

# Strategische Kurzzeittherapie (SKT) bei Alkoholabhängigkeit

## Strategic Short Time Therapy with Alcohol Dependents

**Peter Rüster**

### Zusammenfassung

Im ersten Teil wird die multikausale und polyätiologische Fehlentwicklung zur Alkoholsucht beschrieben: Es können andere neurotische Störungen, Traumatisierungen, Verluste oder bizarre Sozialisierungsprozesse zum pathologischen Alkoholkonsum führen. In den meisten Fällen findet man ein stark gestörtes Selbstwerterleben bei den Alkoholikern. Im zweiten Abschnitt wird der Therapieverlauf orientiert am SKT-Konzept dargestellt. Aufgrund der speziellen Erfordernisse einer Suchtentwöhnungstherapie wird in der Anfangsphase der Schwerpunkt auf die Beziehungsaufnahme, Motivation und Edukation gelegt. Danach erfolgt eine Stabilisierungsphase mit Rückfallprophylaxe und Ressourcennobilisierung und erst anschließend eine Veränderungsphase **mit Konfrontationen und Erprobungen neuer Verhaltensweisen und schließlich die Ablösungsphase.**

**Schlüsselwörter** Alkoholentwöhnungstherapie – SKT-Modelle – Therapieverlauf – Entwicklungsstörungen

### Summary

In the first part the multicausal and polyetiological development of alcohol addiction is being described. Various neurotic disorders, traumatising, experience of loss or bizarre socialising processes may lead to pathological use of alcohol. In most cases a massive disorder of self-esteem will be found in alcoholics. In the second part the progress of therapy according to the SKT concept is being presented. Because of the special requirements of the treatment the establishment of relation, motivation and education is being emphasized in the beginning. After that a phase stabilising along with relapse prevention as well as mobilisation of resources is taking place. Only then follows a phase of alteration of behavior along with confrontation and testing of new behavior before detachment can take place.

**Key words** treatment of alcoholism – SKT-models – therapy process – development disorders

### Prozesse der Syndromentwicklung und Störungsmodell

Die Alkoholabhängigkeit eines Patienten ist immer multikausal bedingt. Es wirken einerseits genetische Einflüsse, und es finden biologische Veränderungen statt (z. B. im Endorphin-System oder im MEOS-System) (s. Nestler und Malenka, 2004). Die physiologische Ausstattung eines Menschen hat einen Einfluss darauf, wie viel Alkohol eine Person verträgt. Beispielsweise werden Frauen bei gleicher Trinkmenge eher abhängig als Männer, was mit dem anderen Hormonstatus und Fettgewebe erklärt wird (s. Feuerlein et al., 1998). Weiterhin wirken sich intrapersonal erzeugte Prozesse (z. B. wahrnehmen, bewerten, fühlen usw.) und Inhalte (z. B. bestimmte Bedürfnisse, persönliche Ziele usw.) auf das Alkoholkonsumverhalten einer Person aus. Schließlich spielt auch die Intensität der Umwelteinflüsse eine Rolle für die Entscheidungen eines Patienten, z. B. ob er Alkohol trinkt oder nicht, wenn er von Ko-Alkoholikern dazu animiert wird. Im nachfolgenden SKT-Modell wird insbesondere die Entwicklung der intrapersonellen Prozesse anhand typischer Fälle dargestellt.

Die zweite Prämisse ist eine polyätiologische Fehlentwicklung zur Alkoholsucht. Es ist davon auszugehen, dass eine interindividuell sehr unterschiedliche Vielfalt von möglichen Fehlentwicklungen zur Alkoholsucht führen kann („Multae viae Romam ducunt ...“). Beispielsweise kann es bei Kindern, die in Suchtfamilien aufwachsen, zum frühzeitig gelockerten

Umgang mit Alkohol führen oder nach schwerwiegenden life-events (bes. Verlusterlebnissen) und nach Traumatisierungen auch im späteren Lebensalter zur Suchtentwicklung kommen. Bei anderen Patienten entwickelt sich eine Sucht vor dem Hintergrund von Selbstwertzweifeln und Selbstunsicherheit, besonders wenn aktuelle Bezugspersonen (z. B. Partner) oder die Peergroup dazu animieren, Alkohol zu trinken. Es kann sich auch aufgrund anderer psychischer Krankheiten (Depressionen, Ängsten, Schmerzsyndromen) und dabei zur Linderung einzelner Symptome (z. B. depressiver Schlafstörungen) ein pathologischer Gebrauch von Alkohol entwickeln und schließlich zur Abhängigkeit führen.

Bei der Gruppe der Alkoholabhängigen findet man also mehrere Formen von Ursachen-Funktions-Zusammenhängen, die zum Abhängigkeitssyndrom führen können. Aus der Sicht der analytischen Psychotherapie unterscheiden Voigtel und Ebi (2003) fünf Formen der Suchtentwicklung:

- reaktive Sucht, wobei der Suchtmittelkonsum als Reaktion auf besondere psychische Belastungen auftritt
- symptombezogene Sucht: d. h., die Sucht tritt als Reaktion auf andere psychische Störungen auf (z. B. Angst, Depressionen) oder ist die Reaktion auf einzelne Symptome anderer Störungen (z. B. Schlafstörungen, Tinnitus, Schmerzen)
- adaptive Sucht: d. h. Alkoholkonsum, um einen unerträglichen Affekt körperlich zu verändern
- symbiotische Sucht: d. h. Alkoholkonsum, um einen Objektverlust zu verleugnen

- masochistische Sucht: d. h. Alkoholkonsum, um einen Angriff auf das Selbst zu verleugnen

Während bei den ersten beiden Formen die Sucht Teil einer Abwehrformation innerhalb anderer psychischer Krankheiten ist, liegen den drei zuletzt genannten Formen nach Voigtelichstrukturelle Störungen zugrunde.

Unter einer anderen Perspektive spielen die vom späteren Patienten internalisierten sozialen Einflüsse in der Kindheit und Jugendzeit eine erhebliche Rolle. Vor allem Alkoholsucht von Eltern(-teilen) oder ein sehr gelockerter Umgang der Bezugspersonen mit Alkohol kann, vermittelt über Modelllernen, Identifikationen und zur Kompensation von Selbstwertdefiziten, zu häufigem Alkoholkonsum und bei allmählicher Steigerung der Trinkmenge schließlich zur Abhängigkeit führen.

Durch genetisch bedingte Vulnerabilität kann eine Suchtentwicklung zusätzliche Unterstützung erhalten. Beispielsweise wenn genetisch determiniert eine hohe Verträglichkeit von Alkohol vorhanden ist und dadurch die üblichen negativen Auswirkungen bei gesteigertem Alkoholkonsum (Kater haben, Übelkeit danach) weniger oder kaum auftreten. In der Folgezeit verträgt der Betroffene dann viel mehr Alkohol, bevor negative Konsequenzen eintreten. Durch die hohen Trinkmengen kommt es schließlich zur Abhängigkeit.

Ein anderer Weg zur Abhängigkeit läuft über Suchtverlagerung, d. h., ein Patient hat im Jugendalter eine Essstörung oder eine Drogensucht; diese remittiert im Erwachsenenalter, wenn z. B. kein Kontakt mehr zur Drogenszene besteht, und er verlagert sich auf den Alkohol als Suchtmittel.

Vorstehend genannt wurden bereits Traumatisierungen und schwerwiegende life-events, sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter. Manche Patientinnen berichten im Verlauf der langfristigen Psychotherapie über sexuellen Missbrauch in ihren Herkunftsfamilien, besonders wenn dort Süchtige im Umfeld waren. Häufiger findet man auch Verluste, die zu einer plötzlichen Steigerung des Alkoholkonsums führten, beispielsweise nach dem Tod eines langjährigen Partners oder bei erheblichem Verlust von Geld und Vermögen beginnen einige Menschen massiv zu trinken, obwohl vor dem Ereignis vergleichsweise normal getrunken wurde. Wenn dieses reaktive Verhalten nicht remittiert, kann sich in einigen Fällen bereits nach 2 bis 3 Jahren eine manifeste Abhängigkeit ausbilden. Bei einem solchen „reaktiven Alkoholkonsum“ berichten die Betroffenen häufig, dass sie getrunken haben, um noch sozial funktionieren und depressive Gefühle, Existenzängste und Zukunftsängste ignorieren zu können.

Ein weiteres Motiv zum Trinken findet man auch bei Patienten mit Defiziten in der sozialen Zugehörigkeit, z. B. nach Übersiedlungen oder Entwurzelungen aus vormals fest gefügten sozialen Systemen. Insbesondere wenn dieses Defizit mit Einsamkeit einhergeht, wird an den Feierabenden und Wochenenden getrunken, und der pathologische Alkoholkonsum wird zur Freizeitgestaltung.

Der Alkohol hat nicht nur die Wirkung, negative Gefühle abzuschwächen, sondern es können auch positive Gefühle gesteigert werden (Rauscherlebnisse und „Kick-Erlebnisse“). In

diesen Fällen kommt eine sachimmanente Entwicklungslogik zum Tragen: Aus einem „Immer wieder“ wird ein „Immer mehr“, da man den Alkoholkonsum steigern muss, um bei Wiederholungen den gleichen Rauscheffekt zu bekommen.

