

Richard Hagleitner

Psychiatrische Kurzzeit-Psychotherapie (PKP) bei Alkoholabhängigkeit

Was der Alkohol kann, kann ich viel besser: Emotionen steuern statt süchtig sein.

Psychiatric short-term psychotherapy (PKP) for alcohol abuse

Alkoholpatienten bleiben in der psychiatrischen Versorgung psychotherapeutisch oft unterversorgt. Der Therapeut steht in der Regel vor der Herausforderung, seine Behandlung eklektisch aus einer Vielzahl von in der Literatur beschriebenen Einzelinterventionen zusammenstellen zu müssen. In der praktischen Arbeit in der ambulanten Alkoholentwöhnung an unserer Fachambulanz in München haben wir ein systematisches Therapiekonzept erarbeitet, das sowohl im Einzel- als auch Gruppensetting ein klar strukturiertes Vorgehen ermöglicht. So kann auch im 20-Minuten-Sprechstunden-Setting eine zielführende Kurzzeittherapie bei einer Alkoholproblematik durchgeführt werden. Das Kernstück bilden Therapiekarten, die für den Therapeuten alle notwendigen Informationen für die nächste Sprechstunde bereithalten und zugleich anwenderfreundliche Arbeitsblätter für den Patienten beinhalten. Das am aktuellen Forschungsstand orientierte Konzept und seine Anwendung in unserer Fachambulanz werden vorgestellt. Zentrale Themen sind die Förderung von Motivation, der Wiederaufbau bzw. die Verbesserung der Qualität bestehender sozialer Netzwerke, das Entwickeln eines subjektiven Krankheitsmodells als Grundlage einer intrinsisch motivierten Abstinenzentscheidung und eine Verbesserung der Emotionsregulation zur Rückfallprophylaxe.

Schlüsselwörter

Abstinenz – aktuell – Alkohol – Alkoholtherapie – Arbeitsblätter – Emotion – Forschung – Kurzzeittherapie – Motivation – Rückfall-Prophylaxe – Psychiatrie

In mental health services, patients with alcohol problems often remain underserved. Therapists are usually faced with the challenge of having to eclectically compose their treatment from a variety of single interventions described in the literature. During practical work in the alcohol withdrawal department at our outpatient clinic in Munich we have developed a systematic, clearly structured therapeutic approach for both individual and group settings. Thus, a targeted short-term therapy can be applied to patients with alcohol problems during the 20-minute consultation. Primarily, this treatment comprises therapy cards both providing the therapist with all the information needed for his/her next consultation and including user-friendly worksheets for the patient. In the present article, we introduce this state-of-the-art research concept and its application in our outpatient clinic. Central topics include promotion of motivation, reconstruction or improvement of

the quality of existing social networks, development of a subjective disease model as a basis for intrinsically motivated abstinence, and improvement of emotion regulation for relapse prevention.

Keywords

abstinence – state-of-the-art – alcohol – alcohol withdrawal – worksheets – emotion – research – short-term therapy – motivation – relapse – prevention – psychiatry

Vielleicht kennen Sie das? Man überweist Ihnen einen Patienten zur Psychotherapie. Im Erstgespräch wird schnell deutlich, dass der Patient ein Alkoholproblem hat. Viele Kollegen verspüren reflexhaft den Impuls, diesen weiterzuüberweisen („Da kenne ich mich nicht gut genug aus“, „In meinem Setting kann man doch mit Alkoholabhängigen gar nicht arbeiten“). Diese und ähnliche dysfunktionale Kognitionen bei Psychiatern und Psychologischen Psychotherapeuten im Kontakt mit Betroffenen führen dazu, dass diese sich sehr schwertun, eine adäquate Behandlung zu finden. Mit dem an unserer Fachambulanz für Alkoholkrankungen entwickelten Konzept der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) möchte wir Ihnen diese Hemmschwelle gerne nehmen und Sie motivieren, Ihre Kompetenzen im Umgang mit den Störungsbildern Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit zu entdecken und auszubauen. PKP bietet sowohl im ambulanten wie im stationären Rahmen die Möglichkeit, mit einem Zeitaufwand von 10 bis 20 Minuten zielgerichtete und wirksame Interventionen für eine Alkoholbehandlung zu setzen. Die Behandlungsfrequenz kann variabel gestaltet werden, ob alle vierzehn Tage in Ihrer Praxis oder kompakt im stationären Rahmen. Es werden je nach Setting einzelne Module oder das gesamte Programm mit dem Patienten erarbeitet. Stück für Stück lernt er sich selbst und die Mechanismen seiner Suchterkrankung kennen. Wir entdecken die Strategie des Symptoms und bauen darauf die Strategie der Therapie auf.

PKP besteht aus Sprechstundenkarten oder Therapiekarten. Auf der Vorderseite finden Sie ein konkretes Arbeitsblatt, das Sie so dem Patienten direkt vorlegen oder als „inneren Leitfaden“ für die Gestaltung der Sitzung nutzen. Zwischen den Sitzungen werden Projektaufgaben mitgegeben, so dass der Patient aktiv bleibt und sich nicht passiv behandeln lässt. Die empathische Regie führt der Therapeut durch seine Interventionen.

PKP ist nichts völlig Neues, das die bisherigen Erkenntnisse über den Haufen werfen möchte. Es ist vielmehr ein therapeutisches Fundament, das den State of the Art der aktuellen Suchttherapie widerspiegelt, Elemente der Verhaltenstherapie wie der Tiefenpsychologie zusammenführt und integriert. Sie finden die klassischen Behandlungselemente jeder Suchtbehandlung wieder: Erhebung der Suchtanamnese, Beziehungsgestaltung, Motivationsarbeit, Affektregulation, Aufbau von Selbstregulation, Rückfallmanagement und Förderung des Ressourcenaufbaus (Beruf, Familie, Wohnen, Sozialkontakte etc.). Ergänzt wird es durch PKP-spezifische Elemente wie die Überlebensregel und den aus unserer Erfahrung unabdingbaren Schwerpunkt der Emotionsarbeit. Elemente der Körpertherapie im Sinne des Embodiments runden den Interventionsbogen ab. Das Ganze ist in eine Form gegossen, die zugeschnitten ist auf den therapeutischen Alltag im 20- oder 50-Minuten-Setting, ambulant oder stationär.



