fortfahren, wenn der Patient dieses Modell wirklich verstanden hat. Wenn möglich sollte der Patient in Gruppentherapiesitzungen das bisher Verstandene anderen Patienten verständlich machen. Schließlich kann der Patient aufgefordert werden, ein persönliches Erklärungsmodell schriftlich niederzulegen oder auf Tonband zu sprechen bzw. seinen Angehörigen vorzutragen.

Modellannahme überprüfen

Entscheidend ist, dass der Patient aus einem Verständnis der Abläufe in zentralen Trinksituationen der Vergangenheit eine Perspektive für die weitere Behandlung ableiten kann: Eine erfolgreiche Abstinenzentwicklung erfordert über Einsicht hinaus den sicheren Umgang mit einem dauerhaften Suchtreflex.

Behandlungsperspektive ableiten

4.5 Vier-Felder-Tafel

Bei dieser von Marlatt (1985) vorgestellten Intervention geht es um eine Kosten-Nutzen-Analyse, mit der ein Alkoholabhängiger seine persönlichen Vor- und Nachteile durch künftige Alkoholabstinenz einschätzen soll: Steht der Aufwand der Therapie (Kosten, Anstrengung, Zeitaufwand, negative Veränderungen etc.) in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen der Therapie (kurzfristig und langfristig)? Wichtig ist, dass der Patient begreift, dass eine Therapie nicht alle seine Probleme auf einen Schlag lösen wird, sondern dass im Gegenteil neue Probleme auf ihn zukommen können, mit denen er jetzt nicht rechnet. Insbesondere sollte der Patienten dazu angeregt werden, sich mit der Tatsache auseinander zu setzen, dass er als Abstinenzler zu einer Minderheit gehören würde.

Vor- und Nachteile von Alkoholabstinenz abwägen

Wie würde sich das Leben ohne Alkohol verändern?

„So sehr Patienten unter ihrer Alkoholabhängigkeit leiden, so häufig ist es auch, dass es eine Reihe von unerwarteten Veränderungen mit sich bringt, wenn sie keinen Alkohol mehr trinken. Was glauben Sie, was sich in Ihrem Leben verändert?“

Was würden Sie opfern, wenn Sie auf Alkohol verzichten?

„Sie haben jetzt sehr vieles erzählt, was Sie auf der Habenseite verbuchen können. Besteht denn die Möglichkeit, dass auch schwierige Veränderungen statt-

finden können? Ich möchte Ihnen ein Beispiel geben, damit Sie sich besser vorstellen können, was ich meine. Das Trinken von Alkohol erleichtert in unserer Gesellschaft häufig die Anbahnung von Kontakten und hebt die Stimmung beim geselligen Zusammensein. Falls Sie künftig konsequent abstinent leben, würden Sie auf diese angenehmen Wirkungen von Alkohol verzichten. Möglicherweise beeinträchtigt das Ihren Kontakt zu Freunden oder Bekannten.“

Unter Umständen ist es sinnvoll, den Patienten die Ergebnisse dieser Überlegungen in eine sog. Vier-Felder-Tafel eintragen zu lassen, damit er eine bessere und v. a. expliziterte Entscheidung fällen kann:

	Kurzfristig	Langfristig
Vorteile von Abstinenz		
Nachteile von Abstinenz		

Abbildung 23:
Vier-Felder-Tafel zur bewussten Abstinentenzentscheidung

Es kann eine therapeutisch sinnvolle Aufgabe darstellen, die Überlegungen zu den Vor- und Nachteilen von Alkoholabstinenz in der Therapiegruppe zur Diskussion zu stellen oder die Meinung von Angehörigen einzuholen.

4.6 Ablehnungstraining

Vorbereitung auf soziale Verführungs- situationen

Immer wieder fühlen sich abstinent lebende Alkoholabhängige von Außenstehenden dazu gedrängt, Alkohol (mit)zutrinken. In derartigen sog. „sozialen Verführungssituationen“ kommt es darauf an, die Aufforderung der Umwelt selbstsicher ablehnen zu können, ohne sich in eine längere Diskussion verwickeln zu lassen. Viele Betroffenen empfinden dies als besonders schwierig, wenn sie hierbei die Sympathie ihres Gegenübers nicht verlieren möchten.

In all diesen Fällen ist es sinnvoll, zur Rückfallprävention geeignete soziale Fertigkeiten im Rahmen eines sog. „Ablehnungstrainings“ zu üben. Hierbei werden entsprechende Risikosituationen im Rollenspiel möglichst realistisch durchgespielt und dabei die eigenen Verhaltensmöglichkeiten schrittweise verbessert. Unter anderem gilt es in diesem Zusammenhang zu überlegen, in welchen Situationen die Betroffenen beim Ablehnen offen zu ihrer Alkoholabhängigkeit stehen wollen und in welchen dies eher nicht angezeigt ist. Zur Motivierung der Patienten für Rollenspiele hat sich folgendes Vorgehen bewährt:

Offenes
Bekenntnis zur
Abhängigkeit
nicht immer
angebracht

4.6.1 Verhaltenstest: Standardsituation

Der Therapeut unterstellt nicht von vornherein die Notwendigkeit eines Ablehnungstrainings, sondern bittet den Patienten um einen Verhaltenstest.

„Ich würde mich gern vergewissern, dass Sie in einer sozialen Verführungssituation sicher ablehnen können. Von daher möchte ich Sie bitten, mir in einem kurzen Rollenspiel vorzuführen, wie Sie sich verhalten würden. Ich weiß, dass Sie das möglicherweise für ziemlich künstlich halten, für mich ist es aber immerhin ein bisschen konkreter, als wenn wir nur darüber reden. Ich würde das auch gern auf Video aufnehmen, damit wir Ihr Verhalten hinterher gemeinsam systematisch auswerten können. Sind Sie einverstanden, es dauert garantiert nur wenige Minuten?“

Begründung
für Ablehnungs-
training

Wenn der Patient zugestimmt hat, beginnt der Therapeut ohne längere Instruktion das Rollenspiel:

Rollenspiel „Stammkneipe“:

„Hallo alter Kumpel, wo warst du denn so lange? Komm setz dich, darauf müssen wir gleich einen trinken. Bedienung, bitte zwei Bier. Komm lass uns anstoßen nach so langer Zeit. Siehst gut aus, wo warst du denn?“
(Der Therapeut fällt dem Patienten immer wieder ins Wort, bietet ihm Bier an und zeigt wenig Verständnis für dessen Ablehnung) „Komm jetztstell dich nicht so an, eins wirst du wohl noch mittrinken können. Willst du mich beleidigen? Früher warst du ganz anders. Komm, das sieht doch keiner. Ach, du bist doch im Leben kein Alkoholiker, dann wäre ich ja auch einer!“

4.6.2 Positives Videofeedback

Nach maximal 5 Minuten bricht der Therapeut das Rollenspiel ab. Im Sinne des Prinzips des „Self-modeling“ dient die Videoaufnahme ausschließlich zu positivem Feedback (selbst wenn der Patient im Rollenspiel „rückfällig“

Verhaltenstest
auf max.
5 Minuten
begrenzen

lig“ wurde). Im Gruppensetting können hierbei die Mitpatienten miteinbezogen werden:

„Lassen Sie uns jetzt herausfinden, was die Stärken von Herrn X waren. Was hat er gut gemacht? Was könnte ihm nützen, wenn er später tatsächlich ablehnen will?“

Positives selfmodeling

Die Stärken des Patienten werden auf einem Kärtchen notiert (z. B. kräftige Stimme, klare Gestik, Blickkontakt). Negatives Feedback oder Verbesserungsvorschlägen von Mitpatienten werden durch den Therapeuten nicht zugelassen:

„Ich weiß, dass Sie gute und begründete Verbesserungsvorschläge haben. Aber jetzt geht es darum, die Stärken von Herrn X herauszufinden, und davon gab es eine ganze Menge. Mal sehen, ob Sie diese auch entdecken.“

Stärken notieren und auswendig lernen lassen

Der Patient wird schließlich aufgefordert, seine Stärken nach dem „Premack-Prinzip“ (Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit von erwünschtem Verhalten durch Koppelung an häufig auftretendes Verhalten) auswendig zu lernen:

„Ich möchte, dass Sie diese Stärken auswendig lernen. Kleben Sie dazu das Kärtchen an eine Stelle, an der Sie es häufig sehen (z. B. Zigarettenpackung, Spiegel, Geldbeutel) und lesen Sie es sich jedes Mal durch. Ich werde Sie in nächster Zeit immer mal wieder nach Ihren Stärken fragen.“

Es erhöht den Lerneffekt, wenn der Therapeut den Patienten wiederholt völlig überraschend nach seinen Stärken fragt: Jedesmal, wenn der Patient seine Stärken unter Zeit- und Leistungsdruck benennen muss, werden diese mit der Bewältigung von Stress gekoppelt.

4.6.3 Modell: Standardsituation

Der Therapeut bittet nunmehr den Patienten, ihn in der gleichen Situation zu einem Rückfall zu verführen. Damit für den Patienten ein Anreiz entsteht, behauptet er, dass er ihn nicht länger als 2 Minuten beim Thema halten können werde.

„Mein Eindruck war, dass ich bei unseren Rollenspielen es vollkommen in der Hand hatte, wie lange es um das Thema Alkohol ging. Ich möchte Ihnen jetzt eine Möglichkeit demonstrieren, wie man das Thema in kürzester Zeit vom Tisch hat. Wären Sie bereit gegen mich anzutreten und mich zum Trinken zu verführen. Wetten, dass Sie es nicht schaffen länger als 2 Minuten über dieses Thema mit mir zu reden?“

Der Therapeut lehnt nunmehr nach folgender Reihenfolge ab:

1. „*Nein danke, ich trinke keinen Alkohol, ich trinke lieber ...“*,
2. mehrfaches Wiederholen: „*Nein danke ...“*,
3. Themawechsel: „*Was macht denn der ...“*,
4. Metaebene: „*Ich habe keine Lust mehr darüber zu reden, hört auf da-mit“*,
5. Ultimatum: „*Wenn Ihr jetzt nicht aufhört, dann gehe ich“* (dabei bereits aufstehen und sich erst wieder hinsetzen, wenn die anderen endgültig aufhören).

Es ist nicht wichtig, ob der Therapeut in diesem Rollenspiel „gewinnt“ oder nicht. Entscheidend ist vielmehr, dass es dem Patienten Spaß macht und dadurch die Hemmschwelle gegenüber weiteren Rollenspielen gesenkt wird. Das Rollenspiel wird ebenfalls auf Video aufgenommen. Die Aufnahme kann jetzt ausgewertet werden:

„Ich habe bei meinem Rollenspiel gezielt eine bestimmte Reihenfolge von mehreren Ablehnungsstrategien benutzt. Mal sehen, ob Sie die herausfinden.“

Der Therapeut lässt den Patienten (mit Unterstützung) die Abfolge der von ihm verwandten Ablehnungsstrategien herausfinden und an einer Wandtafel notieren.

4.6.4 Rollenspielübung: Standardsituation

Nunmehr übt der Patient die Abfolge der Ablehnungsstrategien im Rollenspiel. Der Patient soll vorher entscheiden, ob er im Rollenspiel sagen möchte, dass er ein Alkoholproblem hat, oder nicht. Beide Varianten sollten erprobt werden. Die Rollenspiele sind jeweils sehr kurz zu halten (maximal 2 Minuten), bei Schwierigkeiten sollte schnell eingegriffen und maximal ein Verbesserungsvorschlag gemacht werden, der vom Patienten sofort erneut geübt wird. Im Gruppensetting sollten die Mitpatienten nicht zu viel Rückmeldung geben, um eine Überforderung des Patienten zu vermeiden. Stattdessen sollte eher der Therapeut reagieren, damit die Situation nicht zu langatmig und unangenehm wird.

**Rollenspiele
durch
unmittelbares
Feedback auf
max. 2 Minuten
begrenzen**

4.6.5 Rollenspielübung: Individuelle Situation

Der Patient bekommt als Hausaufgabe einen Bogen (vgl. „Ablehnungstraining“ im Anhang, S. 121) ausgeteilt, in dem er eine persönlich relevante soziale Versuchungssituation für die nächste Therapiestunde notieren und bereits einen Bewältigungsplan ausformulieren soll. Dieser wird in der nächsten Sitzung dann im Rollenspiel geübt bzw. auf seine Angemessenheit hin überprüft. Relevante Übungssituationen sind hierbei:

- Ablehnen von Alkoholangeboten bei Familienfeiern oder Parties,
- Ablehnen von Alkoholangeboten bei einem Rendezvous/Flirt,
- Ablehnen von Alkohol am Arbeitsplatz (Beförderung, Vertragsabschluss, Einstand, Messebesuch, Geschäftsessen),
- Ablehnen von alkoholhaltigen Medikamenten oder Medikamenten mit Suchtpotenzial in Apotheke, Krankenhaus oder beim Arzt.

4.7 Bewältigungstonbänder

Hierbei entwirft der Patient zunächst ein möglichst anschauliches Szenario einer möglichen Rückfallsituation und beschreibt dann, wie er diese Situation gerade noch rechtzeitig erfolgreich bewältigt. Er spricht das so entstandene Skript schließlich auf Tonband, das er sich im Sinne einer selbstgeleiteten Vorstellungsbübung nach dem Prinzip der Verdeckten Kontrolle regelmäßig anhört. Neben dem unmittelbaren Trainingseffekt hat die Methode weitere Vorteile:

- Patienten haben lauter Erinnerungen von Trinksituationen. Wenn sie sich nun vornehmen, „keinen Alkohol“ mehr zu trinken, können sie dabei nicht anders, als an Alkohol zu denken. Regelmäßige Vorstellungsbübungen von der Bewältigung von Risikosituationen lassen dagegen auf die Dauer alternative Bilder und Vorstellungen entstehen.
- Die besprochenen Bewältigungstonbänder können von den Patienten als konkretes Therapieergebnis mit nach Hause genommen werden und jeweils nach Bedarf (z.B. bei einem Rückfall) auch lange Zeit nach Beendigung der Therapie angehört werden.
- Das Anhören der Bewältigungstonbänder stellt häufig für Angehörige eine gewisse Beruhigung dar. Sie sehen, wie konkret sich der Betroffene mit typischen Risikosituationen auseinander setzt.

Dem Patienten kann dieses Vorgehen als „mentales Training“, das sich im Hochleistungssport besonders bewährt hat, vorgestellt werden:

**Prinzip der
Verdeckten
Kontrolle**

**Beruhigung von
Angehörigen**

**Metapher:
Mentales
Training im
Hochleistungssport**

„Sie haben sicher schon einmal davon gehört, dass erfolgreiche Hochleistungssportler sog. ‚mentales Training‘ benutzen. Zum Beispiel kann ein Tennisstar seinen Aufschlag rein körperlich gar nicht so oft üben, bis er in allen Einzelheiten perfekt ist. Er übt daher den Aufschlag regelmäßig in der Vorstellung, wobei er sich alles ganz genau vorstellt. In Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass diese Übungen fast so effektiv sind wie echte Übungen. Genau das möchte ich Ihnen für die Bewältigung von Risikosituationen vorschlagen.“

Die Erstellung der Bewältigungstonbänder erfolgt über folgende Schritte:

4.7.1 Erarbeiten des Situationstextes

Der Patient wird zunächst gebeten, als Hausaufgabe eine wichtige Risikosituation in Ich-Form aufzuschreiben (z. B. „*Ich gehe die Straße entlang, habe nichts besonderes vor. Plötzlich stehe ich vor meiner Stammkneipe. Ich sehe durch die Scheiben, das warme, gemütliche Licht und höre Lachen. Ich denke mir ...*“; siehe „Bewältigungstonband“ im Anhang, S. 122). Der Text wird dann gemeinsam mit dem Therapeuten optimiert (logischer Ablauf, Berücksichtigung aller Repräsentationssysteme: Sehen, Hören, Riechen, Fühlen, Schmecken, Denken). Außerdem wird eine konkrete Bewältigungsform bis zu Ende erarbeitet (z. B. „*Gerade als ich das Bier ansetze, denke ich ... Ich setze das Bier ab, schiebe es weg und sage ... Ich spüre wie ich ... Ich bestelle einen Kaffee und sage mir innerlich ...*“). Ein ausformuliertes Textbeispiel findet sich bei Lindenmeyer (2000).

