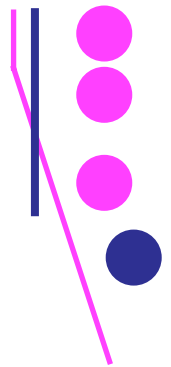


Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie

Thema: Alkoholabhängigkeit und -missbrauch



Häufig verwendete Begriffe für Störungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum

Alkoholabhängigkeit, Trunksucht, Alkoholismus, chronischer Alkoholismus, Alkoholabusus, Alkoholkrankheit

Störungen im Zusammenhang mit Alkohol

- Alkohol: häufigstes Beruhigungsmittel in westlichen Kulturen; ~ 90% aller Erwachsenen trinken irgendwann in ihrem Leben Alkohol
- Geschichte: früher als “Laster” und “Teufelswerk” angesehen; 1774 durch den amerikanischen Arzt Benjamin Rush als “Krankheit des Willens” bezeichnet; in Deutschland im 19. Jh. Selbsthilfebewegungen und erste Trinkerasyile; moderne sozialmedizinische Konzepte seit 1940 durch E.M. Jellinek entwickelt
- Abhängigkeit und Missbrauch: Lebenszeitprävalenz 8-14% (Abhängigkeit), ~ 5% (Missbrauch); ♂ > ♀ mit Verhältnis 5:1; ↑ niedriges Bildungsniveau, Arbeitslosigkeit, niedriger sozioökonomischer Status
- Altersbezogene Komplikationen: bei Jugendlichen oft Verhaltensstörungen und antisoziales Verhalten; bei älteren Menschen ↑ Anfälligkeit des Gehirns für depressogene Wirkungen des Alkohols, ↓ Lebermetabolisierungsrate, ↓ Anteil an Körperflüssigkeit

Studie zum Alkoholkonsum in Deutschland von Kraus & Bauernfeind (1998)

- Repräsentative Untersuchung im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums
- ~ 3% der erwachsenen Bevölkerung > 18 J. sind als alkoholabhängig einzustufen (~ 1,5 Mio. Personen), weitere ~ 5% betreiben Alkoholmissbrauch (~ 2,4 Mio.); evtl. sind die wirklichen Zahlen wegen Verleugnungstendenz noch höher
- Pro-Kopf-Jahresverbrauch 10,7 l reiner Alkohol (entspricht ~ 131 l Bier + 23 l Wein/Sekt + 6 l Spirituosen); bezogen auf Personen > 15 J. ergibt sich rechnerisch ein mittlerer Tagesverbrauch von 34 gr. Alkohol
- nur 5-10% der Erwachsenen trinken überhaupt keinen Alkohol
- ~ 50% des Alkohols werden nur von ~ 7% der Bevölkerung getrunken
- Geschlechtsunterschiede: ♂ trinken ~ 3mal so viel Alkohol wie ♀
- starker Alkoholkonsum mit > 40 bzw. 20 gr./Tag bei 12,4% der ♂ und 8,4% der ♀
- neue Bundesländer > alte Bundesländer
- im Süden mehr Wein und Bier; im Norden mehr Spirituosen, insbesondere Schnaps

Diagnostische Abgrenzung und Therapieindikation

Alkoholabhängigkeit: Kriterien nach DSM-IV und ICD-10 sehr ähnlich (= internationaler Standard)

Therapie:

1. Entwöhnungsbehandlung
2. Dauerhafte Alkoholabstinenz

Alkoholmissbrauch (schädlicher Gebrauch): Pat. mit problematischem Alkoholkonsum, ohne dass die Kriterien der Abhängigkeit erfüllt sind

Therapie:

1. Aufklärung über Folgen langfristigen Alkoholkonsums und Mechanismen der Suchtentwicklung
2. Erstellung eines individuellen Risikoprofils zur Unterscheidung von problematischen und unproblematischen Trinksituationen
3. Entwicklung von individuellen Veränderungszielen bzgl. des künftigen Alkoholkonsums
4. Training und Erprobung von Copingfertigkeiten von problematischen Trinksituationen

Typologie nach Jellinek

Alpha = Konflikttrinken

Gamma = Rauschtrinken

Delta = Spiegeltrinken

Epsilon = Periodisches Trinken

Typologie nach Cloninger (1987)

Typ A Alkoholismus

“Neurotischer Subtyp”

weniger Risikofaktoren in der Kindheit

kaum familiäre Belastung

keine Geschlechtspräferenz

späterer Beginn

weniger schwere Abhängigkeitssymptome

weniger psychopathologisch auffällig

weniger alkoholbezogene Probleme

Hauptziel des Trinkens: Angstminderung

bessere Prognose

Typ B Alkoholismus

“Psychopathischer Subtyp”

mehr Risikofaktoren in der Kindheit

familiär gehäufte Alkoholismus

häufiger bei Männern

Beginn alkoholbezogener Probleme < 25 Lj.

schwere Abhängigkeitssymptome

psychopathologisch auffällig

häufig antisoziale Persönlichkeitszüge

viele alkoholbezogene Probleme

häufig Konsum mehrerer Suchtmittel

schlechtere Prognose

Lifetime Komorbidität bei Alkoholabhängigkeit (n. Lindenmeyer 1999)

STÖRUNGEN	PROZENT
Angststörungen	1-69
Affektive Störungen	20-73
Schizophrenie	2-8
Einmalige psychotische Symptome (keine Schizophrenie)	43
Borderline	13-54
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	14-53
Suizidversuche	25-35
Nikotinabhängigkeit	64-85
Medikamentenmissbrauch/ -abhängigkeit	13-29
Drogenmissbrauch/-abhängigkeit	0.5-7.5

Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und anderen psychischen Störungen

- **Substanzinduzierte Störung**

Psychische Störung wird direkt durch die physiologischen Effekte des Alkohols verursacht

- **Entzugssyndrom**

Psychische Symptomatik ist Teil eines protrahierten Entzugssyndroms

- **Reaktion auf Folgen des Alkoholkonsums**

Psychische Störung stellt eine Reaktion auf suchtbedingte psychosoziale Veränderungen dar

- **Alkohol = Bewältigungsversuch**

Alkohol wird wegen einer bestehenden psychischen Störung konsumiert ("Selbstmedikation")

- **Gemeinsame Basis**

Alkoholabhängigkeit und psychische Störung werden durch einen gemeinsamen 3. Faktor verursacht (oder mehrere zugrundeliegende Faktoren)

Alkoholabhängigkeit: Verlauf

Onset: jugendlicher Alkoholismus entsteht innerhalb 2-3 J., dagegen bei Erwachsenen 10-12 J.

Charakteristische Verlaufstypen: (a) progrediente Verschlechterung; (b) Pendeln zwischen schweren Trinkphasen und kontrolliertem Konsum/Abstinenz; (c) Spontanremission

Risikofaktoren: Beginn von Arbeitslosigkeit (bei jungen Männern)

Protektive Faktoren: Partnerschaft

Spontanremissionen: geschätzt ~ 20% (abstinent und kontrolliert trinkend); kontrolliertes Trinken können 3-11% entwickeln

Vielfältige Folgeschäden sehr häufig

Mortalität: bei Alkoholabhängigen 7.6-18% innerhalb eines Zeitraums von 4 Jahren ⇒ 4-8fach erhöhtes Mortalitätsrisiko gegenüber normaler altersentsprechender Vergleichsgruppe (Feuerlein et al. 1998); jährlich sterben in Deutschland ~ 70.000 Personen an Folgen ihres Alkoholkonsums

Suizidalität: ~ 25% unternehmen Suizidversuch; ~ 15% sterben durch Suizid

Vielfalt von Folgeschäden einer Alkoholabhängigkeit (nach Lindenmeyer 1999)