Abbildung -1a: Die Sprechstundenkarten mit Kästen. Das Kartenset umfasst 127 Therapiekarten, die eingeteilt sind in die Module

1. Patientenaufnahme (Anamnese, Diagnostik inkl. Management von Entgiftung und Abstinenz): 8 Karten
2. Therapiekarten: 85 Karten
3. Motivklärung, Persönlichkeitsentwicklung (Überlebensregel): 12 Karten

Ein Handbuch gibt Übersicht und dient als Kopiervorlage und bei der elektronischen Version für Tablet, Laptop und PC (Windows 8, 7 und XP) kann am Monitor das Vorgehen veranschaulicht werden. Beim Tablet kann der Patient mit einem Stift die „Karten“ ausfüllen, was danach gespeichert werden kann (Abb. -1a und -1b).



Abbildung -1b: Die elektronische Version für Tablet, Laptop und PC (Windows 8)

Die Therapie baut auf dem Dreisäulenprinzip der Strategischen Kurzzeittherapie (Sulz, 1994/2012) und der Strategisch-Behavioralen Therapie (Sulz & Hauke, 2010) auf:

Zuerst die Arbeit am Symptom

Wenn nötig, Aufbau von Fertigkeiten

Wenn eine dysfunktionale Überlebensregel besteht, zur Säule 3 wechseln

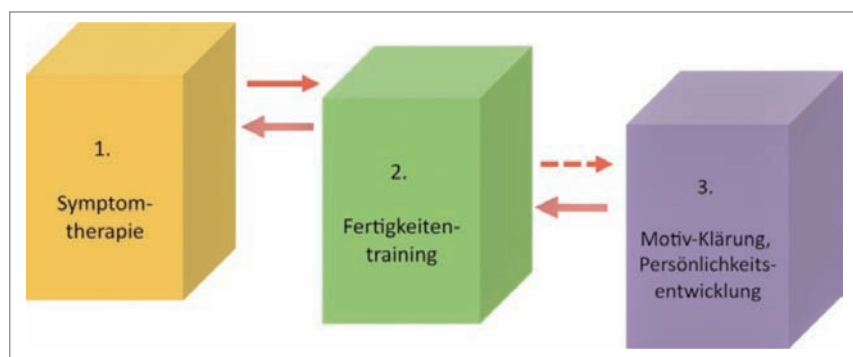


Abbildung 1: Drei-Säulen-Therapie-Prinzip der PKP Alkoholabhängigkeit
Insgesamt gibt es 10 Themenblöcke (Tab. 1).

Tabelle 1: Themen-Module und Therapiesäulen

Themen-Module der Suchttherapie		Säule
1	Symptomverständnis u. -therapie	1
2	Motivationsanalyse und Motivationsaufbau	3
3	Bedingungsanalyse der Sucht: Entstehung und Aufrechterhaltung	1
4	Hilfs- und Ressourcenanalyse	2
5	Reaktionskette zum Symptom/Rückfall und Überlebensregel	1 und 3
6	Zurückgewinnen bisheriger Beziehungen und Ordnen der Lebensbezüge	2
7	Symptomtherapie	1
8	Emotionsregulation	2 und 3
9	Rückfallprophylaxe	1
10	Erarbeiten der Überlebensregel	3

Lassen Sie uns, von einem Muster-Patienten ausgehend, die einzelnen Schritte der PKP betrachten. In der Regel kommen die Patienten nicht mit vollständiger Krankheitseinsicht zu uns. Der erste zentrale Schritt im Umgang mit einem potentiellen Suchtpatienten ist, das Motivationsstadium des Patienten nach DiClemente und Prochaska (1995) zu erfassen. Ist der Patient noch im Stadium O (siehe Abb. 2), haben Sie nur begrenzte Chancen, ihn für die Abstinenz zu gewinnen. Dennoch zahlt es sich auch an diesem Punkt aus, dem Patienten im Dissonanz-Shaping erste Unstimmigkeiten als Folge des Alkoholkonsums zu spiegeln („Wie haben Sie die letzten Monate erlebt, was war gut, was war schwierig?“). Wenn Sie, entsprechend der „motivierenden Gesprächsführung“ (Miller & Rollnick, 2009) den Patienten nicht direkt mit ihrer Verdachtsdiagnose konfrontieren, sondern sich im Sokratischen Dialog annähern, haben Sie die Chance, Ansätze für den späteren Motivationsaufbau zu finden („Meine Frau nervt mich immer, dass ich zu viel trinken würde“, „Mein letzter Hausarzt hat doch tatsächlich gemeint, ich hätte ein Alkoholproblem, können Sie sich das vorstellen? Ich habe ihn gleich gewechselt!“). Ist der Patient bereits im Stadium 1, aber noch nicht auf Stufe 2, dann setzt die eigentliche Motivationsarbeit ein. Wofür lohnt es sich für den Patienten, trocken zu bleiben? Was muss er auf welchen Ebenen seines Lebens verändern, dass das tatsächlich möglich wird? Diese Phase ist von ausgeprägter Ambivalenz gekennzeichnet. Überhaupt muss man sich im Kontakt mit Suchtpatienten auf eine stark schwankende Motivationslage einstellen und sollte flexibel darauf reagieren, zwischen den einzelnen Behandlungsmodulen des PKP reaktiv auf den Status des Patienten eingehen.

