

# Krisenintervention bei Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

## Crisis Intervention in Cases of Alcohol Abuse and Addiction

**Helmut Kolitzus**

### Zusammenfassung

Wie andere Drogen kann Alkohol zu vielfältigen Krisensituationen führen mit körperlichen, psychischen und besonders sozialen Symptomen. Ein realitäts-orientiertes Handeln der Helfer ist gefragt: klare Diagnose (CAGE, MALT-Test etc.), Intervention mit Handhabung möglicher Komorbidität und suizidaler Tendenzen. Enger Kontakt zu Partnern/Familienmitgliedern und deren Betreuung sollte garantiert sein. Krise wird betrachtet als eine Chance für ein besseres Leben nach wahrscheinlich Jahren des Leidens. Entgiftung allein bringt nur kurzfristige Verbesserung. Wenigstens ein Jahr stationäre und/oder ambulante Psychotherapie ist notwendig für eine Neuorientierung – plus Besuch von (kostenfreien) Selbsthilfegruppen. Alkoholismus ist eine schwere, aber gut therapierbare Krankheit, wenn sie rechtzeitig diagnostiziert wird. Eine klare autoritäre Position aller Therapeuten ist hilfreich zur Erzielung guter Resultate: Kombination von Akzeptanz und Konfrontation ohne falsche Toleranz.

**Schlüsselwort** Krisenintervention – Alkoholmissbrauch – Alkoholabhängigkeit – systemisches Handeln – stationäre, ambulante Psychotherapie – Salutogenese

### Summary

Like other drugs alcohol can lead to manifold situations of crisis with physical, mental and especially social symptoms. Reality-oriented reaction therapy is needed: a clear diagnosis (CAGE, MALT-Test) and intervention including handling of comorbidity and possible suicidal tendencies. Close contact with and psychotherapy of partners/family members should be guaranteed. Crisis is considered as a chance for a better living after years of suffering. Detoxification alone is of short benefit. At least a year of (in- and out-patient) psychotherapy is needed for a new orientation – plus (cost-free) visits of self-help groups. Alcoholism is a severe but well-treatable illness if detected early. A clear authoritative position of all therapists is helpful for achieving good results: a combination of acceptance and confrontation without false tolerance.

**Keywords** crisis intervention – alcohol abuse – alcohol dependency – systemic thinking – in- and out-patient treatment – salutogenesis

„Arzt und Alkoholiker gehen sich aus dem Weg.“ Schulte (u.a. Co-Autor des Psychiatrielehrbuchs Schulte-Tölle) soll diesen Satz geprägt haben, der sich ohne Weiteres auf die Helfer anderer Berufe übertragen lässt, natürlich auch auf Psychotherapeuten. Man begegnet sich häufig, geht aber dem womöglich zentralen Thema gemeinsam geschickt aus dem Weg. Hier sind auf beiden Seiten in seltener Einmütigkeit Abwehrmechanismen am Werk wie Leugnen, Bagatellisieren, Rationalisieren.

Langjährige Erfahrung zeigt, dass Psychotherapeuten aller Professionen geradezu froh sind, wenn sie dem anerkannt schwierigen Thema Sucht ausweichen können. Sie verbünden sich allzu gern mit den schwachen und kranken Seiten/Anteilen des Kranken, des Leidenden = Patienten (die natürlich immer auch Kunden = Klienten sind). Durch diese Einstellung, die von unbewussten wie bewussten Einflüssen ebenso gespeist ist wie von mangelnder Fachkenntnis, kann es zu gefährlichen Konstellationen kommen, die durch entsprechende Kompetenz durchaus vermieden werden könnten.

