

Kapitel 9

Alkoholismus

Abstinenz und kontrolliertes Trinken: Therapieziel- und Zielgruppendifkussion anhand von zwei Fallbeispielen

Ilse Kryspin-Exner, Wien

Einführung

Die Multikausalität der Abhängigkeitsentwicklung, in der psychische, somatische und soziale Faktoren ineinandergreifen, ist nach derzeitigem Kenntnis- und Wissensstand weitgehend unumstritten. Die individuelle Bedeutung dieser drei Bereiche ist unterschiedlich und auch abhängig vom Stadium der Suchtentwicklung (Schmidt, 1988; Feuerlein, 1989).

Zur differenzierteren Sicht hinsichtlich Genese und Symptomatologie findet sich eine Parallele auch in der Individualisierung der Therapie (Wanke & Bühringer, 1991). Die Frage, ob die totale und lebenslange Abstinenz das einzig akzeptable Therapieziel in der Behandlung für Alkoholabhängige sei oder ob nicht auch gemäßigt, „soziales“ Trinkverhalten (das sogenannte kontrollierte Trinken) ein adäquates Therapieziel für Alkoholabhängige darstellen könnte, wird seit Beginn der 60er Jahre erörtert. Abgesehen von der theoretischen Diskussion hat die Frage des Erlernens eines unproblematischen Trinkverhaltens aber erst seit der intensiveren Auseinandersetzung mit Entwicklungen zum chronischen Alkoholismus und durch die Sensibilität gegenüber erhöhtem Alkoholkonsum als Risikofaktor für die Entstehung diverser somatischer Erkrankungen Bedeutung erlangt (Kryspin-Exner, 1998). Zunehmend wird zwischen Problemtrinkern und Alkoholabhängigen unterschieden und darauf hingewiesen, daß Alkoholismus nicht ausschließlich eine progressive Erkrankung ist, die entweder in chronischem Alkoholismus mit hoher Todesrate endet oder durch

Abstinenz unterbrochen wird. Vielmehr kann es – unter bestimmten Voraussetzungen und in frühen Stadien – auch zu einer Aufarbeitung und Bewältigung oder zu einem spontanen Herauswachsen und einer Überwindung des Suchtmechanismus kommen.

Die Kontroverse über das kontrollierte Trinken kann nicht losgelöst von den Modellen zur Entstehung des Alkoholismus gesehen werden: Das klassische Krankheitsmodell – eng verknüpft mit Jellineks „disease concept of alcoholism“ (1952, 1960) sowie den Dogmen der Anonymen Alkoholiker – beschreibt Alkoholismus als ein einheitliches Krankheitsbild mit prozeßhaftem, progressivem Krankheitsverlauf. Alkoholismus wird als ein permanenter, irreversibler Zustand gesehen, der nicht „geheilt“, sondern nur durch ständige Abstinenz zum Stillstand gebracht werden kann. Zentrale Bestimmungsstücke des traditionellen Alkoholismuskonzepts sind neben körperlichen Zeichen (Tremor, Leberschädigungen, Polyneuritis bis hin zum Delir) Kontrollverlust, Alkoholverlangen („craving“) sowie der Toleranzerwerb. Als wesentliches Ergebnis der Integration des Alkoholismus in das medizinisch-psychiatrische Feld muß gesehen werden, daß diese Akzeptanz des Alkoholismus als Krankheit eine weitgehende Befreiung von moralischen Wertungen wie Schuld, Laster, Willensschwäche bedeutete.

Das empirisch orientierte sozialwissenschaftliche Modell beschreibt Alkoholabhängigkeit als Folge gelernter inadäquater Trinkverhaltensmuster sowie multipler Konsequenzen, die damit in Zusammenhang stehen. Exzessives Trinken wird als gelerntes Gesundheitsrisikoverhalten aufgefaßt und nicht als Symptom einer zugrundeliegenden Krankheit. Ausgehend von der Vorstellung eines Kontinuums der Alkoholproblematik (vom gehäuften Mißbrauch bis hin zu obengenannten körperlichen Schäden) versucht dieses Modell nachzuweisen, daß die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit nicht notwendigerweise progredient verläuft, sondern sich sehr variabel über die Zeit hinweg gestalten kann. Die Anzahl und der Verlauf von Trinkphasen bzw. die damit verbundene Symptomatik müssen demnach keineswegs in der im medizinischen Modell beschriebenen gesetzmäßigen Abfolge auftreten (Heather & Robertson, 1985; Cahalan, 1987; Arend, 1991). Dies gilt insbesondere für Jugendliche, die mit steigendem Lebensalter aus dieser krisenhaften Phase „herauswachsen“ („maturing out“, Fillmore, 1987). Aus diesem Grund ist die wachsende Bedeutung entwicklungspsychologischer Gesichtspunkte für präventive und therapeutische Strategien hervorzuheben (Wanke, 1989).

Um diese Kontroverse anhand individueller Verläufe und ihrer jeweils speziellen Behandlungsformen darzustellen, wird im folgenden auf die Symptomatologie und Entwicklung zweier Personen eingegangen.

