

Lindenmeyer



Ich bin kein Alkoholiker!

Ambulante
Psychotherapie
bei Alkoholproblemen

Mit
Online-
Material

 Springer

Ich bin kein Alkoholiker!

Johannes Lindenmeyer

Ich bin kein Alkoholiker!

Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemen
– Mit Online-Material

Mit 100 Abbildungen

PD Dr. Johannes Lindenmeyer

Salus Klinik Lindow
Straße nach Gühlen 10
16835 Lindow

ISBN-13 978-3-642-28196-9

ISBN 978-3-642-28197-6 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-642-28197-6

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Medizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Monika Radecki, Heidelberg

Projektmanagement: Sigrid Janke, Heidelberg

Lektorat: Dörte Fuchs, Freiburg

Projektkoordination: Heidemarie Wolter, Heidelberg

Umschlaggestaltung: deblik, Berlin

Fotonachweis Umschlag: © goodshot / fotolia.com

Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH – Reinhold Schöberl, Würzburg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Es ehrt Sie sehr, dass Sie als niedergelassene Psychotherapeutin bzw. niedergelassener Psychotherapeut dieses Buch in die Hand nehmen. Denn Alkoholprobleme stellen leider immer noch eines der hartnäckigsten Tabuthemen innerhalb der ambulanten Psychotherapie dar. Während Komorbiditätsstudien zufolge mehr als ein Drittel aller Patienten mit einer psychischen Störung auch ein Alkoholproblem haben (Wittfoot u. Driessen 2000), wird dies in der ambulanten Psychotherapie fast nie thematisiert. Zum Beispiel wurden ganze 5,9 Prozent der im Jahr 2010 ambulant behandelten bzw. sogar nur 2,0 Prozent der stationär behandelten Alkoholpatienten durch einen niedergelassenen Psychotherapeuten in eine Suchtbehandlung vermittelt (Steppan et al. 2011):

- Häufig unterlässt ein niedergelassener Psychotherapeut von vornherein eine ausführlichere Erhebung des Alkoholkonsums seiner Klienten (»Dafür habe ich keinen Auftrag«);
- oft einigen sich Patient und Therapeut vorschnell darauf, dass (noch) keine Alkoholabhängigkeit vorliegt und daher der überhöhte oder anderweitig problematische Alkoholkonsum von selbst wieder abnehmen werde, sobald die psychische Problematik erfolgreich behandelt werden konnte;
- und schließlich lehnen viele ambulante Psychotherapeuten eine Behandlung bei Vorliegen einer Alkoholproblematik grundsätzlich ab, da sie sich hierfür nicht kompetent fühlen oder bei Alkoholproblemen keine Behandlungschancen sehen.

Für die systematische Ausblendung von Alkoholproblemen im Rahmen der ambulanten Psychotherapie gab es in der Vergangenheit gute formale Gründe: Sobald ein Therapeut bei einem Patienten eine Alkoholabhängigkeit diagnostizierte, bedeutete dies das Ende der ambulanten Psychotherapie, weil Suchtmittelabhängigkeit ausdrücklich nicht in den Gegenstandsbereich der Richtlinienpsychotherapie fiel (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2011: Psychotherapierichtlinie 2004, § 22 (2),1a; www.g-ba.de/informationen/beschlusse/1310; Stand: 15. Mai 2013). Da andererseits für Alkoholprobleme unterhalb der Schwelle einer Abhängigkeit gleich gar kein Kostenträger zuständig war, bewegte man sich bei einer offiziellen Mitbehandlung von riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum in einem Graubereich, bei dem der Psychotherapeut vollkommen den subjektiven Einschätzungen und Vorlieben des Gutachters ausgeliefert war.

Diese Situation hat sich nunmehr zum Glück geändert: Auf das gemeinsame Engagement der Bundespsychotherapeutenkammer und des Fachverbandes Sucht e.V. hin wurde mit Unterstützung der ehemaligen Bundesdrogenbeauftragten Frau Sabine Bätzing mit Wirkung vom Juli 2011 die Psychotherapierichtlinie geändert: Nunmehr ist eine ambulante Psychotherapie bei Substanzabhängigkeit dann zulässig, wenn innerhalb von 10 Behandlungsstunden Suchtmittelabstinenz erreicht und durch einen externen Arzt nachgewiesen werden kann. Bei einem Rückfall kann eine ambulante Psycho-

therapie fortgesetzt werden, wenn die Suchtmittelabstinenz kurzfristig wieder hergestellt werden kann (Psychotherapierichtlinie § 22 (2),1a). In den weiteren Ausführungen wird außerdem ausdrücklich festgestellt, dass die Neuregelung auch den schädlichen und riskanten Suchtmittelgebrauch umfasst, im Falle von Alkohol als legaler Droge dann aber totale Abstinenz als Therapieziel nicht zwingend vorgegeben ist (vgl. »Tragende Gründe zum Beschluss«, S. 3, www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1310; Stand: 15. Mai 2013).

Vor diesem Hintergrund soll das vorliegende Manual ambulanten Psychotherapeuten ermöglichen:

- sich auch ohne bisherige Erfahrung in der Behandlung von Alkoholpatienten das erforderliche Grundlagenwissen anzueignen (► Kap. 1);
- eine qualifizierte diagnostische Abklärung des Alkoholkonsums ihrer Patienten mit vertretbarem Aufwand vorzunehmen (► Kap. 2);
- sicher zu entscheiden, was in 10 ambulanten Psychotherapiesitzungen möglich ist bzw. wann und vor allem auf welche Art und Weise eine effektive Vermittlung des Patienten in das Suchthilfesystem geboten ist (► Kap. 3);
- eine explizite Mitbehandlung von riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum innerhalb einer ambulanten Psychotherapie durchzuführen (► Kap. 4);
- abstinente Alkoholabhängige bei der Vermeidung, aber auch bei der kurzfristigen Bewältigung von Rückfällen innerhalb einer ambulanten Psychotherapie wirksam zu unterstützen (► Kap. 5).

Das Manual soll dazu ermutigen, die nunmehr bei Alkoholproblemen gegebenen formalen Möglichkeiten der ambulanten Psychotherapie zum Wohle der Patienten qualifiziert zu nutzen. Es soll aber gleichzeitig auch die Grenzen eines solchen Vorgehens aufzeigen, um ambulante Psychotherapeuten und ihre Patienten vor vermeidbaren Rückschlägen und Überforderung zu schützen.

Das Manual ist bewusst kurz gehalten, um niedergelassenen Psychotherapeuten eine rasche Orientierung und ökonomische Anwendung im Behandlungsalltag zu ermöglichen. Gleichzeitig enthält es Formulierungsvorschläge in wörtlicher Rede, um auch mit dieser Klientel wenig vertrauten Psychotherapeuten eine möglichst konkrete Vorstellung von der im Umgang mit Alkoholproblemen erforderlichen therapeutischen Haltung zu geben. Schließlich enthält das Manual Fragebogen sowie Arbeitsmaterialien für den Patienten (► Kap. 6), deren schriftliche Bearbeitung einen inhaltlichen roten Faden in der Auseinandersetzung mit Alkoholproblemen liefert und eine aktive Mitarbeit des Patienten zwischen den ambulanten Therapiesitzungen ermöglicht. Diese Materialien können mit Zustimmung des Verlags entweder direkt aus ► Kap. 6 kopiert, kostenlos von der Website des Autors (www.salus-materialien.de) heruntergeladen oder über den Therapie-materialversand des Autors (ebenfalls unter www.salus-materialien.de) bestellt werden. Dort können Sie auch weitere Arbeitsmaterialien erhalten, auf die im Text lediglich verwiesen wird.