Unter dem Aspekt der SKT findet man bei Alkoholabhängigen dysfunktionale Überlebensstrategien, die aus der Kindheit in das Erwachsenenleben übernommen werden. Die dadurch bedingten, sich wiederholenden Frustrationserlebnisse (z. B. in der Beziehungs- oder Lebensgestaltung) und negativen Affekte werden durch die Alkoholwirkung gedämpft und abgeschwächt. Die negative Verstärkung im Zusammenhang mit der Alkoholfuhr konditioniert somit ein pathologisches Trinkverhalten. Nachdem dieses „zustandsabhängige Lernen“ stattgefunden hat, wird das Trinkverhalten in ähnlichen emotionalen Zuständen besonders gut abrufbar. In späteren Konflikt- und Stresssituationen baut der (potentielle) Alkoholiker eine „Effekt- und Kompetenzerwartung“ (s. bei Lindenmeyer, 1999) an den Alkohol auf und trinkt erneut Alkohol in der Erwartung, dadurch wieder den gewünschten Effekt (Verringerung negativer Gefühle oder Steigerung positiver Gefühle) zu erzielen. Im Fall der Kompetenzerwartung möchte die Person durch Alkoholfuhr wieder vormals erlebte Fähigkeiten (z. B. sexuelle Enthemmung oder aggressiv-behauptendes Verhalten) für sich möglich machen.

Auf der Basis einer Vielzahl durchgeführter Psychotherapien bei Alkoholabhängigen wird nachfolgend ein SKT-orientiertes Alkoholismus-Störungsmodell dargestellt:

### **Die störungsauslösenden Situationen**

Der Weg zur Sucht ist in den meisten Fällen eine schleichende, chronifizierte Entwicklung, d. h., zunächst besteht ein pathologischer Konsum von Alkohol (Konflikttrinken), dann ein Abusus und schließlich entsteht ein Abhängigkeitsyndrom. Deshalb gestaltet sich die Klärung der symptomauslösenden Situation oder gar einer Bedingungsanalyse, was am Anfang einer Therapie erfolgen sollte, häufig schwierig. Hilfreich ist es, mit dem Patienten seine Lebenssituation zur Zeit einer erheblichen Steigerung der Trinkmenge durchzugehen oder den Zeitpunkt zu eruieren, zu dem ihm erstmals selber sein pathologisches Trinkverhalten deutlich aufgefallen ist, z. B. als er heimlich zu trinken begann, als ein körperlicher Entzug erstmals auftrat, nachdem ihn wichtige Bezugspersonen auf den Alkoholkonsum ansprachen.

Als häufig vorausgehende externe Bedingungen für eine erhebliche Steigerung der Trinkmenge findet man spezifische Stresssituationen (Überforderung am Arbeitsplatz oder in der Familie, Mobbing, Partnerschaftskonflikte), Anpassung oder Zugehörigkeitswünsche an eine Peergroup oder an einen Partner mit hohem Alkoholkonsum, Verlusterlebnisse oder drohende Verluste auf verschiedenen Ebenen: Verluste von Bezugspersonen, Arbeit, sozialer Integration, Geld und Vermögen. Weitere externe Auslöser sind: andauernde Beziehungskrisen und häufig gescheiterte Beziehungen, hohe Schulden (mit der Folge der Einengung auf das Lebensminimum und Konsumverzicht). Auslösend, besonders bei Rückfällen, ist die Verfügbarkeit und „Griffnähe“ von Alkohol.

Als häufig vorausgehende interne Bedingungen für die Trinkmengenerhöhung werden genannt: körperliche Entzugerscheinungen wegen der Abhängigkeit, Toleranzerscheinungen gegenüber Alkohol (d. h., es werden immer größere Trinkmengen erforderlich, um den erwünschten Effekt zu erreichen), negative emotionale Zustände (besonders Ängste, Depressionen, Frustrationen), Schlafstörungen, Schmerzen, körperliche Krankheiten, Wunsch nach schnellem positivem Affekt („Kick“), frustrierte Zugehörigkeitswünsche oder Wunsch nach Zugehörigkeit (z. B. mit hohem Alkoholkonsum angeben), Hilfs- und Hoffnungslosigkeit, Vorstellung, durch Alkohol die eigenen Fähigkeiten zu steigern (z. B. soziale und emotionale Härten aushalten, sexuelle Fähigkeiten steigern), Wunsch nach Enthemmung, vor allem von sexuellen und aggressiven Hemmungen, und fast immer ein negatives Selbstwertgefühl und Defizite bei der Selbstsicherheit und in den sozialen Kompetenzen (s. u. a. Feuerlein, 1997; L8;denmeyer, 1999; Sulz, 1994). Im Vorfeld der symptomauslösenden Situation sind meist eine pathogene Lebensgestaltung und eine pathogene Beziehungsgestaltung zu finden.

### **Pathogene Beziehungsgestaltung**

Bei Alkoholikern findet man Defizite im Selbstwertgefühl und im Selbstvertrauen, die in Beziehungen negative Erlebnisse hervorrufen und insbesondere devote und dependente Beziehungsgestalten fördern. Der Süchtige fühlt sich oft unterlegen und selbstunsicher. Alkoholkonsum dient zur Kompensation solcher Gefühle und ermöglicht in einigen Fällen aggressiveres Verhalten, das dann auf starke Ablehnung der Bezugspersonen stößt. Dadurch werden wiederum Schuld- und Insuffizienzgefühle intensiviert. Es mangelt weiterhin an einer adäquaten Konfliktfähigkeit, stattdessen kommt es zu Übergefügigkeiten und Überanpassungen und davon ausgehend gegenregulierend von Zeit zu Zeit zu durchbruchartigen Aggressionen und krass egoistischen, irrationalen Forderungen, verschärft durch die Wirkung des Alkohols, der aggressiv enthemmt.

Vor dem Hintergrund o. g. Dynamiken führt es bei Alkoholikern immer wieder zum Scheitern von Beziehungen und in einigen Fällen auch zu häufig wechselnden Partnerschaften. Ursache sind eine fehlende soziale Kompetenz in Beziehungen und sich daraufhin aufbauende Frustrationen, die mit Alkohol abgeschwächt werden sollen, oder es soll ein Gefühl gesteigerter subjektiver Kompetenzen durch Alkohol erzielt werden. Manche Alkoholiker suchen sich Partner, die ebenfalls einen pathologischen Alkoholkonsum haben, um sich in der Beziehung gleichwertig fühlen zu können und sich Vorwürfe des Partners zu ersparen. In diesen Sucht-Partnerschaften erleben sie dann vermehrt destruktive Interaktionen bis hin zu tätlichen Auseinandersetzungen. Solche u. U. krassen Negativerlebnisse sind dann der Boden für erneute Alkoholexzesse.

### **Pathogene Lebensgestaltung**

Alkoholiker vermeiden häufig Situationen und Aufgaben, die Anforderungen stellen (z. B. sich durchsetzen zu müssen oder sich auf Veränderungen der Lebenssituation einzulassen), da

ihr Selbstvertrauen reduziert ist. Manchmal dient auch das Alkoholisiersein als innere Rechtfertigung für Vermeidungen von Aufgaben und Anforderungen. Auf der anderen Seite entwickeln Alkoholiker vorwurfsvoll getönte Anspruchshaltungen, die meist auf Ablehnung im Umfeld stoßen. Soweit ein Betroffener eine berufliche Karriere gemacht und eine verantwortungsvolle Position erreicht hat, kommt es aufgrund der minderwertig erlebten Persönlichkeit beispielsweise aufgrund von mangelnder Abgrenzung (z. B. als Chef Arbeit delegieren können) oder kompensatorischem Geltungsbedürfnis (z. B. alle Aufträge annehmen, bis zur Erschöpfung) oder bei ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien (d. h. schlechte Selbstfürsorge) zum intensiven Bedürfnis, abzuschalten, „sich dicht zu machen“ oder „sich mal gehen lassen zu dürfen“ oder lustvolle Gefühle zu spüren, was nur durch die enthemmende Wirkung des Alkohols als möglich empfunden wird. Dann werden Feierabend und Wochenenden mit exzessivem Alkoholkonsum gestaltet, und schließlich entwickelt sich eine Sucht. In solchen Fällen hat die Sucht die Funktion, dass eine „überzogene“ Karriere zum Stillstand kommt, sobald der Betroffene von seinen Vorgesetzten als Alkoholiker identifiziert wurde.

Die Lebensgestaltung eines Alkoholikers wird im Lauf der Suchtentwicklung immer mehr eingeeengt auf die Beschaffung und den Konsum von Alkohol.