Im Themenblock Symptomverständnis (1) lernt der Patient das Wesen seiner Erkrankung kennen. Diese Krankheitseinsicht ist Voraussetzung dafür, dass er sich auf die weiteren Inhalte einlässt. Die Motivation kann mal hoch sein, mal von Enttäuschung und Selbstzweifeln geprägt. Der Therapeut hält dieses Modul (2) während des gesamten Thera-

Abbildung 2: Motivationsstadium bezüglich der Abstinenzentscheidung

Karte 9	F10	Alkoholabhängigkeit
Therapiethema	Säule 3 Motivationsanalyse und -aufbau	

Motivations-Stadium*: Wo stehe ich gerade mit meiner Abstinenz-Entscheidung?

- () 0 - Noch vor dem Anfang: Ich habe keine Absicht, trocken zu bleiben, ich denke mir
- () 1 - Ich habe die Absicht, trocken zu bleiben, genauer heißt das:
- () 2 - Ich habe konkrete Vorbereitungen getroffen, die mir helfen trocken zu bleiben, z. B.
- () 3 - Ich unternehme schon dauernd genau das, was mir hilft, trocken zu bleiben, z. B.
- () 4 - Ich bin schon stabil trocken und mache das, was notwendig ist, um sicher trocken zu bleiben, nämlich

* DiClemente und Prochaska (1995)

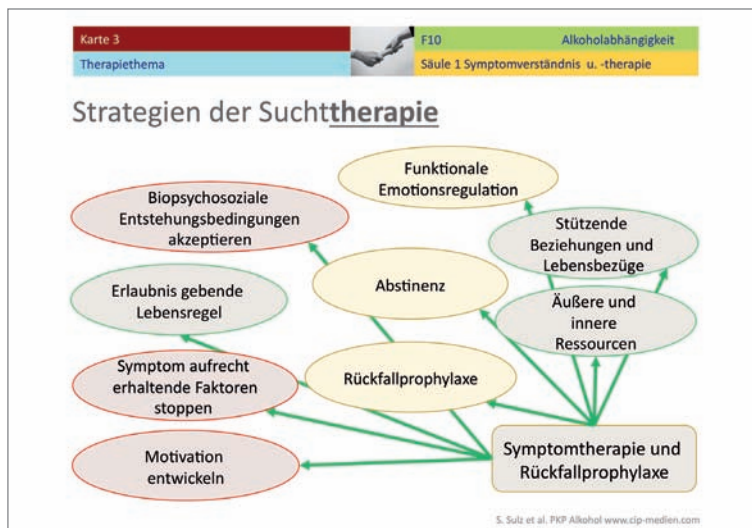
S. Szilz et al. PKP Alkohol www.cip-medien.com

pieprozesses im Hintergrundradar und kehrt bei Bedarf zu diesen Sprechstundenkarten zurück. Symptomtherapie und Rückfallprophylaxe (7, 9) helfen dem Patienten, die nach der Entgiftung erreichte Abstinenz abzusichern. Rückfälle können auftreten und sind kein Ausschlussgrund. Der Umgang des Therapeuten mit dem Rückfall ist entscheidend. Bagatellisierung und Vorwürfe wirken demotivierend. Der Behandler ist vielmehr nüchterner Analytiker, der mit dem Betroffenen die Ursachen und Wirkungen im Rückfallgeschehen erarbeitet und daraus die notwendigen Änderungen in der Therapieführung ableitet. So entsteht beim Patienten die Zuversicht, es weiter zu schaffen. Viele Patienten haben im Laufe ihrer langen Suchtkarriere kaum mehr Sozialkontakte und Unterstützung. Der Betroffene soll einerseits seine eigenen Ressourcen wiederentdecken (innere und äußere Kraftquellen) und andererseits lernen, dass er zwischenmenschliche Unterstützung braucht, um trocken und stabil bleiben zu können (4, 6). Wer kann mir wie helfen in der Abstinenz? Wie kann ich dieser Person sagen, was ich von ihr brauche? Der Therapeut ist der Coach des Patienten und gibt in den Sitzungen kurze Impulse, die dieser dann im Alltag umsetzt. In der nächsten Stunde wird evaluiert und die Wirksamkeit der Intervention überprüft. Ist eine stabile Phase erreicht, steigt das PKP vertieft in die Biografie ein. Wie ist die Alkoholerkrankung auf der Makroebene entstanden (3), und wie passiert es mir auf der Mikroebene, dass es trotz des besten Vorsatzes zu Rückfällen kommt oder kam (5)? Welche Funktionen hat der Alkohol für mich in bestimmten Situationen erfüllt, und wie kann ich diese durch neue Fertigkeiten oder Strategien kompensieren? Diese Erkenntnisse münden in das Projekt der zielgerichteten Veränderungen in den grundlegenden Lebensbezügen (Familie, Arbeit, Wohnen). Was soll sich in diesen Bereichen verändern, damit ich trocken bleiben kann? Was sind die nächsten Schritte in diese Richtung? Was hat höchste Priorität? In der biografischen Betrachtung decken wir die im PKP sogenannte Überlebensregel (10) auf. Der Patient lernt seine zentralen Bedürfnisse, seine zentralen Ängste, seine Verhaltenstendenzen und „verbotenen“ Impulse kennen. Wozu hat er dieses Muster in den Beziehungen zu seinen Bezugspersonen gebraucht, und wie sinnvoll und

hilfreich sind diese Strategien heute? Wir legen den Weg von der „Überlebensregel“ in der Kindheit, deren Überprüfung in Hinblick auf die heutige Funktionalität hin zu einer „Erlaubnis-gebenden Lebensregel“ im Hier und Jetzt. Die Emotionsregulation ist das achte Modul im PKP. Das täuscht über dessen Bedeutung hinweg. Die Suchterkrankung ist im PKP primär als Störung der Emotionsregulation zu verstehen. Dementsprechend ziehen sich Interventionen zur Reflexion und Veränderung des Umgangs mit Emotionen wie ein roter Faden durch den Behandlungsweg. Immer wieder fragt der Therapeut: „Und welches Gefühl haben Sie dabei, wenn Sie an die Person xy denken oder sich erinnern, wie Sie sich in Situation z verhalten haben?“ Er lernt seine Emotionen im Kontext zu sehen, ihre Angemessenheit zu prüfen, die Gefühle auszudrücken und auch negative Emotionen auszuhalten (Erhöhung der Frustrationstoleranz). In der Körperarbeit entdeckt der Betroffene seinen Leib als Quelle, aber auch als Basis zum Ausdruck seiner Gefühle. Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit lautet das Motto im PKP. Die Arbeit mit Embodiment ist für viele therapeutische Kollegen noch Neuland. Im PKP werden erste Möglichkeiten aufgezeigt, dieses fruchtbare Feld für die eigene Arbeit einzusetzen.

