

Störungsspezifische Psychotherapie

Herausgegeben von Anil Batra
und Fritz Hohagen

Gutwinski, Kienast, Lindenmeyer,
Löb, Löber, Heinz

Alkohol- abhängigkeit

Ein Leitfaden zur Gruppentherapie

2., überarbeitete Auflage

Kohlhammer

150 Jahre
Kohlhammer

Störungsspezifische Psychotherapie

Begründet von

Anil Batra

Gerhard Bruchkremer

Herausgegeben von

Anil Batra

Fritz Hohagen

Stefan Gutwinski, Thorsten Kienast,
Johannes Lindenmeyer, Martin Löb,
Sabine Löber, Andreas Heinz

Alkoholabhängigkeit

Ein Leitfaden zur Gruppentherapie

2., überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

2., überarbeitete Auflage 2016

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-030090-3

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-030091-0

epub: ISBN 978-3-17-030092-7

mobi: ISBN 978-3-17-030093-4

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Einleitung

Chronische Verläufe einer Alkoholabhängigkeit sind häufig mit schwerwiegenden Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen verbunden: Der zunächst verborgene und später auffällige Verlust von Antrieb und Motivation für die erfolgreiche Bewältigung alltäglicher Anforderungen, der fortschreitende Verfall von kreativen Fertigkeiten, Fähigkeit zur Strukturierung und zur emotionalen Ausgeglichenheit können in Form einer Spirale der Ausgrenzung wesentlich dazu beitragen, dass die Betroffenen immer mehr aus den sozialen Strukturen unserer Gesellschaft herausfallen. Heute ist bekannt, dass die manifeste Abhängigkeit von Alkohol und anderen Substanzen keine angeborene Willensschwäche der Betroffenen widerspiegelt, sondern in erster Linie eine Folge von psychologischen Lernprozessen und verschiedenen neurobiologischen Veränderungen im Gehirn ist. Die Auswirkungen dieses neuropsychologischen Suchtgeschehens auf die Verhaltensebene der Betroffenen und deren Konsequenzen für die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen werden in diesem Buch besprochen.

Das Buch richtet sich in erster Linie an die Mitarbeiter aller Berufsgruppen aus den Einrichtungen für die ambulante oder stationäre medizinische Versorgung abhängigkeitserkrankter Menschen. Es bietet einen eigenständigen Leitfaden für den **qualifizierten Entzug von Alkohol** in Akutkliniken, mit dessen Hilfe das motivational günstige Zeitfenster während einer körperlichen Entzugsbehandlung durch ein einfach durchzuführendes psychotherapeutisches Angebot systematisch genutzt werden kann. Hiermit kann bei den Betroffenen ein Veränderungsprozess begonnen und vertieft werden, der sie aus ihrem süchtigen Verhalten führt.

Das Manual ist aber ebenfalls **in der Alkoholentwöhnungsbehandlung in ambulanten, teilstationären oder stationären Rehabilitationseinrichtungen** einsetzbar. In diesem Falle können einzelne Gruppeninterventionen des Manuals hilfreiche Therapiebausteine für die alkoholbezogene Bezugsgruppentherapie innerhalb des Gesamttherapieangebots darstellen.

Schließlich können einzelne Teile des Manuals, insbesondere die Integration des Aspektes der Neurobiologie in die Psychotherapie aber auch in anderen Behandlungsphasen, z. B. bei der ambulanten Behandlung durch niedergelassene Psychotherapeuten hilfreich sein.

Das Buch besteht aus zwei Teilen und berücksichtigt dabei die aktuellen Behandlungsleitlinien (AWMF, 2015): Der erste Teil »Theoretische Grundlagen« besitzt den Charakter eines Lehrbuchs. Ein besonderer Abschnitt ist hier die Diskussion der »Neurobiologie abhängigen Verhaltens«. Er vermittelt den aktuellen

Forschungsstand der neurobiologischen Suchtforschung und ermöglicht psychotherapeutische Interventionen nachvollziehbar an die biologischen Gegebenheiten der Sucht anzupassen. Andere Abschnitte beinhalten entscheidende epidemiologische, medizinische und psychologisch-psychotherapeutische Grundlagen für die Behandlung dieser Klientel. Aber der erste Teil geht noch darüber hinaus: Die Lektüre bietet dem Leser die Möglichkeit, eine transparente und strukturierte Herangehensweise zu erlernen, die auch in schwierigen therapeutischen Konstellationen einfach aufrechtzuerhalten ist. Damit werden viele therapeutische Entscheidungen erleichtert. Die in diesem Teil des Buches ausgearbeitete Verflechtung zwischen neurobiologischen Befunden, motivationspsychologischen Modellen, der Erstellung von Therapiezielen und dem Algorithmus für den zeitlichen Ablauf einer Therapie rundet das Bild der Behandlung für diese Patienten in Einzel- und Gruppentherapie ab.