Im Studium der Medizin bzw. der Psychologie/Sozialpädagogik etc. (auch Jura!) spielt die Schulung in Suchtfragen bis auf wenige Universitäten mit besonders ausgerichteten Lehrstuhlinhabern kaum eine Rolle, obwohl Alkoholismus womöglich die größte sozialmedizinische Problematik und damit Heraus-

forderung bedeutet. Folgekrankheiten werden durchaus gelehrt, weil ihre Behandlung, so könnte man spekulieren, bestens vergütet wird. Unser Gesundheitssystem ist eben ein Krankheitssystem: Belohnt wird Pathologie, nicht Gesundheit. Salutogenese – die Wissenschaft davon, wie man Gesundheit erhält bzw. wiederherstellt – ist selbst in entsprechenden Ministerien oft noch ein Fremdwort, geprägt von einem Soziologen (Antonovsky s. Kolitzus, 2003). Alkoholranke sind ein geradezu unerschöpfliches Reservoir für Reparatere aller Art, trockene, d. h. gesunde Alkoholiker geben da nicht mehr viel her.

### Nichts ist unpraktischer als eine falsche Theorie

So könnte man in Umkehrung eines Spruches von Kant sagen: „Nichts ist praktischer als eine gute Theorie.“ Ein grundsätzliches nach wie vor verbreitetes Missverständnis ist die Annahme, es gäbe so etwas wie eine primäre Sucht. Dabei ist sie stets sekundär. Aus dem plausibelsten Suchtentstehungsmodell, dem Suchtdreieck (Details bei Kolitzus, 1997; Fenger, 2002) ist erkennbar, dass sich der Mensch mit seinen genetischen und epigenetischen Anlagen und seinem Charakter intuitiv bestimmte Substanzen sucht, die ihm/ihr den subjektiv höchsten Gewinn bringen. Zu Beginn einer Suchtkarriere geht es den später Betroffenen unter Einfluss z. B. des Alkohols deutlich besser. Negativ empfundene Gefühle wie Angst, Ner-

vosität, Anspannung werden gedämpft, Lust und Freude gesteigert: es entsteht eine Pseudoharmonie. Darauf zielt praktisch die gesamte Werbung ab: „Der Tag geht, Johnny Walker kommt“ oder: „Der Sekt, der zueinander führt“ bzw. eine irische Whiskyzubereitung „für gewisse Stunden“.

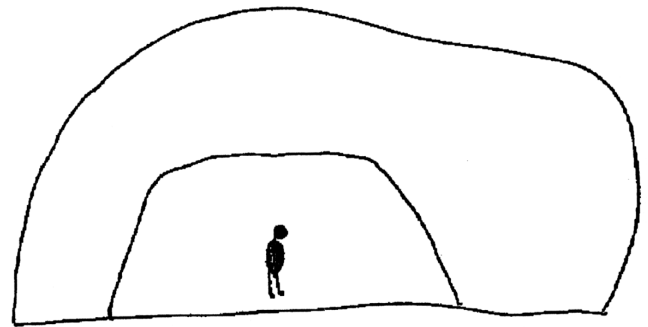
Spätere Suchtkranke haben häufig vermehrt soziale Ängste, sind trocken schlicht schüchtern. Mit Alkohol sind diese Ängste bestens zu bekämpfen. Bezeichnend auch der Verkaufserfolg von merkwürdigen Marken wie „Der kleine Feigling“. Rückblickend berichten viele Alkoholiker, dass sie quasi mit dem ersten Schluck begriffen hätten: „Das ist genau der Stoff, den ich brauche (– für mein verunsichertes Innenleben, gegen meine Hemmungen im Kontakt mit möglichen Geschlechtspartnern und gegen meine Minderwertigkeitsgefühle).“

### **Von der Pseudoharmonie über die Gewöhnung in die eigentliche Sucht**

So wird für Gefährdete der Stoff Alkohol – aus dem Arabischen „das Feinste“! – erst zur Charakterkrücke in vielen emotional belastenden Situationen, später nach langem Training in der eigentlichen Sucht (von siech/sick = krank, nicht von Suchen, obwohl das philosophisch nicht so schlecht wäre) zur Notwendigkeit. Vielfältige Krisen sozialer, psychischer und körperlicher Art sind in dieser Karriere abzusehen. Besonders stark leiden in dieser Zeit die Angehörigen, die vieles bewusster und schärfer wahrnehmen als der Alkoholiker, der sich bis zuletzt betäubt, um ja nicht die unangenehmen Folgen nüchterner Wahrnehmung der Realität und des körperlichen Entzugs erleiden zu müssen.