Abschließend soll nicht versäumt werden, darauf hinzuweisen, dass selbstverständlich immer beide Geschlechter gleichermaßen gemeint sind, auch wenn im Text der Einfachheit halber lediglich die männliche Sprachform »Patient« und »Psychotherapeut« verwendet wird. Auf geschlechtstypische Besonderheiten bzw. Unterschiede wird jeweils explizit eingegangen.

Johannes Lindenmeyer

Lindow, im Mai 2013

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen	1
	<i>Johannes Lindenmeyer</i>	
1.1	Das »Eisbergphänomen« in einer gestörten Trinkkultur	2
1.2	Die Chance des ambulanten Psychotherapeuten	3
1.3	Die Vielfalt von Alkoholproblemen	4
1.3.1	Alkoholabhängigkeit (F10.2)	5
1.3.2	Schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1)	6
1.3.3	Riskanter Alkoholkonsum (F10.8)	7
1.4	Der begrenzte Nutzen von Laborwerten	8
1.5	Medikamente und illegale Drogen	10
1.6	Alkoholabhängigkeit als chronische Krankheit	10
1.7	Die Ambivalenz der Betroffenen	12
1.8	Die besondere Situation der ambulanten Psychotherapie	14
2	Screening und Differentialdiagnostik	17
	<i>Johannes Lindenmeyer</i>	
2.1	Screening von Alkoholproblemen	18
2.1.1	Alkoholbezogene Screeninginstrumente	18
2.1.2	Weitere Hinweise auf ein Alkoholproblem	20
2.2	Differentialdiagnostische Abklärung bei positivem Hinweis	20
2.2.1	Begründung für die Notwendigkeit einer differentialdiagnostischen Abklärung	22
2.2.2	Information über die besondere Situation im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie	25
2.2.3	Planung der differentialdiagnostischen Abklärung	27
2.2.4	Auswertung der differentialdiagnostischen Abklärung	32
3	Vermittlung ins Suchthilfesystem bei Alkoholabhängigkeit	35
	<i>Johannes Lindenmeyer</i>	
3.1	Vorbereitung des Gesprächs	36
3.1.1	Die sieben wichtigsten Gründe für die Vermittlung in das Suchthilfesystem	36
3.1.2	Die drei Komponenten einer Abhängigkeitsbehandlung	37
3.1.3	Drei Motivierungsstrategien	38
3.1.4	Drei Motivationshürden	39
3.2	Warnung/Verständnis	41
3.3	Anknüpfen an das Behandlungsanliegen	41
3.4	Begründung der Abhängigkeitsdiagnose	41
3.4.1	Entzugserscheinungen bei Alkoholverzicht bzw. Alkoholreduktion	42
3.4.2	Unveränderter Alkoholkonsum trotz negativer Konsequenzen	44
3.5	Behandlungspfad aufzeigen	45
3.5.1	Psychische Beschwerden als Folge des Alkoholkonsums	45
3.5.2	Alkohol als Problemlöser	47

3.5.3	Unabhängig vom Alkoholkonsum entstandenes Problem	48
3.6	Meinung des Patienten erfragen	48
3.7	Behandlungsrational erläutern	49
3.7.1	Precontemplation	49
3.7.2	Contemplation	50
3.7.3	Action	52
3.8	Förderung von Commitment Talk	54
3.9	Hindernisse abklären, konkrete Vereinbarungen treffen	56
4	Explizite Mitbehandlung bei schädlichem/riskantem Konsum	59
	<i>Johannes Lindenmeyer</i>	
4.1	Theoretischer Hintergrund und Überblick	61
4.1.1	Fünf Therapieprinzipien	62
4.1.2	Psychologische Ausgangssituation der Betroffenen	63
4.2	Auswertungsgespräch	64
4.2.1	Vorbereitung des Gesprächs	64
4.2.2	Diagnostische Einordnung der primären psychischen Störung	67
4.2.3	Vorläufige Ergebnisse zum Alkoholkonsum	67
4.2.4	Schlussfolgerungen für das weitere Vorgehen	71
4.2.5	Vereinbarung von geeigneten Rahmenbedingungen	76
4.3	Therapiesetting bei expliziter Mitbehandlung des Alkoholproblems innerhalb der ambulanten Psychotherapie	79
4.3.1	Überblick über die Gesamtbehandlung	79
4.3.2	Zeitstruktur der Therapiesitzungen	79
4.3.3	Umgang mit intoxikierten Patienten	81
4.4	Selbstkritische Reflexion des Alkoholkonsums	82
4.4.1	Umgang mit Ambivalenz	82
4.4.2	Aktive Informationsvermittlung	84
4.5	Differenzierung zwischen unproblematischen und kritischen Trinksituationen	92
4.6	Entwicklung eines persönlichen Erklärungsmodells	95
4.7	Festlegen der persönlichen Punktabstinenz	98
4.8	Monitoring	100
4.9	Abschlussgespräch	104
4.10	Weitere Kontakte/Katamnese	104
5	Unterstützung der Abstinenz	107
	<i>Johannes Lindenmeyer</i>	
5.1	Theoretischer Hintergrund	108
5.2	Überblick über die Gesamtbehandlung	112
5.3	Zeitstruktur der Therapiesitzungen	112
5.4	Vermittlung des Behandlungsrational	114
5.5	Risikotagebuch	117
5.6	Antizipation der individuell relevanten Rückfallrisikosituationen	119
5.6.1	Erstellung eines Risikoprofils	119

5.6.2	Induktive Vermittlung des Rückfallrisikorationals	121
5.7	Einüben einer Bewältigungsvorstellung	124
5.8	Teilhabeorientierte Therapiemaßnahmen	125
5.9	Notfallplan	128
5.10	Therapeutischer Umgang mit Rückfällen	132
5.11	Therapiebeendigung	135
5.11.1	Fragebogen	135
5.11.2	Abschlussgespräch	135
5.11.3	Weitere Kontakte	136
5.12	Katamnese	136
6	Materialien	137
6.1	Fragebogen (FB 01–FB 09)	140
6.2	Hilfsmittel (HM 01–HM 11)	161
6.3	Arbeitsblätter (AB 01–AB 23)	172
6.4	Checklisten für den Therapeuten (CL 01–CL 05)	195

Serviceeteil

Literatur	202
Stichwortverzeichnis	205

Grundlagen

Johannes Lindenmeyer

- 1.1 Das »Eisbergphänomen« in einer gestörten Trinkkultur – 2**
- 1.2 Die Chance des ambulanten Psychotherapeuten – 3**
- 1.3 Die Vielfalt von Alkoholproblemen – 4**
 - 1.3.1 Alkoholabhängigkeit (F10.2) – 5
 - 1.3.2 Schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1) – 6
 - 1.3.3 Riskanter Alkoholkonsum (F10.8) – 7
- 1.4 Der begrenzte Nutzen von Laborwerten – 8**
- 1.5 Medikamente und illegale Drogen – 10**
- 1.6 Alkoholabhängigkeit als chronische Krankheit – 10**
- 1.7 Die Ambivalenz der Betroffenen – 12**
- 1.8 Die besondere Situation der ambulanten Psychotherapie – 14**