Optimierung
des Textes
durch
Therapeuten
erforderlich

4.7.2 Aufnahme des Bewältigungstonbandes

Der Patient wird gebeten, den Text auf Tonband zu sprechen. Zwischen jedem Satz soll eine ausreichende Pause sein, um sich beim Abhören die Situation plastisch vorstellen zu können. Außerdem muss die Stimmlage und -lautstärke zum Inhalt passen. Häufig sind mehrere Versuche erforderlich, bis das Band zur Rückfallprävention geeignet ist.

Pausen
zwischen
den Sätzen
beachten

4.7.3 Geleitete Vorstellungsübung

Der Patient wird schließlich gebeten, sich sein Bewältigungstonband regelmäßig über Kopfhörer anzuhören und dabei zu versuchen, sich die Situation wie einen Film „aus eigenen Augen“ plastisch vorzustellen. Er soll jeweils notieren (siehe „Bewältigungstonband“ im Anhang, S. 122), wie gut er sich die Situation vorstellen konnte (1 = sehr gut bis 6 = überhaupt nicht). Nach einiger Zeit soll er auch versuchen, sich den gesamten Situationsablauf regelmäßig (z. B. vor den Einschlafen) ohne Tonband vorzustellen.

4.8 Expositionenübungen

Mit der Expositionsbehandlung *in vivo* (cue exposure) wurde ein verhaltenstherapeutisches Standardverfahren bei anderen Störungsbereichen in die Behandlung von Suchtkranken übernommen, um die automatisierten, rückfallkritischen Reaktionsweisen der Betroffenen durch gezielte Neuerfahrung in Rückfallrisikosituationen zu verringern. Anstatt Patienten in der Behandlung vor Versuchungssituationen zu schützen, geht es hierbei

darum, sich nach entsprechender Vorbereitung persönlich relevanten Risikosituationen auszusetzen.

Angesichts der noch nicht abgeschlossenen Theoriebildung zum Rückfallgeschehen sind mehrere Wirkmechanismen von Expositionsübungen bei Alkoholabhängigen denkbar (Lindenmeyer, 2005a):

- Habituation, Hemmung bzw. Lösung der neurophysiologischen Alkoholreagibilitätsreaktionen (cue reactivity).
- Training von kognitiven Bewältigungsstrategien in inneren Risikosituationen als auch des Einsatzes von Verhaltensstrategien in sozialen Risikosituationen, um den automatisierten Reaktionstendenzen bzw. Alkoholverlangen widerstehen zu können.
- Erhöhung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Abstinenzzuversicht) durch Mastery-Erfahrungen, um v. a. im Moment eines Rückfalls nicht schockiert „aufzugeben“, sondern das Trinken kurzfristig zu stoppen und wieder zur Abstinenz zurückzufinden.

Der bisherige Forschungsstand erlaubt nicht, den Stellenwert der jeweiligen Wirkmechanismen bei der Expositionsbehandlung von Alkoholabhängigen zu bestimmen. Allerdings führen alle drei potenziellen Wirkmechanismen in der Praxis zu einem relativ ähnlichen Vorgehen, da selbst die sog. Lösung einer klassisch konditionierten Reaktion kein Verlernen (d. h. Entkoppelung) der Reaktion bedeutet. Vielmehr handelt es sich um ein Neubzw. Umlernen, bei dem neue Reiz-Reaktions-Verknüpfungen geschaffen werden, während die alten nach wie vor prinzipiell verfügbar sind.

Bei den Expositionsübungen kommt es darauf an, dass Patienten und Therapeuten gemeinsam die Übungssituationen durch persönlich relevante Auslösebedingungen (z. B. unmittelbare Konfrontation mit alkoholischen Getränken, Stimmungsinduktion durch Musik, Erinnerungen oder Aufsuchen bestimmter Örtlichkeiten) so realistisch wie möglich gestalten, um möglichst starke neurophysiologische Reaktionen auszulösen (Habituationsparadigma). Im weiteren Verlauf der Expositionsübung sollten die Betroffenen dann durchaus gezielt ausprobieren, durch welche kognitiven Strategien bzw. Verhaltensweisen sie die Wahrscheinlichkeit zu trinken beeinflussen können (Bewältigungsparadigma). Schließlich bedarf es einer genauen Auswertung und Interpretation der Expositionserfahrung, um eine möglichst große Generalisierung und Erhöhung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Mastery-Paradigma) zu erzielen. Dabei ist zu betonen, dass es nicht darum geht, dass für jede Risikosituation eine optimale Bewältigungsreaktion gefunden wird. Dies würde die kognitive und emotionale Stressbelastung des Betroffenen in Risikosituationen nur weiter erhöhen. Entscheidend für die Aufrechterhaltung der Abstinenz ist vielmehr, dass der Patient selbst bei zunächst erfolglosen Bewältigungsbemühungen ausreichend Abstinenzzuversicht behält, um selbst starkem Verlangen nach Alkohol in einer Risikosituation standhalten zu können.

4.8.1 Einführung des Paradigmas

Der Therapeut bittet den Patienten eine Risikoverlaufskurve für eine fiktive Trinksituation aufzumalen, in der wesentliche Trigger des Patienten zusammenkommen und er daher bislang eine hohe Wahrscheinlichkeit hatte zu trinken (vgl. Abb. 29, durchgezogene Linie):

1. Rückfallprävention

„Wie hoch wäre Ihr Verlangen/Risiko zu trinken, wenn wir jetzt die Zeit anhalten könnten, Sie das Glas unmittelbar vor dem Mund haben, Sie aber trotzdem nicht trinken nach 5 ... 10 ... 20 ... 40 ... Minuten?“

Früher oder später kann die Risikokurve des Patienten nicht weiter ansteigen, weil sie bereits den Maximalwert erreicht hat (gestrichelte Linie). Dies ist ein zentraler Punkt: Der Patient ist nun gezwungen weiterzudenken, was geschehen würde, wenn er dem Verlangen nach Alkohol trotzdem nicht nachgibt. Es ist nur logisch, dass das Trinkrisiko allmählich wieder sinkt, je länger er es trotz Verlangen ohne Alkohol ausgehalten hat (gestrichelte Linie 1).

„Wie hoch wäre Ihr Verlangen/Risiko zu trinken, wenn Sie nach dieser Erfahrung ein zweites Mal in genau dieselbe Situation kommen würden?“ „Wie hoch beim dritten Mal“ etc.

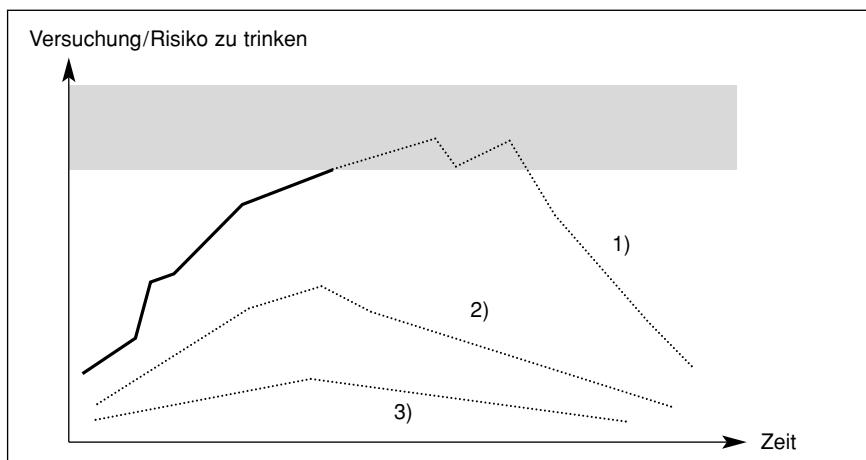


Abbildung 24:
Die Risikoverlaufskurve bei wiederholten Expositionenübungen

Je öfter der Patient die Erfahrung gemacht hat, in einer Risikosituation trotz erheblichem Verlangen keinen Alkohol getrunken zu haben, umso geringer

wird sein Risiko sein, künftig in dieser Situation Alkohol zu trinken (gestrichelte Linie 2 und 3).

Metapher
„Schleuderkurs
für Autofahrer“

Gemeinsam mit dem Patienten kann hieraus geschlussfolgert werden, dass eine gezielte Rückfallprävention in einer Konfrontation mit Risikosituationen bestehen kann. Hierbei kann die Metapher eines Schleuderkurses für Autofahrer hilfreich sein:

„Ähnlich wie bei einem Autofahrer, der bei einem Schleuderkurs zunächst sein Auto absichtlich ins Schleudern bringt, würden auch Sie sich absichtlich in eine echte Versuchungssituation begeben, in der Sie möglichst großes Verlangen nach Alkohol bekommen, um dann zu üben, wie Sie diese Situation ohne Alkohol meistern.“

Entscheidend ist hierbei, dass dem Patienten klar wird, dass Expositionsbürgungen ein tatsächliches Rückfallrisiko beinhalten (d. h. Konfrontation mit echtem Alkohol, keine Überwachung, teilweise Abwesenheit des Therapeuten) und dass er selbst mitwirken muss, um sich in Versuchung zu bringen.

2. Umgang mit Rückfällen

„Jetzt stellen Sie sich bitte vor, Sie würden in dieser Situation trinken. Wie hoch wäre Ihr Verlangen/Risiko zu trinken, wenn Sie nach einiger Zeit erneut in die selbe Situation kommen und wieder das Glas unmittelbar vor dem Mund haben?“

Hier geht es darum, dass dem Patienten klar wird, dass diesmal sein Trinkrisiko auf Grund des Rückfallschocks und physiologischer Veränderungen zunächst deutlich erhöht ist.

„Wie hoch wäre Ihr Verlangen/Risiko zu trinken, wenn wir jetzt erneut die Zeit anhalten könnten, Sie das Glas unmittelbar vor dem Mund haben, Sie aber trotzdem nicht trinken nach 5 ... 10 ... 20 ... 40 ... Minuten?“

Aber auch nach einem Rückfall kann die Risikokurve des Patienten in der Situation früher oder später nicht weiter ansteigen, weil sie bereits den Maximalwert erreicht hat. Auch hier ist es nur logisch, dass das Trinkrisiko allmählich wieder sinkt, je länger er es trotz Verlangen ohne Alkohol ausgehalten hat.

Erneute
Exposition-
Übung
bei Rückfall

Hieraus kann gemeinsam mit dem Patienten abgeleitet werden, dass auch ein Rückfall die bisherige Behandlung nicht notwendiger Weise in Frage stellt, sondern häufig eine erneute Konfrontation mit der Rückfallsituation

erfordert, sobald er wieder nüchtern ist. Hierbei kann die Metapher eines Reitunfalls hilfreich sein:

„Es verhält sich bei einem Rückfall ganz ähnlich, wie wenn ein Reiter vom Pferd fällt. Natürlich ist er verunsichert. Entscheidend ist daher, möglichst schnell wieder aufzusitzen und weiterzureiten. Entsprechend geht es bei einem Rückfall darum, sich der Rückfallsituation erneut auszusetzen und diesmal nicht zu trinken.“

Metapher vom „Reitunfall“

Bei der Vermittlung der beiden Metaphern, ist es entscheidend, dass man auf die vom Patienten selbst aufgestellten Risikoverlaufskurven zurückgreifen kann. Nur so kann ein Gegengewicht geschaffen werden, um die als unangenehm und lästig erlebten Expositionübungen nicht von vornherein abzulehnen. Dem Patienten sollte unbedingt genügend Zeit eingeräumt werden, über das Für und Wider von Expositionübungen nachzudenken. Außerdem sollte durch unmittelbare Befragung sichergestellt werden, dass der Patient den Sinn und die konkrete Durchführung der Expositionübungen verstanden hat:

„Können Sie unsere bisherigen Überlegungen bitte nochmals zusammenfassen. Warum könnten Expositionübungen in Ihrem Fall eine hilfreiche Therapiemethode darstellen. Was könnte durch diese Übungen bei Ihnen erreicht werden? Auf welche Weise könnte Ihnen das weiterhelfen?“

Wenn der Patient Angehörige hat, so ist eine genaue Aufklärung aller Bezugspersonen über die Expositionübungen unabdingbar, um Konflikte oder verstärktes Misstrauen gegenüber dem Patienten zu vermeiden. Diese erfolgt am besten im Beisein des Therapeuten und kann zur Überprüfung des Expositionverständnisses des Patienten genutzt werden.

Aufklärung von Angehörigen erforderlich

4.8.2 Die erste Expositionübung in Gegenwart des Therapeuten

Bei der ersten Expositionübung bedarf es einer genauen Instruktion durch den Therapeuten. Der Patient soll sich mit seinem bevorzugten alkoholischen Getränk konfrontieren. Als Örtlichkeit sollte ein Raum gewählt werden, in dem Patient und Therapeut einerseits ungestört sind, der aber andererseits geeignet ist überhaupt Alkoholverlangen aufkommen zu lassen.

Genaue Instruktion bei 1. Exposition-übung

Der Vorgang des Öffnens der Flasche, des Einschenkens und des Ansetzens des Glases wird möglichst lange herausgezögert. Der Patient wird angeleitet, alles möglichst intensiv und bewusst zu machen. Je ausführlicher man die erste Übung gestaltet, umso besser wissen die Patienten später, was sie in weiteren Expositionübungen in Abwesenheit des Therapeuten sollen.

Aufmerksamkeit des Patienten auf Alkohol-Trigger lenken

Beispiel für die Anleitung der ersten Exposition

- a) Beschreiben der Flasche: die Form die Farbe, das Etikett, etc.
- b) Öffnen der Flasche:
 - „Wann haben Sie das Geräusch zuletzt gehört?“.
 - „Wie hört es sich an?“
 - „Was für Gefühle sind damit verknüpft?“
 - „Wie riecht es?“
 - „Prüfen Sie, wie weit es noch riecht“ (Distanz zur Nase variieren).
 - „Gibt es körperliche Empfindungen?“
 - „Woran denken Sie dabei?“
 - „Was fällt Ihnen ein, wo Sie gerne getrunken haben?“
 - „Ist etwas an dem Gedanken reizvoll, vielleicht auch nur am Geruch?“
 - „Woran merken Sie, dass es reizvoll ist?“
 - „Können Sie dieses Gefühl noch irgendwie verstärken?“
- c) Einschenken lassen:
 - „Beschreiben Sie, was Sie sehen“
 - Lauschen Sie am Schaum, was ist das für ein Geräusch. Ist das neu oder vertraut?“
 - „Versuchen Sie weiter das Gefühl zu intensivieren“
 - „Schauen Sie weiter das Glas an“
- d) Ganz nahe an das Glas gehen, die Lippen ansetzen lassen, Distanz beim Riechen variieren lassen:
 - „Wo ist es am intensivsten?“
 - „Woran merken Sie das?“
 - „Können Sie das noch irgendwie steigern?“

Es geht darum, die Aufmerksamkeit des Patienten nach innen zu richten. Sobald im Verlauf der Übung das Verlangen nach Alkohol sinkt bzw. die Abstinenzzuversicht des Patienten steigt, soll mit dem Patienten experimentiert werden, auf welche Weise er die Versuchung zu trinken nochmals steigern kann.

Gemeinsam
Übungen über-
legen, wie die
Versuchung
gesteigert
werden kann

- Während der Übung sollte der Patient eine Risikokurve zeichnen (vgl. „Expositions-Übung“ im Anhang, S. 123).
- „Mal sehen, ob sie Ihre Risikokurve in die graue Zone kriegen.“
 - „Je stärker Sie Verlangen haben und nicht trinken, umso mehr haben Sie erreicht.“
- e) Den Patienten *eigene Versuche* beginnen lassen, um das Verlangen nach Alkohol zu steigern:
 - „Mal schauen, wie es ist wenn ...“
 - „Ich bin mal gespannt, auf was Sie alles so kommen.“

Beispiele für den Einsatz zusätzlicher Trigger sind:

Kaugummi	Rauchen
Salz, Salzstangen	Langeweile
Erinnerungen	Alkohol-Werbung

Patient allein mit Alkohol lassen

Sobald der Patient mit der Durchführung der Expositionübungen vertraut ist und insbesondere verstanden hat, auf welche Weise er den Schwierigkeitsgrad immer wieder versuchsweise erhöhen kann, sollte der Therapeut den Raum verlassen, um eine realistischere Versuchungssituation zu ermöglichen. Der Patient wird gebeten, weiterhin eine genaue Kurve über das erlebte Trinkrisiko/Verlangen zu zeichnen.