### **„Wenn Sucht zum Problem wird, ist Sucht das Problem“**

So einfach ist das – eigentlich. Die eindrucksvolle Zeichnung einer Patientin beschreibt das sinnfällig: „Der innere Kreis – das sind meine Probleme durch Alkohol und Medikamente.“



Der äußere – meine übrigen Sorgen im Alltag.“ Damit hat sie – die armselige Figur mit hängenden Schultern und gesenktem Kopf, die den Boden unter den Füßen verloren hat – alles gesagt. Alkohol und Medikamente bilden einen Schutzschild gegen die bedrohliche Realität, die sie nur ungern (z. B. im schützenden Rahmen einer stationären Psychotherapie) „nüchtern“ betrachtet.

Nach meiner (oft bekämpften) Überzeugung ist jede Form von medizinischer bzw. psychotherapeutischer Intervention nur unter trockenen Bedingungen sinnvoll. Dabei befinde ich mich in bester Gesellschaft der erfolgreich therapierten Alkoholiker, die allzu oft erlebt haben, wie man sie über Jahre falsch behandelt und damit ihre Krankheitskarriere verlängert hat, indem die Helfer nur auf Folgeerscheinungen und „Ursachen“ geachtet haben statt auf konkrete Veränderungen.

### **Profitable Krisen**

Wie in der treffenden Karikatur von Tomaschoff (Nervenarzt aus Düsseldorf mit Erfahrungen als Suchttherapeut) reagieren viele Profis unterschiedlicher Berufe zwar eher abweisend, profitieren aber nicht selten von den voraussagbar wiederkehrenden Krisen von Alkoholikern, ohne ihnen im entscheidenden Punkt weiterzuhelfen.



## **Sucht und Suizidalität – eine enge Verbindung**

Zu beachten ist bei fast allen Krisen von Süchtigen deren mehr oder minder offene Tendenz zum Suizid. Die Suchtkarriere weist viele Parallelen auf zum präsuizidalen Syndrom, das erstmals von Ringel stringent beschrieben wurde: Die trichterförmige Einengung der Lebensperspektive, zuletzt fast wie bei einem psychologischen Röhrenskotom, wo nur noch eine Perspektive übrig zu bleiben scheint.

Werte gehen verloren, Lebenssinn. Ein existenzialistischer Nihilismus macht sich breit, in dem auch spirituelle Überzeugungen keinen Platz mehr haben. Man umgibt sich nur noch mit Menschen, die ebenso passiv sind, zynisch bis aggressiv mit sich selbst und anderen umgehen. Zuletzt kommt oft der komplette Rückzug bzw. die soziale Isolierung.

Sucht ist stets eine Art Selbstmord auf Raten, der jederzeit in mehr oder weniger verdeckten bzw. gezielten/ungezielten Suizidhandlungen enden kann. Alkoholmissbraucher leben ohnehin seltener in normalen sozialen Bindungen. Und im Verlauf der Suchtkarriere kommt es dann noch häufiger als bei anderen Menschen zu Trennungen/Scheidungen etc.

Arbeitsplätze gehen verloren. Der soziale Abstieg ist vorgeprägt. Um dem zu entkommen, setzen nicht wenige ihrem Leben ein vorzeitiges Ende (Die Lebenserwartung von Alkoholikern ist insgesamt um ca. acht Jahre verkürzt.) – und werden oft erst Wochen später von Angehörigen, dem Vermieter oder der Polizei bzw. Feuerwehr aufgefunden.

## **Tragödien**

Angehörige oder Freunde berichten in der Regel folgenden Ablauf: Treffen werden abgesagt oder einfach vergessen. Bei Telefonaten hat man in der Regel das Gefühl einer zunehmenden Alkoholisierung (nicht selten kombiniert mit Medikamentenkonsum). Schließlich ist nur noch der Anrufbeantworter zu hören, bis auch dessen Aufnahmekapazität ausgeschöpft ist. Wenn Helfer rechtzeitig reagieren, kann der Suchtkranke gerettet werden, oft mit Alkoholpegeln von 3 bis 5 ‰, die kaum mit dem Leben vereinbar scheinen.