Dieses Kapitel ermöglicht zum einen den bislang mit Alkoholpatienten nur wenig vertrauten psychologischen Psychotherapeuten, sich das erforderliche Grundlagenwissen anzueignen, um die besondere sozialpsychologische Situation der Betroffenen, die neurobiologischen Aspekte der Sucht und die Vielfalt von Alkoholproblemen in der Praxis sicher einschätzen zu können. Zum anderen wird die besondere Situation einer im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie offenkundig werdenden Alkoholproblematik herausgearbeitet, die sich beispielsweise in vielerlei Hinsicht von der Situation beim Hausarzt unterscheidet und entsprechend eine spezifische Haltung des niedergelassenen Psychotherapeuten gegenüber dem Patienten und seiner Problematik erfordert.

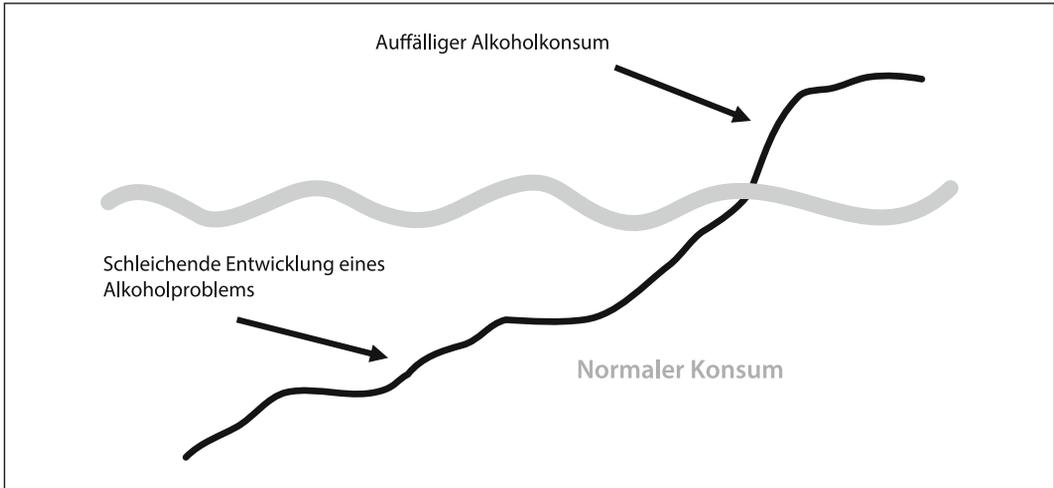
1.1 Das »Eisbergphänomen« in einer gestörten Trinkkultur

Es wird nur sehr selten vorkommen, dass sich ein Alkoholpatient frühzeitig von sich aus an einen ambulanten Psychotherapeuten wendet oder im Rahmen der Anamnese von sich aus auf ein bestehendes Alkoholproblem hinweist. Die Ursache hierfür liegt darin, dass es hierzulande in einer sog. gestörten Trinkkultur (Lindenmeyer 2005) keine klaren und verbindlichen Regeln im Umgang mit Alkohol gibt. Vielmehr sind auch schädliche und riskante Formen des Umgangs mit Alkohol – z. B. Wetttrinken, Alkohol am Steuer, Alkohol am Arbeitsplatz, Rauschtrinken oder das ausschließliche Trinken von hochprozentigen Alkoholika – weit verbreitet. Von einer Alkoholabhängigkeit wird dagegen sowohl in der Öffentlichkeit als auch unter vielen Fachleuten erst bei extremer Ausprägung gesprochen, und sie wird meist als Problem von Randgruppen wie z. B. Obdachlosen, Arbeitslosen oder Gewalttätern gesehen. Die frühzeitige Behandlung von Alkoholproblemen wird unter diesen Umständen durch das sog. Eisbergphänomen (Lindenmeyer 2005) erschwert (vgl. ■ Abb. 1.1):

- Einerseits werden entscheidende Schritte in Richtung eines ernsthaften Alkoholproblems vom Betroffenen selbst, aber auch von seiner Umwelt oft jahrelang nicht erkannt, da sie sich noch innerhalb der unscharfen Trinknormen befinden. Auch Hausärzte und niedergelassene Psychotherapeuten zögern aufgrund dieser Situation oftmals sehr lange, ihre Patienten auf einen problematischen Alkoholkonsum anzusprechen.
- Andererseits besteht die Tendenz, alle auffällig gewordenen Alkoholprobleme einheitlich als »Alkoholabhängigkeit« zu verstehen und entsprechend aufwendig und langwierig zu behandeln. Weniger aufwendige 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 entgehen. In der Regel sieht sich ein Betroffener erst dann zu einer Veränderung seines Trinkverhaltens gezwungen, wenn sich schwere Alkoholfolgeschäden eingestellt haben. Als Konsequenz ist eine dramatische und kostenintensive Fehlversorgung von Menschen mit Alkoholproblemen zu beklagen:

- Einerseits stellt überhöhter Alkoholkonsum nach Bluthochdruck und Rauchen die wichtigste vermeidbare Ursache für gesundheitliche Probleme und die daraus resultierenden Behandlungskosten dar (Rehm u. Scafato 2011). Beispielsweise haben 92,7 Prozent aller Alkoholabhängigen mindestens einmal im Jahr Kontakt zu einem Arzt. 24,0 Prozent aller Alkoholiker müssen sogar einmal pro



■ **Abb. 1.1** Das Eisbergphänomen bei Alkoholproblemen: Alkoholprobleme fallen lange Zeit nicht auf. (Aus Lindenmeyer 2005; mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe Verlags)

Jahr wegen der Folgen ihres Trinkens in einer internistischen oder chirurgischen Klinik aufgenommen werden (Rumpf et al. 2000).

- Andererseits wird ihre Alkoholabhängigkeit dabei in der Regel nicht entdeckt, direkt angesprochen bzw. explizit behandelt (Wienberg 2002). Nur etwa 2,5 Prozent aller Alkoholabhängigen kommen als Notfall in eine psychiatrische Klinik. Eine Entwöhnungsbehandlung treten lediglich etwa 1,7 Prozent aller Alkoholabhängigen an (Rumpf et al. 2000). Im Schnitt vergehen von den ersten Alkoholproblemen eines Menschen bis zum Antritt einer stationären Alkoholbehandlung fast 12 Jahre (FVS 2010).

