

STATIONÄRE VERHALTENSTHERAPIE BEI ALKOHOLABHÄNGIGKEIT – KONZEPTE UND THERAPIEERGEBNISSE

INPATIENT BEHAVIOR THERAPY OF ALCOHOLISM

Johannes Lindenmeyer

Zusammenfassung

Es ist eine Besonderheit des deutschen Suchthilfesystems, dass die meisten Entwöhnungsbehandlungen von Alkoholabhängigen bis heute in Form einer mehrmonatigen stationären Langzeitbehandlung erfolgen. Ab etwa 1978 hat die Verhaltenstherapie durch die Entwicklung von systematischen, an einer empirischen Überprüfung ihrer Effektivität und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten stationären Therapiekonzepten wesentlich zum gegenwärtigen Stand einer störungsspezifischen, evidenzbasierter Behandlung von Alkoholabhängigen beigetragen. Nach einem kurzen historischen Abriss dieser Entwicklung sollen in diesem Beitrag die Grundprinzipien der stationären Verhaltenstherapie von Alkoholabhängigen herausgearbeitet, wesentliche Therapiebausteine beschrieben und Daten zur Effektivität ihre Umsetzung im konkreten Therapiealltag vorgestellt werden.

Schlüsselwörter

Alkoholabhängigkeit – stationäre Behandlung – Verhaltenstherapie

Summary

In Germany until now the treatment of alcoholic patients is mostly provided on a long-term inpatient basis. Since 1978 behavior therapy has had a substantial impact on the high standard of the German treatment system by developing systematic, evidence based inpatient treatment programs. In this article the historical background and the principles of behavioral inpatient treatment of alcoholics will be explained and important treatment procedures will be described. Finally empirical data concerning the effectiveness of this treatment approach will be presented.

Keywords

Alcoholism – inpatient treatment – behavior therapy

1 Historischer Abriss der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen in Deutschland

Die epidemische Verbreitung von Alkoholproblemen, insbesondere innerhalb des für die industrielle Produktion dringend benötigten Proletariats, machte in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine andere Lösung als das bis dahin übliche lebenslange Wegschließen der „vom Saufteufel befallenen“ Trunksüchtigen in Asyle erforderlich. Gleichzeitig hatte die Medizin die Behandlung von Alkoholabhängigen durch die Entwicklung des Konzepts der Sucht als „Krankheit des Willens“ (Rush, 1774) erstmals für sich entdeckt. Vor diesem Hintergrund wurde in Deutschland die erste so genannte Trinkerheilstätte im Jahre 1851 in Lindorf bei Düsseldorf eröffnet. Innerhalb weniger Jahrzehnte kam es zu einem regelrechten Heilstättenboom, 1914 waren es bereit 54 Anstalten in Deutschland. Die Behandlung dieser Einrichtungen war durch die berühmten drei A.s gekennzeichnet: Abgeschlossenheit, Andacht und Arbeit (Abfalg, 2003): Die Einrichtungen waren möglichst abgelegen, um jegliche Verführung zum Alkohol auszuschließen, zentrale therapeutische Anliegen waren

eine Sinnfindung im religiösen Sinne und die Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit in Form einer ehrlichen Inventur und eines Bekennens gegenüber der Mitwelt. Die Patienten mussten schließlich in der Regel hart arbeiten, um so für die Kosten ihrer Behandlung aufzukommen. Ein Zitat der 1870 in New York von Ärzten gegründeten „Amerikanischen Gesellschaft zum Studium und zur Behandlung von Trunkenheit“ mag verdeutlichen, was man sich unter den ein bis zwei Jahren dauernden Behandlungen vorzustellen hatte: „Derartige Anstalten müssen auf dem flachen Lande eingerichtet werden, weit weg von den großen Städten und geführt von einem gesunden militärischen Geist. Sie sollten Krankenhäuser mit militärischem Drill sein, wo alles unter der genauen Fürsorge und Überwachung eines Arztes steht.“ Allerdings kam die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen bald wegen ihrer unzureichenden Finanzierung und eines zunehmend behandlungsfeindlichen Klimas in der Gesellschaft - Alkoholiker wurden von den Nationalsozialisten als erbkrankte Bedrohung der Volksgesundheit betrachtet - fast vollständig zum Erliegen.

Dass sich in Deutschland nach Beendigung des 2. Weltkrieges abweichend von der Entwicklung in anderen Industrienationen die stationäre Langzeitbehandlung von Alkoholabhängigen zum Königsweg der Suchtbehandlung entwickeln konnte, hing damit zusammen, dass 1968 Sucht als Krankheit gesetzlich anerkannt wurde und die Suchtbehandlung vor allem mit der so genannten Empfehlungsvereinbarung 1978 Eingang in das international einzigartige deutsche Kur- und Rehabilitationswesen fand. Letzteres bedeutete, dass bei der Behandlung von Alkoholabhängigen zwischen einer körperlichen Akutphase (Entzugsbehandlung) zu Lasten der Krankenkassen und einer so genannten Entwöhnungsbehandlung als Aufgabengebiet der Rentenversicherung unterschieden wurde. Da nunmehr ein Anspruch auf eine Finanzierung der Behandlung vorlag, konnten sich die Trinkerheilstätten zu modernen Suchtfachkliniken entwickeln, in denen der Schwerpunkt auf einer qualifizierten therapeutischen Behandlung von Süchtigen lag. Bei einer Suchtbehandlung als medizinischer Rehabilitationsmaßnahme bestand der Auftrag an den Behandler allerdings primär in der Sicherung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Patienten, um eine Frühberentung zu verhindern, und nur unter dieser Prämisse in einer Erreichung dauerhafter Alkoholabstinenz.

Die erste Phase dieser Professionalisierung von Fachkliniken wurde mangels einer damals ernst zu nehmenden Suchtforschung in Deutschland im Wesentlichen von persönlichem Charisma, subjektiven Überzeugungen und besonderem Engagement einzelner Behandler bzw. Leitungspersonen getragen. Die meisten Behandlungskonzepte waren von einem strengem Regelwerk, einem konfrontativen Behandlungsstil und einem Uniformitätsmythos der Sucht gekennzeichnet, wonach alle Süchtigen nach einem einheitlichen Konzept auf gruppentherapeutischer Basis zu behandeln seien (Antons, 1977).

Vor diesem Hintergrund kamen die im Jahre 1978 durch Johannes Brengelmann initiierten und wesentlich durch Frederik Kanfer beeinflussten verhaltenstherapeutischen Suchtbehandlungsansätze in vieler Hinsicht einer Revolution gleich, da sie anstelle des bisherigen Dogmatismus ein professionelles, evidenzbasiertes Therapieverständnis setzten, in das die jeweils aktuellen Ergebnisse der medizinischen und psychologischen Suchtforschung vor allem aus dem angloamerikanischen Raum zur optimalen Behandlung der Patienten Eingang finden sollten. Die ersten stationären Verhaltenstherapiekonzepte für Alkoholabhängige in Deutschland in der Fachklinik Furth im Wald (Schneider, 1982) und in der Suchtstation der Landesklinik Reichenau (Watzl, 1982) stellten zunächst Breitbandtherapieansätze dar, durch die jedem Patienten alle nach dem Verständnis der Verhaltenstherapie geeigneten Problemlöse- und Verhaltenskompetenzen vermittelt werden sollten, um ihm ein möglichst breites Bewältigungsrepertoire für alle möglichen Lebenssituationen zur Verfügung zu stellen. Die Behandlung erfolgte in geschlossenen Therapiegruppen mit einer Behandlungsdauer von 4-6 Monaten.