Notarztwagenbesatzungen kennen die Einsätze in aufgebrochenen Wohnungen, die maximal verwüstet sind, nach Alkohol, verdorbenem Essen, Schimmel und Exkrementen riechen. Zum traurigen Endpunkt einer Suchtkarriere ziehen sich viele Alkoholiker auch zurück in den Wald, auf den Dachboden, in die Garage, springen in den Bergen von Felsen (wie viele „Unfälle“ angeblich so erfahrener Bergsteiger?!) oder fahren mit dem Auto in einer Kurve geradeaus – oder gezielt in den Gegenverkehr.

## **Sekundäre Prävention – rechtzeitige Reaktion, Diagnostik und Therapie**

Um solche fatalen Verläufe zu verhindern, müssen wir als Helfer in kleinen und großen Krisen rechtzeitig und angemessen reagieren. Der häufigste Fehler liegt darin, die Alkoholisierung, die Intoxikation zu übersehen oder falsch einzuschätzen. Wie kann es passieren, dass Alkoholiker jahrelang mehr oder weniger „blau“ in die Arbeit gehen oder gar fah-

ren, auch stark alkoholisiert ihren Hausarzt aufsuchen, ohne dass eine Konfrontation erfolgt?

Um hier weiterzukommen, gibt es ein einfaches und inzwischen nicht mehr teures Hilfsmittel, erfunden 1958 von dem Amerikaner Borkenstein – den „Breathalyzer“ oder Alkomaten. Nicht nur im Straßenverkehr, auch an Arbeitsplätzen, in Praxen und Kliniken kann damit auf der Stelle geprüft werden, welches Ausmaß die Alkoholisierung hat.

Zur Orientierung: Normaltrinker erreichen bei Trinkversuchen (z. B. beim TÜV oder in der Rechtsmedizin) mit gewisser Mühe 1 Promille. Wer – statistisch erst nach 599 Freifahrten – mit Alkohol am Steuer erwischt wird, hat im Durchschnitt 1,6 ‰. Nicht wenige fahren auch noch mit deutlich über 2 ‰.

## **Pragmatisches Handeln**

Bei beträchtlicher Intoxikation ist stets die Einweisung zur Entgiftung zu empfehlen. Sicher finden täglich zig Tausende häuslicher Entzüge statt, bei denen erstaunlich wenig passiert. Aber es ist nicht vorhersagbar, wann ernsthafte Komplikationen drohen wie epileptische Anfälle, die u. U. in ein Delir übergehen, Hochdruckkrisen etc. Notwendige Klinikeinweisungen sind bei Süchtigen (wie bei fast allen psychisch Kranken) heikel, zumal der Kranke völlig uneinsichtig ist und auf keinen Fall von seinem geliebten Stoff isoliert werden will.

Eine coabhängige Patientin, Frau eines bekannten Sängers, berichtete, wie oft sie mit Ärzten im Notfall kämpfen musste, damit sie ihren Mann endlich mitnahmen. „Der bekommt gleich einen Anfall, ich kenne das!“ Widerwillig nahmen die Helfer das letzte Mal den Alkoholiker mit. In der Notaufnahme kam es unmittelbar nach der Einlieferung zu einem Grand-mal-Anfall.

Ist die Alkoholisierung nicht so ausgeprägt oder ist eine Klinikaufnahme nicht machbar, darf man auf keinen Fall dazu raten, den Alkoholkonsum komplett und sofort einzustellen! Der Alkoholiker sollte moderat weitertrinken, eventuell langsam reduzieren – und möglichst bald eine Suchtberatungsstelle aufsuchen, am besten in Begleitung von Angehörigen.