Der typische Prozess der Symptomentstehung bei Alkoholikern soll an drei häufig anzutreffenden Beispielen verdeutlicht werden:

#### **Erstes Fallbeispiel:**

Primäres Gefühl: Angst, sich auf eine schwierig erlebte Anforderung oder Veränderung einzulassen

Primärer Handlungsimpuls: Wunsch nach Vermeidung der Anforderung oder Veränderung (weglaufen)

Antizipation bedrohlicher Handlungskonsequenzen: Zweifel an den eigenen Fähigkeiten, es zu schaffen (Angst, zu scheitern), Angst, abgewertet zu werden, wenn die Anforderung dennoch angegangen wird

Sekundäre gegensteuernde Gefühle: sich unter Druck setzen, es dennoch schaffen zu wollen

Unterdrücken natürlichen Copings: vermeiden, die eigenen Fähigkeiten auszuprobieren; vermeiden, realitätsüberprüfende Erfahrungen mit sich zu machen; damit leben zu lernen, auch Fehler zu machen

Neue verhaltenssteuernde Gefühle: Frustration und Ärger  
Symptom: intensiver Alkoholkonsum, um die eigenen Kompetenzerwartungen zu steigern („Mit Alkohol kann ich es ... halte ich es aus ...“)

Sekundäre Verhaltensweisen: Vorwürfe an diejenigen, die Anforderungen stellen oder Veränderungen erwarten. Neid- oder Eifersuchtsverhalten gegenüber denjenigen, die Anforderungen schaffen

#### **Zweites Fallbeispiel:**

Primäres Gefühl: Unsicherheit bei Kontakten mit dem anderen Geschlecht

Primärer Handlungsimpuls: aggressiver Impuls, potentielle Partnerin/potentiellen Partner einfach anzusprechen („anzubaggern“)

Antizipation bedrohlicher Handlungskonsequenzen: abgewiesen und

lächerlich gemacht zu werden

Sekundäre gegensteuernde Gefühle: Angst- und Schamgefühle

Unterdrücken natürlichen Copings: Vermeidung intensiverer Kontakte statt vorsichtigen Sichannaherns

Neue verhaltenssteuernde Gefühle: Spannung bei Kontakten mit dem anderen Geschlecht, Insuffizienzgefühle, Resignation

Symptom: intensiver Alkoholkonsum, um sich „Mut anzutrinken“ und sich sicher und angriffslustiger bzw. enthemmter zu fühlen

Sekundäre Verhaltensweisen: Abwertungen und Vorwurfsgehalten gegenüber möglichen Partnern/Partnerinnen

### **Drittes Fallbeispiel:**

Primäres Gefühl: Wunsch nach Zugehörigkeit, Wunsch nach Gemeinschaftsgefühl

Primärer Handlungsimpuls: sich aufdrängen, sich in den Vordergrund stellen: „der Größte sein wollen“

Antizipation bedrohlicher Handlungskonsequenzen: Kritik anderer; Abwertung durch andere; lächerlich gemacht zu werden; abgewiesen zu werden

Sekundäre gegensteuernde Gefühle: Wut; es den anderen zeigen wollen

Unterdrücken natürlichen Copings: Vermeidung eines adäquaten Interesses an anderen; ausreichende Frustrationstoleranz in Kontakten

Neue verhaltenssteuernde Gefühle: quälende Insuffizienzgefühle; Gefühl, ausgeschlossen zu sein; sich auch unter Freunden allein fühlen

Symptom: Alkoholzufuhr, Erwartung von Entlastung durch Alkohol, Erwartung von Bewunderung durch andere wegen der Trinkfestigkeit oder Bewunderung für unter Alkohol auftretendes Verhalten (z. B. besonders riskantes Verhalten, Wagemut)

Sekundäre Verhaltensweisen: Bagatellisieren des Alkoholkonsums; Appell an die Gemeinschaft, dass gemeinsames Trinken solidarisch sein würde

Zum weiteren Verständnis der Entwicklungsdynamik der Alkoholabhängigkeit sind die funktionellen Bedingungen zur Aufrechterhaltung der Störung von Interesse:

Positive Verstärkungen durch die soziale Umwelt: Anregung zum Alkoholkonsum durch Partner oder Peergroup (Trinksitten), wodurch Zugehörigkeitsgefühle und Anpassungsbedürfnisse mobilisiert werden; Alkoholwerbung, in der Alkoholkonsum irrational verherrlicht wird; Aufmerksamkeit durch andere und Zuwendungen für Leistungen und Fähigkeiten insbesondere aggressiver oder sexueller Art, die unter Alkoholeinfluss gemacht wurden („Mutprobe“).

### **Bewahren von Verstärkungen**

Immer nur unter Alkoholeinfluss selbstsicher, aggressiv-fordernd und cool sein können, was durch Zuspruch von anderen und durch eigene so empfundene Erfolgserlebnisse verstärkt wird, z. B. sich durchgesetzt zu haben; es anderen gezeigt zu

haben; sich mal Luft gemacht zu haben. Die konditionierte Effekterwartung führt dann zum wiederholten Alkoholkonsum. Auch das Bewahren von negativen Verstärkungen, d. h. Verstärkung des Symptomverhaltens durch den Wegfall negativer Konsequenzen, dass sich beispielsweise immer wieder negative Gefühle und Frustrationen durch Alkoholkonsum reduzieren oder positive Gefühle durch Alkohol steigern. Durch molekulare Anpassung daran kann das Gehirn schließlich immer schlechter Glücksgefühle und weitergehend ohne Alkohol kein normales psycho-physisches Wohlfühl mehr erzeugen (Nestler und Malenka, 2004). Der Betroffene verspürt dann Suchtdruck.

### **Vermeiden aversiver Konsequenzen**

Der Alkoholkonsum verringert eine adäquate Konfliktfähigkeit und reduziert die (unbequemere) Selbstverantwortung.

### **Bestätigung der Selbst- und Weltsicht**

Die Alkoholiker entwickeln die Vorstellung, durch Alkoholkonsum stark und erfolgreich zu sein oder keine andere Chance zu haben, als zu trinken, weil die Welt so schwierig ist oder die Konflikte als unlösbar empfunden werden. Manche Patienten trinken sich ihre Welt regelrecht schön, um es darin auszuhalten.

## **Die Rekonstruktion der (kindlichen) Entwicklungsgeschichte in der Suchttherapie**

### **Genetische Dispositionen**

Alkoholabhängigkeit tritt mit familiärer Häufung auf (s. Feuerlein et al., 1998). Inwieweit genetische Bedingungen oder frühkindliche Lernerfahrungen dafür bestimmend sind, wird kontrovers diskutiert. Von Seiten der Genforscher wird eine angeborene erhöhte körperliche Verträglichkeit von Alkohol bei später Süchtigen angenommen. Die größere Verträglichkeit führt dazu, dass diese Personen mehr Alkohol vertragen als andere und die negativen Sofortwirkungen des Alkohols („Katergefühle“) erst nach viel größeren Trinkmengen empfinden. Dies führt dazu, dass sie auch viel mehr als andere trinken und deshalb eher abhängig werden.

### **Lerngeschichte**

Bei Alkoholikern findet man gehäuft Trinker in den Herkunftsfamilien oder zumindest einen gelockerten Umgang mit Alkohol bei frühen Bezugspersonen und im sozialen Umfeld der Betroffenen. Dies führt einerseits zum Modelllernen hinsichtlich Alkoholkonsum, zu Identifikationen mit Trinksitten und auch zum kindlichen Konsum von Alkohol. Darauf begründet bahnt sich eine individuelle Alkoholentwicklung an. Zugehörigkeit zur Gemeinschaft wird durch Teilnahme an den überhöhten Trinkgewohnheiten erlebt.

Andererseits ergeben sich bei Kindern mit massiv trinkenden Elternteilen häufiger Bedrohungssituationen (z. B. durch einen betrunkenen, aggressiven Vater) und Konfrontationen mit Aggressionen. Es können natürlich auch aversive Erfahrungen des kleinen Kindes mit nicht trinkenden Elternteilen, insbesondere der Mutter, Grundlage einer späteren Suchtentwicklung werden (Voigtel und Ebi, 2003). Die Anpassungsstrategie besteht dann im Sich-Kleinmachen bei gleichzeitiger starker Ver-

unsicherung und Entwicklung von Selbstwertzweifeln. Manchmal wird auch im Übermaß versucht, Kontrolle über die Situation zu bekommen: „Wenn ich immer alles tue, was von mir verlangt wird, dann fühle ich mich sicher.“

## Therapie der Alkoholabhängigkeit nach dem SKT-Konzept

Der Therapieprozess bei der Strategischen Kurzzeittherapie folgt einem schematischen Ablauf (s. Sulz, 1994). Die Erfahrungen mit Suchtpatienten haben gezeigt, dass sich stark strukturierte Therapieabläufe oftmals nicht konsequent durchführen lassen. Beispielsweise muss in den meisten Fällen in der Anfangsphase der Therapie der Motivierung des Patienten sowohl zur Therapiedurchführung als auch zu Veränderungen besonders breiter Raum gegeben werden. Dies liegt an der meist fremdmotivierten Einstiegssituation zur Entwöhnungstherapie. Die Patienten kommen, weil sie wegen ihres Trinkverhaltens unter Druck gesetzt wurden, z. B. vom Arbeitgeber (z. B. Kündigungsdrohung), vom Partner (z. B. Trennungsdrohungen) oder auf dringendes Anraten ihres Arztes wegen beginnender gesundheitlicher Schädigungen. Aus der so gestalteten Fremdmotivation sollte möglichst bald eine für den Patienten wahrnehmbare Eigenmotivation werden. Ihm muss klar werden, dass er zur Therapie kommt, weil ihm seine Arbeitsstelle, seine Ehe oder seine Gesundheit wichtiger sind als der Alkohol. Nur mit dieser Motivation kann ein Therapieprozess sinnvoll fortgesetzt werden. Dagegen macht es keinen Sinn, einen Alkoholiker gegen seinen Willen zur konsequenten Abstinenz therapieren zu wollen; ggf. sollten dann andere Therapieziele definiert werden, z. B. kontrolliertes Trinken lernen oder harmreduktion zu bewirken. Der Therapeut muss sich dann entscheiden, ob Therapieziele unterhalb einer konsequenten Abstinenz mit seinen Vorstellungen noch vereinbar sind. In jedem Fall ist eine ausreichende Eigenmotivation des Patienten für eine vertiefende Arbeit nach dem SKT-Konzept nötig, und als Therapeut würde ich für diese Behandlungsmethode auch die völlige Alkoholabstinenz als Basis der Therapie und eine dauerhafte Abstinenz als Therapieziel für erforderlich halten.