Herr W. (Fall 1)

Biographische Angaben

Der knapp 40jährige, sehr erfolgreiche Politiker ist als jüngstes mehrerer Kinder in ländlichem Gebiet aufgewachsen, im Gegensatz zu den Geschwistern hätte er eine „tolle berufliche Karriere“ gemacht und das, wie er ausdrücklich betont, ohne Studienabschluß; Akademiker wertet er eher ab. Herr W. ist in 2. Ehe verheiratet, hat 3 Kinder („die mir sehr wichtig sind“) und wechselnde Außenbeziehungen („Die Eroberung gescheiter und hübscher Frauen fasziniert mich“).

1 Beschreibung der Störung

Seine Beschwerden beschreibt Herr W. in der ersten Therapiestunde folgendermaßen:

Aus beruflichen Gründen müßte er sehr häufig zu Empfängen, Cocktailparties und Pressekonferenzen gehen, in denen er oft im Mittelpunkt steht. Im Zuge dieser Situationen sei ihm schon mehrfach der Gedanke gekommen, was passieren würde, wenn er plötzlich umfiele oder einen Kollaps erleide. Bei verschiedenen gesellschaftlichen Ereignissen sei es sehr heiß, das Stimmengewirr, teilweise auch die Scheinwerfer und die vielen Menschen seien bedrückend.

Herr W. ist ein der Psychologie gegenüber sehr aufgeschlossener Mensch, der selbständig in einer Phase Unterstützung sucht, in der die angstmachenden Kognitionen beginnen, den befürchteten Ereignissen vorauslaufen, die also vorwiegend dann auftreten, wenn er sich zu gesellschaftlichen Zusammenkünften auf den Weg macht (es hat sich also noch kein Vermeidungsverhalten etabliert). Diese Gedanken würden ihn zwar nicht weiter behindern, er meinte, niemand würde sie ihm ansehen, auch er selbst würde sie in der Situation kurz darauf sehr häufig vergessen, und außerdem ginge es ja nach einem Glas Whisky viel leichter . . .

Dieses „Glas Whisky“, das in der Lage ist, die Angst vor dem Umfallen und die begleitenden unangenehmen Gedanken zu verscheuchen, führt dazu, eine genauere Alkoholanamnese zu erheben. Unter dem Motto „Politiker trinken alle viel, sind aber hart gesotten“ errechnen wir den beträchtlichen Alkoholkonsum pro Tag: gelegentliches Sektfrühstück, Mittagessen in einem guten französischen Restaurant (es kann auch ein italienisches, marokkanisches oder österreichisches sein . . .), in dem dieser oder jener

exzellente Wein unbedingt verkostet werden muß, Abschluß des Essens mit einem gepflegten „Digestif“, am späten Nachmittag eben jene oben geschilderten Empfänge oder andere gesellschaftliche Ereignisse, manchmal auch Wahlveranstaltungen, bei denen es schwer ist, das Glas Wein, mit dem man auf den künftigen Erfolg anstößt, abzulehnen (zumal der politische Wahlkreis des Klienten eine bekannte Weingegend ist). Abends folgt meist ein gutes Essen mit „Förderern und Gönnern“ aus Wirtschaft und dem öffentlichen Leben, wo die Speisenabfolge natürlich auch die Getränke bestimmt und zu jedem Gang ein anderer Wein gereicht wird; der Tag klingt in einer Bar aus, in der mit Champagner freudige Anlässe gefeiert oder mit harten Getränken die Sorgen des Tages weggeschwemmt werden.

Die Exploration ergibt, daß Herr W., wenn die Anlässe nicht vorgegeben sind, von sich aus Gesellschaft sucht, in der ebenfalls Menschen sind, die gerne Alkohol trinken, und daß er sich manchmal morgens von seiner Sekretärin ein kleines Bier servieren läßt, um „in Schwung zu kommen“ (bei genauerer Betrachtung, um Abstinenzerscheinungen zu bekämpfen, den flauen Magen, das leichte Zittern und die schlechte Stimmung zu überwinden).

2 Differentialdiagnostik und Erklärungsansätze

Die Problematik von Herrn W. läßt sich zunächst auf folgenden Ebenen beschreiben:

Verhaltensebene: Was die Angst vor dem Umfallen betrifft, sind derzeit noch keine Auffälligkeiten faßbar, es hat sich bisher kein Vermeidungsverhalten etabliert.

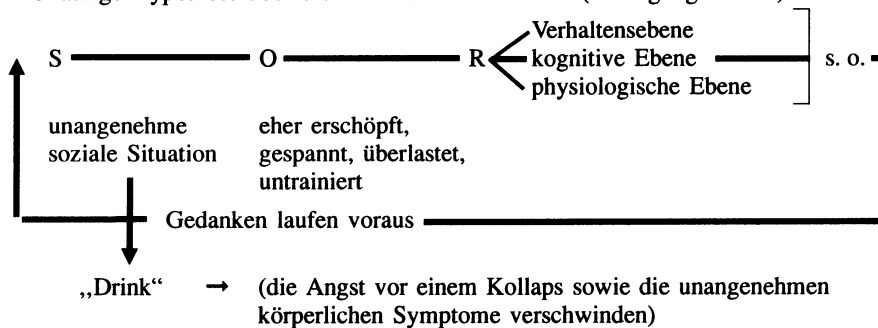
Auch der Alkoholkonsum führte bis jetzt zu keinen registrierbaren Veränderungen auf der Verhaltensebene – der Griff zu einem alkoholischen Getränk bei Empfängen oder ähnlichen gesellschaftlichen Anlässen entspricht den landesüblichen Gepflogenheiten.