## **Krise – Gefahr und Chance: Ausstieg aus einer fatalen Karriere**

Der Ausstieg aus der Suchtkarriere beginnt mit Motivation, Anamnese bzw. Fremdanamnese und Diagnose, z. B. über den MALT (Münchener Alkoholismustest). Der zweite Schritt, die Entgiftung, kann nicht nur traditionell stationär, sondern unter besonderen Kautelen auch ambulant erfolgen, wie z. B. in der Modelleinrichtung KPB (Klientenzentrierte Problemberatung, München und Dachau).

Erst dann ist eine Entwöhnung möglich, in der der Alkoholiker lernen muss, sein Gefühlsleben ohne die gefährliche Selbstmedikation mit Alkohol zu bewältigen. Das ist natürlich ein längerer Lern- und Therapieprozess, der aber genau in einer Krise seinen Anfang nehmen kann, wenn die existenzielle Bedrohung deutlich wird, erkennbar in einer Frage des MALT, die von Alkoholikern oft bejaht, im Gespräch dann wieder relativiert wird: „Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben.“

## Weitere körperliche Komplikationen

„Wer den Alkoholismus kennt, kennt die Medizin“: Die Möglichkeiten medizinischer Komorbidität sind so umfangreich, dass man zugespitzt so formulieren kann. Jedes Organsystem kann in Mit-leiden-schaft gezogen werden: das zentrale und periphere Nervensystem, Herz/Kreislauf, Leber, Pankreas etc. Also ist stets neben dem jeweiligen Alkoholspiegel (bzw. Entzugserscheinungen wie Zittern, Schwitzen, allgemeine Nervosität, ansteigender Blutdruck etc.) vieles andere zu überprüfen (zu Details siehe u. a. Soyka, 1997).

Krisenhafte körperliche Komplikationen sind besonders häufig bei gleichzeitigem Vorliegen eines Diabetes mellitus, der bei gleichzeitigem exzessivem Alkoholkonsum nie adäquat eingestellt werden kann. Selbst erfahrene Diabetologen übersehen leider nicht selten diese Konstellation. (Eine meiner Patientinnen ist zur Vorzeigepatientin in Vorlesungen geworden mit extrem wenigen der beim Diabetes zu erwartenden Folgeerkrankungen. Jahrelang hatte sie mit kurzfristiger Abstinenz und sicherem Auftreten eine Kapazität an der Nase herumgeführt, der sich immer wunderte, warum keine Ruhe in die Zuckerbilanz kam ... Die Konsolidierung im körperlichen Bereich lief parallel mit einer sozialen und psychischen Stabilisierung.)

## Alkoholismus und psychische Komorbidität

Alkoholismus ist bekanntlich auch verbunden mit psychischen Begleiterkrankungen, insbesondere aus dem Spektrum der Depression und der Persönlichkeitsstörungen. Aber auch Psychotiker betreiben häufig zur Dämpfung ihrer Symptome einen Alkoholmissbrauch. Besonders dramatisch können die Situationen bei manischen und schizomanischen Patienten werden, die in ihrem Expansionsdrang und ihren Größenideen kaum noch zu bremsen sind.

Während die Symptome einer Manie seltener verkannt werden (Rede- und Bewegungsdrang, Ideenflucht, übertriebene „Champagnerlaune“, verkürzter Schlaf etc.), können Symptome einer Schizophrenie hinter einer Alkoholintoxikation relativ gut kaschiert bleiben. Hier ist dann – außer der Einleitung eines geordneten Entzugs bzw. Verhinderung eines Delirs – unbedingt eine antipsychotische Medikation anzusetzen.

Nicht selten wird der negative Einfluss übertriebenen Alkoholkonsums bei Psychosen auf den Verlauf nicht ausreichend beachtet. Eine durchgehende Abstinenz kann auch hier geradezu Wunder bewirken (wie etwa der Verzicht auf THC im Haschisch oder Marihuana).

## Alkohol und Depression

Dieser Bereich ist von großer epidemiologischer Bedeutung. Sicher gibt es Patienten mit primär depressiven Syndromen verschiedener Ausprägung, die über die Selbstmedikation in eine Alkoholproblematik geraten. Noch häufiger dürfte der umgekehrte Weg sein bzw. die unglückliche Verbindung im Sinne eines gegenseitigen Aufschaukelns.