Die Gesamtstrategie der PKP leitet sich aus dem State of the Art der aktuellen Suchtforschung und Praxis ab (Abb. 3, vergl. Mann, Berner & Günthner, 2012).

Abbildung 3: Strategien der Suchttherapie (aus: Sulz, Antoni, Hagleitner & Spaan, 2012)



Zurück zum Motivationsaufbau, dem grundlegenden Element der Suchttherapie. Wenn es Ihnen an diesem Punkt gelingt, beim Patienten ein stabiles Fundament zu schaffen, können im weiteren Therapieverlauf die fast obligatorisch auftretenden Krisen besser und zuverlässiger bewältigt werden, so dass man diesem Themenkomplex vor allem zu Beginn der Therapie ausreichend Raum geben sollte.

Betroffene haben in ihrer Entwicklung oft nicht gelernt, Emotionen auszudrücken. Es fällt ihnen schwer, ihre Gedanken zu formulieren, und noch mehr, sich selbst zu stärken. Es wird deshalb zielgerichtet zunächst der Aufbau motivierender Gedanken fokussiert. Welche Gedanken helfen mir, mich zur Abstinenz zu motivieren? Hat der Patient ein Pro-

Abbildung 4: Das Motivationsstadium erarbeiten

Karte 9
Therapiethema

F10 Alkoholabhängigkeit
Säule 3 Motivationsanalyse und -aufbau

Motivations-Stadium*: Wo stehe ich gerade mit meiner Abstinenz-Entscheidung?

- () 0 – Noch vor dem Anfang: Ich habe keine Absicht, trocken zu bleiben, ich denke mir
- () 1 – Ich habe die Absicht, trocken zu bleiben, genauer heißt das:
- () 2 – Ich habe konkrete Vorbereitungen getroffen, die mir helfen trocken zu bleiben, z. B.
- () 3 – Ich unternehme schon dauernd genau das, was mir hilft, trocken zu bleiben, z. B.
- () 4 – Ich bin schon stabil trocken und mache das, was notwendig ist, um sicher trocken zu bleiben, nämlich

* DiClemente und Prochaska (1998)

S. Sulz et al. PKP Alkohol www.cip-medien.com

Abbildung 5: Gedanken, die helfen Abstinenzmotivation aufzubauen

Karte 10
Therapiethema

F10 Alkoholabhängigkeit
Säule 3 Motivationsanalyse und -aufbau

Motivations-Aufbau* :
Was macht es mir schwer, mich zu motivieren?

- () 1 – fehlendes Problembewusstsein: z. B. Ich trinke gar nicht so viel, könnte jederzeit aufhören
- () 2 – fehlende Betroffenheit und Besorgnis: z. B. Das macht mir doch nichts aus
- () 3 – fehlende Veränderungsbereitschaft: z. B. Ich will eigentlich nicht aufhören, andere wollen das
- () 4 – fehlende Zuversicht und Selbstvertrauen: z. B. Ich schaffe das nie, habe zu oft versagt

* Miller und Rollnick (1991)

S. Sulz et al. PKP Alkohol www.cip-medien.com

bewusstsein entwickelt, entsteht ein Gefühl von Betroffenheit über die Auswirkungen des Trinkens auf die eigene Person, die Umwelt und auch Angst vor der Zukunft, wenn es ihm nicht gelingt, die Abstinenz zu halten. Das stärkt die Veränderungsbereitschaft. Zugleich braucht er aber auch das Selbstvertrauen und die Zuversicht, es (mit Hilfe des Therapeuten und der Gruppe oder Selbsthilfegruppe) schaffen zu können. Die ambulante oder stationäre Entgiftung ist nur die Basis. Viele Alkoholpatienten meinen, es wäre damit bereits erledigt. Tatsächlich liegen die Rückfallquoten bei 80 Prozent, wenn keine Therapie anschließt (Burtscheidt, 2001). Ein subjektives Gefühl von Stabilität und Sicherheit verhindert die Umsetzung weiterführender Schritte, die aber

zur Implementierung einer dauerhaften Abstinenz unabdingbar sind. Und der Patient braucht die Einsicht, dass er weiter Hilfe benötigt: von einem Therapeuten, von einer Sucht- und/oder Selbsthilfegruppe und von Freunden und Angehörigen. Die Reihenfolge der genannten Personenkreise ist wichtig. Die Angehörigen sind selbst Betroffene. Sie haben ein jahrelanges Martyrium von Hoffnung, Enttäuschung, Verletzung und Angst hinter sich. Häufig waren sie selbst verstrickt in ihre Co-Abhängigkeit, einem Muster an Verhaltensweisen, das letztlich unbeabsichtigt zur Aufrechterhaltung der Suchterkrankung führte. Klassisches Beispiel dafür ist die Ehefrau des Alkoholabhängigen, die für diesen an seiner Arbeitsstelle anruft und ihn krankheitsbedingt entschuldigt. Tatsächlich ist er durch den Restalkohol des vergangenen Abends nicht fähig, in die Arbeit zu gehen. Sie verhindert durch ihre „Unterstützung“ die Konfrontation des Patienten mit den Folgen seines Alkoholkonsums.

Zunächst wird geklärt, wer ist verfügbar? Wer kann mir helfen, abstinent zu bleiben? Welche Sozialkontakte sind noch vorhanden und sind tragfähig? Welche Bereiche müssen neu aufgebaut werden?