Trinkverhalten: häufige Rausche, Dosissteigerung, Toleranzsteigerung, Toleranzminderung, Alkoholvergiftung, morgendliches Trinken, Konsum harter Alkoholika, heimliches Trinken, periodisches Trinken, erfolglose Abstinenzversuche, wiederholte Entgiftungen, erfolglose Behandlungen

Körperliche Folgeschäden: Entzugserscheinungen, Krampfanfälle, erhöhtes Krebsrisiko, höhere Infektanfälligkeit, sex. Funktionsstörungen, Gelenkschmerzen, Leberzirrhose, Pankreatitis, Kardiomyopathie, Bluthochdruck, Traumen, Fettleber, Mangelernährung, Anämie, Gastritis, Knochenbrüche

Soziale Folgeschäden: Partnerschaftskonflikte, Trennung/Scheidung, Schulden, Konflikte am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzverlust, Verlust des Führerscheins, Straftaten, Wohnungsverlust, sozialer Abstieg, Verwahrlosung, Rückzug von Freunden, Haftstrafen

Psychische Folgeschäden: aggressive Entgleisungen, geringes Selbstwertgefühl, selektive Wahrnehmung, Distanzlosigkeit, Gefühlsschwankungen, Konzentrationsprobleme, Gedächtnisstörungen, Depression, Delirium tremens, Alkoholhalluzinose, Suizidalität, soziale Ängste, Eifersucht

Medizinische Krankheitsfaktoren im Zusammenhang mit Alkohol

Bei wiederholtem oder langdauerndem Konsum großer Alkoholmengen ⇒

- **Gastrointestinale Störungen:** Gastritis, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür, bei etwa 15% der starken Trinker Leberzirrhose und Pankreatitis, erhöhte Krebsrate der Speiseröhre, des Magens und anderer Teile des Gastrointestinaltrakts
- **Kardiovaskuläre Störungen:** leichte Hypertonie, bei sehr starken Trinkern Kardiomyopathie und andere Myopathien; durch ↑ Triglyzeride und Cholesterin erhöhtes Risiko für Herzerkrankungen
- **Neurologische Störungen:** periphere Neuropathien mit Muskelschwäche und Parästhesien; Langzeitwirkungen mit kognitiven Defiziten, schwere Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und degenerativen Veränderungen des Gehirns (z.B. durch Vitamin B-Mangel), [schwerste Form: Wernicke-Korsakow-Syndrom]
- **Störungen des Vitaminhaushalts:** Veränderungen der Resorption durch Fehlernährung, aber direkt alkoholbedingt; v.a. Vitamine B1, B2, B12, Folsäure
- **Hormonelle Störungen in vielen Systemen** (Schilddrüse, Nebennierenrinde, Gonaden) mit entsprechenden klinischen Folgen (z.B. Impotenz); Hautveränderungen

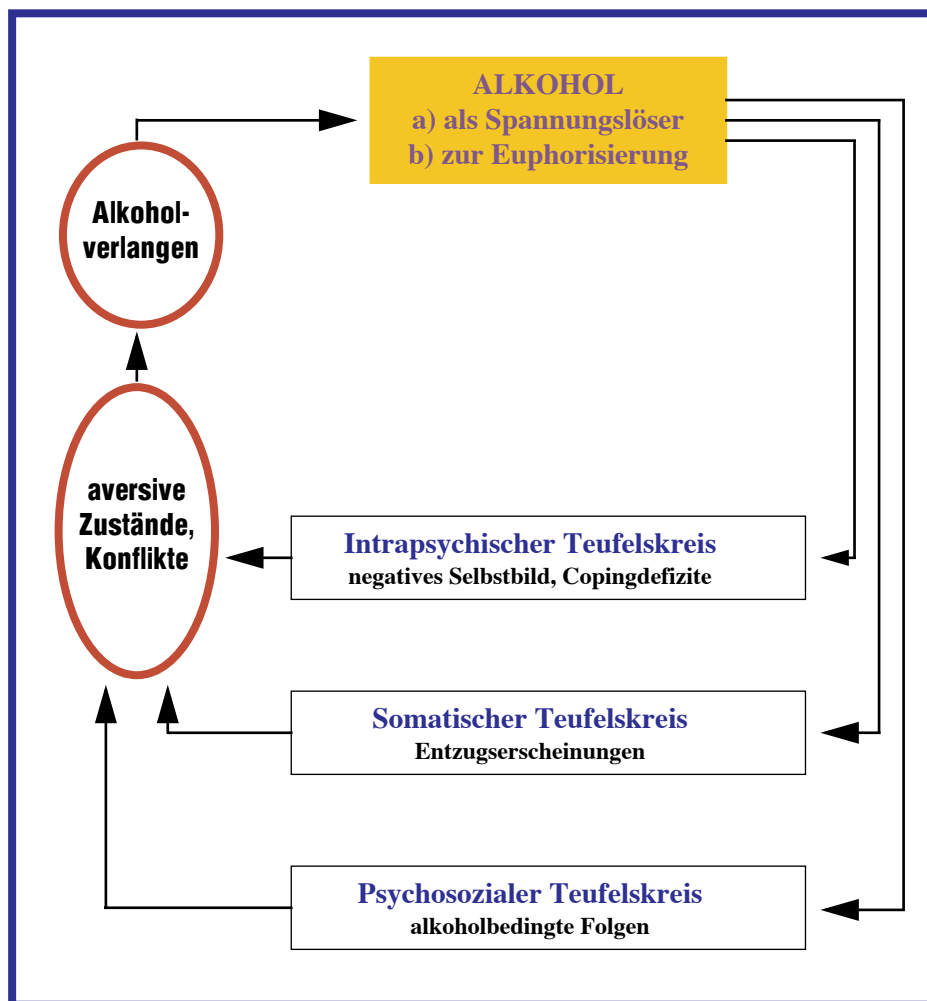
Diagnostik bei inadäquatem Alkoholkonsum: Allgemeine Verfahren

Verfahren	Beschreibung und Einsatzgebiet	Art der Beurteilung	
MALT	Münchener Alkoholismustest [Feuerlein & Küfner 1979]	31 Items zum Screening	S+F
KFA	Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete [Feuerlein et al. 1989]	MALT-Items zum Kurzscreening	S
TAI	Trierer Alkoholismusinginventar [Funke et al. 1987]	90 Items, Zeitrahmen: letzte 6 Monate, 7 Dimensionen	S
GABS	Göttinger Abhängigkeitsskala [Jacobi et al. 1987]	kurzes Screeninginstrument zum Schweregrad und zu Abhängigkeitstypen	S
LAS	Lübecker Abhängigkeitsskala [John 1992]	kurzes Screeninginstrument zum Schweregrad und zu Abhängigkeitstypen	S
BDA	Baseler Drogen- und Alkoholfragebogen [Ladewig et al. 1976]	Screeninginstrument zum Schweregrad und zu Abhängigkeitstypen	S
ASI	Addiction Severity Index [McLellan et al. 1980, 1992; dt. v. Gsellhofer et al. 1999]	161 Items, strukturiertes klinisches Interview, erfasst Suchtproblematik und Therapiebedarf, Dauer 40-60 min., gute Basis für Therapieplanung	F

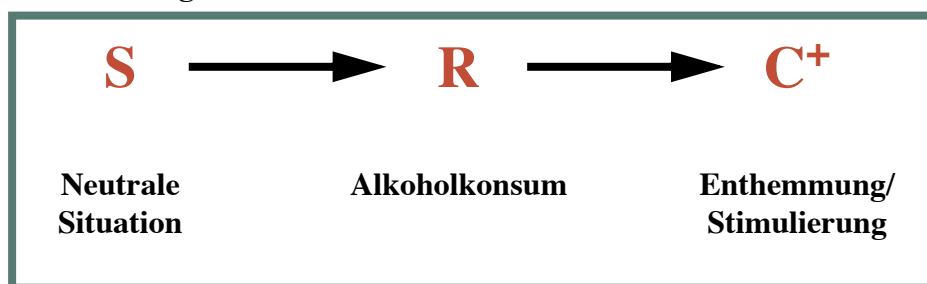
Diagnostik bei inadäquatem Alkoholkonsum: Speziellere Verfahren