Nicht nur Alkoholmissbraucher kennen die Folgen von zu großen Mengen Alkohol für den nächsten Tag. Da etwa 80 %

der Bevölkerung mehr oder minder regelmäßig Alkohol trinken, kennt praktisch jeder von uns auch den „Kater“ mit seinen psychischen und körperlichen Folgen.

Kinder von Alkoholikern werden zu einem hohen Anteil selbst süchtig (25-30 %). Über die Wege der Transmission – nature und nurture – wird seit Jahrhunderten spekuliert. Experimentell nachgewiesen ist eine erhöhte Toleranz für Alkohol. Intoxikationszeichen treten später auf, Katergefühle sind weniger ausgeprägt als bei Kontrollen („Harald-Juhnke-Effekt“). Trotzdem berichten alle Alkoholiker (und oft die Angehörigen!) rückblickend, wie niedergeschlagen (lat. de-pressiv) sie nach Trinkexzessen oft waren und wie gut es sich jetzt im Kontrast anfühlt, nicht den halben Tag gegen Kopfschmerzen, Konzentrationsmängel, Lethargie und Negativismus ankämpfen zu müssen.

Alkohol in großen Mengen scheint depressiv zu machen. Eine Medikation mit Antidepressiva sollte unbedingt erst dann eingeleitet werden, wenn eine Entgiftung erfolgreich war. Der Chauffeur, der mit über 1,8 ‰ Alkoholspiegel die (ebenfalls alkoholisierte!?) Prinzessin Diana, ihren Freund und sich selbst in den Tod fuhr, hatte Antidepressiva im Blut. Ein ziemlich typischer Kunstfehler, den wir vielfach in der Praxis beobachten. Nach einer Entgiftung verschwinden ca. 80 ‰ der Depressionen. Häufig tritt sogar im Sinne eines Rebound eine hypomanische Honeymoon-Phase von einigen Wochen auf (in der leider die weitere Therapie-Motivation gering ist).

Selbstverständlich sollten Patienten, die nach der Entgiftung Kriterien einer Depression erfüllen bis hin zur Major Depression, eine ausreichende antidepressive Medikation erhalten. Die Suchttherapie im engeren Sinne bleibt davon unberührt. Allein die Ausrichtung auf einen biographischen Neubeginn, ein Leben ohne Alkohol, bringt in der Regel erhebliche aufhellende Effekte. Nicht zufällig feiern Teilnehmer von Selbsthilfegruppen den Tag der Ernüchterung als neuen Geburtstag.

## Persönlichkeitsstörungen und Alkoholismus

Alkoholmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen hängen häufig zusammen. Es ist naheliegend, dass z. B. Menschen mit narzisstischen und Borderline-Störungen Hilfe im Alkohol suchen, um ihre schwankenden Gefühle von Angst, Wut, allgemeiner Anspannung zu dämpfen.

Impulsives Verhalten, Verlust der Kontrolle über die eigene Wut, Missachtung von sozialen Regeln, mangelnde moralische Verantwortung führen gerade in Kombination mit Alkohol zu antisozialen Handlungen, die in einer entsprechenden Diagnose zusammengefasst werden können. Kriminelle Taten, insbesondere häusliche Gewalt in verschiedenen Varianten gegenüber Partnerinnen/Partnern und Kindern, finden zu einem hohen Prozentsatz unter Alkoholeinfluss statt. Dazu passt die saloppe Formulierung zur Psychodynamik, dass das Über-Ich weitgehend alkohollöslich ist ... Die Instanz des Gewissens verliert mit zunehmendem Alkoholspiegel an Einfluss, Gewalt wird eher ausagiert.

Auch ritualisierte Besäufnisse, z. B. auf Volksfesten, enden häufig mit Schlägereien, auf Weinfesten seltener als auf Bierfesten wie dem Münchner Oktoberfest.