Abbildung 6: Wie können andere mir helfen?

Rückseite Karte 20

F10

Alkoholabhängigkeit

Hinweise zum praktischen Vorgehen / Erläuterungen

Säule 2 Skills - Fertigkeiten aufbauen

Ganz allgemein:
Wer kann mir WIE helfen, abstinent zu bleiben?

- () Indem er/sie selbst keinen Alkohol trinkt
- () Indem er/sie mich bestätigt in meiner Abstinenz
- () Indem er/sie anwesend ist
- () Indem er/sie mir zuhört
- () Indem er/sie mir Verständnis zeigt
- () Indem er/sie mich bei meinen Vorhaben unterstützt
- () Indem er/sie mich wertschätzt
- () Indem er/sie mir zeigt, dass er mich mag
- () Indem er/sie ehrlich und offen zu mir ist

Nicht jede Kontaktperson ist gleich gut geeignet. Es geht darum, diejenigen zu identifizieren, die nach den in Abbildung 6 genannten Kriterien am besten unterstützend wirken können. In der Therapie wird im Kommunikationstraining eingeübt, mit der Umgebung so zu sprechen, dass diese versteht, was dem Patienten wirklich hilft, und den Kontakt aber auch so zu gestalten, dass der andere ihm gerne hilft.

Nach jahrelangem Alkoholkonsum gerät das Leben meist aus den Fugen. Zahlreiche Lebensinhalte sind verkümmert oder gar weggefallen. Je früher Sie den Patienten erreichen, umso höher sind die Chancen, dass er wieder auf die Beine kommt. Das frühere Credo der Suchttherapie, der Abhängige müsse erst ganz am Boden liegen, bis er die Motivation zur Veränderung findet, hat sich als völlig kontraproduktiv erwiesen. Ist eine stabile Abstinenz erreicht, werden die einzelnen Lebensbereiche gezielt aufgebaut.

Abbildung 7: Wieder Ordnung ins Leben bringen

Karte 27
Therapiethema

F10 Alkoholabhängigkeit
Säule 2 Skills - Fertigkeiten aufbauen

Erste Ziele zu Lebens- und Beziehungsgestaltung?

- () Ich will im **Beruf** zufrieden werden, indem ich
- () Ich will mit meiner **Wohnsituation** zufrieden werden, indem ich
- () Ich will mit meiner **Ehe/Partnerschaft** zufrieden werden, indem ich
- () Ich will mit meiner **Familiensituation** zufrieden werden, indem ich
- () Ich will mit meinem **Körper und meiner Gesundheit** zufrieden werden, indem ich
- () Ich will mit meinem **Freundeskreis** zufrieden werden, indem ich
- () Ich will mit meiner **Freizeitgestaltung** zufrieden werden, indem ich

Problem zur Ressource machen

S. Sulz et al. PKP Alkohol www.cip-medien.com

Ist der Patient in seinem sozialen Umfeld ausreichend stabilisiert, weiß an welchen Säulen seines Lebens er arbeiten muss, um trocken bleiben zu können, dann gehen wir tiefer in das Verständnis der Ursachen der Suchterkrankung. Der Betroffene soll verstehen, weshalb er auf der Grundlage seiner Biografie, seiner Persönlichkeitsstruktur und den auslösenden Momenten auf der Mikro- und Makroebene zur Symptombildung des übermäßigen Alkoholkonsums gegriffen hat. Im PKP bilden die sogenannte Überlebensregel, die in eine „Erlaubnis-gebende Lebensregel“ überführt wird, und die Reaktionskette, die von der Psychodynamik subjektiv schwierig erlebter Emotionen zum Trinken führt, die Grundlagen dafür. Die „Überlebensregel“ wird in einem eigenen Modul erarbeitet, und man kann sich im Therapieverlauf immer wieder darauf beziehen.

Die einzelnen Elemente der „Überlebensregel“ sind:

Nur wenn ich immer z. B. nachgebe und verzichte (das typische Verhalten einer Person entsprechend ihren Persönlichkeitszügen)

und wenn ich niemals z. B. meinen Ärger zeige und mich durchsetze (das „verbotene“ Verhalten aufgrund der eigenen Entwicklungsgeschichte),

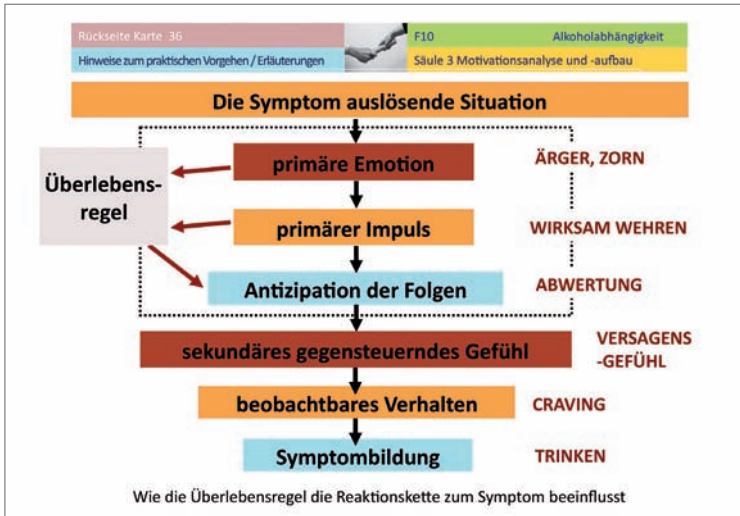
bewahre ich mir z. B. Geborgenheit und Liebe (das zentrale Bedürfnis)

und verhindere z. B. Ablehnung und Verlassenwerden (die zentrale Angst).

Begegnet der Mensch aufgrund seiner Überlebensregel einer Situation, die er unter Beachtung seiner Glaubenssätze nicht bewältigen kann, setzt die Symptombildung ein (Abb. 8).