1.2 Die Chance des ambulanten Psychotherapeuten

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, welche besondere Chance, aber auch Verantwortung ambulanten Psychotherapeuten bei der frühzeitigen Identifikation und einer differenzierten Behandlung von Alkoholproblemen zukommt. Auch wenn es hierüber bislang leider keine ver-

lässlichen Zahlen gibt, dürften 20 bis 30 Prozent aller Patienten in ambulanter Psychotherapie ein Alkoholproblem haben:

- Schon in der Gesamtbevölkerung weisen etwa 19 Prozent einen problematischen Alkoholkonsum innerhalb der letzten 12 Monate auf. Dies ist bei Männern mit 29,7 Prozent fünfmal häufiger der Fall als bei Frauen mit 7,9 Prozent (Pabst et al. 2010). Zwar ist der Gesamtalkoholkonsum hierzulande in den letzten 15 Jahren rückläufig, dabei hat sich aber die bis 2003 zu beobachtende Verschiebung des Alkoholkonsums hin zu weniger riskanten Konsummustern leider nicht fortgesetzt. Etwa ein Drittel der aktuellen Alkoholkonsumenten hat in den letzten 30 Tagen mindestens einmal 5 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (sog. Binge bzw. Trinkexzess) getrunken (Kraus et al. 2010).
- Ca. 21,3 Prozent aller Patienten mit psychischer Störung haben ein Alkoholproblem (SAMHSA 2004). Am besten belegt sind komorbide Zusammenhänge mit Angststörungen, affektiven Störungen, psychiatrischen Erkrankungen sowie Persönlichkeits-

störungen, wobei aus methodischen Gründen erhebliche Streubreiten zwischen den einzelnen Studien zu verzeichnen sind.

- Alkoholpatienten leiden ca. dreimal so häufig unter einer zusätzlichen psychischen Störung wie die Allgemeinbevölkerung (Regier et al. 1990). Hierbei ist die Komorbiditätsrate bei Frauen mit Alkoholproblemen höher als bei alkoholbelasteten Männern (Schreiberhuber et al. 2001).
- Der Anteil von Patienten mit Alkoholproblemen in Hausarztpraxen beträgt 17,7 Prozent bei Männern und 6,3 Prozent bei Frauen (John et al. 2001).
- Etwa ein Viertel aller Patienten in psychosomatischen Rehabilitationskliniken weisen ein Alkoholproblem auf, ohne dass die Kriterien einer Sucht erfüllt sind (Schuhler 2003).

Auf der Basis dieser Zahlen kann man davon ausgehen, dass pro Jahr mindestens 70.000 Menschen mit einem Alkoholproblem einen psychologischen Psychotherapeuten aufsuchen und um therapeutische Hilfe für ihre psychischen Beschwerden nachsuchen. Niedergelassene Psychotherapeuten behandeln sehr häufig, ohne es zu wissen, Menschen mit Alkoholproblemen. Die Aufgabe des ambulanten Psychotherapeuten liegt dabei insbesondere darin, Alkoholprobleme frühzeitig zu identifizieren, das allgemeine Schwarz-Weiß-Denken (normaler Alkoholkonsum vs. Alkoholabhängigkeit) zugunsten einer differenzierten Einschätzung der individuellen Ausprägung der Alkoholproblematik eines Patienten zu überwinden, dabei den kausalen Zusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Alkoholproblem im Einzelfall zu erkennen und den Patienten schließlich einer geeigneten Behandlung zuzuführen. Dabei geht es im Einzelnen darum,

- Alkoholprobleme rechtzeitig zu identifizieren und explizit innerhalb der ambulanten Psychotherapie im Sinne einer Frühinter-

vention mitzubehandeln, lange bevor sich daraus eine Alkoholabhängigkeit entwickeln kann;

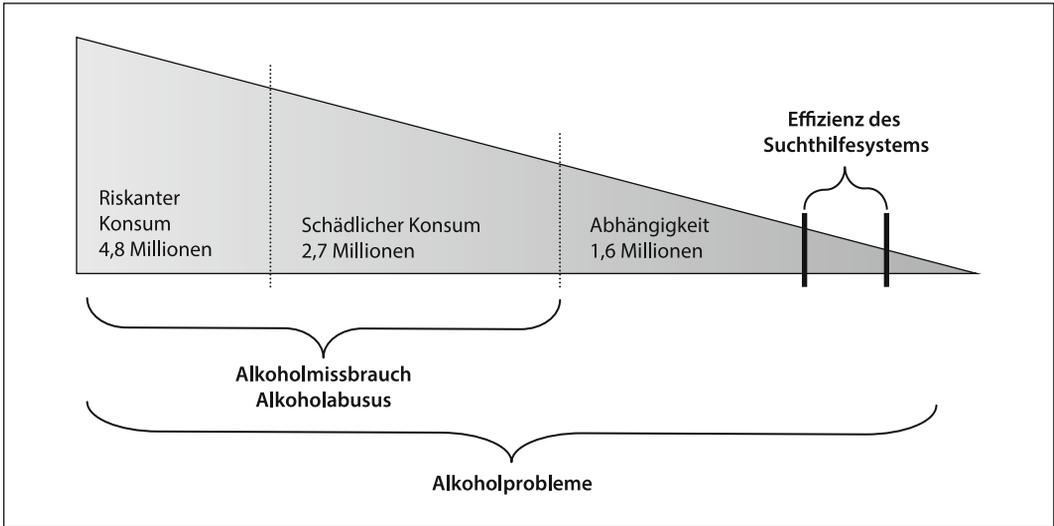
- zu erkennen und dem Patienten erfolgreich zu vermitteln, wann stattdessen eine abstinenzorientierte Entwöhnungsbehandlung innerhalb des Suchthilfesystems erforderlich ist;
- und schließlich abstinent lebende Alkoholabhängige und ihre Angehörige bei der Vermeidung, aber auch bei der Bewältigung von Rückfällen wirksam zu unterstützen.

Psychologische Psychotherapeuten sind hierbei wie kaum eine andere Berufsgruppe im Gesundheitswesen aufgrund ihrer besonderen Beziehungsgestaltungs- und Interaktionskompetenz geeignet, diese schwierigen Aufgaben sozusagen als Lotsen in einem sehr heiklen Gebiet erfolgreich zu übernehmen. Denn in noch stärkerem Ausmaß als bei anderen psychischen Störungen haben sich bei Alkoholproblemen neben der gewählten Behandlungsmethode der therapeutische Stil und die patientenangepasste Interaktionsflexibilität des Behandlers als entscheidend für den Therapieerfolg erwiesen (Imel et al. 2008). Hier liegt die besondere Chance, aber auch Verpflichtung eines ambulanten Psychotherapeuten gegenüber Patienten mit Alkoholproblemen.

1.3 Die Vielfalt von Alkoholproblemen

Bei einer Alkoholproblematik handelt es sich allerdings nicht um ein einheitliches, eindimensionales Phänomen; vielmehr können ganz unterschiedliche Konsummuster das klinische Bild dominieren, die zu einer Vielfalt von spezifischen körperlichen, sozialen und psychischen Folgeschäden führen können (Lindenmeyer 2005):

- **Konsummuster:** häufige Rausche bzw. Trinkexzesse, Toleranzsteigerung, Toleranzminde-



■ **Abb. 1.2** Die Vielfalt der Alkoholprobleme. (Aus Lindenmeyer 2011)

rung, Alkoholvergiftung, morgendliches Trinken, Umsteigen auf harte Alkoholika, heimliches Trinken, Trinken in Gesellschaft unter Niveau, erfolglose Abstinenzversuche.