Die Tendenz der Patienten ist häufig, sich bei den Expositionübungen nicht intensiv und nah genug mit den Alkoholtriggern zu konfrontieren. Der Therapeut sollte daher immer wieder fragen: „Wie wird das Risiko/Verlangen schlimmer, stärker, intensiver?“. Sobald die Versuchung Alkohol zu trinken trotz aller gegenteiligen Bemühungen durch Patient und Therapeut dauerhaft sinkt, ist die Übung beendet.

4.8.3 Auswertung der Expositionsbüng

Die gründliche Auswertung jeder Expositionsbüng gemeinsam mit dem Therapeuten erfolgt anhand der während der Übung protokollierten Verlangens-/Risikokurve des Patienten. Der Therapeut bittet den Patienten hierbei um seine Interpretation und Attribuierung jeder Veränderung der Verlaufskurve:

Ausführliche Auswertung der Expositionserfahrung

- „Wie erklären Sie sich das Ansteigen bzw. Absinken der Kurve?“
- „Was haben Sie hier versucht, um das Risiko zu verändern?“
- „Was bedeutet dieser Risikoverlauf für künftige Risikosituationen?“
- „Wie sicher sind Sie nunmehr bezüglich künftiger Abstinenz?“
- „Welche Zufälle, glücklichen Umstände sind Ihnen zu Hilfe gekommen?“
- „Was wäre wohl passiert, wenn ...?“

All diese Fragen sollen dazu dienen, den Effekt und v. a. die Generalisierung der Expositionserfahrung dadurch zu erhöhen, dass der Patient bewusste, kognitive Schlussfolgerungen zieht. Hierbei sollte der Patient explizit aufgefordert werden, sich vorzustellen, was das für andere Risikosituationen bedeutet, die nicht alle in Expositionsbüng erprobt werden können. Von besonderer Wichtigkeit sind insbesondere die Auswirkungen der Expositionsbüng auf seine Abstinentzmotivation und seine Abstinenzzuversicht. Auch hierzu sollte der Therapeut explizit Fragen stellen:

Auswirkung der Expositionserfahrung auf Abstinentzmotivation und Abstinenzzuversicht erfragen

- „Hat Sie das nun bestärkt oder eher verunsichert in Ihrer Entscheidung künftig keinen Alkohol zu trinken“
- „Fühlen Sie sich jetzt sicherer oder eher unsicherer hinsichtlich Ihrer Abstinenz“
- „War es eine angenehme oder unangenehme Erfahrung“

- „Hat es Sie eher stolz gemacht oder hatte die Expositionserfahrung einen übeln Beigeschmack“
- „Passt das zu Ihrem Selbstbild oder kamen Sie sich ganz komisch vor“

Beispielsweise ist der Tendenz mancher Betroffener entgegenzuwirken, eine einmal erfolgreich bewältigte Übungssituation gewissermaßen als einen ein für alle mal bestandenen Härtestest misszuverstehen und damit die Möglichkeit künftiger Rückfälle in fahrlässiger Selbstüberschätzung völlig auszuschließen. Der Patient muss vom Therapeuten explizit aufgefordert werden auch negative oder ambivalente Aspekte der Expositionserfahrungen auszusprechen.

4.8.5 Weitere Expositionsübungen *in vivo* ohne Therapeuten

Expositionsübungen im natürlichen Umfeld des Patienten

Eine Vielzahl von Studien zur cue reactivity und Sensitivierung des Belohnungssystems deuten auf eine hohe Situationsspezifität dieser Suchtmechanismen hin. Dies spricht dagegen, Expositionsübungen mit Alkoholabhängigen lediglich in Form einer standardisierten Konfrontation mit Alkohol innerhalb der künstlichen Umgebung einer Therapieeinrichtung durchzuführen, sondern legt vielmehr die Durchführung von Expositionsübungen *in vivo*, d. h. im natürlichen Lebensumfeld der Patienten nahe. Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, dass eine reale Möglichkeit für den Patienten besteht, tatsächlich Alkohol zu trinken. Eine ausführliche Beschreibung einer Expositionsübung findet sich bei Lindenmeyer (2005a). Prinzipiell lassen sich 3 Formen von Expositionsübungen *in vivo* zur Rückfallprävention unterscheiden:

Alkoholexposition mit Stimmungsinduktion

Alkoholexposition mit Stimmungsinduktion. Der Patient versetzt sich gezielt situativen Stimuli aus, die eine rückfallkritische Stimmung erzeugen. Gleichzeitig ist Alkohol verfügbar.

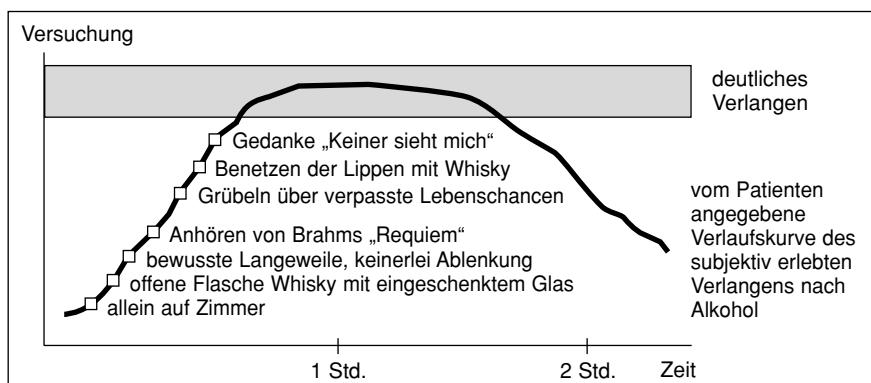


Abbildung 26:
Exposition mit Stimmungsinduktion

Beispiele für eine Stimmungsinduktion sind:

- *Langeweile*: Mehrstündiger Aufenthalt in leerem Zimmer,
- *Trauer*: Musik, Fotos, Briefe, Filmsequenzen, Friedhof,
- *Schuldgefühle*: Fotos, Briefe, Filmsequenzen, Friedhof,
- *Sorge, Ängste*: Zeitungsartikel, Briefe, Dunkelheit, Alleinsein,
- *Selbstzweifel*: Fotos, Zeugnisse, schriftliche Beurteilungen, Abschiedsbriebe.

Alkoholexposition mit Tonbandaufnahme von Konfliktgespräch. Der Patient wird gebeten, mit seinem Konfliktpartner ein Interview über ein strittiges Thema zu führen. Er muss hierbei die Einschätzung und Meinung seines Konfliktpartners (z. B. Lebenspartner, Familienangehöriger, Vorgesetzter) durch Ablesen von durch den Therapeuten vorformulierten Fragen erfragen, ohne selbst seine Meinung äußern zu dürfen. Das Gespräch wird auf Tonband aufgenommen. Der Patient wird anschließend gebeten, das Gespräch immer wieder vom Tonband abzuhören während er sich gleichzeitig mit Alkohol konfrontiert.

Alkohol-exposition bei sozialem Konflikt

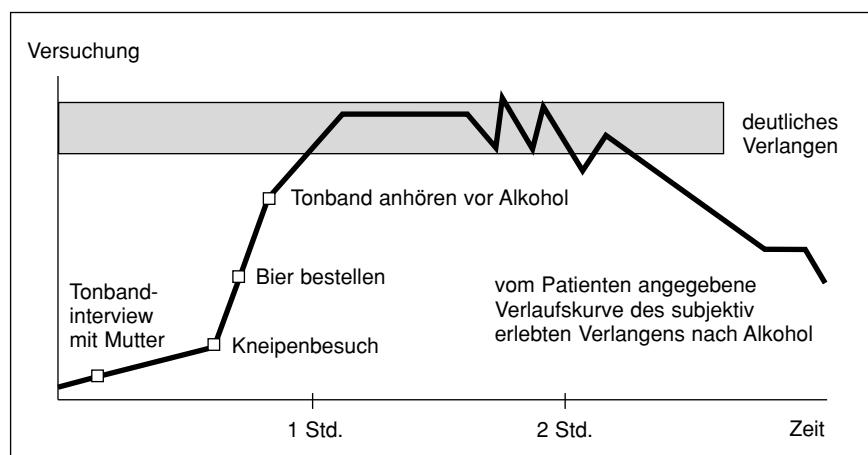


Abbildung 27:
Exposition nach sozialer Konfliktsituation

Alkohol-exposition in sozialer Verführungssituation

Alkoholexposition in sozialer Verführungssituation. Der Betroffene sucht Situationen auf, in denen andere Menschen Alkohol trinken bzw. in denen eine große Wahrscheinlichkeit besteht, dass er zum „Mittrinken“ aufgefordert wird. Beispiele für soziale Konfrontation zur Rückfallprävention sind Kneipenbesuch, Brauereibesichtigung, Weinprobe, Party, Besuch von früheren Trinkkumpanen, Messebesuch, Geburtstagsfeier, Silvesterfeier, gemeinsamer Restaurantbesuch, Stehempfang, Jubiläumsfeier, Familienfeier, Vereinstreffen, Volksfeste, Weihnachtsmarkt.

4.9 Notfallplan zur Überwindung von Rückfällen

Schadensbegrenzung bei Rückfällen

Da ein Rückfall selbst bei bester Prognose eines Patienten niemals mit Sicherheit auszuschließen ist, sollte jeder Patient auf die Möglichkeit eines Rückfalls vorbereitet werden. Ziel ist es hierbei, Rückfälle, wenn sie schon nicht verhindert werden konnten, im Sinne einer Schadenbegrenzung möglichst rasch beenden zu lernen.

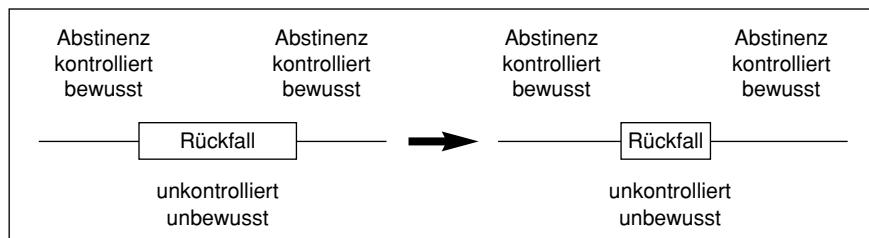


Abbildung 28:
Ziel von Maßnahmen zur Schadensbegrenzung bei Rückfällen

Angehörige bei Notfall-Planung einbeziehen

Auf Grund des drohenden Rückfallschocks kommt es hierbei darauf an, dass der Patient und – falls möglich – seine Angehörigen über einen einfachen und vor allem fest eingeprägten sog. „Notfallplan“ verfügen. Im Rahmen der Rückfallprävention sollten daher gemeinsam mit dem Patienten und den nächsten Bezugspersonen geeignete Schritte für diesen Fall vereinbart werden (siehe „Notfall-Plan-Vertrag“ im Anhang, S. 124). Diese können schließlich auf einer sog. „Notfall-Karte“ in der Größe einer Kreditkarte notiert werden, die die Beteiligten immer bei sich tragen.

Metapher: „obligatorischer Erste-Hilfe-Kurs bei Autofahrern“

Zur Erklärung des Vorgehens ist die Metapher vom obligatorischen Verbandskasten und Erste-Hilfe-Kurs für Autofahrer hilfreich. Dadurch kann einerseits verdeutlicht werden, dass die Aufstellung eines Notfallplans nicht deshalb vorgeschlagen wird, weil man dem Patienten keinen Therapieerfolg zutraut, sondern weil man ihn prinzipiell auf die Möglichkeit eines Rückfalls vorbereitet wissen will. Andererseits können durch diese Metapher Angehörige von Alkoholabhängigen beruhigt werden, dass es nicht darum geht, sich etwa ruhig ab und zu einen Rückfall zu „leisten“.

- *Wer ist der geeignete Ansprechpartner bei einem Rückfall?* Zunächst ist bei der Entwicklung eines Notfallplans zu entscheiden, wer als erstes über einen Rückfall informiert werden soll. Nicht immer sind hierfür der eigene Lebenspartner oder engste Bezugspersonen geeignet, weil sie unter Umständen den Rückfallschock des Betroffenen durch eigene Verzweiflung oder Vorwürfe ungewollt vergrößern. Mitglieder einer Selbsthilfegruppe oder Mitarbeiter in einer Beratungsstelle können häu-

Vorwürfe können Rückfallschock verschlimmern

Anstelle von Ursachenforschung die Aufmerksamkeit auf Überwindung des Rückfalls richten

fig etwas gelassener reagieren und damit manchmal wirksamer helfen, einen Rückfall zu überwinden.

- *Festlegung der geeigneten Reihenfolge von Maßnahmen.* Bei der Festlegung der Reihenfolge der einzelnen Bestandteile eines Notfallplans ist insbesondere darauf zu achten, dass sich die Beteiligten bei einem Rückfall ähnlich wie bei einem Verkehrsunfall zunächst jeglicher Ursachenforschung enthalten und stattdessen alle Aufmerksamkeit darauf richten, weiteren Schaden durch die Absicherung der Unfallstelle zu verhindern und überlebenswichtige Maßnahmen einzuleiten. Erst wenn keine weitere Gefahr mehr droht, d. h. der Rückfall gestoppt wurde, können die Beteiligten darangehen, das Zustandekommen eines Rückfalls zu klären.
- *Wiedergewinnung von Abstinenzzuversicht.* Schließlich geht es darum, wie das verlorengegangene (Selbst-)Vertrauen in die Änderungsfähigkeit des Betroffenen bzw. in die Wirksamkeit der Behandlung wieder gewonnen werden kann. Hierzu ist es notwendig, dass der Betroffene sich nach entsprechender Vorbereitung erneut Risikosituationen stellt.

4.10 Vorbereitung der ersten Zeit nach Therapieende

Das erste Jahr nach Beendigung einer Entwöhnungsbehandlung enthält erfahrungsgemäß das größte Risiko, wieder in das alte Trinkverhalten zurückzufallen, wobei hierbei wiederum die ersten drei Monate besonders kritisch sind. Entsprechend soll das erste Jahr nach Therapieende unter Zuhilfenahme eines Kalenders vorstrukturiert werden.

Die meisten Rückfälle innerhalb eines Jahres

„Nun neigt sich unsere gemeinsame Therapiezeit allmählich dem Ende zu und ich kann nicht mehr viel für Sie tun. Ich schlage Ihnen daher vor, dass Sie nun mehr konkrete Pläne für das erste Jahr nach der Behandlung machen, in dem erfahrungsgemäß das größte Rückfallrisiko besteht. Ich habe hier einen 1-Jahresplan, in den Sie alles notieren können.“

1-Jahresplan begründen

Gemeinsam wird ein mindestens dreimonatiger Zeitraum vereinbart, innerhalb dessen der Patient täglich seine Veränderungsbemühungen protokollieren wird. Er soll hierbei jeweils abends vor dem Schlafengehen ca. 5 Minuten folgende Eintragungen machen:

- Abstinente Tage mit X markieren,
- Tage mit Rückfall mit R markieren und Rückfalldetails notieren,
- Im Kalender vermerkte Therapieziele bei Erreichung erreicht mit ✓ markieren, nicht erreichte Therapieziele mit ● markieren.

Systematische Selbstbehandlung einleiten

Hierdurch soll der Therapieprozess über die Behandlung hinaus verlängert werden. Im Sinne des Selbstmanagement-Ansatzes soll der Patient sein

eigener Therapeut bei der systematischen Durchführung und Bewertung seiner Änderungsbemühungen werden. Der 1-Jahresplan sollte folgende Eintragungen umfassen:

- *Eintrag kritischer Risikosituationen.* Der Patient trägt für den Selbstbeobachtungszeitraum alle kritischen Risikosituationen ein, deren Auftreten er jetzt schon absehen kann (z. B. Feiern, Jubiläen). Hierdurch soll der Patient innerlich auf die Bewältigung dieser Situationen vorbereitet sein.
- *Therapieziele.* Der Patient trägt ein, bis wann er spätestens bestimmte Therapieziele bzw. -aufgaben erledigt haben will.
- *Therapeutenkontakt.* Der Patient vermerkt, zu welchen Zeitpunkten er in welcher Form Kontakt zu seinem Therapeuten aufnehmen wird.