Der zweite Teil beinhaltet ein in sich abgeschlossenes modular aufgebautes Therapiemanual, bestehend aus 12 Therapiestunden. Es kann sowohl in ein ambulantes als auch in ein stationäres Setting integriert werden. Das Therapieprogramm ist so entworfen, dass neue Patienten zu jeder Sitzung in die Gruppe eintreten können. Die Form des Manuals ist mithilfe einer Schriftkodierung so gekennzeichnet, dass sich erfahrene Therapeuten zeitsparend einen Überblick über die aktuelle Stunde verschaffen können. Sichtlich davon abgegrenzt sind die näheren Ausführungen, die bei weitergehendem Interesse vertiefend gelesen werden können. Diese Ausführungen enthalten exemplarische Dialoge, Tipps und weitere Beispiele, die bei der Anwendung dieses Manuals hilfreich sind. Wesentliche Inhalte der einzelnen Therapiestunden sind dem Buch »Lieber schlau als blau« von J. Lindenmeyer (2016) entnommen und hier in eine direkte Anwendungsform umgearbeitet worden. Insofern erleichtert die Lektüre von »Lieber schlau als blau« durch Therapeuten und Gruppenteilnehmer die Durchführung des Programms erheblich. Einzelne Kapitel liegen auch als visuell animierter Vortrag auf der Website www.lieberschlaualsblau.de vor.

Inhalt

Einleitung	5
Arbeitsmaterial	11
A Theoretische Grundlagen	
1 Epidemiologische, medizinische und biologische Grundlagen fördern das Krankheitsverständnis.....	17
1.1 Epidemiologie der Alkoholabhängigkeit.....	17
1.2 Diagnostik und Begriffsklärungen.....	18
1.3 Ursachen für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit.....	22
1.4 Neurobiologische Grundlagen der Alkoholabhängigkeit und deren Konsequenzen für die psychotherapeutische Behandlung	24
1.4.1 Der Kern süchtigen Verhaltens: Die Sensitivierung	25
1.4.2 Toleranzentwicklung und Entzug	28
1.4.3 Alkoholbedingte Schäden des Gehirns.....	30
1.4.4 Neurobiologie des Lernens und das Suchtgedächtnis	31
1.5 Weitere medizinische Folgen bei Alkoholabhängigkeit.....	32
1.5.1 Direkte durch Alkoholkonsum oder Entzug hervorgerufene Störungsbilder	33
1.5.2 Ausgewählte neurologische Folgeerkrankungen	35
1.5.3 Ausgewählte internistische Folgeerkrankungen	36
1.6 Medikamentöse Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit	38
2 Psychotherapeutische Grundlagen für die Anwendung des Manuals.....	40
2.1 Die therapeutische Haltung und weitere Grundvoraussetzungen	41
2.2 Anamnese bei Alkoholproblematik	42

2.3	Ausgewählte diagnostische Erhebungsinstrumente und -methoden	44
2.3.1	Screening	45
2.3.2	Entwicklung einer therapeutischen Strategie ..	47
2.3.3	Erfassen der Behandlungseffektivität	51
2.4	Erstellung eines Fallkonzeptes	52
2.5	Alkoholabhängigkeit und Komorbidität	53
3	Therapiemotivation und Motivationsstadien: Modelle und stadienspezifische Interventionen	54
3.1	Stadien der Veränderungsmotivation in Anlehnung an Prochaska und Di Clemente	54
3.2	Effiziente Psychotherapie durch motivationsstadienbezogene Interventionen	58
3.2.1	Phase der Präkontemplation	58
3.2.2	Phase der Kontemplation	61
3.2.3	Vorbereitungsphase	62
3.2.4	Handlungsphase	62
3.2.5	Phase der Aufrechterhaltung	63
3.2.6	Rückfall und Umgang mit Rückfällen während der Therapie	64
3.3	Das Konzept des Motivational Interviewing nach Miller und Rollnick	68
3.3.1	Grundlegende Haltung des Therapeuten beim Motivational Interviewing	70
3.3.2	Die vier Phasen des Motivational Interviewing	71
4	Hierarchisierung der Therapieziele	74
4.1	Vereinbaren therapeutischer Ziele und Evaluation der Therapiefortschritte	74
4.2	Hierarchisierung der Therapieziele nach therapeutischer Dringlichkeit	75
B	Therapiemanual	
	Anwendung des Manuals in geschlossenen und offenen Therapiegruppen: Einführung	81
	Modul 1: Alkohol und Abhängigkeit	84
1.	Gruppensitzung: »Der Untergang der Titanic« – Allgemeines zum Alkohol	85
2.	Gruppensitzung: »Das Eisenbahnmodell« – Diagnostik und Modell	94