Die Ausweitung der Diagnostikverfahren (Lindenmeyer, 2000a; Zemlin und Herder, 1994) und die stärkere Beachtung von komorbiden Störungen bzw. Persönlichkeitsstörungen durch die Einführung der ICD-10 führten allerdings mit der Zeit zu einer stärker indikationsgeleiteten Differenzierung und

damit Individualisierung der Behandlungskonzepte. Entsprechend wurden ab etwa 1984 zunehmend sowohl die Therapiedauer als auch die Behandlungsschwerpunkte in der stationären Verhaltenstherapie individuell nach den ermittelten Bedürfnissen des Patienten festgelegt (Missel und Zemlin, 1994). In diesem Zusammenhang vollzog sich auch eine sukzessive Verkürzung der Behandlungszeiten, die ab 1996 durch das so genannte Gesetz zur Förderung des Wachstums und der Beschäftigung (WFG) eine radikale Beschneidung auf derzeit durchschnittlich ca. 3 Monate erfahren sollten.

Die Größe heutiger verhaltenstherapeutische Fachkliniken variiert zwischen 120 und 250 Betten. Sie verfügen somit über ein großes interdisziplinäres Behandlungsteam von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und so genannten Adjuvanttherapeuten (Ergotherapeuten, Sporttherapeuten, Arbeitstherapeuten), um der Vielfalt der erforderlichen spezifischen Therapieangebote gerecht werden zu können. Verhaltenstherapeutische Suchtfachkliniken werden in der Regel von kirchlichen oder privaten Trägern betrieben. Nur in wenigen Ausnahmen befinden sie sich in öffentlicher Hand. Die Tagessätze der Behandlung liegen mit 90 bis 115 € weit unter denen einer Akutbehandlung.

Während in der Vergangenheit kritisiert wurde, dass in stationärer Entwöhnungsbehandlung nur die prognostisch günstigen Patienten behandelt würden (Wienberg, 2001), hat sich dies in letzter Zeit deutlich verändert: Der stetige Ausbau der ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten von Alkoholabhängigen und die beständige Zunahme der Arbeitslosigkeit hat bewirkt, dass sich heutzutage in den verhaltenstherapeutisch orientierten Suchtfachkliniken ein besonders schwieriges und problembelastetes Patientengut befindet (Müller-Fahnow et al., 2002).

2 Grundprinzipien der stationären Verhaltenstherapie von Alkoholabhängigen

Es stellt ein Wesensmerkmal der Verhaltenstherapie dar, dass sie jeweils klar formulierte Therapiemaxime aufgestellt hat, um sie einer empirischen Prüfung unterziehen zu können. Therapie wird von Verhaltenstherapeuten nicht als exklusive Veranstaltung zwischen Patienten und Therapeut im wertfreien Raum verstanden, sondern als gezielter und rationaler Versuch, störungsspezifische Ergebnisse der Therapieforschung für den Einzelfall nutzbar zu machen. Entsprechend wurden in verhaltenstherapeutischen Kliniken von Beginn an routinemäßig Katamneseuntersuchungen zur Evaluierung des Gesamtkonzepts und einzelner Therapiebausteine durchgeführt (Lindenmeyer und Schneider, 1998). Vor diesem Hintergrund kann es nicht überraschen, dass in den kürzlich veröffentlichten Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur evidenzbasierten Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen neben pharmakologischen Behandlungsansätzen ausschließlich einige verhaltenstherapeutische Interventionsmethoden aufgenommen wurden (Mundle et al., 2003). Folgende Therapieprinzipien machen aus Sicht des Autors den empirischen Anspruch der stationären Verhaltenstherapie bei Suchtkranken besonders deutlich.

2.1 Überwindung des chronischen Krankheitsverhaltens

Der Verhaltenstherapie liegt ein biopsychosoziales Krankheitsmodell zugrunde, wonach für die Chronifizierung einer Alkoholabhängigkeit weniger die ursprünglichen Entstehungsbedingungen als vielmehr die Entwicklung von chronischem Krankheitsverhalten (Zielke, 1994) verantwortlich ist. Es ist gekennzeichnet durch neurophysiologische Regelkreise der Toleranzentwicklung und Sensitivierung des Belohnungssystems, intrapsychische Teufelskreise in Form von zunehmender Demoralisierung und immer gravierenderen Bewältigungsdefiziten der Betroffenen und schließlich einer sozialen Abwärtsspirale durch abnehmende soziale Ressourcen und ein immer stärker beschädigtes soziales Stützsystem. Die stationäre Verhaltenstherapie von Alkoholabhängigen versteht sich daher als konzentrierter und unmittelbarer Überwindungsversuch dieser chronifizierenden Suchtmechanismen mit Hilfe eines ganzheitlichen Therapieansatzes. Insofern ist die Behandlung auch weniger an einer Aufarbeitung der Vergangenheit orientiert als vielmehr darauf ausgerichtet, dem Patienten eine zufriedene und dauerhafte Abstinenzentwicklung in der Zukunft zu ermöglichen (vgl. Abb. 1).

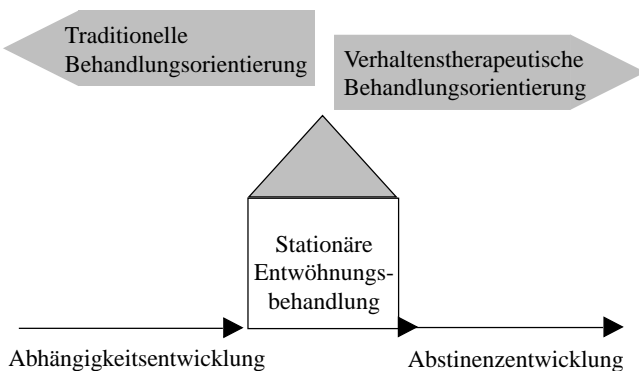


Abbildung 1: Verhaltenstherapeutische Behandlungsperspektive

2.2 Selbstmanagement

Gerade im Bewusstsein der begrenzten Freiheit des Menschen durch verfestigte neurophysiologische und psychische Suchtmechanismen sowie das prinzipielle Eingebettetsein menschlichen Verhaltens in oft nicht veränderbare situative und soziale Begebenheiten zielt die Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigen darauf ab, zumindest eine relative Unabhängigkeit der Betroffenen zu ermöglichen. Seit Kanfer et al. (1996) wird dieses Grundprinzip der Verhaltenstherapie mit dem Begriff des Selbstmanagements belegt. Grundlage der therapeutischen Zusammenarbeit ist eine exakte Protokollierung aller therapeutischen Aktivitäten durch die Patienten, ein gezieltes Training von spezifischen und allgemeinen Problemlösekompetenzen und die Erhöhung von Selbstwirksamkeitsüberzeugung, um so die Patienten langfristig zu ihrem eigenen Therapeuten werden zu lassen, die auch angesichts neurophysiologischer Automatismen und oftmals widriger Umgebungsbedingungen möglichst selbstbestimmt ihren Lebensweg gehen können. Der Erfolg einer Therapie ist somit nicht allein das unmittelbare Ergebnis von Selbsterkenntnis und Einsicht, sondern entsteht erst durch die konsequente und situationsangemessene Um-