Verfahren	Beschreibung und Einsatzgebiet	Art der Beurteilung	
SOKRATES	Fragebogen zu Veränderungsphasen [Miller et al. 1996; dt. v. Wetterling & Veltrup 1997]	19 Items zu den 4 Veränderungsphasen nach Prochaska & DiClemente	S
FFT	Fragebogen zum funktionalen Trinken [Berlitz-Weihmann & Metzler 1993]	93 Items, Inhalte: beabsichtigte/erlebte positive Alkoholwirkungen, soziale Funktionen des Trinkens	S
IDTSA	Inventory of Drug Taking Situations für Alkoholabhängige [dt. v. Lindenmeyer & Florin 1998]	50 Items, relevante Trinksituationen, u.a. Risikoprofil für Rückfallsituationen	S
KAZ-35	Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht [Körkel & Schindler 1996]	35 Items; Zuversichtsprüfung mit 4 Subskalen	S

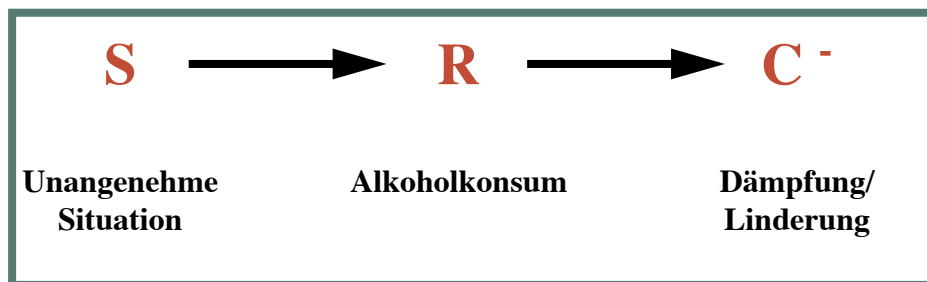
3 Teufelskreise der Sucht (nach Kufner 1981)



Enthemmung durch Alkohol



Dämpfung durch Alkohol

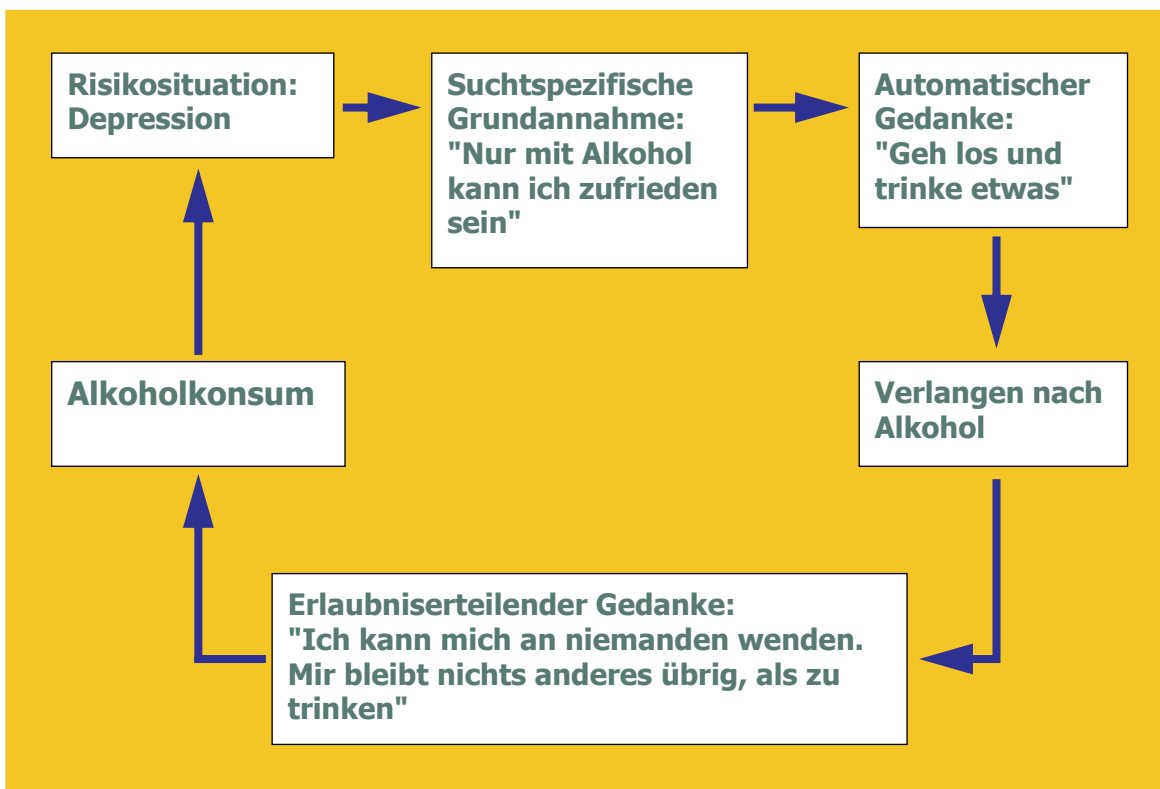


Kognitive Vermittlungsprozesse und Verzerrungen bei Alkoholabhängigkeit

Beeinträchtigte Selbstwahrnehmung: z.B. Wirkungen des Alkohols werden erst bei größeren Mengen wahrgenommen

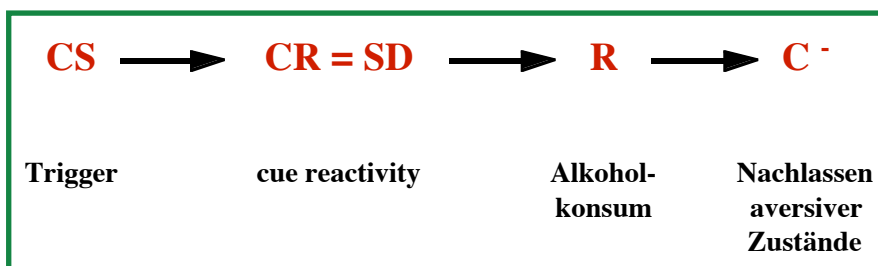
Unrealistische, positiv verzerrte Wirkungserwartung: z.B. hinsichtlich sexueller Situationen

Entwicklung suchtbezogener Grundannahmen: z.B. über die Notwendigkeit von Alkohol für die eigene Zufriedenheit (im Detail ausgearbeitet von Beck et al. 1995)



nach Beck et al. 1995

Klassisches Konditionierungsmodell



Genetische Befunde zur Alkoholabhängigkeit

Familienstudien: starke familiäre Häufung

Zwillingsstudien: Konkordanz MZ > DZ, aber deutlich unter 100%

Adoptionsstudien: ↑ Risiko bei Kindern alkoholkranker Eltern, auch wenn diese in einer nicht oder wenig trinkenden Umgebung aufwuchsen; Risiko war nicht signifikant weiter erhöht, wenn einer der Adoptiveltern eine Alkoholabhängigkeit aufwies

Neurobiologische Modelle der Alkoholabhängigkeit

1. Toleranzentwicklung

Alkoholverträglichkeit kann sich bei regelmäßigem Konsum um den Faktor 2 erhöhen; vermutlich 2 Mechanismen relevant:

- (1) ↑ Alkoholverarbeitungskapazität der Leber
- (2) 2-Phasen-Wirkung von Alkohol mit anfangs angenehmen, später zunehmend unangenehmen Hauptwirkungen