## **Krisen im Alkoholmissbrauch – Gefahr und gleichzeitig Chance**

Alkoholismus ist eine gut behandelbare Krankheit mit Therapieergebnissen, wie wir sie uns in anderen Bereichen nur wünschen könnten. In der MEAT (Münchner Evaluation von Alkoholtherapie) waren nach vier Jahren noch 46,4 % der Patient(inn)en trocken, in den zwei Monaten vor der Befragung sogar 66 %.

Krisen sind gefährlich und können schrecklich enden. Aber wie im Chinesischen sind sie gleichzeitig die Chance für eine grundsätzliche Umorientierung. Helfer aller Berufe können hier mit mutig eingesetzter elterlicher Autorität viel Gutes bewirken. Falsche Toleranz ist ebenso fehl am Platz wie übertriebene Härte. Helfer sind nie davor sicher, in Co-Abhängigkeit zu verfallen und dem unangenehmen Thema auszuweichen: Soll doch jemand anders handeln ... Man bekommt, was man will. Das gilt auch für Therapeuten. Wir müssen der Versuchung widerstehen, im Zweifel lieber wachschweich zu reagieren.

## **Anhang**

### **1. Anzeichen für akuten Alkoholkonsum bzw. -intoxikation:**

- Schwanken, Lallen, „Fahne“, Stimmungsentgleisung: übertrieben lustig oder depressiv oder aggressiv. Ständige Wiederholungen mehr oder weniger witziger Geschichten. Kommunikation egozentrisch.
- Beispiel 0,8 Promille: ca. ein halber Liter Wein plus ein Glas Whisky
- Einsetzende Euphorie, Selbstüberschätzung, Enthemmung
- (Cave: Über-Ich weitgehend alkohollöslich!)
- Verlängerte Reaktionszeiten um 35 bis 50 %!
- Ausgeprägte Konzentrationsschwächen
- Kontrolle über bewusste Augenbewegungen geht verloren: starrer Blick
- Verminderte Sehfähigkeit um etwa 25 %
- Verengung des Blickfeldes: sogenannter Tunnelblick
- Stark beeinträchtigte Wahrnehmung von Gegenständen
- Problem: Gut trainierte Spiegeltrinker können ihre Intoxikation gut kaschieren, fallen deshalb in der Arbeit oder bei Verkehrskontrollen erst spät auf.
- Warnzeichen: Fisherman's Friend plus übertriebene Parfümierung bei Männern
- Trotzdem erstaunlich, wie Alkoholiker z. B. mit über 2 ‰ noch Auto fahren können
- Ein Normaltrinker erreicht auch bei gezielten Trinkversuchen kaum über 1 ‰.

### **2. Anzeichen für chronische Intoxikation:**

- Facies alcoholica: Geschwollenes gerötetes Gesicht, glasige Augen, Conjunctivitis,
- eventuell Rhinophym,
- Bierbauch bei gleichzeitig dünnen Beinen und abfallendem Po,
- eventuell staksiger Gang wegen Polyneuropathie,
- äußerlich nicht selten schlampig bis vernachlässigt („derangiert“)

### **3. Hinweise zur Therapiekette:**

- \* Motivation, Abklärung und Diagnose: Missbrauch oder (praktisch immer!) Abhängigkeit?!
- \* Entgiftung: cave ambulant! Nicht gleich absetzen, nur reduzieren! Im Zweifelsfall immer stationär.
- \* Entgiftung führt meistens zu kurzfristiger Euphorie („honeymoon“, „alles prima“). Motivation zur weiteren Therapie sinkt
- \* Ohne ambulante/teilstationäre/stationäre Entwöhnung wird es zu Rückfällen kommen, die erst bagatellisiert werden
- \* Sucht kann der Betroffene nur zum Stillstand bringen: Nachsorge unbedingt erforderlich. (Kostenlose!) Selbsthilfegruppen plus gezielte Psychotherapie

### **4. CAGE-Test: Zur Orientierung, ob ein Alkoholproblem vorliegt:**

1. Haben Sie erfolglos versucht, Ihren Alkoholkonsum einzuschränken?
2. Ärgert es Sie, dass andere Ihr Trinken kritisieren?
3. Fühlen Sie sich schlecht oder schuldig wegen Ihres Trinkverhaltens?
4. Trinken Sie als Erstes am Morgen, um Ihre Nerven zu stärken oder einen Kater loszuwerden?