3. Gruppensitzung: »Der Irrtum des Suchtgedächtnisses« – individuelles Fallkonzept	102
4. Gruppensitzung: »Die Rationalisierungs- und Vermeidungsfalle«	111
Modul 2: Alkoholabhängigkeit und Therapie.....	117
5. Gruppensitzung: »Kurzfristige Folgen durch Alkoholkonsum«..	118
6. Gruppensitzung: »Längerfristige Folgen durch Alkoholkonsum«	125
7. Gruppensitzung: »Die Entscheidung: Weitertrinken oder Abstinenz?«	133
8. Gruppensitzung: »Behandlungsmöglichkeiten bei Alkoholabhängigkeit«.....	140
Modul 3: Sozialer Rückfall und Zukunft	147
9. Gruppensitzung: »Ablauf eines Rückfalls«	148
10. Gruppensitzung: »Vor oder nach einem Rückfall – Was ist zu tun?«.....	156
11. Gruppensitzung: »Notfallplan«	167
12. Gruppensitzung: » Ablehnen von Alkohol –Rollenspiele«	174
Evaluation	181
Anhang: Aufgabenblätter.....	185
Literatur.....	211
Stichwortverzeichnis	217

Arbeitsmaterial

Die folgenden Arbeitsmaterialien können Sie mit nachfolgendem Passwort unter diesem Link kostenfrei herunterladen¹: <http://downloads.kohlhammer.de/?-isbn=978-3-17-030090-3> (Passwort: o7fp1ljr).

Die Arbeitsmaterialien setzen sich zusammen aus:

1. allen im Buch abgedruckten Abbildungen,
2. allen im Anhang des Buches aufgeführten Arbeitsmaterialien, d. h. die für die Durchführung des Manuals benötigten Aufgabenblätter.

Übersicht der Zusatzmaterialien

Zu: A *Theoretische Grundlagen*

1. **Epidemiologische, medizinische und biologische Grundlagen fördern das Krankheitsverständnis**
 - Abb. 1: Teufelskreismodell der Sucht
2. **Psychotherapeutische Grundlagen für die Anwendung des Manuals**
 - Abb. 2: Situationsanalyse
3. **Therapiemotivation und Motivationsstadien: Modelle und stadienspezifische Interventionen**
 - Abb. 3: Stadien der Veränderungsmotivation in Anlehnung an Prochaska und Di Clemente
 - Abb. 4: Therapieansatz mit Berücksichtigung der Motivationsphase

1 Wichtiger urheberrechtlicher Hinweis: Alle zusätzlichen Materialien, die im Download-Bereich zur Verfügung gestellt werden, sind urheberrechtlich geschützt. Ihre Verwendung ist nur zum persönlichen und nichtgewerblichen Gebrauch erlaubt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Zu: B *Therapiemanual*