2. Neurotransmitterstoffwechsel (v.a. Glutamat, Endorphine)

Glutamat: ↓ während akutem Alkoholkonsum, ↑ im Entzug; NMDA-Rezeptoren (N-Methyl-D-Aspartat) werden zunächst blockiert, mittelfristig aber hochreguliert

Endorphinmangel: ↓ körpereigener Endorphine durch dauerhaften Alkoholkonsum; dadurch Störungen des dopaminerg-endorphinerg regulierten mesolimbischen Belohnungssystems

3. Suchtgedächtnis

Gedächtniseffekte und Informationsverarbeitung: postuliertes "Suchtgedächtnis" im Belohnungssystem durch (a) endogene Opiode, (b) Glutamat-NMDA-vermittelte Prozesse

Soziale Modelle der Alkoholabhängigkeit

« Eisbergphänomen »

Ausdruck und Folge einer gestörten gesellschaftlichen Einstellung zum Alkohol

Abstinenzkulturen vs. Permissivkulturen

gestörte vs. intakte Trinkkulturen

Familienprozesse

Ausdruck einer gestörten Familieninteraktion (Stichworte: Alkoholfamilien, Suchtfamilien)

Aufrechterhaltung durch Co-Abhängigkeit

Sozialer Abstieg

Teufelskreis durch sozialen Abstieg, der das problematische Trinkverhalten verfestigen kann

Alkoholabhängigkeit als Folge einer problematischen gesellschaftlichen Trinkkultur

Zusammenhang zwischen schädlichem/risikoreichen Alkoholkonsum und permissiver/verharmlosender Einstellung, z.B.:

« ... mäßig trinken darf man so oft man will »

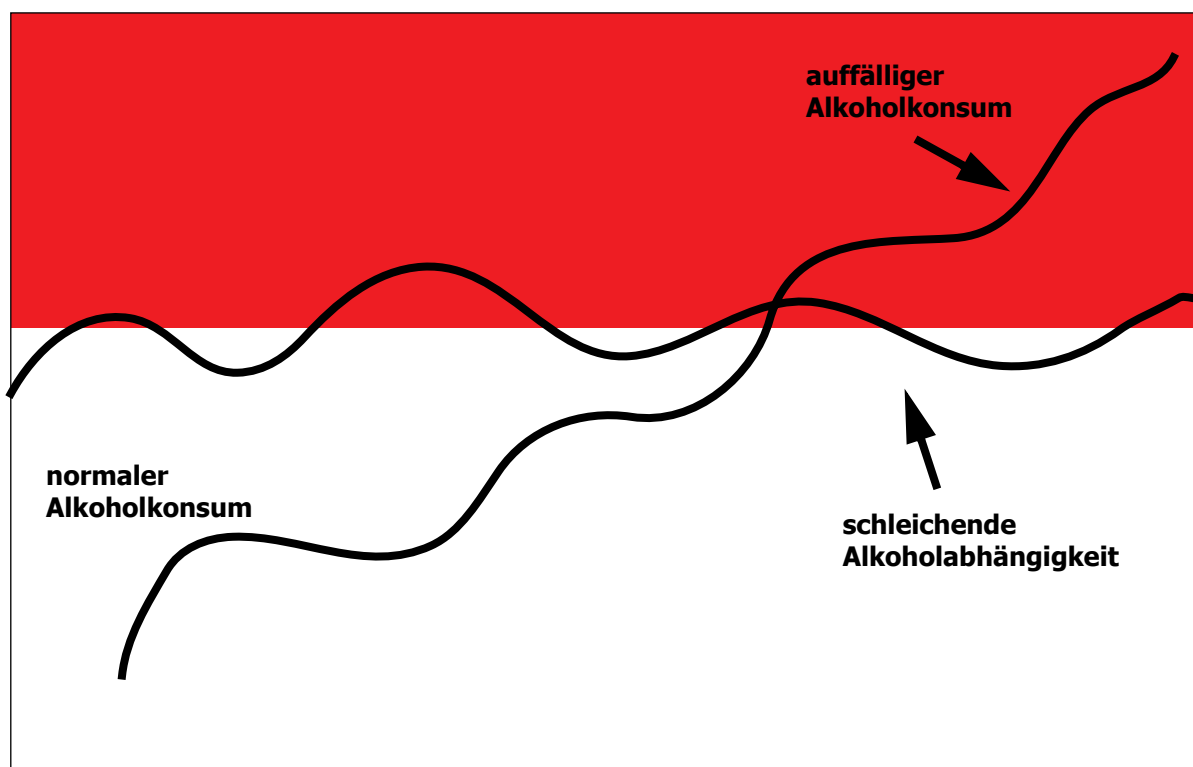
« ... eine Party ohne Alkohol ist langweilig »

« ... schlechte Laune und Probleme lassen sich durch Alkohol vertreiben »

Analyse von deutschen Fernsehserien: Alkohol wird als normaler, akzeptierter Bestandteil des Lebens dargestellt, dient v.a. bei Männern zur Stressreduktion, Entspannung, Kontakterleichterung, Enthemmung; dagegen Abhängigkeit nur als Problem von Randgruppen

Dadurch oft späte Erkennung von Abhängigkeit, da sich zunehmend problematisches Trinken oft noch lange innerhalb der allgemeinen Trinknormen bewegt

Das «Eisbergphänomen» bei Alkoholabhängigkeit (nach Lindenmeyer, 1999)



Familienprozesse bei Alkoholabhängigkeit

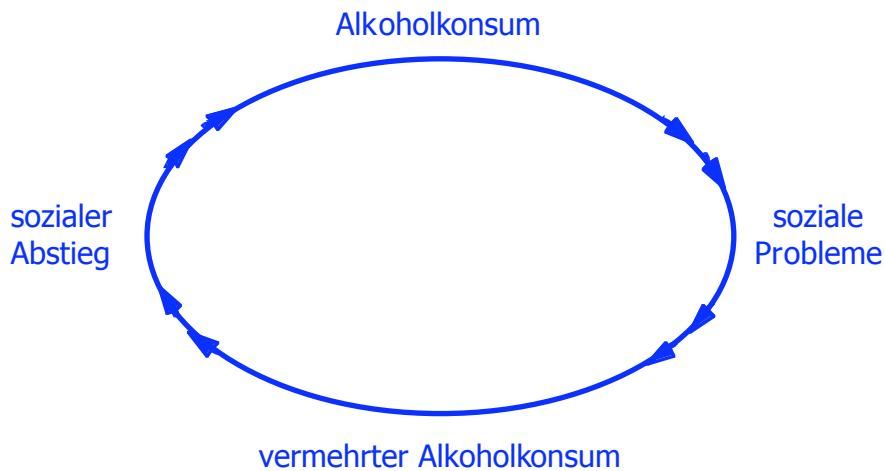
Annahme: Das Verhalten von Angehörigen und Lebenspartner unterstützt indirekt die Abhängigkeit (sog. "Co-Abhängigkeit")

- Abschottung der Familie nach außen ab, um negative Auswirkungen des Trinkens zu vermeiden bzw. zu verbergen
- Rollen werden neu aufgeteilt, um dem Abhängigen Verantwortung abzunehmen, ihn zu entlasten und die Familie vor den Folgen seiner Unzuverlässigkeit zu schützen
- Konflikte werden vermieden in der Hoffnung, den Konsum des Abhängigen und seine durch Alkohol gesteigerte Gewalttätigkeit zu reduzieren

Sozialer Abstieg bei Alkoholabhängigkeit

Sozialer Abstieg und Ausgrenzung durch folgende Bedingungen:

- (a) Alkoholkonsum führt zu unmittelbaren negativen Folgen (z.B. Trennung/Scheidung, Kündigung/Arbeitslosigkeit, finanzielle Engpässe/Schulden, strafrechtliche Komplikationen, Wohnungsverlust/Obdachlosigkeit)
- (b) Die Umwelt distanziert sich und Alkoholranke werden in der Bevölkerung abgelehnt
- (c) Die Betroffenen entwickeln Vermeidungsstrategien (z.B. sozialer Rückzug, bevorzugter Kontakt zu anderen Trinkenden, um einer Stigmatisierung ihrer Alkoholprobleme zu entgehen)



Therapie der Alkoholabhängigkeit

- Abstinenz oder kontrolliertes Trinken ?
- Behandlungsformen und Settings
- Therapieansätze und -inhalte
- Psychopharmakotherapie

Umstrittenes Therapieziel: Abstinenz vs. kontrollierter Konsum

- Heftige Kontroverse in Forschung und Therapie: Ist es sinnvoll, bei Alkohol nicht Abstinenz, sondern einen kontrollierten Konsum der Substanz anzustreben?
- Bewertung:
 - 1 Katamneseuntersuchungen haben wiederholt bestätigt, dass 2-10% nach erfolgter Therapie weder den Kategorien "abstinent" noch "rückfällig" zugeordnet werden können, sondern einen mehr oder weniger unauffälligen Alkoholkonsum entwickelt hatten
 - 2 Patienten mit leichtem Missbrauch oder beginnender Abhängigkeit sind leichter für das Therapieziel des kontrollierten Trinkens motivierbar
 - 3 Jedoch gibt es keine sicheren prognostischen Kriterien; daher ist bei Patienten mit schwerer Abhängigkeit das Therapieziel Abstinenz sinnvoll

Alkoholabhängigkeit: Therapieformen und -settings (nach Bühringer)

Behandlungsart	Schwerpunkt	Setting	Einrichtung	Dauer
Entzugs- behandlung	<ul style="list-style-type: none"> Überwinden von Entzugserscheinungen Motivierung zu weiteren Maßnahmen 	Stationär	Allgemeinkrankenhäuser	3-7 Tage
		Ambulant	Spezialstationen Niedergelassener Arzt Suchtfachambulanzen	2-4 Wochen 7-14 Tage
Entwöhnungs- behandlung	<ul style="list-style-type: none"> Aufbau von Abstinenzmotivation Soziale Stabilisierung Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit Rückfallprävention 	Stationär	Fachkliniken	2-6 Monate
		Teil- stationär	Spezialstationen in psychiatrischen Kliniken/ Fachkliniken	
		Ambulant	Suchtberatungsstellen	6-9 Monate
Ambulante Nachsorge	<ul style="list-style-type: none"> Abstinenzstabilisierung Behandlung von Komorbidität 	Ambulant	Suchtberatungsstellen, niedergelassener Therapeut	2-6 Monate
Adaptions- behandlung	Berufliche Wiedereingliederung	Stationär	Adaptionseinrichtungen	2-4 Monate
Langzeit- behandlung	Soziale Stabilisierung	Stationär	Soziotherapeutische Heime	Mdst. 12 Monate
Selbsthilfe- gruppen	Aufbau von abstinentem Lebensstil und Identität	Ambulant	AA, Guttempler Orden, Blaues Kreuz, Kreuzbund, Freundeskreise	Mdst. 1 Jahr

Indikation für ambulante Behandlung bei Alkoholabhängigkeit

Vorteile ambulanter Therapien: niedrighschwelliges Angebot, Einbezug von Bezugspersonen leichter, geringere Behandlungskosten

Indikationen:

- Pat. verfügt über ein soziales Stützsystem, das in die Abstinenzbemühungen mit einbezogen werden kann
- Pat. befindet sich in einem Arbeitsprozess, dessen Unterbrechung Nachteile bringen würde
- längere Abwesenheit von Familie nicht möglich (z.B. wegen Versorgung von Kindern oder Angehörigen)
- gezielte Behandlung konkreter Trinksituationen soll im Zentrum der Behandlung stehen

Indikation für stationäre Behandlung bei Alkoholabhängigkeit

Vorteile stationärer Entwöhnungsbehandlungen: umfassenderes, intensiveres Therapieangebot, Entlastung von beruflichen und familiären Alltagsproblemen, kurzfristige Entlastung des sozialen Umfelds des Pat.

Indikationen:

- behandlungsbedürftige Komorbiditätsstörung
- erhebliche Beeinträchtigung des Denkens und Urteilsvermögens
- Therapieabbruch bei früherer ambulanter bzw. stationärer Therapie
- wiederholte Rückfälle bei ambulanten Behandlungsversuchen
- fehlendes soziales Stützsystem/ mangelnde soziale Integration
- alkoholgeprägtes Umfeld
- behandlungsbedürftige körperliche Folgekrankheiten

Psychologische Therapieansätze der Alkoholabhängigkeit

AUTOREN	SETTING	INHALTLICHER SCHWERPUNKT
Arend (1994)	ambulant/ Einzel	kein Schwerpunkt
Beck et al. (1995)	ambulant/ Einzel	Kognitive Therapie
Lindenmeyer (1999)	alle Settings	kognitive Verhaltenstherapie
Miller & Rollnik (1991)	amb. + stat./ Einzel	Motivierung
Monti et al. (1989)	stationär/ Gruppe	Kompetenztraining
Schneider (1982)	stationär/ Gruppe	Breitband
Scholz (1996)	alle Settings	kein Schwerpunkt
Sobell & Sobell (1993)	ambulant/ Gruppe	Problemtrinker
Wetterling & Veltrup (1997)	ambulante Arztpraxis	--

Grundlinien der Therapie bei Alkoholabhängigkeit

- **Gesprächsstrategie im Erstgespräch:** (a) Verständnis zeigen (“... es ist sicher nicht einfach, sich so im Detail zu erinnern”); (b) Kompetenz vermitteln (“... viele Patienten berichten auch, dass ...”); (c) Entpathologisieren (“... das ist ganz normal ...”); (d) primäre medizinische und soziale Versorgungsnotwendigkeiten erkennen (“... werden Sie Entzugserscheinungen bekommen?”)
- **Notwendige medizinische Maßnahmen veranlassen** (z.B. Entgiftungsbehandlung, medikamentöse Anfallsprophylaxe, Stabilisierung von Leber- oder Pankreaserkrankungen; Einstellung von Diabetes, Bluthochdrucktherapie)
- **Ergebnisse der Diagnostik zurückmelden:** (a) auf evtl. Zusammenhänge zwischen Alkoholproblem und anderen Störungen eingehen; (b) auf Indizien einer bestehenden Abhängigkeit hinweisen; (c) evtl. Problemprofil erstellen und daraus Behandlungsziele ableiten
- **Therapeutisches Vorgehen** an der aktuellen Motivation und Veränderungsphase ausrichten

Stadienspezifisches Vorgehen bei Alkoholabhängigkeit

Precontemplation:

- auf Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung hinweisen, diese erläutern und entpathologisieren (z.B. durch "Eisbergphänomen")
- Informationen vermitteln, Angebot machen
- Pat. muss sein Selbstwertgefühl wahren können, soll sich frei für oder gegen Therapie entscheiden können

Contemplation:

- kritische Selbstreflexion stärken, Vor- und Nachteile der Therapie abwägen (persönliche Kosten-Nutzen-Analyse)

Action:

- Bewältigungsstrategien aufbauen und einüben

Maintenance:

- Maßnahmen zur Rückfallprävention entwickeln und einüben
- Entpathologisieren von Rückfällen (kein Alles-oder-Nichts-Denken, sondern als normalen Bestandteil eines längeren Ausstiegsprozesses begreifen)

