

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
School of Public Health — WHO Collaborating Center

## DISSERTATION

### **Problematischer Alkoholkonsum**

### **Entstehungsdynamik und Ansätze für ein psychoedukatives Schulungsprogramm**

vorgelegt von:

Theo Wessel, Hofheim  
Heinz Westermann, Bielefeld

**Gutachter:** Professor Dr. Klaus Hurrelmann  
**Zweitgutachter:** Professor Dr. Michael Krausz

Bielefeld, Dezember 2001

## **Danksagung**

Unser großer Dank gilt:  
Professor Dr. Klaus Hurrelmann für die jederzeit  
konstruktive Unterstützung.  
Professor Dr. Michael Krausz für die Bereitschaft  
zur Begutachtung.  
Dr. Niels Pörksen, PD Dr. Martin Driessen  
Sebastian Lirken  
Gordana Saric-Wessel, Jessica und Miriam Wessel  
Ramona, Till und Kristian Westermann  
Edwin Laermann, Beate Stein  
Elisabeth Botterweck  
für Unterstützung, Verständnis und Freundschaft.

Bielefeld, Hofheim im Dezember 2001

Theo Wessel  
Heinz Westermann

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Alkoholkonsum in seiner geschichtlichen Entwicklung</b> .....	<b>13</b>
2.1. Frühgeschichte .....	13
2.2. Westeuropäisches Mittelalter .....	15
2.3. Beginn der Neuzeit .....	17
2.4. 17. und 18. Jahrhundert .....	22
2.5. Das „Krankheitskonzept von Alkoholismus“ im 20. Jahrhundert .....	27
2.6. Zusammenfassung .....	29
<b>3. Alkoholismus und Alkoholabhängigkeit</b> .....	<b>32</b>
3.1. Begriffsbestimmung .....	32
3.2. Diagnose .....	36
3.3. Epidemiologie .....	39
3.4. Alkoholbezogene Problemstellungen .....	43
3.5. Modelle und Theorien des Alkoholismus .....	66
3.6. Behandlungsansätze .....	102
3.7. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen .....	125
<b>4. Struktur und Dynamik von problematischem Alkoholkonsum</b> .....	<b>129</b>
4.1. Einleitung .....	129
4.2. Analyse von problematischem Alkoholkonsum .....	135
4.3. Alkoholkonsum, Wirkungen und Funktionen .....	141
4.4. Das Konzept der Selbstkontrolle .....	151
4.5. Ambivalenzverhalten: Der Kern der Problemstellung der Selbstkontrolle von problematischem Alkoholkonsum .....	159
4.6. Das zeitliche Phasenmodell zur Änderungsmotivation von problematischem Alkoholkonsum .....	164
4.7. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen .....	166

<b>5. Das Schulungsprogramm PEGPAK .....</b>	<b>171</b>
5.1. Einführung in das Gruppenprogramm und allgemeine Grundlagen problematischen Alkoholkonsums .....	179
5.2. Bestimmungselemente und Folgen eines problematischen Alkoholkonsums .....	209
5.3. Zielbestimmung und Selbstmanagement bei problematischem Alkoholkonsum .....	246
5.4. Selbstmanagementstrategien zur Aufrechterhaltung von positiv verändertem Alkoholkonsum .....	268
5.5. Selbstmanagement in besonderen Risikosituationen .....	284
5.6. Selbstmanagement in Problemsituationen und Lebensstiländerungen .....	301
5.7. Vorgehensweisen bei Aufgabe der selbstbestimmten Zielsetzungen bezüglich problematischen Alkoholkonsums .....	312
<b>6. Überprüfung der Wirksamkeit und Akzeptanz des Programms PEGPAK im Rahmen einer Pilotstudie .....</b>	<b>324</b>
6.1. Erkundungsstudie .....	324
6.2. Die Variablen .....	325
6.3. Die Stichprobe .....	331
6.4. Das Untersuchungsdesign .....	333
6.5. Ergebnisübersicht .....	335
6.6. Ergebnisse .....	339
6.7. Qualitative Bewertung des Programms .....	373
6.8. Abschließende Zusammenfassung zu Wirksamkeit und Akzeptanz von PEGPAK .....	379
<b>7. Zusammenfassung, Gesamtbewertung und Perspektiven zu PEGPAK .....</b>	<b>382</b>
7.1. Zusammenfassung und Gesamtbewertung .....	382
7.2. Interventionsansätze zur individuellen Alkoholkonsumreduktion .....	401
7.3. Änderungsansätze zum Schulungsprogramm .....	407
7.4. Perspektiven .....	411
<b>Literatur .....</b>	<b>414</b>

## 1. Einleitung

Der Konsum von Alkohol ist ein in vielen Kulturkreisen weit verbreitetes Phänomen. Einerseits ist Alkoholkonsum integraler Bestandteil kultureller Lebensgewohnheiten und gesellschaftlich vermittelter Normen, andererseits kann das Alkoholtrinken zu erheblichen Beeinträchtigungen der Gesundheit und der sozialen Integration führen und kostspielige, aber auch andere unerwünschte Belastungen hervorrufen (Edwards 1997).

Aktuelle epidemiologische Untersuchungen (Kraus, Augustin 2001) zeigen, daß 16% der Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 69 Jahren in Deutschland im Zusammenhang mit Alkoholtrinken ein gesundheitsbezogenes Risikoverhalten entwickelt haben. Drei Viertel der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland haben risikoarme Alkoholkonsummuster, jeder zehnte lebt abstinent und damit risikofrei.

Mit den Methoden der Krankheitskostenrechnung lassen sich die durch diesen Alkoholkonsum verursachten gesellschaftlichen Kosten schätzen (Bergmann, Horch 2000, alle Angaben auf ein Jahr bezogen):

- 42.000 alkoholbedingte Todesfälle,
- 14.000 alkoholbedingte Frühberentungen,
- 40.000 alkoholstörungsbezogene Rehabilitationsmaßnahmen,
- 570.000 alkoholstörungsbezogene Krankenhausbehandlungen,
- 850.000 Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen Alkoholproblemen.

Die geschätzten direkten und indirekten Gesamtkosten belaufen sich auf fast 40 Mrd. DM jährlich, der größte Anteil mit ca. 14 Mrd. DM entfällt dabei auf den Ressourcenverlust durch Mortalität.

Die wissenschaftliche und öffentliche Diskussion im deutschsprachigen Raum in den 1960er, 70er und 80er Jahren wurde vom Konzept des **Alkoholismus als Krankheit** dominiert und bezog sich im wesentlichen auf medizinwissenschaftliche Kategorien und Verfahren. 1968 wurde im Zuge dieser Diskussionen in Westdeutschland Alkoholismus als Krankheit anerkannt. Menschen, denen die Diagnose einer Alkoholkrankung oder einer Alkoholabhängigkeit gestellt wurde, konnten nun im Rahmen des öffentlich geförderten Gesundheitswesens Hilfe in Anspruch nehmen. Dementsprechend konzentrierte sich die Diskussion fast ausschließlich auf die Gruppe der Abhängigkeitserkrankten und ihrer Behandlungsmöglichkeiten. Obwohl der Initiator des Krankheitskonzepts Alkoholismus, Elvin Morton Jellinek (1960), eine sehr breit gefaßte Definition von Alkoholismus entwarf („Alkoholismus ist jeder

Gebrauch alkoholischer Getränke, der dem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden irgendeinen Schaden zufügt“), wurde das Krankheitskonzept „Alkoholismus“ in der Praxis sehr eng gefaßt. Diesem Krankheitsbild lagen folgende Vorstellungen zugrunde:

- Alkoholismus ist ein klar und deutlich abgrenzbares Krankheitsphänomen,
- Kontrollverlust und Craving (starkes Alkoholverlangen) ist biologisch determiniert und irreversible Grundbedingung der Alkoholerkrankung,
- Alkoholismus entwickelt sich progressiv im Sinne einer Verschlimmerung,
- Alkoholismusbehandlung muß auf Totalabstinenz bestehen.

In den 1990er Jahren (im angelsächsischen Raum bereits seit den 60er Jahren) zeichnete sich jedoch ab, daß das Krankheitsprinzip Alkoholismus sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Bereich lückenhaft ist. Anfang der 90er Jahre wies Wienberg (1992) nach, daß die Klassifikation von Menschen mit Alkoholproblemen im traditionellen medizinischen und psychosozialen Hilfesystem nur eine begrenzte Minderheit erreicht. Gleichzeitig zeichnete sich ab, daß die Fokussierung auf lebenslange Abstinenz als ausschließliches Therapieziel zu hohen Mißerfolgsraten führt und das grundlegende Ziel der Schadensminimierung (*harm reduction*) mit diesem Konzept nur unzureichend erfüllt wurde. Das Therapieziel der unbedingten lebenslangen Abstinenz wurde deshalb zunehmend in Frage gestellt und um weitere Zielperspektiven ergänzt: so die Überlebenseicherung und gesundheitliche Stabilisierung auch unter Konsumbedingungen bzw. die Ausweitung der gesundheitsrisikofreien Zeiträume durch Konsumverzicht (Schwoon 1991).

In den vergangenen Jahren trat die Diskussion um rückfallprophylaktisch orientierte Behandlungsprogramme innerhalb der Suchtkrankenhilfe in den Vordergrund (Körkel 1991). Dabei eröffnete sich eine Dimension in der Suchtkrankenbehandlung, die eine weitere zentrale Annahme des Krankheitskonzepts in ihrem Kern in Frage stellte: die Konzepte, die von einem irreversiblen Kontrollverlust als Kernbestandteil eines Abhängigkeitssyndroms ausgehen und damit auch eine selbstkontrollierende Einflußnahme auf ein Rückfallgeschehen kategorisch ausschließen, wurden zugunsten des Prinzips der Selbstkontrolle weitestgehend aufgegeben. Die Möglichkeit zur Selbststeuerung des Alkoholkonsums wird von nun an als grundsätzliche Verhaltensmöglichkeit formuliert. Außerdem entwickelten sich im angloamerikanischen Bereich Ansätze zum „Kontrollierten Trinken“ (Davis 1962, Sobell, Sobell 1973 u. v. a). Mit zeitlicher Verzögerung haben diese Ansätze auch in Deutschland Verbreitung gefunden.

Diese Diskussion hat zum einen zur Folge gehabt, daß die irreversible Kontrollverlustannahme als Kernmerkmal von Alkoholabhängigkeit relativiert wurde. Der internationale Standard zur Klassifikation der Krankheit „Alkoholismus“ (z.B. ICD-10) weist das Symptom aktuell als „verminderte Kontrollfähigkeit“ aus. Zum anderen wurde auch im Rahmen des Krankheitskonzeptes der Blick auf andere Zielgruppen erweitert, die nicht in die Kategorie „Alkoholismus“ fallen, als in den 80er Jahren das Diagnosekriterium „schädlich-mißbräuchlicher Alkoholkonsum“ eingeführt wurde. Als „schädlich-mißbräuchlich“ wird ein Konsum verstanden, der trotz des Wissens um ein ständiges oder wiederholtes, soziales, berufliches, psychisches oder körperliches Problem fortgesetzt wird. Diese Definition läßt sich nicht unmittelbar mit den Diagnosekriterien für Alkoholismus in Zusammenhang bringen. Wir gehen davon aus, daß in der Praxis ein *abhängiger Alkoholkonsum* (also ein aktuell bestehender Konsum, der das Diagnosekriterium des Alkoholismus erfüllen würde) auch in die Kategorie „schädlich-mißbräuchlich“ fallen wird.

In den 1990er Jahren veränderte sich der Zugang zur Alkoholthematik u.a. im Rahmen der „Public Health“-Diskussion. Die Betrachtung einer Krankheit „Alkoholismus“ wurde durch den Präventionsgedanken ergänzt, so daß man an Stelle einer scharfen Abgrenzung durch einen Krankheitsbegriff dazu übergang, das **gesundheitliche Risiko durch Alkoholkonsum** zu betrachten. Als Folge dieses Paradigmenwechsels wurde nicht nur die mit den Krankheitsbegriff klassifizierte Zielgruppe, sondern es wurden auch andere Risikogruppen als Ziel gesundheitsfördernder Maßnahmen in Betracht gezogen.

Bei diesem Ansatz wird die Auswirkung der Trinkmenge auf individuelle Risiken in einem weiten Bereich von körperlichen und sozialen Konsequenzen untersucht. Riskanter Alkoholkonsum beinhaltet dabei die Abschätzung der zunehmenden Wahrscheinlichkeit einer negativen Folge bei zunehmender Trinkmenge (Edwards 1994). Risikokonsummuster ergeben sich dann durch Überschreitungen von gesundheitsverträglichen Alkoholkonsumgrenzwerten.

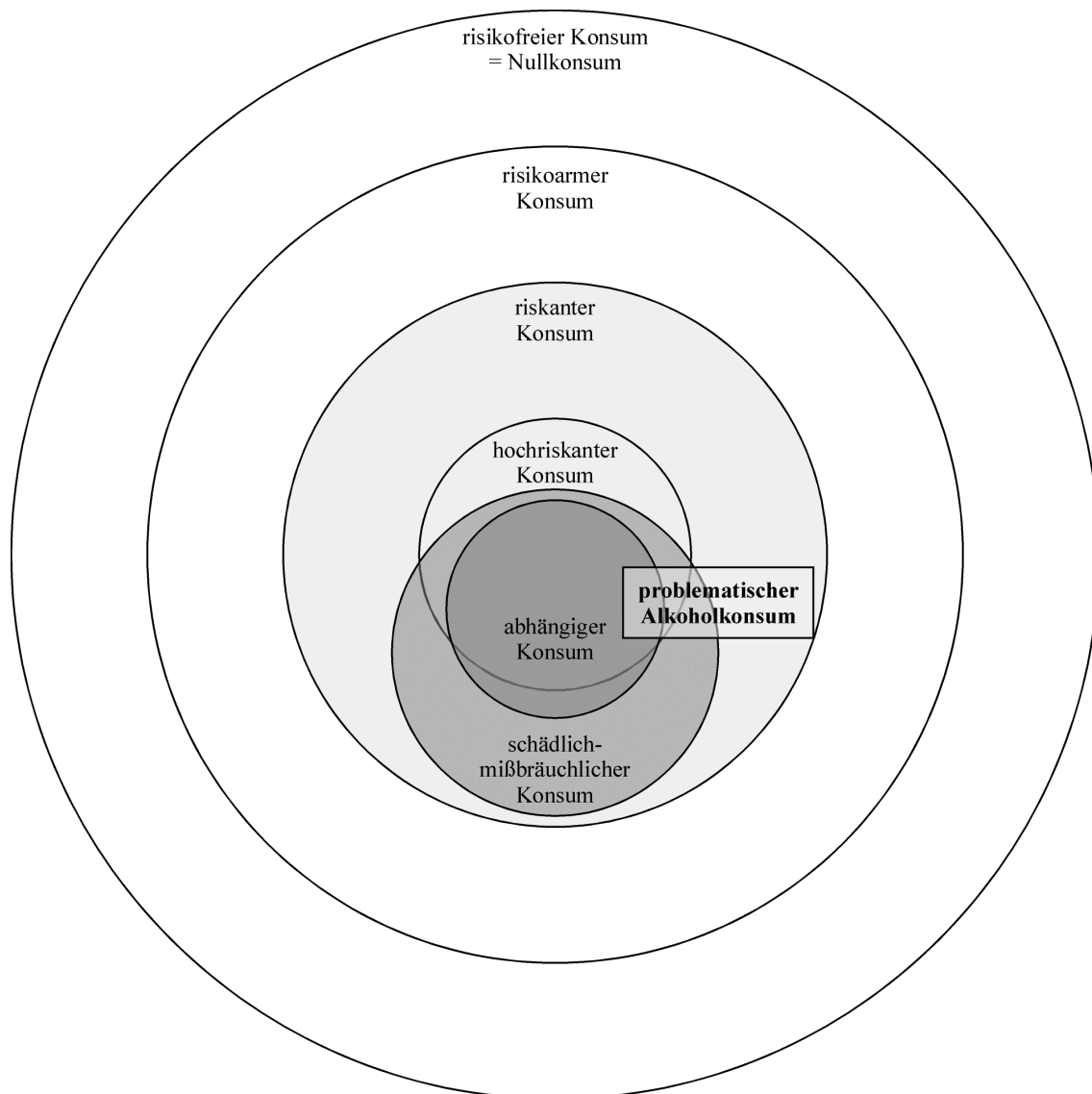
In dieser Arbeit unterscheiden wir die Konsummuster „risikofreier Konsum“ (Nullkonsum, Alkoholabstinenz), „risikoarmer Konsum“, „riskanter Konsum“ und „hochriskanter Konsum“. Die sich daraus ergebenden Risikokonsumtengruppen orientieren sich an den Klassifikationen von Bühringer et al. (2000) und sind ursprünglich vom Regionalbüro Europa der WHO (Edwards 1997) vorgeschlagen worden. Wir gehen davon aus, daß risikofreie und risikoarme Konsummuster die Entwicklung der Krankheitskonzepte von Abhängigkeit und Mißbrauch praktisch ausschließen. Andererseits ist es im allgemeinen nicht möglich, allein anhand der

Unterscheidung zwischen abhängigem Konsum und schädlich-mißbräuchlichem Konsum eine Entscheidung zwischen den Risikogruppen „riskant“ und „hochriskant“ zu treffen; in beiden Risikogruppen finden sich sowohl mißbräuchliche als auch abhängige Alkoholkonsumenten und sogar auch Konsumenten, die keines der beiden medizinischen Kriterien erfüllen. Die gesundheitswissenschaftliche Perspektive bestreitet natürlich nicht, daß der Prozeß gelegentlichen und regelmäßigen, gewohnheitsmäßigen riskanten Konsums zu Sucht und Abhängigkeit führen kann. Doch ist für ihr Verständnis zentral, daß zwar jede Abhängigkeit riskantes und mißbräuchliches Konsumverhalten voraussetzt, dieses aber nicht zwangsläufig auch in jene Abhängigkeit führt.

Untersuchungen zum Zusammenhang der medizinischen Klassifikation zu den gesundheitswissenschaftlich definierten Risikogruppen liegen derzeit nicht vor. Für unsere Arbeit ist der Begriff des alkoholkonsumbezogenen Gesundheitsrisikos entscheidend. Hierdurch können Etikettierungen (*labeling*) und empirisch nicht haltbare Dichotomisierungen vermieden werden (Kruse et al. 2000); wir treffen lediglich eine Einordnung auf der kontinuierlichen Skala des Alkoholkonsums und den damit zusammenhängenden vielfältigen Problemlagen. Eine Fokussierung des Risikobegriffs ermöglicht es zudem, den kurativen Interventionsgedanken zu verlassen und statt dessen den gesundheitswissenschaftlichen Präventionsbegriff zu fokussieren. Wir definieren deshalb den Begriff des **problematischen Alkoholkonsums** als Kriterium für die Zielgruppe unserer Arbeit. Unter problematischem Alkoholkonsum fassen wir die Risikogruppen des „riskanten“ und „hochriskanten“ Alkoholkonsums zusammen. Gleichzeitig umfaßt dieser Begriff anhand der Ausführungen im vorigen Absatz die medizinisch begründeten Klassifikationen des schädlich-mißbräuchlichen und des abhängigen Konsums und geht noch über diese beiden Zielgruppen hinaus. In der Literatur gibt es bereits Studien, die von einer genauen Unterscheidung zwischen den beiden medizinischen Klassen „schädlich-mißbräuchlich“ und „abhängig“ absehen und beide Zielgruppen zusammengefaßt behandeln und benennen („problem drinkers“, Calahan 1970 und Sobell, Sobell 1993; „problematischer Alkoholkonsum“ nach Kruse et al. 2000). Unsere Zielgruppe ist im Vergleich zu diesen Definitionen noch größer (trotz der Gleichnamigkeit mit dem Begriff von Kruse et al.), weil sie diejenigen riskanten oder hochriskanten Konsumenten enthält, die keine der beiden medizinischen Diagnosen erfüllen.



Abb.: Konsumrisiken und problematischer Alkoholkonsum (Lisken 2001)



Der Begriff des alkoholkonsumbezogenen Gesundheitsrisikos orientiert sich nicht allein an Konsummengen, obwohl die Konsummenge für unsere Praxis das Kriterium ist, das wir zur Definition der verschiedenen Risikostufen verwenden. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive wird die Funktionalität von Alkoholkonsum z.B. in einem „*Gesundheitsbalance-Modell*“ (Hurrelmann, Bründel 1997) erfaßt: Der Einsatz der psychoaktiven Substanz Alkohol wird hier verstanden als ein Medium zur Herstellung einer individuellen Balance zwischen inneren, körperlichen und psychischen Bedingungen (Veranlagung, Temperament, Anforderungen des Körpers, psychische Bedürfnisse, Selbstwertgefühl) und äußeren Lebensbedingungen der sozialen und natürlichen Umwelt (Familie, Peer-Gruppe, Ausbildungs- und Berufssituation, Wohnumwelt, ökologische Lebensbedingungen). Der Substanzkonsum selbst

wird dann zu einem gesundheitsbezogenen Risikoverhalten im körperlichen und psychischen Bereich — die „Gesundheitsbalance“ ist gestört. Nicht die Konsummenge, sondern die Konsumsituation oder die intrapsychische Einstellung zum Alkoholkonsum stellt bei dieser Betrachtung das Risiko dar. „Die Dynamiken und Mechanismen, die zum Übergang vom Gebrauch zum Mißbrauch oder zur Abhängigkeit führen, sind bislang nicht bekannt. Wahrscheinlich sind sowohl anlagemäßige, wie psychische und soziale Auslösefaktoren beteiligt. Kein einzelner Faktor löst für sich allein die Suchtdynamik aus, sondern muß dazu mit den anderen zusammentreffen.“ (Hurrelmann, Bründel 1997, S.11).

Als Leitideen für *suchtpräventive Ausführungen* in diesem Zusammenhang formulieren Hurrelmann und Bründel (1997) die dafür notwendigen begrifflichen Abgrenzungen: Primäre Prävention ist als Maßnahme zu verstehen, die geeignet ist, sich anbahnende Gesundheitsstörungen zurückzudrängen und abzubauen; sekundäre Prävention als Maßnahme, erste manifeste Beeinträchtigungen durch Alkoholkonsum positiv zu beeinflussen; tertiäre Prävention als Bemühung, eine Verfestigung dieser Beeinträchtigungen und gesundheitliche Langzeitschäden zu vermeiden.

Vor allem die Entwicklung von Suchtpräventionsprogrammen, die im frühen Stadium eines riskanten Suchtmittelkonsums Menschen veranlassen, diesen Konsum zu verändern, ist das besondere Anliegen der Gesundheitswissenschaft. Sekundärpräventionskonzepte, die darauf abzielen, Risiken und Kosten des Suchtmittelkonsums zu minimieren — um so eine Abhängigkeitsentwicklung möglicherweise zu verhindern — wurden in Deutschland bisher kaum entwickelt. Im primären Gesundheitsversorgungssystem gibt es lediglich erste Ansätze (Kremer, Wienberg, Dormann, Wessel, Pörksen 1999).

Gleichgültig aus welcher Perspektive, der medizin- oder der gesundheitswissenschaftlichen: es bleibt das Problem, wie individuell auf abhängige, mißbräuchliche und riskante Konsumgewohnheiten Einfluß genommen werden kann. Die Selbststeuerung des eigenen Verhaltens problematisiert die Gesundheitswissenschaft in den Termini **Selbstregulation und Selbstkontrolle** (Kanfer et al. 1981), wobei Selbstkontrolle als Spezialfall der Selbstregulation gilt. Die eher medizinisch orientierte Sichtweise geht, wie erwähnt, von der Annahme eines Kontrollverlustes aus, wohingegen die gesundheitswissenschaftliche die Selbststeuerungs- und Selbstkontrollmöglichkeiten in den Vordergrund stellt. Auch wenn beide Pole sich in den letzten 10 Jahren angenähert haben („Abstinence is controlled drinking with the limit of zero“, Handmaker 1999, S. 213), so hat aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive der Be-

griff der *Kontrolle* immer eine positive Konnotation: sei es in Form unterstützender sozialer Kontrolle, sei es als Selbstkontrolle. Den menschlichen Grundbedürfnissen nach Kontrolle über die eigenen Lebensumstände, die auch Neugier und das Bedürfnis nach Verstehen und „Sinn“ umfassen, kommt in unserem Kulturkreis eine hohe gesellschaftliche Anerkennung zu. Vor allem die liberale Drogen- und Suchtpolitik geht von der ethisch-normativen Leitlinie aus, daß der Gebrauch psychoaktiver Substanzen wie Alkohol in die freie Entscheidung des einzelnen Bürgers gestellt ist. Sie formuliert das Ziel, nicht den Gebrauch, sondern den Mißbrauch dieser Substanzen zurückzudrängen, und dabei auch die Gebrauchs- und Nutzungsmuster der Konsumenten mit zu berücksichtigen (Hurrelmann, Bründel 1997). Die Kontrolle des Suchtmittelkonsums durch den Staat — gesetzliche Verbote, Bestimmung der Produktionsbedingungen und der Distribution und Verfügbarkeit — hat zweifellos eine große Bedeutung für suchtpreventive Ansätze, ist allerdings nicht Gegenstand dieser Arbeit.

Leitlinie dieser Arbeit ist die Entwicklung eines Ansatzes, der, aufbauend auf dem Selbstkontrollansatz und dem Selbstmanagementtherapieansatz, den Konsumenten ein Höchstmaß an Selbstbestimmung zuspricht. Problematischer Alkoholkonsum, der durch riskante, hochrisikante, schädlich-mißbräuchliche und abhängige Konsummuster definiert ist, kann durch Selbstmanagementstrategien und Selbstkontrollstrategien dergestalt verändert werden, daß die Risiken des problematischen Alkoholkonsums reduziert und selbst gesteckte, gesundheitsförderliche Ziele erreicht werden. Die Veränderung problematischen Alkoholkonsums wird verknüpft mit dem Gedanken der Suchtprevention, insbesondere des sekundärpräventiven Ansatzes, der darauf abzielt, erste manifeste Beeinträchtigungen durch problematischem Alkoholkonsum positiv zu beeinflussen.