„Aus meiner Sicht sollten wir nicht so einfach auseinander gehen, ohne je wieder voneinander zu hören. Mich würde interessieren, wie es Ihnen weiter ergangen ist und inwieweit Sie den Verzicht auf Alkohol in die Tat umsetzen könnten. Damit das für uns beide nicht zu aufwändig wird, möchte ich vorschlagen, dass Sie mir wenigstens eine kurze Nachricht in Form einer Postkarte nach 3 und nach 6 Monaten zukommen lassen. Sie können schon jetzt einige wichtige Vorhaben vermerken, am besten ... Dann brauchen Sie später nur anzukreuzen, wie es damit aussieht und die Postkarte einzuwerfen. Was halten Sie davon?“

Der 1-Jahresplan des Patienten wird am besten in seiner Wohnung an einer Stelle aufgehängt, die Erinnerungswert hat (z. B. Schreibtisch, Küche).

Nachsorge vereinbaren

Spätestens jetzt sollte auch entschieden werden, welche Form der Nachsorge der Patienten innerhalb des ersten Jahres nach der Behandlung in Anspruch nehmen möchte:

„So erfolgreich unsere gemeinsame Therapie auch war, aus meiner Sicht konnten wir nicht alles erledigen. Ich möchte Ihnen daher vorschlagen, folgende Form der so genannten Nachsorge in Anspruch zu nehmen ... Es sollte dabei aus meiner Sicht um ... gehen. Ich glaube, dass Sie auf Grund der positiven Erfahrungen hier sehr gute Chancen hätten, von einer solchen Nachsorge zu profitieren. Was halten Sie davon?“

Nahtlosigkeit anstreben

Die Chancen für eine möglichst nahtlose Nachsorge sind umso größer, je früher und konkreter sie bereits während der Entwöhnungsbehandlung eingeleitet wird. Anzustreben ist beispielsweise eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem Nachbehandler, die Vereinbarung und Wahrnehmung eines Vorstellungstermins des Patienten noch aus der Entwöhnungsbehandlung heraus sowie die Erreichung einer festen Kostenzusagen und eines Weiterbehandlungstermins.

5 Umgang mit rückfälligen Patienten während der Behandlung

Rückfälle sind nicht nur für die Betroffenen und ihre Angehörigen Krisensituationen, sondern auch für die mitbetroffenen Therapeuten und Mitarbeiter einer Therapieeinrichtung. Es stellt für alle Beteiligten eine Überforderung dar, wenn der therapeutische Umgang mit dem Rückfall erst im Moment der Krise entwickelt werden muss. Auch ein Therapeut sollte daher über ein klares und eingeübtes Procedere im Umgang mit Rückfällen verfügen.

Klares
Rückfall-
Procedere
erforderlich

Grundsätzlich wird jeder Therapeut bzw. jede Behandlungseinrichtung bestimmte Grenzen festlegen müssen, wann rückfällige Patienten weiterbehandelt werden können und wann eine Fortführung der Behandlung nicht mehr möglich ist. Hier sind in erster Linie medizinische, in zweiter Linie aber auch therapeutische Gesichtspunkte in Abhängigkeit des konkreten Behandlungssettings zu berücksichtigen. Beispielsweise ist eine Verlegung in eine psychiatrische Abteilung bei akuter Suizidalität oder schwerer Intoxikation des Patienten unausweichlich. Dagegen hat sich das früher in der Behandlung von Alkoholabhängigen bestehende Dogma der Notwendigkeit einer sofortigen disziplinarischen Entlassung von rückfälligen Patienten aus therapeutischen Gründen als empirisch nicht haltbar erwiesen.

Kriterien
für Weiter-
behandlung
bei Rückfall
festlegen

Insbesondere erscheint es problematisch, die vermutete Behandlungsmotivation des Patienten als Entscheidungskriterium dafür zu nehmen, ob eine Weiterbehandlung trotz des Rückfalls sinnvoll ist oder nicht:

- die Behandlungsmotivation des Patienten ist u. U. durch seinen Rückfallschock verringert,
- die von einem rückfälligen Patienten verbal geäußerte Behandlungsbereitschaft ist stark von seiner interaktiven Fähigkeit und sozialen Intelligenz abhängig,
- die im Moment eines Rückfalls geäußerte Behandlungsbereitschaft eines Patienten sagt wenig über seine Motivation und Fähigkeit in künftigen Risikosituationen aus.

Ebensowenig erscheint es sinnvoll, eine bestimmte Zahl von Rückfällen als Entscheidungskriterium festzulegen. Zum einen kann dadurch bei Patienten der Eindruck erweckt werden, eine bestimmte Anzahl von Rückfällen sei gewissermaßen „frei“. Zum anderen wird hierbei übersehen, dass ein Rückfall in der Behandlung eines Patienten jeweils eine vollkommen unterschiedliche Bedeutung haben kann.

Im Einzelnen wird folgender Ablauf im Umgang mit rückfälligen Patienten vorgeschlagen (siehe auch Karte „Umgang mit rückfälligen Patienten“ im Anhang des Buches).

5.1 Medizinische Abklärung/Versorgung

Der Rückfall eines Alkoholabhängigen ist prinzipiell ein potenziell gefährlicher Krisenzustand. Es ist daher dringend zu empfehlen, rückfällige Patienten als erstes einem Arzt vorzustellen. Der Arzt entscheidet über die Weiterbehandlungsmöglichkeit, das medizinisch indizierte Procedere und die gegebenenfalls notwendige Medikation.

5.2 Wieder nüchtern werden

Als nächstes ist zu klären, wie der Patient wieder nüchtern werden kann ohne Überbeanspruchung des therapeutischen Personals bzw. der Angehörigen und ohne unzumutbare Belästigung für Mitpatienten. Längere Gespräche und unsystematische Zuwendung insbesondere bei stark intoxikierten oder demoralisierten Patienten sind zu vermeiden. Sie sind nicht nur nutzlos, sondern geradezu schädlich, da sie eine ungewollte Verstärkung des Problemverhaltens durch vermehrte Zuwendung und Aufmerksamkeit darstellen. Erforderlich ist vielmehr eine klare Struktur, um den Patienten zu verantwortlichem Verhalten und damit einem Wiederaufbau seiner Abstinenz zu versicht zurückzuführen. Dem Patienten sollte klar gemacht werden, dass eine Weiterbehandlung seine Kooperation (auch in angetrunkenem Zustand) voraussetzt. Geregelt werden muss im Einzelnen:

- wo sich der Patient aufhält, bis er wieder nüchtern ist,
- wer sich wie oft in dieser Zeit um den Patienten kümmert.

Eine Weiterbehandlung von rückfälligen Patienten erscheint nur sinnvoll, wenn in dieser Hinsicht Einigkeit mit dem Betroffenen erzielt werden kann und der Patient die Vereinbarungen auch erkennbar einzuhalten bemüht ist.

5.3 Therapie- und Abstinenzsicherung

Erst wenn die akute Krisensituation des Patienten überwunden ist (d. h. der Patient wieder nüchtern ist bzw. keine akute Suizidalität oder Dekompensationsgefahr mehr besteht), sollte dem Patienten Gelegenheit gegeben werden, über seinen Rückfall zu erzählen. Allerdings sollte der Patient hierbei von demoralisierender Ursachenforschung über die vermeintlichen Hintergründe seines Rückfalls abgehalten werden. Stattdessen ist seine Aufmerksamkeit (wieder) auf das Konzept der Risikosituation und auf die künftige Bewältigung von Risikosituationen zu lenken. Zentrale Fragen sind:

Längere
Gespräche und
unsystematische
Zuwendung
vermeiden

Weiterbehand-
lung von
Kooperation
abhängig
machen

Statt Ursachen-
forschung
Aufmerksamkeit
auf die künftige
Bewältigung
von Risiko-
situationen
lenken

- Wie ist mit Angehörigen oder Mitpatienten umzugehen, die den Rückfall miterleben mussten?
- Was sollte in der Therapie erfolgen, damit der Patient das nächste Mal die gleiche Risikosituation erfolgreich bewältigen kann?
- Wie kann die Abstinenzzuversicht und der Glaube an die Wirksamkeit der Therapie wiederhergestellt werden?
- In welcher Form sollen die Angehörigen informiert werden?

Häufig wird hierbei übersehen, dass bei einem Rückfall zumindest aus der Sicht des Patienten (gegebenenfalls auch seiner Mitpatienten oder Angehörigen) auch die Behandlungsbemühungen des Therapeuten gescheitert sind. Dies sollte durch den Therapeuten unbedingt direkt angesprochen werden:

„Der Rückfall hat gezeigt, dass meine bisherige Therapie nicht effektiv war. Angesichts dieser Situation möchte ich Sie fragen, wollen Sie wirklich mit mir weiterarbeiten?“

Zweifel an Therapie ansprechen

Die konkreten Therapiemaßnahmen zur künftigen Rückfallprävention hängen stark davon ab, in welcher Therapiephase ein Rückfall eingetreten ist.

- Bei Rückfällen zu Behandlungsbeginn sollte eher eine Vermeidung von Risikosituationen angestrebt werden. Es geht vorrangig darum, den Patienten vorübergehend in relativer Sicherheit zu halten, bis individuelle Strategien zur Rückfallprävention erarbeitet und eingeübt werden können.
- Falls der Patient in einer späteren Therapiephase rückfällig wurde, sollte er sich nach entsprechender Vorbereitung möglichst bald erneut mit Risikosituationen konfrontieren. Nur so kann er die notwendigen Erfahrungen im Umgang mit Risikosituationen machen und seine Abstinenzzuversicht wieder erhöhen.

Die Möglichkeit eines Rückfalls während der Behandlung sollte bereits zu Therapiebeginn mit dem Patienten besprochen und konkrete Vereinbarungen für diesen Fall getroffen werden. Auch im weiteren Therapieverlauf sollte das Thema Rückfall immer wieder durch den Therapeuten thematisiert werden. Der Patient sollte regelmäßig aufgefordert werden einzuschätzen, welche Situationen er mittlerweile aus seiner Sicht problemlos bewältigen kann, welche Situation weiterhin ein Risiko darstellen und was er im Falle eines Rückfall zu tun gedenkt. Dem Patienten kann hierdurch modellhaft demonstriert werden, dass man „furchtlos“ über die Möglichkeit eines Rückfalls sprechen kann, der Therapeut in gewisser Weise mit dieser Möglichkeit rechnet, dies also weder die therapeutische Beziehung noch die Behandlung insgesamt in Frage stellen würde. Gleichzeitig ist allerdings zu verdeutlichen, dass eine Weiterbehandlung bei einem Rückfall an bestimmte Bedingungen geknüpft ist.

Möglichkeit eines Rückfalls während der Behandlung regelmäßig ansprechen

6 Die Einbeziehung von Angehörigen

Eine der eindrucksvollsten Veränderungen in der Praxis der Suchtbehandlung im Verlauf der letzten 30 Jahre besteht darin, dass sich die therapeutischen Bemühungen zunehmend auch auf die Lebenspartner und Angehörigen eines Abhängigen erstrecken. Ein guter Überblick der hierbei entwickelten Behandlungsmethoden findet sich bei O'Farrell (1993). Diese lassen sich in drei Gruppen unterteilen:

- Paar- und familientherapeutische Ansätze, um Alkoholabhängige zu einer Behandlung zu motivieren,
- Paar- und familientherapeutische Ansätze zur unmittelbaren Behandlung von Alkoholabhängigen,
- Paar- und familientherapeutische Ansätze zur Rückfallprävention.

Innerhalb der von den Leistungsträgern üblicher Weise finanzierten Alkoholentwöhnungsbehandlung im deutschen Sprachraum sind einer Einbeziehung von Angehörigen allerdings relativ enge zeitliche Grenzen gesetzt, so dass schwerwiegende Partner- oder Familienprobleme der Patienten nicht „gelöst“ werden und keine tiefgreifenden Veränderungen in der Beziehungsstruktur eingeleitet werden können. Vor diesem Hintergrund sollte sich die Arbeit mit Angehörigen in der Behandlung von Alkoholabhängigen hier primär auf folgende Therapieziele begrenzen:

- (Wieder-)Aufbau positiven Erlebens und gegenseitigen Verstehens in der Partnerschaft, um dadurch die Abstinenzzuversicht aller Beteiligten zu erhöhen.
- Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktlösefertigkeiten eines Paares, um dadurch die Voraussetzung für eine gemeinsame Bewältigung von Rückfallrisiken zu verbessern.
- Erarbeiten eines konkreten Notfallplans im Umgang mit drohenden oder bereits eingetretenen Rückfällen.

Im Folgenden sollen fünf Therapie-Bausteine beschrieben werden, aus denen sich die Arbeit mit Angehörigen im konkreten Einzelfall zusammensetzen kann. Hierbei sind sowohl Paargespräche mit einzelnen Paaren möglich als auch die Zusammenfassung von mehreren Paaren in so genannten Partnerseminaren. Weitere Anregungen finden sich insbesondere bei Schneider (1982), Schindler et al. (1998) und Lindenmeyer (2003a).

6.1 Motivierung der Angehörigen

Die Motivierung der Angehörigen zur Mitarbeit in der Behandlung beginnt bereits im Erstkontakt. Insbesondere ist eine gelungene, verständnisvolle Verabschiedung der Angehörigen entscheidend für ihre weitere Kooperationsbereitschaft in der Therapie.

„Als erstes möchte ich mich für Ihr Herkommen bedanken. Sie haben mir dadurch sehr geholfen. Zum einen konnte ich wenigstens einen gewissen Eindruck davon bekommen, was Sie in der letzten Zeit mitmachen mussten. Zum anderen habe ich durch Sie wichtige Anhaltspunkte bekommen, was wir in der Therapie ihres Partners berücksichtigen müssen.“

Es sollten Telefonkontakte bzw. ein gemeinsamer Termin vereinbart werden, außerdem ist die telefonische Erreichbarkeit der Therapeuten durch Angehörige abzuklären. Schließlich kann den Angehörigen Informationsmaterial über Alkoholabhängigkeit und Selbsthilfegruppen für Angehörige mitgegeben werden.

Falls Angehörige kein Interesse an einer Mitarbeit haben, sollte der Therapeut hierfür Verständnis zeigen und gleichzeitig die Vorteile einer Einbeziehung benennen. Nach Möglichkeit sollte die endgültige Entscheidung der Angehörigen verschoben werden:

„Wissen Sie, ich glaube, ich kann Sie ganz gut verstehen. Jahrelang haben Sie sich erfolglos bemüht und viel mitmachen müssen. Jetzt bekommt Ihr Partner eine Behandlung in schöner Umgebung und nun sollen Sie auch noch zum Therapieerfolg beitragen. Da würde ich auch denken, ich will jetzt meine Ruhe, das soll er alles ganz allein hinkriegen. Und wenn Sie darauf bestehen, können wir das natürlich auch so handhaben, dass wir Sie ganz aus der Behandlung heraushalten. Andererseits machen wir oft die Erfahrung, dass in diesem Fall die Interessen und Bedürfnisse von Angehörigen in der Therapie nicht genügend berücksichtigt werden. Wenn der Betroffene dann nach der Behandlung nach Hause zurückkehrt, passt alles nicht mehr so recht. Vielleicht überlegen Sie sich das noch mal, Sie können mich jedenfalls immer unter der Nummer ... telefonisch erreichen.“

In ähnlicher Weise kann sich der Therapeut aktiv um den Kontakt zu Angehörigen bemühen, falls diese beim Erstkontakt nicht anwesend waren.