Verhaltens- und Problemanalyse bei Alkoholabhängigkeit

Detaillierte Abhängigkeitsanalyse

- häufigste Trinksituationen in der Vergangenheit
- Situationsmerkmale (Trigger), die besonders eng mit dem Wunsch/Verlangen nach Alkohol verbunden sind
- Gefühle, Gedanken, Wirkungserwartungen vor dem Alkoholkonsum
- kurzfristig angenehme Wirkungen des Alkohols

Analyse eines Trinktages

- detaillierte Betrachtung eines konkreten, typischen Tages mit Alkoholwirkungen (C⁺, Wegfall von C⁻)

Analyse der letzten 28 Trinktage

- Betrachtung von Schwankungen, Phasen, Zyklen

Lebenslinie

- Übersicht über gesamten bisherigen Alkoholkonsum

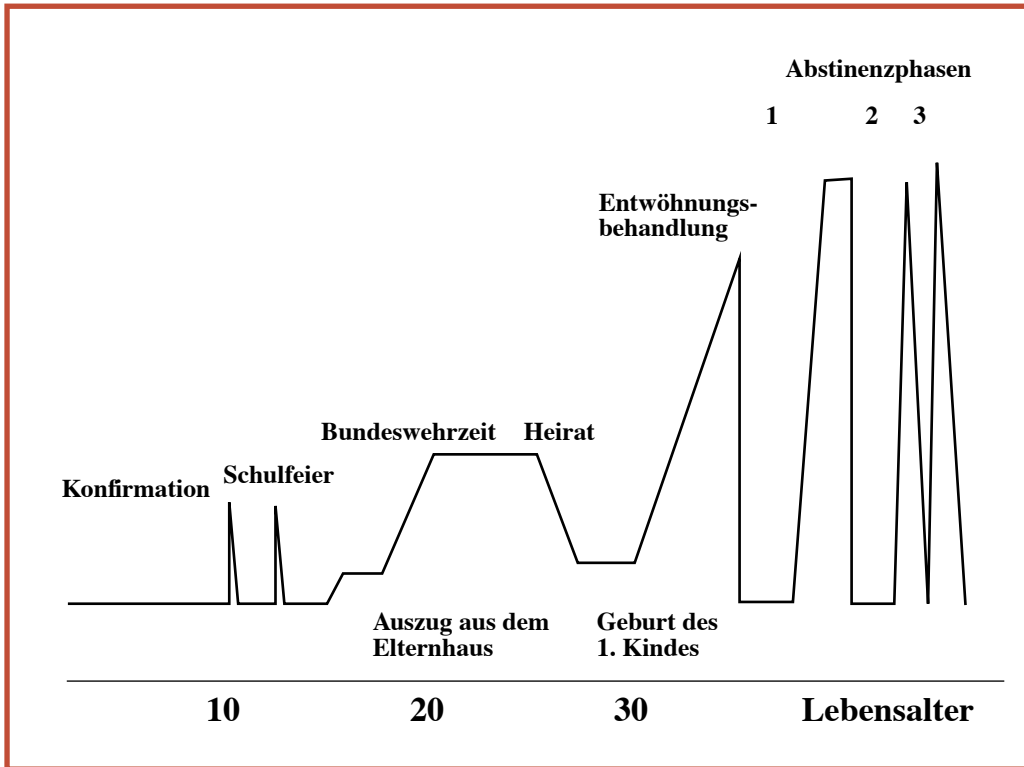
Tagebücher

- Detailanalyse und Verbesserung der Selbstwahrnehmung

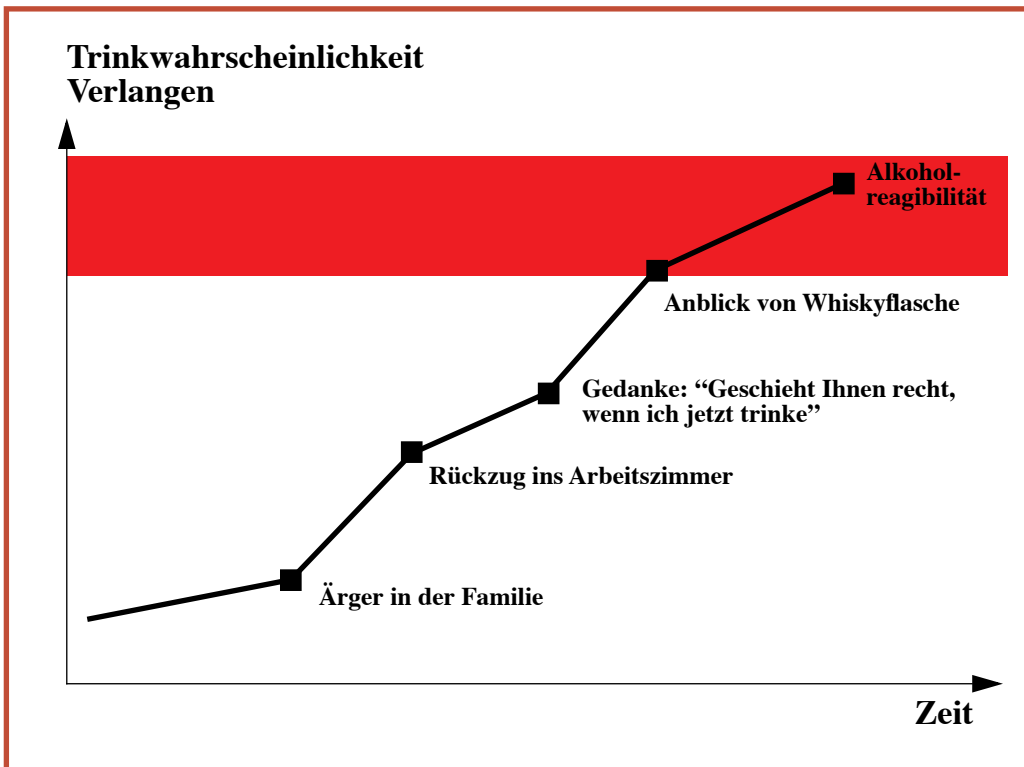
Situationsanalyse

- Detaillierte Betrachtung typischer Trinksituationen

Lebenslinie mit Fokus auf Alkoholkonsum



Situationsanalyse mit Fokus auf Alkoholkonsum



Persönliche Kosten-Nutzen-Analyse bezüglich des Alkoholkonsums

	kurzfristig	langfristig
Vorteile von Abstinenz		
Nachteile von Abstinenz		

Steht der Aufwand der Therapie in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem möglichen Nutzen?

« Wie würde sich das Leben ohne Alkohol verändern? »

« Was würden Sie opfern, wenn Sie auf Alkohol verzichten? »

Ablehnungstraining bei Alkoholabhängigkeit

◆ Ziel

in "sozialen Verführungssituationen" selbstsicher ablehnen können, sich nicht auf längere Diskussionen einlassen

◆ Verhaltenstest: Standardsituation (z.B. Rollenspiel "Stammkneipe")

◆ Positives Videofeedback

Stärken des Pat. (z.B. kräftige Stimme, klare Gestik, fester Blickkontakt) werden herausgearbeitet, keine Kritik; Stärken werden auswendig gelernt

◆ Rollentausch

Pat. soll "verführen", Th. lehnt innerhalb von 2 Minuten ab (ebenfalls mit Videofeedback)

◆ Weitere Situationen

z.B. Ablehnen von Alkoholangeboten bei Familienfeiern oder Parties, bei einem Rendezvous/ Flirt, am Arbeitsplatz (Beförderung, Vertragsabschluss, Einstand, Messebesuch, Geschäftsessen), Ablehnen von alkoholhaltigen Medikamenten oder Medikamenten mit Suchtpotential in Apotheke, Krankenhaus oder beim Arzt

Ablehnungstraining [nach Lindenmeyer 1999]