setzung dieser Erkenntnisse in gezielte Patientenaktivität. Um einen möglichst stabilen Transfer der Therapieerfolge in den Alltag der Patienten zu gewährleisten, sind alle Behandlungsangebote stationärer Verhaltenstherapie darauf ausgerichtet, Patienten zur Erprobung von konkreten Verhaltensänderungen in typischen Alltags- und Versuchungssituationen anzuregen. Entsprechend sind die zeitliche Therapieorganisation, Hausordnung und Heimfahrtregelung darauf ausgerichtet, die Patienten unter Beachtung der jeweiligen Regelungen der Leistungsträger während der Behandlung möglichst wenig räumlich bzw. sozial zu isolieren.

2.3 Individualisierte Intervention

Gleichzeitig wird immer deutlicher, dass es *die* Alkoholabhängigkeit nicht gibt. Vielmehr ist eine Vielzahl unterschiedlicher Schweregrade, Verlaufsformen und Komorbiditäten zu beobachten. Stationäre Verhaltenstherapie der Alkoholabhängigkeit ist darauf ausgerichtet, den enormen Unterschieden zwischen Suchtmittelabhängigen durch zeitliche und inhaltliche Differenzierungsmöglichkeiten gerecht zu werden. Die zunächst „horizontalen“ Individualisierungsbemühungen entsprechend den Problembereichen und der Abhängigkeitsschwere der Betroffenen haben mittlerweile eine Erweiterung durch eine „vertikale“ Differenzierung nach Veränderungsphasen erfahren (vgl. Abb. 2): Beispielsweise wurden spezifische Behandlungsansätze zur Motivierung von abhängigen Patienten, die ihren Suchtmittelkonsum als unproblematisch empfinden, entwickelt. Ebenso existieren Kurzinterventionen zur schnellen Stabilisierung von rückfälligen Patienten, anstatt sie mit einer erneuten Behandlung „von vorn“ beginnen zu lassen.

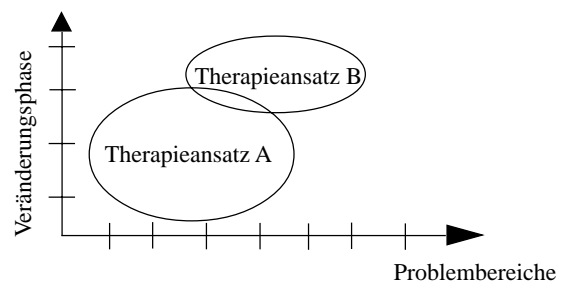


Abbildung 2: Zweidimensionale Differenzierungsmöglichkeit stationärer Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigen (Lindenmeyer, 1999)

2.4 Minimale Intervention

Angesichts der beschränkten Behandlungsressourcen konzentriert sich die stationäre Verhaltenstherapie auf die zentralen Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Veränderung der Patienten. Mit Hilfe einer umfangreichen Diagnostik und Verhaltensanalyse wird versucht, die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für einen Therapieerfolg zu bestimmen. Dies erfolgt über einen zweifachen Indikationsprozess (vgl. Abb. 3), indem zunächst der Stellenwert der Suchtproblematik im Vergleich zu anderen Problembereichen des Patienten geklärt und in einem zweiten Schritt seine kritischen Rückfallrisikobereiche herausgearbeitet werden. Angestrebt wird ein mög-

lichst einfacher und geradliniger Gesamtbehandlungsplan, um zu verhindern, dass zu komplexe, aus vielen Komponenten bestehende Therapieprogramme sich negativ auf die Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten und den Therapieerfolg auswirken.

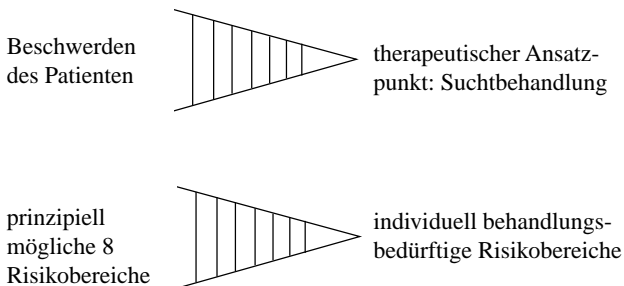


Abbildung 3: Der zweifache Indikationsprozess innerhalb stationärer Verhaltenstherapie (Lindenmeyer, 1999)

2.5 Transparenz /Eigenverantwortung

Häufig befinden sich Alkoholabhängige in einem Ambivalenzkonflikt zwischen einem ausgeprägten Änderungsbegehren und dem Bedürfnis nach weiterem Alkoholkonsum. Der Konflikt zwischen dem Veränderungswunsch und der Angst vor Veränderung kann den Erfolg einer Behandlung besonders dann in Frage stellen, wenn er den Betroffenen nicht ausreichend bewusst ist. Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung der informierten und freiwilligen Therapieentscheidung der Patienten (*informed consent*) in der Verhaltenstherapie von Alkoholabhängigen deutlich: Nur Patienten, die sich informiert und freiwillig dafür entscheiden, auf Alkohol zu verzichten, werden im Sinne von Dissonanzreduktion diese Entscheidung aufwerten und damit langfristig für richtig halten. In verschiedenen Studien konnte eindrucksvoll gezeigt werden, dass auch im Suchtbereich konfrontatives Therapeutenverhalten wenig effektiv ist (Miller und Rollnik, 1999). Entsprechend orientiert sich die therapeutische Grundhaltung innerhalb der stationären Verhaltenstherapie am Paradigma des Verhandeln von Therapiezielen und Therapiemaßnahmen mit den Patienten. Aufgabe des Therapeuten ist es hierbei, Patienten zur aktiven und selbst gewollten Teilnahme an den indizierten Therapiemaßnahmen zu motivieren.