Abweichend vom üblichen SKT-Prozess sollte bei der Behandlung von Suchtpatienten während des gesamten Therapieverlaufs ein Rückfallmanagement bei Bedarf (auch wiederholt) integriert werden, falls ein Patient rückfällig geworden ist. Das kann u. U. bedeuten, dass mitten im fortgeschrittenen Therapiestadium gewissermaßen von vorn angefangen und der Patient erneut zur konsequenten Abstinenz motiviert werden muss. Weiterhin sollte eine Rückfallprophylaxe eher am Anfang einer Therapie stehen, da mit einem Rückfall des Patienten häufig die Therapie abgebrochen wird. Als Therapiestrategie zur Rückfallvermeidung sollte auf der Ebene der Symptomauslösung mit dem Patienten ein Verständnis für seine typischen symptomauslösenden Situationen erarbeitet werden und anschließend seine Selbstregulation durch Sensibilisierung seiner inneren Wahrnehmung, Veränderung innerer Monologe und generelle Einstellungsänderungen verbessert und ein adäquateres Coping im Rollenspiel geübt werden.

Die langjährigen Erfahrungen in Entwöhnungstherapien haben gezeigt, dass nicht mit jedem Suchtpatienten jede Be-

arbeitungstiefe möglich ist, sondern die Bereitschaft der Patienten, z. B. Fragen der kindlichen Entwicklungsbedingungen zu reflektieren, sehr stark variiert. Es gibt Suchtpatienten, die verharren bei der Motivationsarbeit und einer Stimuluskontrolle zur Aufrechterhaltung der Abstinenz („Hauptsache trocken bleiben“). In solchen Fällen ist eine Arbeit nach dem SKT-Konzept nicht durchführbar.

Schließlich ist auch zu bedenken, dass durch chronischen massiven Alkoholkonsum hirnorganische Veränderungen bewirkt werden und darauf begründete organische Wesensänderungen eine Rolle spielen. Bei diesen Patienten ist eine gefühlsmobilisierende Arbeit oder eine selbstkritische und selbstexplorative Vertiefung nur sehr begrenzt möglich. Wenn beispielsweise ein Patient darauf beharrt, dass er getrunken habe, „weil es ihm geschmeckt hat“. In solchen Fällen ist zu empfehlen, dass teilweise nach dem SKT-Konzept vorgegangen wird, z. B. dem motivierenden Teil und der Ressourcenmobilisierung und ggf. auch der Konfrontation mehr Zeit zu widmen.

Vor der Darstellung der einzelnen SKT-Therapiestrategien soll zunächst über therapeutische Variablen, die bei Alkoholabhängigen grundsätzlich notwendig eingesetzt werden sollten, informiert werden: Am Anfang der Behandlung steht die Differentialdiagnose, ob der Patient ein Abususyndrom oder ein Abhängigkeitssyndrom hat. Beim Abhängigen ist das oberste Therapieziel der völligen und konsequenten Alkoholabstinenz unverzichtbar. Der Patient muss über die Notwendigkeit der völligen Abstinenz informiert werden. Dies ist für einige Betroffene keineswegs selbstverständlich. Weiterhin muss der Patient vom Therapeuten Informationen und Hinweise auf mögliche Störungsquellen für die völlige Abstinenz bekommen, z. B. Alkohol in Lebensmitteln und Medikamenten. Diese edukativen Aspekte sollten einer Therapie vorangestellt und im Therapieverlauf immer wieder mal erwähnt werden. Beispielsweise kann es selbst für gut motivierte Alkoholiker eine Versuchung sein, auch nach längerer Therapie sog. alkoholfreies Bier (enthält ca. 0,5 % Alkohol) zu probieren und darüber unvermeidbar in ein massives Rückfallgeschehen zu geraten.

Weiterhin hat sich gut bewährt, als pädagogische Behandlungsvariable eine regelmäßige Abstinenz- und Teilnahmekontrolle durchzuführen und ggf. den Patienten bei Verstößen damit zu konfrontieren und dabei auch Grenzen zu setzen, z. B. Entlassung von der Therapie nach dem dritten Rückfall (Rüster, 2003).

Unter Berücksichtigungen der o. g. Vorbereitungen und Eingrenzungen der Anwendungsmöglichkeiten wird für die Behandlung von Alkoholabhängigen folgende modifizierte SKT-Konzeption vorgeschlagen:

Zunächst sollte der Therapeut mehrere therapeutische Strategien als Handwerkszeug parat haben und variabel zum Einsatz bringen. Die dabei angestrebte Bearbeitungstiefe sollte am momentanen Zustand des Patienten orientiert sein. Beispielsweise ist bei drohendem Rückfall oder Widerstand des Patienten bevorzugt eine motivationale Strategie, bei emotionaler Offenheit und selbstexplorativer Bereitschaft des Patienten eine Entwicklungsstrategie forciert einzusetzen.

Mit Blick auf eine motivationale Strategie ist für Suchtpatienten zwischen Motivation zur Therapie, Motivation zur

Abstinenz und Motivation zur Veränderung zu differenzieren. Eine Motivation zur Entwöhnungstherapie (s. Miller und Rollnick, 1999) und Abstinenz ist insbesondere durch Reflexion der gesundheitlichen und psychosozialen negativen Veränderungen (z. B. in Beruf, Partnerschaft, Aussehen) durch den Alkoholkonsum und nochmalige Verschlechterungen bei weiterem Alkoholkonsum zu erreichen. Ausgehend von den ersten Situationsschilderungen wird dem Patienten konfrontierend vermittelt, dass er zwar weitertrinken könne, es dann aber diese und jene Folgen hätte, die er selber nicht wolle. Man bringt den Patienten dadurch in einen Konflikt mit seinen eigenen divergierenden Wünschen (z. B. massiv Alkohol konsumieren und dennoch gesund bleiben können). Schwieriger gestaltet sich die Motivierung, sich zu verändern. Viele Süchtige meinen, dass sie „sich einfach nur disziplinieren müssen, nicht mehr Alkohol zu trinken“ und ansonsten so weitermachen können wie bisher (z. B. Stammtischbesuche, Konfliktvermeidungen, schlechte Selbstfürsorge usw.). Aufgrund der bei vielen Süchtigen anzutreffenden Selbstwertstörung und Selbstunsicherheit haben sie Ängste, sich autonom zu verhalten. Die Aussicht, dass ein trockener Alkoholiker durch eine stabile Abstinenz unabhängiger werden kann und sich weniger bevormunden lassen muss, stellt durchaus eine positive Motivierung dar, die den Patienten animiert, etwas Neues zu erproben (z. B. Nein zu sagen oder etwas für sich zu fordern oder eigene Fehler zu ertragen). Besonders günstig wären Veränderungen, die dazu führen, dass der Patient die Kontrolle über Situationen (z. B. bei Konflikten oder Frustrationen) reduziert und ohne Alkohol zu trinken damit leben lernt, dass es diese Dinge gibt und er sich in angemessener Form wehren oder abgrenzen kann.

Der nächstwichtigste Therapieschritt sollte bewirken, dass der Patient funktionaler handeln und seine eigene Selbstwirksamkeit wieder klarer wahrnehmen kann. Der Therapeut sollte den Patienten dazu bewegen, die Erfahrung zu machen, dass er Stress, Konflikte und Frustrationen bewältigen oder zumindest teilweise bearbeiten kann und dass Alkoholkonsum oder andere Vermeidungsstrategien in solchen Situationen ihm schaden. Ein Patient, der aus Wut über eine Lebenssituation oder über Personen Suchtdruck bekommt, kann sich fragen, warum er die Wut selbstschädigend umsetzt und ob die Wut in dem empfundenen Ausmaß gerechtfertigt ist.