Das von uns entwickelte Schulungsprogramm rückt die beiden Zielrichtungen der Suchtprevention in den Mittelpunkt, die personenbezogene und die substanzbezogene. Personenbezogen geht es um Fähigkeiten zur Selbstbestimmung und Selbstverantwortung — d.h. Selbststeuerung und Selbstmanagement im Sinne des oben skizzierten Ansatzes von Selbstkontrolle —, substanzbezogen zielt dieses Programm auf sachliche und differenzierte Informationen über die Wirksamkeit der Substanz, die Motive zum Konsum, die Ursachen von Sucht und Abhängigkeit und über die langfristigen negativen Konsequenzen des Alkoholkonsum (Hurrelmann, Bründel 1997). Umweltbezogene Präventionsstrategien greift das Schulungsprogramm nur am Rande auf.

Die Methode der Psychoedukation wurde als Basisprinzip für das Schulungsprogramm gewählt, weil sie in besonderer Art und Weise die Kernelemente eines Selbstkontroll- und Selbstmanagementansatzes und die Intention von sachlicher Informationsvermittlung verbindet (Wohlfahrt, Schneider 1996).

„Psycho“ deutet darauf hin, daß Personen dafür sensibilisiert werden, die substanzbezogene Störung nicht primär als Erkrankung aufzufassen, sondern auch vielfältige psychische und soziale Aspekte und Problemlagen zu berücksichtigen. Fühlen, Denken und Handeln werden beeinflusst. Der Grundgedanke ist, daß gesundheitsförderliche Einstellungen und Überzeugungen zu subjektiven Krankheitsvorstellungen, zum eigenen Leben und eigenen Lebenszielen eine entscheidende Bedeutung für erfolgreiches Bewältigungsverhalten problematischer Alkoholkonsumgewohnheiten haben. Ressourcenorientierung im Sinne von Selbstmanagement ist hier das Leitprinzip.

„Edukativ“ nimmt Bezug auf die vielfältigen Anpassungsleistungen, die anhand der längerfristig sich verfestigenden negativen Konsequenzen der problematischen Konsumgewohnheiten selbstständig gefunden und dann selbstbestimmt bewältigt werden müssen. Es soll „Hilfe zur Selbsthilfe“ gegeben werden im Sinne von *Empowerment*. Auch hier müssen geeignete Informationen vermittelt (Wissen) und Handlungskompetenzen (Können) erweitert werden.

Wegen der engen Verbindungen der besonderen Bedingungen des oben skizzierten Ansatzes von Suchtprävention zu den Basisprinzipien der Psychoedukation haben wir beide Ansätze zusammengeführt, dies insbesondere aufgrund der überprüften Wirksamkeit zahlreicher psychoedukativer Interventionskonzepte im In- und Ausland (Fiedler 1995). Besondere Beachtung verdienen dabei Programme der „Health Education Group“ in Schottland (Robertson, Heather, Murray 1994) mit dem Ansatz „Drink reasonably and moderately with Self-Control“ und andere angloamerikanische Entwicklungen durch Sanchez-Craig (1993) und Hester und Miller (1989). In Deutschland sind entsprechende Programme im Bereich Suchtprävention bisher nicht entwickelt worden, so daß das von uns entworfene „Psychoedukative Gruppenprogramm bei problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten (PEGPAK)“ eine Innovation darstellt. Es ist kein Programm zum Erlernen kontrollierten Konsums auf der Basis eines Alkoholtrinkplanes, es ist auch kein Programm zur Rückfallprävention unter einer Abstinenzzielsetzung, sondern es knüpft an sekundärpräventive Strategien der Gesundheitsförderung an und integriert eine rationale Form der konsumbezogenen Zielauswahl mit den Optionen „risikoarmer, gesundheitsverträglicher Alkoholkonsum“ oder „Nullkonsum“ (Abstinenz). PEGPAK ist ein klar strukturiertes, manualisiertes Gruppenprogramm und bietet so die Möglich-

keit, in verschiedenen Feldern der Gesundheitsversorgung unabhängig von professioneller Vorbildung eingesetzt zu werden. Darüber hinaus haben manualisierte Interventionsformen den Vorteil der methodisch-qualifizierten Überprüfbarkeit.

Das psychoedukative Schulungsprogramm greift die Leithypothese dieser Arbeit auf, indem über Struktur und Dynamik von problematischem Alkoholkonsum unter dem Aspekt von Selbstkontrolle und in ihrer konflikthafter Ausprägung von Ambivalenz informiert wird. Die Zieloptionen werden erarbeitet, eine Zielsetzung individuell und selbständig bestimmt und Selbstmanagementstrategien zur Erreichung dieser Zielsetzung sowie der Umgang mit spezifischen Risikosituationen werden entwickelt. Das Schulungsprogramm gliedert sich inhaltlich in sieben „Bausteine“, die auf insgesamt neun „Lerneinheiten“ (Gruppentreffen) von je 120 Min. aufgeteilt sind.

Das psychoedukative Schulungsprogramm ist der Kern und Hauptteil dieser Dissertation und hier als Kapitel 5 dargestellt. Die strukturellen Grundlagen und der theoretische Hintergrund des psychoedukativen Schulungsprogramms sowie eine Pilotstudie zu seiner Wirksamkeit und Akzeptanz werden in den anderen Kapiteln vorgestellt.

Im Kapitel 2 „Alkoholkonsum in seiner geschichtlichen Entwicklung“ wird die Geschichte der sich entwickelnden Trinkkontrolle in der westlichen Lebenswelt dargestellt, in der sich das Rationalitätsprinzip bei der Selbstkontrolle rauschhaften Trinkverhaltens gesellschaftlich durchsetzt, was letztlich in das Krankheitskonzept „Alkoholismus“ mündet.

Das Kapitel 3 „Krankheitskonzept zu Alkoholismus und Alkoholabhängigkeit“ gibt den aktuellen Stand der Diskussion um dieses Krankheitskonzept in den unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen wieder. Es relativiert die für das Alkoholismuskonzept zentrale Annahme des Kontrollverlustes und stellt moderne Behandlungskonzepte vor, die verstärkt den Gedanken der selbstkontrollierenden Einflußnahme auf problematischen Alkoholkonsum verfolgen.

Das Kapitel 4 „Struktur und Dynamik von problematischem Alkoholkonsum“ gibt einen Überblick über theoretische Ansätze zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung von problematischem Alkoholkonsum. Es beinhaltet eine handlungsorientierte Analyse, die Konsumhandlung, Trinksituation und Wirkung beschreibt. Hier wird in besonderem Maße auf die ambivalente Selbstkontrollsituation und die unterschiedlichen Motivationsphasen bei der Veränderung problematischen Alkoholkonsums eingegangen.

Das Kapitel 6 „Überprüfung der Wirksamkeit und Akzeptanz des Schulungsprogramms im Rahmen einer Pilotstudie“ stellt die Methodik und das Design einer von den Autoren durch-

geführten Untersuchung vor und liefert erste Ergebnisse und Hinweise zur Effektivität des Schulungsprogramms.

Das Abschlußkapitel schließlich faßt die Ergebnisse der Arbeit zusammen, thematisiert Änderungsvorschläge und entwirft Perspektiven für den weiteren Einsatz des Schulungsprogramms.

## **2. Alkoholkonsum in seiner geschichtlichen Entwicklung**

### **2.1. Frühgeschichte**

Der Konsum von Alkohol ist in vielen Kulturkreisen ein Jahrtausende altes Phänomen. Man nimmt an, daß die ersten Rebensorten für die Weinherstellung aus Afghanistan über Mesopotamien nach Ägypten gelangten. Die Herstellung von Bier aus Getreide und Datteln war bereits bei den Sumerern und den Arkadern verbreitet (Schmidt 1993). Aufgrund der chemischen Prozesse der Hefegärung stand die Biererzeugung oft in unmittelbarem Zusammenhang mit der Herstellung von Brot. Noch heute gibt es kulturelle Kontexte, in denen Bier als „flüssiges Brot“ bekannt ist. In Ägypten war schon ca. 3000 v. Chr. sowohl die Herstellung von Bier als auch von Wein bekannt. Aufgrund der großen Getreidevorkommnisse des Landes war vor allem der Genuß von Gerstenbier verbreitet, während der Weinkonsum vorwiegend der Oberschicht vorbehalten war (von Kranach 1982). Die Griechen übernahmen dieses Wissen und bauten seit der mykenischen Kultur (ca. 2000 v. Chr.) Wein an. Ihr Umgang mit Alkohol erscheint widersprüchlich. Der griechische Dichter Hesoid bezeichnete ca. 700 v. Chr. Trauben als „Gaben des vielerfreundenden Dionysus“. „Wer zur Genüge trinkt, dem regt sich der Wein rasend, er fesselt ihm Füße, Hände, Zunge und Verstand mit ungeheuren Fesseln; es umfängt ihn aber lieblicher Schlaf.“ (Zitiert nach Preiser 1982). Platon dagegen empfiehlt im zweiten Buch seiner „Gesetze“ einen mäßigeren Umgang mit Wein. Unter erzieherischen Blickwinkeln schlägt er vor: „Knaben bis zum 18. Lebensjahr sollten überhaupt keinen Wein kosten, danach maßvoll bis zum 30., wobei es aber nie zum Rausch und zur Vieltrinkerei kommen soll. Wenn sie aber auf die Vierzig zugehen, mögen sie an den gemeinsamen Mahlzeiten teilnehmen und sich Wein schmecken lassen.“ (Zitiert nach Preiser 1982). Zu dieser Zeit gibt es kaum Anhaltspunkte für die Existenz von Alkoholabhängigkeit. (Ladewig 1996).

Die Vorliebe für den Wein als Genußmittel und zeremonielles Getränk blieb auch beim Aufstieg des römischen Reiches erhalten. Offenbar übertrafen die Römer die Griechen hinsichtlich ihrer Maßlosigkeit aber bei weitem. Bacchische Orgien — die römische Variante der griechischen Dionysus-Mysterien — nahmen im zweiten Jahrhundert v. Chr. ein solches Ausmaß an, daß der römische Staat ein Gesetz zur Verfolgung und Vernichtung von Bacchanalien-Anhängern erließ. Cicero soll das Unmaß seiner Landsleute beim Bankett mit der Schlacht von Cannea verglichen haben (Ladewig 1996).

Wenig maßvoll scheint auch der Umgang der Germanen mit Alkohol gewesen zu sein: „Wollte man ihnen ihrer Trunksucht nachgehen ... so viel sie wollten, so könnte man sie leichter durch ihr Laster als mit Waffen besiegen.“ (Tacitus, 98/1971).

Vergorene Getränke dienten als Medium, um bei archaischen Gelagen der Gemeinschaft den Übergang vom profanen Alltag in heilige Sphären zu ermöglichen (Spode 1993). Die enthemmende Wirkung des Alkohols war dabei durch sozio-kulturelle Riten und Regeln eingegrenzt. „Ohne in die ehernen Rituale des Zutrinkens und Bescheidtuns eingebunden zu sein, wären vergorene Getränke eine Bedrohung für den Bestand der Stammesgemeinschaft. Berausung ist daher nur innerhalb des festen Reglements ein geachtetes, sinnvolles Tun“ (Spode 1993).

Mit dem aufstrebendem Christentum wurde Wein — in seiner symbolischen Bedeutung als Blut Christi — zur sakralen Droge (Legnaro 1982). Rauschablehnende Züge des jüdischen Glaubens und des frühen Christentums stießen in Nord- und Mitteleuropa auf völlig entgegengesetzte Lebensweisen, „die geprägt waren durch die rauschhafte Freude beim sakralen Gelage: Der Met ist heilig, weil in ihm das Heil wohnt und die Droge eine zwischen Gottheit und der Kulturgemeinschaft mittelnde Erfahrungsschaft“ (Legnaro 1982). Es ist daher nicht verwunderlich, daß auch im Mittelalter sich keine ausdrücklich abstinenten Lebensweise entwickelte. Vor allem Bier fungierte wegen seines hohen Kaloriengehaltes als weit verbreitetes Nahrungsmittel und war zudem in den neuen entstehenden Städten sauberer als Trinkwasser. Wasser trinken galt zu jeder Zeit als Zeichen der Armut. Der Rausch ist im Mittelalter noch ein selbstverständlicher Bewußtseinszustand (Ladewig 1996). Der „Kampf gegen die Trunkenheit“ als solche, d. h. gegen den übermäßigen Alkoholkonsum, beginnt erst mit der Heidenmission durch die christliche Kirche.

„Der mit der Christianisierung einhergehende Angriff auf die Reste der germanischen Stammesgesellschaft ... galt von Anbeginn dem archaischen Trinkgelage. Deren sakraler Charakter war den Missionaren nicht entgangen, mußte ihren Zorn herausfordern, ... Bier, als bevorzugter kultischer Trank, ... und die Benutzung des Trinkhorns wurden den Getauften untersagt“ (Spode 1993).

Trunkenheit wurde als **Todsünde** gebrandmarkt, der eine Reihe weiterer Sünden wie Unkeuschheit, Totschlag usw. entspringen. Trotz hoher Strafen ist jedoch dem exzessiven Alkoholkonsum der Bevölkerung bis zum Mittelalter nicht beizukommen. Dies um so weniger, als



die Kloster selbst häufig selbst Produktionsstätten für Alkoholiker sind, und der (hohe) Klerus mit seinem Lebenswandel meist ein schlechtes Beispiel abgab.

## **2.2. Westeuropäisches Mittelalter**

Es ist nicht einfach, aus dem vorhandenen Datenmaterial auf den tatsächlichen Alkoholkonsum im Mittelalter zu schließen. „Insgesamt ist die Datenbasis zum Trink- und Alkoholverhalten im Mittelalter nämlich schmal“ (Legnaro 1982). Die folgende Zusammenstellung von Aussagen zur Entwicklung des Alkoholkonsums bleibt daher fragmentarisch und hebt nur einzelne Aspekte aus der Fachliteratur hervor.

Offensichtlich ist die breit gefächerte medizinische Verwendung des Alkohols im Mittelalter. Der Branntwein, dessen Destillation etwa seit dem 10. Jahrhundert bekannt ist, gilt als nahezu universelles Therapeutikum, als *aqua vitae*. Als Lebens- oder Rauschmittel konsumiert wurde Branntwein allerdings kaum; Bier und Wein sind als Nahrungs- und Genußmittel zugleich die wichtigsten alkoholischen Getränke des Mittelalters. Bier ist neben dem Brot Hauptnahrungsmittel für große Teile der Bevölkerung Mittel- und Nordeuropas, wie sich z.B. aus der weiten Verbreitung der Biersuppe als Frühstück bis ins 18. Jahrhundert hinein ergibt. (Schivelbusch 1981).

Aber auch als Genuß- und Rauschmittel finden Bier und Wein weite Verbreitung. Legnaro verweist darauf, daß mittelalterliche Trinkgelage hinsichtlich der Intensität und Extensität des Alkoholkonsums und der damit verbundenen Ausschweifungen sprichwörtlich geworden sind. Die Menschen im Mittelalter berauschen sich an den zahlreichen Feiertagen anlässlich von Kirchweihen, Hochzeiten, Taufen und Beerdigungen. So gab es in Frankreich bis zu 103 Feiertage pro Jahr. Hervorzuheben ist, daß der Alkoholgenuß sich im wesentlichen in sozialen Situationen abspielt, also nicht auf individueller, persönlicher Ebene. Es gab *ale houses* und Wirtschaften; auch die Kirche war häufig ein Ort, in dem nach dem Gottesdienst auf konviale Weise in Gemeinschaft Alkohol getrunken wurde. Solche Feste endeten nicht selten in der völligen Betrunkenheit aller Beteiligten — einschließlich der Priester (Legnaro 1982). Das Wetttrinken bis zur Bewußtlosigkeit, das man heute nur noch selten als integralen Bestandteil sozialen Verhaltens vorfindet (Bauernhochzeiten, Oktoberfest, studentischer Komment), gehört zu den normalen Lebensäußerungen der vorindustriellen Welt (Schivelbusch 1981). Legnaro schreibt: „Im Mittelalter ist der Rausch, erzeugt durch die alltäglichen Genußmittel Bier und Wein, eine weitgehend nicht negativ sanktionierte Erfahrung“ (Legnaro

1982). Gefühle und Rauschzustände können ungehemmter als heute ausgedrückt werden, es fehlt „jene unsichtbare Mauer von Affekten, die sich gegenwärtig zwischen Körper und Geist der Menschen, zurückdrängend und trennend, zu erheben scheint ...“ (Elias 1978, S. 89). Die relativ geringe Affektkontrolle, die den Individuen im Mittelalter noch auferlegt ist — Norbert Elias beschreibt die zunehmende Kontrolle dieser Affekte als *Prozeß der Zivilisation* — hat auch eine geringe Rauschkontrolle zur Folge.

Das Mittelalter kennt jedoch auch Verhaltensweisen, die auf eine Steuerung des Trinkverhaltens hinauslaufen. Der Alkoholkonsum war in viele Lebensbereiche integriert, das Problem bestand dabei jedoch weniger in der chronischen Trunkenheit, sondern in der gelegentlichen. Sowohl kirchliche als auch weltliche Autoritäten versuchten von Zeit zu Zeit, diese Form des Alkoholkonsums — in den allermeisten Fällen jedoch völlig ohne Erfolg — einzuschränken. König Edgar von England z. B. bestimmte, daß an den Innenseiten der Trinkgefäße Markierungen (Pegs) anzubringen seien, die ein Trinker bei einem Zug nicht überschreiten dürfe (Austin 1982). Der Erzbischof von Canterbury verfügte im 7. Jahrhundert, daß ein Mensch, der unmäßig getrunken hatte, 15 Tage lang Buße tun mußte. Ferner gab es Bestrebungen, die Priesterschaft in England darauf zu verpflichten, nicht „immoderately“ zu trinken und keine Weinhäuser aufzusuchen. Der Franziskaner Berthold von Regensburg zählt die Völlerei beim Essen und Trinken zu den 5 schädlichen Sünden (Legnaro 1982). Die weltliche Gewalt versuchte, durch Preiskontrollen, Auflagen zur Zahl der Wirtshäuser und ihrer Öffnungszeiten das Trinkverhalten zu beeinflussen. Hier bleibt festzustellen, daß es eine gesetzliche Grundlage gegen Trunkenheit im Mittelalter nirgendwo gab. Austin vermutet den Grund darin, daß Wein, das wichtigste alkoholische Getränk, gewöhnlich nur verdünnt genossen wurde. Trunkenheit war jedenfalls hauptsächlich auf Feste und Feiern beschränkt, und die chronische Trunkenheit war nahezu ausschließlich in den oberen sozialen Schichten anzutreffen (Austin 1982).

Es ist also im wesentlichen die Ritualfunktion, also ein im Kern sozialer Bezug, der in der vorindustriellen Gesellschaft einen ungezügelteren, rauschhaften Alkoholkonsum zuläßt. Der Trinkexzess ist noch nicht mit internalisierter Scheu belegt, er braucht keine besondere Begründung und ist noch ein selbstverständlicher Bewußtseinszustand (Legnaro 1982). Dies ändert sich im 15. und 16. Jahrhundert.

### **2.3. Beginn der Neuzeit**

#### **Der Prozeß der Rationalisierung des Trinkverhaltens**

Die Hinwendung auf ein Leben innerweltlicher Rationalität, jene Entzauberung der Welt, von der Max Weber spricht, vollzieht sich in dem von Norbert Elias beschriebenen Prozeß der Zivilisation. Als Prozeß der Rationalisierung, der sich auf den gesamten Kosmos der Welterfahrung auswirkt, wird diese Entwicklung im Mittelalter des westlichen Abendlandes etwa zwischen dem 14. und 16. Jahrhundert faßbar. Diese Rationalisierung, die für die nächsten Jahrhunderte europäischer Geschichte konstitutiv wird, leitet eine Reihe grundlegender politischer, sozialer und wirtschaftlicher Veränderungen ein.

Einem zunehmend rationalisierten Umgang mit der Welt entspricht eine rationalisierte Anschauung der Welt. In jener Zeit werden auf der einen Seite die Grundlagen der modernen Naturwissenschaften gelegt. Auf der anderen Seite, der subjektiven, findet eine Verwandlung zwischenmenschlicher Hemmzwänge in einzelmenschliche Sachzwänge statt: Affektimpulse können immer weniger spontan ausgelebt werden (Legnaro 1982).

Individualisiertes Verhalten als Selbstbeherrschung wird zur Grundlage der rationalisierten Welt. Individuelle Selbstkontrollen, etwa das „rationale Denken“ oder das „moralische Gewissen“, schieben sich mit Beginn der Neuzeit stärker und fester als je zuvor zwischen Trieb- und Gefühlsimpulse. Die Kontrolle der eigenen Gefühle und des eigenen Lebens gewinnen zunehmend an Bedeutung für das Individuum; die planende Berechnung aller Lebensbereiche erscheint als herrschende Leitlinie.

Dieser Prozeß, der auch durch den Zwang zur Affektkontrolle und zur beherrschenden Präsentation des Selbst gegenüber der Welt bestimmt ist, kann nicht ohne Auswirkung auf Verhaltensweisen bleiben, die, wie der intensive Konsum von Alkohol, diese Kontrollfähigkeit tendenziell außer Kraft setzen. Legnaro bemerkt, daß der Rationalitätsdruck, der den Individuen ein selbstgesteuertes, zivilisiertes Verhalten abverlangt, sich auch auf den Konsum von Alkohol und die Bewertung von Trunkenheit und Rausch auswirken muß. Er entwickelt zwei Thesen zur Neubewertung des intensiven Alkoholkonsumverhalten und dessen Funktion:

1. Für eine rational gebundene und definierte Wirklichkeit gilt Trunkenheit als Mangel an Selbstbeherrschung, als Verlust der Kontrolle über sich selbst und somit als disfunktional für die innerweltliche Tätigkeit des aufkommenden Berufsmenschen.

2. In diesem Prozeß der Entwicklung von Selbstkontrolle wachsen auch die inneren, halb bewußten Ängste: die Ängste vor dem Durchbrechen der Restriktionen, der Selbstkontrollen, die dem zivilisierten Menschen auferlegt sind. (Elias 1978)

Für die Bewältigung dieser Ängste und Spannungen hat Alkohol eine spezifische Funktion der Lockerung. Er erlaubt auf Zeit ein sonst gesellschaftlich vermiedenes Affektverhalten, reduziert die verbundenen Ängste und kann gleichzeitig ein solches Verhalten entschuldigen. „Trinkt man also — um die Hypothese durch einen Vergleich zu charakterisieren — im Mittelalter, weil die Affekte ungehemmt sind, so in der Neuzeit, um sie zu enthemmen“ (Legnaro 1982).

### **16. und 17. Jahrhundert**

Das 16. und 17. Jahrhundert wird einerseits als Jahrhundert der Trinkerei und Völlerei, zumindest in den germanischen Ländern, angesehen (Austin 1982), andererseits, so bei Schivelbusch, als Epoche, in der sich nicht so sehr der tatsächliche Alkoholverbrauch geändert habe, sondern allein die Anschauung über das Trinken.

Diese neue Anschauung bildet sich zur Zeit der Reformation heraus. Die Reformation stellt auch den Versuch dar, das Verhältnis des Menschen zum Alkohol neu zu regeln (Schivelbusch 1981). Martin Luther stellte fest, die Trunksucht habe so sehr überhand genommen, daß es in Deutschland keine wahren Christen mehr gäbe. Er erklärte, daß Völlerei und Trunksucht wie ein Sturm über Deutschland hinwegfegen würden, und warnte davor, daß die „betrunkenen Schweine“ das Reich Gottes nicht zu sehen bekämen. Luther bemerkte auch, daß dem Laster der Trunksucht nicht mit dem Wort Gottes beizukommen sei, und daß möglicherweise die weltliche Macht einschreiten müßte. Er prägte die Figur des „Saufteufels“, zugleich aber auch das Wort von Wein, Weib und Gesang, ohne die man nun einmal sein Leben lang ein Narr bliebe.

Des weiteren wird im 16. Jahrhundert verstärkt versucht, mäßiges, beherrschtes Trinken zu fördern und ein rationaleres Trinkverhalten durchzusetzen, das den Exzeß meidet und den Rausch zu kontrollieren vermag. So gründet Sigismund von Dietrichstein 1517 den ersten Mäßigkeitsverein, den St.-Christoph-Orden. 1524 bildet sich in Heidelberg der Fürstenbund gegen das Zutrinken, der Orden vom Goldenen Ring. (Legnaro 1982). Es ist bemerkenswert, daß diese ersten Vereine Mäßigkeit propagierten und nicht Abstinenz zum Ziel hatten. Bleibende Erfolge hatte die Mäßigkeitsbewegung der Reformationszeit allerdings nicht aufzuweisen. Auch die zahlreichen staatlichen Anstrengungen, das Trinken zu verbieten, mußten im-

mer wieder erneuert werden — sie hatten offenbar nicht die gewünschte Wirkung. Die ersten Mäßigkeitsverkünder selbst waren noch keine konsequenten Puritaner, wie sie die calvinistisch reformierte Kirche seit dem 17. Jahrhundert in Holland und England hervorbringt.

Insgesamt ist festzustellen, daß die religiöse Atmosphäre jener Zeit die Anforderungen an ein strenger kontrolliertes und asketisches Verhalten der Menschen erhöhten. Der Rausch und der intensive Alkoholkonsum erlangten eine zuvor nicht gekannte Ambivalenz. Häufiger rauschhafter, psychischer und motorischer Kontrollverlust wurden weitgehend negativ betrachtet, ohne daß jedoch der Konsum von Alkohol gänzlich abgelehnt worden wäre.