**Anwendung des Manuals in geschlossenen und offenen Therapiegruppen:
Einführung**

- Abb. 5: Die Ablaufstruktur bei halboffenen Therapiegruppen

Modul 1: Alkohol und Abhängigkeit

1. Gruppensitzung: »Der Untergang der Titanic« – Allgemeines zum Alkohol
 - Abb. 6: Eisberggraphik am Flipchart
 - Abb. 7: Phasen einer Abhängigkeitsentwicklung
 - Abb. 8: Flipchartnotiz
 - Abb. 9: Trinktypen nach Jellinek
 - Aufgabenblatt 1
2. Gruppensitzung: »Das Eisenbahnmodell« – Diagnostik und Modell
 - Abb. 10: Das Eisenbahnmodell nach Lindenmeyer
 - Aufgabenblatt 2.1
 - Aufgabenblatt 2.2
3. Gruppensitzung: »Der häufige Irrtum des Suchtgedächtnisses« – individuelles Fallkonzept
 - Abb. 11: Das Belohnungszentrum im menschlichen Gehirn
 - Abb. 12: Der Irrtum des Suchtgedächtnisses
 - Abb. 13: Ereigniskette, die in erneuten Konsum führt
 - Aufgabenblatt 3.1
 - Aufgabenblatt 3.2
4. Gruppensitzung: »Die Rationalisierungs- und Vermeidungsfälle«
 - Abb. 14: Flipchartnotiz
 - Aufgabenblatt 4

Modul 2: Alkoholabhängigkeit und Therapie

5. Gruppensitzung: »Kurzfristige Folgen durch Alkoholkonsum«
 - Abb. 15: Teufelskreis des Trinkens
 - Aufgabenblatt 5
6. Gruppensitzung: »Längerfristige Folgen durch Alkoholkonsum«
 - Aufgabenblatt 6
7. Gruppensitzung: »Die Entscheidung: Konsum oder Abstinenz?«
 - Aufgabenblatt 7
8. Gruppensitzung: »Behandlungsmöglichkeiten bei Alkoholabhängigkeit«
 - Aufgabenblatt 8

Modul 3: Verlangen, Verführung und Rückfall

9. Gruppensitzung: »Ablauf eines Rückfalls«
 - Abb. 16: Ablauf eines Rückfalls
 - Aufgabenblatt 9
10. Gruppensitzung: »Vor oder nach einem Rückfall – Was ist zu tun?«
 - Abb. 17: Einfluss der Gedanken auf den Verlauf des Rückfalls
 - Aufgabenblatt 10.1
 - Aufgabenblatt 10.2
11. Gruppensitzung: »Notfallplan«
 - Abb. 18: Notfallplan für die Brieftasche
 - Aufgabenblatt 11
12. Gruppensitzung: »Ablehnen von Alkohol – Rollenspiele«
 - Arbeitsblatt E: Evaluation

A Theoretische Grundlagen

1 Epidemiologische, medizinische und biologische Grundlagen fördern das Krankheitsverständnis

1.1 Epidemiologie der Alkoholabhängigkeit

Die folgenden Angaben entstammen Untersuchungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2015). Der Pro-Kopf-Verbrauch an alkoholischen Getränken in Deutschland liegt nach Schätzungen aus dem Jahr 2013 bei ca. 137,2 Liter. Dabei trägt der Konsum von Bier mit ca. 52,8 % den Hauptanteil. Der Konsum von Wein stellt mit ca. 23,9 % der Gesamtmenge den zweitgrößten Anteil, danach folgen Spirituosen mit ca. 18,7 %. Am Ende der Liste stehen mit 4,5 % der gesamten konsumierten Menge Alkohol Schaumweinprodukte. Statistisch gesehen trinkt somit jeder Einwohner Deutschlands jährlich 9,7 Liter reinen Alkohol. Im Jahr 2010 lag Deutschland im europäischen Vergleich des Pro-Kopf-Konsums an reinem Alkohol an zwanzigster Stelle einer Liste von 53 europäischen Ländern (World Health Organization, 2014). Etwa 1,8 Millionen Menschen erfüllen in Deutschland die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit und weitere 1,6 Millionen die Kriterien des Alkoholmissbrauchs. Jährlich sterben in Deutschland etwa 42.000 Personen direkt oder indirekt an den Folgen des akuten Alkoholkonsums (Bühringer et al., 2002). Schätzungen zur Morbidität aus dem Jahr 2012 zeigen, dass eine psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol als zweithäufigste Einzeldiagnose in Krankenhäusern mit 345.034 Behandlungsfällen diagnostiziert wurde; 23.267 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 19 Jahren wurden 2013 aufgrund eines akuten Alkoholmissbrauchs stationär behandelt. Die durch Alkoholkonsum verursachten direkten und indirekten Kosten werden einer gesundheitsökonomischen Schätzung zufolge für das Jahr 2007 auf 26,7 Mrd. Euro beziffert. Im Hinblick auf psychiatrische Komorbidität zeigten verschiedene Studien, dass bei rund 20 % der alkoholabhängigen Personen eine psychiatrische Zusatzdiagnose vorliegt. Dabei sind die Diagnosen wie Depression und Angststörungen am häufigsten, bei weitaus weniger Patienten liegen zeitgleich eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen vor (Marschall et al., 2009).