### **Das Therapieprocedere bei Alkoholabhängigen**

Wie bereits erwähnt ist der Einsatz des SKT-Konzepts bei Alkoholabhängigen prinzipiell möglich, aber bei einigen Subgruppen der Süchtigen wäre die Anwendung des SKT erheblich erschwert, oder es ist davon abzuraten (z. B. bei beginnender organischer Wesensänderung, ausschließlicher Fremdmotivation, fehlender Bereitschaft zur Selbstveränderung). Es wird deshalb eine sorgfältiges Screening der geeigneten Patienten (Basdekis-Jozsa und Nika, 2004) im Vorfeld einer SKT-Therapie empfohlen. Darüber hinaus wird geraten, bei der Behandlung von Alkoholikern den Ablauf des SKT-Prozesses in einigen Teilen zu verändern.

Mit Blick auf die Vielzahl der Suchtpatienten und angesichts der immer kürzer werdenden stationären Entwöhnungs-

therapien ist eine Fokussierung auf bestimmte Aspekte in der Psychotherapie sinnvoll und wünschenswert. Dies gilt insbesondere für Patienten mit vorwiegender Monosymptomatik (ICD-10 F10.2), während bei ausgeprägter Mehrfachdiagnose bevorzugt länger dauernde stationäre Therapien Erfolg versprechend sind (s. Soyka et al., 2004). Außerdem ließe sich das SKT-Kurzzeittherapie-Konzept bei Therapiewiederholern (bei Suchtpatienten häufiger nach Rückfällen) und bei sog. Auffangtherapien gut zur Anwendung bringen. Solche Patienten sind bereits vorbehandelt und mit den grundlegenden Belangen ihrer Krankheit vertraut (z. B. völlige Alkoholabstinenz notwendig), eine emotional und interaktionell weiterführende therapeutische Arbeit mit diesen Patienten wäre dann effektiv möglich.

Der bei Sulz (2002) beschriebene Therapieprozess von 20 Schritten stellt den Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung und die Motivierung des Patienten zur Veränderung an den Anfang einer Behandlung. So sollte ein Therapeut auch bei Alkoholikerbehandlungen verfahren. Die Herstellung einer guten Beziehung setzt beim Therapeuten die Fähigkeit voraus, sich einführend und empathisch zu verhalten. Probleme bei der Beziehungsgestaltung ergeben sich, wenn der Patient sogleich destruktiv mit dem strukturierten Therapieangebot umgeht (z. B. fehlende regelmäßige Teilnahme, läppi-sches Verhalten in der Gruppe, dissoziales Verhalten, Verleugnen offensichtlicher Rückfälligkeit). Wie an anderer Stelle ausführlich dargestellt (Ruster, 2003), wird in diesen Fällen die sofortige Konfrontation und eine klare Grenzsetzung empfohlen. Eine Konfrontation sollte allerdings so gestaltet werden, dass der Patient die Hinweise des Therapeuten noch nachvollziehen und integrieren kann.

Die Motivation des Alkoholikers sollte sich sowohl auf Abstinenz und Therapie als auch auf die Veränderung seines Lebens und Verhaltens beziehen. Um den Patienten zur lebenslänglichen Abstinenz zu motivieren, werden mehrere Strategien empfohlen. Zunächst kann man die Größe der bevorstehenden Aufgabe verkleinern, indem man mit dem Patienten vereinbart, er solle sich jeden Morgen sagen, er wolle den heutigen Tag trocken bleiben, was morgen wird, weiß man nicht. Weiterhin muss der Süchtige über die wesentlichen psychobiologischen Abläufe bei seiner Krankheit informiert werden. Beispielsweise folgendermaßen: „Durch den lang-jährigen hohen Alkoholkonsum hat sich die biochemische Situation in Ihrem Gehirn (Endorphin-System und MEOS-System, s. Nestler und Malenka, 2004) verändert. Wenn ein Alkoholiker bereits geringe Alkoholmengen trinkt, werden diese Systeme aktiviert, und es entsteht ein sehr starkes Verlangen, mehr Alkohol zu trinken. Diese Prozesse kann man nicht willentlich beeinflussen, sondern sie laufen so ab, wie z. B. Verdauungssekrete aktiviert werden, wenn man eine fette Speise isst. Diese biologischen Vorgänge erlebt der Patient als solche nicht, sondern er macht die Erfahrung, dass er immer wieder versucht, kontrolliert zu trinken, und dann erlebt, wie ihm sehr bald die Trinkmenge entgleist und er entgegen seinem Vorsatz wieder viel mehr Alkohol trinkt, als er wollte und ihm gut tut. Darüber hinaus muss der Patient wissen, dass seine Krankheit nicht ausheilt, d. h., er bleibt zeitlebens Alkoholabhängiger, aber er kann bestimmen, ob seine Krankheit

ausbricht (sobald er wieder etwas trinkt) oder ob sie nicht ausbricht, wenn er das erste Glas stehen lässt. Insofern hat ein Alkoholiker einen Vorteil gegenüber anderen Kranken, z. B. kann ein Krebspatient nicht darüber bestimmen, ob er durch ein Verhalten Rezidive bekommt.“

Die Motivation eines Patienten zur Entwöhnungstherapie kann der Therapeut durch Hinweise auf mögliche wünschenswerte Veränderungen im Zuge einer Therapie vergrößern. Zunächst wird empfohlen, im Regelfall auf paradoxe Interventionen zu verzichten (z. B.: „Sie schaffen es nie“), da ein dysphorischer und selbstwertreduzierter Patient dadurch noch mehr demoralisiert würde. Erfahrungsgemäß ist ein leicht optimistisches und forderndes Vorgehen Erfolg versprechender (z. B.: „Sie können es schaffen, wenn Sie beginnen, sich mit Ihrer Problematik auseinanderzusetzen“; „Nach einer Therapie sind ca. 35 bis 45 Prozent mehrere Jahre abstinent“; „Wenn Sie nach einer Therapie rückfällig werden, muss dies keine Katastrophe sein, Sie müssen sich nur schnellstens wieder Hilfe holen, um zur Abstinenz zurückzukehren“). Für eine weitergehende Motivierung sollte der Therapeut mit dem Patienten realistisch reflektieren, welche Vorteile ihm eine Therapie bringen kann und welche weniger wahrscheinlich sind. Beispielsweise kann ein Patient annehmen, dass bei konsequenter Abstinenz und Therapie ihm seine Arbeitsstelle erhalten bleibt (falls sie durch Alkoholkonsum gefährdet war) oder seine Partnerschaft sich positiv verändern kann oder der Patient sich selber wieder akzeptabler erlebt. Begleitend dazu sollten irrationale Vorstellungen des Patienten disputiert werden, falls er z. B. erwartet, dass mit dem Beginn der Abstinenz „automatisch alles besser wird“ oder seine Gefühle immer positiv bleiben oder er keine Konflikte mehr haben wird. Für eine Motivierung ist es vorteilhaft, wenn der Patient einen Konflikt spürt, bei dem er eine Entscheidung treffen kann und muss. Es wäre sicher eher aversiv, bei fortgesetztem Alkoholkonsum nur mit den gesundheitlichen Folgen zu drohen, vielmehr sollte man den Patienten auf seine Entscheidungsmöglichkeiten hinweisen: „Sie können weitertrinken, aber dann passiert dies und das ...“ und: „Wenn Sie sofort konsequent abstinent bleiben, kann sich Ihr körperlicher Zustand wieder bessern ...“

Weiterhin sollten i. S. des SKT-Prozesses die vorhandenen Ressourcen des Patienten mobilisiert werden (z. B. bereits geleistete Abstinenzzeiten besprechen: „Wie hat er es geschafft?“; Fähigkeiten, bei Alkoholangeboten Nein zu sagen), und er soll dazu angeregt werden, neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Beispielsweise ohne Stammkneipe auszukommen lernen oder Konflikte offen in adäquater Weise anzusprechen oder mal etwas zu fordern.

Insbesondere die Motivierung des Patienten zur Abstinenz und zur Therapie sollte im weiteren Therapieverlauf bei passender Gelegenheit wiederholt werden, und zwar nicht nur bei Rückfällen oder Krisen mit drohender Rückfälligkeit, sondern auch wenn in der Therapiestunde erkennbar wird, dass der Patient plötzlich wieder Vorstellungen und Wünsche hat, er könne doch noch kontrolliert trinken („Zu Sylvester oder zum Geburtstag ginge es doch“). Solche Äußerungen sollte der Therapeut nicht überhören, sondern umgehend ansprechen und die dahinterstehenden Wünsche herausarbeiten. Beispielsweise erleben es

einige Suchtpatienten als kränkenden Makel, auch den minimalen Alkoholkonsum „nicht mehr zu können“ (z. B. ein Glas Sekt zum Geburtstag). Wenn dann noch in einer Situation das Umfeld dazu anrät zu trinken („Ein Glas wird doch wohl gehen“), dockt die Trinkaufforderung gewissermaßen beim Patienten an, und es kommt zum Rückfall.