### **Die Entwicklung hochprozentiger Alkoholika (Branntwein)**

Im Laufe des 16. und 17. Jahrhunderts etabliert sich die Destillation als kommerzielle Industrie in Europa, und das Trinken von Schnaps findet allgemeine Verbreitung. Hinzu kommt, daß auch die Herstellung von Wein und Bier zunehmend kommerzialisiert wird. Dies folgt dem spätmittelalterlichen Trend zur Geld- und Marktwirtschaft. Kurz: der Verkauf von Alkohol verspricht Gewinn.

Der Branntwein, der vorher nur als medizinisches Therapeutikum Anwendung fand, wurde nun in der Absicht getrunken, einen raschen, schnellen Rausch zu erzeugen. Während Bier und Wein in Zügen getrunken wird und der Rausch sich eher langsam, allmählich einstellt, wird z. B. Weinbrand „gekippt“. Branntwein enthält zehnmal soviel Alkohol wie das traditionelle Bier. Der Mensch kann sich nun mit einem Zehntel der Getränkemenge berauschen, die bisher notwendig war, bzw. er kann den Vollrausch in einem Zehntel der bisher notwendigen Zeit erreichen (Schivelbusch 1981). Auch in Bezug auf die Qualität des Rausches unterscheidet sich der vom Branntwein hervorgerufene: dieser Rausch wird eher als dumpf, als betäubend beschrieben.

Die Veränderung der Trinkgewohnheiten und –sitten geht in den nächsten Jahrhunderten mit großen Umwälzungen im wirtschaftlichen und sozialen Bereich einher. Die Auflösung alter überlieferter Lebens- und Arbeitsformen im Übergang zu einer rationalen Welt, die ganze Bevölkerungsgruppen von ihrem angestammten Grund und Boden vertreibt, hat u.a. Orientierungslosigkeit zur Folge und entwickelt ein völlig neues Konsummotiv. „Der Branntwein muß herhalten, diese unerträgliche Lebenssituation wenigstens zeitweise zu vergessen. Nicht soziale Berauschung, sondern alkoholische Betäubung liefert er.“ (Schivelbusch 1981) Freilich bleibt auch im 16. und 17. Jahrhundert das Trinken in der Öffentlichkeit, z.B. in Wirt-

schaften, jenen Regeln unterworfen, die dem partiellen Verlust der Selbstkontrolle entgegenstehen. Damit beginnt das „einsame Trinken“, eine auf das industrialisierte Europa und Amerika beschränkte Form des Trinkens. Es kann als ein Spezifikum der industriellen Revolution angesehen werden, daß der exzessive Alkoholkonsum privatisiert wird, also in der intimen Primärgruppe, vor allen Dingen in der Familie, ausgeübt wird. Die Intimität der Familie selbst ist eine neuzeitliche Entwicklung. Die Familie übernimmt in besonderem Maße die Funktion, Konsumort zu sein und somit zur Ventilstätte des Affektverhaltens zu werden.

Branntwein und mechanischer Webstuhl wirkten im 18. Jahrhundert in England gleichsam Hand in Hand bei der Vernichtung überkommener Lebens- und Arbeitsformen (Schivelbusch 1981). Die Entwicklung, die sich im 16. und 17. Jahrhundert mit der Ausbreitung des Konsums von Branntwein vollzieht, und seine sozial destruktive Wirkung läßt sich mit derjenigen vergleichen, die später der Schnaps in der indianischen Kultur Nordamerikas ausübt. Die überlieferten Formen des Trinkens erweisen sich als unfähig, das hochprozentige Rauschmittel zu integrieren. Trinken und Rausch verlieren ihren sozial verbindlichen Charakter völlig. Anstelle des Alkoholrausches tritt die Alkoholbetäubung.

### **Die Verbreitung neuer Genußstoffe — Kaffee, Tee, Tabak**

Das 16. und 17. Jahrhunderts ist auch eine Epoche, in der neue, bisher unbekannte psychoaktive Substanzen in Europa eingeführt wurden. Diese sind Tabak, Kaffee, Tee und Schokolade. So fremdartig der Geschmack und die Wirkung der neuen Genußstoffe auch waren, von der Form des Genusses her gesehen — sie zu trinken — sind sie vertraut. Wie der Branntwein neue Qualitäten des Alkoholrausches schafft, so schafft der Kaffee neue Qualitäten von Nüchternheit (Schivelbusch 1981). In der Polarität dieser idealtypischen Wirkungen spiegelt sich auch die Polarität der sozialen Schichten, die diese Getränke zu sich nehmen. Der Kaffee ist bürgerlich, der Branntwein proletarisch. (Diese Kennzeichnung trifft natürlich nur idealtypisch zu, in Wirklichkeit sind die Übergänge fließend.) Zu berücksichtigen wären auch die Widerstände und Konflikte, die es bei der Einführung dieser neuen Genußmittel gegeben hat. Je nach weltanschaulicher Position wurden etwa dem Kaffee gesundheitsfördernde oder -hemmende Funktionen zugeschrieben. Der Besuch eines Kaffeehauses im 17. Jahrhundert war in England so skandalös wie der Besuch eines Bordells. Andererseits wiederum wurde der Kaffeegenuß als Heilmittel gegen die weitverbreitete Trunksucht angesehen (Austin 1982).

Für das, was man mit dem Tabak macht, gibt es noch ca. 150 Jahre nach seiner Einführung in Europa keinen eigenen Begriff. Das Wort „Rauchen“ setzt sich erst im 17. Jahrhundert im

allgemeinen Sprachgebrauch durch. Bis dahin spricht man in Analogie zum Trinkverhalten von „Rauchtrinken“ und „Tabaktrinken“. Der jesuitische Prediger Jakob Balde spricht von „trunkener Trunkenheit“ (Schivelbusch 1981). Die Analogie von Tabakkonsum und Trinken hat seinen Grund in der pharmakologischen Wirkung des Tabaks, dessen Hauptbestandteil das Nikotin ist. Nikotin läßt sich in seiner Wirkung eher mit Alkohol als mit Kaffee vergleichen. Nikotin stimuliert nicht, sondern lähmt das Nervensystem. Toxikologisch ist es eher ein Nervengift. Die Nikotinmenge, die ein Raucher über einen Tag verteilt zu sich nimmt, würde, auf einmal genommen, tödlich wirken. Der Vergleich mit dem Alkohol drängt sich auch deshalb auf, da Neukonsumenten zuerst eine durchaus unlustvolle Wirkung verspüren — in Form von Schwindelgefühl, Übelkeit und Schweißausbrüchen. Erst nach einem Gewöhnungsprozeß kommt es wie beim Alkohol zum Genuß und zur Abhängigkeit. Wenn der Konsum von Nikotin bis zum 17. Jahrhundert als „trockenes Trinken“ verstanden wird, so stellt die Aneignung dieser bizarren Genußneigung Neuland dar, die zwei Wirkungsprinzipien konterkarieren: Tabak beruhigt, Kaffee stimuliert (Schivelbusch 1981). Normalerweise würde man annehmen, daß diese gegensätzlichen Eigenschaften einander aufheben. Doch das Gegenteil ist der Fall: Tabak und Kaffee ergänzen sich.

Die geschichtliche Entwicklung und Durchsetzung des Rauchverhaltens in Europa weist letztlich starke Ähnlichkeiten mit der Durchsetzung des Kaffees auf. Die ökonomischen Interessen und die Gewinne, die aus dem Verkauf und der Einnahme von Steuern gezogen wurden, dürfte der Grund dafür gewesen seien, daß die neuen Substanzen im Laufe der Jahrhunderte legalisiert wurden. Die Grundfunktionen der neuen Genußstoffe, wie Beruhigung und Entspannung beim Rauchen, bleiben über die Jahrhunderte dieselben, aber die Rituale verändern sich. Dies drückt sich am deutlichsten in den Rauchutensilien aus: Pfeife, Zigarre, Zigarette; in ihnen zeigt sich die Vereinfachung und Verkürzung des Rauchvorgangs. Das Pfeifenrauchen erfordert noch ein ganzes Arsenal an Gerätschaften und Handgriffen. Die Zigarette wird für den immer schnelleren und den massenhaften Konsum produziert. Dies entspricht der Entwicklung der hochprozentigen Alkoholika, die ebenfalls eine Beschleunigung und eine neue Qualität des Rausches schaffen.

### **Kontrollbestrebungen**

In einer Zeit, in der selbstbestimmte und selbstkontrollierte Lebensprinzipien zu dominieren beginnen und sich in rationalen Formen organisieren, wird durch ein Bündel von Maßnahmen auch versucht, Kontrolle über die Konsumgewohnheiten zu gewinnen. Im Rahmen dieser Arbeit ist es nicht möglich, die Geschichte dieser Kontrollbestrebungen präzise nachzuzeichnen.

Wir beschränken uns deshalb auf die Wiedergabe von Forschungsergebnissen wie die von Austin, wonach die Untersuchung der Geschichte dieser Kontrollbestrebungen zeigt, daß solche häufiger scheitern als erfolgreich sind. Er benennt dafür im wesentlichen zwei Gründe:

1. Der Bedarf der Konsumenten
2. Der ökonomische Profit, der aus Alkohol, Tabak und Kaffee geschlagen werden konnte.  
(Austin 1982).

Auch Stolleis beschreibt die Geschichte der Trinkverbote im 16. und 17. Jahrhundert und benennt folgende Motive:

1. Religiöse Strenge und Abstinenz bedingen sich gegenseitig.
2. Wenn städtische Obrigkeiten Sitte und ökonomische Stabilität gefährdet sehen, werden Trinkverbote erlassen.
3. Verbote und Strafen werden auch ausgesprochen, damit einzelne sich nicht durch Trunksucht ruinieren und dann die städtische Gemeinschaft für ihn und seine Familie aufkommen muß. Trunksucht als selbstverschuldete Armut eines Mitbürgers wird als Verstoß gegen die öffentliche Ordnung bewertet.

Stolleis führt ferner aus, daß prinzipiell die Lebensphilosophien und Lebenshaltungen jener Zeit die Maxime entwickeln, die Extreme zu meiden und auch im Genuß maßvoll zu bleiben. So breitet sich, vermittelt über den italienisch-niederländischen Humanismus, der Neostozismus aus, der neben der politischen Tugend (*prudentia*), die alle Wechselfälle des Lebens abzuwägen weiß, vor allem die Standhaftigkeit (*constantia*) gegenüber Schwierigkeiten und Versuchungen lehrt. Stolleis spricht davon, daß ein nüchternes Tapferkeitsideal vorherrschend wird, mit dem sich eine hemmungslose Hingabe an den Rausch auf keinen Fall verträgt (Stolleis 1982).

## **2.4. 17. und 18. Jahrhundert**

### **Westeuropa**

Der Ginkonsum in England war zu Beginn des 18. Jahrhunderts innerhalb von 35 Jahren um das 6fache auf 3.600.000 Gallonen angestiegen. Die sogenannte „Gin-Krise“ in England legt den zwischen dem Konsum von Gin und Armut bestehenden Zusammenhang offen. Armut geht einher mit Trunksucht; die Londoner Massen bieten diesbezüglich und der damit einhergehenden Gesetzlosigkeit ein erschreckendes Bild (Coffey 1982). Trunksucht ist im 18. Jahrhundert ein allgemein verbreitetes Laster aller Engländer und aller Schichten — ausgenom-



men der Frauen der unteren Stände. Doch das Überangebot an billigen Spirituosen und die wachsende Verelendung der Stadtbevölkerung macht die Trunksucht zu einem spezifischen Problem der Armen. Schivelbusch (1981) merkt an, daß das hemmungslose Trinken in der Öffentlichkeit mit dem 17. Jahrhundert im Bürgertum zunehmend als anstößig gilt. Es entdeckt für sich den Kaffee als typisches Mittelstandsgetränk. Der Alkohol wird zwar nicht verboten, aber domestiziert. Der Bürger trinkt mäßig und im privaten Kreise (zu Hause, im Club, am Stammtisch).

Die unteren Schichten der Bevölkerung nehmen an der Kaffeekultur des 17. und 18. Jahrhunderts nicht teil. In der sich herausbildenden Arbeiterschicht jener Zeit stellt Trinken und Trunkenheit noch kein soziales Stigma dar, es wird als ein Symbol der Zugehörigkeit zur Schicht gesehen. Schivelbusch erkennt im damaligen Trinkverhalten sowohl das Motiv des Lebensüberschwanges und der Lebensfreude, als auch das des eskapistischen Sorgenbrechers, um ein paar Stunden aus dem Elend der industriellen Arbeit zu entfliehen. Im 19. Jahrhundert bringt die Industrialisierung für die Arbeiter dann eine weitere Steigerung des sozialen Elends mit sich, so daß das Fluchtmotiv des Trinkens stärker in den Vordergrund tritt.

### **Die Entdeckung der Alkoholsucht und des Abstinenzprinzips**

Wir wollen uns nun mit dem Kontinent beschäftigen, in dem die Alkoholsucht entdeckt wurde. Schon Stolleis verweist darauf, daß es in der Geschichte der Trinkverbote des 16. und 17. Jahrhunderts einen Zusammenhang zwischen religiöser Strenge und Abstinenz gibt. Max Weber verwies in seinem Werk „Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus“ auf den Zusammenhang zwischen puritanischer Lebensführung und Lebenshaltung einerseits und ökonomischer Rationalität andererseits. Seine Studien beziehen sich auch auf nordamerikanische Kulturen und Lebensgemeinschaften. In der Entwicklung in Nordamerika im 17. bis 19. Jahrhundert läßt sich dieser Zusammenhang besonders gut beobachten.

In den frühen Kolonien Nordamerikas ist Alkohol bei den Puritanern noch als „gute Kreatur Gottes“ angesehen; er gilt als lebensnotwendig für das harte Kolonialdasein, ist mit Dank entgegenzunehmen und vom Menschen zu seinem Wohl zu nutzen (Fahrenkrug 1984). Der alltagspraktische Wert vorwiegend niedrigprozentiger Alkoholika besteht darin, hygienischer Trinkwasserersatz, gehaltvolles Nahrungsmittel, aber auch wunderwirkende Medizin und gehaltvolle Stimulanz zu sein. Alkohol, insbesondere hochprozentiger Rum, besitzt ebenfalls eine hohe Wertschätzung und wird häufig konsumiert. Die Amerikaner der Kolonialzeit trinken zu Hause, bei der Arbeit und während der Reise.

Für die meisten Menschen jener Zeit ist Trunksucht kein besonderes Problem. Der junge Benjamin Rush, der die Mäßigkeit propagiert, betont 1772, daß kein größeres Aufsehen zum

Problembereich Wein und höherprozentige Alkoholika zu machen sei, da es Hunderte von Menschen gebe, die über 30, 40 Jahre regelmäßig trinken und sich betrinken. Viele von diesen Menschen erfreuen sich der gleichen Gesundheit, wie jene, die mäßig Alkohol zu sich nehmen (Levine 1982). Gesetzliche Regelungen bestanden allerdings in der Beschränkung der Alkoholabgabe an moralisch schwache Personen (dazu zählten auch Frauen, Kinder, Indianer), die sich fortgesetzter Trunkenheit und damit der Sünde hingaben.

Es waren zunächst puritanische Geistliche, die gewohnheitsmäßiges, regelmäßiges Trinken anprangerten als abweichend von der göttlichen Bestimmung des Menschen, die darin bestehe, ein Leben in Pietät, Frugalität, Rationalität und Erfüllung als Berufung zu führen. Auch Individuen, die nur gelegentlich betrunken waren, wurden Trunkenbolde oder Gewohnheitstrinker genannt (Levine 1982). Unterstellt wurde, daß es in der freien Entscheidung eines jeglichen Individuums liege, gemäßigt Alkohol zu konsumieren, woraus sich dann der Schluß ergibt, daß das unmäßige Trinken, der Rausch, als bewußt begangene Sünde des Individuums anzusehen ist. Wer sich trotz Ermahnungen kirchlicher und weltlicher Autoritäten von seinen Gewohnheiten nicht trennen will, bringt sich um jegliche Chance auf eine göttliche Gnadenwahl, gehört — in freier Entscheidung — zu den „verdammten Sündern“. Ob als Sünde oder Segen — der Konsum von Alkohol wurde jedenfalls weiterhin als natürlich und normal betrachtet, als freie Entscheidung für das Vergnügen. (Levine 1982). Insoweit tradiert diese Orientierungsstruktur früher calvinistisch-puritanischer Realitätskonstruktion noch die mittelalterlichen Trinkgewohnheiten und Konsummuster.

Seit dem Ende des 17. Jahrhunderts wird häufige und ständige Trunkenheit aber nicht mehr ausschließlich als lasterhafte Sünde angesehen, sondern auch in Verbindung mit zugezogenen Krankheiten gebracht (Fahrenkrug 1984). Benjamin Rush, der als Begründer einer modernen, krankheitsorientierten Konzeption des Phänomens Trunksucht gilt, beschreibt eingehend die schädlichen Wirkungen, die aus dem Konsum destillierten Alkohols resultieren. Bestimmte Krankheiten, aber auch Armut, Kriminalität, Geisteskrankheiten und ein zerstörtes Familienleben sind für ihn die unmittelbaren Folgen eines krankhaften Alkoholkonsums.

Dieses Krankheitskonzept ist mit der zunehmenden theoretischen Auseinandersetzung mit Devianz im allgemeinen und Geisteskrankheiten im besonderen zu sehen. Rush, dessen Vorfahren Quäker waren und der bei Quäkergeistlichen studierte, ist von den Ideen der calvinistischen Wiedererwachungsbeziehung beeinflusst. Er studiert in Edinburgh Medizin, ist dem englischen Rationalismus verpflichtet und vertritt den Gedanken einer moderaten Aufklärung, die eine Allianz mit bestimmten, modernisierten protestantischen Kirchen eingeht. Die

grundlegende Bedingung für eine freie Gesellschaft ist für ihn die individuelle Willensfreiheit. Diese zeigt sich vor allem darin, die jeweiligen persönlichen Interessen auf dem Markt verfolgen sowie die sozialen Anforderungen nach Kontrolle des Affekthaushaltes in das Individuum verlagern zu können. Für dieses Verständnis hängt somit die soziale Ordnung von der Selbstkontrolle der Einzelnen ab (Levine 1982).

Geisteskrankheiten, deren Hauptsymptom in dem Verlust der Selbstkontrolle besteht, werden als heilbare Krankheiten angesehen. Die Kraft die Selbstdisziplin zu stärken oder wiederzuerlangen ist wesentlicher Teil dieses Konzepts vom Menschen.

Laut Benjamin Rush werden Trinker nach destilliertem Alkohol süchtig, sie werden stufenweise und fortschreitend abhängig: „Zur Entstehung der Trunksucht gilt es anzumerken, daß ihre Ausbrüche wie die Paroxysmen vieler Krankheiten verlaufen, zu bestimmten Zeiten und mit längeren oder kürzeren Intervallen. Sie beginnen oft in jährlichen Zeitabständen und steigern sich allmählich in ihrer Häufigkeit, bis sie in vierteljährlichen, monatlichen, wöchentlichen und täglichen Perioden auftreten.“ (Rush zitiert nach Levine 1982)

Paroxysmen sind als Anfälle von Trunkenheit anzusehen, die durch die Unfähigkeit, sich des Trinkens zu enthalten, gekennzeichnet sind. Alkohol zu konsumieren ist eine Entscheidung des freien Individuums, wohingehend der Brauch, viel zu trinken aus der Gewohnheit resultiert. Aus der Gewohnheit aber kann Notwendigkeit werden. Diesen Zustand bezeichnet Rush als „Krankheit des Willens“, der sich auf die Unfähigkeit bezieht, mit dem Trinken aufzuhören oder sich dem Trinken zu enthalten. Nachdem er diese Bestimmung von Krankheit vorgenommen hat, stellt er seine Heilmethode vor: „Meine Beobachtungen erlauben mir zu sagen, daß Alkoholsüchtige unverzüglich und gänzlich auf Alkohol verzichten sollten. Probiere nicht, nimm es nicht in die Hand, berühre es nicht ...“ (Rush zitiert nach Levine 1982).

Das von Rush entworfene Modell der Trunksucht beinhaltet im Kern folgende Punkte:

1. Die verursachende Kraft für die Trunksucht ist der Alkohol.
2. Er beschreibt den Zustand des Trinkers als Kontrollverlust über das Trinkverhalten, als Zwangshandlung.
3. Dieser Zustand ist als Krankheit definiert.
4. Vollständige Abstinenz ist die einzige Möglichkeit, den Trinker zu heilen.

Benjamin Rush entwirft ein Suchtmodell, in dem das problematische Verhalten jenseits von Willenskontrolle und Selbstkontrolle stattfindet. Dabei kommt der Substanz Alkohol eine neue Bedeutung zu: Die Substanz selbst ist gefährlich, sie hat eine Reihe negativer Effekte.

Diese Vorstellung taucht dann auch gleichzeitig in Europa auf, z.B. wenn dem Aqua vitae das Aqua mortes gegenübergestellt wird.

### **Mäßigkeitsbewegungen**

Die allgemeine Erkenntnis, daß Alkohol eine suchterzeugende Substanz ist, wird bestätigt, wenn Trinker öffentlich ihre Unfähigkeit eingestehen, mit dem Trinken aufhören zu können. Ende des 18. Jahrhunderts werden solche öffentlichen Erklärungen häufig abgegeben, im 19. Jahrhundert werden öffentliche Berichte über zwanghaftes Trinken volkstümlich. Die Mäßigkeitsbewegungen, die sich von nun an in der Regel als Abstinenzbewegungen verstehen, greifen die Interpretation von Trunkenheit als Krankheit auf: Das Bedürfnis, Alkohol zu trinken, wird als überwältigend angesehen und als Krankheit klassifiziert.

„Die Mäßigkeitsorganisation zog so viele Menschen an, weil es eine Realität des Lebens geworden war, daß jemand die Kontrolle über sein Verhalten verlieren konnte. Alkohol war ein Übel, machte Angst, war ein Dämon, weil seine Kurz- und Langzeitwirkung darin bestand, daß er Trinker hinderte, ein bescheidenes, beherrschtes und gemäßigtes Leben zu führen.“ (Levine 1982).

Das Konzept von Sucht als Krankheit ist weniger als medizinische oder wissenschaftliche Entdeckung anzusehen, sondern als Ausdruck eines Wandels im sozialen Denken, als Ausdruck einer fundamentalen Änderung des Soziallebens und der Gesellschaftsstruktur. Die Prinzipien dieses Suchtkonzepts werden in einer sich rational organisierenden Welt entwickelt, die einerseits selbstbestimmtes, individuelles, selbstkontrolliertes Handeln paradigmatisch einfordert, andererseits häufiges unkontrolliertes Konsumverhalten dagegen als Krankheit definiert, die nur mit lebenslanger Abstinenz zu heilen ist. Die Argumente und Organisationsformen der Mäßigkeitsbewegungen in den Vereinigten Staaten werden in Europa, besonders in England und Skandinavien, übernommen.

Es fällt dabei auf, daß es Mäßigkeitsbewegungen hauptsächlich in den Ländern gibt, in denen der Konsum hochprozentiger Alkoholika weit verbreitet ist. Denn obwohl in Frankreich und Italien ein viel höherer pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol als in England oder Skandinavien zu verzeichnen ist, haben allein letztere eine Mäßigkeitsbewegung und wird allein hier öffentlich eine Debatte über Alkoholprobleme geführt. Mäßiger und regelmäßiger Konsum von niedrigprozentigem Alkohol wie in Frankreich oder Italien wirkt sich nicht so drastisch aus, daß die Betroffenen nach den moralischen Maßstäben der Mittelschicht abgewertet würden (Levine 1982).

Es lassen sich zwei idealtypische Phasen mit folgenden Grundhaltungen charakterisieren:

1. Alkohol ist eine süchtigmachende Substanz. Menschen, die von dieser suchterregenden Substanz abhängig werden, sollten bis zum Lebensende diese Substanz meiden, in vollkommener Abstinenz leben.
2. Da der Alkohol zerstörerische Wirkung hat, kann es wünschenswert sein, Alkoholkonsumverbote auszusprechen.

Mitte des 19. Jahrhundert kommt es in Nordamerika zu dem ersten Alkoholkonsumverbot, weitere Verbotsfeldzüge folgen. Zwischen 1919 und 1933 ist in Amerika der Höhepunkt dieser historischen Prohibitionsbewegung erreicht.

## **2.5. Das „Krankheitskonzept von Alkoholismus“ im 20. Jahrhundert**

Die Zeit nach der Prohibition in den 30er Jahren ist in Amerika durch eine Entwicklung bestimmt, für die die Anonymen Alkoholiker (AA) prototypisch stehen. Die Annahme der AA besteht darin, daß die meisten Menschen problemlos mit dem Alkohol umgehen, und nur einige eine biologische Empfindlichkeit, eine Allergie gegenüber dem Alkohol haben. Einige von diesen wiederum entwickeln schon bei geringsten Mengen Alkohol ein unkontrolliertes Verlangen. Alkoholismus wird so zu einer chronischen Krankheit, der nur durch vollständige Abstinenz zu begegnen sei. Die AA-Gruppen entwickeln sich Mitte der 40er Jahre zu einer breiten Organisation in verschiedenen Ländern.