- **Körperliche Folgeschäden:** Entzugserscheinungen, Krampfanfälle, alkoholbedingter Krebs, verstärkte Infektanfälligkeit, sexuelle Funktionsstörungen, Gelenkschmerzen, Pankreatitis, Kardiomyopathie, Bluthochdruck, Polyneuropathie, Leberschaden, Mangelernährung, Anämie, Gastritis, Knochenbrüche bzw. anderweitige Verletzungen durch alkoholbedingte Unfälle/Stürze.
- **Soziale Folgeschäden:** Partnerschaftskonflikte, Trennung/Scheidung, Schulden, Konflikte am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzverlust, Verlust der Fahrerlaubnis, alkoholbedingte Straftaten, Wohnungsverlust, Verwahrlosung, Rückzug von Freunden.
- **Psychische Folgeschäden:** aggressive Entgleisungen, verringertes Selbstwertgefühl, Distanzlosigkeit, Gefühlsschwankungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Gedächtnisstörungen, Depression, Delirium tremens, Alkoholhalluzinose, Suizidalität, soziale Ängste, Panikanfälle, chronische Eifersucht.

In Deutschland werden Alkoholprobleme nach der ICD-10 (Dilling et al. 2011) in Alkoholabhängigkeit (F10.2), schädlichen Gebrauch (F 10.1) und riskanten Gebrauch von Alkohol (F10.8) unterteilt (■ Abb. 1.2). Die häufig auftauchenden Begriffe »Alkoholmissbrauch« bzw. »Alkoholabusus« sollten dagegen mangels einheitlicher Definition nicht verwendet werden.

1.3.1 Alkoholabhängigkeit (F10.2)

Mindestens drei der folgenden Kriterien müssen während der letzten 12 Monate wiederholt aufgetreten sein:

- **I. Craving** (starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu trinken)
- **II. Kontrollverlust** des Alkoholkonsums bezüglich Beginn oder Menge
- **III. körperliches Entzugssyndrom** bei Reduzierung der Alkoholmenge
- **IV. Toleranzentwicklung** gegenüber der Alkoholwirkung
- **V. Einengung des Interesses** auf das Alkoholtrinken und dadurch Vernachlässigung anderer Interessen

- **VI. Anhaltender Alkoholkonsum** trotz eindeutiger schädlicher Folgen (gesundheitlich, psychisch oder sozial)

Alle Versuche, angesichts der Heterogenität der einzelnen Diagnosekriterien verschiedene Typen der Alkoholabhängigkeit zu unterscheiden, konnten bislang empirisch nicht befriedigend validiert werden, sondern sind bestenfalls geeignet, die Beschreibung der spezifischen Problematik eines Alkoholabhängigen im klinischen Alltag zu erleichtern. Im Folgenden werden vier verschiedene Formen von Trinkverhalten bei Alkoholabhängigen beschrieben (Lindenmeyer 2005):

1. **Konflikttrinken:** Die Abhängigkeit besteht darin, dass der Betroffene in bestimmten Situationen zu Alkohol greift, da er über keine anderen Lösungs- oder Bewältigungsmöglichkeiten verfügt.
2. **Rauschtrinken:** 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 (Kontrollverlust).
3. **Spiegeltrinken:** Die Abhängigkeit besteht darin, dass der Betroffene über den Tag verteilt regelmäßig Alkohol trinkt, um die Alkoholkonzentration im Blut nie unter einen bestimmten »Spiegel« sinken zu lassen, da sonst unangenehme Entzugerscheinungen auftreten.
4. **Periodisches Trinken:** Die Abhängigkeit besteht darin, dass der Betroffene trotz zwischenzeitlicher Abstinenz (bzw. unauffälligem Alkoholkonsum) immer wieder Phasen eines unkontrolliert heftigen Alkoholkonsums hat. Dem Betroffenen sind oft keinerlei Anlass oder Auslöser hierfür bewusst.

1.3.2 Schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1)

Nach der ICD-10 liegt ein schädlicher Gebrauch von Alkohol vor, wenn alkoholbedingte Schäden auf psychischer oder körperlicher Ebene nachweisbar sind, aber keine Hinweise auf eine Abhängigkeit gefunden werden können. In den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 wird ausdrücklich betont, dass hierbei weder die Ablehnung des Konsumverhaltens durch andere Personen noch etwaige negative soziale Folgen (z. B. Inhaftierung, Arbeitsplatzverlust oder Eheprobleme) allein für die Diagnose von schädlichem Alkoholkonsum ausreichen. Hierdurch soll bei der Vergabe dieser Diagnose jeder soziokulturelle Bias ausgeschlossen werden. Um allerdings im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie Personen mit einem behandlungsbedürftigen Alkoholkonsum unterhalb einer Alkoholabhängigkeit sicher zu identifizieren, sind die ausführlicheren und präziseren Kriterien des DSM-IV der APA (Saß et al. 2003) vorzuziehen.

- **Diagnostische Kriterien für einen schädlichen Alkoholgebrauch nach DSM-IV**
 1. Der Alkoholkonsum führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:
 - 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 in Zusammenhang mit Alkoholkonsum; Vernachlässigung von Kindern und Haushalt).
 - Wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen es aufgrund 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. Festnahme aufgrund ungebührlichen Betragens 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 Ehepartner über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen).
2. Die Symptome haben niemals die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit erfüllt.

Auch wenn die Grenze zwischen einem schädlichen Alkoholkonsum und einer Alkoholabhängigkeit oft fließend und uneindeutig ist, so unterscheidet sich das Trinkverhalten dieser Personen doch in typischer Weise von dem Alkoholabhängiger (Sobell u. Sobell 2004):

- Ein täglicher Alkoholkonsum ist eher selten,
- Phasen übermäßigen Trinkens wechseln mit gemäßigttem Alkoholkonsum. Etwa die Hälfte des Alkoholkonsums geschieht mit geringen Mengen (Labouvie u. Pinski 2001),
- es bestehen keine Anzeichen für eine körperliche Abhängigkeit.

Entscheidend für das Verständnis von schädlichem Alkoholgebrauch ist, dass die Betroffenen in vielen Situationen über ein gemäßigtes, sozial angemessenes Konsummuster verfügen, in anderen Situationen aber immer wieder zu Trinkexzessen oder anderweitig schädlichem Alkoholkonsum neigen. Die Probleme, die durch schädlichen Alkoholkonsum auftreten, können äußerst vielfältig sein. Sie lassen sich in zwei Gruppen einteilen:

1. unmittelbare Folgen einzelner Trinkexzesse (z. B. Unfälle und Verletzungen, Führerscheinentzug, körperliche Auseinandersetzungen);

2. Folgen von regelmäßig überhöhtem Alkoholkonsum (z. B. körperliche Folgeschäden, Eheprobleme, finanzielle Engpässe, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzverlust).