1.2 Diagnostik und Begriffsklärungen

Abhängigkeit und Missbrauch

Ein ausgeprägter Alkoholkonsum ist nicht automatisch mit dem Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung gleichzusetzen. Weitere Kriterien müssen erfüllt sein, damit die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung gestellt werden kann. Die diagnostischen Leitlinien für Alkoholabhängigkeit sind jeweils in den Klassifikationssystemen ICD-10 (Dilling et al., 2004) und DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) festgelegt. In der ICD-10 spielt die Unterscheidung zwischen »Abhängigkeit« und »Missbrauch« eine entscheidende Rolle. Grundlegend für die Unterscheidung dieser beiden Störungskategorien sind spezifische dysfunktionale Verhaltensmuster, deren neurobiologische Korrelate bereits zu einem Teil nachgewiesen werden konnten (► Teil A, Kap. 1.4). Während auch im DSM-IV zwischen »schädlichem Gebrauch« und »Abhängigkeit« unterschieden wurde, wird nun in der DSM-5 auf diese Unterscheidung verzichtet und vielmehr der Schweregrad der »Alkoholkonsumstörung« (American Psychiatric Association, 2013) festgelegt.

ICD-10 Kriterien Alkoholabhängigkeit

Mindestens drei der folgenden Kriterien müssen im letzten Monat oder mehrfach in den vergangenen zwölf Monaten vorgelegen haben:

1. Es besteht ein starker Wunsch oder Zwang Alkohol zu trinken.
2. Der Betroffene besitzt eine verminderte Kontrollfähigkeit über seinen Alkoholkonsum.
3. Alkoholspezifisches körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums oder Einnahme von Alkohol oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranzbildung; Zeichen ist die Steigerung der Trinkmenge, um einen vergleichbaren psychotropen Effekt zu erreichen.
5. Vernachlässigung anderer Aktivitäten zugunsten des Alkoholkonsums oder um sich von dessen Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Alkoholkonsum trotz des Nachweises und Wissens um eindeutig schädliche Folgen.

Die Kriterien der nordamerikanischen DSM-5 für die »Alkoholkonsumstörung« sind etwas detaillierter, auch wird den Folgen für die soziale Situation des Patienten eine größere Bedeutung beigemessen:

DSM-5 Kriterien Störung durch Alkoholkonsum (Alkoholkonsumstörung)

Mindestens zwei der folgenden Kriterien müssen innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten vorliegen:

1. Alkohol wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.
2. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
3. Hoher Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von seiner Wirkung zu erholen.
4. Craving oder starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren.
5. Wiederholter Alkoholkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
6. Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen des Alkohols verursacht oder verstärkt werden.
7. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
8. Wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt.
9. Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch Alkohol verursacht wurde oder verstärkt wird.
10. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
 - a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen.
 - b) Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an Alkohol.
11. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - a) Charakteristisches Entzugssymptom in Bezug auf Alkohol (siehe Kriterien A und B der Kriterien für Alkoholentzug).
 - b) Alkohol (oder eine sehr ähnliche Substanz, wie etwa Benzodiazepine) wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

Aktueller Schweregrad:

- Leicht: 2 bis 3 Symptomkriterien sind erfüllt.
- Mittel: 4 bis 5 Symptomkriterien sind erfüllt.
- Schwer: 6 oder mehr Symptomkriterien sind erfüllt.

Tip

Für die Kommunikation mit Patienten und ihren Angehörigen im klinischen Alltag ist die Heterogenität der Diagnosekriterien nach ICD-10 bzw. DSM-5 nur wenig befriedigend. Hier kann als einfach zu handhabende Faustregel gelten (Lindenmeyer, 2016):

Sehr wahrscheinlich alkoholabhängig ist

- wer entweder den Konsum von Alkohol nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher oder psychischer Art eintreten,
- oder wer nicht aufhören kann zu trinken, obwohl er sich und anderen immer wieder schweren Schaden zufügt.