In den 40er und in den 50er Jahren erlangen zwei grundlegende Untersuchungen von Elvin Morton Jellinek große Bedeutung und finden allgemeine Verbreitung. Jellinek ermittelt aufgrund einer Datenbasis aus Lebensgeschichten von 98 männlichen Mitgliedern der AA einen Karriereverlauf des Alkoholismus, der der Lehre der AA weitgehend entspricht und diese wissenschaftlich zu untermauern scheint. Zwar weist Jellinek immer wieder auf die Vorläufigkeit seiner Resultate und den arbeitshypothetischen Charakter seiner Urteile hin, doch sein Konzept „Alkoholismus ist eine Krankheit“ wird zur Arbeitsgrundlage nicht nur für viele Selbsthilfeorganisationen, sondern auch für die Medizin. Jellinek wurde zur führenden wissenschaftlichen Autorität auf dem Gebiet der medizinischen Behandlung eines mit dem Alkoholkonsum verbundenen Verhaltens. Das von ihm entwickelte „Disease Model of Alcoholism“ wird immer wieder zur Formulierung medizinischer und sozialpolitischer Programme herangezogen. Dies weniger, weil in ihm eine Synthese wissenschaftlicher Erkenntnisse formuliert würde als vielmehr wegen seines praktischen Nutzens (Fahrenkrug 1984). Die allgemeine Definition für Alkoholismus wird in diesem Modell sehr weit als „any use of alcoholic beverages that causes any damage to the individual or society or both“ (Jellinek 1960) gefaßt.

Auch Feuerlein bezieht sich noch 1989 auf die ebenfalls von Jellinek entwickelte grundlegende Typisierung in Alpha-Alkoholiker, Beta-Alkoholiker, Gamma-Alkoholiker, Delta-Alkoholiker, Epsilon-Alkoholiker. Nur der Gamma- und der Delta-Alkoholismus werden dabei als Krankheit begriffen. Zentrales Merkmal dieses Krankheitskonzeptes Alkoholismus ist eine Bestimmung über einen Kontrollverlust, der als organische Störung definiert wird.

Das Krankheitskonzept Alkoholismus weist folgende allgemeine Merkmale auf (Pattison, Sobell u. Sobell 1977):

1. Es gibt ein allgemein verbreitetes, einheitlich beschreibbares Phänomen, das als Alkoholismus zu identifizieren ist. Trotz aller Variationen gibt es eine Krankheitsentität, die eindeutig erkennbar ist. Medizinisch gesehen: es gibt klare Indikationen und Diagnosen und somit auch klare Kriterien zur Unterscheidung zwischen gesund und pathologisch. Die aktuellen diagnostischen Kriterienkataloge, z.B. DSM-III-R oder ICD-10, schließen sich der allgemeinen Definition von Jellinek an, betonen allerdings die sozialen, psychischen und somatischen Folgen eines exzessiven Alkoholkonsums stärker. Bei dieser Kriterienaufstellung handelt sich um ein disjunktives Konstrukt, d.h., um die Diagnose Alkoholismus zu rechtfertigen, brauchen von mehreren Symptomen nicht alle zuzutreffen, sondern nur eine Mindestanzahl.
2. Alkoholiker und Prä-Alkoholiker unterscheiden sich essentiell von Nicht-Alkoholikern. Es herrscht die Annahme vor, daß es eine spezifische — genetisch, physiologisch oder von der Persönlichkeit bedingte — Disposition gibt, Alkoholprobleme zu entwickeln.
3. Alkoholiker entwickeln ein scheinbar unwiderstehliches physisches oder psychisches Verlangen nach Alkohol, einen „Kontrollverlust“ über ihr Trinken und eine Unfähigkeit, mit dem Alkoholtrinken aufzuhören. Dieser Kontrollverlust ist nach der Definition von Jellinek das zentrale Definitionskriterium für eine Bestimmung des Alkoholismus als Krankheit und meint die Entwicklung einer physischen Abhängigkeit von Alkohol, die dazu führt, daß Alkoholiker selbst dann nicht mit dem Trinken aufhören können, wenn sie nur eine kleine Menge Alkohol zu sich nehmen. In der populären AA-Annahme wird dieser Kontrollverlust in das Bild von „First drink, then drunk“ übersetzt. Dieses Phänomen des Kontrollverlustes ist immer wieder Gegenstand wissenschaftlicher Kontroversen.

4. Alkoholismus ist eine permanente und irreversible Krankheit. Er ist nicht heilbar, sondern kann nur durch konsequente Abstinenz zum Stillstand gebracht werden: „einmal Alkoholiker, immer Alkoholiker“.
5. Alkoholismus ist eine progressive Krankheit, die sich karriereförmig entwickelt. Die Auffassung von Alkoholabhängigkeit als progressiv verlaufendem Stufenprozeß geht in ihrem Ursprung ebenfalls auf Benjamin Rush zurück, Jellinek bestätigte in seinen 1952 durchgeführten Untersuchungen diese Annahme. Dabei wird das Durchlaufen dieser Stufen als zwingende Notwendigkeit einer Alkoholismuskarriere begriffen, die nur durch lebenslange Abstinenz zu stoppen ist.

Zu bemerken bleibt, daß es seit den 60er und 70er Jahren eine verstärkte Diskussion dieser Annahmen gegeben hat. Die Debatte, die Davis 1962 durch seine Studien auslöste, denen gemäß es einigen behandelten Alkoholikern möglich gewesen sei, mehrere Jahre lang kontrolliert zu trinken, setzte sich in den 70er und 80er Jahren fort (Pattison, Sobell u. Sobell 1977, Heather, Robertson 1981, Miller 1983, Kunkel et al. 1987).

## **2.6. Zusammenfassung**

1. Alkoholkonsum ist ein Jahrtausende altes Phänomen in vielen Kulturkreisen. Der Konsum von Wein und Bier und anderen niedrig vergorenen Alkoholika gilt überwiegend als Nahrungs- und Genußmittelkonsum einerseits oder als Rauschmittel andererseits. Der Gebrauch psychotroper Substanzen ist ein Phänomen, das nicht nur in der Gegenwart auftaucht, sondern sich auch in früheren Kulturkreisen nachweisen läßt. Dieser Konsum bleibt dort aber eingebunden in die jeweiligen sozialkulturellen Rituale und Regeln.
2. Mit dem 14. bis 16. Jahrhundert bildet sich eine Ambivalenz der Betrachtungsweise von rauschhaftem Alkoholkonsum heraus. Einerseits vollzieht sich das rauschhafte Trinken weiterhin im wesentlichen in sozialen Bezügen unter sozialer Kontrolle. Rausch ist noch ein selbstverständlicher Bewußtseinszustand, der Jahrtausende alte Erfahrungen in sich birgt. Andererseits ist auch das Verständnis und der Umgang mit diesem Rausch in den allgemeinen historischen Prozeß der Rationalisierung aller Lebensbereiche eingebunden. Dieser hat die Herausbildung rationalen, selbstkontrollierten Handelns zur Folge. Individualisiertes Verhalten als Selbstbeherrschung und Selbstkontrolle ist Grundlage der rationalisierten Welt. Damit einhergehend wandelt sich auch die Einstellung zu Trunkenheit und Rausch; rauschhafte Zustände, häufige Trunkenheit gelten nun als Mangel an Selbst-

beherrschung und Selbstkontrolle und werden negativ bewertet. Die religiöse Atmosphäre zu Beginn der Neuzeit erhöht die Erwartungen auf ein strengeres und asketisches Verhalten der Menschen. Verstärkt wird der Versuch unternommen, mäßiges, beherrschtes Trinken zu fördern und eine Rationalisierung des Trinkverhaltens durchzusetzen. Selbstkontrolle wird als Voraussetzung für mäßiges, beherrschtes Trinkverhalten betrachtet.

3. Es folgt eine Entwicklung, in der das Prinzip der Selbstkontrolle als individualisiertes Verhalten zur obersten Lebensmaxime wird. Mit der Entwicklung und Verbreitung hochprozentiger Alkoholika beginnt auch ein Vorgang der Beschleunigung des Trinkverhaltens und der Intensität des Rausches. Kaffee, Tee, Tabak finden als neue Genußstoffe Verbreitung; es wird eine neue Form der Nüchternheit propagiert. Im 18. und 19. Jahrhundert entwickelt sich das individualisierte, private Trinken, das nicht mehr weitgehender sozialer, kollektiver Kontrolle unterliegt, sondern eher einsam oder in der Familie stattfindet.
4. Das Krankheitsmodell des Alkoholismus, das Ende des 18. Jahrhunderts in Amerika entwickelt wurde, geht von einem sich selbst schädigenden Verhalten aus, das aus dem Kontrollverlust resultiert. Die Alkoholkrankheit wird als Überschreitung der Grenze einer willentlichen Beeinflussung des Trinkverhaltens angesehen. Eine Kontrolle des eigenen Verhaltens kann nur erreicht werden, wenn der Betroffene sich gänzlich abstinenter verhält und das Konsummittel prinzipiell meidet. Festzustellen bleibt ein Widerspruch: Einerseits wird die Krankheit Alkoholismus als Verlust von Selbstkontrolle angesehen, andererseits soll der Betroffene sich dergestalt selbstkontrollierend verhalten, daß er lebenslange Abstinenz und Konsumverzicht ausübt..

## **Ausblick**

Individualisiertes, selbstkontrolliertes Verhalten wird seit dem Rationalisierungsprozeß der Neuzeit als Leitprinzip menschlichen Handelns angesehen. Das Prinzip der Selbstkontrolle von problematischem Alkoholkonsum ist die Leithypothese dieser Arbeit und wird im Kapitel „Struktur und Dynamik von problematischem Alkoholkonsum“ in seinen theoretischen Bezügen behandelt. Auch das von uns entwickelte psychoedukative Schulungsprogramm greift den Leitgedanken der sich selbst kontrollierenden und sich selbst steuernden Beeinflussung des problematischen Alkoholkonsums auf. Das Kapitel „Krankheitskonzepte zu Alkoholismus und Alkoholabhängigkeit“ erörtert, inwieweit diese Konzepte die Phänomene von Selbstkontrolle, Kontrollverlust, verminderte Kontrollfähigkeit zu beschreiben vermögen. Die Ent-



wicklung dieses Schulungsprogramms ist der Versuch, die jahrhundertealte Tradition sozialer Trinkkontrolle durch ein informatives Aufklärungs- und Selbstkontrollprogramm zu ersetzen, das klare, rationale Kriterien von selbstkontrolliertem Verhalten bei problematischem Alkoholkonsum entwickelt. Ferner greift das Schulungsprogramm auf die Ergebnisse dieses historischen Kapitels insofern zurück, als es die historische Veränderung von Trinkgewohnheiten und –sitten und im Konsum von hochprozentigen Alkoholika thematisiert. Des weiteren wird das historisch neue Phänomen der individuellen Trinksituationen im Schulungsprogramm als individuelle Risikosituation thematisiert.

### **3. Alkoholismus und Alkoholabhängigkeit**

#### **3.1. Begriffsbestimmung**

Für die Definition des Alkoholismus war, wie im historischen Teil skizziert, die Forschungsarbeit von Elvin Morton Jellinek entscheidend. Das zentrale Element seines Krankheitskonzeptes, der Kontrollverlust, war jedoch in der ersten Alkoholismusdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1952 nicht enthalten. Die WHO betrachtete als Alkoholiker jene exzessiven Trinker, „deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder die Prodrome einer solchen Entwicklung zeigen“ (zitiert nach Feuerlein 1984).

Die Konzeptualisierung des Alkoholismus als Krankheit ist von kaum zu unterschätzender gesundheitspolitischer Bedeutung. Zum einen wird die Problematik damit aus dem religiös-moralischen Bereich herausgelöst und zum Gegenstand rationaler Betrachtung gemacht. Zum zweiten wird das Verständnis für die Alkoholabhängigkeit bzw. den Alkoholismus durch die Aufmerksamkeit der Medizin intensiviert. Und zum dritten werden dank der Krankheitsauffassung Ärzte und Gesundheitsinstitutionen fachlich begründet dazu verpflichtet, Alkoholabhängigen eine adäquate Behandlung zu gewähren (Antons et al. 1981). Es entsteht eine gesellschaftliche und soziale Verantwortung für die Behandlung alkoholkranker Menschen.

Trotz dieser Fortschritte besaß die Alkoholismus-Definition der WHO geringen operationalen Wert und blieb damit in der klinischen Praxis oft ungenau. Zudem wurden in ihr Symptome von Abhängigkeit mit Folgen des Alkoholismus vermengt. Erst die Arbeit von Griffith Edwards und seinen Mitarbeitern in den siebziger Jahren erlaubte eine Weiterentwicklung des Krankheitskonzeptes. Sie wendeten sich von der Jellinekschen Typologie ab und betrachteten Alkoholabhängigkeit als psycho-physio-soziales Syndrom, das durch ein komplexes Verstärkersystem determiniert und aufrecht erhalten wird. Bei Edwards und Gross (1976) wird dann das eigentliche Abhängigkeitssyndrom von den alkoholbezogenen Folgeschäden unterschieden (siehe auch Edwards 1986).

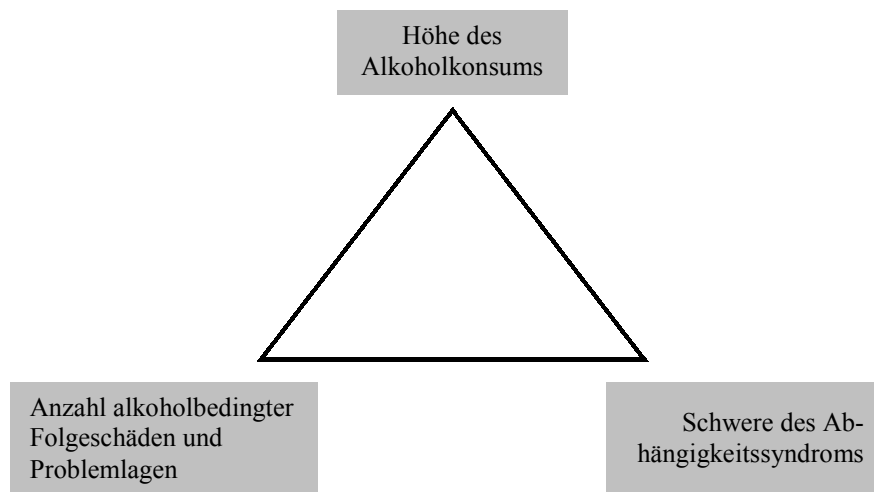
Das **Abhängigkeitssyndrom** sehen sie durch sieben Elemente gekennzeichnet:

1. *Einengung des Trinkrepertoires* (auch Erleichterung, Dämpfung oder Vermeidung von Entzugserscheinungen).
2. *Vorrang des Trinkens* gegenüber anderen wichtigen Lebensbereichen.

3. *Erhöhte körperliche Toleranz* gegenüber Alkohol.
4. *Wiederkehrende Entzugerscheinungen* (Schlüsselsymptome: Zittern, Brechreiz, Schwitzen und psychische Verstimmung; zusätzlich: Geräuschempfindlichkeit; Tinnitus, Jucken, Muskelkrämpfe, Schlafstörungen, Halluzinationen, Grand-mal-Anfälle und Delirium tremens).
5. *Linderung oder Vermeidung von Entzugerscheinungen* durch erneutes Trinken.
6. Subjektives Empfinden der *Zwanghaftigkeit* (Gier, Trinkzwang, Craving).
7. *Wiedereinsetzen der Abhängigkeit nach erreichter Abstinenz* (der Krankheitsprozeß setzt sich bei einem Rückfall dort fort, wo er vor der Abstinenz unterbrochen wurde).

Zu den **alkoholbedingten Folgeerkrankungen** zählen Edwards und seine Mitarbeiter soziale, psychiatrische und körperliche Problemstellungen (Edwards 1986).

In diesem bi-axialen Alkoholismusmodell sind alkoholbedingte Problemlagen und Folgeerkrankungen keine notwendige Voraussetzung für das Abhängigkeitssyndrom. Die Folgeerkrankungen können auch bei nicht-abhängigem Alkoholmißbrauch (Viel-Trinkern) beobachtet werden. „Ärzte sollten sich bewußt sein, daß nicht jeder Patient, der zuviel trinkt (aus welchen Gründen auch immer), notwendigerweise alkoholabhängig ist“ (Edwards, Gross 1976, S. 1061 [Übersetzung durch Verfasser]). Umgekehrt schließt das Fehlen von Alkoholfolgeerkrankungen nicht automatisch auch eine Abhängigkeit aus. Entscheidend für die Krankheit Alkoholismus ist einzig die Feststellung des Abhängigkeitssyndroms, wobei die Autoren ein kontinuierliches Konzept vertreten. D. h., je mehr der sieben Abhängigkeitssymptome vorhanden sind, desto schwerer ist die Abhängigkeit, und desto wahrscheinlicher wird das Vorhandensein von alkoholbedingten Folgeerkrankungen. Die Schwere des Abhängigkeitssyndroms kann allerdings nicht zwingend aus der Höhe des Alkoholkonsum abgeleitet werden. Man kann die Beziehungen der Höhe des Alkoholkonsums zu den alkoholbedingten Folgeschädigungen und Problemlagen und der Schwere des Abhängigkeitssyndroms folgendermaßen veranschaulichen:



Alle drei Komponenten des Abhängigkeitsgeschehens stehen in einem positiven korrelativen, nicht in einem kausalen Zusammenhang zueinander: Je höher die Menge des täglichen Alkoholkonsums, desto wahrscheinlicher sind alkoholbedingte Folgeschäden, und je mehr alkoholbedingte Folgeschäden und Problemlagen, desto wahrscheinlicher wird auch die Entwicklung eines schweren Abhängigkeitssyndroms. Kielstein (1990) formulierte dies folgendermaßen: „Alle alkoholbezogenen Störungen entstehen allein durch ‚zuviel Alkohol‘, also durch Alkoholmißbrauch. Die Alkoholabhängigkeit ist ein Spezialfall, der sich bei etwa zehn Prozent aller langjährigen Mißbräucher entwickeln kann. Die Abhängigkeit ist, ebenso wie der Mißbrauch, mit körperlichen, psychischen und sozialen Störungen unterschiedlichen Ausmaßes verbunden. Charakteristisch ist sie aber durch die ‚verminderte Kontrolle über das Trinken ...‘.“

Unter Mißbrauch bzw. schädlichem Gebrauch wird ein fortgesetzter Gebrauch trotz des Wissens um ein ständiges oder wiederholtes, soziales, berufliches, psychisches oder körperliches Problem verstanden, das durch den Gebrauch von Alkohol verursacht oder verstärkt wird. Ein weiteres Kriterium ist der wiederholte Gebrauch in Situationen, in denen er eine körperliche Gefährdung darstellt, z.B. bei Alkohol am Steuer (DSM-IV, Saß et al. 1996).

Die entscheidenden Neuerungen in der Bestimmung der Begrifflichkeit eines Abhängigkeitssyndroms bzw. des Alkoholismus war die Konkretisierung der zum Teil direkt beobachtbaren Abhängigkeitssymptome. Neu war auch der Verzicht auf Jellineks umstrittenes Konzept des Kontrollverlustes. Doch blieb das Konzept des Alkoholabhängigkeitssyndroms nicht ohne Kritik (Shaw 1979; Barbor 1986; Robertson 1986; Grant 1989).

Einige Symptome, etwa Entzugserscheinungen, sind zum Beispiel direkt beobachtbar, andere dagegen nur durch den subjektiven Zugang des Betroffenen erschließbar, etwa der Trinkzwang (Craving). Zudem sind Symptome wie die Einengung des Trinkrepertoires oder der Vorrang des Trinkens gegenüber anderen Lebensbereichen sehr unpräzise und kaum opera-

tionalisierbar, was begriffliche und damit diagnostische Unsicherheiten verursacht. Barbor (1986) kritisierte die breite Vielfalt der Analyseelemente: „Entzugerscheinungen wie Tremor wird das gleiche konzeptionelle Gewicht gegeben wie komplexen Verhaltenseinheiten wie Einengung des Verhaltensrepertoires oder gar das Wiedereinsetzen des Abhängigkeitssyndroms“.

Robertsons (1986) Kritik zielte vor allem auf den geringen prognostischen Wert des Abhängigkeitssyndroms in Gruppenuntersuchungen und noch mehr in Einzelfallstudien. Er führt an, daß in einer der größten Untersuchungen von Armor et al (1978) das Abhängigkeitssyndrom als Prediktorvariable nur 2,9% der Ergebnisvarianz erklären konnte. „In vielen, wenn nicht in den meisten Einzelfällen, wird der Grad der Alkoholabhängigkeit ein relativ unwichtiger Aspekt hinsichtlich der Bestimmung des weiteren Ausganges sein, verglichen mit bestimmten sozialen, psychologischen oder physiologischen Faktoren“ (Robertson 1986, S. 191). Kritisch müsse auch die Verwendung des Begriffs „Syndrom“ gesehen werden, da dieser eine differenzierte, prozeßhafte Analyse des Problemverhaltens behindere und im Grunde noch immer der medizinischen Auffassung von Alkoholismus folge. Dies führe bei vielen Klinikern zu einer übertriebenen Zuversicht hinsichtlich eines statistisch bescheidenen Phänomens, das zum Verständnis des Einzelfalls und zum theoretischen Fortschritt nur sehr wenig beitrage. Shaw (1979) bestritt sogar, daß Edwards in seinem neuen Konzept tatsächlich auf den Kontrollverlust verzichtet habe. Letztlich sei der Zwang, Alkohol zu sich zu nehmen bzw. das Unvermögen, den Alkoholkonsum zu kontrollieren, uneindeutig und bedeute die Beibehaltung des früheren Leitsystems Kontrollverlust.

Einige dieser Kritikpunkte greifen John und Mitarbeiter (1992a) in ihrer Arbeit zur „Lübecker Abhängigkeitsskala“ wieder auf. Sie schlagen aufgrund ihrer empirischen Befunde eine geänderte Unterteilung der sieben Abhängigkeitssymptome vor:

#### 1. Kernmerkmale ersten Grades

- *körperliche Abhängigkeitssymptome* (wiederholte Entzugssymptome und Vermeidung von Entzugssymptomen durch Alkoholkonsum, Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz).
- *psychische Abhängigkeitssymptome* (Craving).
- *Toleranzänderungen* (nicht nur Toleranzsteigerung).

#### 2. Kernmerkmale zweiten Grades (eher Folgeprobleme der Symptome ersten Grades)

- Einengung des Trinkrepertoires, Vorrang des Trinkens gegenüber anderen wichtigen Lebensbereichen.

Alkoholbezogene Folgeschäden fassen John und seine Mitarbeiter (1992b) unter dem Begriff „Sekundärmerkmale“ zusammen.

### **3.2. Diagnose**

Edwards Konzept, das er eigentlich als provisorische Beschreibung verstanden wissen wollte, zog eine Fülle empirischer Arbeiten nach sich. Dies zeigt sich an einer ganzen Reihe neuer Erhebungsinstrumente:

- Skinner und Mitarbeiter entwickelten über faktorenanalytische Verfahren einen Fragebogen mit 29 Items, die Alcohol Dependence Scale (ADF; Skinner et al. 1984), der die Kernsyndrome des Abhängigkeitssyndroms enthält.
- Stockwell und Kollegen entwarfen den Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ; Stockwell et al. 1979) mit 35 Fragen zu den Bereichen Entzugssymptome, affektive Symptome des Entzugs, Erleichterungstrinken, Menge des Alkoholkonsums und Wiedereinsetzen der Abhängigkeit nach Abstinenz. Auch die faktorenanalytische Auswertung dieses Instrumentes bestätigte Edwards eindimensionales Modell der Abhängigkeit, obwohl wesentliche Elemente wie „Einengung des Trinkverhaltens“, „übergroße Bedeutsamkeit des Alkohols“ und „erhöhte Toleranz“ fehlen.
- In Deutschland fand diese Entwicklung Eingang in die Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS; Jacobi et al. 1987), einer deutschen Adaption des SADQ.
- Neueste Entwicklungen spiegeln sich in der Lübecker Abhängigkeitsskala (LAS; John et al. 1992a).

Trotz Kritik und Modifizierung ist Edwards Konzept der Definition der Alkoholabhängigkeit in die internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10, Dilling et al. 1991) und die verschiedenen Auflagen des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen der American Psychiatric Association ab Version III (DSM IV, Saß et al. 1996) eingegangen. Dies zeigt die folgende Gegenüberstellung dieser Klassifikationssysteme:

#### **A. Abhängigkeitssyndrom nach Edwards et al. (1977):**

1. Einengung des Trinkverhaltensrepertoires: äußere Anlässe des Alkoholkonsums, zum Beispiel Feiern, verlieren an Bedeutung. Das Trinken wird zunehmend von körperlichem oder psychischem Bedarf an Alkohol bestimmt.
2. Anwachsen des Bemühens, Alkohol bei sich zu haben (Alkohol-Such-Verhalten).

3. Erhöhte körperliche Alkoholtoleranz.
4. Wiederholte Entzugssymptome.
5. Wiederholte Erleichterung oder Vermeidung von Entzugssymptomen durch weiteren Alkoholkonsum.
6. Subjektive Bewußtheit des Dranges zum Trinken. Dieses Symptom ist gegeben, wenn bewußt ist, daß sich das Befinden nach dem Alkoholkonsum wieder verbessere.
7. Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz (Edwards und Gross 1976).

Entscheidende Neuerungen in dieser Klassifikation sind laut John et al. (1992b) der Verzicht auf den Kontrollverlust und die Nennung beobachtbaren Verhaltens.

### **B. Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 (Dilling et al. 1991)**

Diagnostische Leitlinien:

Die Diagnose Abhängigkeit soll nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehrere der folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums.
3. Substanzgebrauch, mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und der entsprechenden diesbezüglich positiven Erfahrung.
4. Ein körperliches Entzugssyndrom.
5. Nachweis einer Toleranz.
6. Ein eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol oder einer anderen Substanz wie zum Beispiel die Tendenz, Alkohol an Werktagen wie an Wochenenden zu trinken und die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens außer acht zu lassen.
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums.
8. Anhalten des Substanz- oder Alkoholkonsums trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein, zum Beispiel Leberschädigung durch exzessives Trinken, oder sozialer, wie Arbeitsplatzverlust durch eine substanzbedingte Leistungseinbuße, oder psychischer, wie depressive Zustände nach exzessivem Substanzkonsum.