2.6 Entpathologisierung von Rückfällen

Etwa die Hälfte aller Alkoholabhängigen wird nach einer Behandlung erneut rückfällig (Küfner und Feuerlein, 1989). Langzeitstudien belegen allerdings eindrucksvoll, dass Rückfälle in der Regel kein prinzipielles Scheitern der Betroffenen bedeuten (Vaillant, 1996). Sie stellen vielmehr normale Vorgänge auf dem Weg zur lebenslangen Abstinenz dar und sind in erster Linie Ausdruck kurzfristiger Überforderung in konkreten Risiko- und Belastungssituationen. Entsprechend ist der Rückfall ein Hauptgegenstand der Behandlung in der stationären Verhaltenstherapie von Alkoholabhängigen. Die Patienten werden gezielt ermutigt, sich ihren wichtigsten Rückfallrisikosituationen in der Realität auszusetzen und ihre abstinenten bzw. symptomfreie Bewältigung zu üben. Gleich-

zeitig werden die Patienten angeleitet, gemeinsam mit ihren Angehörigen entsprechende Maßnahmen für den Fall eines künftigen Rückfalls zu vereinbaren.

Die meisten Alkoholabhängigen reagieren auf einen Rückfall mit erheblicher Ambivalenz hinsichtlich weiterer Abstinenz- bzw. Veränderungsmotivation und Resignation, die durch konfrontatives Therapeutenverhalten bzw. disziplinarische Entlassungen noch verstärkt werden können. Von daher haben Rückfälle während der stationären Verhaltenstherapie dann keine disziplinarische Konsequenz, wenn sich ein konstruktiver Ansatzpunkt für eine Weiterbehandlung ergibt. In diesem Fall sind alle Maßnahmen zuallererst darauf gerichtet, ein mögliches Resignieren der Betroffenen zu verhindern bzw. zu überwinden und ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung in zukünftige Abstinenz bzw. Veränderung wiederherzustellen. Entsprechend wird in jedem Einzelfall gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen nach konkreten Möglichkeiten gesucht, um einen Rückfall möglichst kurzfristig und einfach wieder aufzufangen (Lindenmeyer, 2000).

3 Beschreibung zentraler Therapiebausteine stationärer Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigen

Ein Problem bei der Darstellung ist natürlich die Heterogenität der einzelnen Einrichtungen in Abhängigkeit von ihrer Größe, ihrer Ausstattung und ihrer Klientel. Gleichzeitig findet sich heutzutage kaum eine Suchtfachklinik mit rein verhaltenstherapeutischer Behandlung von Alkoholabhängigen. Vielmehr sind viele Elemente der Verhaltenstherapie längst in der Entwicklung evidenzbasierter störungsspezifischer Therapieverfahren aufgegangen. Im Folgenden können daher lediglich exemplarisch einige Therapiebausteine beschrieben werden, von denen besonders wichtige Impulse für die gegenwärtige stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen ausgegangen sind.

3.1 Motivationsarbeit

Viele Alkoholabhängige machen einen komplizierten, sich über mehrere Phasen erstreckenden Entscheidungsprozess durch, bevor sie sich zur Aufgabe ihres Alkoholkonsums durchringen können. Beispielsweise erleben viele Patienten bei der kulturellen Integriertheit von Alkohol die Aufforderung konsequenter Alkoholabstinenz als Kränkung ihres Selbstwertgefühls bzw. soziale Ausgrenzung. Aber auch Alkoholabhängige, die ernsthaft ihren Alkoholkonsum aufgeben wollen, haben häufig keine Vorstellung davon, was sie über ihre ernst gemeinte Absichtserklärung hinaus konkret tun können. Ähnlich geht es rückfälligen Patienten, die außer der Tatsache ihres Rückfalls keine Vorstellung davon haben, was sie nach einer Phase der Abstinenz falsch gemacht haben. Einer sorgfältigen Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells für die eigene Abhängigkeitsentwicklung und der daraus abzuleitenden Behandlungsmethoden in Form einer dosierten Informationsvermittlung kommt somit größte Bedeutung zu als erster "Prüfstein" in der Therapeut-Patient-Beziehung und für den Aufbau einer stabilen Behandlungsmotivation.

Das Prinzip der dosierten Informationsvermittlung wurde in der Verhaltenstherapie entwickelt, um dem Alkoholabhängigen die Suchtakzeptanz dadurch zu erleichtern, dass bei der alkoholbezogenen Informationsaneignung genügend Spielraum besteht, um sich zunächst schrittweise mit jenen Aspekten der Neuinformation auseinander zu setzen, die in keinem Widerspruch zu seinen bisherigen Überzeugungen stehen (Lindenmeyer, 2003). Für den deutschsprachigen Raum sind bislang drei verhaltenstherapeutische Ansätze zur Informationsvermittlung für Alkoholabhängige im stationären Setting vorgelegt worden:

- „Die Suchtfibel“ (Schneider, 1998)
Es handelt sich um eines der am verbreitetsten (12. Auflage) Therapiematerialien für Alkoholabhängige. Zu insgesamt 100 Fragen gliedert nach den Veränderungsphasen von Prochaska und DiClemente findet sich jeweils eine 1-3-seitige Antwort. Das Buch wird im Rahmen stationärer Verhaltenstherapie meist von Therapiegruppen im Rahmen so genannter themenzentrierter Gruppen ohne Therapeuten gemeinsam durchgearbeitet, indem in jeder Sitzung eine Frage und ihre Antwort diskutiert werden.
- „Lieber schlau als blau“ (Lindenmeyer, 2001)
Dieses Buch zur Selbstlektüre für Patienten enthält 13 Kapitel zur Entstehung und Behandlung einer Alkoholabhängigkeit. Im Anhang findet sich zu jedem Kapitel ein kurzer Fragebogen, um den Betroffenen Gelegenheit zu geben, das neu erworbene Wissen zu reflektieren und auf sich selbst anzuwenden. Der Therapeut erhält dadurch notwendige Detailinformationen über die Abhängigkeitsentwicklung seines Patienten. Das Buch wird häufig auch als Grundlage für Patientenvorträge im Rahmen stationärer Verhaltenstherapie verwendet.
- das gruppentherapeutische Motivationsprogramm von Petry (1996)
Das Behandlungsmanual enthält Materialien zu 24 jeweils etwa 90-minütigen Gruppensitzungen mit jeweils 12 Teilnehmern, unterteilt in 4 Hauptthemen (Informationsvermittlung, Verhaltensdiagnostik, kognitive Umstrukturierung, Rückfallgefährdung). Jede Sitzung wird eingeleitet durch eine Therapieaufgabe, die die Teilnehmer unter Anleitung des Therapeuten gemeinsam bearbeiten. Dies erfordert einerseits die gezielte Aufnahme und Verarbeitung suchtspezifischer Informationen, gleichzeitig wird dadurch eine spielerisch probeweise Übernahme der neu erworbenen Einstellungen und Erkenntnisse in das Selbstkonzept der Teilnehmer ermöglicht.

3.2 Bezugsgruppentherapie

Zentrale Impulse gingen von der Verhaltenstherapie für die Behandlung von Alkoholpatienten innerhalb von sog. Bezugsgruppen von 10-12 Patienten aus. Hierzu wurden eine Vielzahl von Manualen veröffentlicht und auf ihre Wirksamkeit hin untersucht (vgl. Abb. 4).