Führt der Alkoholkonsum zu einer Gesundheitsschädigung auf körperlicher oder psychischer Ebene, ohne dass die Kriterien einer Abhängigkeit erfüllt sind, kann nach ICD-10 ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (Alkoholmissbrauch) diagnostiziert werden (Dilling et al., 2004). Problematisch für den klinischen Alltag erweist sich hier aber, dass soziale Schäden in der ICD-10 wegen ihres unterschiedlichen interkulturellen Auftretens nicht aufgenommen wurden. Die Häufigkeit alkoholbedingter sozialer Schäden ist jedoch bei Männern und Frauen mit einem täglichen Konsum von 40 bis 60 g reinem Alkohol bereits verdoppelt. Bei einer gelegentlichen Menge von 100 g Alkohol/Tag versechsfacht sich das Risiko für soziale Schäden. Die psychotherapeutische Herangehensweise ist bei den beiden Kategorien Missbrauch und Abhängigkeit nach ICD-10 bzw. bei Vorliegen einer leichten Alkoholkonsumstörung nach DSM-5 in entscheidenden Punkten verschieden: Die Berücksichtigung der neurobiologischen Veränderungen bei Alkoholabhängigen und deren Konsequenzen auf Verhaltensebene stehen im Mittelpunkt der Therapie für Alkoholabhängige (► Teil A, Kap. 1.4). Ein wesentlicher Aspekt ist dabei der aktuellen Behandlungsleitlinie (AWMF, 2015) zufolge die absolute Abstinenz als das Therapieziel der Wahl. Lediglich wenn Abstinenz aktuell nicht möglich oder gewünscht ist, wird hier die Trinkmengenreduktion als Zwischenziel zur Abstinenz genannt. Entsprechend arbeitet das vorliegende Manual eindeutig abstinentenorientiert.

Für Personen mit einem Alkoholmissbrauch bzw. einer leichten Alkoholkonsumstörung bestehen dagegen schon langjährig Angebote der ambulanten Suchthilfe bezüglich kontrolliertem Trinken und der primären Behandlung individueller Therapieziele, mit deren Erreichen möglicherweise eine Reduktion der Trinkfrequenz und -menge erreicht werden kann. Hierbei könnte lediglich der Einsatz einzelner Elemente des Manuals hilfreich sein.

Psychische Abhängigkeit

Die Bezeichnung **Psychische Abhängigkeit** ist ein überholter Begriff, da heute wichtige neurobiologische Korrelate des abhängigen Verhaltens im Organ Ge-

hirn nachweisbar sind. Der Begriff beschrieb ursprünglich den Zustand des ständigen, zwanghaften Denkens an Alkoholkonsum, Konsumieren von Alkohol, der Sicherung der Versorgung mit Alkohol sowie einem hohen Rückfallrisiko während und nach Alkoholexposition. Einige der Betroffenen zeigen beispielsweise in einer für Außenstehende gut nachvollziehbaren Weise Einsicht in die Notwendigkeit einer Änderung ihres Trinkverhaltens. Dennoch werden Sie auch nach glaubhaften Abstinenzvorhaben wieder rückfällig, ohne sich ihr Verhalten selbst plausibel erklären zu können. Einige andere bemerken, dass sie ihr Denken und Verhalten in Bezug auf Alkohol kaum noch selbst beeinflussen können.

Craving

Der Begriff **Craving** beschreibt das bewusste, zwanghaft anmutende Verlangen nach Alkohol, das sogar bestehen kann, wenn der Konsum der Substanz nicht genossen wird (Tiffany und Carter, 1998; Wetterling et al., 1996). Dem steht gegenüber das nicht bewusste, motorisch automatisierte Verhalten, das in einen Rückfall münden kann. Ein Beispiel dafür ist das automatische Konsumieren der Alkoholvorräte zuhause. Wird ein solcher motorischer Automatismus unverhofft gestoppt, sind in unserem Beispiel also alle Vorräte geleert und kann der Konsum nicht in einer automatisierten Form weiter betrieben werden, wird der Handlungsautomatismus unterbrochen. Nun bemerkt der Betroffene in der Regel erst sein Verlangen nach dem Alkohol. Bewusstes Alkoholverlangen aber auch nicht bewusste motorische Automatismen werden von vielen Autoren als zentrale Variable in der Suchtentwicklung und insbesondere bei der Entstehung von Rückfällen betrachtet (siehe für eine Übersicht z. B. Everitt und Robbins, 2015). Der Stellenwert von **Verlangen** innerhalb des Suchtgeschehens ist jedoch weitgehend ungeklärt. Zwar berichten Kasuistiken oft von quälendem Verlangen, verbunden mit eindrucksvollen körperlichen Reaktionen, die bei Alkoholabhängigen auch nach langer Abstinenz auftreten und zum Rückfall führten. Andererseits kann das Auftreten von Verlangen auch einen Rückfall verhindern, indem es in das Bewusstsein der Betroffenen dringt und dadurch ein selbstkontrolliertes Unterbrechen des automatisierten Suchtgeschehens ermöglicht. Schließlich gibt nur ein Teil von Alkoholabhängigen an, jemals Alkoholverlangen verspürt zu haben.