Im Gegensatz zu Edwards ist das umstrittene Konzept des Kontrollverlustes als Kriterium wiederaufgenommen. Edwards Item „Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz“ ist dagegen nicht enthalten.

### **C. Abhängigkeitssyndrom nach DSM-IV (Saß et al. 1996)**

Ein unangepaßtes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben Zwölf-Monats-Zeitraum auftreten.

1. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
  - a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschte Effekte herbeizuführen.
  - b) Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
2. Entzugssymptome, die sich durch eins der folgenden Kriterien äußern:
  - a) Charakteristische Entzugssymptome der jeweiligen Substanz.
  - b) Dieselbe (oder eine ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
3. Die Substanz wird häufiger in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
5. Viel Zeit für Aktivitäten, um sich Substanzen zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmißbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
7. Fortgesetzter Substanzmißbrauch trotz Kenntnis einer anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problematik, die wahrscheinlich durch den Substanzmißbrauch verursacht oder verstärkt wurde.

Im Gegensatz zu Edwards ist auch hier das umstrittene Konzept des Kontrollverlustes als Kriterium wiederaufgenommen sowie Edwards Item „Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz“ nicht enthalten.



Aufbauend auf diesem Klassifikationssystem ICD-10 und DSM-III, III-R, IV wurden verschiedene klinische Interviewverfahren entwickelt, die unter anderem auch Alkoholabhängigkeit und Alkoholismus operationalisieren:

- das Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Wittchen et al. 1991);
- das Composite International Diagnostic Interview — Substance Abuse Module (CIDI-SAM; Cottler et al. 1989; Cottler et al. 1991);
- Strukturiertes klinisches Interview für DSM-III-R (SKID; Wittchen et al. 1991);
- Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse 1 (SKID-IV, Wittchen et al. 1996);
- Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN; Wing et al. 1990).

Die aufgezählten klinischen Interviewverfahren genügen anerkanntermaßen den wissenschaftlichen Kriterien von Gültigkeit, Zuverlässigkeit und Objektivität.

### **Ausblick**

Die ausführliche Darstellung der diagnostischen Konzepte und Klassifikationen zum Abhängigkeitssyndrom in geeigneter Form, die damit verbundene kritische Überprüfung des eigenen Störungsverständnisses und die eigene Standortbestimmung sind Bestandteil des psychoedukativen Schulungsprogramms. Darin enthalten sind grundlegende Konzeptualisierungen des problematischen Umgangs mit der psychoaktiven Substanz Alkohol.

In das handlungsleitende funktional-dynamischen Erklärungsmodell, das im Kapitel 4 umfassend dargestellt wird, sind die Konzepte zu Mißbrauch und Abhängigkeit einzu beziehen.

Die dargestellten Klassifikationsansätze verwenden in unterschiedlicher Weise das Konstrukt des Verlustes der Selbstkontrolle von Alkoholkonsum. Im Verlauf des Programms erfährt der „Kontrollverlust“ auf empirischer und beschreibender Ebene eine Relativierung und stützt so eine zentrale Hypothese des funktional-dynamischen Erklärungsmodells zur Entwicklung problematischen Alkoholkonsums, der gemäß Selbststeuerung von Alkoholkonsum unter bestimmten Bedingungen grundsätzlich möglich und erlernbar ist.

### **3.3. Epidemiologie**

Die dargestellten international gültigen psychiatrischen Klassifizierungssysteme zum Alkoholismus, bzw. Abhängigkeitssyndrom, bilden eine Grundlage für die seit den siebziger Jahre verstärkt durchgeführten epidemiologischen Untersuchungen zum Alkoholismus in Deutschland. Es etablierten sich die entsprechenden psychiatrischen Interviewverfahren, die eine öko-

nomische und zuverlässige Untersuchung größerer Bevölkerungsstichproben durch trainierte Laieninterviewer ohne psychiatrische Spezialausbildung ermöglichten. Wieser und Feuerlein (1976) fanden so eine Punktprävalenz von 3,2% in der Bremer Bevölkerung. Feuerlein und Kufner (1977) führten die erste Repräsentativerhebung für Alkoholkonsum und Alkoholmißbrauch bezogen auf die gesamte Bundesrepublik (West) durch. Mit einem selbstentwickelten Alkoholabusus-Index ermittelten die Autoren eine Punktprävalenz des Alkoholmißbrauchs von 2,3% in der Gesamtbevölkerung. Dabei ist der Alkoholmißbrauch bei Männern viermal so hoch wie der bei Frauen. In einer Zusammenstellung verschiedener deutscher Studien kommt Trojan (1980) zu der „groben“ Schätzung von 2–7% Alkoholikern bzw. stark Gefährdeten. Dilling und Weyerer (1984) befinden in einer repräsentativen Studie dreier ländlicher, oberbayrischer Gemeinden 1,6% der Teilnehmer als akut behandlungsbedürftig alkoholkrank (Sieben-Tages-Prävalenz nach ICD-VIII). Zu einer ähnlichen Punktprävalenz von 1,3% gelangen auch Tress und Schepank (1990) in ihrer Kohortenuntersuchung einer großstädtischen Mannheimer Stichprobe. Die diagnostischen Kriterien basieren hier auf dem ICD-VIII und einem selbstentwickelten Beeinträchtigungsschwere-Score.

Die Entwicklung der psychiatrischen Epidemiologie bringt exaktere und einheitlichere Angaben zur Falldefinition und deutlichere Differenzierungen der Prävalenzraten mit sich. So führen Wittchen und Perkonigg (1996) zwei Studien in Deutschland mit Prävalenzangaben zu Substanzmittelmißbrauch/-abhängigkeit nach DSM.-III oder DSM-III-R-Kriterien durch. Auch bei diesen Studien weisen Männer ein höheres Krankheitsrisiko als Frauen auf. Eine dieser Untersuchungen ist von Fichter (1990) durchgeführt worden, wobei es sich um eine Verlaufsstudie handelt, die wegen des sehr langen Erhebungszeitraums (fünf Jahre) international schlecht vergleichbar ist. Fichter fand eine Prävalenz in diesem Zeitraum von 5,9% Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit, bzw. 0,9% Alkoholabhängigkeit. An der Münchner Follow-Up-Studie (MFS) von Wittchen et al. (1992) fällt auf, daß die Sechs-Monats-Prävalenz mit 1,2% der westdeutschen Bevölkerung für Mißbrauch und Abhängigkeit im internationalen Vergleich sehr niedrig liegt. Die Lebenszeitprävalenz für Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit liegt in dieser Untersuchung bei 13%, die Lebenszeitprävalenz für Alkoholabhängigkeit allein bei 7,4%. Die Autoren weisen darauf hin, daß es sich verglichen mit anderen Untersuchungen um eine sehr „alte“ Stichprobe handelt (25–64 Jahre).

Aufgrund der epidemiologischen Studien gilt es inzwischen als gesichert, daß Abhängigkeits-erkrankungen — neben affektiven und Angsterkrankungen — zu den häufigsten psychischen Störungen in der Bevölkerung zählen. Unter den Suchtmitteln ist Alkohol in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands am verbreitetsten (Herbst et al. 1995). Die Expertenkommission

der Bundesregierung (BMJFFG 1998) kommt zu der Schätzung, daß 2–3% der westdeutschen Bevölkerung behandlungsbedürftig abhängigkeitskrank (Alkohol und Medikamente) sind. Wienberg (1992) geht nach einer Zusammenstellung verschiedener Studien von einer Punktprävalenz von 4% Alkoholabhängigen in der erwachsenen westdeutschen Bevölkerung (älter als 18 Jahre) aus, was umgerechnet auf die Gesamtbevölkerung der alten Bundesrepublik eine Prävalenzrate von 3,2% (2,1 Millionen) entspricht. Winter (1991) schätzt die Zahl der Alkoholabhängigen in der DDR mit Hilfe der Ledermannschen Formel auf 180.000 – 290.000 für das Jahr 1989, was einer Prävalenz von 1–2% entspräche (Kielstein 1990). Kölsch (1977) vermutet, daß circa 5% der erwachsenen Bevölkerung der DDR als alkoholkrank zu betrachten sei. Eine repräsentative Telefonbefragung von Herbst et al. (1995) weist ein etwas höheres Ausmaß schädlichen Alkoholkonsums in Ostdeutschland aus als in Westdeutschland. Insgesamt dürfte sich das Ausmaß der Alkoholproblematik in den beiden Regionen West und Ost aber nicht wesentlich unterscheiden. Eine Übertragung der Schätzung der Expertenkommission von 2–3% (BMJFFG 1988) auf die gesamtdeutsche Bevölkerung stellt dabei wahrscheinlich eher eine Unter- als Überschätzung des Problems dar. Wienbergs (1992) Prävalenzschätzung von 3,2% kommt dem tatsächlichen Ausmaß vermutlich sehr viel näher. Bezogen auf die gesamtdeutsche Wohnbevölkerung (81,5 Millionen laut statistischen Bundesamt 1995) ergibt dies 2,6 Millionen Alkoholranke in Deutschland. Legt man die Lebenszeitprävalenz von 7,4% für Alkoholabhängigkeit aus der MFS-Studie (Bronisch, Wittchen 1992) zugrunde, bedeutet dies, daß 6 Millionen Bundesbürger irgendwann in ihrem Leben an einer Alkoholabhängigkeit erkranken. In den letzten Jahren litten mindestens 1,2% akut unter Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit (Wittchen et al. 1992), realistischer ist die Sechs-Monats-Prävalenz von 2.282.000 Alkoholabhängigen (2,8%, Helzer et al. 1991).

Seit 1980 beauftragt das Bundesministerium für Gesundheit Bundesstudien zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen. Kraus, Bauernfeind (1998) führten diese Bevölkerungsstudie im Jahr 1997 durch. Aus den Angaben zum Alkoholkonsum in diesem Jahr wird der Durchschnittskonsum in Gramm reinem Alkohol pro Tag berechnet. Einen starken Alkoholkonsum mit durchschnittlich mehr als 40g bei Männern und 20g bei Frauen reinen Alkohol pro Tag weisen 15,2% der Wohnbevölkerung (3,8 Millionen) der Männer und 8,4% (2,9 Millionen) der Frauen auf. Bezogen auf die Gesamtstichprobe ( $n = 8.020$  Personen bei einer Ausschöpfungsquote bundesweit von 65%) ergibt sich ein Pro-Kopf-Verbrauch in Liter Reinalkohol von 9,2 Liter für Männer und 3,0 Liter Reinalkohol für Frauen im Jahr. Diese Untersuchung ermöglicht die Darstellung der Prävalenz riskanten und schädlichen Gebrauchs sowie Mißbrauch und Abhängigkeit von Alkohol nach der Schwere der Störung: 11,8% der erwachsenen

Wohnbevölkerung in Deutschland (18–59 Jahre) konsumieren mehr als 20–40g Reinalkohol pro Tag. Befragt nach der Mißbrauch- und Abhängigkeitssymptomatik durch Konsummuster, wie Häufigkeit, Menge und Intensität, geben 21,7% der Wohnbevölkerung (10,5 Millionen) an, einen riskanten und schädlichen Alkoholkonsum zu haben. Bei Männern ist der Anteil auch hier ungefähr viermal so hoch wie bei Frauen. 8–9% der erwachsenen Wohnbevölkerung in Deutschland haben einen schädlichen Gebrauch bzw. einen abhängigen Gebrauch der Substanz Alkohol. Mißbrauchsmuster sind bei 5% der Bevölkerung zu erkennen, Abhängigkeitsmuster bei 3%.

Diese epidemiologischen Befunde von Kraus und Bauernfeind (1998) bezogen auf die erwachsene Wohnbevölkerung in Deutschland (18–59 Jahre) aus dem Jahre 1997 und die Ausarbeitungen von Holz, Leune (1998) im „Jahrbuch Sucht 1999“ der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) sind die Grundlage für die Darstellung einer „Pyramide von Alkoholkonsummestern in Deutschland“, die im Rahmen des psychoedukativen Programms als Basisinformation herangezogen wird. Zusammengefaßt sagt sie aus, daß circa 10% der Bevölkerung abstinent leben, circa 68% einen risikoarmen und 14% einen riskanten Umgang mit der Substanz Alkohol haben, und 5% schädliche bzw. mißbräuchliche sowie 3% abhängige Konsummuster entwickelt haben.

Kraus, Augustin (2001) führten im Jahr 2000 erneut eine Repräsentativerhebung (n=8139) in dieser Altersgruppe durch und kamen zu folgenden Ergebnissen gemäß DSM IV in der erwachsenen Wohnbevölkerung:

- Hochriskante-gefährliche Konsummuster in den letzten 12 Monaten haben 4,6% der Bevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren (2,25 Mio.), d.h. mehr als 60g Reinalkohol pro Tag bei Männern, bzw. 40g bei Frauen.
- Riskante Konsummuster in den letzten 12 Monaten haben 11,7 % der Bevölkerung (5,6 Mio.), d.h. 30 – 60g Reinalkohol pro Tag bei Männern, bzw. 20 – 40g bei Frauen.
- Nullkonsum in den letzten 12 Monaten haben 5,5% der Bevölkerung (2,6 Mio.), risikoarmen Konsum haben 78,2% der Wohnbevölkerung in Deutschland zwischen 18 und 59 Jahren (37,5 Mio.) in diesem Zeitraum mit bis zu 30g Reinalkohol pro Tag bei Männern, bzw. bis zu 20g bei Frauen.
- Die Klassifikation einer Alkoholabhängigkeit nach DSM IV trifft 3,1% der Wohnbevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren in Deutschland mit 1,5 Mio.; davon 1,2 Mio. Männer und 300.000 Frauen. Die Lebenszeitabstinenzrate liegt in dieser Altersgruppe bei 2,3%, d.h. 2,9% der Frauen und 1,3% der Männer haben noch nie Alkohol konsumiert.

Zusammenfassend bemerken Kraus, Augustin (2001), daß die Analysen des Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und verschiedenen negativen Folgen übereinstimmend darauf hinweisen, daß eine Zunahme des Risikos negativer Konsequenzen und alkoholbezogener Problemstellungen mit der Trinkmenge sowie der Häufigkeit exzessiven Konsums, bzw. der Häufigkeit von Alkoholintoxikationen einhergeht. Die regelmäßige Aufnahme bestimmter Alkoholmengen ist mit anderen Risiken verbunden als ein seltener Konsum großer Alkoholmengen. Riskanter Konsum ist durchgehend bei allen Altersgruppen etwa zweimal häufiger bei Männern als bei Frauen, hochriskanter-gefährlicher Konsum etwa dreimal häufiger im Gender-Vergleich. Der Anteil von Menschen mit riskanten Konsummustern in der Altersgruppe unter 30 Jahre ist in den letzten 5 Jahren deutlich angestiegen, in den anderen Altersgruppen ist er relativ konstant geblieben.

### **Ausblick**

Die Darstellung der aktuellen epidemiologischen Forschungsbefunde zum riskanten und gefährlich-hochriskanten Alkoholgebrauch, die Verknüpfung dieser Befunde mit den Klassifikationen zum schädlich-mißbräuchlichen und abhängigen Konsum sind wesentlicher Informationsbaustein im psychoedukativen Schulungsprogramm.

Das funktional-dynamische Erklärungsmodell zum problematischen Umgang mit der psychoaktiven Substanz Alkohol greift diese Befunde auf und führt so in das Risikoverhaltenskonzept zur Veränderung von problematischem Alkoholkonsum ein.

Selbstregulation und Selbstkontrolle setzt Selbstbeobachtung, -registrierung und Bewältigung von Risikokonsummustern in zentraler Weise voraus, die epidemiologischen Befunde können wichtige Orientierungshilfen sein.

### **3.4. Alkoholbezogene Problemstellungen**

Während Konzeption und empirische Überprüfung des Abhängigkeitssyndroms bzw. Alkoholismus vorangetrieben wurden und eine Umsetzung in klinische Verfahren erfuhren, blieb eine vergleichbare Differenzierung der alkoholbedingten Problemstellungen und der alkoholbezogenen Folgeschädigungen aus (Edwards et al. 1977; Edwards 1986). Drummond (1990) führt dies auf die Schwierigkeiten zurück, zwischen dem Trinken und den Folgeproblemen eine ursächliche Beziehung nachzuweisen. Einige Autoren empfehlen daher, eher von einer assoziativen denn von einer kausalen Beziehung zu sprechen.

Edwards (1986) sieht die alkoholbezogenen Problemstellungen und Folgeschädigungen im wesentlichen in:

- sozialen Problemlagen wie familiäre, Arbeits-, Wohnungs-, Geldproblemen, Obdachlosigkeit und Kriminalität
- psychiatrischen Problemstellungen wie Delirien, Krampfanfällen, Gedächtnisausfällen, zeitweiligen Halluzinationen und zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen (Depression, Hypomanie, Phobien, Schizophrenie usw.)
- körperlichen Folgeschäden wie Blut-, Herz-, Kreislauf-, Leber-, Lunge-, Magen-, Pankreas-, Krebs-, Nervenerkrankungen, Unfällen.

### **Soziale Problemlagen**

Konzeptionell besteht gerade bei den sozialen Problemlagen eine gewisse „Henne-Ei-Problematik“, da abhängige und unabhängige Variablen oft nicht sauber getrennt werden können. In der individuumzentrierten Sichtweise von Medizin und klinischer Psychologie hat Alkoholabhängigkeit und Alkoholismus bei den meisten Betroffenen unbestreitbar negative Auswirkungen auf die unmittelbare soziale Umgebung. Andererseits kann Alkoholmißbrauch gerade bei schlechteren Lebensbedingungen bzw. negativen Lebensereignissen im Sinne einer allgemein-psychologischen Streß-Reduktions-Hypothese auch als Bewältigungsverhalten betrachtet werden und in soziologischen Arbeiten zu Arbeitslosigkeit und Alkoholabhängigkeit oder Nichtseßhaftigkeit und Alkoholismus wird Alkoholabhängigkeit zur moderaten Variablen erklärt oder als Folge struktureller gesellschaftlicher Probleme wie soziale Ungerechtigkeit und Armut angesehen. Die historische Auffassung von Elendsalkoholismus findet sich also auch in heutigen soziologischen Arbeiten noch wieder. In diese Richtung weist zum Beispiel die medizinsoziologische Arbeit von Siegrist (1996), in der der Autor die Bedeutung beruflicher Gratifikationskrisen für die Entstehung koronarer Herzerkrankungen nachweist. Im Alkoholbereich gibt es einen solchen Nachweis der Induktionshypothese von Alkoholkrankheit durch soziale Kriterien bislang noch nicht. Allerdings gibt es eine Reihe von Untersuchungen, die diese Hypothese in wesentlichen Bereichen unterstützt (Henkel, Vogt 1998).

Als „soziale Ausfälle“ bezeichnet Edwards (1986) das Unvermögen, soziale Rollenerwartungen angemessen zu erfüllen. Diese Ausfälle beinhalten im einzelnen:

- familiäre und Partnerschaftsprobleme

Sie äußern sich unter anderen in zunehmenden Spannungen zwischen den Partnern, Verlust von Takt, Scham und Achtung voreinander, ständige Streitereien, Vorwürfe der Partner

wegen des Alkoholkonsums, Beschimpfungen und Trennungs-/Scheidungsandrohungen. Der Abhängige erfüllt wichtige Rollenaufgaben (zum Beispiel als Vater oder Ehepartner) nicht mehr, wodurch der emotionale und körperliche Kontakt der Familie zum Abhängigen geringer wird. Der Partner beginnt unter Umständen den Abhängigen ob dieser Ausfälle zu entmündigen. Nach außen wird das Bild der intakten Familie aufrechterhalten, was zur sozialen Isolation der Familie führt. Der Partner erlebt Phasen psychischer oder physischer Erschöpfung und Resignation. Es kann zu Untreueverdächtigungen des Partners durch den Abhängigen kommen („Eifersuchtsszenen“), die unter Umständen auch in körperlicher Gewalt zwischen den Partnern enden. Die Vernachlässigung der Körperpflege, Unsauberkeit bis hin zum Bettnässen sind möglich. Bei den Kindern können der unberechenbare Wechsel zwischen Verwöhnung und ungerechter Bestrafung durch das abhängige Elternteil, körperliche Mißhandlung und Autoritätsverlust zu Entwicklungsstörungen und Verhaltensstörungen wie Schulproblemen (Konzentrationsprobleme), sozialen Auffälligkeiten bis hin zu Delinquenz führen.

– Probleme mit der Arbeit

langdauernder Alkoholmißbrauch führt im Laufe der Zeit — wie in allen Lebensbereichen des Betroffenen — auch am Arbeitsplatz zu Problemen. Diese äußern sich anfänglich durch sich häufendes Zuspätkommen, wachsende Fehlzeiten, Nachlassen der Arbeitsleistung, Unzuverlässigkeit, Abwälzen der Arbeitsaufgaben und mangelnde Kontinuität. Daraus entstehen Probleme mit Kollegen oder Vorgesetzten, zum Beispiel die Unfähigkeit, Kritik anzunehmen, Überempfindlichkeit, Mißtrauen, Irritierbarkeit, die oft in arbeitsrechtliche Disziplinarmaßnahmen wie Verwarnungen bis hin zu Entlassungen resultieren. Häufige Stellenwechsel können ein Hinweis auf ein Alkoholproblem sein, das — gerade in Zeiten massiver Unterbeschäftigung — in langdauernde Arbeitslosigkeit und Erwerbsunfähigkeit enden kann.

– Wohnprobleme

Auch das Wohnumfeld kann durch die Alkoholkrankheit beeinträchtigt sein. Lautstarke familiäre Auseinandersetzungen, Versäumnisse bei Aufgaben in der Hausgemeinschaft, nächtliche Ruhestörungen bis hin zu handfesten Streitigkeiten können die nachbarlichen Beziehungen stören. Hinsichtlich des Mietverhältnisses können grobe Versäumnisse beim Instandhalten der Wohnung oder Mietrückstände Kündigungen und Räumungsklagen provozieren. Vielfacher Adressenwechsel oder zeitweilige Aufenthalte in Übergangs- oder Obdachlosenheimen sind oft ein Zeichen dafür, daß der Betroffene nicht mehr in der Lage ist, seinen Verpflichtungen als Mieter und Nachbar nachzukommen.

– Geldschwierigkeiten

Eine Einengung des Verhaltens auf den Alkoholkonsum und die Befriedigung des Alkoholverlangens verursachen einen erheblichen Geldbedarf, die mit fortschreitender Suchtentwicklung etwaige finanzielle Reserven erschöpfen kann und die Notwendigkeit anderweitiger Geldbeschaffung nach sich zieht. Dies führt dann unter Umständen zu Täuschungsmanövern des Partners, zu Nebenbeschäftigung, Geldleihaktionen zu unüblichen Konditionen, zu Verpfändung von Besitz, zusätzlichen Hypothekenaufnahmen, Steuerhinterziehungen, Sozialversicherungstäuschungen, Rückständen bei Ratenkäufen, Pfändungsbescheiden, Konto- oder Stromsperrungen, kurz: zu Schulden. Auch diese Sachverhalte sind Indizien dafür, daß der Abhängige in der häuslichen Gemeinschaft oder gegenüber Dritten die Rolle des verlässlichen Mitmenschen verletzt.

– Obdachlosigkeit

Im Zuge des Krankheitsprozesses können der Verlust von Familie, verwandtschaftlicher und freundschaftlicher Unterstützung, der Arbeitsstelle und der Wohnung die existentielle Notlage des Alkoholkranken immer mehr verschärfen. Mangelnde Waschgelegenheiten und Ernährung, fehlende Kleidung und das Leben auf der Straße erhöhen — abgesehen von den alkoholbedingten Körperschädigungen — das Risiko schwerer Krankheiten und Unfälle. Auch die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen wird durch das Leben auf der Straße erheblich erschwert.

– Kriminalität

Weitere Hinweise auf eine Abhängigkeitsentwicklung liefern Delikte wie Trunkenheit am Steuer, kleinere Straftaten, Kleindiebstähle, leichte körperliche Übergriffe, Schwarzfahrten in öffentlichen Verkehrsmitteln, Zechprellerei, Betteln oder öffentlich auffällige Verhaltensweisen wie urinieren in der U-Bahn. 1993 gab es in Deutschland 41.098 Alkoholunfälle im Straßenverkehr, bei denen insgesamt 2480 Männer, Frauen und Kinder ihr Leben ließen. Das bedeutet, daß bei mindestens jedem fünften Verkehrstoten Alkohol im Spiel war. Hinsichtlich gewaltkrimineller Delikte merkt Klein (1995) an, daß die Alkoholisierungsquote mit der Schwere der Tat zunimmt. 1993 standen 30,1% der Tatverdächtigen für gefährliche und schwere Körperverletzungen, 42,4% für Totschlagdelikte und 22,9% für Sexualmorde unter Alkoholeinfluß. „Einzig die Tötungsdelikte, die eine Planung und im Einzelfall auch eine gewisse Impulskontrolle voraussetzen (zum Beispiel Raubmorde) weisen mit 29,9% eine deutlich erniedrigte Alkoholisierungsquote auf“ (Klein 1995; S. 59).



## **Ausblick**

Obwohl die sozialen Problemstellungen weder Krankheitssymptome noch hinreichende Bedingungen für eine Alkoholabhängigkeit darstellen — also auch unabhängig von der Abhängigkeitserkrankung existieren können — spielen sie eine bedeutsame, modulierende Rolle für die individuelle Ausprägung der Alkoholerkrankungen. Die Wahrnehmung von alkoholbedingten sozialen Problemlagen und der damit verbundenen Problemlösungsaktivitäten sind wesentliche Bestandteile des psychoedukativen Gruppenprogramms.