1.3.3 Riskanter Alkoholkonsum (F10.8)

In diesem Fall sind durch den Alkoholkonsum noch keine gravierenden Schäden aufgetreten, das Problem besteht vielmehr in dem erhöhten Risiko für einschneidende negative Folgen. In großen epidemiologischen Studien wurden kritische Grenzwerte für den Umgang mit Alkohol anhand der Wahrscheinlichkeit körperlicher Folgeschäden bzw. einer verringerten Lebenserwartung in Abhängigkeit von der durchschnittlichen Trinkmenge pro Tag ermittelt. Dabei wurden die Grenzwerte in den letzten Jahren immer stärker gesenkt (Seitz et al. 2008). Obergrenzen für einen risikoarmen Alkoholkonsum sind:

- Bei Frauen: 12 g reiner Alkohol, d. h. 1 Glas pro Tag (das entspricht 0,3 bis 0,5 Liter Bier, 1/8 Liter Wein oder 20 cl Spirituosen).
- Bei Männern: 24 g reiner Alkohol, d. h. 2 Gläser pro Tag (das entspricht 2-mal 0,3 bis 0,5 Liter Bier, 2-mal 1/8 Liter Wein oder 2-mal 20 cl Spirituosen).
- Außerdem sollte der Alkoholkonsum nicht häufiger als an 5 Tagen der Woche erfolgen, um das Risiko einer Toleranzsteigerung oder unbewussten Gewöhnung auszuschließen.
- Gleichzeitig sollte der Alkoholkonsum niemals die Menge von 5 Gläsern an einem Tag übersteigen. Das heißt, auch das einmalige Trinken von beispielsweise 7 Gläsern Bier oder einer Flasche Wein an einem Tag ist als riskanter Alkoholkonsum einzustufen, selbst wenn im Anschluss 7 Tage lang kein Alkohol getrunken wurde.

Bei der Vergabe der Diagnose sollte man sich allerdings nicht sklavisch an den oben genannten

Trinkmengen orientieren, vielmehr sind das Lebensalter und die individuelle Lebenssituation eines Patienten im Einzelfall zu berücksichtigen (Rehm et al. 2003):

- Ein erhöhter Alkoholkonsum vor dem 20. Lebensjahr ist riskanter als derselbe Alkoholkonsum nach dem 50. Lebensjahr. Andererseits verringert sich die Alkoholverträglichkeit ab etwa dem 60. Lebensjahr.
- Ein hoher Alkoholkonsum führt in der Unterschicht zu größeren körperlichen Risiken als in der Mittel- und Oberschicht.
- Schließlich sind die besonderen alkoholbedingten Risiken bei Führungskräften, Berufstätigen im Hochrisikobereich (z. B. Berufskraftfahrer, Piloten, Ärzte, Polizisten) und mit der Betreuung von Säuglingen oder Kleinkindern befassten Personen ebenso zu berücksichtigen wie körperliche Einschränkungen oder die Notwendigkeit der Einnahme von Medikamenten.

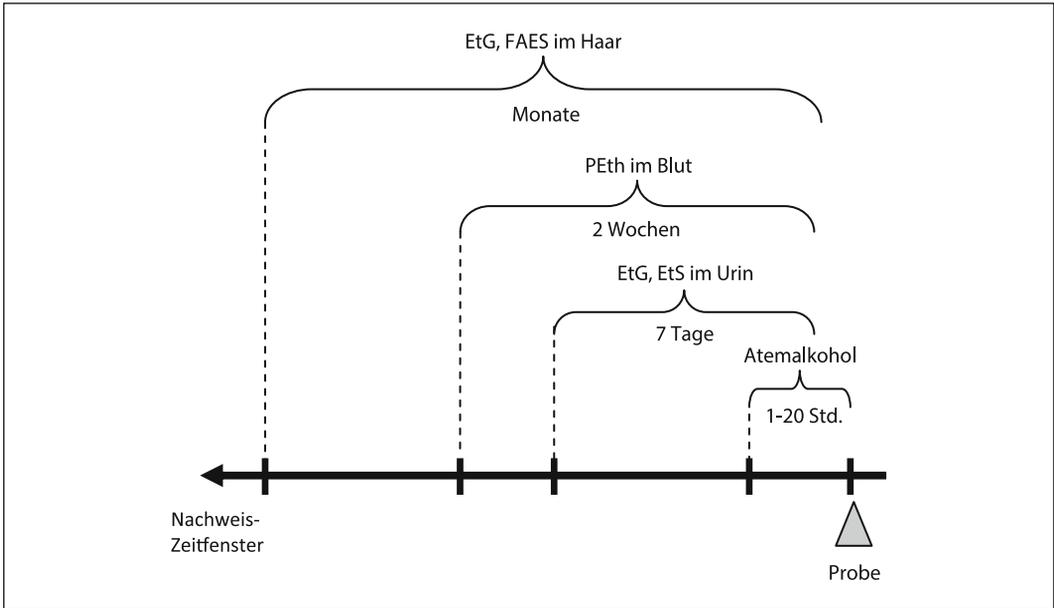
1.4 Der begrenzte Nutzen von Laborwerten

In der Bevölkerung, aber auch unter ambulanten Psychologischen Psychotherapeuten herrscht manchmal das naive Verständnis vor, Laborwerte seien ein objektives und eindeutiges Messinstrument bei der Einschätzung einer Alkoholproblematik. Auch in den Psychotherapierichtlinien wird den Laborwerten ein prominenter Rang bei der Absicherung der Abstinenz zugewiesen (vgl. »Tragende Gründe zum Beschluss«, S. 4, www.gba.de/informationen/beschluesse/1310; Stand: 15. Mai 2013). Im Folgenden soll daher auf die begrenzte Aussagekraft der verschiedenen Laborwerte sowohl hinsichtlich der Identifizierung von Alkoholproblemen als auch hinsichtlich der Überprüfung von Alkoholabstinenz hingewiesen werden (Conigrave et al. 2003):

■ Laborwerte als Indikator für Alkoholprobleme

- Gamma-Glutamat-Transferase (γ -GT): in der Leber lokalisiertes Enzym, das bei Schädigung der Leber ins Blut gelangt. Eine erhöhte γ -GT (> 28) kann als indirekter Indikator für einen erhöhten, leberschädlichen Alkoholkonsum angesehen werden. Zur Spezifizierung alkoholbedingter Leberschäden können weitere Leberwerte (GOT und GPT) herangezogen werden.
- Mikrokorpuskuläres Volumen der Erythrozyten (MCV): Ein erhöhtes MCV ($> 95 \text{ mm}^2$) kann ebenfalls als indirekter Indikator für einen erhöhten Alkoholkonsum gewertet werden.
- 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 unter 14 Tagen anspricht. Allerdings muss die tägliche Trinkmenge hierbei mindestens 60 g (das sind mehr als 5 Standardgläser) betragen.

Der Nutzen dieser Laborparameter zur Identifizierung von Alkoholproblemen ist somit sehr begrenzt. Es gibt potenziell andere Ursachen für kritische Werte, z. B. eine Infektionskrankheit der Leber (unzureichende Spezifität). Gleichzeitig sind die Werte nicht einmal bei allen Alkoholabhängigen erhöht (unzureichende Sensitivität). Eine Alkoholabhängigkeit lässt sich durch Laborwerte grundsätzlich nicht feststellen. Bestenfalls ergibt sich ein Hinweis auf einen riskanten bzw. schädlichen Alkoholkonsum. Ein lediglich kurzfristig erhöhter Alkoholkonsum bzw. einzelne Trinkexzesse können durch keinen dieser Laborwerte festgestellt werden. Nach einer Studie von Anton et al. (2002) lassen sich lediglich 10 bis 30 Prozent aller Personen mit Alkoholproblemen durch Laborwerte identifizieren.