Autor	Setting / inhaltlicher Schwerpunkt
Petry (1996)	stationäre Gruppentherapie / Motivierungsstrategien
Monti et al. (1989)	stationäre Gruppentherapie / Kompetenztraining
Schneider (1982)	stationäre Gruppentherapie / Breitbandtherapie
Wanigarantne et al. (1990)	Gruppentherapie / Rückfallprävention
Altmannsberger (2004)	Gruppentherapie / Rückfallprävention
Körkel und Schindler (2003)	Gruppentherapie / Rückfallprävention

Abbildung 4: Verhaltenstherapeutische Gruppentherapiemanuale für Alkoholabhängige

Heutzutage handelt es sich hierbei in der Regel um so genannte halb offene Gruppen, bei denen ausscheidende Patienten durch neue Patienten ersetzt werden. Durch die ständige Fluktuation der Patienten ist es nur bedingt möglich, über einen längeren Zeitraum an einer bestimmten Thematik zu arbeiten. Zentrales Anliegen verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie ist es vielmehr, mit der Schaffung von Offenheit, Vertrauen, Arbeitshaltung und Kohäsion für so genannte instrumentelle Gruppenbedingungen zu sorgen (Grawe, 1988) zu sorgen, um auf dieser Grundlage dann für jeden einzelnen Patienten einen inhaltlichen Verlauf innerhalb der Gruppentherapie zu konzipieren zu können, der dann intervallmäßig über mehrere Gruppenstunden fortgeführt werden kann (vgl. Abb. 5). In den einzelnen Gruppentherapiesitzungen stehen dadurch jeweils mehrere Patienten nacheinander für eine begrenzte Zeit im Mittelpunkt. Die Gruppe kann hierbei sowohl als sachkundige Zuhörerschaft, als Übungsfeld oder als Mitbetroffene einbezogen werden.

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

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

Vorstellung

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

Darstellung der Suchtkarriere

Der Patient erläutert anhand einer für alle sichtbar aufgemalten so genannten Lebenslinie seine Suchtkarriere. Er beschreibt vor allem so genannte Wendepunkte, an denen sein Alkoholkonsum zugenommen bzw. abgenommen hat. Er stellt sich hierbei den kritischen Nachfragen seiner Mitpatienten.

Abwehrmechanismen

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

Rückfallrisikosituationen

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

Abhängigkeitsverständnis

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

Vorstellung der persönlichen Therapieziele und des Therapieplans

Der Patient stellt seine persönlichen Therapieziele und seinen Therapieplan zur Diskussion.

Notfallplan im Falle eines Rückfalls

Der Patient berichtet über seinen Notfallplan im Falle eines Rückfall und bittet seine Mitpatienten um Rückmeldung.

Ablehnungstraining

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

Planung und Auswertung von Expositionsübungen

Der Patient berichtet über geplante Expositionsübungen zur Rückfallprophylaxe bzw. berichtet über dabei gemachte Erfahrungen.

Argumente für Abstinenz vertreten

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

Therapiezwischenbilanz

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

Problemlösetraining

Der Patient bittet die Gruppe um Mithilfe bei der Bewältigung konkreter Schwierigkeiten nach dem Problemlöseprozess: genauere Analyse des Problems, Zieldefinition, Brainstorming über möglichst viele Lösungsmöglichkeiten, Bewertung jedes einzelnen Lösungsvorschlages, Auswahl einer Lösungsmöglichkeit.

Das erste Jahr nach Entlassung

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

Heißer Stuhl

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

Abschlussbilanz und Verabschiedung

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

Abbildung 5: Mögliche Inhalte einer Verhaltenstherapie in halb offener Therapiegruppe (Lindenmeyer, 1999)

3.3 Indikatives Therapieangebot

Um der Heterogenität des Patientenguts in einer größeren Suchtklinik besser gerecht werden zu können, wurden die klassische Gruppentherapie innerhalb von festen Bezugsgruppen durch die Einführung so genannter indikativer Gruppen ergänzt (Missel und Zemlin, 1994). Hierbei handelt es sich um themenzentrierte Gruppen zu einzelnen Problembereichen. Der Vorteil ist, dass in diesen Gruppen störungsspezifischer und zielgerichteter behandelt werden kann, da die Homogenität der teilnehmenden Patienten größer ist. Für eine Vielzahl dieser indikativen Gruppen sind mittlerweile Behandlungsmanuale und Teilnehmermaterialien veröffentlicht worden. Durch die Teilnahme an mehreren indikativen Therapiemaßnahmen kann anstelle früherer Standardbehandlung ein sehr individuelles Therapieprogramm für den Patienten zusammengestellt werden (vgl. Abb. 6).

Indikation	Autoren
Selbstsicherheit und Kommunikation	Schneider, 1994
Sexualität	Fahrner, 1985
Raucherentwöhnung	Kröger, 1997
Frauengruppe	Vogelgesang, 1995.
Ärger und Aggression	Schwenkmezger et al., 1999
Persönlichkeitsstörungen	Schmitz et al., 2001

Abbildung 6: Manuale für indikative Gruppen im Rahmen stationärer Verhaltenstherapie von Alkoholabhängigkeit

3.4 Rückfallprävention

Eine Vielzahl von Studien zum Rückfallgeschehen kommt übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass es *die* Rückfallursache nicht gibt. Stattdessen lässt sich ein Rückfall als Folge mangelnder Selbstwirksamkeitsüberzeugung und unzureichender Bewältigungsfähigkeiten in relevanten Risikosituationen beschreiben. Zusätzlich werden die Bewältigungsfähigkeiten und Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Betroffenen in Risikosituationen sowohl durch klassisch konditionierte Reaktionsweisen als auch durch ein selbst nach langfristiger Abstinenz sofort aktivierbares alkoholbezogenes semantisches Netzwerk (sog. Suchtgedächtnis) beeinträchtigt. Übereinstimmend kommen alle Rückfallstudien zu dem Schluss, dass die größte Rückfallgefährdung innerhalb des ersten Jahres nach Abschluss einer Behandlung besteht. Zentrales Anliegen stationärer Verhaltenstherapie von Alkoholabhängigen ist daher eine systematische Vorbereitung der Patienten auf die kritische Zeit des ersten Jahres nach Abschluss der stationären Behandlung. Um künftig in realen Risikosituationen sicher abrufbar zu sein, müssen Bewältigungsstrategien in Übungssituationen mit tatsächlichem Versuchungscharakter trainiert werden. Hierzu wurden u.a. folgende Therapiemaßnahmen entwickelt (Lindenmeyer, 2000):