## **Psychische und psychiatrische Probleme**

Im Zuge der Etablierung der Psychiatrie als eigenständige wissenschaftliche Disziplin entwickelte sich im vorigen Jahrhundert das Paradigma, daß alle psychiatrischen Symptome das direkte Resultat organischer Läsionen seien (Horvath et al. 1989). Diese reduktionistische Auffassung fand Bestätigung durch die Arbeiten von Brocca (1866) und Wernicke (1874), die entdeckten, daß Läsionen in bestimmten Hirngebieten für ein Sprachversagen (Aphasie) verantwortlich waren und die Studien von Korsakow (1890), der Gedächtnisstörungen in Verbindung mit Polyneuritis (Nervenschädigungen) als Folge chronischen Alkoholismus beschrieb.

Eugen Bleuler führte 1924 das Konzept des chronischen organischen Psychosyndroms in der Psychiatrie ein, das sich durch verschlechterte intellektuelle Fähigkeiten, emotionale Labilität, geringe Impulskontrolle in Verbindung mit diffusen Hirnschädigungen äußert. Zu den Symptomen des organischen Psychosyndroms zählen die Verschlechterung des Gedächtnisses, speziell des Kurzzeitgedächtnisses, reduzierte Funktion von Verständnis, Einsicht, Vorstellung, Abstraktion und Assoziation mit dem Hang zu Perseverationen. Zusätzlich treten verminderter Antrieb, Affektstumpfung und -labilität auf. Des weiteren können Desorientierung, depressive, euphorische und disphorische Stimmung vorhanden sein (Grünberger 1989). Zur Objektivierung dieser psychischen Leistungseinbußen wurde wiederholt der Einsatztest psychologischer Verfahren vorgeschlagen (Hell 1985; Grünberger 1989). Schulte und Tölle (1979) schränken allerdings ein, daß die meisten dieser Verfahren nicht speziell für die Registrierung psychoorganischer Ausfallserscheinungen, sondern allgemein für die Untersuchung beispielsweise von Intelligenz konstruiert worden sind. Melgaard (1993) kritisiert, daß in der Fachliteratur — außer bei der Korsakow-Psychose — nur relativ wenig Definitionen chronischer intellektueller Beeinträchtigungen bei Alkoholkranken zu finden sind. So wurde die „Dementia“ im neunzehnten Jahrhundert und zu Beginn des zwanzigsten regelmäßig beschrieben (Huss 1852; Clouston 1904), verschwand aber später aus der Literatur. Victor, Lau-

reno (1978) nahmen diese Kritik in ihre detaillierte Klassifikation von Erkrankungen des Nervensystems, die durch Alkoholismus verursacht wurden, nicht auf.

Allerdings haben in den letzten zehn Jahren eine Reihe von Studien verschiedene Aspekte intellektueller Beeinträchtigungen in Verbindung mit langjährigem Alkoholmißbrauch und schweren Alkoholkonsum beschrieben (Tarter 1980; Mann et al. 1990; Stetter et al. 1990; Schneider et al. 1991). Klinisch dürften diese Beschwerden übersehen werden, wenn nicht speziell auf sie geachtet wird. Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, speziell für kürzliche Ereignisse, emotionale Instabilität, beeinträchtigtes logisches Denkvermögen, Mangel an Einsicht und Urteilsvermögen sind frühe Anzeichen, die sich heimtückisch entwickeln können (Melgaard 1993). Hell (1985) bezeichnet im Sinne eines Kontinuums die anfänglich auftretenden alkoholbedingten Hirnleistungseinbußen als subklinisch. Sie korrelierten deutlich mit der Dauer und Intensität des Alkoholmißbrauchs, sie seien reversibel und ihre Rückbildung verlaufe mit fortschreitender Abstinenz asymptotisch.

Neben diesen neuropsychologischen Phänomenen führt Edwards (1986) die Folgen alkoholbedingten psychiatrischen Störungen auf:

#### A. Delirium tremens

Das Delirium tremens ist eine besonders schwere Form des Alkoholentzugsyndroms. Es tritt bei circa 15% der Alkoholkranken in der Regel nach Absetzen der Alkoholzufuhr auf und dauert in der Regel drei bis fünf Tage. Es äußert sich in Bewußtseinstörung und Desorientierung bezüglich der eigenen Person, des Ortes und der Zeit, lebhafteste, meist optische Halluzinationen (Kleinmetier usw.) und ausgeprägter Tremor der vorgehaltenen Hände, der Zunge und der Augen. Außerdem können Angst, paranoide Wahnvorstellungen, erhöhte Suggestibilität, körperliche Unruhe und Erregtheit, Schwitzen, Schlaflosigkeit, rasender Puls, erhöhter Blutdruck und Fieber auftreten. Laut Feuerlein (1989) wird ein beträchtlicher Teil der Delirien durch Krampfanfälle vom Grand-mal-Typ eingeleitet. Es besteht die Gefahr des Kreislaufversagens, was eine intensivmedizinische Behandlung erforderlich macht. Ohne ärztliche Behandlung (zum Beispiel durch dämpfende Medikation) verläuft etwa jedes fünfte Delirium tödlich.

#### B. Alkoholhalluzinose

Die Alkoholhalluzinose ist eine relativ seltene Form der Alkoholabhängigkeit, die vor allem durch akustische Halluzinationen zumeist in Form von Stimmen gekennzeichnet ist,

die dem Abhängigen Vorwürfe machen, ihn bedrohen oder beschimpfen. Der Betroffene ist nicht delirant, also nicht bewußtseinsgestört und es besteht kein Zusammenhang zum Alkoholentzug. Eine Verwechslung mit einer schizophrenen Störung liegt nahe, es fehlen aber in der Regel ein kompliziertes Warnsystem und schizophrene Denkstörungen. Bei einem Teil der Betroffenen klingt die Halluzinose bei Abstinenz innerhalb weniger Wochen ab. Bei einem anderen Teil kann sich ein chronischer Verlauf ergeben (Benedetti 1952; Soyka 1989)

### C. Pathologische Eifersucht

Es ist umstritten, ob es sich bei diesem Phänomen überhaupt um ein eigenes psychiatrisches Krankheitsbild handelt (Edwards 1986; Feuerlein 1989). Es tritt fast nur bei männlichen Alkoholabhängigen auf und äußert sich in grotesken Untreuebeschuldigungen und krankhaften Verdächtigungen der Partnerin. Nach einer Sichtung von 61 Arbeiten zum alkoholbedingten Eifersuchtswahn kommen Schulz et al. (1989) zu der Einschätzung, daß weniger als 1% der Alkoholiker von dieser Störung betroffen sind, weisen aber darauf hin, daß diagnostisch-neurologische Unsicherheiten eine Unterschätzung der wahren Prävalenz begünstigen können. Schulz et al. (1989) stellen zwei Erklärungsansätze gegenüber. Zum einen könnte der alkoholische Eifersuchtswahn Ausbruch einer anlagebedingten bzw. paranoiden Erkrankung sein. Zum anderen wird das Phänomen als Folgeschaden chronischen Alkoholmißbrauchs betrachtet. Hierbei wird angenommen, daß Schuldgefühle, die der Alkoholkranke wegen unzähliger Versäumnisse und Verfehlungen gegenüber seiner Partnerin hegt, auf sie projiziert werden. Ein zweiter Aspekt könnte der alkoholbedingte Potenzverlust des Abhängigen bei gleichbleibender oder gesteigerter Libido sein. Als ein dritter Anhaltspunkt könnten alkohol- und altersbedingte Zerebralschädigungen Auslöser für die Wahnerkrankung sein.

Seit Anfang der neunziger Jahre gibt es eine zunehmende Diskussion psychiatrischer Komorbidität von psychiatrischen Folge- und Begleiterkrankungen in Zusammenhang mit Abhängigkeitssyndromen. In einer Untersuchung einer repräsentativen Stichprobe der US-amerikanischen Bevölkerung fanden Regier und andere (1990) unter den Probanden mit einer Lebenszeitdiagnose einer Alkoholkrankung (Mißbrauch und Abhängigkeit nach DSM III) eine Komorbidität von 45% für eine zusätzliche psychiatrische Erkrankung oder eine andere Drogenabhängigkeit. Unter den psychiatrischen Krankheitsfeldern traten affektive Erkrankungen, Angsterkrankungen und antisoziale Persönlichkeitsstörungen am häufigsten bei Al-

koholkranken auf. Das Ausmaß der Komorbidität in klinischen Alkoholikergruppen dürfte deutlich höher liegen. Die häufigsten Komorbiditäten im Zusammenhang mit substanzbedingten Störungen sind Depression, Suizid, Angststörungen und Schizophrenie.

#### A. Depressionen

Durch seine anfänglich stimmungsverbessernde Wirkung ist der Konsum von Alkohol bei depressiven Menschen sehr verbreitet. Andererseits verliert sich diese stimmungsaufhellende Eigenschaft bei längeranhaltendem Alkoholmißbrauch und kann, auch bei ursprünglich nicht depressiven Konsumenten, zu einer Zunahme depressiver Symptome führen. Hinsichtlich des gemeinsamen Auftretens von Alkoholabhängigkeit und depressiver Erkrankungen werden vier Kombinationen diskutiert (Winokur 1979):

1. Depressive Symptome entwickeln sich vor dem Hintergrund einer langjährigen Alkoholabhängigkeit. Für diese Variante sprechen die langfristig stimmungsdämpfende Wirkung von Alkohol und die vielfältigen im Zuge einer Entgiftung auftretenden Schuld- und Verlufterfahrungen des Alkoholkranken.
2. Die Abhängigkeit entsteht, sekundär, als Selbstbehandlungsversuch einer bestehenden Depression. Für eine solche Variante sprechen die Zahlen prämobiler depressiver Erkrankungen.
3. Alkoholabhängigkeit und Depression sind zwei unabhängig voneinander auftretende Erkrankungen.
4. Alkoholabhängigkeit und Depression unterscheiden sich lediglich in ihrem Erscheinungsbild, sind nur verschiedene Manifestationen ein und derselben genetischen Anlage bzw. Krankheitseinheit.

Besondere diagnostische Probleme beim Zusammentreffen von Alkoholismus und Depression bilden

1. die Abgrenzung von, sich zumeist im Verlauf einer Entzugsbehandlung zeigenden depressiven Symptomen Alkoholkranker von einer unabhängigen, voll ausgeprägten zusätzlichen depressiven Erkrankung
2. die Erscheinung von primärer und sekundärer Alkoholabhängigkeit in Verbindung mit einer depressiven Erkrankung (Schuckit 1989).

Zur Diagnose einer primären bzw. sekundären Alkoholabhängigkeit ist die diagnostische Abklärung anderer psychiatrischer Störungen sowie die Erhebung des Erkrankungsalters für beide Störungen unerlässlich.

Regier et al. (1990) fanden in der oben genannten epidemiologischen Komorbiditätsstudie, daß von den Personen, die bereits einmal in ihrem Leben an Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit gelitten hatten, 13,4% zusätzlich an einer affektiven Störung erkrankt waren. Die Wahrscheinlichkeit für eine affektive Erkrankung war bei den Alkoholkranken dabei zwei mal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Die Lebenszeitprävalenz für eine der affektiven Störungen betrug in derselben Studie 8,3%. Eine zusätzliche Lebenszeitdiagnose für Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit war bei 21,8% der affektiv Erkrankten zu finden und lag damit zwei mal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Unter den Probanden mit einer dipolaren Störung (1,3%) hatten 43,6% eine zusätzliche Alkoholdiagnose mit einer vier mal höheren Auftretenswahrscheinlichkeit als in der Allgemeinbevölkerung.

Die Prävalenzraten von Depression bei behandelten Alkoholikerpopulationen variieren zum Teil erheblich. Herbig (1990) zitiert verschiedene Untersuchungen, nach denen Depressionen mindestens zeitweise bei 12–51% behandelter Alkoholkranker beobachtet werden. Penick et al. (1984) fanden in einer syndromorientierten Untersuchung von 565 männlichen Alkoholkranken mit einem standardisierten Interview bei 42% Depressionen. Damit waren Depressionen die häufigste psychiatrische Zusatzdiagnose in dieser Behandlungsgruppe Alkoholkranker. Czisch et al. (1995) berichten in ihrer Untersuchung von 70 Alkoholabhängigen zu Behandlungsbeginn bei 6% mittelgradiger bis schwerer depressiver Symptome mittels eines Fremdbeurteilungsverfahrens und bei 16% durch die Erhebung einer Selbstbeurteilungsskala. Nach sechswöchiger Behandlung ohne depressionsspezifische Elemente hatten sich die depressiven Symptome signifikant verringert. Dies veranlaßt die Autoren zu dem Schluß, daß in der überwiegenden Zahl der Fälle depressive Symptome als sekundäre Phänomene einer Alkoholabhängigkeit gelten. Brown et al. (1995) untersuchten den Verlauf depressiver Symptome innerhalb der ersten vier Wochen nach der Aufnahme einer Entzugsbehandlung. Die Autoren teilten 54 ausschließlich männliche Patienten nach DSM-III-Kriterien in vier Gruppen ein: primär alkoholabhängig, primär alkoholabhängig plus sekundär affektiv erkrankt, primär affektiv erkrankt plus sekundär alkoholkrank und rein primär affektiv erkrankt. In allen vier Gruppen kam es ohne Medikation bei wöchentlichen Erhebungen innerhalb der ersten vier Wochen zu signifikanten Symptomreduktionen. Die Besserung bei den Faktoren disphorische Stimmung, disfunktionale Kognitionen, Angst/Agitiertheit und vegetative Symptome waren bei den primär Alkoholkranken jedoch erheblich stärker und signifikant deutlicher als

bei den primär affektiv Erkrankten. Die Autoren betonen die Relevanz der Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Erkrankung auf der Grundlage ihres chronologischen Auftretens für die Behandlungsentscheidungen und die Prognose. Zu Vermeidung von Fehldiagnosen empfehlen sie die endgültige Diagnose einer psychiatrischen Symptomatik erst nach vierwöchiger Alkoholabstinenz. Herbig (1990) kommt nach seiner Sichtung einschlägiger Studien zu dem Schluß, daß inzwischen 4–12% der Alkoholkranken einen sekundären Alkoholabusus auf der Grundlage einer bereits bestehenden Depression entwickelten. Schuckit (1989) schätzt, daß 10–15% der alkoholabhängigen Frauen und wahrscheinlich nicht mehr als 5% der alkoholabhängigen Männer, die sich für eine Therapie vorstellen, tatsächlich an einer primären affektiven Störung leiden und sekundär auch alkoholkrank sind; bei circa 5% bestünden Abhängigkeit und Depression als völlig voneinander getrennte Erkrankungen. Die starken Befundvariationen sind auf unterschiedlich nosologische Konzepte, Diagnosekriterien und Erhebungszeitpunkte zurückzuführen (Bronisch 1985).

### **Ausblick**

Zusammenfassend ist festzustellen, daß es zwischen Depression und Alkoholabhängigkeit unterschiedliche Formen des Zusammenwirkens zu geben scheint. In wissenschaftlicher Hinsicht ist die Konzeptualisierung der beiden Syndrome von grundlegender Bedeutung, ebenso wie die Wahl der Untersuchungszeitpunkte. Von klinischer Relevanz ist unter anderem die Gefahr erhöhter Suizidalität. Im Zusammenhang mit einem alkoholkonsumbezogenen Interventionsverfahrens wie dem psychoedukativen Training ist grundlegend über den Zusammenhang von Depression, Stimmungsstörungen und Alkoholproblemen zu informieren und geeignete Handlungsschritte zu etablieren.

### **B. Suizid**

Alkoholabhängigkeit ist, nach den depressiven Erkrankungen, die zweithäufigste Ursache für Selbstmord (Kaplan et al. 1989; Wolfersdorf et al. 1992). Welz (1992) gibt für Westdeutschland eine Suizidrate von 15,6 pro 100.000 Einwohner im Jahr 1990 an. Die Suizidwahrscheinlichkeit unter Alkoholkranken ist nach Einschätzung von Murphy et al. (1990) und Roy (1993) 60 bis 120 mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Nach Kaplan et al. (1989) geschehen in den USA jährlich zwischen 7.000 und 13.000 alkoholbedingte Selbstmorde. Der Zusammenhang von Alkoholabhängigkeit und Suizid ist bisher ungeklärt. Bronisch (1992) führt zwei Erklärungsansätze auf:

1. Abhängigkeit und Suizid haben eine gemeinsame Ursache: Diese Hypothese wird vor allem durch den Umstand gehäufte depressiver Symptome bei Alkoholkranken gestützt. „Andererseits konnten epidemiologische Studien wie klinische Studien nachweisen, daß über die Hälfte aller Depressiven keine Suizidgedanken oder Suizidhandlungen aufweisen, daß heißt depressive Verstimmungen, depressive Symptome sind eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Suizidversuche und wohl auch Suizide.“ (Bronisch 1992, S. 201).
2. Vermehrte Suizidhandlungen aufgrund spezifischer Abhängigkeitsdynamiken: In diese Richtung deutet die erhöhte Suizidgefahr in depressiven Verstimmungen während des Alkoholentzuges sowie Persönlichkeitsveränderungen und der Verlust sozialer Beziehungen, insbesondere zu nahen Angehörigen, bei langjähriger Alkoholabhängigkeit. Der Suizid wäre in diesem Fall eine Reaktion auf die negativen sekundären Veränderungen durch die Alkoholabhängigkeit. Der Umstand, daß die meisten Alkoholkranken während des Suizidversuches intoxikiert sind, veranlaßte Sonneck (1991), Alkohol nicht nur eine enthemmende Wirkung bei der Durchführung des gefaßten Suizident-schlusses zuzuschreiben, sondern seine toxischen Wirkungen selbst für die Entstehung für förderlich zu halten.

### C. Angsterkrankungen

Ähnlich wie im Zusammenhang mit Depressionen stellt sich bei Angsterkrankungen und Alkoholabhängigkeit diagnostisch das Problem der Unterscheidung von primären und sekundären Erkrankungsbildern. Überschneidungen zwischen Angsterkrankungen und Alkoholabhängigkeit, insbesondere in Alkoholentzugsperioden, haben einige Forscher zu Spekulationen über gemeinsame neurochemische Erregungsmuster veranlaßt (George et al. 1990). Brady et al. (1993) vermuten, daß es zwischen wiederholten Alkoholentzügen und Angsterkrankungen eine Art „Entfachungsprozesse“ gibt, die möglicherweise auf entzugsbedingten EEG-Anomalien beruhen. Bei gleichzeitigem Auftreten beider Erkrankungen scheinen Angsterkrankungen die Abhängigkeitsentwicklung, bzw. umgekehrt, die Alkoholabhängigkeit die Angsterkrankung zu verschärfen. Die zeitliche Abfolge beider Erkrankungen unterscheidet sich aber je nach Art der Angsterkrankung. So gehen soziale und Agoraphobien zeitlich der Abhängigkeitsentwicklung häufig voraus, während Panik- und generalisierte Angsterkrankungen im Rahmen von Entzügen auftreten und der Abhängigkeitsentwicklung zeitlich eher zu folgen scheinen.

Angsterkrankungen kommen bei Alkoholabhängigen häufig vor. In der bereits genannten Studie von Regier et al. (1990) hatten 19,4% der Alkoholkranken die zusätzliche Lebenszeitdiagnose einer Angsterkrankung nach DSM-III-Kriterien. Diese Prävalenz korrespondierte mit der starken Verbreitung von Angstkrankheiten in der Allgemeinbevölkerung, von der sich Alkoholabhängige in dieser Hinsicht sehr wenig unterscheiden. Helzer et al. (1988) ermittelten auf der Grundlage einer epidemiologischen Studie unter den Probanden mit einer Lebenszeitdiagnose für Alkoholismus ein um 2,4fach höheres Erkrankungsrisiko für Panikerkrankungen, eine 2,1fach höhere Wahrscheinlichkeit für Zwangserkrankungen und ein 1,4fach höheres Erkrankungsrisiko für Phobien als in der Allgemeinbevölkerung. Bronisch et al. (1992) berichten für Alkoholkrankheiten in einer repräsentativen Studie in München für 14,7% die zusätzliche Lebenszeitdiagnose einer Phobie, für 8,7% einer Panikerkrankung und für 2% einer Zwangserkrankung nach DSM-III-Kriterien. Die Prävalenzzahlen der Panikerkrankungen unter Alkoholkranken waren damit etwa dreimal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.

Im Vergleich zu den genannten epidemiologischen Studien kommen verschiedene Untersuchungen stationär behandelter Alkoholkranker zu Lebenszeit-Komorbiditätsraten wie Angsterkrankungen von 10–25% (Westermeier et al. 1995). Auch bei diesen klinischen Studien auf der Grundlage von DSM-III-Kriterien sind Panikerkrankungen die häufigsten Angstkrankheiten unter Alkoholabhängigen. Die Punktprävalenz variiert in verschiedenen alkoholabhängigen Behandlungsgruppen zwischen 6–19%. Obwohl Brady et al. (1993) weitere Studien mit wesentlich höheren Prävalenzraten aufführen, sind die vermehrten Angstsymptome zumeist auf Erhebungszeitpunkte während des Alkoholmißbrauchs oder -entzugs zurückzuführen. Einfache Phobien treten bei Alkoholkranken nicht sehr gehäuft auf, während generalisierte Angsterkrankungen und Panikerkrankungen offenbar überrepräsentiert sind.

Von 171 männlichen primär Alkoholkranken, die Brown et al. 1991 untersucht haben, weisen zu Beginn der Behandlung 40% hohe Angstwerte auf. Diese Werte sinken signifikant während der vierwöchigen Behandlungsdauer. 41% sind drei Monate nach der Abstinenz rückfällig geworden. Die abstinent gebliebenen unterscheiden sich gruppenstatistisch von den Rückfälligen nur zum Nachuntersuchungszeitpunkt signifikant in den Angstwerten. Es muß allerdings eingeschränkt werden, daß Probanden, die bei der Entlassung einen sehr hohen individuellen Angstwert aufweisen, drei Monate nach Behandlung auch eher rückfällig sind. Die Autoren ziehen aus den Ergebnissen den Schluß, daß Angstsymptome bei Alkoholkranken bei der Aufnahme sehr verbreitet sind, sich aber innerhalb zweiwö-



chiger Abstinenz auf ein normales Maß zurückbilden. Panikerkrankungen und generalisierte Angsterkrankungen, die sich bei 8% der Patienten nach Beginn der Alkoholabhängigkeit eingestellt hatten, bedeuten keine erhöhte Rückfallgefährdung. Dieses Resultat bedarf insofern einer Einschränkung, als weibliche Alkoholranke aus der Untersuchung ausgeschlossen waren, zumal die Prävalenz von Angsterkrankungen bei Frauen höher ist als bei Männern. Auch durch den Ausschluß primär Angsterkrankter mit sekundärer Alkoholabhängigkeit aus der Studie bleibt ein weiterführender Einblick in die Dynamik der Entwicklung von Angsterkrankungen bei Alkoholabhängigen verstellt.

Die Schätzungen von sekundärem Alkoholmißbrauch bei primären Angsterkrankungen variieren nach Brady et al. (1993) zwischen 7 und 36%. Auch hier gelten die oben genannten methodischen Einschränkungen. Wibb et al. (1996) fanden in einer Stichprobe von 294 Agoraphobikern in ambulanter Behandlung 10% Männer mit einem akuten Alkoholmißbrauch und 12% mit einer aktuellen Alkoholabhängigkeit nach DSM-III-Kriterien. Die zeitliche Entstehung von Agoraphobie und problematischem Alkoholkonsum folgte keinem einheitlichen Entwicklungsmuster. Die alkoholkranken Agoraphobiker fürchteten sich stärker vor sozialen Situationen, litten in Angstzuständen stärker unter somatischen Symptomen und neigten stärker zu katastrophisierenden Gedanken als die nicht-abhängigen agoraphobischen Probanden in der Kontrollgruppe. Außerdem empfanden die Alkoholkranken Panikattacken intensiver. Der Einsatz von Alkohol zur Selbstmedikation phobischer Symptome war bei den Alkoholabhängigen signifikant höher (91%) als bei den nicht-alkoholkranken Angstpatienten (41%). Die Autoren vermuten hinsichtlich der Verbreitung von Alkoholproblemen bei Agoraphobikern eine Unterschätzung in ihrer Studie, da ambulante Angstpatienten in der Regel weniger beeinträchtigt und motivierter seien als stationäre Patienten. Sie weisen außerdem darauf hin, daß das Mißbrauchsmuster bei Agoraphobikern durch die Interaktion mit der Angsterkrankung nicht dem typischen Abhängigkeitssyndrom entspreche und oft übersehen werde. Agoraphobiker, die Alkohol mißbräuchlich einsetzen, müßten verschiedene, konkurrierende Bedürfnisse ausbalancieren, indem sie die Phobie mittels Alkohol reduzieren, gleichzeitig müßten sie aber den Kontrollverlust durch Alkoholintoxikation vermeiden. Insofern sei ein niedrig dosierter Alkoholkonsum wahrscheinlich das charakteristischere Mißbrauchsmuster, das mit der gängigen Alkoholdiagnostik nur schwer feststellbar sei. In entwicklungsgeschichtlicher Hinsicht betonen die Autoren das größere Ausmaß von kindlichen Entwicklungsstörungen in Form von Trennungen, psychischem und sexuellem Mißbrauch bei alkoholkranken Agoraphobikern.