Im weiteren Therapieprozedere sollte zunächst stabilisierend gearbeitet werden, bevor korrigierende emotionale Erfahrungen und Neubewertungen angeregt werden. Anders als bei den meisten anderen psychischen Störungen ist es bei der Sucht ein besonderes Problem, wenn Patienten in der Anfangsphase einer Therapie rückfällig werden. Dann ist die Therapie oftmals beendet, da die Patienten noch keine Fähigkeiten haben, konstruktiv damit umzugehen, und die Hilfeerwartung an die Therapie durch das Rückfälligkeit massiv verletzt wurde („Ich habe wieder getrunken, also hilft mir die Therapie auch nicht“). Für den Therapieerfolg ist es günstig, wenn ein Patient sich zunächst stabiler fühlen kann und davon ausgehend Diskrepanzerlebnisse machen kann. Deshalb sollte nach der **Beziehungsherstellung und Motivierung** eine **Rückfallprophylaxe** stehen. Daran anschließend sollte eine **Ressourcenmobilisierung** und die Erarbeitung von Coping-Strategien und ein Aufbau von social skills erfolgen. Weiterhin sollten dem Patienten Selbstwirksamkeitserfahrungen wahrnehmbar gemacht werden. Denn die meisten Alkoholpatienten sind depressiv gestimmt und erleben Hilf- und Hoffnungslosigkeitsgefühle. Nach dieser **Stabilisierungsphase** sollte der Patient in der Lage sein, abstinent zu leben und vor allem abstinent an der Therapie teilzunehmen. Erst dann sollte eine eigentliche **Veränderungsphase** erfolgen, wobei nun vertiefte emotionale Erfahrungen und Diskrepanzerlebnisse gemacht werden können. Im weiteren Verlauf der Therapie kann die vertiefte Reflexion seiner Biografie erfolgen und die Überlebensregeln des Patienten herausgearbeitet werden.

Eine solche Stabilisierungsphase stellt sich folgendermaßen dar: Zunächst werden dem Patienten eine Rückfallprophylaxe und ein Rückfallmanagement vermittelt. Dafür ist wesentlich, dass der Patient ein Verständnis für die Auslöser von Suchtdruck und Trinkwünschen bekommt und damit umzugehen lernt. Beispielsweise kann der Patient in der Art einer Stimuluskontrolle lernen, typische externe Auslöser zu vermeiden (Besuch bestimmter Kneipen; Alkohol in der Wohnung zu haben; typische Ko-Alkoholiker besuchen; unbewegliches Sichzurückziehen). In solchen Situationen ist einfaches Vermeiden oder gegensteuerndes Verhalten sehr hilfreich, insbesondere wenn die Therapie noch nicht sehr weit fortgeschritten ist. Darüber hinaus kann mit dem Patienten eine bessere Wahrnehmung interner Auslöser und kompensierende Verhaltensweisen erarbeitet werden, beispielsweise wenn ein Patient spürt, dass er eine negative Stimmung bekommt, und er beginnt, bevorzugt destruktiv zu denken. Sobald ein Patient zu einer besseren inneren Wahrnehmung fähig ist, kann er lernen, gegensteuerndes Verhalten einzuleiten, z. B. „den Raum mit schlechter Stimmung zu verlassen“ oder bei Insuffizienzgefühlen Kontakt zu Mitmenschen zu suchen oder sich beim Aufkommen depressiver Gefühle körperliche Bewegung zu verschaffen. Darüber hinaus sollte der Patient ein Verständnis für die Funktion sei-

nes Alkoholkonsums, insbesondere im sozialen Kontext, gewinnen. Wenn er bemerkt, das er Trinkgelüste bekommt, weil er sich eigentlich in einer konkreten Situation über andere geärgert hat und er erfahrungsgemäß unter Alkoholeinfluss enthemmter wurde und dann „mal seine Meinung gesagt hat“ oder ihm dann „alles egal war“ und er sich in einen Rausch zurückgezogen hat, kann er sein selbstdestruktives Vorgehen in dieser Situation verstehen und verändern lernen.

Eine Mobilisierung der Ressourcen gehört zur Stabilisierung des Patienten. Ein chronischer Alkoholabhängiger hat über viele Jahre sein Leben um die Beschaffung und den Konsum von Alkohol organisiert. Bei heimlichen Trinkern kommt noch die Entsorgung der leeren Flaschen hinzu. Viele Alkoholiker haben sich im Zuge ihrer Trinkerkarriere sozial zurückgezogen oder leben in einer Trinker-Peergroup (z. B. Stammtischfreunde). Manche leben in ihren Familien isoliert und vereinsamt. Wenn ein Patient, der sich sozial so organisiert hat, von einem Tag auf den anderen völlig aufhören soll, Alkohol zu trinken, fehlt ihm was, und es entsteht zunächst ein Vakuumgefühl. Er weiß gewissermaßen nicht mehr, was er ohne Alkohol mit sich und seiner Zeit anfangen kann. Einige Alkoholiker stehen vor der Alternative, große Anteile oder gar den gesamten Bekanntenkreis aufzugeben, oder sie laufen Gefahr, unter dem Gruppendruck der „Noch-Trinker“ bald weder rückfällig zu werden. In dieser Situation kommt der Mobilisierung der Ressourcen des Patienten große Bedeutung zu. Als hilfreich hat sich die Rückbesinnung auf frühere Ressourcen erwiesen. Der Patient beginnt gewissermaßen, sein nunmehr abstinentes Leben ab dort weiterzuführen, wo er massiv zu trinken begonnen hat. Wenn der Beginn des süchtigen Trinkens nur wenige Jahre zurückliegt (z. B. die Alkoholexzesse begannen nach Verlusterlebnissen oder anderen life-events), erinnern sich die Patienten gern an frühere Fähigkeiten, und ein Ressourcenaufbau i. S. eines mastery and pleasury (DGVT, 1990) wird möglich. Schwieriger dagegen ist die Ressourcensmobilisierung und ein Shaping neuer Ressourcen bei stark chronifizierten Fällen. Bei diesen Patienten hat es sich bewährt, sie zunächst eigene Wünsche und Bedürfnisse wieder spüren zu lassen (z. B. in imaginativen Übungen). Wenn ein Patient wahrnimmt, was er sich wünscht und was ihm gefiele, hat er eine brauchbare Motivation, diese neuen Ziele auch zu verfolgen. Beispielsweise begann ein Patient, der sich eine Partnerin wünschte, wieder gepflegt zu kleiden, entwickelte Interesse für kulturelle Veranstaltungen und sportliche Aktivitäten, zudem nahm er an einem Kommunikationskurs an der Volkshochschule teil. Die Mobilisierung und ein Shaping neuer Ressourcen sollte während des gesamten Therapieverlaufs immer wieder angeregt werden, da die Veränderung der gewohnten und dysfunktionalen Verhaltensweisen für eine Stabilisierung der Alkoholabstinenz wesentlich ist. Weiterhin lassen sich social skills des Patienten (z. B. Nein sagen können, etwas fordern können; sich konsequent abgrenzen können) für eine Rückfallprophylaxe nutzen.

Die meisten Alkoholpatienten sind dysphorisch gestimmt (Ausnahme: Honeymoon-Effekt kurz nach Absetzen des Alkohols) und beklagen Gefühle der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. In der therapeutischen Arbeit mit Alkoholikern habe ich immer wieder Patienten in einem Zustand gelernter Hilflosig-

keit gesehen. D. h., sie haben in einem Zustand (scheinbarer) Ausweglosigkeit und starker sozialer Abhängigkeit ein depressioformes Syndrom entwickelt, wobei Inaktivität und belangloses Verhalten im Vordergrund stehen. Für diese Patienten bedeutet es eine wesentliche Stabilisierung ihrer Abstinenzmotivation, wenn sie möglichst bald wieder Erfahrungen von eigener Selbsteffizienz sammeln bzw. ihre eigene Selbsteffizienz wieder bewusster wahrnehmen können.