Rollenspiel Stammkneipe

« Hallo alter Kumpel, wo warst Du denn so lange? Komm setz Dich, darauf müssen wir gleich einen trinken. Bedienung, bitte zwei Bier. Komm lass uns anstoßen nach so langer Zeit. Siehst gut aus, wo warst Du denn? [fällt dem Gegenüber immer wieder ins Wort, bietet ihm Bier an und zeigt wenig Verständnis] Komm stell Dich nicht so an, eins wirst Du wohl noch mittrinken können. Willst Du mich beleidigen? Früher warst Du ganz anders. Komm, das sieht doch keiner. Ach, Du bist doch im Leben kein Alkoholiker, dann wäre ich ja auch einer! »

Aufgabe: Themenwechsel innerhalb von 2 Minuten

Ablehnung nach folgender Reihenfolge:

1. « Nein danke, ich trinke keinen Alkohol, ich trinke lieber ... »
2. **mehrfaches Wiederholen:** « Nein danke ... »
3. **Themenwechsel:** « Was macht denn der ... »
4. **Metaebene:** « Ich habe keine Lust mehr, darüber zu reden, hört auf damit »
5. **Ultimatum:** « Wenn ihr jetzt nicht aufhört, dann gehe ich » (dabei bereits aufstehen und sich erst wieder hinsetzen, wenn die anderen endlich aufhören)

Bewältigungstonbänder (“mentales Training”) bei Alkoholabhängigkeit

◆ Szenario

Rückfallsituation und deren Bewältigung wird genau beschrieben

◆ Erarbeitung des Situationstextes in der Therapie

Wichtige Risikosituation, Ich-Form, logischer Ablauf, Berücksichtigung aller Repräsentationssysteme: Sehen, Hören, Riechen, Fühlen, Schmecken, Denken, konkrete Bewältigungsform bis zum Ende

◆ Aufnahme des Bewältigungstonbands

Pat. spricht Text auf Tonband; Th. achtet auf folgende Merkmale: ausreichend lange Pausen nach jedem Satz (damit sich Pat. beim Anhören die Situation plastisch vorstellen kann), passende Stimmlage und -lautstärke

◆ Geleitete Vorstellungsübung

Pat. hört sich Tonband regelmäßig über Kopfhörer an; notiert, wie plastisch er sich die Situation vorstellen konnte (1 = sehr gut bis 6 = überhaupt nicht); nach einiger Zeit versucht er, sich den gesamten Situationsablauf ohne Tonband vorzustellen

Bewältigungstonband [nach Lindenmeyer 1999]

« Ich gehe die Straße entlang, habe nichts besonderes vor. Plötzlich stehe ich vor meiner Stammkneipe. Ich sehe durch die Scheiben, das warme, gemütliche Licht und höre Lachen. ich denke mir (.....) Gerade als ich das Bier ansetze, denke ich (...) Ich setze das Bier ab, schiebe es weg und sage (...) Ich spüre, wie ich (...) Ich bestelle einen Kaffee und sage mir innerlich (...) »

Expositionsübungen bei Alkoholabhängigkeit

◆ Wirkmodell Klassische Konditionierung (KK)

Annahme: Reaktionen können über Habituations- und Lösungsprozesse wieder dekontingiert werden, wenn [a] der Pat. wiederholt mit CS (Anblick von Alkohol) konfrontiert wird, ohne dass CR (Trinken) erfolgt, und [b] die Konfrontation mit CS so lange erfolgt, bis die konditionierten physiologischen Reaktionen CR (z.B. Alkoholverlangen) abgeklungen sind

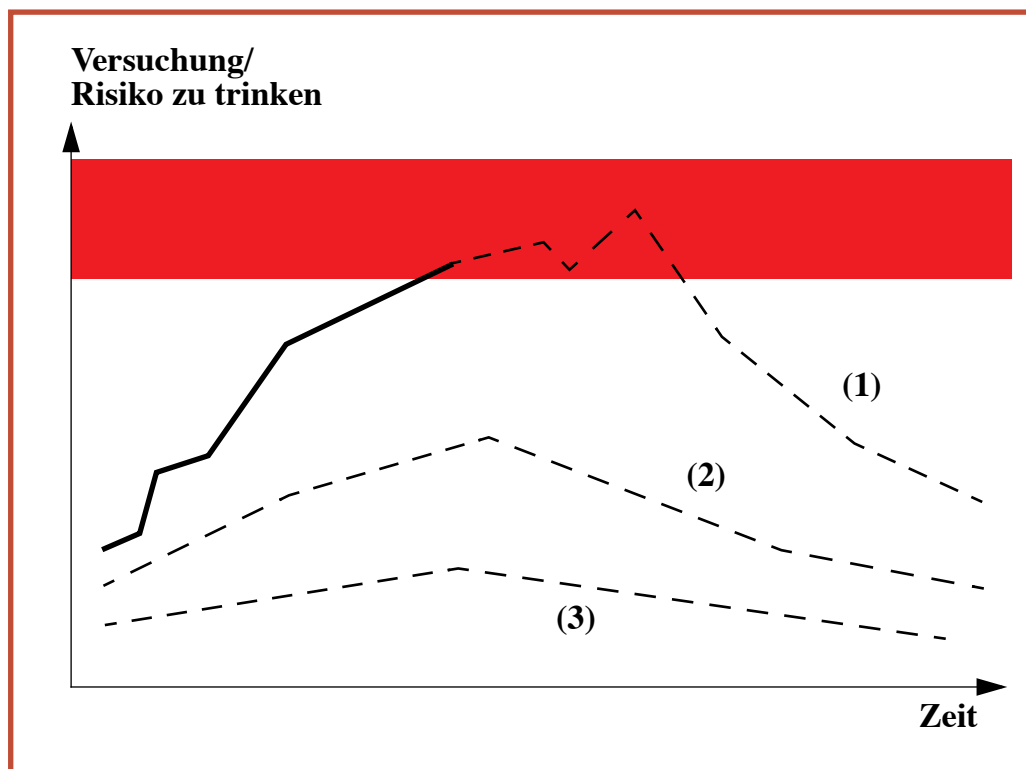
◆ Weitere denkbare Wirkmechanismen

- Unterbrechung automatisierter Verhaltensketten
- Widerlegung von Kontrollverlust-Erwartungen
- Erfolgserlebnisse/ ↑ Selbstwirksamkeitserwartung
- Training von spezifischen Bewältigungsstrategien

◆ Stadien der Durchführung

- Einführung des Paradigmas (auch für Angehörige)
- Situationshierarchie
- Erste Übung in Gegenwart des Therapeuten
- Weitere Übungen in-vivo ohne Therapeuten