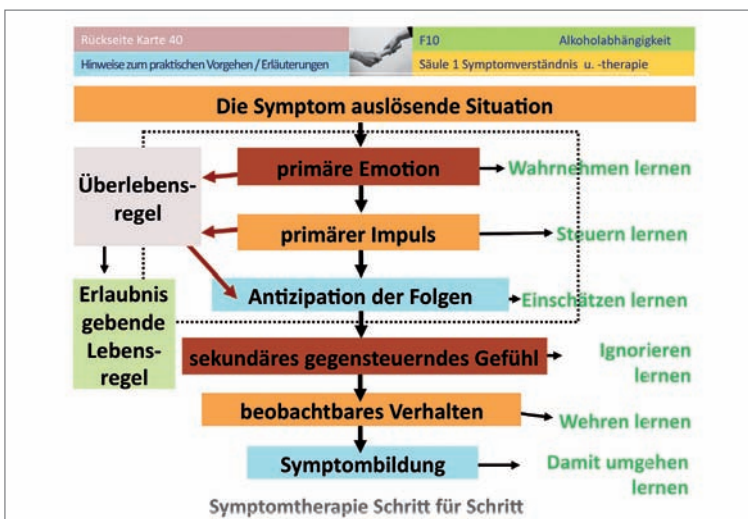
Ein Beispiel einer Rückfallanalyse aus dem Therapiealltag. Ein Patient kommt in die Arbeit. Sein Chef empfängt ihn mit ungerechtfertigten Vorwürfen zu einer Aufgabe vom Vortag. Der Betroffene schildert in der Rückfallanalyse ein Versagensgefühl. Der Therapeut fragt im Sokratischen Dialog und im Perspektivwechsel die Gruppe, welche Gefühle die Situation

Abbildung 8: Wie die Überlebensregel die Reaktionskette zum Symptom bestimmt



bei ihnen auslösen würde. Ärger und Zorn rücken in den Mittelpunkt der Betrachtung. Im Rückgriff auf die bereits an früherer Stelle erarbeitete Überlebensregel des rückfälligen Patienten werden die Abwehr dieser Gefühle und die daraus resultierenden primären Impulse deutlich. Er antizipiert in der Fantasie, dass der Chef ihn für wehrhaftes Verhalten noch aggressiver beschimpfen oder gar kündigen würde. Er versteht dann den Zusammenhang zwischen der verdrängten primären Emotion und seinem Rückfall. Gemeinsam werden daraus die Ziele und Änderungen der Therapiestrategie abgeleitet (Abb. 9).

Abbildung 9: Schrittweise Veränderung von Überlebensregel und Reaktionskette



Die „Erlaubnis-gebende Lebensregel“ könnte für obigen Patienten in etwa lauten:

Auch wenn ich weniger nachgebe und verzichte
und wenn ich häufiger meinen Ärger zeige und mich durchsetze,
bewahre ich mir z. B. Geborgenheit und Liebe
und verhindere z. B. Ablehnung und Verlassenwerden.

Der Patient hat damit die Möglichkeit, seine primäre Emotion (hier Ärger, Zorn) wahrzunehmen und den primären Handlungsimpuls auf seine Alltagstauglichkeit und soziale Relevanz hin zu prüfen. Kann ich die verbalen Aggressionen des Chefs ertragen (emotional „überleben“), wenn sie denn tatsächlich kommen sollten? Werde ich tatsächlich gekündigt, wenn ich Ärgergefühle zeige und äußere? In kleinen Verhaltensexperimenten, die zwischen den Sitzungen als therapeutische Hausaufgaben gegeben werden, erfolgt die Realitätsprüfung. Ein eventuelles Scheitern wird berücksichtigt und sekundäre gegensteuernde Gefühle (z. B. Ohnmacht, Scham) in der Exploration antizipiert. Der Patient lernt, diese zu ignorieren, auszuhalten und in seiner Übung hin zu mehr wehrhaftem Verhalten zu verbleiben. Das Selbstwirksamkeitserleben führt zu weniger Craving, die Rückfallprophylaxe ist erfolgreich.

Die Grundannahmen der SBT, auf denen auch die PKP aufgebaut wurde, wurden bereits an anderer Stelle in dieser Ausgabe thematisiert. Für die Entstehung der Alkoholkrankung und ihrer Therapie wird zunächst der Prozess der Symptombildung dargestellt. Entsprechend dem Titel eines Buchbeitrags von Sulz (2009) („Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie“) geht es darum, die Funktion des übermäßigen Alkoholkonsums zu verstehen, um dementsprechend die Interventionen in der Therapie zu planen. Auf der Makroebene analysieren wir die Entstehung des Symptoms unter dem Gesichtspunkt der (pathogenen) Lebensgestaltung und (pathogenen) Beziehungsgestaltung des Patienten. Welche Auslösesituation hat letztlich zum Anstieg des Trinkverhaltens geführt? Das Symptom wird als letztmögliche und unter dem Blickwinkel des Homöostaseprinzips der autonomen Psyche als „bestmöglicher“ Kompromiss verstanden. Die Überlebensregel wird nicht verletzt, zugleich wird eine Akkommodation des Selbstkonzepts vermieden. Der bedrohliche Konflikt ist aus Sicht der Selbstregulation der Psyche entschärft. Die Therapie geht nun den schmalen Grat zwischen schrittweiser Bewusstmachung der Überlebensregel und Aufzeigen des intrapsychischen Konflikts sowie der Definition notwendiger Entwicklungsprozesse, die das Symptom auflösen können. SBT und PKP haben somit als Ziel, dem Patienten neue Skills zu vermitteln, die es ihm ermöglichen, bisher kritische Situationen, die mit Suchtdruck und Trinken verknüpft waren, durch alternatives Coping zu bewältigen. Zugleich wird, falls notwendig, im Therapieprozess ein Überführen der Person von einer früheren (bei Suchterkrankungen ist es in der Regel die impulsive) Entwicklungsstufe nach Kegan auf die nächsthöhere gefördert. Natürlich ist diese psychodynamische Erklärung nur ein Arbeitsmodell zur Behandlung der Sucht. Man weiß heute, dass eine Suchterkrankung ein komplexes Zusammenspiel biopsychosozialer Faktoren ist und dementsprechend eine Behandlung multimodal und multiprofessionell erfolgen muss. Für eine zielgerichtete, strategische und erfolgreiche Alkoholentwöhnung haben sich das theoretische Fundament der SBT und das praxisgeleitete Behandlungskonzept der PKP als sehr hilfreich erwiesen (Hagleitner & Sulz, 2013 a, b, c).