Die Patienten berichten, dass sie große Mengen Alkohol getrunken haben, „um noch zu funktionieren“, andernfalls wären sie vielleicht schwer depressiv geworden. Dieses kompensatorische Trinkverhalten kann bei Spiegeltrinkern zeitweilig durchaus erfolgreich wirken. Beispielsweise ein Kellner, der erst nach dem Konsum von einer halben Flasche Schnaps die nötige Sicherheit hat, um sich im Gedränge zu bewegen und zu behaupten (zustandsabhängiges Lernen). Wenn er aufhört zu trinken, erlebt er abrupt eine enormes Unsicherheitsgefühl, was häufig der Auslöser für Rückfälligkeit ist. Es lassen sich viele Beispiele finden, in denen Alkoholiker unter ihrer eigenen Nicht-Kontingenz leiden, beispielsweise bei Gefühlen sozialer und finanzieller Abhängigkeit in destruktiven Beziehungen, z. B. eine junge Mutter, die mit ihrem kleinen Kind bei den Eltern lebt und vom Vater geschlagen wird. Gefühle von Hilf- und Hoffnungslosigkeit entstehen auch nach dem Scheitern von Lebensplänen, so nach krassen finanziellen Verlusten und der Aussicht, lebenslang vom finanziellen Lebensminimum leben zu müssen. Ausichtslosigkeit stellt sich auch bei Verlusten von vorherigem Erfolg und Verlust von Ansehen ein; oder bei entsprechender Persönlichkeitsstörung (z. B. Borderline) die Erfahrung zu machen, dass die sehnlichst gewünschte Partnerschaft immer wieder scheitert. Weiterhin können chronische körperliche Krankheiten mit schlechter Prognose (z. B. Krebs, Schmerzleiden) zu Gefühlen der Ausweglosigkeit und Hilflosigkeit führen. Bei allen genannten Problemfeldern kann eine Person ein pathologisches Trinkverhalten entwickeln, um ihr Hilflosigkeitsgefühl abzuschwächen oder durch aggressives Verhalten zu kompensieren. Es entwickelt sich also eine Reaktionsreihe aus aggravierten Negativerlebnissen, Wahrnehmung eigener Hilflosigkeit und Wirkungslosigkeit sowie ängstlich-depressiven Gefühleszuständen, die durch starken Alkoholkonsum verändert werden sollen. Der Psychotherapeut wird nur in seltenen Fällen dazu beitragen können, dass sich die reale Lebenssituation schnell verändert, sondern muss zur inneren Stabilisierung des Patienten beitragen. Dabei spielen sowohl antidepressive Behandlungsstrategien (z. B. Depressionstherapie nach Beck) als auch gezielte Wahrnehmungsverbesserungen der eigenen Kontingenz eine wichtige Rolle. Dazu gehört auch das Attribuieren der eigenen Wirksamkeit als eigene Fähigkeit und sich dafür positives Feedback zu verschaffen. Wenn der Patient mithilfe des Therapeuten bemerkt, dass er zumindest im Kleinen noch wirksam ist und noch „etwas für ihn geht“, führt das zu seiner emotionalen Stabilisierung und verbessert seine Abstinenzmotivation. Erst dann sollte man die nächsten Schritte der Therapie angehen. Andernfalls wird ein Patient bei der immer wiederkehrenden Wahrnehmung der eigenen scheinbar



ausweglosen Situation auch in einer dauerhaften Abstinenz keinen Sinn sehen und bald wieder rückfällig werden.

In der bislang beschriebenen Stabilisierungsphase stehen die Rückfallprophylaxe, die Ressourcenmobilisierung und die Erfahrung eigener Selbsteffizienz im Vordergrund der therapeutischen Behandlungsstrategien, und tiefer gehende Veränderungen und Konfrontationen sollten nur wenig Raum einnehmen, auch wenn der Patient darauf drängt. Wenn es in der Therapie gelingt, den Patienten über einen Zeitraum von 6 bis 8 Wochen (im ambulanten Setting) abstinent zu halten, kann eine Phase vertiefter Veränderungen und ggf. Konfrontationen begonnen werden.

Konfrontation heißt nicht etwa, als Therapeut dem Patienten mal kräftig die Meinung zu sagen, wie es bei wenig ausgebildeten Behandlern leider vorkommt. Dies wäre ein aggressives Agieren der Gegenübertragung seitens des Therapeuten und als Kunstfehler anzusehen. Konfrontation bedeutet, den Patienten mit seinen eigenen Widersprüchen zu konfrontieren (z. B. gesund bleiben wollen und trotzdem exzessiv rückfällig sein zu können). Therapeutisches Konfrontieren macht auch erforderlich, einem Patienten klare Grenzen in der therapeutischen Beziehung zu benennen und konsequent einzuhalten (z. B. Beendigung der Therapie nach wiederholter Rückfälligkeit, auch wenn er daraufhin seinen Job verliert).

Eine Vertiefung und bewusste Reflexion emotionaler Erfahrungen kann ein Patient bei der Erinnerung und möglichst imaginativen Elaboration problematischer Erlebnisse erfahren. Dies können eigene Defizite sein oder auch traumatische Erlebnisse. Für eine psychotherapeutische Bearbeitung ist es notwendig, dass der Patient die kritische Situation emotional und möglichst imaginativ wiedererlebt. Der Therapeut attribuiert die Problemsituation in anderer Weise als der Patient und kommt zu einer Uminterpretation i. S. einer Bewältigungsmöglichkeit für den Patienten oder eines vom Patienten unbemerkt geleisteten Bewältigungsversuchs. Bei einem Trauma käme noch die Visualisierung der eigenen Handlungsfähigkeit und Wehrhaftigkeit hinzu. Die so expositionierten unangenehmen, kränkenden oder traumatisierenden Ereignisse sollen in das bewusste Erleben integrierbar und einer kritischen Realitätsprüfung unterzogen werden. Beispielsweise kann nach der emotionalen Reflexion eines sexuellen Übergriffes eine Gegenwehr imaginiert werden, und es wird mit dem Patienten darüber disputiert, dass nicht jede Berührung seitens eines fremden Menschen in sexueller Absicht geschieht. Re-flektierend durchgearbeitet sollten nicht nur die Bewältigungsmöglichkeiten, sondern auch die Auswirkungen, z. B. Generalisierung von Vermeidungsverhalten. In solchen Fällen sollte der Patient ein Verständnis für seine Vermeidungen bekommen und dann genteiliges Verhalten üben. Bei Suchtpatienten ist immer darauf zu achten, dass sie Realitäten ihrer eigenen Erlebenswelt durch das Suchtmittel vermeiden wollten. Ein wichtiges Lernziel ist deshalb, die eigene Wirklichkeit (z. B. im Berufsalltag, in der Familie, in Partnerschaften) und auch eigene Defizite und Misserfolge auszuhalten, ohne durch Alkoholkonsum die damit verbundenen Gefühle abzuschwächen und zu verzerren. Einige Patienten „trinken sich ihre realen Bedingungen schön“. Der Patient sollte in solchen Fällen mit den Realitäten konfrontiert und seine Gefühle (analog der Behandlung eines

Alexithymikers) desomatisiert und benennbar erlebt werden. Beispielsweise soll aus dem körperlich empfundenen Spannungsgefühl, das ein männlicher Patient beim Kontakt mit Frauen empfindet (und sich daraufhin Mut angetrunken hat), ein bewusstes Erleben und Benennenkönnen der verschiedenen Gefühle in dieser Problemsituation werden. Dazu kann der Therapeut Gefühle für den Patienten anführen oder auf somatische Marker (z. B. Mimik, Gestik) achten und daran anknüpfend die dahinterstehenden Affekte ansprechen und vertiefen. Ein weiterer Weg zur vertieften emotionalen Erfahrung wäre die Herausarbeitung und Konfrontation des Patienten mit seiner Überlebensregel. Dazu bedarf es allerdings einer genaueren biografischen Vorarbeit, die dem Therapeuten einen Einblick in implizite des Patienten hinsichtlich seiner Beziehungen und Situationen ermöglicht. Die erkennbar dysfunktionalen Strategien („Nur wenn ich es allen recht mache ...“) sollen im aktuellen erwachsenen Verhalten des Patienten herausgearbeitet und disputiert werden. Eine Reihe typischer Überlebensregeln von Alkoholikern wurde am Anfang dieses Textes genannt.

Eine Konfrontation des Patienten kann auch dadurch erfolgen, dass die interaktiven oder sozialen Funktionen eines Problemverhaltens aufgedeckt und angesprochen werden. Zum Beispiel: „Sie haben sich betrunken, um zu verdecken, dass Sie die Anforderungen der Situation nicht erfüllen können, und sich durch das Betrunkensein eine Ausrede für das eigene Defizit verschafft.“

Neben einer stärkeren Konfrontation sollte auch immer die Entwicklung alternativer, gesunder Bewältigungsmöglichkeiten stehen. Diese kann man gemeinsam mit dem Patienten herausarbeiten („Was, glauben Sie, wäre besser möglich ...?“ oder „Was würde Ihre beste Freundin machen ...?“), oder der Therapeut nimmt eine stellvertretende Ich-Funktion ein und verschafft dadurch Anregungen (z. B.: „Wenn ich an Ihrer Stelle wäre, würde ich ...“).