6.2 Vermittlung eines therapierelevanten Modells über Abhängigkeit und Partnerschaft

Angesichts der zeitlichen Begrenzung kommt es bei der Arbeit mit Angehörigen vor allem darauf an, den unter Umständen erheblichen Widerstand sowie typische Ängste oder Bedenken der Betroffenen zügig abzubauen und zu einer konstruktiven Mitarbeit zu gelangen:

**Widerstände
gegen die
Einbeziehung
von
Angehörigen**

- Der Abhängige befürchtet häufig, bei einer Einbeziehung der Angehörigen durch die Angaben oder Vorwürfe seiner Bezugspersonen zu Einzelheiten seiner Trinkvergangenheit bloßgestellt zu werden.
- Die Partner eines Alkoholabhängigen miss verstehen die Einladung zur Therapie häufig so, dass sie für die Entstehung der Abhängigkeit mitverantwortlich gemacht werden sollen.
- Beide gemeinsam haben oft Angst, dass durch die Therapie ihre Partnerschaft durcheinandergebracht werden könnte.

**Modell-
vermittlung:
Entlastung von
Schuldzuweisungen
aber Betonung
der Einfluss-
möglichkeiten**

Zu Beginn der Gespräche sollte daher gemeinsam mit den Betroffenen ein Modell bezüglich Abhängigkeit und Partnerschaft vermittelt werden, das einerseits alle Beteiligten von gegenseitigen Schuldzuweisungen entlastet, andererseits aber ihre gemeinsame Einflussmöglichkeiten auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz betont:

„Um Ihnen zu erläutern, wozu ich Sie heute als Paar bzw. Familie eingeladen habe, möchte ich, dass Sie sich einmal vorstellen, welche Veränderungen sich zwangsläufig innerhalb einer Familie ergeben, wenn ein Familienmitglied an einer Tuberkulose erkrankt.“

Zwangsläufige Veränderungen durch Krankheit	Gefühl des Kranken	Gefühl des Partners oder Angehörigen

**Zwangsläufigkeit der
familiären
Veränderungen
betonen**

Der Therapeut notiert an einer Wandtafel alle Veränderungen, die die Teilnehmer nennen, jeweils untereinander in einer Spalte. Zu jeder Veränderung sollen die Teilnehmer außerdem angeben, welches Gefühl dadurch beim „Kranken“ und welches Gefühl dadurch bei den „Gesunden“ in der Familie entstehen kann.

Der Therapeut betont hierbei immer wieder die Zwangsläufigkeit der krankheitsbedingten Veränderungen und die Verständlichkeit der dadurch ausgelösten, meist sehr unterschiedlichen Gefühle bei „Kranken“ und „Gesunden“. Er erläutert, wie diese Situation ohne Schuld oder Böswilligkeit der Betroffenen zu vermehrten Konflikten bzw. Entfremdung innerhalb der Familie führen kann.

In einem zweiten Schritt werden die Teilnehmer gebeten, sich nun die Veränderungen innerhalb der Familie vorzustellen, wenn der „Kranke“ nach langer Zeit wieder gesund wird, und jeweils die dann entstehenden Gefühle

bei ihm und den „Gesunden“ in der Familie anzugeben. Der Therapeut notiert wieder alle Teilnehmeräußerungen in drei Spalten. In der Diskussion betont der Therapeut vor allem, dass auch die lang ersehnte Beendigung einer Krankheit zwangsläufig mit erneuten Veränderungen innerhalb der Familie verbunden sein können, die ebenfalls zu erheblichen Konflikten führen können. Als Ziel der Einbeziehung der Bezugspersonen in die Entwöhnungsbehandlung leitet er daraus ab, den Beteiligten bei den zu Beginn der Abstinenz unvermeidbaren Veränderungen innerhalb ihrer Partnerschaft bzw. Familie helfen zu wollen:

„Sie haben sicherlich schon bemerkt, dass vieles, was wir jetzt am Beispiel einer organischen Krankheit zusammengetragen haben, ganz besonders auch auf die Situation einer Alkoholabhängigkeit zutrifft. Weil wissenschaftliche Untersuchungen ergeben haben, dass es für die Partner im Falle einer Alkoholabhängigkeit oftmals nicht leicht ist, gemeinsam mit diesen typischen Veränderungen fertig zu werden, andererseits aber eine erfolgreiche Bewältigung entscheidenden Einfluss auf die Abstinenz hat, möchten ich Ihnen helfen, über diese Dinge konstruktiv und offen zu reden.“

6.3 Steigerung positiven Erlebens in der Partnerschaft

Früher oder später wird die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit dazu führen, dass der Betroffene verstärkter Kritik von Seiten seines Lebenspartners ausgesetzt ist. Die mangelnde Einsicht des Betroffenen führt hierbei auf Dauer zu immer heftigeren Vorwürfen des Partners, worauf ersterer in der Regel seinerseits mit verstärkter Aggression und Kritik reagiert usw. Entsprechend sind für die Partnerschaften von Abhängigen folgende typischen Interaktionsmuster festgestellt worden:

- viele feindliche und aversive Reaktionen,
- wenig positive Interaktionen (inkl. Sex),
- viele Versuche, sich gegenseitig zu kontrollieren,
- viel Kritik/Zweifel wegen des Trinkens,
- wenig gemeinsame, positive Freizeitaktivitäten,
- ständiges „Aufwärmeln“ der Vergangenheit.

Die Folge eines solchen Zwangsprozesses zunehmender gegenseitiger Kritik ist aber vor allem, dass beide Partner ihre Beziehung immer negativer erleben und weniger Zutrauen in ihre Partnerschaft haben. Selbst mit Beginn der Abstinenz kann es schwer sein, aus diesem negativem Zwangsprozess herauszufinden, wie der folgende Dialog verdeutlichen soll:

Partner: „Ich freue mich, dass du so pünktlich bist und nicht wie früher total besoffen nach Hause kommst.“

Abhängiger: „Musst du immer mit der Vergangenheit kommen. Außerdem war ich nicht immer besoffen, das weißt du genau.“

Partner: „Na selbstverständlich, mindestens dreimal die Woche.“

Im Sinne der Rückfallprophylaxe ist es vor diesem Hintergrund von zentraler Bedeutung, das gegenseitige Zutrauen der Partner durch vermehrte, positive Interaktionen zu erhöhen. Im Einzelnen werden hierbei folgende Veränderungen angestrebt:

- mehr „bedingungslose“ gegenseitige positive Verstärkung,
- mehr positiv gefärbte Interaktionen,
- (Wieder-)Entdecken des positiven Potenzials der Partnerschaft.

Übungen zur Steigerung des positiven Erlebens und gegenseitigen Verstehens in der Partnerschaft

Komplimente machen: Die Partner werden während der Therapiesitzungen wiederholt gebeten, sich gegenseitig für Verhaltensweisen oder kleine Gesten etc. zu loben, die ihnen positiv aufgefallen sind oder sie gefreut haben.

Positive Gefühle äußern: Die Partner lernen in Rollenspielen, sich in entsprechenden Situationen gegenseitig positive Gefühle mitzuteilen und auf positive Gefühlsäußerungen des Anderen einzugehen.

Betthupferldose: Jeder Partner schreibt eine Reihe von kleinen Wünschen oder Vorlieben auf, die ihm der Andere erfüllen könnte. Jeder Partner wählt aus dieser in einer Dose befindlichen „Vorratsliste“ für jeden Tag eine kleine Freude aus, die er dem Anderen machen wird.

Den Partner beim Verwöhnen „erwischen“: Die Partner sollen sich beobachten und aufschreiben, welche Verhaltensweisen des Anderen ihnen guttun. Anschließend berichten beide über ihre Beobachtungen in Anwesenheit des Therapeuten.

Gemeinsame Aktivitäten planen: Die Partner vereinbaren für die Zeit zwischen den Therapiesitzungen gemeinsame positive Aktivitäten, die im Laufe der Abhängigkeitsentwicklung immer seltener geworden waren.

Verwöhntage: Jeder Partner wählt einen Tag oder Abend aus, an dem er den anderen verwöhnen und ihm besondere Zuneigung oder Aufmerksamkeit entgegenbringen will.

Belohnungstagebuch: Die Partner sollen in der Zeit zwischen den Therapiesitzungen für jeden Tag notieren, durch welche Verhaltensweisen des Anderen sie sich belohnt oder bestärkt gefühlt haben und mit welchem Verhaltensweisen sie selbst versucht haben, ihrem Partner Gutes zu tun. Sie berichten hierüber in der nächsten Sitzung.

Es ist erstaunlich, welchen starken Einfluss diese einfachen und vor allem wenig ängstigenden Übungen auf das Interaktionsverhalten selbst bei äußerst angespannten und konfliktreichen Paarkonstellationen haben können. Oftmals entsteht zwischen den Partnern ein Gefühl von Zuneigung und Verständnis, das sie im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung lange Zeit vermisst haben. Wichtige Nebeneffekte dieser Übungen sind:

- Abbau von Angst der Beteiligten vor der Behandlung,
- Abbau von Angst der Partner, offen miteinander zu reden,
- Indirekte und relativ stressfreie Einübung von günstigen Kommunikationsregeln.

Insofern empfiehlt es sich, diese Übungen v. a. an den Anfang der Arbeit mit Angehörigen zu stellen.

6.4 Verbesserung der partnerschaftlichen Kommunikations- und Konfliktlösefähigkeiten

Während einerseits eine Zunahme von ernsthaften Konflikten innerhalb der Partnerschaft eines Abhängigen unausweichlich ist, konnten andererseits in diesen Partnerschaften eine Reihe typischer Kommunikationsdefizite festgestellt werden:

- uneindeutiger Kommunikationsstil,
- indirekter Kommunikationsstil,
- wenig problemorientierte Gespräche,
- keine direkte Kommunikation auf Beziehungsebene,
- Übergeneralisieren,
- Perserverationen (z. B. ewiges „Aufwärm“ der Vergangenheit),
- häufige und abrupte Themenwechsel,
- „Gedanken lesen“ (Streit über Vermutungen und Unterstellungen),
- Verzerrungen.

Typische Kommunikationsdefizite von Alkoholabhängigen und ihren Partnern

Die Folge dieser Kommunikationsdefizite ist, dass selbst relativ harmlose Auseinandersetzungen bzw. Auffassungsunterschiede zu schwerwiegenden Konflikten werden können, wie sich anhand des folgenden Interaktionsausschnittes eines Paares zu Beginn der Abstinenz eines Alkoholabhängigen verdeutlichen lässt:

Häufige Konflikt-escalation

Partner: „Wann kommst du heute nach Hause?“

Abhängiger: „Spionierst du mir noch immer nach?“

Partner: „Noch einmal will ich das alles nicht miterleben.“

Die Partner sind hierbei nicht in der Lage, dem Anderen ihre Empfindungen und Überlegungen verständlich und direkt mitzuteilen. Im Kommunikationstraining werden den Partnern daher bestimmte Sprecher- und Zuhörerregeln vermittelt, die auf folgenden Annahmen beruhen:

- Die Form, in der der Sprecher etwas ausdrückt, bestimmt, ob der Zuhörer den Inhalt erfassen kann, den der Sprecher ihm vermitteln möchte. Beispielsweise erzeugen Vorwürfe mit großer Wahrscheinlichkeit Gegenvorwürfe oder Rechtfertigungen. Ein offenes Mitteilen eigener Empfindungen und Überlegungen erhöht dagegen die Wahrscheinlichkeit, dass der Zuhörer positiv darauf eingehen kann.

- Genauso wichtig ist die Reaktion des Zuhörers auf den Sprecher. Bei einem partnerschaftlichen Gespräch müssen sich direkte Äußerungen und positives Eingehen hierauf ergänzen, sonst stellen die Partner nur wechselseitig Aussagen in den Raum, ohne sich aufeinander zu beziehen.

4 Kommunikationsregeln

Entsprechend werden mit den Teilnehmern folgende *4 Kommunikationsregeln* erarbeitet und in Rollenspielen eingeübt:

- sich gegenseitig anschauen,
- eigene Gefühle und Wünsche direkt äußeren (anstelle von Vorwürfen, Anklagen oder einer Diskussion über „richtig“ und „falsch“),
- aufnehmendes Zuhören (dem Partner nonverbal zeigen, dass man zuhört, sich ihm zuwenden, ihn aussprechen lassen),
- Paraphrasieren (die Äußerungen des Partners zunächst in eigenen Worten wiederholen, um deutlich zu machen, dass man ihn verstanden hat).

Standard-situationen erleichtern die Veränderung der partnerschaftlichen Kommunikation

Diese Kommunikationsregeln werden mit den Teilnehmern in gestufter Form anhand von zunehmend schwereren Situationen geübt. Zunächst werden Standardübungssituationen durch den Therapeuten vorgegeben:

- *Bildbeschreibung*: Das Paar sitzt Rücken an Rücken, ein Partner (Sprecher) erhält ein Bild, das er dem Anderen (Zuhörer) beschreiben soll. Der Zuhörer formuliert in regelmäßigen Abständen, wie er sich das Bild vorstellt. Der Sprecher hat die Aufgabe, die Vorstellung des Zuhörers jeweils durch weitere Informationen zu ergänzen. Am Ende kann der Zuhörer seine Vorstellung mit dem tatsächlichen Bild vergleichen.
- *Zu spät kommen*: Der abstinenz lebende Alkoholabhängige kommt an einem Abend sehr viel später nach Hause als vereinbart. Der nichtabhängige Partner hat sich große Sorgen gemacht und einen Rückfall befürchtet. Es ist allerdings zu keinem Rückfall gekommen. Der nichtabhängige Partner versucht, seine Gefühle direkt auszudrücken.
- *Rückfallverdacht*: Der nichtabhängige Partner verdächtigt zu Unrecht den abhängigen Partner eines Rückfalls. Der abhängige Partner versucht, seine Gefühle direkt auszudrücken.
- *Unwohlsein*: Das Paar ist bei Freunden zu einem Fest eingeladen. Alle Anwesenden trinken viel Alkohol und amüsieren sich gut. Der abhängige Partner fühlt sich nicht wohl in dieser Gesellschaft und will daher nach Hause gehen. Der nichtabhängige Partner würde gern noch etwas bleiben. Der abhängige Partner versucht, seine Gefühle direkt auszudrücken.
- *Erziehungsfragen*: Der abhängige Partner merkt bei seiner Rückkehr aus der Therapie, dass der nichtabhängige Partner den Kindern etwas erlaubt hat, was er früher immer verboten hatte. Der abhängige Partner versucht, seine Gefühle direkt auszudrücken.
- *Freundeskreis*: Der abhängige Partner will seine alten Freunde treffen. Der nichtabhängige Partner ist dagegen, weil er einen Rückfall befürchtet. Der nichtabhängige Partner versucht, seine Gefühle direkt auszudrücken.
- *Wünsche aushandeln*: Die Partner planen ein gemeinsames Wochenende. Sie üben hierbei den wiederholten Wechsel von Sprecher- und Zuhörerrolle.

Erst wenn die Partner die Kommunikationsregeln besser beherrschen, werden sie vom Therapeuten ermutigt, konkrete Probleme in ihrer Partnerschaft anzusprechen und an einer Lösung zu arbeiten.

Der Therapeut ist bei allen Übungen sehr aktiv und greift ein, wenn die Partner die Kommunikationsregeln verletzten. Wichtig ist die klare Instruktion der Beteiligten über Ziele und Aufgaben jedes Einzelnen im Rollenspiel. Während der Rollenspiele versucht der Therapeut leitend oder verstärkend einzutreten, indem er z. B.:

- Alternativen souffliert, wenn der Sprecher sich nicht klar ausdrückt,
- Fortschritte spontan lobt,
- Die Körperhaltung oder den Blickkontakt der Beteiligten möglichst ohne Unterbrechung des Gesprächs korrigiert,
- Kurze Instruktionen gibt.

Gelegentlich müssen Rollenspiele auch unterbrochen werden, um therapeutische Rückmeldung zu geben oder um modellhaft dem Paar Alternativen aufzuzeigen.

Zwischen den Therapiesitzungen sollten den Beteiligten Aufgaben erteilt werden, um ihre Kommunikationsfähigkeiten im Alltag zu erproben.