- **Ablehnungstraining**

Immer wieder fühlen sich abstinent lebende Alkoholabhängige von Außenstehenden dazu gedrängt, Alkohol (mit)zutrinken. In derartigen sog. sozialen Verführungssituationen kommt es darauf an, die Aufforderung der Umwelt selbstsicher abzulehnen, ohne sich in eine länge-

re Diskussion verwickeln zu lassen. Viele Betroffenen empfinden dies als besonders schwierig, wenn sie die Sympathie ihres Gegenübers nicht verlieren möchten. Die Durchführung eines sog. Ablehnungstrainings dient dazu, zur Rückfallprävention geeignete soziale Fertigkeiten systematisch zu üben. Hierbei werden entsprechende Risikosituationen im Rollenspiel möglichst realistisch durchgespielt und dabei die eigenen Verhaltensmöglichkeiten schrittweise verbessert. Unter anderem gilt es, in diesem Zusammenhang zu überlegen, in welchen Situationen die Betroffenen beim Ablehnen offen zu ihrer Alkoholabhängigkeit stehen wollen und in welchen dies eher nicht angezeigt ist. Relevante Übungssituationen sind hierbei:

- Besuch von früheren Trinkkumpanen
- Ablehnen von Alkoholangeboten bei Familienfeiern oder Partys
- Ablehnen von Alkoholangeboten bei Verabredung /Flirt
- Ablehnen von Alkohol am Arbeitsplatz (Beförderung, Vertragsabschluss, Einstand, Messebesuch, Geschäftsessen)
- Ablehnen von alkoholhaltigen Medikamenten oder Medikamenten mit Suchtpotenzial in Apotheke, Krankenhaus oder beim Arzt

- **Bewältigungstonbänder**

Ziel dieser Therapiemethode ist es, alkoholbezogene Assoziationsmuster und automatisierte Trinkgewohnheiten durch gezielte Bewältigungsstrategien und Abstinenzgedanken zu überschreiben. Der Patient entwirft hierzu zunächst ein möglichst anschauliches Szenario einer möglichen Rückfallsituation und beschreibt dann, wie er diese Situation gerade noch rechtzeitig abstinent bewältigt. Er spricht das so entstandene Skript schließlich auf Tonband, das er sich im Sinne einer selbst geleiteten Vorstellungsbildung regelmäßig anhört. Neben dem angestrebten kognitiven Trainingseffekt hat die Methode weitere Vorzüge:

- Die besprochenen Bewältigungstonbänder können von den Patienten als konkretes Therapieergebnis mit nach Hause genommen und jeweils nach Bedarf auch lange Zeit nach Beendigung der Therapie zur Auffrischung angehört werden.
- Das Anhören der Bewältigungstonbänder stellt häufig für Angehörige eine gewisse Beruhigung dar. Sie sehen, wie konkret sich der Betroffene mit typischen Risikosituationen auseinandersetzt.

- **Expositionsübungen**

Sowohl lerntheoretische Modelle der Alkoholreagibilität als auch neurophysiologische Vorstellungen eines Suchtgedächtnisses (Lindenmeyer, 2001a) betonen die Bedeutung von automatisierten subkortikalen Reaktionsmustern innerhalb des Rückfallgeschehens. Ziel sog. Expositionsübungen in vivo ist es daher, durch die absichtliche Konfrontation mit persönlich relevanten Auslösebedingungen (z.B. die unmittelbare Konfrontation mit alkoholischen Getränken, Stimmungsindektion durch Musik, gezielte Erinnerungen, das Aufsuchen bestimmter Örtlichkeiten oder Personen) eine erhebliche Versuchung, Alkohol zu

trinken, zu erzeugen und anschließend abstinent zu bewältigen. Es geht hierbei nicht darum, für jede Risikosituation eine optimale Bewältigungsreaktion zu finden. Dies würde die kognitive und emotionale Stressbelastung des Betroffenen in Risikosituationen nur weiter erhöhen. Entscheidend für die Aufrechterhaltung der Abstinenz ist vielmehr, dass der Patient auch bei zunächst erfolglosen Bewältigungsbemühungen ausreichend Abstinenzzuversicht behält, um selbst starkem Verlangen nach Alkohol in einer Risikosituation standhalten zu können. Hierbei ist der Tendenz mancher Betroffener entgegenzuwirken, eine erfolgreich bewältigte Übungssituation gewissermaßen als einen für alle Mal bestandenen Härtetest misszuverstehen und damit die Möglichkeit künftiger Rückfälle in fahrlässiger Selbstüberschätzung völlig auszuschließen. Andererseits ist von therapeutischer Seite die drohende Demoralisierung eines Patienten und seiner Angehörigen bei erneuter Suchtmittelinnahme in Übungssituationen aufzufangen.

- **Notfallplan zur Überwindung von Rückfällen**

Da in der Regel ein Rückfall selbst bei bester Prognose eines Patienten niemals mit Sicherheit auszuschließen ist, sollte jeder Patient auf die Möglichkeit eines Rückfalls vorbereitet werden. Ziel ist es hierbei, Rückfälle, wenn sie schon nicht verhindert werden konnten, im Sinne einer Schadenbegrenzung möglichst rasch beenden zu lernen. Aufgrund des drohenden Rückfallschocks kommt es hierbei darauf an, dass der Patient und – falls möglich – seine Angehörigen über einen einfachen und vor allem fest eingetragten sog. Notfallplan verfügen. Im Rahmen der Rückfallprävention sollten daher gemeinsam mit dem Patienten und den nächsten Bezugspersonen geeignete Schritte für diesen Fall vereinbart werden. Diese können schließlich auf einer sog. Notfall-Karte in der Größe einer Kreditkarte notiert werden, die die Beteiligten immer bei sich tragen. Ein Notfallplan sollte folgende Elemente enthalten:

- Wer ist der geeignete Ansprechpartner bei einem Rückfall?
- Festlegung der geeigneten Reihenfolge von Maßnahmen
- Wiedergewinnung von Abstinenzzuversicht

3.4 Umgang mit Rückfällen während der Behandlung

Rückfälle während der Behandlung gehören zum Alltag einer Suchtklinik. In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass eine disziplinarische Entlassung der betroffenen Patienten in den wenigsten Fällen hilfreich ist (Körkel, 1995). Stattdessen erscheint ein differenzierter, einzelfallorientierter Umgang mit Rückfällen während der Behandlung indiziert. Rückfälle sind nicht nur für die Betroffenen und ihre Angehörigen Krisensituationen, sondern auch für die mitbetroffenen Mitpatienten, Therapeuten und Mitarbeiter einer Therapieeinrichtung. Es stellt für alle Beteiligten eine Überforderung dar, wenn der therapeutische Umgang mit dem Rückfall erst im Moment der Krise entwickelt werden muss. Entsprechend wurden in der Verhaltenstherapie klare und eingeübte Vorgehensweisen im Umgang mit Rückfällen propagiert. In Abhängigkeit des konkreten Behandlungssettings sind zunächst

bestimmte Grenzen festzulegen, wann rückfällige Patienten weiterbehandelt werden können und wann eine Fortführung der Behandlung nicht mehr möglich ist (Lindenmeyer und Veltrup, 1998). Außerdem ist darauf zu achten, dass der Therapeut über eine klare Vorstellung von der Dringlichkeitsreihenfolge der einzelnen Schritte verfügt (vgl. Abb. 7).