Wenn bei einem Alkoholpatienten sehr unangenehme Erlebnisse oder sehr gefühlsbetonte Erlebensinhalte bearbeitet werden, besteht ein erhöhtes Rückfallrisiko, da der Süchtige gewohnt ist, solche Erlebniszustände mit Alkohol zu verarbeiten. Es wird deshalb empfohlen, den abschließenden Teil einer solchen Therapiestunde mit der Frage nach seinem aktuellen Suchtdruck zu verbringen (z. B. auf einer Skala einschätzen lassen) und ggf. Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe einzuleiten (z. B. täglicher Alkometer-Check) oder mit dem Patienten zu planen, was er nach der Therapiestunde zunächst tut. Ein weiterer Abschnitt im Therapieprozess ist der Umgang mit den notwendigen Veränderungen. Die meisten Alkoholpatienten verharren zunächst bei der Vorstellung, dass es ausreichen würde, auf den Alkohol zu verzichten und konsequent abstinent zu leben. Es vergeht einige Zeit in der Therapie und bedarf meist einiger Rückfälle und das Ausprobieren, ob ein kontrolliertes Trinken noch geht, bis ein Patient so weit kommt, dass für ihn eine dauerhafte Alkoholabstinenz obligat ist. Wenn ein Patient zur Entwöhnungstherapie kommt, ist er auf diesem Weg des Ausprobierens und Noch-nicht-Akzeptierens bereits eine Strecke gegangen. Solange er aber noch keine grundsätzlich zustimmende Einstellung zur lebenslänglichen Abstinenz hat, wird die Therapie mit Sicherheit

durch anfängliche Rückfälle und daran anschließende Unterbrechungen der Therapie beeinträchtigt. Wenn einem Patienten die Notwendigkeit der völligen und andauernden Abstinenz kognitiv klar geworden ist und er seine gegenläufigen Erfahrungen gemacht hat, kann mit ihm der Verzicht auf Alkohol als Stimulanz- und Affektmanipulationsmittel betrauert werden. Es ist für den Alkoholiker immer mal wieder kränkend zu erleben, wenn andere lustvoll Alkohol konsumieren und er selber verzichten muss. Andererseits sollte in der Therapie der Alkohol nicht als ehemals Positives im Leben gewürdigt werden, sondern der Therapeut tut gut daran, immer wieder die verdrängte Gefährlichkeit dieser Substanz zu betonen und auf die Destruktivität und den Masochismus des Trinkers hinweisen, sich selber große Mengen davon anzutun. Die Störungen, die zum Alkoholabusus geführt haben, können in der Therapie betrauert werden, nicht aber die Substanz selber. Dem Alkohol gegenüber wird eher ein aversives Vorgehen empfohlen. Wie bereits vorher angesprochen, reicht die alleinige Aufgabe des Trinkverhaltens nicht, um dauerhaft abstinent leben zu lernen. Vielmehr muss der Patient sowohl äußere Lebensumstände verändern, z. B. auf vertraute Lebensgewohnheiten verzichten (Stammkneipe verändern, Ko-Alkoholiker verabschieden, sozialen Rückzug aufgeben) und sich neue Lebensgewohnheiten aneignen. Dieser Prozess ist mit Ängsten und Widerständen verbunden. Beispielsweise kann es ein Therapieziel werden, dass eine Alkoholikerin ihren weiterhin trinkenden Partner verlassen muss, da eine Abstinenz in diesem Kontext undurchführbar wird. Oder ein ehrgeiziger Workoholic, der zu Hause süchtiges Entlastungstrinken praktiziert hat, muss Karriereziele aufgeben oder insgesamt neue, besser aushaltbarere berufliche Wege gehen. Diese Entscheidungen muss natürlich der Patient selber treffen, aber der Therapeut sollte den unlösbaren Konflikt ansprechen, das nach den bisherigen Erfahrungen des Patienten nur das eine (bisherige Lebenssituation beibehalten und weitertrinken) oder das andere (Lebenssituation verändern und abstinent leben können) geht. Soweit es möglich ist und ein Patient äußere Umstände nicht ändern will, können auch innere Veränderungen, z. B. neue Einstellungen, Zulassen anderer Gefühle ausreichend sein. Beispielsweise kann ein Patient auch in einer sehr krisenhaften Ehe verbleiben und abstinent leben, wenn er lernt, sich besser abzugrenzen und mehr Selbstfürsorge aufzubringen. Eine Entwöhnungstherapie, bei der es nicht zu spürbaren Veränderungen des Patienten kommt, hat jedoch eine schlechte Prognose. Deshalb spielt das Abschiednehmen und Loslassen von bisherigen Gewohnheiten eine erhebliche Rolle in der Therapie. Der Therapeut sollte darauf gefasst sein, dass bei Veränderungen sein Patient plötzlich ein anderes Gesicht zeigt und beispielsweise der Therapeut, der bisher die Rolle eines bewunderten Retters hatte, nunmehr kritische Fragen zu hören bekommt oder der Patient in der Therapie etwas für sich fordert. An dieser Stelle braucht der Therapeut ausreichende Frustrationstoleranz und klare Abgrenzungsfähigkeit. Veränderungsprozesse beim Patienten und seine Widerstände dagegen führen manchmal zu Spannungsfeldern in den therapeutischen Teams, und es drohen Spaltungen, z. B. an der Frage, ob mit einem Patienten nach einer Rückfälligkeit weitergearbeitet oder wie konse-

quent das Therapiekonzept umgesetzt werden sollte. Um dem zu begegnen, bedarf es einer soliden externen Supervision. – In den Therapiestunden sollten die Angst auslösenden Aspekte des Veränderungsprozesses reflektiert und daraufhin entstandene irrationale Ängste disputiert, Verlusterlebnisse betrauert und (neue) Coping-Strategien zur Situationsbewältigung erarbeitet werden.

Im fortgeschrittenen Stadium der Therapie sollte die Selbstentwicklung und das Selbstmanagement des Patienten im Fokus der Gespräche stehen. Der Patient muss lernen, durch unabhängige Selbstbeurteilungen und Selbstverstärkungen autonomer zu werden und selbstständig in der Lage zu sein, Situationen mit positiven Konsequenzen aufzusuchen und solche, die erfahrungsgemäß negative Erlebnisse und Konsequenzen haben, zu verringern.

Bei vielen Alkoholikern ist eine dauerhafte Abstinenz ohne Veränderung der Kontakte zu seiner Peergroup kaum möglich. Das Lernziel sollte sein, den Kontakt zu stark trinkenden oder abhängig trinkenden Freunden und Bekannten zu verändern und, falls der Abstinenzwunsch eines Patienten nicht toleriert wird, den Kontakt abbrechen.

In der Endphase einer Entwöhnungstherapie sollte die Ablösung aus der therapeutischen Beziehung bearbeitet werden. Süchtige Patienten haben immer Probleme mit Trennungssituationen, auch wenn sie dies nicht offen äußern. Deshalb sollte eine Bilanz der erreichten Veränderungen und der Kompetenzen des Patienten aufgestellt werden. Die vorstehend genannte Einübung in ein vorteilhafteres Selbstmanagement sollte weitergeführt werden. Zum Abschiednehmen in der Therapie gehört auch die Trauer über das Verlustgefühl (nun allein stehen zu müssen) erlebbar werden zu lassen und der Umgang mit dem besonderen Bedürfnis süchtiger Patienten nach Kontrolle über die Situation. Nicht zuletzt deshalb werden des öfteren Patienten, die gut gebessert sind, am Ende der Therapie plötzlich rückfällig. Der Süchtige bringt sich gewissermaßen selbst zum Scheitern und bestimmt somit das eigentliche Ende der therapeutischen Beziehung. Vor diesem Hintergrund sollte neben der Ablösungsarbeit auch die Frage der weiteren "Betreuung" des Patienten im Hilfesystem stehen. Eine fortgesetzte Auseinandersetzung des Süchtigen mit seiner Sucht, z. B. innerhalb einer Selbsthilfegruppe, verbessert erfahrungsgemäß die Aussichten des Betroffenen auf eine dauerhafte Abstinenz erheblich. Dies sollte ein Therapeut in jedem Fall empfehlen. Weiterhin sind Wiederauffangmöglichkeiten für den Fall eines Rückfalls zu besprechen. Dem Patienten sollte ein Krankheitsverhalten vermittelt werden, bei dem ihm klar ist, dass mit einem Rückfall nach der Therapie „die Welt nicht untergehen muss“. Vielmehr sollte er möglichst schnell wieder das Hilfesystem aufsuchen, um dadurch zur Abstinenz zurückkehren zu können und länger dauernde Chronifizierungen eines Rückfalls zu vermeiden.

## Literatur

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.) (1990): Verhaltenstherapie – Theorien und Methoden. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. Bd. 11. 3. Aufl. München: Steinbauer & Rau

- Feuerlein W, Kufner H, Soyka M (1998): Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Thieme
- Lindenmeyer J (1999): Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Bd. 6. Göttingen: Hogrefe
- Miller WR, Rollnick S (1999): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus
- Nestler EJ, Malenka RC (2004): Das süchtige Gehirn. In: Spektrum der Wissenschaft. Juni 2004, S. 34-41
- Rüster P (2003): Motivation zur Entwöhnungstherapie. Praxis Ergotherapie 16(4):218-227
- Soyka M, Bottlender M, Hohendorf G, Löhnert B, Rüster P (2004): Ambulante Entziehung und Entwöhnung Alkoholkranker – Neue Konzepte und Ergebnisse der Therapieforschung. Bayerisches Ärzteblatt 59. Jahrg., 2/2004, S. 80-83
- Sulz SKD (1994): Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie. München: CIP-Medien
- Sulz SKD (2002): Praxis-Manual: Strategien der Veränderung von Erleben und Verhalten. München: CIP-Medien
- VOIGTEL, R./EBL, A.: (Verf.) SONNENMOSER, M.: Psychoanalyse bei Suchtpatienten. Rechtzeitig entgegensteuern. In: Deutsches Ärzteblatt; Heft 12; Dezember 2003

**Dr. phil. Peter Rüster, Dipl.-Psych.**

Psychologischer Psychotherapeut  
Fachambulanz für Alkoholkrankheiten CIPM  
Nymphenburger Str. 185 • 80634 München  
PRuester@aol.com

-