Die Expositionsbehandlung ist ein Kernstück jeder Suchttherapie. Der Betroffene lernt, mit dem Verlangen nach der Substanz umzugehen. Achtsamkeit und radikale Akzeptanz sind die Grundlagen dafür. Die Exposition erfolgt zunächst therapeutisch, begleitet in sensu, und später – je nach Stabilität des Patienten – auch in vivo. Bei wiederholter Konfrontation kommt es zur Habituation und zur Stärkung der Ressourcen in der Distanzierung von Trinkmöglichkeiten und dem Ablehnen von Trinkangeboten in sozialen Verführungssituationen (Abb. 10).

Abbildung 10: Expositionsbehandlung des Cravings

Karte 40
Therapiethema

F10 Alkoholabhängigkeit
Säule 1 Symptomverständnis u. -therapie

Zuerst lernen wir mit dem Symptom (Craving) umzugehen:

- 1. Achtsamkeit:** Ich achte auf frühe Symptom/Cravingsignale
- 2. Akzeptanz:** Ich akzeptiere mein Symptom (Craving)
- 3. Bereitschaft – Entschiedenheit:** Ich entscheide mich, abstinent zu bleiben
- 4. Exposition:** Ich stelle mich meinem Symptom (Craving), ohne zu tun, wozu es mich bewegen will
- 5. Bekräftigung:** Danach bestärke ich mich für meinen richtigen Umgang mit dem Symptom (Craving)

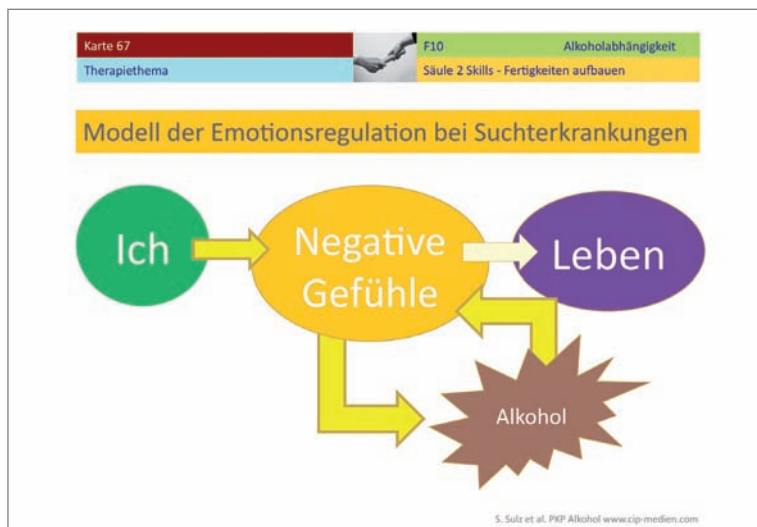
S. Sulz et al. PKP Alkohol www.cip-medien.com

Im PKP begreifen wir die Suchterkrankung primär als Störung der Emotionsregulation. Der Patient hat im Laufe seiner Biografie kein adäquates Coping im Umgang mit negativen und dem Aufbau positiver Emotionen entwickelt. Bei emotionalem Stress reagiert er mit Craving und Substanzkonsum. Wichtige Bereiche des Lebens bleiben unterentwickelt oder verkümmern in der Folge der Alkoholerkrankung (Abb. 11).

Im Modul „Emotionsregulation“ lernt der Patient Schritt für Schritt seine eigenen Gefühle kennen. Welche Gefühle hat er besonders häufig, welche kaum oder gar nicht? Was hat das mit der persönlichen Entwicklung zu tun? Welche Prägungen hat er erfahren, die bis heute dysfunktional wirksam sind? Die substanzfreie Regulation von Emotionen wird eingeübt, zunächst psychoedukativ und sokratisch entdeckend, dann praktisch im Alltag. In den Sitzungen erfolgt die Evaluation und Planung des weiteren Vorgehens. Rückfälle stellen bei Alkoholpatienten eher die Regel als die Ausnahme dar. Der Umgang damit ist standardisiert und gibt dem Betroffenen dadurch die Sicherheit und das Vertrauen, in der Therapie nicht entwertet und dennoch im Rückfallgeschehen ernst genommen zu werden (Abb. 12).

Der Rückfall wird weder dramatisiert, noch bagatellisiert. Er ist eine Verletzung der selbst und in der Gruppe als Konsens auferlegten Abstinenzvereinbarung (Marlatt & Gordon, 1980). Ziel ist einzig und allein, aus der Analyse des Rückfalls die auslösenden Bedingungen

Abbildung 11: Modell der Emotionsregulation



zu identifizieren und so zur weiteren Therapiestrategie zu kommen. Welcher situative Rahmen hat das Trinken begünstigt? Welcher Gedanke oder welches Verhalten hätte mir geholfen, trocken zu bleiben? Wen oder was hätte ich in der Situation gebraucht, um sie erfolgreich bewältigen zu können? Welche alten Muster haben sich im Rückfallgeschehen reaktiviert? Der Bogen von der Abstinenz zur Abstinenzverletzung und wieder zurück in die stabile und zufriedene Abstinenz wird gespannt. Der Therapeut begleitet empathisch und wertschätzend den Entdeckungsprozess. Das Bemühen und der Kampf des Patienten werden validiert. Die Abstinenzverletzung wird nüchtern und sachlich analysiert. Die Sprechstundenkarten dienen der Navigation durch das Dickicht der Sucht.