Physiologische Ebene: Leichtes Schwitzen, eine gewisse motorische Unruhe und Spannung (dies äußert sich am ehesten in zittrigen Händen und fahrigem Bewegungen) werden von Herrn W. ebenfalls eher vor der Situation registriert; die Symptome können durch Konsum von Alkohol beseitigt werden.

Gedankliche Ebene: Vorwiegend im Sinne von Antizipationen am Weg zu den gesellschaftlichen Ereignissen

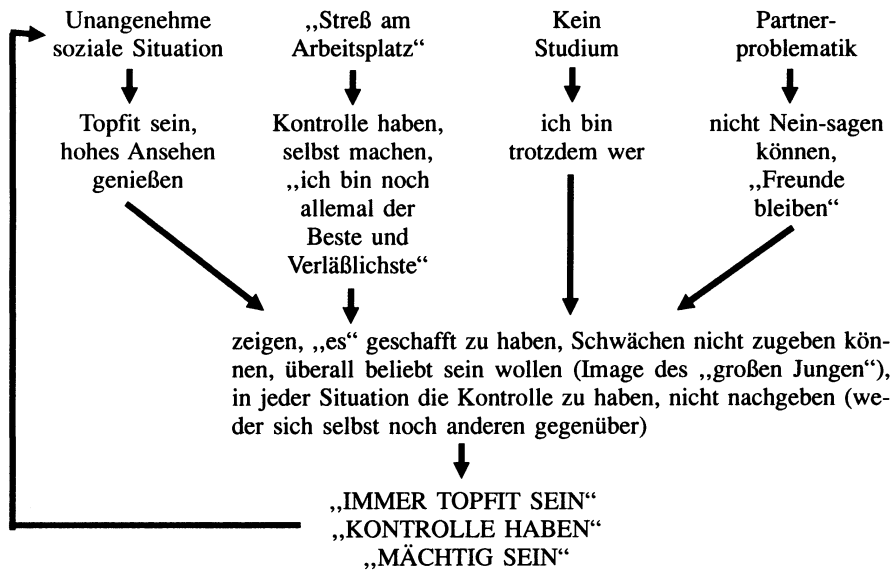
- von mir wird verlangt, immer fit, dynamisch, eloquent und charmant zu sein . . .
- wenn ich dort umfalle, bin ich blamiert . . .
- die anderen werden denken, der muß krank sein . . .
- wie schaut denn das aus, wenn ich so ganz einfach daliege . . . alle laufen zusammen
- der ist „out“

Vorläufige Hypothese über die Funktion des Alkohols (Bedingungsmodell):



Um die internen kognitiven Steuerungsprozesse zu erfassen, erörterten wir parallel zu den ersten Therapieschritten (Abstinenzphase s. u.) die Gedanken, Vorstellungen und Phantasien, die die Angst vor dem „Umfallen“ begleiten. Es stellt sich heraus, daß diese vor allem die gesellschaftliche Blamage, den Aufruhr, der dadurch entstehen würde, betreffen, nicht jedoch Sorgen um die eigene Gesundheit oder darum, irgendwelchen Helfern ausgeliefert zu sein bzw. eine daraus folgende Einlieferung in ein Krankenhaus. Die Erarbeitung dieser Gedanken und Einstellungen verwundern den Klienten sehr, und es gelingt, einige Stunden lang Themenbereiche wie Bedeutung der eigenen Stellung in der Gesellschaft, subjektive Bedeutung und Wertigkeit von Macht in der Sozialhierarchie usw. zu erörtern. (Vollständigkeitshalber sei erwähnt, daß Herr W. im Laufe der Therapie vorübergehend schwer erkrankte und mit einer Lungenentzündung ins Spital eingeliefert wurde und daß er – selbst als es ihm schon wieder recht gut ging – nicht überlegte, wie die „Gesellschaft“ wohl über seine Krankheit redet, sie ausdeutet usw.; er fand diese Gedanken von früher „eher lächerlich“.)

Daraus läßt sich folgende vertikale Analyse erstellen:



Ziele, Wünsche und Pläne stehen unter der Devise „mächtig sein, alles unter Kontrolle haben zu wollen“, was die Beurteilung alltäglicher Situationen und das Verhalten im Sinne von Feedback-Schleifen (siehe Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991) steuert.