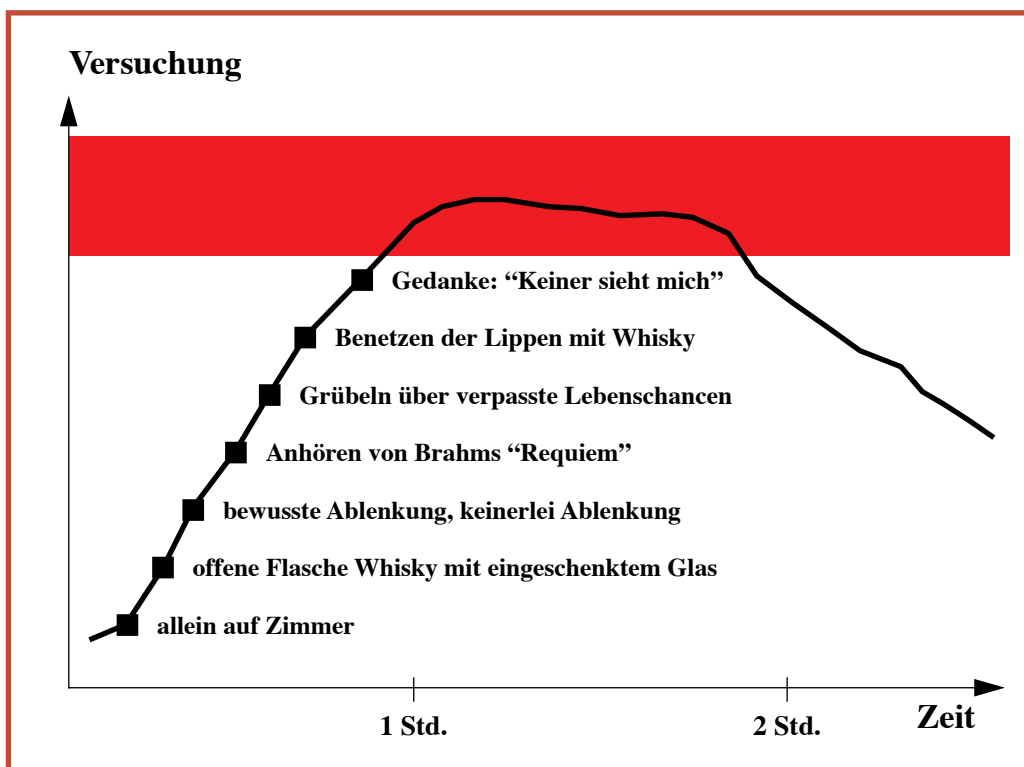
Risikoverlaufskurve bei wiederholten Expositionsübungen



Anleitung einer Exposition [nach Lindenmeyer 1999]

- Flasche beschreiben (Form, Etikett, etc.)
- Flasche öffnen, Geräusch beachten
 - Wann haben Sie dieses Geräusch zuletzt gehört?
 - Wie hört es sich an?
 - Was für Gefühle sind damit verknüpft?
 - Wie riecht es?
 - Prüfen Sie, wie weit es noch riecht! (Distanz variieren)
 - Gibt es körperliche Empfindungen?
 - Woran denken Sie dabei?
 - Was fällt Ihnen ein, wo Sie gerne getrunken haben?
 - Ist etwas an dem Gedanken reizvoll, vielleicht auch nur am Geruch?
 - Woran merken Sie, dass es reizvoll ist?
 - Können Sie dieses Gefühl noch irgendwie verstärken?
- Einschänken lassen
 - Beschreiben Sie, was Sie sehen!
 - Lauschen Sie am Schaum, was ist das für ein Geräusch. Ist das neu oder vertraut?
 - Versuchen Sie weiter, das Gefühl zu intensivieren!
 - Schauen Sie weiter das Glas an!
- Ganz nah an das Glas gehen, die Lippen ansetzen lassen, Distanz beim Riechen variieren lassen
 - Wo ist es am intensivsten?
 - Woran merken Sie das?
 - Können Sie das noch irgendwie steigern? [Risikokurve fortlaufend zeichnen lassen!]
 - Mal sehen, ob Sie die Risikokurve in die rote Zone kriegen?
 - Je stärker Sie Verlangen haben und nicht trinken, umso mehr haben Sie erreicht!

Exposition mit Stimmungsinduktion



Notfallplan zur Überwindung von Rückfällen

◆ Ziel

Etwaige Rückfälle im Sinne einer Schadensbegrenzung möglichst rasch beenden lernen

◆ Form

z.B. in Größe einer Kreditkarte, die der Pat. ständig bei sich tragen kann

◆ Festzulegen

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

Gruppentherapie der Alkoholabhängigkeit (z.B. nach Petry, 1995; Schneider, 1982)

Mögliche Abfolge von Therapieelementen:

- Vorstellung
- Darstellung der Suchtkarriere
- Strategien der Verheimlichung bzw. Verharmlosung
- Rückfallrisikosituationen
- Abhängigkeitsverständnis
- Persönliche Therapieziele und Therapieplan
- Notfallplan im Falle eines Rückfalls
- Ablehnungstraining
- Planung und Auswertung von Expositionsübungen
- Argumente für Abstinenz vertreten
- Therapiezwischenbilanz
- Problemlösetraining
- Das erste Jahre nach Entlassung
- "Heißer Stuhl"
- Abschlussbilanz und Verabschiedung

Vorteile und Möglichkeiten der Gruppentherapie bei Alkoholabhängigkeit

- ... erhält von Mitpatienten Rückmeldung
- ... kann seine Erfahrungen und Überlegungen erstmals anderen Menschen anvertrauen
- ... kann seine Selbstsicherheit und Selbstbehauptung erproben bzw. steigern
- ... geht durch "Veröffentlichung" eine höhere Selbstverpflichtung ein
- ... erfährt unmittelbare Unterstützung und Hilfe durch Mitpatienten

Alkoholabhängigkeit: Behandlungsverlauf

- *Oft keine Behandlung*: ~ 70% der Alkoholabhängigen haben \geq 1mal/Jahr Kontakt zu einem Arzt, ohne dass die Abhängigkeit entdeckt oder angesprochen wird
- *Dauer bis Behandlungsbeginn*: ~ 6 J. (♂), ~ 4 J. (♀) bis zum Beginn einer effektiven Therapie
- *Stationäre Behandlung*: ~ 24% werden jährlich auf internistischen oder chirurgischen Stationen aufgenommen (meist gibt es dort aber keine speziellen Angebote zur Suchtbehandlung)
- *Psychiatrische Behandlung*: ~ 2.5% kommen als Notfall in eine psychiatrische Klinik
- *Entwöhnungsbehandlung*: ~ 1% gehen in Fachklinik
- \uparrow *Behandlungsprognose nach Therapie*: Ersatzabhängigkeiten ohne Suchtmittel (z.B. Anschluss an religiöse Gemeinschaft); rituelle Erinnerungen an Wichtigkeit von Abstinenz (z.B. durch Besuch von Selbsthilfegruppen); soziale und medizinische Unterstützung (z.B. Aufbau alkoholunabhängiger Gewohnheiten); Wiederherstellung der Selbstachtung
- \downarrow *Behandlungsprognose nach Therapie*: unangenehme Emotionen (z.B. Langeweile, Einsamkeit, Angst, Depression); Ärger- oder Konfliktsituationen (z.B. Arbeitsplatz, Familie); soziale Verführung (z.B. durch frühere Trinkkumpane)

Medikamentöse Therapie mit «Anticravingsubstanzen»

Neue Behandlungsform mit Substanzen, die das gierige Verlangen («craving») nach Alkohol reduzieren und somit Rückfälle verhindern sollen, insbesondere in der Postentzugs- und Entwöhnungsphase

- *Acamprosate*: reduziertes Verlangen nach Alkohol in Tierversuchen belegt; beruht auf Veränderungen im glutamatergen System; Wirksamkeit in multizentrischer Studie belegt (N fast 4000; Mann et al. 1995)
- *Naltrexon (Opiatantagonist)*: Wirksamkeit in zwei Studien in den USA nachgewiesen, jedoch nicht in einer englisch-deutschen Multicenterstudie (N = 300)
- *Dopamin- oder serotoninwirksame Substanzen*: Effekte in mehreren Studien nicht konsistent nachgewiesen

Heutiger Stand: Anticravingsubstanzen grundsätzlich nur in Kombination mit Psychotherapie verordnen; es handelt sich lediglich um adjuvante oder supportive Therapieelemente

Empfohlene Literatur zur Alkoholabhängigkeit

Feuerlein W, Küfner H, Soyka M (1998). Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie (5. Aufl). Stuttgart, Thieme.

Lindenmeyer J (1999). Alkoholabhängigkeit (Reihe Fortschritte der Psychotherapie). Göttingen, Hogrefe.

Petry J (1996). Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien (3. Aufl). Weinheim Psychologie Verlags Union.

Augustin R, Kraus L (2005). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. Sucht, 51 (Sonderheft 1), 29-39.

[Stand: SS 2009]