■ **Abb. 1.3** Das Zeitfenster verschiedener Verfahren zur Überprüfung von Alkoholabstinenz

■ Laborwerte zur Überprüfung von Alkoholabstinenz

— Atemalkoholkontrollen: Die Messung erfolgt mit kleinen Handgeräten, in die der Proband über ein Mundstück pusten muss, über einen Infrarot- bzw. elektrochemischen Sensor. Der exakte Promillewert kann unmittelbar digital ausgelesen werden. Die Geräte erreichen heutzutage eine solche Genauigkeit, dass selbst vor Gericht die Notwendigkeit einer Blutprobe entfällt. So kann beispielsweise Aceton in der Atemluft von Diabetikern oder Magersüchtigen das Ergebnis nicht verfälschen. Da der Atemalkoholgehalt bei erhöhter Körpertemperatur etwas steigt, wird das Messergebnis bei hochwertigen Geräten in Abhängigkeit von der Atemtemperatur automatisch korrigiert. Aus diesem Grund wird von dem Einsatz von Billiggeräten abgeraten. Da die Geräte natürlich auch auf Alkohol im Rachenraum (durch Mundsprays, Zahnpasta o. Ä.) anschlagen, empfiehlt sich im Zweifelsfall eine

Messwiederholung nach kurzer Mundspülung innerhalb von 2 bis 5 Minuten.

— Die im Urin feststellbaren Alkoholabbauprodukte Ethylglucuronid (EtG) und Ethylsulfat (EtS) erlauben den Nachweis selbst geringer Mengen Alkohol (ab 10 g) bis zu 7 Tage lang (Wurst et al. 2011). Phosphatidylethanol (PEth) lässt sich im Blut sogar 2 bis 3 Wochen nach Alkoholeinnahme noch nachweisen. EtG und Fettsäureethylester (FAEEs) können in Haaren monatelang nachgewiesen werden. Dadurch eignen sie sich besonders zur lückenlosen Überwachung von Alkoholabhängigen. Die Konzentration von FSEE und EtG im Haar gibt außerdem Hinweise auf die Stärke des Alkoholkonsums (Yegles 2011). Aufgrund des sehr hohen Preises werden all diese Labormarker aber bislang noch kaum angewandt.

Bei der Überprüfung von Alkoholabstinenz ist also, je nach benötigtem Zeitfenster, unterschied-

lichen Laborwerten der Vorzug zu geben (vgl. **Abb. 1.3**).

An dieser Stelle muss betont werden, dass es eine absolute Sicherheit der verschiedenen Verfahren nicht gibt: Die eingenommene Alkoholmenge kann entweder zu gering sein oder zu lange zurückliegen, um nachgewiesen werden zu können (eingeschränkte Sensitivität). Außerdem kann ein erhöhter Wert auch andere Ursachen als eine Alkoholeinnahme haben (eingeschränkte Spezifität).

Trotzdem dürfte für einen niedergelassenen Psychotherapeuten, der häufig Patienten mit Alkoholproblemen behandelt, die Anschaffung eines Atemalkoholgerätes überlegenswert sein, um wenigstens den Verdacht auf eine unmittelbare Alkoholintoxikation des Patienten kurzfristig überprüfen zu können (► Kap. 4.3.3).

1.5 Medikamente und illegale Drogen

Selbstverständlich treten bei Patienten in ambulanter Psychotherapie nicht nur Alkoholprobleme, sondern auch Probleme mit anderen psychoaktiven Substanzen gehäuft auf. Um das vorliegende Manual möglichst einfach und übersichtlich zu halten, werden im Folgenden allerdings alle über den Alkohol hinausgehenden Substanzprobleme ausgeklammert. Zwar ist von einer ähnlich hohen Verbreitung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit (insbesondere von Beruhigungsmitteln, Schmerzmitteln und Schlafmitteln) auszugehen, allerdings erfolgt die Einnahme dieser Substanzen in der Regel über die Verschreibung durch einen Arzt, der daher hinsichtlich des weiteren Vorgehens in Bezug auf diese Medikamente während der ambulanten Psychotherapie unbedingt einzubeziehen ist. Eine Darstellung der nur im Einzelfall zu entscheidenden Indikation von Psychopharmaka im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie sprengt den Rahmen dieser Publikation.

Dagegen ist ein Drogenkonsum bei Patienten in einer ambulanten Psychotherapie anders, als die mediale Aufmerksamkeit vermuten lässt, statistisch gesehen sehr selten. Lediglich in bestimmten Subgruppen ergeben sich nennenswerte Prävalenzen von Problemen mit Cannabis, Kokain oder Amphetaminen. Es ist daher nicht realistisch, dass ein ambulanter Psychotherapeut ausreichend Erfahrung hinsichtlich der Behandlung von Problemen mit den verschiedenen illegalen Substanzen hat. Insofern ist hier fast immer eine Vermittlung der betroffenen Patienten an das Suchthilfesystem zu empfehlen, das über eine Vielfalt von spezifischen ambulanten und stationären Behandlungsangeboten für diesbezügliche Probleme unterschiedlichen Schweregrades verfügt.

1.6 Alkoholabhängigkeit als chronische Krankheit

Die Vorstellung, Alkoholabhängigkeit sei eine einheitlich progredient verlaufende, schließlich zu sozialem Abstieg oder Tod führende Erkrankung, hat sich als falsch erwiesen. In prospektiven Langzeitstudien mit einer Beobachtungszeit von bis zu 60 Jahren konnte neben einer progredienten Verschlechterung auch ein Pendeln zwischen Phasen schweren Trinkens und Phasen kontrollierten Alkoholkonsums bzw. Abstinenz festgestellt werden (Vaillant 2003). Außerdem ist mittlerweile erwiesen, dass ein nicht unerheblicher Prozentsatz von Personen mit ihren Alkoholproblemen (insbesondere bei leichteren Formen) ganz allein und ohne therapeutische Hilfe dauerhaft fertig wird (Rumpf et al. 2009).

Bei Alkoholproblemen ambulanter Psychotherapiepatienten ist allerdings zweierlei zu bedenken:

1. Bei gleichzeitigem Auftreten von zwei sich wechselseitig beeinflussenden Störungsbereichen – einer psychischen Problematik und einer Alkoholproblematik – handelt es

sich selbst dann, wenn es um einen lediglich riskanten oder schädlichen Alkoholkonsum unterhalb der Schwelle zur Alkoholabhängigkeit geht, bereits automatisch um schwere Fälle, in denen ein Behandlungserfolg nur bei expliziter Einbeziehung beider Störungsbereiche im Rahmen der integrierten Behandlung zu erwarten ist. Hier ist regelhaft mit einem krisenhaften Behandlungsverlauf zu rechnen, da einerseits die psychische Symptomatik wiederholt zu Alkoholentgleisungen führen und andererseits jeder Alkoholexzess im Anschluss die psychische Symptomatik wieder verschlechtern kann.