3 Therapie: Prinzip und Verlauf

Für Herrn W. sind diese Erkenntnisse größtenteils neu, im Trubel des Alltags hätte er weder darüber noch über den hohen täglichen Alkoholkonsum nachgedacht; er zeigt eine gute Motivation, Einstellungen und Verhalten zu ändern. In einer Therapiezieldiskussion einigen wir uns auf folgendes Vorgehen:

- a) Einer Abstinenzphase soll der Versuch folgen, einen kontrollierten Trinkstil zu etablieren.
- b) Die Angst in sozialen Situationen wird einen wesentlichen Inhalt der Therapie darstellen.
- c) Damit einhergehend soll an Zielen, Wunschvorstellungen und Einstellungen gearbeitet werden.

Es ist gerade Ende Februar und damit der Beginn der Fastenzeit, und so vereinbaren wir eine 6wöchige Abstinenzperiode, um einerseits die Abstinenzerscheinungen genauer erfassen und die Funktionalität des Alkohols

besser herausarbeiten zu können (in welchen Situationen fehlt der Alkohol, wie wirkt sich das aus?). Des Weiteren soll in dieser Zeit ein Alkoholablehnungstraining erstellt und erprobt werden.

Diese sechs Wochen werden von Herrn W. strikt eingehalten, und danach erarbeiten wir ein Muster „kontrollierten“, „sozialen“ Trinkens, das folgendermaßen aussieht:

- Durstlöschen nur mit alkoholfreien Getränken,
- Mittags kein Alkohol,
- Alkohol nicht in „gefährdeten“ Situationen, etwa zur Spannungsabfuhr, zur Problembewältigung oder zum Streßabbau einsetzen,
- Alkoholfreie Phasen festlegen, etwa an Wochenenden oder bei Kurzurlauben, bei „gesunden“ Wochenenden in sportlicher Umgebung (ein solches Wochenende ist ohnehin einmal monatlich eingeplant). Als weitere längere alkoholfreie Perioden vereinbarten wir eine private USA-Reise im Sommer und den Advent; die Ablehnung von Alkohol in dieser Zeit war für den Klienten gut zu begründen und als durchaus „branchenüblich“ akzeptiert.

Zweifellos hatten die Erörterungen (oder auch Beobachtung an sich selbst?), daß chronisch überhöhter Alkoholkonsum bzw. Alkoholmißbrauch auf die Dauer zu einer Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen und allmählich zu einer verminderten Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Konzentrationsleistung oder auch Verschlechterung der intellektuellen Beweglichkeit führen könnte, den Wunsch des Patienten, mit Alkohol besser umgehen zu lernen, unterstützt.

Die Entwicklung in Richtung einer „sozialen Phobie“ konnte gestoppt werden (Selbstbeobachtung, Arbeit auf kognitiver Ebene, Entspannungstraining; siehe Beitrag von Reinecker in diesem Buch sowie Reinecker, 1993). Darüber hinaus wurde ein „Streßmanagement-Programm“ durchgeführt (bessere zeitliche Einteilung, Nein-sagen lernen, Genehmigung eines Abends pro Woche für sich selbst, in dieser Zeit lesen oder sportliche Aktivität). Auch eine problematische Situation mit einer Frau und Überlegungen wie „Ich will niemandem wehtun“ (die Beziehung wurde nur aufrechterhalten, weil Herr W. nicht in der Lage war, sie zu beenden und aus „zeitlichen“ Gründen eine Aussprache immer wieder hinauszögerte) wurden in der Therapie reflektiert.

Die Überwachung des Alkoholkonsums übernahm Herr W. sehr rasch in Selbstkontrolle, in den Therapiesitzungen nahm die Diskussion darüber nur mehr einen kleinen Zeitraum ein. Hauptansatzpunkt war zunehmend eine aus der Problem- und Zielanalyse sich entwickelnde Erörterung von Zielen, Plänen, Wertvorstellungen und Lebenseinstellungen. Nicht ver-

wirklichbare Wünsche und irrationale Gedanken wurden besprochen und sollten in alltäglichen Situationen reflektiert werden. Auch das Herstellen dieser Zusammenhänge übernahm Herr W. zunehmend selbständig, und fast immer kam er in die nächste Therapiestunde mit einem vorbereiteten Gedankengang, den er sich spätestens auf der Fahrt in die Praxis zurechtgelegt hatte.

Die Therapie umfaßte 31 Therapiesitzungen, die therapeutischen Kontakte wurden zunehmend lockerer (ca. alle sechs Wochen). Der kontrollierte Trinkstil ist seither stabil, wobei jedoch abschließend zu betonen ist, daß es nie – außer einmal in der Militärzeit – einen Kontrollverlust gab.

Frau H. (Fall 2)

Biographische Angaben

Frau H. ist doppelte Akademikerin, sie hatte eine verantwortungsvolle Position im Bankwesen, wurde jedoch vor einigen Jahren v. a. wegen ihrer Unzuverlässigkeit im Zusammenhang mit der Alkoholproblematik pensioniert.