Cut down/Annoyed by criticism/Guilt feelings/Eyeopener

Präzisierung der Diagnose durch MALT/Münchner Alkoholismus-Test

### **5. Merksätze zur psychotherapeutischen Krisenintervention:**

1. Vergewissern, ob eine Alkoholintoxikation vorliegt: Alkomat. Oft erstaunliche Ergebnisse. – Zumindest anhauchen lassen! Konfrontieren mit dem Zustand ohne Moralisieren. Nicht wenige sind noch mit dem Auto gekommen: Heimfahrt sichern – oder gleich Klinikeinweisung
2. Keine voreilige Medikation mit Antidepressiva oder gar mit Benzodiazepinen (ähnliche Wirkweise wie Alkohol, Potenzierung).
3. Suizidalität? Direkt nachfragen, keine Scheu zeigen: vage Gedanken oder konkrete Pläne/Vorbereitungen?
4. Umfeld informieren, aktiv einbeziehen! (Co-Abhängige unterstützen in ihrer Not!)
5. Keine tief gehenden Gespräche unter Alkohol! Völlig sinnlos.

### **6. Merksätze zur Psychotherapie allgemein (ca. Seite ?):**

1. Paradox: „Trockenheit“ ist Ziel, aber gleichzeitig auch Voraussetzung für Psychotherapie! Das erste Jahr ist das schwierigste. Der Alkoholkranke muss lernen, seine Gefühle auch ohne den Stoff zu bewältigen

2. Medikation nur bei fortbestehender Depressivität. Rückfrage insbesondere bei medizinischem Personal nach eigenmächtiger Begleitmedikation
3. Routinemäßig nach Suchtverlagerung fragen und nach „Ausrutschern“. Lügen direkt ansprechen ohne Moralisieren: gehört zur Krankheit
4. Stets systemisch denken: Partnerinnen bzw. Partner mit einbeziehen, Kinder, Eltern  
Aus dem Mobile wird deutlich: erst nach der Entfernung des Suchtmittels beginnt die eigentliche Therapie.
5. Rückfälle sind wahrscheinlich: zur Klärung nutzen! Wertvolle Hinweise für die Psychodynamik. Häufigste Ursachen: zunächst verdrängte Kränkungen im Privatleben oder in der Arbeit, aufgestaute Wut, Frustration bei nüchterner Betrachtung des Lebens.
6. Immer wieder LOBEN! Süchtige haben – bei oft narzisstischer Fassade – ein schwankendes, verletzliches Selbstwertgefühl.
7. Nicht selten simple Übertragungs-/Gegenübertragungsmechanismen: Vater/Kind.  
Hilfs-Ich-Funktionen beim Therapeuten gefragt.

## Literatur

---

- Fengler J (Hrsg.) (2002): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Prävention. 100 Schlüsselbegriffe. Landshut: Ecomed
- Kolitzus H (1997): Die Liebe und der Suff ... Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie. 7. Aufl. München: Kösel
- Kolitzus H (2000): Ich befreie mich von deiner Sucht – Hilfen für die Angehörigen von Suchtkranken. 6. Aufl. München: Kösel
- Kolitzus H (2003): Das Antiburndout-Erfolgsprogramm. Gesundheit, Glück und Glaube. 5. Aufl. München: dtv
- Soyka M (1997): Alkoholismus - Eine Krankheit und ihre Therapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

### **Dr. med. Helmut Kolitzus**

Facharzt für psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie • Lehrtherapeut, Supervisor  
Agnesstr. 56 A • 80798 München  
Tel. 089/26023360 • E-Mail: dr.h.kolitzus@arcor.de  
www.kolitzus.de