Grundsätzlich läßt sich zusammenfassen, daß über die Art der Beziehung zwischen Angsterkrankung und Alkoholmißbrauch bzw. -abhängigkeit bisher wenig gesichertes Wissen existiert. Angsterkrankungen insgesamt scheinen bei primär Alkoholkranken nur wenig häufiger als in der Allgemeinbevölkerung aufzutreten, in der sie allerdings sehr verbreitet sind. Jedenfalls scheint eine bestehende Alkoholabhängigkeit eine Angsterkrankung zu erschweren. Panikerkrankungen und generalisierte Angsterkrankungen treten besonders häufig im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit und Alkoholenzymen auf, weshalb neurophysiologische Veränderungsprozesse im Sinne einer „Entfachungshypothese“ erwogen werden. Einfache Phobien scheinen bei Alkoholkranken von untergeordneter Bedeutung zu sein. Im Hinblick auf primäre Agoraphobiker scheint Alkoholmißbrauch im Sinne einer Selbstmedikation eine besondere Rolle zuzukommen.

### **Ausblick**

Die besondere Bedeutung von Angststörungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsummustern führt dazu, daß eine Basisinformation zu Angststörungen im Rahmen des psychoedukativen Gruppenprogramms vermittelt werden muß und erste Ansätze zum Umgang mit diesen zusätzlichen Störungen vermittelt werden müssen.

### **D. Schizophrenie**

Edwards (1986) bezeichnet Schizophrenie, bzw. schizophrene Symptome bei Alkoholkranken als relativ seltenes Phänomen. Diese Beobachtungen bestätigen auch Regier et al. (1990), die eine Lebenszeitprävalenz von 3,8 % für schizophrene Erkrankungen bei den primär Alkoholkranken in einer epidemiologischen Studie ermittelten. Trotzdem ist die Wahrscheinlichkeit für eine schizophrene Erkrankung bei bestehender Alkoholabhängigkeit drei mal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.

Überraschend hoch ist der Anteil zusätzlicher, sekundärer Alkoholdiagnosen (33,7%) bei Probanden mit schizophrenen Erkrankungen. Dieser Befund wird auch durch Studien an Schizophrenen in Behandlung gestützt, die eine zusätzliche Lebenszeitdiagnose von Alkoholmißbrauch/-abhängigkeit zwischen 31 und 48% haben (Miller et al. 1989; Mueser et al. 1990) und eine Sechs-Monats-Prävalenz von 10 bis 34% (Drake et al. 1989; Test et al. 1989; Mueser et al. 1990). Zeiler (1990; 1991) schätzt die Prävalenzraten für Alkoholmißbrauch bei hospitalisierten Schizophrenen auf 10 bis 20%. Der Autor problematisiert allerdings die Anwendung operationaler Kriterien für Alkoholabhängigkeit bei Schi-

zophrenen. So könne der fortgesetzte Alkoholkonsum trotz eingetretener körperlicher Schädigung bei einem schizophren Erkrankten nicht unbesehen als Einzelmerkmal eines pathologischen Gebrauchs eingeordnet werden. In ähnliche Richtung weisen auch die Einwände Drakes et al. (1989), daß viele schizophren Erkrankte alkoholbezogene Probleme aufweisen, ohne aber eine voll ausgeprägte Abhängigkeit zu entwickeln. Den meisten Alkoholismus-Untersuchungsverfahren fehlten die notwendige Sensitivität und Spezifität, um die spezielle Art des Alkoholmißbrauch bei schizophren erkrankten Menschen zu erfassen. Schließlich bleibt noch zu erwähnen, daß in verschiedenen amerikanischen Untersuchungen die Autoren (Powell et al. 1982; Hesselbrock et al. 1985; Ross et al. 1988) unter den Alkoholkranken psychiatrischer Institutionen 2 bis 8% mit schizophrenen Störungen ermittelten.

Differentialdiagnostisch wird es dort schwierig, wo die Alkoholabhängigkeit mit psychotischen Symptomen wie Halluzinationen, Beeinflussungs- und Verfolgungsideen etwa während des Delirium tremens oder einer Alkoholhalluzinose verbunden sind (Soyka et al. 1989). Diese Symptome wurden lange Zeit nicht zu einer möglichen, zusätzlichen schizophrenen Störung in Bezug gesetzt, da die hierarchische Struktur der psychiatrischen Krankheitslehre (Nosologie) das Konzept der Komorbiditäten nur begrenzt berücksichtigte. Mit dem Aufkommen der operationalen Diagnostik des DSM-III fanden eine deutlichere Definition der psychiatrischen Syndrome und eben auch die Komorbidität Eingang in die Diagnostik.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß schizophrene Erkrankungen bei primär Alkoholkranken selten, aber doch drei mal häufiger vorkommen als in der Allgemeinbevölkerung. Unter primär schizophren Erkrankten scheint ein atypischer Alkoholmißbrauch in Form von Selbstmedikation sehr verbreitet zu sein. Die hohen Komorbiditätsraten in klinischen Populationen im Vergleich zu Bevölkerungsstudien sind damit zu erklären, daß für psychisch mehrfach Erkrankte eine stärkere Behandlungsnotwendigkeit besteht als für einfach Erkrankte und sie daher auch häufiger in Behandlungseinrichtungen zu finden sind. Dies verursacht eine systematische Überschätzung der wahren Komorbiditätsrate (Regier et al. 1990).

## **Ausblick**

Der Zusammenhang von substanzbezogenen Störungen und Schizophrenie wird nicht als besonderes Element in das psychoedukative Gruppenprogramm einbezogen, weil dieser recht selten auftritt. Allerdings besteht für die Zukunft die Notwendigkeit, ein rückfallprophylaktisches, spezifisch psychoedukatives Behandlungsprogramm zu entwickeln, das Sucht- und Psychoseproblematiken mit einbezieht.

## **Körperliche Problembereiche**

Körperlich wirkt sich langjähriger Alkoholmißbrauch in zweifacher Weise auf den gesundheitlichen Zustand des Abhängigkeitserkrankten aus. Zum einen ersetzt der Alkohol bei vielen Alkoholkranken mit zunehmender Abhängigkeit die normale Ernährung, was zu Mangelerscheinungen führt. Zum anderen wirkt Alkohol auf die Zellen der inneren Organe und des Herz-, Kreislauf- und Nervensystems toxisch. Pfeiffer (1989) nennt als Grundprinzipien der Schädigung die Störung der Proteinsysteme und eine Änderung in den Membranen der Zellorganellen und der Zellen. Er beschreibt die krankheitsverursachenden Wirkungen von Alkohol und seinem Abbauprodukt, dem Acetaldehyd, vor allem durch seine zelltoxischen Folgen. Die daraus resultierenden Veränderungen des Plasmaspiegels der Lipide (Fette) beeinträchtigt die Proteinsynthese und wirkt sich auf die Funktion von Enzymen und Rezeptormembranen aus. Alkoholbedingte Schädigungen der Leber ziehen wiederum Ernährungsmängel, insbesondere Avitaminose, nach sich und führen im Zusammenspiel mit den gefäßschädigenden Wirkungen von Alkohol zu hytoxischen Zuständen (Sauerstoffmangel) im Hirngewebe.

Regelmäßiger Alkoholkonsum ab 30–40 g Reinalkohol pro Tag soll krebsfördernd wirken und das Risiko für Krebs der Speiseröhre, des Mund- und Rachenraumes, der Leber sowie des Dickdarms steigern. Schon 20–30 g Reinalkohol pro Tag führen statistisch bei Männern zur Erhöhung des systolischen Blutdrucks, ab 60 g pro Tag ist die Hypertonus-Prävalenz verdoppelt. Erhöhter Blutdruck gehört zu den Risikofaktoren für das Auftreten von Schlaganfällen. Kommen noch erhöhte Blutfette und eventuell Übergewicht hinzu (Alkohol erhöht die Triglyceride und ist bekanntlich ein Spender „leerer Kalorien“), so sind kardiale und zerebrale Kreislaufkomplikationen vorprogrammiert. Auch geringe Alkoholmengen von 30–40 g pro Tag können zu einer Leberverfettung führen, bei entsprechender Disposition kann eine Fettleber oder auch eine Leberzirrhose resultieren. Diese Befunde erläutert Richter (1991) in einer Übersichtsarbeit. In einer von der Weltgesundheitsorganisation WHO durchgeführten transnationalen Studie (Saunders et al. 1987) rangieren alkoholbezogene körperliche Erkrankungen

auf Rang 3 der Weltrangliste aller Erkrankungen. Nach Saunders dürften sie heutzutage wahrscheinlich den ersten Rang einnehmen.

Alkoholbedingte körperliche Erkrankungen fallen hauptsächlich in den medizinischen Fachrichtungen Neurologie, innere Medizin und (Unfall-)Chirurgie an. Im Bereich der Neurologie sind die häufigsten alkoholbedingten Syndrome: epileptische Anfälle, Polyneuropathien, Kleinhirn- und Großhirnatrophien und das Wernicke-Korsakow-Syndrom. Im Bereich der inneren Medizin zeigen sich Leber-, Pankreas-, Magen-, Darm-, Herz-, Kreislauf- sowie Stoffwechselerkrankungen. In der Unfallchirurgie geht es vor allem um alkoholbedingte Unfälle.

Im folgenden werden die wichtigsten körperlichen Erkrankungen beschrieben, die vom Alkohol verursacht worden sein können.

#### *Krampfanfälle (Alkoholepilepsie)*

Bei circa 20 bis 30% der Alkoholiker treten epileptische Anfälle auf. Sie können 12 bis 24 Stunden nach dem Alkoholkonsum als Vorstadium des Delirium tremens auftreten (bei circa einem Drittel der Entzugskrämpfe) oder während des Alkoholrausches. Die Anfälle, zumeist vom Grand-mal-Typus, äußern sich in plötzlicher Bewußtlosigkeit, Muskelstarre und Schüttelkrämpfe in allen Gliedmaßen. Es kommt es kurzzeitig zum Atemstillstand, weshalb eine Blaufärbung des Gesichtes eintreten kann. Weitere Symptome sind Schaumbildung vor dem Mund, Zungenbiß und das Einnässen. Ein Anfall dauert in der Regel einige Sekunden oder Minuten. Der Status epilepticus als ununterbrochene Abfolge von Krämpfen mit akuter Lebensgefahr ist eher selten. Ein epileptischer Anfall geht mit dem Verlust von Gehirnzellen einher. Nach dem Abklingen besteht beim Betroffenen eine starke Ermüdung und eine Erinnerungslücke für die Zeit des Anfalls. Bei einem Anfall zu Beginn eines Entzuges sollte mit der Möglichkeit eines weiteren, bzw. der Gefahr des Delirium tremens gerechnet werden. Auch während der weiteren körperlichen Entwicklung bleibt die Krampfschwelle gesenkt, es besteht die Gefahr der Krampfprovokation durch starke Lichtreize wie zum Beispiel durch Fernsehen.

#### *Polyneuropathie*

Die alkoholbedingte Polyneuropathie ist mit einem Auftreten bei circa 20% aller Alkoholkranken die häufigste alkoholbedingte Störung des peripheren Nervensystems. Es handelt sich bei der Polyneuropathie um eine axonale Degeneration (Schädigung der langen Nerven-

fasern in Armen und Beinen) durch die toxischen Einflüsse von alkoholmetabulierten Acetaldehyd und einer Demyelinisierung der Nervenbahnen aufgrund von Metaninmangel. Nach den Angaben von Poeck (1990) sind die Beine in der Regel stärker betroffen als die Arme. Besonders deutlich zeigt sich die Polyneuropathie in den Unterschenkeln und Füßen in Form von schmerzhaften Mißempfindungen, Kribbelercheinungen, Taubheitsgefühlen und Muskelkrämpfen. Schmerz- und Neberationsempfindungen können beeinträchtigt sein. Achilles- und Patellarsehnenreflexe können abgeschwächt sein oder fehlen gänzlich.

### *Hirnatrophien*

Die negativen Folgen des Metovitaminmangels können sich auch auf den vorderen Bereich des Kleinhirns auswirken. Dabei kommt es offenbar zu einer Schrumpfung der entsprechenden Zellen, die im Endstadium auch zu einem Zellausfall führen kann. Charakteristische Symptome einer solchen Kleinhirnatrophie sind Gang- und Standataxien (motorische Koordinationsstörung mit breitbeinigem, unsicherem Gang, Reflexstörungen, Intentionstrema vorwiegend der Hände) und Blickrichtungsmystagmus (ruckartige Blickfolge). Diese Symptome werden von Pfeiffer (1989) beschrieben. Die Reversibilität dieser Störungen ist bei Einhaltung völliger Alkoholabstinenz belegt. Eine Erweiterung der Gehirnrindenfurchen und -ventrikel sind computertomographisch auch für das Großhirn nachweisbar. Auch hier ist die Atrophie nicht von vornherein mit Zellverfall gleichzusetzen. Bis zu einem gewissen Stadium können sich geschrumpfte Großhirnareale, analog zu einer Muskelatrophie, bei Alkoholabstinenz und Vitamingabe wieder regenerieren. Nach Scholz (1989) finden sich mittels computertomographischer Diagnostik bei 10–36% der Alkoholkranken zerebrale Atrophien. Allerdings sei der Grad der Übereinstimmung von Atrophiebefunden und klinischen Symptomen gering. Pfeiffer (1989) weist darauf hin, daß neben den toxischen Wirkungen des Alkohols auch hepatische Encephalopathien und Schädel-Hirn-Traumata zu atrophierenden Vorgängen im Gehirn führen können.

### *Wernicke-Korsakow-Encephalopathie*

Die gravierendste, durch Alkohol verursachte psychische Störung ist die sogenannte Wernicke-Korsakow-Encephalopathie. Diese von den beiden Neurologen Wernicke und Korsakow zwischen 1880 und 1890 unabhängig voneinander beschriebenen Syndrome werden in der aktuellen Diskussion als nosologische Einheit aufgefaßt (Steingass 1994). Dabei besteht die Auffassung, daß es sich bei dem Wernicke-Syndrom mit den Symptomen Augenbewegungsstörungen und -lähmungen, Blicklähmungen, Gang- und Standunsicherheiten, Bewußtseins-

störungen, Desorientierung und Apathie um das akute Stadium des organischen Korsakow-Syndroms handelt. Das Korsakow-Syndrom selbst ist gekennzeichnet durch (Feuerlein 1989):

- Verlust des Altgedächtnisses und regelmäßig verbunden mit der Unfähigkeit, sich neue Gedächtnisinhalte einzuprägen oder zu lernen,
- verminderte Fähigkeit der Reproduktion von Gedächtnisinhalten,
- relativ geringe, aber eindeutige Verschlechterung des Wahrnehmungsvermögens und der Auffassungsfähigkeit,
- Verminderung der Spontaneität und der Initiative (Konfabulationen werden als nicht regelmäßig auftretende Störungen bezeichnet, besonders nicht in der chronischen Phase der Krankheit; sie sind deswegen auch nicht notwendig für die Diagnose),
- Störungen der Konzentrationsfähigkeit, der räumlichen Organisation unter visuellen und verbalen Abstraktionen.

Morphologisch zeigt sich das Wernicke-Korsakow-Syndrom in Form von Gewebeschrumpfungen im Bereich der Mamillarkörper und des dritten Ventrikels (Pfeiffer 1989), die durch eine Störung des Vitamin-B<sub>1</sub>-Stoffwechsels (Thiaminmangel) entstehen. Alkohol ist eine kohlenhydratreiche Substanz, die für ihre Verstoffwechslung zusätzlich zum bestehenden Vitaminmangel Thiamin verbraucht. Zudem leiden Alkoholranke oft an Magen-Darm-Störungen, die die Vitaminresorption noch verschlechtert. Neben Gewebeschrumpfungen treten auch Gefäßveränderungen infolge mangelnder Durchblutung auf, die sich in Vernarbungen äußern. Diese Narbenzustände werden auch morphologisches Substrat des chronischen Korsakow-Syndrom mit dem Leitsymptom der Amnesie angesehen (Pfeiffer 1989).

Die Therapiechance des akuten Wernicke-Syndrom insbesondere der Augenstörungen beurteilt Feuerlein (1989) bei Alkoholabstinenz und durch die Gabe von Vitaminkomplexen als relativ gut. Dagegen sei die Prognose des chronischen Korsakow-Syndroms schlecht. Nur etwa bei einem Fünftel der Betroffenen könne vollständige Restitution erwartet werden, ein weiteres Fünftel bleibe völlig unge bessert, der Rest behalte Residualstörungen. Nach Feuerlein (1989) erkrankten 3–5% aller Alkoholranke am Wernicke-Korsakow-Syndrom. Pfeiffer (1989) schätzt den Anteil auf 12,5% aller chronisch Alkoholranke. Steingass (1994) dagegen vermutet, daß die klassische Korsakow-Diagnose zu unpräzise ist und nur selten zuverlässig gestellt werden kann. Statt dessen sei die in ICD-10 unter F10.6 aufgeführte Klassifikation des „durch Alkohol bedingte amnestische Syndrome“ vorzuziehen. Die diagnostischen Kriterien dafür sind (Dilling 1991):

- Störungen des Kurzzeitgedächtnisses (Aufnahme von neuem Lernstoff)

- Störungen des Zeitgefühls (Ordnung der chronologischen Reihenfolge, Zusammenziehen verschiedener Ereignisse zu einem Ereignis usw.),
- fehlende Störung des Kurzzeitgedächtnisses, des Bewußtseins und fehlende allgemeine Beeinträchtigung kognitiver Funktionen,
- obwohl Konfabulationen ausgeprägt sein können, werden sie nicht als Voraussetzung für die Diagnose angesehen
- amnestische oder objektive Beweise für einen chronischen, besonders hoch dosierten Mißbrauch von Alkohol oder psychotropen Substanzen,
- auch Persönlichkeitsveränderungen, häufig mit Apathie und Initiativenverlust und einer Tendenz zur Selbstvernachlässigung können vorhanden sein. Sie gelten jedoch nicht als notwendige Bedingung für eine Diagnose.

### *Lebererkrankungen*

Der Hauptteil des Alkoholabbaus findet in der Leber statt. Hier führt die zelltoxische Wirkung des Acetaldehyds bei chronischem Alkoholmißbrauch am unmittelbarsten zu Schädigungen. Nach Richter (1991) können bereits 30–40 g Reinalkohol täglich zu einer Leberverfettung führen, bei Frauen schon die Hälfte dieser Menge. Die drei wichtigsten alkoholbedingten Lebererkrankungen sind die Fettleber, die Leberentzündung (Hepatitis) und die Leberzirrhose. Die Fettleber ist der häufigste alkoholbedingte Leberschaden. Nach Kielstein (1990) kommt die Fettleber bei knapp 50% der männlichen und knapp 30% der weiblichen Alkoholmißbraucher vor. Sie entsteht durch den verminderten Abbau von Fett infolge der Verdrängung durch den hochkalorischen Alkohol und durch die Schädigung von Transportmechanismen, die die Fette aus der Leber herausbefördern. Die überschüssigen Fetttropfen lagern sich in die Leberzellen ein und es kommt zur Vergrößerung des Lebervolumens. Subjektiv sind die Beschwerden, bis auf ein gewisses Druckgefühl im rechten Oberbauch, gering. Ein Laborparameter, der auf eine Fettleber hinweist, könnte ein erhöhter Gamma-Glutamyl-Transpeptidase-Wert ( $\gamma$ -GT) sein. Bei Abstinenz ist die Aussicht auf Rückbildung relativ gut.

Die vergrößerte Leber zeigt histologisch entzündliche Gewebeprozesse mit dem Absterben von Leberzellen. Es gibt zwei Varianten von Leberentzündungen: die chronisch-persistierende Hepatitis mit schleichendem Verlauf und geringen, unspezifischen Beschwerden (wie Verdauungsstörungen, Völlegefühl usw.) und die chronisch-aggressive Hepatitis mit starker Druckempfindlichkeit der Leber, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Durchfall und Gelbsucht. Die Leber ist bei der zweiten Variante hart und vergrößert und verschiedene Laborparameter wie SGOT (Serum-Glutamat-Oxalacetat-Transaminase), SGPT (Serum-Glutamat-



Pyrovat-Transaminase), alkalische Phosphasen, Gamma-GT und des Bilirubins im Serum sind deutlich höher als bei chronisch-persistierenden Formen. Die Prognose bei Alkoholabstinenz sind für die chronisch-persistierende Hepatitis relativ gut, die für die chronisch-aggressive bedeutend schlechter. Die Entzündungsprozesse sowie die erhöhten Enzymwerte können durch Abstinenz zwar zum Stillstand bzw. zur Normalisierung gebracht werden, bereits eingetretene Gewebeschäden der Leber sind aber nicht reversibel. Eine solche Leber ist daher in ihrer Funktion bleibend eingeschränkt. Edwards (1986) gibt an, daß circa 10% der von akuter Hepatitis befallenen Alkoholkranken daran sterben.

Wird der Alkoholmißbrauch trotz Leberentzündung nicht eingestellt, entwickelt sich nach mehrjährigem Alkoholkonsum bei circa 10–20% der Alkoholabhängigen eine Leberzirrhose (Feuerlein 1989). Die Leberzirrhose ist laut Lindenmeier (1996) die achthäufigste Todesursache in Deutschland. Nach Junge (1993) starben 1990 in Deutschland 18.000 Menschen in Deutschland an Leberzirrhose. Es besteht ein deutlich positiver Zusammenhang zwischen Höhe und Dauer des täglichen Alkoholkonsums mit der Intensität der Leberschädigung. Dieser Zusammenhang veranlaßte Jellinek (1959) dazu, eine Schätzmethode für die Prävalenz des Alkoholismus einer Gesellschaft vorzuschlagen, die auf der Mortalität von Leberzirrhose basierte. Antons et al. (1981) formulierten es folgendermaßen: Der Pro-Kopf-Konsum an Alkohol in einem Land bestimmt den Anteil starker Trinker. Dieser wiederum bestimmt die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit. Und die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bestimmt wiederum die Höhe der Mortalität an Leberzirrhose. Also gibt es auch einen Zusammenhang zwischen dem Pro-Kopf-Verbrauch und der Mortalität der Leberzirrhose in einer Gesellschaft. Ab einer durchschnittlichen Reinalkoholmenge von circa 60 g am Tag über einen Zeitraum von mehr als zehn Jahren dürfte die Gefahr einer Zirrhoseerkrankung extrem ansteigen (Feuerlein 1989; Kielstein 1990; Richter 1991).

Pathophysiologisch kommt es bei der Zirrhose zu einer Vernarbung abgestorbenen Gewebes, was eine Organschrumpfung nach sich zieht und damit eine Zerstörung der Leberstruktur. Diese Zerstörung des Lebergewebes verursacht zunächst eine Einschränkung der Filterfunktion, was sich in einem geringen Abbau von Giftstoffen — natürlich auch von Alkohol — äußert. Es besteht die Gefahr einer schleichenden Selbstvergiftung. Die Alkoholtoleranz ist dann verringert, was sich darin zeigt, daß der Zirrhoseerkrankte immer weniger Alkohol „verträgt“. Die Gewebevernabung schränkt außerdem den Blutdurchlauf des Organs ein, was zu Staus in der zuführenden Lebervene, der Pfortader, führt. Diese Blutstaus verursachen einen zunehmenden Druck auf die kleineren Blutbahnen und die Bildung von „Ausweichbahnen“. Die Folge sind Krampfaderbildung beispielsweise in der Speiseröhre (Oesophagosvarizen), am

After (Hämorrhoiden) und in der Haut mit der Gefahr des Platzens und einer unstillbaren inneren Blutung. Beeinträchtigte Bildung von Transporteiweißen kann zur Wasseransammlung (Oedemen) im Bauchraum und in den Beinen führen. Bei der Untersuchung ist die Leber hart und derb. Die Haut kann pergamentartig verdünnt sein, versehen mit kleinen Gefäßsternchen. Die Transaminase (SGOT, SGPT), Gamma-Globuline IgA und Sörem-Eisen sind erhöht. In schweren Fällen kann es zu lebensgefährlichem Leberkoma mit Gelbsucht, schweren Blutgerinnungsstörungen und Bluteiweißveränderungen sowie starkem Transaminaseanstieg kommen. Im günstigsten Fall ist der Krankheitsprozeß durch Abstinenz zum Stillstand zu bringen, im schlimmsten Fall kommt die Leber ihren Stoffwechsellastungen nicht mehr nach und der Patient stirbt unter starken Schmerzen.

### *Pankreatitis*

Nur relativ wenige Alkoholranke (1–9%; Feuerlein 1989) entwickeln eine Pankreatitis. Sie wird aber wegen ihrer besonders lebensbedrohlichen Verlaufsform kurz beschrieben. Bei 25–50% der durch Alkoholvergiftung Verstorbenen konnte eine akute Pankreatitis nachgewiesen werden. Die Schädigungen der Bauchspeicheldrüse durch chronischen Alkoholmißbrauch sind:

- eine Hemmung der Bicarbonat- und Proteinsynthese der Pankreas,
- dieser Hemmung folgt im Verlauf eine Vermehrung der Proteinsekretion, was zu Eiweißablagerungen in den kleinen und mittleren Pankreasgängen führt,
- letztlich kann es zu Muskelkrampf bzw. Muskelverschluß des Ausführungsganges der Bauchspeicheldrüse kommen.

Es werden eine chronische Form mit Kalzifizierung der Pankreasgänge, geringer Verträglichkeit für Alkohol und Fette, intermittierende Bauchschmerzen (vorwiegend links bis in den Rücken strahlend) und eine akute Pankreatitis mit heftigen Oberbauchschmerzen, Erbrechen, akuter Abflußbehinderung von Pankreassekret und lebensbedrohlichen Selbstverdauungsprozessen der Bauchspeicheldrüse unterschieden. Edwards (1986) nennt Sterblichkeitsraten zwischen 10–40% bei akut Pankreas-Erkrankten. Es besteht außerdem die Gefahr der Krebsentstehung. Der Krankheitsprozeß kann durch Alkoholabstinenz gestoppt, aber nicht geheilt werden.

### *Magen-Darm-Erkrankungen*

Aufgrund der aggressiven Eigenschaften besonders hochprozentiger Alkoholika kommt es bei chronischem Mißbrauch zu Schleimhautveränderungen im Mund- und Speiseröhrenbereich.