1 Beschreibung der Störung

Die Schwierigkeiten mit Alkohol hatten bei Frau H. schon sehr früh begonnen. In ihrer Studentenzzeit war sie mit einem Amerikaner befreundet gewesen, der ebenfalls viel getrunken hat. Als er schließlich in die USA zurück mußte, ist sie ihm gefolgt und hat ihn geheiratet. Sie fand dort eine „entsetzliche Schwiegermutter“ vor, die ihr das Leben so unerträglich gemacht habe, daß sie das nur unter einem gewissen Alkoholspiegel ertragen hätte. Als sie erfuhr, daß sie schwanger war, fuhr sie nach Europa zurück und wollte von dem Mann nichts mehr wissen (von dem sie später erfährt, daß er sich „zu Tode gesoffen hätte“). Sie nahm von ihrem Mann keine finanzielle Unterstützung an, wollte sich aber auch nicht scheiden lassen. Sie beendete ihr Studium und beschloß, nach der Entbindung ein zweites Studium zu beginnen. Diese Entscheidung bedeutete für die Mutter einer kleinen Tochter, die allerdings von der Großmutter versorgt wurde, neben ihrer vollen Berufstätigkeit in der Bank eine große Belastung. Sie lernte nachts, trank viel Kaffee und im Morgengrauen – um sich zu beruhigen und einzuschlafen – regelmäßig Wein. Das zweite Studium beendete sie

in kurzer Zeit und arbeitete an ihrem Aufstieg in der Bank, wobei es jedoch erste Schwierigkeiten wegen des problematischen Alkoholkonsums gab. Mehrfach mußte sich Frau H. nach Alkoholexzessen krankschreiben lassen; sie gibt an, daß sie als hervorragende, aber eben als sehr unzuverlässige Arbeitskraft bekannt gewesen sei. Aus diesem Grund erreichte sie es letztendlich nie, eine eigene Abteilung leiten zu können, was sie als persönliche Demütigung auffaßte. Es begann ein Kampf mit ihrem Vorgesetzten, der ihren Erzählungen nach in Schreiduellen, beiderseitigen Bosheitsakten und in einem vorübergehenden sexuellen Verhältnis bestand und schließlich mit einer Versetzung von Frau H. endete. Frau H. gibt an, diese Versetzung nie überwunden zu haben: das hätte ihr „das Kreuz gebrochen“ (ihre Alkoholproblematik bis dahin findet sie selbst unbedeutend).

Von dem Zeitpunkt der Versetzung an stürzte sich Frau H. ins kulturelle Leben, nahm an Kunstreisen teil, besuchte Ausstellungen, kaufte und verkaufte bei Auktionen, füllte ihre Wohnung mit Antiquitäten. Allerdings hielt sie sich in dieser Wohnung kaum mehr auf, die Tochter – inzwischen ein halbwüchsiges Mädchen – lebte nun ganz bei der Großmutter. Lokaltouren wurden zunehmend wichtiger, Frau H. fühlte sich im Sandler- und Beismillieu wohl (mit „Beisl“ bezeichnet man in Wien kleine Wirtshäuser), fand dort Verbündete, wie sie selbst sagt, „Freunde“. Die Krankheitszeiten häuften sich, es drohte die Entlassung, ihre soziale Situation als „alleinerziehende Mutter“ sowie ihr ehemaliger Vorgesetzter und Freund konnten diese abwenden mit der Auflage, daß sie sich in eine Alkoholentwöhnung begibt. Diesen ersten stationären Aufenthalt stand die Patientin ihren eigenen Angaben nach ohne „Umfaller“ durch, sie hätte davon jedoch nicht profitieren können, da dort lauter einfache Frauen mit ganz anderen Problemen gewesen seien, außerdem sei die Psychologin „zwar ein nettes junges Ding gewesen, aber was hätte mir die schon beibringen können“.

Es folgte eine beruflich etwas konstantere Zeit, der Alkoholkonsum konnte so eingegrenzt werden, daß er vorübergehend keine nennenswerten oder sozial auffälligen Folgen hatte. Soweit aus ihren Berichten hervorgeht, wurde bei der stationären Entwöhnung auch besprochen, das Wirtshausmilieu und die entsprechenden Gegenden zu meiden. Doch wenige Monate später wurde Frau H. in der Nähe eines Markts, wo die Gaststätten fast rund um die Uhr offen haben, völlig betrunken und verwahrlost aufgefunden und in ein Krankenhaus gebracht. Es folgte wieder ein kurzer stationärer Entzug, und die Tochter – inzwischen Medizinstudentin – organisierte einen weiteren Aufenthalt in einem anderen Alkoholrehabilitationszentrum. Den Aufenthalt dort brach die Patientin vorzeitig ab, sie wollte es von da an alleine schaffen, und die inzwischen betagte (Groß-)Mutter, die Patientin und ihre Tochter zogen in eine Wohnung zusammen. Dies schaff-

te tatsächlich vorübergehend eine Verbesserung, zeitweise abstinente Phasen, dazwischen immer wieder Rückfälle, die jedoch von (Groß-)Mutter und Tochter „abgefangen“ werden konnten. Fünf Jahre lang herrschte ein labiles Gleichgewicht, eine befreundete Ärztin übernahm eine lose medikamentöse Therapie, d. h. insbesondere eine pharmakologische Unterstützung in Zeiten stärkerer Abstinenzerscheinungen. Eine psychologische oder psychotherapeutische Behandlung lehnte Frau H. strikt ab.