1. Medizinische Abklärung / Versorgung:

- Vorstellung beim Arzt
- Suizidalität?
- Medikamentöse Anfallsprophylaxe?
- Entzugsmedikation?

2. Wieder nüchtern werden:

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

3. Therapie- und Abstinenzsicherung:

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

Abbildung 7: Checkliste für den Umgang mit rückfälligen Patienten (Lindenmeyer, 1999)

3.5 Angehörigenarbeit

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht wurde der Angehörigenarbeit größte Bedeutung zugemessen. Während einer stationären Behandlung sind einer Einbeziehung von Angehörigen allerdings relativ enge zeitliche Grenzen gesetzt, so dass schwerwiegende Partner- oder Familienprobleme der Patienten nicht "gelöst" werden bzw. tief greifende Veränderungen in der Beziehungsstruktur eingeleitet werden können. Vor diesem Hintergrund beschränkt sich die verhaltenstherapeutische Arbeit mit Angehörigen in der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen hier primär auf folgende Therapieinhalte im Rahmen so genannter Partner oder Familienseminare:

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

Von einer Reihe von Autoren sind Manuale zur verhaltenstherapeutischen Arbeit mit Partnern (Schneider, 1982; Lindenmeyer, 1999; 2003) von Alkoholabhängigen im Rahmen mehrtägiger Angehörigenseminare veröffentlicht worden.

5 Die Wirksamkeit und Effizienz der stationären Verhaltenstherapie von Alkoholabhängigen

Die Dämonisierung der Süchtigen in der Gesellschaft erstreckt sich auch auf deren Behandler: Die Wirksamkeit der Behandlung von Alkoholabhängigen wird gemeinhin erheblich unterschätzt (Gölz, 2001). In Wirklichkeit stellt insbesondere die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen in Deutschland eines der wirksamsten Anwendungsfelder der klinischen Psychologie dar. Sie weist Abstinenzquoten von ca. 50% ein bis vier Jahre nach Ende der Behandlung auf. Weitere 3-8% der behandelten Alkoholabhängigen zeigten in diesem Zeitraum einen deutlich gebesserten Zustand (Küfner und Feuerlein, 1989; Sonntag und Künzel, 2000; Kluger et al., 2003). Die stationäre Behandlung in der Bundesrepublik erscheint nach einer meta-analytischen Studie von Süß (1995) damit erfolgreicher (höhere Abstinenz- und Besserungsraten) als in anderen Ländern.

Einschränkend ist hierbei zu bemerken, dass es sich hierbei um hochkomplexe Langzeittherapien mit einer Vielzahl eklektisch-pragmatisch zusammengesetzter Komponenten aus unterschiedlichen Therapierichtungen handelt, so dass keine Aussagen über die Wirksamkeit einzelner verhaltenstherapeutischer Therapiemaßnahmen möglich sind.

Nur für Deutschland konnte ein positiver Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Dauer der stationären Behandlung nachgewiesen werden (Sonntag und Künzel, 2000), in anderen Ländern besteht dieser Zusammenhang offenbar nicht. Brünger et al. (1997) weisen in einer Vergleichsstudie über 10 Jahre darauf hin, dass einerseits eine Zunahme prognostisch ungünstiger Klientenmerkmale und andererseits eine Verkürzung der durchschnittlichen Behandlungsdauern zu verzeichnen ist. Zemlin et al. (1999) konnten zeigen, dass sich verkürzte Behandlungszeiten insbesondere bei prognostisch ungünstigen Patienten negativ auswirken.

Ein Vergleich der Effektivität von stationärer vs. ambulanter Therapie bei Alkoholabhängigen ist aufgrund der wenigen Studien in Deutschland noch nicht möglich. In der Meta-Analyse von Süß (1995) weisen ambulante Therapien nur geringfügig niedrigere Besserungsraten als stationäre Therapien in Fachkliniken auf, allerdings blieben hierbei unterschiedliche Patientenselektionen unberücksichtigt. Moos et al. (2000) sehen den Vorteil stationärer Behandlung vor allem bei Patienten mit zusätzlichen Störungen, besonders hinsichtlich Arbeit und sozialer Situation. Als wichtiger Faktor erweist sich hierbei die geringere Abbruchrate bei stationärer Behandlung (McKay et al., 1995). Positive Effekte stationärer Behandlung ergeben sich aber auch bei einer anschließenden ambulanten Nachsorge (Finney et al., 1996).

Offen bleiben muss gegenwärtig, in welchem Ausmaß signifikante Unterschiede der Behandlungseffekte zwischen verschiedenen Therapiebausteinen der stationären Alkoholentwöhnung bestehen. Miller und Mitarbeiter (1995) konnten aufgrund einer meta-analytischen Auswertung von 219

Studien aus dem angelsächsischen Raum die Wirksamkeit von Kurztherapien mit unterschiedlichen Teilkomponenten am klarsten nachweisen. Ein isolierter Effekt wurde außerdem bei verschiedenen verhaltenstherapeutischen Techniken (u.a. soziales Kompetenztraining, Motivational Interviewing, kognitive Therapie, verdeckte Sensibilisierung, Expositionsbehandlung, Rückfallprävention, verhaltenstherapeutische Paarbehandlung) festgestellt, während insbesondere die in den USA übliche Alkoholismusberatung, psychodynamische und familientherapeutische Behandlungsansätze sowie allgemeine Aufklärung bzw. der Einsatz von Filmen keine isolierte Effektivität nachweisen konnten. In den AWMF-Leitlinien wird für die Akutbehandlung von Süchtigen lediglich dem Ansatz des Motivations-Interviewing die höchste Evidenzklasse zuerkannt (Mundle et al., 2003). Süß (1995) stellte in seiner Meta-Analyse eine deutliche, statistisch allerdings nicht signifikante Überlegenheit von verhaltenstherapeutischen Interventionen gegenüber eklektischer Standardtherapie fest. Demgegenüber ergab die sehr aufwendige und methodologisch vorbildliche Studie in den USA (Project Match) entgegen der Erwartung ihrer Autoren, dass sich die Ergebnisse von 3 vollkommen verschiedenartigen Therapieverfahren (Motivational Interviewing, kognitive Verhaltenstherapie, AA-orientierte Behandlung) nicht wesentlich unterschieden. Es konnten auch kaum interaktive Effekte dergestalt festgestellt werden, wonach eine der drei verglichenen Therapieformen für bestimmte Patienten geeigneter gewesen wäre (Project Match Research Group, 1997, 1997a).