Abbildung 12: Abstinenzverletzung: Umgang mit dem Rückfall

Oben sind zwei Karten angegeben: Karte 64 (Therapiethema) und Karte F10 (Alkoholabhängigkeit, Säule 1 Symptomverständnis u. -therapie). Der Text lautet: 'Wenn eine Abstinenzverletzung stattgefunden hat*'. Darunter sind folgende Fragen und Punkte aufgelistet:

- Was war der Auslöser des Trinkens?
- Welche Gedanken und Gefühle folgen dem Wieder-Getrunken haben?
- Reattribution:
 - 1. Es ist kein völliger Rückfall, sondern ein einmaliger Vorfall
 - 2. Aus dem Fehler lernen, statt entmutigt zu sein
- Also, was hätte ich in dieser Situation von anderen gebraucht, um abstinent zu bleiben?
- Welche Fähigkeit und welches Verhalten hätte ich benötigt?
- Wie kann ich dafür sorgen, dass beides beim nächsten Mal verfügbar ist?

Unten links steht die Quelle: *Marlatt und Gordon (1985). Unten rechts steht die Quelle: S. Sulz et al. PKP Alkohol www.cjp-medien.com

Das PKP-Konzept kann bei 20- bis 25-Minuten-Sitzungen alle 14 Tage genauso angewandt werden wie bei wöchentlichen Verhaltenstherapien oder tiefenpsychologisch fundierten, gutachterpflichtigen Richtlinientherapien, in der Gruppe und im Einzelgespräch. Das Konzept wurde im gruppentherapeutischen Kontext der Fachambulanz für Alkoholkrankheit des Centrums für Integrative Medizin (CIPM) in München entwickelt, wo es auch laufend evaluiert wird (Hagleitner & Sulz, 2012, 2013 a, b, c; Sulz, Hagleitner & Antoni, 2014).

Fazit für die Praxis

Eine Alkoholkrankung ist eine komplexe und vielschichtige Störung. Durch die Häufigkeit und Verbreitung in der Allgemeinbevölkerung wird jeder Psychiater, Psychologischer Psychotherapeut oder sozialpädagogischer Suchttherapeut mit dieser Thematik konfrontiert. Wir möchten mit unserem Konzept der Psychiatrischen und Psychologischen Kurz-Psychotherapie Mut machen, die Behandlungslücke im System zwischen spezialisierten Einrichtungen und zuweisenden Kollegen und Kolleginnen zu schließen. Mit Hilfe der Sprechstunden- bzw. Therapiekarten haben Sie die Möglichkeit, in Ihrem spezifischen Arbeitssetting eine zielgerichtete und erfolgreiche Suchttherapie durchzuführen. Das kann in einzelnen Modulen, beispielsweise der Motivationsarbeit, als auch im Rahmen einer vollständigen Alkoholentwöhnung sein.

Literatur

- Burtscheidt, W. (2001). *Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit*. Berlin: Springer.
- DiClemente, C.C. & Prochaska, J.O. (1995). *Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. New York: William Morrow.
- Hagleitner, R. & Sulz, S.K.D. (2012). *Ambulantes Emotionsregulationstraining bei Alkoholabhängigkeit*. Poster auf dem Deutschen Suchtkongress 03.-06.10.2012 in Berlin.
- Hagleitner, R. & Sulz, S.K.D. (2013a). *Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP bei Alkoholkrankheit – ein neuer Ansatz in der Suchtbehandlung*. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress 18.-21.9.2013 in Bonn.
- Hagleitner, R., Sulz S.K.D. (2013b). *Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP bei Alkoholkrankheit – ein neuer Ansatz in der Suchtbehandlung*. Vortrag auf dem 14. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation 26.-28. September in Prien am Chiemsee.
- Hagleitner, R. & Sulz, S.K.D. (2013c). *Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP bei Alkoholkrankheit – ein neuer Ansatz in der Suchtbehandlung*. Vortrag am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am 02.10.2013.
- Hagleitner, R., Antoni, J. & Sulz, S.K.D. (2012). *Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP bei Alkoholkrankheit – ein neuer Ansatz in der Suchtbehandlung*. Workshop auf dem DGPPN-Kongress 21.-24.11.2012.
- Hagleitner, R., Antoni, J. & Sulz, S.K.D. (2013). *Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP bei Alkoholkrankheit – ein neuer Ansatz in der Suchtbehandlung*. Workshop auf dem DGPPN-Kongress 27.-30.11.2013.

- Mann, K., Berner, M.M., Günthner, A. (2012). Suchterkrankungen. In M. Berger (Hrsg.), Psychische Erkrankungen (S. 291-346). München: Elsevier.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1980). Determinants of relapse. Implication for the maintenance for behavior change. In P. Davidson (Ed.), Behavioral Medicine. Changing health lifestyles. New York: Brunner Mazel.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.
- Sulz, S.K.D. (1994/2012). Strategische Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien (2012 als E-Book erschienen).
- Sulz, S.K.D.(2009). Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Selbstregulation und -organisation als Therapieprinzip. In S.K.D. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), Strategisch-Behaviorale Therapie (1-37). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Hauke, G. (Hrsg.)(2010). Strategisch-Behaviorale Therapie . München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Antoni, J., Hagleitner, R. & Spaan, L. (2012). Psychotherapie-Karten für die Praxis. Alkoholabhängigkeit. PKP-Handbuch. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Hagleitner, R. & Antoni, J. (2014) Psychiatrische Kurzzeit-Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit. Der Neurologe und Psychiater, 3, 50-56.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. nat. Richard Hagleitner
Centrum für Integrative Psychosomatische Medizin (CIPM)
Landshuter Allee 45 | 80637 München
hagleitner@cipm-muenchen.de | Tel. 089-18 95 169-12