Körperliche Abhängigkeit

Mit »körperlicher« Abhängigkeit wird die Ausbildung von Toleranzentwicklung und alkoholspezifischen Entzugssymptomen (u. a. Tremor, Schwitzen, Unruhe) bezeichnet, da sie körperlich sichtbar sind. Ein anderes Wort für **Toleranz** ist **Gewöhnung**. Gemeint ist die Abnahme der Alkoholwirkung bei wiederholter Einnahme derselben Dosis. Diese entsteht einerseits durch einen beschleunigten Abbau des Alkohols, zum Beispiel über eine Enzyminduktion in der Leber, aber auch durch die Desensitivierung zerebraler Zielregionen im Gehirn. Eine Ent-

zugssymptomatik resultiert aus der Reduktion oder dem plötzlichen Wegfall von Alkohol. Sie kann sich nur bei einer vorbestehenden Toleranz ausbilden und entspricht der Störung der im adaptierten Gehirn während des Substanzkonsums ausgebildeten Homöostase. Entzugssymptome entwickeln sich in der Regel erst nach mehrjährigem Hochkonsum. Sie können allerdings bei Jugendlichen deutlich schneller auftreten.

Eine besondere Form des Entzuges ist der sogenannte **konditionierte Entzug**. Im konditionierten Entzug können abstinent lebende Betroffene in einer Umgebung, in der sie gewohnt waren Alkohol zu sich zu nehmen, plötzlich Entzugssymptome entwickeln. Andererseits ist es aber auch möglich, dass intoxikierte Patienten, die sich alkoholintoxikiert »im Spiegel« befinden, an einem Ort, an dem Sie früher einmal Entzugssymptome entwickelt hatten (z. B. Entgiftungsstation), Entzugssymptome entwickeln (Wikler, 1948). GABAerge sowie glutamaterge Regulationsprozesse scheinen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle zu spielen (Mann et al., 2014).

Alkoholreagibilität (Cue-Reactivity)

Situationen, die in der Vergangenheit mit der Einnahme von Alkohol verknüpft waren, wie beispielsweise Orte des Konsums, bestimmte Tageszeiten, Personen, in deren Gegenwart konsumiert wurde, Erinnerungen oder Stimmungen, können bei Alkoholabhängigen auch nach längerer Abstinenz das Auftreten eines Rückfalls wahrscheinlicher machen. Ursache sind klassische und operante Konditionierungsprozesse, die dazu führen können, dass die Konfrontation mit diesen Situationen eine neuronale Kaskade im verhaltensverstärkenden System (Syn. Belohnungssystem, Ncl. accumbens; ► Teil A, Kap. 1.4) des Gehirns in Gang setzt. Folge kann eine Aktivierung automatischer Verhaltensmuster sein, die in einem erneuten Alkoholkonsum mündet (Magnetverhalten).

1.3 Ursachen für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit

Warum nun einige Menschen, aber nicht alle, nach wiederholtem Alkoholkonsum eine Abhängigkeit entwickeln, ist noch nicht geklärt. Keine der psychologischen, soziologischen oder genetischen Theorien hielten bisher einer empirischen Überprüfung stand: Trotz aufwändiger und mehrfach wiederholter Forschungsbemühungen konnten beispielsweise weder die Annahme einer Suchtpersönlichkeit noch einer besonderen suchterzeugenden sozialen Situation oder gar die Existenz eines »Alkoholismusgens« bestätigt werden. Angesichts dieser Komplexität scheint derzeit ein bio-psycho-soziales Modell am ehesten geeignet, um Entstehung und Aufrechterhaltung des Suchtgeschehens zu be-