6.5 Rückfallprophylaxe unter Einbeziehung der Angehörigen

Studien konnten zeigen, dass die durch die Einbeziehung von Angehörigen erzielten signifikant höheren Abstinenzquoten sich nach 2 Jahren zu verlieren drohen. Eine gezielte Rückfallprophylaxe unter Einbeziehung der Lebenspartner sollte daher folgende Ziele anstreben:

- *Enttabuisierung des Rückfalls:* Häufig versuchen Alkoholabhängige und ihre Lebenspartner die Möglichkeit eines Rückfalls vollkommen zu verdrängen: Der Abhängige vermeidet ein Gespräch darüber oftmals aus Angst, das Misstrauen seiner Bezugspersonen zu wecken. Letztere befürchten oftmals ihrerseits, den Betroffenen durch ein solches Gespräch auf die Idee eines Rückfalls zu bringen. Die Voraussetzung jeder partnerschaftlichen Rückfallprophylaxe ist daher, offen über dieses Thema zu sprechen.
- *Frühzeitiges Erkennen von Risikosituationen:* Nur wenn die Lebenspartner eines Alkoholabhängigen seine individuell relevanten Rückfallrisikosituationen rechtzeitig erkennen, können sie ihn bei einer abstinenter Bewältigung gezielt unterstützen.
- *Gemeinsame Bewältigung von Risikosituationen:* Um einen synergetischen Effekt zu erzielen, ist es erforderlich, dass ein Alkoholabhängiger und seine Lebenspartner ihre Bewältigungsversuche in einer Risikosituation koordinieren.
- *Gemeinsame Bewältigung von Rückfällen:* Rückfälle werden oft durch die verständliche Enttäuschung und entsprechende Vorwürfe der Lebenspartner

ner ungewollt verschlimmert. Es bedarf daher eines realistischen, gemeinsam vereinbarten Procedere, um die potenziellen Ressourcen eines stabilen sozialen Stützsystems im Falle eines Rückfalls auch tatsächlich nutzen zu können.

Unter Einbeziehung der Lebenspartner können hierzu folgende Übungen durchgeführt werden:

- *Gemeinsames Bauen eines Rückfalls:* Diese Übung (Petry, 1995) bietet eine spielerische, angstfreie Möglichkeit, das Thema Rückfall einzuführen und den Teilnehmern ein therapierelevantes Rückfallmodell zu vermitteln. Die Teilnehmer werden gebeten, auf möglichst vielen Kärtchen alles aufzuschreiben, was man für die Entstehung eines Rückfalls benötigt. Alle diese Kärtchen sollen dann von den Teilnehmern gemeinsam in eine sinnvolle Reihenfolge gebracht werden, wie sie sich das Zustandekommen eines Rückfalls vorstellen bzw. erklären. Bei der Diskussion versucht der Therapeut, mit den Teilnehmern geeignete Möglichkeiten für die Vermeidung von Rückfällen abzuleiten.
- *Gemeinsame Analyse eines Rückfalls:* Der Alkoholabhängige und seine Angehörigen versuchen in dieser Übung, ihr gemeinsam erarbeitetes Rückfallmodell auf einen tatsächlich erlebten Rückfall in der Vergangenheit anzuwenden. Sie diskutieren hierbei insbesondere, welche Eingriffs- und Bewältigungsmöglichkeiten geeignet gewesen wären.
- *Gemeinsame Stimuluskontrolle:* Die Teilnehmer diskutieren, welche Auslösebedingungen für einen Rückfall künftig gemieden werden sollen. Zum Beispiel sollte entschieden werden, ob und falls ja in welcher Form künftig Alkohol im Haus sein soll, ob der Kontakt zu bestimmten Trinkkumpanen aufrechterhalten werden soll, wie bei Familienfeiern oder Kochrezepten mit Alkohol verfahren werden soll, wie die Lebenspartner in Gegenwart des Betroffenen mit Alkohol umgehen werden.
- *Partnerschaftlicher Umgang mit Rückfallverdacht* (vgl. Kapitel 6.4)
- *Erarbeitung eines gemeinsamen Notfallplans* (vgl. Kapitel 4.9)

7 Varianten der Behandlungsmethoden und Kombinationen

7.1 Medikamentöse Behandlung

Vor dem Hintergrund neurobiologischer Suchtmodelle wurden eine Reihe von so genannten „Anti-Craving“-Medikamenten entwickelt mit dem Ziel, die Abstinenzraten v. a. im ambulanten Setting durch eine medikamentöse Ver-

**Behandlung
über 1 Jahr
anstreben**

**Indikations-
kriterien für
„Anti-Craving“-
Medikation**

ringung des Verlangens nach Alkohol zu erhöhen. Acamprosat (Campral®) ist das bisher einzige in der Bundesrepublik zugelassene „Anti-Craving“-Medikament. Es entwickelt eine erregungshemmende Wirkung im ZNS durch eine Hemmung der exzitatorischen Wirkung von Glutamat und durch eine Verstärkung der hemmenden Wirkung von GABA und Taurin. Die besten Therapieerfolge zeigte eine Dosierung von 3-mal 2 Tabletten (1.998 mg) am Tag. Bislang besteht noch keine Einigkeit darüber, wie lange eine Therapie mit Acamprosat erfolgen sollte. Auf Grund der besonders hohen Rückfallwahrscheinlichkeit innerhalb des ersten Jahres der Abstinenz sollte eine Behandlung von 6 bis 12 Monaten angestrebt werden. Dagegen ist eine kurzfristige Gabe von Acamprosat in Krisensituationen nicht sinnvoll, da ein wirksamer Spiegel erst nach 7 Tagen erreicht wird. Nach Wetterling et al. (1996) ist eine Behandlung mit Acamprosat nur dann erfolgversprechend, wenn:

- die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit gesichert ist,
- kein Missbrauch oder Abhängigkeit von anderen Suchtstoffen besteht,
- keine psychiatrische Begleiterkrankung vorliegt,
- der Patient eindeutige Abstinentzmotivation besitzt,
- eine erfolgreiche körperliche Entgiftungsbehandlung erfolgt ist oder der Patient abstinent ist,
- Alkoholverlangen wiederholt in Zusammenhang mit einem Rückfall aufgetreten ist,
- eine regelmäßige Einnahme des Medikaments gewährleistet ist,
- eine regelmäßige Wiedervorstellung zur Therapiekontrolle gewährleistet ist,
- eine regelmäßige Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder an weiteren therapeutischen Maßnahmen gewährleistet ist.

Eine weitere, v. a. in den USA in größerem Umfang erfolgreich untersuchte und eingesetzte Anticravingsubstanz ist der Opiatantagonist Naltrexon (Nemexin®). In Deutschland bislang noch nicht zugelassen, kann es hier zu Lande lediglich im begründeten Einzelfall (sog. „off label“) eingesetzt werden. Indem durch Naltrexon die positive Wirkung von Alkohol auf das Belohnungssystem blockiert wird, hofft man der Sensitivierung der Transmittersysteme auf alkoholspezifische Trigger entgegenwirken zu können.

Ein großes Problem stellt bei den meisten Behandlungsversuchen mit Anticravingsubstanzen die hohe Abbruchrate im ambulanten Setting dar. Dagegen macht der Einsatz von Anticravingsubstanzen im stationären Setting nur in Ausnahmefällen Sinn. Hier kann der Rückfallgefahr eher durch Vermeidung von Rückfallrisikosituationen vorgebeugt werden.

7.2 Gruppentherapie

Insbesondere die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen erfolgt fast immer innerhalb von Gruppen mit 10 bis 12 Patienten. Heutzutage handelt es sich hierbei in der Regel um so genannte „halboffene“ Gruppen, bei de-

**„Halb-offene“
Gruppen**

nen ausscheidende Patienten durch neue Patienten ersetzt werden. Der Vorteil von halboffenen Gruppen gegenüber sog. „geschlossenen“ Gruppen besteht in der Möglichkeit individuell unterschiedlich langer Therapiedauern in Abhängigkeit von der Problematik eines Patienten sowie in einer erheblich besseren Auslastung der Behandlungsplätze. Auf Grund der ständigen Fluktuation der Patienten innerhalb halboffener Gruppen ist es allerdings nur bedingt möglich, die in den veröffentlichten Gruppentherapiemanualen dargestellte Abfolge von auf einander aufbauenden Themen über einen längeren Zeitraum einzuhalten. Es empfiehlt sich stattdessen, jeweils für jeden einzelnen Patienten einen inhaltlichen Verlauf innerhalb der Gruppentherapie zu konzipieren, der dann intervallmäßig über mehrere Gruppenstunden fortgeführt werden kann. In den einzelnen Gruppentherapiesitzungen stehen dadurch jeweils mehrere Patienten nacheinander für eine begrenzte Zeit im Mittelpunkt.

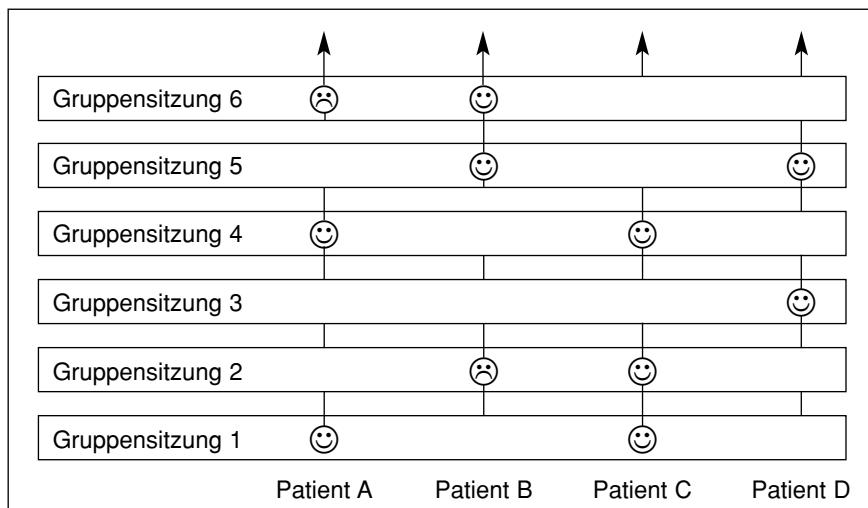


Abbildung 29:
Die Ablaufstruktur bei halboffenen Therapiegruppen

Anders als bei einer Einzeltherapie ist die Teilnahme an einer Gruppentherapie für den Patienten niemals selbstverständlich. Entscheidend ist daher, dass der Patient sich zu jedem Zeitpunkt zumindest im Großen darüber im Klaren ist, wozu er an der Therapiegruppe teilnimmt. Entsprechend sollte der Patient vom Therapeuten immer wieder mit bestimmten Aufgaben innerhalb der Gruppentherapiesitzungen betraut werden, auf die er sich vorbereiten kann und die ein für ihn transparentes Ziel verfolgen. Beispiele hierfür sind:

„Der Vorteil der Gruppentherapie ist, dass ich Sie viel häufiger sehen und die Behandlung wesentlich intensiver gestalten kann, als wenn ich mit jedem von

Ihnen weiter lediglich Einzeltermine machen würde. Es kann für Sie außerdem eine wichtige Entlastung darstellen, im Rahmen der Gruppentherapie zu erfahren, dass Sie nicht der Einzige mit einem Alkoholproblem sind. Möglicherweise können Sie sich gegenseitig eine wichtige Hilfe sein.“

„In den ersten Gruppensitzungen möchte ich Sie bitten aufmerksam zuzuhören, was die anderen Mitglieder zu ihrer jeweiligen Situation sagen. Bitte prüfen Sie, was auf Sie auch zutrifft und was bei Ihnen ganz anders ist. Ich werde Sie dann zu einem späteren Zeitpunkt bitten, dazu Stellung zu nehmen.“

„Sie haben hart gearbeitet und nunmehr eine konkrete Vorstellung, in welchen Situationen es ihnen leicht fallen wird auf Alkohol zu verzichten und in welchen Situationen Sie sich dagegen schwer tun werden. Ich möchte, dass Sie das Ergebnis Ihrer Überlegungen in der nächsten Gruppensitzung zur Diskussion stellen. Denn viele Augen sehen mehr als zwei Augen. Ich bin gespannt, auf welche Resonanz Sie stoßen werden.“

„Ich fürchte wir beide kommen an diesem Punkt nicht weiter. Sie haben Ihre Meinung, ich meine. Stellen Sie doch unseren Konflikt in der nächsten Gruppensitzung dar. Vielleicht findet sich da eine Lösung. Zumindest wäre es doch interessant zu erfahren, was die anderen denken.“

„Ich hätte eine ganz große Bitte. Das, was Sie da erarbeitet haben, hat mich sehr beeindruckt. Mir würde viel daran liegen, wenn andere Patienten in diesem Punkt von Ihnen profitieren könnten. Ich möchte Sie daher bitten, dies in der nächsten Therapiesitzung vorzustellen. Für Sie selbst hätte es den guten Nebeneffekt, dass man Dinge erfahrungsgemäß dann am besten lernt und verinnerlicht, wenn man versucht, sie anderen Menschen verständlich zu machen.“

Mögliche Abfolge einzelner Therapieinhalte eines Patienten im Verlauf einer mehrmonatigen Gruppentherapie

Vorstellung. Der neue Patient stellt sich den Mitgliedern seiner Bezugsgruppe vor. Er erläutert, wozu er sich in Therapie begeben hat. Die Mitpatienten stellen sich ebenfalls kurz vor und kommentieren die Vorstellung des neuen Patienten.

Darstellung der Suchtkarriere. Der Patient erläutert anhand einer für alle sichtbar aufgemalten so genannten „Lebenslinie“ (vgl. Kapitel 4.2.3) seine Suchtkarriere. Er beschreibt v. a. so genannte „Wendepunkte“, an denen sein Alkoholkonsums zugenommen bzw. abgenommen hat. Er stellt sich hierbei den kritischen Nachfragen seiner Mitpatienten.

Abwehrmechanismen. Der Patient listet zunächst alle negativen Auswirkungen seines Alkoholkonsums auf und erläutert dann, auf welche Weise er früher gegenüber sich und anderen versucht hat, diese zu verheimlichen bzw. zu verharmlosen. Die Mitpatienten vergleichen dies mit ihren eigenen Abwehrmechanismen.

Rückfallrisikosituationen. Der Patient erläutert, welche Situationen für ihn ein besondere Rückfallrisiko enthalten. Gemeinsam mit den Mitpatienten werden die wichtigen Bestandteile (sog. „Trigger“) der Rückfallrisikosituationen des Patienten herausgearbeitet.

Abhängigkeitsverständnis. Der Patient stellt in der Gruppentherapie zur Diskussion, woran er erkennt, dass er alkoholabhängig ist. Patienten, die sich nicht für alkoholabhängig halten, können dies zur Diskussion stellen.

Vorstellung der persönlichen Therapieziele und des Therapieplans. Der Patient stellt seine persönlichen Therapieziele und seinen Therapieplan zur Diskussion.

Notfallplan im Falle eines Rückfalls. Der Patient berichtet über seinen Notfallplan (vgl. Kapitel 4.9) im Falle eines Rückfall und bittet seine Mitpatienten um Rückmeldung.

Ablehnungstraining. Der Patient übt im Rollenspiel das selbstsichere Ablehnen von Alkoholangeboten in sozialen Verführungssituationen (vgl. Kapitel 4.6). Er stellt hierbei zur Diskussion, in welchen Situationen er sich zu seiner Abhängigkeit bekennen will und in welchen nicht.

Planung und Auswertung von Expositionenübungen. Der Patient berichtet über geplante Expositionenübungen (vgl. Kapitel 4.8) zur Rückfallprophylaxe bzw. berichtet über hierbei gemachte Erfahrungen.

Argumente für Abstinenz vertreten. Der Patient stellt zwei wichtige Gründe für seine künftige Alkoholabstinenz in der Therapiegruppe zur Diskussion. Die Mitpatienten versuchen die vorgetragenen Argumente gezielt zu attackieren und zu widerlegen.

Therapiezwischenbilanz. Der Patient stellt seine bisherigen Therapieverlauf innerhalb seiner Therapiegruppe zur Diskussion und bittet um Rückmeldung.

Problemlösetraining. Der Patient bittet die Gruppe um Mithilfe bei der Bewältigung konkreter Schwierigkeiten nach dem Problemlöseprozess: Genauere Analyse des Problems, Zieldefinition, Brainstorming bezüglich möglichst vieler Lösungsmöglichkeiten, Bewerten jedes einzelnen Lösungsvorschlages, Auswahl einer Lösungsmöglichkeit.