2. Im Falle einer Alkoholabhängigkeit handelt es sich außerdem um eine chronische Erkrankung, bei der eine einmalige, zeitlich begrenzte Behandlung in der Regel nicht ausreichend ist. Es bedarf vielmehr einer längeren, kontinuierlichen Betreuung bzw. Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen bei ihren Abstinenzbemühungen (McLellan et al. 2005). Zum einen ist es bei vielen Betroffenen zu einer dauerhaften Veränderung im Belohnungszentrum im Sinne eines sog. Suchtgedächtnisses (Böning 1994) gekommen, mit der Folge, dass alkoholassoziierte Stimuli (z. B. bestimmte Örtlichkeiten, Stimmungen oder Personen) auch nach längerer Alkoholabstinenz verstärkte Anreizprozesse in Form von automatischen Assoziations- und Annäherungstendenzen (Wiers et al. 2011) auslösen können, die die Gefahr eines Rückfalls erhöhen. Zum anderen erfahren die Betroffenen in ihrer Alkoholabstinenz innerhalb eines mehrheitlich Alkohol trinkenden Umfeldes bzw. aufgrund der suchtbedingten sozialen Folgeschäden (z. B. Arbeitslosigkeit, Trennung von Bezugspersonen) häufig keine ausreichende soziale Unterstützung, sondern fühlen sich als Alkoholiker stigmatisiert und ausgeschlossen.

In beiden Fällen kommt es darauf an, dass der psychologische Psychotherapeut gegenüber den Patienten und ihren Angehörigen glaubhaft vertritt, dass selbst Einsicht bzw. Änderungsabsicht in der Regel nicht ausreichend sind, sondern eine explizite (Mit-)Behandlung der Alkoholprobleme unabhängig vom subjektiven Krankheitsgefühl der Betroffenen indiziert ist und dass dabei auch vorübergehende Rückschläge nicht zwangsläufig ein prinzipielles Scheitern der Abstinenzbemühungen darstellen, sondern dass sich alle Beteiligten im Sinne eines langen Atems auf einen längeren, durchaus wechselhaft verlaufenden Veränderungsprozess einzustellen haben. Einen wesentlichen Impuls hat die Behandlung von Alkoholproblemen hierbei durch das Modell der Veränderungsphasen von Prochaska u. DiClemente (1986) erhalten. Danach können die Betroffenen ein jeweils individuell unterschiedliches Ausgangsniveau hinsichtlich ihres Problembewusstseins, ihrer Bereitschaft zu einer Beendigung oder Veränderung ihres Alkoholkonsums, ihrer diesbezüglich bereits durchgeführten Veränderungen und ihrer Fähigkeit zur Aufrechterhaltung ihrer Abstinenz haben, für die unterschiedliche Formen der therapeutischen Beziehungsgestaltung geeignet sind.

Precontemplation Der Betroffene sieht keinerlei Anlass, seinen Alkoholkonsum zu verändern, lediglich Angehörige oder Behandler machen sich Sorgen. Oftmals hat er in seinem hohen Alkoholkonsum in Übereinstimmung mit seiner Umwelt lange Zeit lediglich eine harmlose Gewohnheit gesehen und dabei nicht bemerkt, dass sich hieraus mit der Zeit ein ernsthaftes Problem entwickelt hat. Später sträuben sich viele Betroffene mit einer für Außenstehende unbegreiflichen Hartnäckigkeit, sich ihr Alkoholproblem einzugestehen, da sie sich in ihrem Selbstgefühl bedroht fühlen. Durch immer geschicktere Abwehrmechanismen versuchen sie stattdessen, sich selbst und ihre Umwelt weiter von der Harmlosigkeit ihres Alkoholkonsums zu überzeugen.

Contemplation Der Betroffene beginnt, sich mit seinem Alkoholkonsum kritisch auseinanderzusetzen. 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 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 des kontrollierten Trinkens bzw. die Option, einfach eine Zeit lang »kürzerzutreten«, bzw. die Notwendigkeit, eine körperliche Entzugsbehandlung oder eine sonstige Suchtbehandlung in Anspruch zu nehmen. Infolge aufkommender Schuld- und Versagensgefühle besteht immer wieder die Versuchung, sich der belastenden Selbstreflexion durch vorschnelle oder oberflächliche Lösungsversuche zu entziehen.

Action Der Betroffene hat einen ernsthaften Abstinenzvorschlag gefasst bzw. strebt konkrete Veränderungen seines Alkoholkonsums an und versucht nun, dies auch in die Tat umzusetzen. Durch Versuchs-Irrtums-Lernen oder die Unterstützung von professionellen oder nichtprofessionellen Helfern gilt es persönlich geeignete Veränderungsstrategien zu entwickeln. Misserfolge oder Durststrecken stellen hierbei die Veränderungsabsichten des Betroffenen immer wieder auf eine harte Probe.

Maintenance Patienten in dieser Veränderungsphase haben bereits mit konkreten Einschränkungen ihres Alkoholkonsums begonnen bzw. ihren Alkoholkonsum ganz eingestellt. Sie sehen sich aber immer wieder mit belastenden Versuchungssituationen konfrontiert. Auch bei kleineren Rückfällen ist ihre Abstinenz- bzw. Änderungszuversicht bedroht. Zusätzlich wird die Situation durch Misstrauen bzw. Resignation ihrer Bezugspersonen belastet.

Auch wenn insbesondere die hierarchische Abfolge der oben genannten Veränderungsphasen in empirischen Studien nicht einheitlich nachgewiesen werden konnte (Joseph et al. 1999) und das Modell wiederholt heftig kritisiert wurde (West 2005), so konnte doch gezeigt werden, dass die einzelnen Phasen von unterschiedlichen psychischen Prozessen und Handlungsweisen aufseiten der Patienten gekennzeichnet sind, die ein entsprechend phasengerichtetes Therapeutenverhalten und eine spezifische Gestaltung der therapeutischen Beziehung erfordern.

1.7 Die Ambivalenz der Betroffenen

Anders als bei anderen psychischen Störungen kann bei Patienten mit Alkoholproblemen im Rahmen ambulanter Psychotherapie kein Leidensdruck, sondern bestenfalls Änderungsambivalenz hinsichtlich ihres bisherigen Umgangs mit Alkohol vorausgesetzt werden:

- Bei Personen mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum sind die Folgen des Alkoholkonsums häufig subjektiv noch nicht so gravierend, ganz im Gegenteil: Der Alkohol wird kurzfristig weiterhin genossen. Bei unverändertem Alkoholkonsum ist lediglich das Risiko für weitere negative Folgen erhöht.
- Personen mit einem überhöhten Alkoholkonsum fühlen sich automatisch zu Personen hingezogen, die ebenfalls einen hohen Alkoholkonsum aufweisen. Unter diesen fallen sie aber in ihrem Trinkverhalten nicht auf, sondern werden subjektiv und objektiv in der Einschätzung bestärkt, dass ihr Umgang mit Alkohol harmlos bzw. normal sei.
- Bei Personen mit einer Alkoholabhängigkeit sind die unmittelbaren Folgen des Alkoholkonsums zwar häufig gravierend, doch zum einen finden die Betroffenen immer wieder kurzfristige Erleichterung durch erneuten Alkoholkonsum, zum anderen wird ein ge-