2 Therapeutische Ansatzpunkte

Der Erstkontakt zu mir ergibt sich mit der Tochter der 55jährigen Frau H., letztere befindet sich gerade in stationärer Behandlung an der Universitätsklinik für Psychiatrie. Die Tochter ist in der Zwischenzeit ambitionierte Ärztin und berichtet über einen langen „Leidensweg“, „jetzt müsse aber unbedingt etwas geschehen“. Ihr Vorschlag besteht darin, daß ihre Mutter mich in meiner Praxis bereits während des stationären Aufenthaltes zweimal wöchentlich aufsuchen solle, um endlich etwas „konzentriert“ zu tun. Da ich nicht in ein anderweitiges therapeutisches Setting eingreifen möchte, lehne ich dies vorerst einmal ab.

Als ich dann Frau H. nach ihrer Entlassung aus stationärer Behandlung kennenlerne, ist sie voll der Vorwürfe gegenüber verschiedenen Institutionen: An der Universitätsklinik sei man nur eine Nummer, in den entsprechenden Alkoholentwöhnungsinstitutionen, deren sie bisher zwei aufgesucht hat, sei nicht das ihr entsprechende Publikum, außerdem hätte sie sich dort „fadisiert“. Die Patientin wirkt vorgealtert, körperlich erschöpft, abgemagert und auch in ihren kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt; mehrmals berichtet sie dieselben Situationen, ihr Verhalten wirkt schablonenhaft angepaßt, aus inadäquaten Antworten ist jedoch abzuleiten, daß sie häufig Fragestellungen nicht oder falsch versteht, und ihr Vorwurfsverhalten ist perseverierend. Eine Therapieeinheit von 50 Minuten ist jedenfalls in diesem Stadium viel zu lang, da Frau H. nicht in der Lage ist, die Konzentration über den gesamten Zeitraum aufrechtzuerhalten und motorisch sehr unruhig wird. Aus diesem Grund und um ein engeres Netz von Kontrollterminen zu ermöglichen, vereinbaren wir, daß sie zunächst zweimal wöchentlich eine halbe Stunde in der Praxis erscheint. In den folgenden drei Monaten kommt es mehrfach zu Rückfällen, die die Patientin bagatellisiert und mit ihrer Beschäftigungslosigkeit bzw. Unausgelastetheit begründet.

Nun hat sich in der Zwischenzeit insofern eine veränderte Situation ergeben, als die Tochter einen Sohn geboren hat und beabsichtigt, sobald als möglich ihre Tätigkeit als Ärztin wieder aufzunehmen (die Ähnlichkeit mit der Le-

bensgeschichte der Mutter in dieser Phase soll nur angedeutet werden). Die Patientin und ihre Tochter erhoffen, daß sich dadurch ein neuer Aufgabenbereich und Lebensinhalt für Frau H. ergibt: Sie soll tagsüber oder immer dann, wenn die Tochter Nachtdienst hat, ihren Enkel betreuen; Voraussetzung dazu ist jedoch, daß sie alkoholfrei ist und ihre Aufgaben auch tatsächlich wahrnehmen kann, d. h. daß sie Termine einhält und die Tochter nicht „hängenläßt“. Zur Einleitung wird eine neuerliche stationäre Aufnahme in einer auf Alkoholprobleme spezialisierten Institution initiiert und mit der Patientin ausführlich vorbereitet: Die Bedeutung von Gruppentherapien, die Rolle des sozialen Gefüges in einer derartigen Institution, die Inanspruchnahme von Beschäftigungstherapie und auch Mithilfe in der Organisation der Anstalt, die Möglichkeiten von zwei wöchentlichen Einzeltherapiesitzungen usw. und das Therapieziel werden herausgearbeitet. Daß letzteres in der absoluten Abstinenz bestehen muß, wird von der Patientin selbst formuliert, sie hat erlebt, daß jeder andere Umgang mit Alkohol ihr letztendlich zum Verhängnis wird. In der Zwischenzeit hat sich herausgestellt, daß der somatische Zustand bedenklich ist und daß hirnatrophische Veränderungen im Computertomogramm sichtbar sind. Von ihrer ursprünglich intellektuellen Brillanz und Flexibilität ist nur noch wenig zu merken.

In dieser stationären Behandlung befindet sich Frau H. derzeit. Nach Angaben der Tochter fühlt sie sich dort wohl, die Tochter besucht sie mit ihrem Sohn jedes Wochenende; ein Wochenende haben sie bereits im Rahmen eines Ausganges in einem nahegelegenen Ferienort zu dritt verbracht.