Das erste Jahr nach Entlassung. Der Patient stellt einen möglichst konkreten Plan für das erste Jahr nach Beendigung der Therapie zur Diskussion. Dieser Plan sollte u. a. kritische Rückfallsituationen, Termine für bestimmte Aufgaben und Vorsätze und konkrete Nachsorgebemühungen (z. B. Selbsthilfegruppenbesuch, ambulante Weiterbehandlung) beinhalten.

Heißer Stuhl. Der Patient erbittet von seinen Mitpatienten eine eindeutige und begründete Stellungnahme, ob sie glauben, dass er auf Dauer abstinenz leben oder eher wieder rückfällig werden wird.

Abschlussbilanz und Verabschiedung. Der Patient stellt in der Gruppentherapie seine Bilanz der Behandlung zur Diskussion und verabschiedet sich von seinen Mitpatienten.

Ziele der Gruppen-therapie für einzelne Patienten

Der Schwerpunkt kann bei diesen Therapieaufgaben in der Gruppe für den betroffenen Patienten darauf liegen:

- von den Mitpatienten Rückmeldung zu erhalten,
- seine Überlegungen erstmals anderen Menschen anzuvertrauen,
- seine Selbstsicherheit und Selbstbehauptung zu erproben bzw. zu steigern,
- durch die Veröffentlichung eine erhöhte Selbstverpflichtung einzugehen,
- unmittelbare Unterstützung und Hilfe durch Mitpatienten zu erfahren.

Aufgaben des Gruppen-therapeuten

Die Aufgabe des Therapeuten besteht v. a. darin:

- neuen Patienten die Integration in die Therapiegruppe zu ermöglichen,
- für gute instrumentelle Gruppenbedingungen zu sorgen,
- der Gruppentherapie für jeden einzelnen Patienten inhaltlich einen roten Faden zu geben.

Behandlung von Alkohol-abhängigen erfolgreich

8 Effektivität und Prognose

Zahlreiche Studien belegen die Effektivität der Behandlung von Alkohol-abhängigen. Eine besonders aufwendige Metaanalyse von Berglund et al. (2003) von 16 randomisierten Studien stellt eine Effektgröße von .37 fest. Allerdings sind die Untersuchungen zu Therapieergebnissen aus anderen Ländern auf Grund der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen nur bedingt auf die Situation in Deutschland übertragbar. In Deutschland liegen die meisten Ergebnisse zur stationären Behandlung vor: Beispielsweise ermittelten Zobel et al. (2005) je nach Berechnungsart für eine Katamneszeitraum von einem Jahr eine Erfolgsquote von 46,4 % bis 74,9 % (N = 7.875). Einschränkend ist zu bemerken, dass es sich hierbei um hochkomplexe Langzeittherapien mit einer Vielzahl von eklektisch-pragmatisch zusammengesetzten Komponenten aus unterschiedlichen Therapierichtungen handelt, so dass keine Aussagen über die Wirksamkeit einzelner konkreter Therapiemaßnahmen möglich sind. Allerdings konnte ein positiver Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Dauer der stationären Behand-

Keine Aussagen über Wirksamkeit einzelner Behandlungskomponenten möglich

lung nachgewiesen werden, der in anderen Ländern offenbar nicht besteht (Sonntag & Künzel, 2000).

**Erhöhtes
Abbruchrisiko
bei ambulanter
Behandlung**

Die bislang noch sehr viel kleinere Stichproben umfassenden Studien über die ambulante Behandlung von Alkoholabhängigen in Deutschland zeigen eine ähnlich hohe Effektivität, wenn man die regulär entlassenen Patienten vergleicht. Allerdings weisen ambulante Behandlungen eine sehr viel höhere Abbruchquote als stationäre Behandlungen auf. Außerdem ist das vergleichsweise günstigere Patientengut in ambulanter Behandlung zu berücksichtigen.

**Evidenz-
basierte
Behandlungs-
ansätze**

Entsprechend der Forderung nach evidenzbasierter Behandlung wurden in den letzten Jahren verschiedene Metaanalysen zur Effektivität einzelner Behandlungsformen veröffentlicht. Am häufigsten untersucht sind hierbei weltweit die Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und des Motivational Interviewing. Entsprechend zeigten in einer Metaanalyse von insgesamt 361 kontrollierten Studien auch Kurzintervention, Motivational Interviewing, soziales Kompetenztraining, Gemeindenahes Verstärkermodell (Community reinforcement), Verhaltensverträge, verhaltenstherapeutisch orientierte Paartherapie, Case Management, Selbstbeobachtung und kognitive Verhaltenstherapie die höchste Evidenzbasierung (Miller & Wilbourne, 2002). Die geringste Evidenzbasierung bestand dagegen für allgemeine Aufklärung, konfrontative und einsichtorientierte Verfahren. Zu einer ähnlichen evidenzbasierten Überlegenheit verhaltenstherapeutischer Verfahren diesmal einschließlich der Expositionsbehandlung gelangen Berglund et al. (2003). Rist (2002) weist nach einem Überblick über weitere Metaanalysen aus dem angloamerikanischen Raum darauf hin, dass demgegenüber in der Praxis der Suchtbehandlung immer noch Verfahren dominieren, deren Wirksamkeit selten überprüft bzw. nicht nachgewiesen wurde.

**Keine
Matchingeffekte
nachweisbar**

Allerdings ergab die sehr aufwändige und methodologisch vorbildliche Studie in den USA (Project Match) entgegen der Erwartung ihrer Autoren, dass sich die Ergebnisse von 3 vollkommen verschiedenenartigen Therapieverfahren (Motivational interviewing, kognitive Verhaltenstherapie, AA-orientierte Behandlung) nicht wesentlich unterschieden. Es konnte auch kein interaktiver Effekt dergestalt festgestellt werden, dass eine der drei verglichenen Therapieformen für bestimmte Patienten geeigneter gewesen wäre (Project Match Research Group, 1997, 1997a).

**Effektivität von
„Anti-Craving“-
Substanzen
nachgewiesen**

Eine aufwändige Metaanalyse von 33 Studien zur Effektivität von Anti-cravingsubstanzen erbrachte signifikant erhöhte Abstinenzraten bzw. längere Abstinenzphasen durch Acamprosat (Campral®) und signifikant weniger Alkoholexzesse aber keine erhöhten Abstinenzraten durch Naltrexon bei ambulanter Behandlung von Alkoholabhängigen (Bouza et al., 2004). Möglicherweise werden die besten Ergebnisse durch den gleichzeitigen Einsatz von Acamprosat und Naltrexon erzielt (Kiefer et al., 2004).

Kritisch ist bei den Studien zu spezifischen Interventionsformen aus dem angolamerikanischen Raum allerdings anzumerken, dass oft Personen mit vergleichsweise leichten Alkoholproblemen dominierten (sog. Problemdrinkers), teilweise hohe Dropoutraten insbesondere bei den ambulanten Behandlungsformen zu verzeichnen waren, nur selten Frauen untersucht wurden und die Katamnesezeiträume oft nur wenige Wochen umfassten. So konnten Berglund et al. (2003) verzeichnen, dass bei Personen, mit psychiatrischer Komorbidität und sozialer Belastung (Arbeitslosigkeit/Wohnungslosigkeit) Erfolge erst bei umfassenden Behandlungsangeboten erzielt werden konnten.

Insgesamt muss somit offen bleiben, in welchem Ausmaß signifikante Unterschiede der Behandlungseffekte zwischen verschiedenen Formen der Alkoholentwöhnung in Deutschland bestehen. Allerdings konnte gezeigt werden, dass die regelmäßige Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe im Anschluss eine stationäre Behandlung die Chance mehr als verdoppelt, bei einem Rückfall kurzfristig wieder zur Abstinenz zurückkehren zu können (Küfner & Feuerlein, 1989).

9 Literatur

9.1 Literaturempfehlung

Wissenschaftliche Nachschlagwerke

- Edwards, G., Marshall, E. J. & Cook, Ch. (2003). *The treatment of drinking problems. A guide for the helping professionals*. New York: Cambridge University Press.
- Feuerlein, W., Küfner, H. & Soyka, M. (1998) *Alkoholismus- Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie* (5. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Singer, M. V. & Teyssen, S. (Hrsg.). (2002). *Kompendium Alkohol. Folgekrankheiten, Klinik, Diagnostik, Therapie*. Berlin: Springer
- Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.). (2001). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen: Hogrefe.

Materialien zur Frühintervention

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). *Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen. Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln.

Deutsche Angestellten Krankenkasse (2004). *Alkohol-Prävention. Vorschläge für Unterricht und Jugendarbeit*. Hamburg: Eigenverlag.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2005). *Umgang mit Alkohol. Information, Tests und Hilfen in 5 Phasen*. Hamm: Eigenverlag.

Therapiemanuale

- Altmannsberger, W. (2004). *Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Arend, H. (1994). *Alkoholismus – Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Baltin, B. & Häring, B. (2003). *Manual für eine qualifizierte Entzugsbehandlung*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1995). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Burtscheidt, W. (2001). *Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit*. Ein Therapiemanual. Berlin: Springer.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsmanual STAR*. Berlin: Springer.
- Lindenmeyer, J. (2000). Rückfallprävention. In J. Margraf, (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1*. (2. Aufl.) (S. 565–584). Berlin: Springer.
- Lindenmeyer, J. (2001). *Der springende Punkt. Stationäre Kurzintervention bei Alkoholmissbrauch*. Lengerich: Pabst Scientific Publishers.
- Lindenmeyer, J. (2003a). Angehörigenarbeit in der Behandlung von Alkoholabhängigen. *Praxis der Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 62, 183–189.
- Lindenmeyer, J. (2005a). „Ich habe kein Verlangen“ – Cue reactivity bei Alkoholabhängigen. In P. Neudeck & H. U. Wittchen (Hrsg.), *Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen* (S. 201–226). Göttingen: Hogrefe.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnik, S. (2005). *Motivationale Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Petry, J. (1996). *Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien*. (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schneider, R. (1982). *Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen*. München: Röttger.
- Scholz, H. (1996). *Syndrombezogene Alkoholismus Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schuhler, P. & Baumeister, H. (1999). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Wessel, Th. & Westermann, H. (2002). *Problematischer Alkoholkonsum*. Freiburg: Lambertus.
- Wetterling, T. & Veltrup, C. (1997). *Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen*. Berlin: Springer.
- Wilcken, S. & Rochow, M. (2000). *Rückfallprävention bei Alkoholismus – Fähigkeiten im Focus: Ein Manual*. Bern: Huber.

Patientenliteratur

- Körkel, J. (2001). *Rückfall muss keine Katastrophe sein*. Blaukreuz Verlag: Wuppertal.
- Küfner, H. (2003). *Die Zeit danach*. München: Röttger Verlag.
- Lindenmeyer, J. (2004). *Ratgeber Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.

- Lindenmeyer, J. (2005). *Lieber schlau als blau. Informationen zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit*. (7. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Merkle, R. (2002). *Ich höre auf, ehrlich. Ein praktischer Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Mannheim: PAL-Verlag.
- Schneider, R. (2001). *Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten*. Baltmannsweiler: Schneider.

9.2 Test-Literatur und Dokumentationshilfen

- Berlitz-Weihmann, E. & Metzler, P. (1997). *Fragebogen zum funktionalen Trinken (FFT)*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Bleich, S., Havemann-Reinecke, U. & Kornhuber, J. (2002). Fagerström-Test für Nikotin-abhängigkeit (FTNA). Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (Hrsg.). (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht*, 47 (Sonderheft 2), 7–94.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schuhmacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Feuerlein, W., Ringer, Ch., Küfner, H., Ringer, C. & Antons, K. (1979). *Münchner Alkoholismustest (MALT)*. Weinheim, Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90 – Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version* (2. Auflage). Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Funke, W., Funke, J., Klein, M. & Scheller, R. (1987). *Trierer Alkoholismus Inventar (TAI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Sommer, G., Menzel, U. & Höll, B. (1987). *Fragebogen zur sozialen Unterstützung (FSozU)*. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 16, 434–436.
- Gsellhofer, B., Küfner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). *European Addiction Severity Index. EuropASI. Manual für Training und Durchführung*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K. & Tamcan, Ö. (2004). *Inkongruenzfragebogen (INK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hampel, R. & Selg, H. (1975). *Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Das Beck Depressionsinventar – BDI* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- John, U., Hapke, U. & Rumpf, H. M. (2001). *Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Körkel, J. & Schindler, Ch. (1996). Der Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35) – Ein Instrument zur Erfassung der abstinenzorientierten Kompetenzzuversicht Alkohol-abhängiger. *Sucht*, 42, 156–166.
- Lindenmeyer, J. & Florin, I. (1998). Testgütekriterien einer deutschen Version des Inventory of Drug Taking Situations für Alkoholabhängige (IDTSA). *Verhaltenstherapie*, 8, 26–37.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (2005). *DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Margraf, J. (1994). *Mini-DIPS – Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen*. Berlin: Springer.

- Neumann, T. & Spieß, C. (2003). Use of biomarkers for alcohol use disorders in clinical practice. *Addiction*, 98 (S2), 81–91.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1990). *Fragebogen zum Essverhalten (FEV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Rumpf, H. M., Hapke, U. & John, U. (2001). *Lübecker Alkoholabhängigkeit und -missbrauch Screening Test (LAST)*. Göttingen: Hogrefe.
- Simon R. & Strobl, M. (1993). Einsatz von EDV in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Stand und mögliche Standards. *Sucht*, 39, 343–349.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1976). *Der Unsicherheitsfragebogen*. München: Pfeiffer Verlag.
- Watzl, H., Rist, F., Höcker, W. & Miehle, K. (1991): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmißbrauch bei Suchtpatienten. In M. Heide & H. Lieb (Hrsg.), *Sucht und Psychosomatik* (S. 123–137). Geesthacht: Neuland.
- Wittchen, H.-U., Garcynski, E. & Pfister, H. (1998). *Composite International Diagnostik Interview (CIDI)*. Deutsche Bearbeitung. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II)*. Deutsche Bearbeitung. Göttingen: Hogrefe.

9.3 Weitere zitierte Literatur

- Augustin, R. & Kraus, L. (2005). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51 (S1), 29–39.
- Berglund, M., Thelander, E. & Jonsson, E. (2003). *Treating alcohol and drug abuse. An evidence based review*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Böning, J. (1994). Warum muß es ein Suchtgedächtnis geben? Klinische Empirie und neurobiologische Argumente. *Sucht*, 40, 244–252.
- Bouzo, C., Magro, A., Munoz, A. & Amate, J. M. (2004). Efficacy and safety of naltrexone and acomprosate in the treatment of alcohol dependence: A systematic review. *Addiction*, 99, 811–828.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H. J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Band 128 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*. Baden-Baden: Nomos.
- Carter, B. L. & Tiffany, S. T. (1999). Meta-analysis of cue-reactivity in addiction research. *Addiction*, 94, 327–340.
- Cloninger, C. R. (1981). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410–416.
- Dawson, D. A., Grant, B. G., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B. & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States 2001–2002. *Addiction*, 100, 281–292.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Aufl.). Bern: Huber.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Heinz, A. & Batra, A. (2003). *Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jellinek, E. (1960). *The disease concept of alcoholism*. Highland Park: Hillhouse Press.

- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.J., Hill, A. & Dilling, H (1996). *Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung*. Baden-Baden: Nomos.
- Kiefer, F. (2004). Funktion endogener Opiode im mesolimbischen Belohnungs- und Verstärkersystem. *Suchtmedizin*, 8, 180–184.
- Kiefer, F., Jahn, H., Holzbach, R., Briken, P., Stracke, R. & Wiedemann, K. (2004). Die NALCAM-Studie: Wirksamkeit, Verträglichkeit, Outcome. *Sucht*, 49, 342–351.
- Körkel, J. & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 4, 115–124.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47 (S1), 3–86.
- Küfner, H. & Feuerlein, W. (1989). *In-patient-treatment for alcoholism. A multi-centre evaluation study*. Berlin: Springer.
- Küfner, H. & Bühringer, G. (1996). Alkoholismus. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Psychische Störungen und ihre Behandlung. Enzyklopädie der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe (S. 437–512).
- Lindenmeyer, J. (1983). *Behindert werden. Psychologie der Bewältigung einer traumatischer Behinderung*. Heidelberg: Schindele.
- Lindenmeyer, J. (2002). Kommt alles Gute wieder einmal in kleinen Päckchen aus Amerika? – Eine kritische Reflexion aktueller Entwicklungen in der Behandlung von Alkoholabhängigen. *Sucht aktuell*, 2, 11–17.
- Mäkelä, K. (2004). Studies of the reliability and validity of the addiction severity index. *Addiction*, 99, 398–410.
- Marlatt, G. A. (1985). Cognitive assessment and intervention procedures for relapse prevention. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (eds.), *Relapse prevention* (pp. 201–279). New York: Guilford Press.
- Meyer, C. & John, U. (2004). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2005* (S. 7–29). Geesthacht: Neuland.
- Miller, W. P. & Del Boca, F. K. (1994). Measurement of drinking behavior using the Form-90 family of instruments. *Journal of Studies on Alcohol*, 55 (Supplement), 112–118.
- Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265–277.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (2003). Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction*, 98, 325–337.
- Moos, R. H., Schutte, K., Brennan, P. & Moos, B. (2004). Ten-year patterns of alcohol consumption and drinking problems among older women and men. *Addiction*, 99, 829–838.
- O'Farrell, T. J. (1993). (Ed.). *Treating alcohol problems. Marital and family interventions*. New York: Guilford Press.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3–27). New York: Plenum.
- Project Match Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
- Project Match Research Group (1997a). Project Match secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92, 1671–1698.

- Rist, F. (2002). Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren. *Sucht*, 48, 171–181.
- Rehm, J., Rehm, N., Room, R., Moneiro, M., Gmel, G., Jenigier, D. & Frick, U. (2003). The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 9, 147–156.
- Samson, H. H. (2000). The microstructure of ethanol drinking: genetic and behavioral factors in the control of drinking patterns. *Addiction*, 95 (S2), 61–72.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Scheurich, A., Müller, M. J., Anghelescu, I., Lörch, B., Dreher, M., Hautzinger, M. & Szegedi, A. (2005). Reliability and validity of the Form 90 Interview. *European Addiction Research*, 11, 50–56.
- Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorff, D. (1998). *Partnerschaftsprobleme. Diagnose und Therapie. Handbuch für den Therapeuten* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schuckit, M. A., Hesselbrock, V., Tipp, J., Anthenelli, R., Buchholz, K. & Radzimski, S. (1994). A comparison of DSM-II-R, DSM-IV and ICD-10 substance use disorders diagnoses in 1922 men and women subjects in the COGA study. *Addiction*, 89, 1629–1638.
- Sonntag, D. & Küntzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg. *Sucht*, 46 (S2), 92–176.
- Stockwell, T., Donath, S., Cooper-Stanbury, M., Chikritzhs, T., Catalano, P. & Mateo, C. (2004). Under-reporting of alcohol consumption in household surveys: a comparison of quantity-frequency, graduated-frequency and recent recall. *Addiction*, 99, 1024–1033.
- Tiffany, S. T. & Conklin, S. A. (2000). A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction*, 95 (S2), 145–154.
- Vaillant, G. E. (2003). A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction*, 98, 1043–1051.
- Vuchinich, R. (1999). Behavioral economics as a framework for organizing the expanded range of substance abuse interventions. In J. A. Tucker, D. M. Donovan & G. A. Marlatt (Eds.), *Changing addictive behavior – bridging clinical and public health strategies* (pp. 191–220). New York: Guilford Press.
- Wetterling, T. (1997). Laborparameter als Screening-Instrumente. In T. Wetterling & C. Veltrup (Hrsg.), *Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen* (S. 11–16). Berlin: Springer.
- Wetterling, T., Veltrup, C. & Jungshans, K. (1996). Mögliche Indikationen zur Behandlung mit „Anticraving“-Medikamenten. *Sucht*, 42, 323–330.
- Wienberg, G. (2001). Die „vergessene Mehrheit“ heute. Zur Situation der traditionellen Suchtkrankenhilfe. In G. Wienberg & M. Driessen (Hrsg.), *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen* (S. 42–52). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Wittchen, H.-U., Essau, C. A., v. Zerssen, D., Krieg, J. C. & Zaudig, M. (1992). Lifetime and sixmonth prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 247–258.
- Wolffgramm, J. & Heyne, A. (2000). Kommentar zum Artikel von F. Tretter „Anmerkungen zum Konstrukt „Suchtgedächtnis““. *Sucht*, 46, 284–286.
- World Health Organization (WHO). (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO Publication.
- Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Weissinger, V. & Wüst, G. (2005). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2002 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 12, 5–15.

10 Anhang

Tagesverlauf				
Zeit	Suchtmittel	Menge	Ort, Situation	Wirkung $0 \rightarrow +$ oder $- \rightarrow 0$
05 Uhr				
06 Uhr				
07 Uhr				
08 Uhr				
09 Uhr				
10 Uhr				
11 Uhr				
12 Uhr				
13 Uhr				
14 Uhr				
15 Uhr				
16 Uhr				
17 Uhr				
18 Uhr				
19 Uhr				
20 Uhr				
21 Uhr				
22 Uhr				
23 Uhr				
24 Uhr				
01 Uhr				
02 Uhr				
03 Uhr				

Therapietagebuch									
von	bis	Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
05.00–07.00									
07.00–08.00									
08.00–09.00									
09.00–10.00									
10.00–11.00									
11.00–12.00									
12.00–13.00									
13.00–14.00									
14.00–15.00									
15.00–16.00									
17.00–18.00									
18.00–19.00									
19.00–20.00									
20.00–21.00									
21.00–22.00									
22.00–23.00									
23.00–24.00									
24.00–03.00									

Legende: V = Verlangen nach Alkohol, R = Rückfall, TS = frühere Trinksituation, + = gute Stimmung, – = negative Stimmung, K = Konflikt/Auseinandersetzung

Ablehnungstraining

Schwierigkeitsgrad

1
max.

2

3

4

5

6
min

Vor Durchführung der Situation Einschätzung durch Kreis kennzeichnen.

Nach Durchführung der Situation Einschätzung durch Kreuz X kennzeichnen.

I. **WO** und **WANN** führe ich die Situation durch?

II. Mit WEM?

III. Handlung

a) um **WAS** geht es?

b) **WIE** führe ich es aus?

IV. **WIE** verhält sich mein Partner?

V. Auf WELCHES Verhalten muss ich bei mir besonders achten?

Bewältigungstonband

1. Versuchungssituation:

2. Bewältigung:

Einschätzung der Übungssituation auf einer Skala von 1–6

1 bedeutet: Ich kann mir die Übungssituation überhaupt nicht klar und deutlich vorstellen.

6 bedeutet: Ich kann mir die Übungssituation klar und deutlich vorstellen.

Einschätzung

6									
5									
4									
3									
2									
1									

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Zahl der Übungsdurchgänge

Expositions-Übung

Versuchung/Verlangen

Schlussfolgerungen für die Zukunft:

Notfall-Plan-Vertrag

Ich bin mir bewusst, dass die Aufrechterhaltung meiner Abstinenz manchmal einige Anstrengung erfordert und hierbei die Hilfe von anderen Menschen äußerst nützlich sein kann. Diese Vereinbarung soll dazu beitragen, dass ich im Falle eines künftigen Rückfalls nicht in mein altes Trinkverhalten zurückfalle, sondern möglichst schnell wieder zur Abstinenz zurückfinde. Diese Vereinbarung enthält daher konkrete Schritte, die jeder der Beteiligten unternehmen wird, falls ich erneut Alkohol trinke.

Ich habe mit _____ folgende Schritte für den Fall eines künftigen Rückfalls, und sei er noch so klein, vereinbart:

Ich erkläre, dass ich im Falle eines künftigen Rückfalls:

- 1) die Rückfallsituation schnellstmöglich verlassen werde
- 2) mich sofort mit _____ beraten werde
- 3) mich notfalls einer körperlichen Entgiftung unterziehen werde
- 4) mich erneut der Rückfallsituation aussetzen werde, um sie diesmal abstinent durchzustehen

erklärt, dass sie/er im Falle eines künftigen Rückfalls durch mich

- 1) mir hilft, die Rückfallsituation möglichst schnell zu verlassen
- 2) sich jeder Ursachenforschung über die Entstehung des Rückfalls enthält
- 3) mich gegebenenfalls bei der Einleitung einer Entgiftung unterstützt
- 4) mich ermutigt, mich erneut der Rückfallsituation auszusetzen, um sie diesmal abstinent durchzustehen

Unterschriften:

Hinweise für Erstkontakt

Gesprächsstrategien

Verständnis zeigen

Kompetenz vermitteln

Entpathologisieren

Primäre soziale Versorgungsnotwendigkeiten erkennen

Erstkontakt-Struktur

1. Eingangsfrage: „*Was können wir für Sie tun?*“

2. Freier Bericht des Patienten (und seiner Angehörigen):

Gesprächsstrategie des Therapeuten: Empathie und Verstärkung aller Gesprächsteilnehmer, Konkretisierung

3. Systematische Abklärung: „*Darf ich Ihnen jetzt noch ein paar konkrete Fragen stellen, um sicherzustellen, dass wir nichts Wichtiges vergessen haben?*“

Alkoholkonsum: bevorzugte Getränke, Menge, Trinkmuster, Entzugserscheinungen, bisherige Behandlungsversuche, Abstinenzzeiten

Soziale Situation: Familienstand, Kinder, Wohnsituation, Schulden

Berufliche Situation: Ausbildung, aktuelle Arbeitssituation, Krankschreibungen im letzten Jahr

Weitere Problembereiche

4. Besprechung des weiteren Vorgehens und Vereinbarung geeigneter Rahmenbedingungen

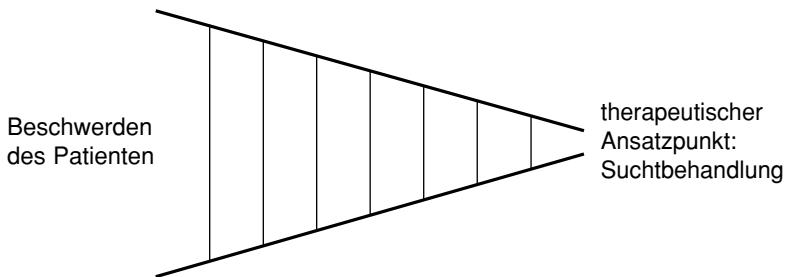
10 Indikationsfragen

- Braucht der Patient überhaupt professionelle Hilfe, um seine Alkoholprobleme zu bewältigen?
- Haben andere Störungen Vorrang vor einer Suchtbehandlung?
- Handelt es sich bei den Alkoholproblemen um eine Abhängigkeit?
- In welcher Veränderungsphase befindet sich der Patient hinsichtlich der Bewältigung seiner Alkoholabhängigkeit?
- Welches sind die wichtigsten Rückfallrisikosituationen?
- Bedarf die soziale Situation des Patienten therapeutischer Aufmerksamkeit?
- Stationäre versus Ambulante Behandlung?
- Kurzzeit- versus Langzeitbehandlung?
- Welche konkreten Behandlungsmaßnahmen sind optimal für den Patienten?
- Welche Form der Nachsorge bzw. Nachbehandlung ist für den Patienten zur Stabilisierung der Therapieerfolge erforderlich?

Rückmeldung der Diagnostikergebnisse/ Vermittlung der Indikationsentscheidung

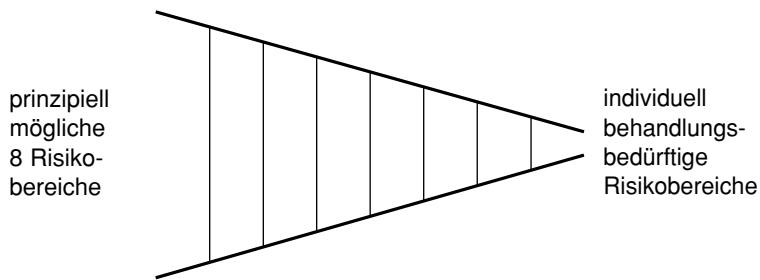
1. Bedanken für Mitarbeit

2. Rückmeldung allgemeiner Diagnostikergebnisse



- Beruhigung: „alles normal“
- Probleme als Folge des Alkoholkonsums
- Alkohol als Problemlöser für ...
- Unabhängig von Alkoholkonsum bestehende Probleme

3. Rückmeldung suchtspezifischer Diagnostikergebnisse



4. Vorstellung der individualisierten Therapieplanung

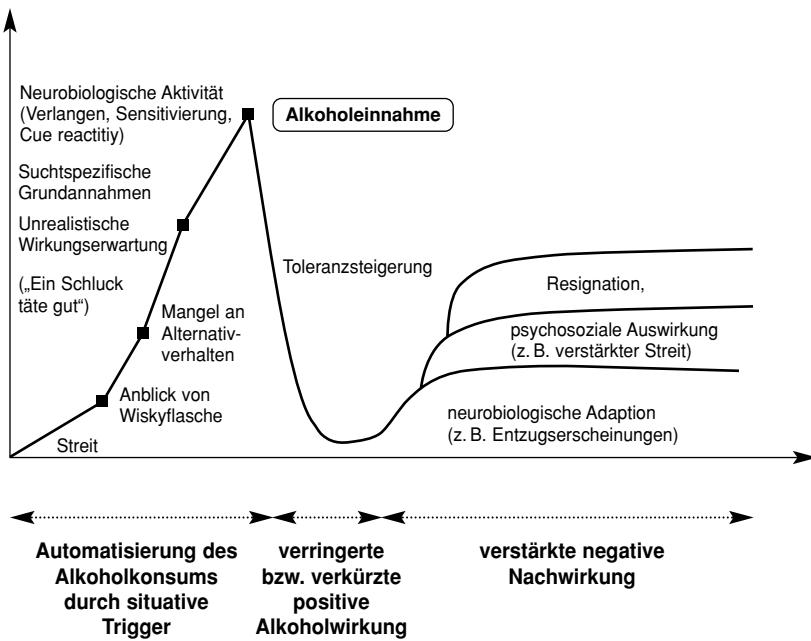
- Precontemplation (Eisberg-Metapher)
- Contemplation (Expeditions-Metapher)
- Action (Eisenbahnmodell)
- Maintenance (Klavierspieler-Metapher)

Situatives Modell der individuellen Abhängigkeit

Die 2 Suchtmechanismen:

1. Automatisierung des Alkoholkonsums durch situative Trigger
2. Veränderte 2-Phasenwirkung des Alkohols

Wahrscheinlichkeit von
Alkoholkonsum



Struktur von Einzel- und Gruppentherapiesitzungen

1. Begrüßung
2. Gab es Rückfälle/Beinahe-Rückfälle oder suizidale Krisen? (Wenn ja, diese vorrangig bearbeiten, alles Andere bleibt dann vorerst liegen.)
3. Gab es „therapieschädigendes Verhalten“, z. B. Nichtteilnahme, Nichterledigen von Aufgaben, Regelverstöße, Konflikte zwischen Gruppenmitgliedern, negative Äußerungen über Therapie? (Wenn ja, diese vorrangig bearbeiten, alles Andere bleibt dann vorerst liegen.)
4. Besprechung der Therapieaufgabe des Patienten aus der letzten Sitzung
5. Planmäßiges Thema der Stunde
6. Therapieaufgabe des Patienten für die nächste Sitzung

Umgang mit rückfälligen Patienten

1. Medizinische Abklärung/Versorgung:

- Arzt vorzustellen
- Suizidalität?
- Medikamentöse Anfallsprophylaxe?
- Entzugsmedikation?

2. Wieder nüchtern werden:

- Verdeutlichen von Kooperation als Voraussetzung für Weiterbehandlung
- Vermeiden von Überbeanspruchung des therapeutischen Personals und der Angehörigen
- Vermeiden von unzumutbarer Belästigung von Mitpatienten
- Vermeiden von längeren Gesprächen und unsystematischer Zuwendung
- Engmaschige Kontrolle

3. Therapie- und Abstinenzsicherung:

- Vermeiden von demoralisierender Ursachenforschung
- Informieren von Angehörigen?
- Künftige Vermeidung von Rückfällen?
- Weiterhin Vertrauen in Therapie?
- Veränderung der Therapieplanung?
- Erneute Konfrontation mit Rückfallsituation?