Literatur

- Altmannsberger W (2004): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe
- Antons K (1977): Die Therapie des Kurhauses Ringgenhof. In: Antons K, Schulz W (Hrsg.): Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigem Alkoholismus. Bd. 2. Göttingen: Hogrefe, S. 143-179
- Abfalg R (2003): Von der Bekämpfung des Lasters zur Behandlung des Kranken – 100 Jahre Arbeit mit Suchtkranken. Landsberg: Ecomed
- Brünger M, Löschmann Ch, Koch U (1997): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen in den Jahren 1983 bis 1993. Sucht 43:37-55
- Fahrner E (1985): Psychologische Behandlung von Sexualstörungen bei männlichen Alkoholabhängigen. München: Röttger
- Finney JW, Hahn AC, Moos RH (1996): The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. Addiction, 91, 1773-1796.
- Golz J (2001): Vision für eine Versorgung im Netzwerk: Der Hausarzt in der Suchtmedizin. Suchttherapie, 2 (S), 39-43
- Grawe K (1988): Verhaltenstherapie in Gruppen. München: Urban & Schwarzenberg
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (Hrsg.)(1996): Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer
- Körkel J (1995): Rückfälle während stationärer Alkoholismusbehandlung: Häufigkeiten, Ursachen, Interventionen. In: Körkel J, Wernado M, Wohlfarth R (Hrsg.): Stationärer Rückfall - Ende der Therapie? Pro und Contra stationärer Rückfallarbeit mit Alkohol. Geesthacht: Neuland, S. 7-52

- Körkel J, Schindler L (2003): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm STAR. Heidelberg: Springer
- Kröger C (1997): Rauchfrei in 10 Schritten. Baltmannsweiler: Schneider
- Küfner H, Feuerlein W (1989): In-patient-treatment for alcoholism. A multi-center evaluation study. Berlin: Springer
- Lindenmeyer J (1999): Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Band 6. Göttingen: Hogrefe
- Lindenmeyer J (2000): Rückfallprävention. In: Margraf J (Hrsg.): Handbuch der Verhaltenstherapie. Berlin: Springer, S. 565-584
- Lindenmeyer J (2000a): Diagnostik in der Suchtbehandlung. Sucht aktuell 16:44-49
- Lindenmeyer J (2001): Lieber schlau als blau. Informationen zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. 6. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Lindenmeyer J (2001a): Neue Erklärungsansätze zur Behandlung von Verlangen nach Alkohol. In: Dohrenbusch R, Kaspers F (Hrsg.): Fortschritte der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin. Lengerich: Pabst Publishers, S. 147-162
- Lindenmeyer J (2003): Motivierungsstrategien in der Behandlung Alkoholabhängiger. In: Steingass P (Hrsg.): Remscheider Gespräche. Geesthacht: Neuland, S. 130-153
- Lindenmeyer J, Veltrup C (1998): Therapeutischer Umgang mit rückfälligen Alkoholabhängigen während einer Entwöhnungsbehandlung. Ergotherapie 10:232-237
- Lindenmeyer J, Schneider R (1998): Qualitätssicherung in der Suchtbehandlung. In: Laireiter AR, Vogel H (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: DGVT-Verlag, S. 477-492
- McKay JR, Alterman AJ, McLellan AT, Snider EC, O'Brien CP (1995): The effect of random versus nonrandom assignment in a comparison of in-patient and day hospital rehabilitation for male alcoholics. J Consult Clin Psychol 63 :70-78
- Miller WR, Brown JM, Simpson TL, Handmaker NS, Bien TH, Luckie LF, Montgomery HA, Hester RK, Tonigan JS (1995) : What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In: RK Hester, WR Miller (Eds.), Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives (Vol.2) 12-44. Boston: Allyn and Bacon
- Miller WR, Rollnik S (1999): Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus
- Missel P, Zemlin U (1994): Neuere Entwicklungen in der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Suchterkrankungen. In: Zielke M, Sturm J (Hrsg.): Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz, S. 141-163
- Monti PM, Abrams DB, Kaden RM, Cooney NL (1989): Treating alcohol dependence. A coping skills training guide. New York: Guilford Press
- Moos R, Finney JW, Ferderman B, Suchinsky R (2000): Speciality mental health care improves patient's outcomes: findings from a nationwide program to monitor the quality of care for patients with substance use disorders. J Stud Alcohol 61:704-713
- Müller-Farnow W (2002): Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): DRV-Schriften, Band 32
- Mundle G, Banger M, Mugele B, Stetter F, Soyka M, Veltrup C, Schmidt LG (2003): AWMF-Behandlungsleitlinie: Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. Sucht 49:147-167
- Petry J (1996): Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien. (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Project Match Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match posttreatment drinking outcomes. J Stud Alcohol 58:7-29
- Project Match Research Group (1997a). Project Match secondary a priori Hypotheses. Addiction 92:1671-1698
- Rush B (1774): An Inquiry into the effect of ardent spirits upon the human body and mind with an account of the means of preventing and of the remedies for curing them. Philadelphia
- Schmitz B, Schuhler P, Handke-Raubach A, Jung A (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Schneider R (1982): Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen. München: Röttger
- Schneider R (1994): Selbstsicherheitstraining. In: Zielke M, Sturm J (Hrsg.): Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Beltz: Weinheim, S. 395-424
- Schneider R (1998): Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten. Baltmannsweiler: Schneider
- Schwenkmezger P, Steffgen G, Dusi D (1999): Umgang mit Ärger. Ärger- und Konfliktbewältigungstraining auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage. Göttingen: Hogrefe
- Sonntag D, Künzel J (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht 45(S2):89-167
- Süß HM (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau 46:248-266
- Vaillant GE (1996): A long-term-follow up of male alcohol abuse. Arch Gen Psychiatry 53:243-249
- Vogelgesang M (1995): Frauenspezifisches Gruppeninterventionsprogramm für suchtmittelabhängige Frauen. Sucht 41:25-33
- Wanigaranthe S, Wallace W, Pullin J, Keaney F, Farmer R (1990): Relapse prevention for addictive behaviours. Oxford: Blackwell
- Watzl H (1982): Behandlung alkoholkranker Frauen – Behandlungsergebnisse und Behandlungsmerkmale. In: Berger H, Legnaro A, Reuband KH (Hrsg.): Frauenalkoholismus. Stuttgart: Kohlhammer, S. 115-129
- Wienberg G (2001): "Die vergessene Mehrheit" heute – Teil II: Zur Situation der traditionellen Suchthilfe. In: Wienberg G, Driessen M (Hrsg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Zemlin U, Herder F, Dornbusch P (1999): Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationären Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? – Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. Sucht aktuell 2:16-32
- Zemlin U, Herder F (1994): Ergebnisse der summativen und differentiellen Evaluation eines indikativen Behandlungsprogramms für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 27:128-192
- Zielke M (1994): Chronisches Krankheitsverhalten: Entwicklung eines neuen Krankheitsparadigmas. In: Zielke M, Sturm J (Hrsg.): Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz, S. 7-27

Johannes Lindenmeyer

Salus Klinik Lindow

Straße nach Gühlen 10 • 16835 Lindow
Tel 033933 / 88-112 • Fax 033933 / 88-119
E-Mail: lindenmeyer@salus-lindow.de