In einem Gespräch mit dem betreuenden Psychologen teilte mir dieser mit, daß er bisher vorwiegend Motivationsarbeit geleistet hätte und mit der Patientin versuche, Problemlösestrategien zu erarbeiten. Diese betreffen vor allem die Wiedereingliederung in ein soziales Netz (die Kleinfamilie) sowie den Aufbau eines gesellschaftlichen Lebens, das sich außerhalb des zum Alkoholkonsum animierenden Milieus abspielt. Eine frühere Kollegin aus der Bank, die inzwischen ebenfalls pensioniert ist, kann dafür gewonnen werden, und so ist noch von der stationären Aufnahme aus eine Kurzreise nach Italien geplant. Das heißt, insgesamt werden Strategien erarbeitet, die eine akzeptable Lösung von Alltagsproblemen möglich machen, also beispielsweise die Beschäftigung mit dem Enkel, und die die Tageseinteilung sowie den sinnvollen Umgang mit Freizeit umfassen. Therapieansatzpunkte sind laut Auskunft des Psychologen auch die Arbeit an Einstellungen und Fragen der Rückfallprophylaxe, letzteres teilweise in Form von Gruppentherapie (siehe auch Petry, 1985; Edwards, 1986). In die Gruppentherapiestunden sind die Therapiezielfragen integriert, die bei den in dieser Institution stationär aufgenommenen Patienten die Motivation zur totalen Abstinenz stützen sollen.

3 Therapieprinzipien

Zum gegebenen Zeitpunkt ist es schwierig, eine genaue Problemanalyse zu erarbeiten bzw. die die Schwierigkeiten verursachenden von den aufrechterhaltenden Bedingungen abzugrenzen, weil beide im Rahmen einer jahrzehntelangen Entwicklung ineinandergreifen. Dieses fortgeschrittene Stadium der Abhängigkeit, insbesondere die körperliche Abhängigkeit, gilt als Hauptindikation für die Abstinenz als Therapieziel. Der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit wird dabei bestimmt durch

- die Intensität der Abhängigkeitssymptome; bei der oben dargestellten Patientin sind dies vor allem die fortgeschrittene Toleranzentwicklung (immer weniger Alkohol wird vertragen) sowie die Häufung von Kontrollverlusten, ferner der Grad der somatischen Beeinträchtigungen, die deutlich geminderten kognitiven und intellektuellen Fähigkeiten sowie der insgesamt beeinträchtigte körperliche Zustand;
- das Ausmaß der alkoholbezogenen Probleme, wie sie im oben genannten Fall in Form von deutlichem sozialem Abstieg, Aufsuchen von trinkfreudigem Milieu und persönlicher Vernachlässigung zu finden sind;
- die Quantität und Frequenz der Alkoholaufnahme: Zum einen sind bei der Patientin in der Anamnese häufige Berausungen feststellbar, zum anderen sind die Zeitspannen zwischen den Alkoholexzessen immer geringer und die Versuche, einen moderaten Trinkstil aufzubauen (wenn dies auch nie mit therapeutischer Hilfe erfolgte), bisher fehlgeschlagen;
- die Dauer der Trinkgeschichte: Diese reicht bei Frau H. bis in die Jugend zurück. Wenn auch von der Patientin selbst die Trinkgeschichte bis zu ihrem 30. Lebensjahr als weitgehend unauffällig eingeschätzt wird, so sind die Wahl eines ebenfalls alkoholgefährdeten Partners und der Einsatz von Alkohol, um „die böse Schwiegermutter“ zu ertragen, Hinweise dafür, daß ein Alkoholproblem schon früher bestanden hat. Darüber, inwieweit dieses bei adäquater Behandlung zu diesem Zeitpunkt beseitigt hätte werden können, kann nur spekuliert bzw. auf Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen verwiesen werden (Jessor & Jessor, 1975; Polich et al., 1981; Vaillant, 1983).

Die Aufgaben in der Phase zwischen zwei stationären Aufenthalten, in der ich die Patientin therapeutisch begleitete, bestanden vorwiegend in Informations- und Motivationsarbeit: Ziele und Vorgangsweise sowie eine positive Einstellung zu einer stationären Alkoholismusbehandlung wurden erörtert und konkrete Beispiele aus früheren Aufenthalten in einschlägigen Institutionen herangezogen. Die Motivation zur Abstinenz konnte einerseits durch den Zustand erhöht werden, daß die Patientin trotz des von ihr gewünschten lockeren ambulanten Kontakts die Erfahrung machte, daß sie

nicht in der Lage war, ohne Alkohol auszukommen und das sie verführende soziale Milieu (spezielle Gegenden, „Sandlerkneipen“ usw.) zu vermeiden. Unterstützt wurde – zumindest auf gedanklicher Ebene – die Notwendigkeit zur Abstinenz durch die möglicherweise neue Aufgabe, über weite Strecken die Verantwortung für den Enkel zu übernehmen. Starke Einschränkung erfuhr das kognitive Umstrukturieren durch die deutliche hirnanorganische Beeinträchtigung der Patientin. Trotz der nur halbstündigen Therapiesitzungen entstand häufig der Eindruck schablonenhaften Zuwendungsverhaltens sowie vorgetäuschten Verständnisses, was auf der Verhaltensebene durch andauerndes Nicken, leeres Lächeln und perseverierende Zustimmungssreaktionen auffiel.

Resümee

Bei der Diskussion um das Therapieziel (siehe Tabelle im Anhang) geht es also um die Definitionskriterien für Alkoholiker und bei der Vergleichbarkeit verschiedener Studien um die Berücksichtigung selektiver Stichprobenauswahl sowie unterschiedlicher Kriterien, was unter „kontrolliertem Trinken“ zu verstehen sei. Schließlich spielen die verschiedenen Follow-up-Zeiten und auch die Art, mit der katamnestisch erhoben wird, eine Rolle (so sind beispielsweise telefonische Rückfragen über den Zustand kaum aussagekräftig).

Ein Kriterium, das die Therapiezieldiskussion zurecht in den Vordergrund gestellt hat, besteht darin, daß die Einstellung und Überzeugung des Klienten in bezug auf das Therapieziel wesentlich zu seiner Erreichung beitragen kann und daß es von Bedeutung ist, daß Klient, Therapeut und das soziale Umfeld gleiche Therapiezielvorstellungen haben. Die Transparenz von Zielen und – wenn nicht eindeutig schwerwiegende medizinische Gründe dagegen sprechen – die Wahlfreiheit des Klienten sind Rahmenbedingungen, die für den therapeutischen Prozeß förderlich sind.

Anhang

*Als Kriterien für Abstinenz** werden genannt

- gesundheitliche Probleme, bei denen jeglicher Alkoholkonsum eine starke Gefährdung darstellt (Leberschaden, Pankreatitis, Herzschaden oder psychiatrische Störungen),
- starker Wunsch des Klienten, abstinent zu werden, bzw. schon bestehende Abstinenz,
- Druck von außen (Partner, Arbeitgeber, Gericht, Führerscheinentzug),
- pathologische Intoxikationen, selbst nach kleinen Mengen Alkohol,
- Einnahme von Medikamenten, die in Kombination mit Alkohol gefährlich werden können,
- frühere Mißerfolge bei Therapien zum kontrollierten Trinken.

Letzteres bedeutet eine Unfähigkeit, aus den Rückfällen zu lernen, bzw. daß keine adäquate Rückfallprophylaxe erzielt werden kann.

Als Kriterien für *kontrolliertes Trinken** gelten

- jüngere Klienten, die keine körperliche Abhängigkeit, ein intaktes soziales Umfeld und eine gute berufliche Integration aufweisen,
- der starke Wunsch des Klienten, kontrolliert zu trinken,
- frühere Mißerfolge bei Abstinenztherapien,
- wenn der Klient von außen veranlaßt wird, Alkohol zu trinken (z. B. durch Beruf).

Die letzten drei Punkte sind insofern in Frage zu stellen, als es sich durchaus auch um Personen handeln kann, auf die Kriterien zutreffen, für die Abstinenz indiziert ist (s. o.).

* Siehe dazu Miller & Caddy, 1977; Sobell & Sobell, 1978; Heather & Robertson, 1983; Polich et al., 1981; Arend, 1991.

Literatur

- Arend, H. (1991). Kontrolliertes Trinken: Ein alternatives Therapiekonzept für die Behandlung von Problemtrinkern. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 16, 305–317.
- Cahalan, D. (1987). Studying drinking problems rather than alcoholism. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism, Volume 5* (pp. 363–372). New York: Plenum Press.
- Edwards, G. (1986). *Arbeit mit Alkoholkranken. Ein praktischer Leitfaden für die helfenden Berufe*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Feuerlein, W. (1989). *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Fillmore, K.M. (1987). Prevalence, incidence and chronicity of drinking patterns and problems among men as a function of age: A longitudinal and cohort analysis. *British Journal of Addiction*, 82, 77–83.
- Heather, N. & Robertson, I. (1983). *Controlled drinking*. London: Methuen.
- Heather, N. & Robertson, I. (1985). *Problem drinking. The new approach*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Jellinek, E.M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 673–684.
- Jellinek, E.M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven: College and University Press.
- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1975). Adolescent Development and the Onset of Drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 27–51.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer-Verlag.
- Kryspin-Exner, J. (1998). Alkoholismus. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Auflage). (S. 354–387). Göttingen: Hogrefe.
- Miller, W.R. & Caddy, G.R. (1977). Abstinence and controlled drinking in the treatment of problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 986–1003.
- Petry, J. (1985). *Alkoholismustherapie: Vom Einstellungswandel zur kognitiven Therapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Polich, J.M., Armor, D.J. & Braiker, H.B. (1981). *The course of alcoholism: Four years after treatment*. New York: Wiley.
- Reinecker, H. (1993). *Phobien*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, L. (1988). *Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch. Definition – Ursachen – Folgen – Behandlung – Prävention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (1978). *Behavioral treatment of alcohol problems*. New York: Plenum Press.
- Vaillant, G.E. (1983). *The natural history of alcoholism*. London: Harvard University Press.
- Wanke, K. (1989). Drogen und Alkohol. Ihre Bedeutung für die psychische Entwicklung bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 65, 93–97.
- Wanke, K. & Bühringer, G. (Hrsg.). (1991). *Grundstörungen der Sucht*. Berlin: Springer-Verlag.