Verschiedene Untersuchungen haben eine signifikante Häufung von Rachen- und Speiseröhrenkrebs bei Alkoholkranken gegenüber der Normalbevölkerung ergeben (Feuerlein 1989). Wie im oberen Verdauungstrakt finden sich Schleimhautentzündungen auch im Magen (Gastritis) mit Druckschmerzen im Oberbauch, Übelkeit und Erbrechen. Durch eine stark vermehrte Magensäuresekretion und Gastrinfreisetzung können Schleimhautrisse mit Blutungen und Bluterbrechen auftreten. Nach Feuerlein (1989) leiden circa 15% der Alkoholkranken unter Magengeschwüren und der Anteil magenresizierter unter den Alkoholabhängigen ist besonders hoch. Durch die gehäuften geschwürartigen Veränderungen besteht ein erhöhtes Risiko für Magenkrebs. Auch die Dünndarm-Schleimhäute können durch Alkohol bei der Wirkung betroffen sein und zu einer beträchtlichen Nahrungsresorption mit der Gefahr von Mangelernährung führen.

#### *Herz-Kreislauf-Störungen*

Wie bereits weiter oben erwähnt führt regelmäßiger Konsum von 20–30 g Reinalkohol bei Männern zu vorwiegend systolischer Blutdruckssteigerung. Erhöhter Blutdruck ist wiederum ein Risikofaktor für die Erkrankung an einem Schlaganfall. Schon kleine Mengen Alkohol können zu einer verminderten Kontraktilität des Herzens führen und das Minutenvolumen reduzieren. Die Herzfrequenz ist zumeist erhöht. Wie auf andere Körperzellen wirkt das Acetaldehyd auch auf die Zellen des Herzmuskels toxisch und beeinträchtigt seine Funktion durch Vergrößerungen des Herzens und durch Herzrhythmusstörungen. Eine protektive Wirkung kleiner Alkoholmengen gegen Herzinfarkt wird kontrovers diskutiert.

#### *Unfälle*

Neben den verschiedenen somatischen Erkrankungen sind Unfälle eine sehr häufige Folge des Alkoholmißbrauchs. Feuerlein (1989) zitiert eine amerikanische Untersuchung, in der die Unfallhäufigkeit von Alkoholkranken 3,6 mal höher liegt als bei nicht-Alkoholkranken. Alkohol ist die Ursache bei einem Drittel der in den USA gezählten Verletzungen im Autoverkehr und bei der Hälfte der Unfalltoten, bei mehr als 40% der Unfälle in der Industrie, bei vermutlich über 70% der Unfälle durch Ertrinken, bei 60–70% der durch einen Sturz verursachten Verletzungen und Todesfälle (Edwards 1986). Platzwunden, Knochenbrüche, Gelenkverletzungen und Schädel-Hirn-Traumata in Folge von Stürzen, Schlägereien oder schweren Verkehrsunfällen sind weitere Auswirkungen chronischen Alkoholmißbrauchs.

## **Ausblick**

Die geeignete und umfassende Darstellung der körperlichen Folge- und Begleiterscheinungen des problematischen Alkoholkonsums ist ein wichtiges Element im psychoedukativen Schulungsprogramm. Besonders gezielte Achtsamkeit für körperliche Phänomene im Zusammenhang mit riskanten und gefährlich-hochriskanten Alkoholkonsummustern ist grundlegend für die Entwicklung von Selbstregulationskompetenzen. Risikobewußtsein kann so in besonderer Weise gefördert werden.

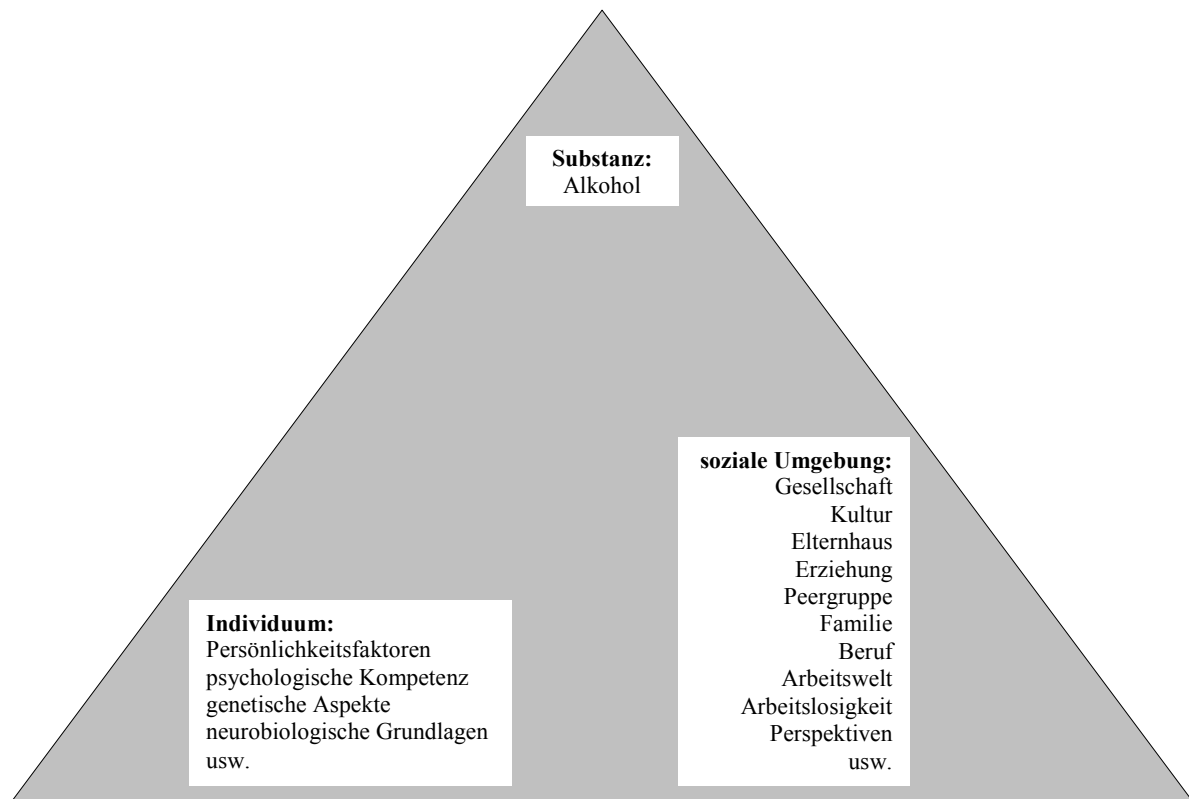
Die Unterscheidungen zwischen depressiven oder Angstsymptomen bei Alkoholabhängigkeit und voll ausgeprägten psychiatrischen Syndromen ist in der akuten Entzugssituation oft schwer zu treffen. Ebenso kann Alkoholmißbrauch im Zusammenhang mit einer depressiven oder Angsterkrankung stehen und wird oft als individueller Bewältigungsversuch im Sinne einer Selbstmedikation betrachtet. Alle zitierten Untersuchungen belegen eindeutig, daß Alkoholabhängigkeit eine Krankheit ist, die überzufällig häufig mit zusätzlichen psychiatrischen Störungen zusammenfällt, die den Krankheitsverlauf nachhaltig beeinträchtigen und damit zu einer Verschlimmerung der Abhängigkeit in Richtung auf eine chronische Mehrfachschädigung führen kann. Dies erfordert in besonderem Maße, Komorbiditätsaspekte in das psychoedukativ orientierte Gruppenprogramm einzubeziehen.

## **3.5. Modelle und Theorien des Alkoholismus**

### **Übersicht über Suchtentwicklungsmodelle**

Die Entstehung einer (Alkohol-) Abhängigkeit wird aus dem Zusammenhang dreier Komponenten erklärt: Individuum, soziale Umgebung und die Substanz, das Suchtmittel selbst (hier der Alkohol). Dieses multifaktorielle Entwicklungsmodell ist heute weit verbreitet und wird aktuell als bio-psycho-soziales Modell diskutiert. Drei Entwicklungsfaktoren: Substanz, Individuum und soziale Umgebung, stehen in einem sich wechselseitig bedingenden Verhältnis. Der Abbildung 1 ist dieses Zusammenspiel zu entnehmen.

Abbildung 1: Bedingungsfaktoren einer Abhängigkeitsentwicklung



Erklärungsmodelle erfüllen nicht nur heuristische Zwecke, sondern sie sind bei Interventionen zu berücksichtigen, weil eine erreichte, vielleicht auch erzwungene Veränderung von individuellen Alkoholkonsummustern in Richtung Abstinenz die wie auch immer gearteten individuellen Entstehungsmodalitäten nicht vernachlässigen darf.

Im Verlauf der letzten Jahrhunderte wurde die Beschäftigung mit der Pathogenese von Suchtproblemen nachhaltig und gleichzeitig durch eine Diversifikation von interventionsbezogenen Schulen auf der einen Seite und öffentlichen Interessen auf der anderen Seite, wie zum Beispiel politische Meinungsbildung, Entwicklung in der Rechtsprechung und industrielle Herstellung und Verteilung von Alkohol geprägt (Sutker, Allain 1998). Die Modelle in der Tabelle 1 werden oft herangezogen, um die globale Evolution der Konzeptualisierungen von Abhängigkeitsproblemen zu beschreiben (Lindström 1992). Die Modelle werden gekennzeichnet durch ihre relative Betonung von Substanz (pharmakologische Faktoren), Individuum (biologische Faktoren, Persönlichkeit und andere psychologische Faktoren) und soziale Umgebung (soziale und kulturelle Faktoren) bei der Entstehung von Suchtproblemen.

**Tabelle 1: Konzepte zur Bestimmung von Abhängigkeit und die Rolle von pharmakologischen, biologischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Faktoren in der Pathogenese von Suchtproblemen**

Kausaler Faktor: Konzeptuelles Modell	Substanz: Pharmakologische Faktoren	Individuum:		Umgebung: Soziale und kulturelle Faktoren
		Biologische Faktoren	Persönlichkeit und andere psychologische Faktoren	
Moralisches Modell	–	–	++++	–
Pharmakologisches Modell	++++	–	–	–
Klassisches Krankheitsmodell	–	+++	+	–
Symptomatisches Modell	+	–	+++	–
Lernmodell	+	–	+	+++
Kognitives Modell	+	–	+++	+
Soziokulturelles Modell	–	–	–	++++
Bio-psycho-soziales Modell	+	++	++	++

- Faktor spielt keine signifikante ätiologische Rolle
- + Faktor hat eine gewisse ätiologische Bedeutung, aber nicht notwendigerweise in allen Fällen
- ++ Faktor ist ätiologisch bedeutsam, aber nicht notwendigerweise in allen Fällen
- +++ Ätiologischer Hauptfaktor in allen Fällen
- ++++ Exklusiver ätiologischer Faktor in allen Fällen

Nach dem **moralischen Modell** ist Sucht eine Form sündigen oder kriminellen Verhaltens, sind Substanzmißbraucher Sünder oder unmoralische Individuen mit einem weichen oder sogar schlechten Charakter (Lindström 1992). Dieses Modell dominierte das Denken über süchtige Verhaltensweisen über Jahrhunderte (siehe auch die Darstellung im historischen Kapitel) und hat heute noch weite Verbreitung in der Öffentlichkeit, vor allem, wenn es um den Mißbrauch illegaler Drogen geht. „Charakterschwäche“ als einziger Bedingungsfaktor hat eine deutliche moralische Konnotation und steht nicht in Verbindung zu zeitgenössischen, wissenschaftlichen Begriffen der psychologischen Persönlichkeitsforschung. Mit der Einführung des **pharmakologischen Modells** der Sucht wird das zentrale Persönlichkeitspatholo-

giekonzept abgelöst durch die Annahme des suchtfördernden Potentials der Substanz selbst (van den Brink 1995). Obwohl dieses Modell heute für eine Erklärung von Alkoholabhängigkeit obsolet ist, wird das populäre Denken nach wie vor durch dieses pharmakologische Modell beherrscht: der Alkohol selbst ist der Verursacher der Sucht.

Im **klassischen Krankheitsmodell** wird Substanzmißbrauch, grob zusammengefaßt, als überdauernde und irreversible physische Grundbedingung außerhalb individueller, bewußter Kontrolle erfaßt, das heißt, körperliche Reaktivität, Sensitivität für Substanzen und psychisch bedingter Kontrollverlust stehen im Mittelpunkt. Dieses Modell ist nach wie vor grundlegend für absolut abstinenzenorientierte Behandlungsansätze und entsprechende Selbsthilfegruppenaktivitäten (zum Beispiel Anonyme Alkoholiker). Im **symptomatischen Modell**, das die psychiatrische Herangehensweise in der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts bestimmte, wird Sucht als ein Symptom anderer, primär psychischer Störungen aufgefaßt, und nicht als ein abgrenzbares Syndrom. Hier wurde zum Beispiel Sucht als Symptom einer zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörung gesehen, mit Evidenz durch Anpassungsprobleme, einen neurotischen Charakter, eine emotionale Unreife oder Infantilismus (Knight 1937). Diese einflußreiche Sichtweise, die aus psychoanalytischem Gedankengut abgeleitet wurde, wurde in die ersten, international gültigen psychiatrisch-diagnostischen Klassifikationssysteme übernommen (zum Beispiel DSM-I, APA 1952): Sucht als Variation einer soziopathischen Persönlichkeitsstörung. Die Behandlungsmodelle konzentrieren sich nun auf die primär angenommenen Persönlichkeitsdefizite und die entsprechenden Konflikte, während der Substanzmißbrauch selbst eher einen sekundären Stellenwert in diesem Behandlungszusammenhang hat.

Im **Lernmodell**, insbesondere dem der klassischen Behavioristen, basiert süchtiges Verhalten auf Lernprozessen, die weitgehend von Umgebungseinflüssen und mit Verstärkungen über die pharmakologischen Eigenschaften der Substanz gesteuert werden. In späteren Formulierungen des Lernmodells, hier vor allem dem sozial-kognitiven Lernmodell von Bandura (1979), wurde die strikte Umgebungsbezogenheit des Lernens ersetzt durch die Annahme, daß direkte Umgebungseinflüsse durch psychologische Faktoren modifiziert werden, wie zum Beispiel durch kognitive Bewältigungsverhalten (Coping) und Selbstregulation bzw. Selbstkontrolle. Diese Faktoren sind insbesondere ein Fokus des **kognitiven Modell** (Beck, Wright, Newman, Liese 1993). Hier wird das Voranschreiten gelegentlichen, genußorientierten Substanzkonsums hin zu abhängigen Konsummustern durch psychologische *und* soziale Faktoren erklärt.

Obwohl pharmakologische Faktoren als weniger wichtig empfunden werden, sind Grundannahmen (Beliefs) über Substanzeigenschaften zur Affektregulation in diesem Modell zentral. Kognitive Grundschemata und Einstellungsmuster können den Substanzgebrauch und -mißbrauch auslösen und aufrechterhalten. Das so formulierte kognitiv-behaviorale Modell integriert Modelle des sozialen Lernens und der Kognition. Diese Modell bemüht sich in besonderer Weise um eine valide und reliable empirische Grundlegung der multifaktoriellen Modellannahmen.

Als Reaktion auf die traditionellen Modelle, welche die Entstehungskausalitäten für Abhängigkeitsentwicklung entweder im Individuum oder in der Substanz suchten, betonte das **soziokulturelle Modell** die ätiologische Signifikanz sozialer Faktoren (zum Beispiel Dynamik und Druck in der Peer-Gruppe, familiäre Faktoren usw.) und soziokultureller Settings (zum Beispiel die soziale Akzeptanz von Sucht, von Substanzkonsum, Griffnähe zu entsprechenden Substanzen usw.). Dieses Modell orientiert sich eher an beschreibenden Grundlegungen und berücksichtigt in besonderem Maße epidemiologische Daten und Thesen des Public-Health-Ansatzes.

Die zeitgenössische, wissenschaftliche Betrachtung der Entstehungsbedingungen von Sucht kann am besten als **bio-psycho-soziales Modell** beschrieben werden. Im bio-psycho-sozialen Modell (Lindström 1992, Sher 1991) wird Beginn und Verlauf einer Suchtentwicklung als Resultat von kontinuierlichen reziproken Aktionen zwischen individueller (vererbter), biologischer und psychologischer Vulnerabilität in den entsprechenden psychosozialen Rahmenbedingungen konzipiert. Beispiele sind das neurobiologische Lernmodell von Cloninger (1987) und Tarters Verhaltensentwicklungsmodell (Tarter, Alterman, Edwards 1985, Tarter, Vanyukov 1994).

Das kognitiv-behaviorale Modell wird in besonderer Weise durch neurobiologische Grundannahmen ergänzt. Die wichtigsten Ergebnisse der damit verbundenen Grundlagenforschung werden im folgenden Abschnitt ausführlich dargestellt.

### **Aussagen der biogenetischen, biochemischen und biomedizinischen Forschung zu Fragen der Entwicklung von Alkoholabhängigkeit**

#### **Studien zur Genetik von Alkoholabhängigkeit**

In den vergangenen 2–3 Jahrzehnten sind zahlreiche Ansätze im Forschungsbereich der Biogenetik und Biochemie entwickelt worden, über die biomedizinische Alkoholforschung liegt zahlreiche Literatur vor. Einen Überblick über den Stand dieser Forschung liefern Wanke und Bühringer (1991) sowie das Handbuch von Seitz, Liebermann und Szymanowski (1995). Ob-



wohl sich in diesen Theorien zu Fragen der Abhängigkeitsentwicklung auch Ansätze von multifaktoriellen Erklärungsmodellen finden, wird man feststellen, daß viele Ansätze von einem eher somatischen Aspekt ausgehen und im wesentlichen zwei Zielsetzungen verfolgen:

- a) die *eine* Ursache oder *den* Verursachungsfaktor für Abhängigkeit zu bestimmen.
- b) *eindeutige* biologische, chemische oder genetische Marker festzulegen, die die Alkoholabhängigkeit als Krankheit präzise bestimmen sollen.

Hierzu läßt sich schon jetzt feststellen, daß es bisher nicht gelungen ist, eine einzige biologische, genetische oder chemische Ursache oder Marker für die *Bestimmung* von Alkoholabhängigkeit festzulegen. Dies soll jedoch nicht bedeuten, daß es in diesen wissenschaftlichen Disziplinen keine für die vorliegende Arbeit beachtenswerten Aussagen und Ergebnisse gäbe. Die für ein psychoedukatives Behandlungsprogramm relevanten Aussagen dieser Wissenschaftsdisziplinen geht es im Folgenden.

Die Vorstellung, Alkoholismus sei angeboren, hat ihre Wurzeln in Theorien des 19. Jahrhunderts, in denen Alkoholismus als eine Form der Geistesstörung angesehen wird. Ebenso wie das Krankheitskonzept wurde die Vererbungstheorie in den 30er und 40er Jahren dieses Jahrhunderts wiederentdeckt (Levine 1978). Es waren vor allem die Anonymen Alkoholiker, die die Vererbungshypothese in Form der Allergietheorie populär machten. Die Kontroverse innerhalb der Entwicklungspsychologie zwischen anlage- und umweltbedingten Ursachen erfaßte in den 70er und 80er Jahren auch die Alkoholismusforschung. Die Forschungsmethoden der Vererbungstheorie, die vor allem in Familienuntersuchungen, Zwillings- und Adoptionsstudien fundiert werden, aber auch der Intelligenzforschung werden hier auch auf die Abhängigkeitsforschung angewandt.

Studien der Alkoholabhängigkeit in Familienverbänden (Goodwin 1976; Cotton 1979; Agarwal und Goedde 1987) bestätigen höhere Inzidenzraten bei Angehörigen von „Alkoholikerfamilien“. Die Zwillingsforschung zur Entwicklung von Alkoholabhängigkeit (Kaij 1960 in Schweden, Hrubec und Omenn 1981 in den USA) ermitteln eine Beteiligung genetischer Faktoren, während Gurling 1981 in den USA keine signifikanten Unterschiede in Konkordanzfragen feststellt. Neuere Zwillingsuntersuchungen, wie die von Pickens et al. (1991) ermitteln eine signifikante Konkordanz für männliche Zwillinge, Clifford et al. (1981) versuchen zu belegen, daß das Trinkverhalten von Männern stärker genetisch beeinflusst ist als das von Frauen.

In den sog. Adoptionsstudien, die den Anspruch erheben, biologisch-genetische von Umweltfaktoren unterscheiden und getrennt untersuchen zu können (Goodwin et al. 1973; Bohmann

et al 1984; Cadoret, Wesner 1990), wurde versucht, biologisch-genetische Anteile von Alkoholismus zu bestimmen. Die in Dänemark und Schweden durchgeführten Studien formulieren Aussagen dahingehend, daß Söhne von Alkoholikern 4mal so häufig Alkoholiker werden als adoptierte, deren biologische Eltern nicht Alkoholiker waren. In einer weiterführenden Studie aus Schweden ermittelten Cloninger et al (1987) zwei Typen von Alkoholismus:

Typ 1: der *milieu limited type*. Dieser Typus ist von der genetischen Prädisposition und von Umwelteinflüssen abhängig. Das Zusammentreffen beider Kriterien verdoppelt das Risiko, alkoholabhängig zu werden. Dieser Alkoholikertyp zeichnet sich durch einen Verlust der Kontrolle über das Trinken und das Fehlen eines Reuegefühls aus (Seitz et al 1995).

Typ 2: der *male limited type*. Dies ist die seltenere Form und sie kommt ausschließlich bei Männern vor. Dieser Typus ist hochgradig vererbbar, so daß ein 9fach höheres Risiko bei prädisponierten Individuen besteht. Umweltfaktoren scheinen nur eine geringe Rolle zu spielen. Das Persönlichkeitsprofil dieses Alkoholikers ist durch Impulsivität, Erregbarkeit und hemmungsloses Verhalten gekennzeichnet.

Dieser Forschungszweig trifft Aussagen dahingehend, daß Alkoholismus eine genetische Grundlage besitzt und daß dieser Anteil im Vergleich zu möglichen Umweltfaktoren signifikant überwiegt. In den Ausführungen von Cloninger et al wird allerdings auch deutlich, daß neben der genetischen Bestimmung des Verhaltens, Alkohol zu trinken, auch stark moralisch geprägte Kategorien, etwa das Fehlen von Reuegefühlen und hemmungsloses Verhalten, mit einfließen. Dabei bestehen Probleme bei der Definition der Diagnose des Alkoholismus, der Zygotität der Zwillinge sowie der Reliabilität der Messungen. Gegen einzelne empirische Studien wird auch vorgebracht, daß die Stichproben der Alkoholikerzwillinge zu klein gewesen seien (Arend 1994).

Seitz et al. bemerken in ihrer Zusammenfassung der genetischen Aspekte des Alkoholismus, daß die Studien zur Untersuchung einer möglichen Vererbbarkeit bisher nicht eindeutig und wenig überzeugend sind. Andererseits gebe es Hinweise darauf, daß die genetische Konstitution eine zu unterscheidende Suchtgefährdung mit sich bringen kann (Seitz et al. 1995).

In diesem Zusammenhang wäre noch der Forschungszweig zu erwähnen, der damit beschäftigt ist, biochemisch-genetische Marker zu bestimmen, und der die These vertritt, daß bestimmte Enzymsysteme wie das ADH und das ALDH (Alkoholdehydrogenase und Aldehyddehydrogenase) genetisch kontrolliert werden. Die Studien zur Ethnizität und Alkoholkonsum belegen, daß es, je nach Interpretation, einen angeborenen Stoffwechseldefekt (Seitz et al. 1985), oder einen schützenden Alkoholismusfaktor im Enzymsystem gibt (Arend 1994). Mit der Diskussion um biochemische Marker wie ADH oder ALDH begeben wir uns in ein

Forschungsgebiet, das sich mit der Ermittlung biologischer (genetischer) Marker auseinandersetzt und beabsichtigt, mit diesen Markern Prognosen abzugeben, die Risikofaktoren für die spätere Entwicklung eines Alkoholkonsums anzuzeigen vermögen.

Soyka (1997) unterscheidet generell zwischen Traitmarker (vererbare Indikatoren für die Disposition zur Erkrankung und zeitunabhängige Variablenmerkmale), Statemarker (Zustands- bzw. zeitunabhängige biochemische Variablen, die während der akuten Erkrankung, nicht aber vorher und nach ihrem Abklingen vorliegen) und Assoziationsmarker. Letztere beinhalten verschiedene genetische oder serologische Merkmale, die bei Alkoholkranken sehr viel häufiger ausgeprägt seien als bei Gesunden.

Soyka führt acht biologische und genetische Marker für Alkoholabhängigkeit an — von devotierten Auffälligkeiten bei Gehirnstrommessungen (EEG) bis hin zu biochemischen Markern wie Noradrenalin, Adrenalin, Dopamin und Serotin. Zusammengefaßt fällt er das Urteil, daß es bisher auch sehr aufwendigen Studien wie dem Coga-Projekt in den USA nicht gelungen ist, *eindeutig verlässliche* genetische Marker zu bestimmen (Soyka 1997).

Besondere Bedeutung kommt der Diskussion um die Neurotransmitterenzyme zu. Zahlreiche Befunde belegen die Bedeutung des mesolimbischen Dopaminsystems, des sog. Belohnungssystems für die Aufrechterhaltung des Suchtverhaltens (Böning 1994). Dopamin ist dabei ein Neurotransmitter, der verhaltens- und entwicklungsbiologisch eng mit Funktionen wie Triebregung, Sexualität und Nahrungsaufnahme verbunden ist, so daß man von sogenannten Emotionstransmittern sprechen kann. Zahlreiche Rauschmittel wirken direkt oder indirekt auf das mesolimbische Dopaminsystem und führen zu einer vermehrten Dopaminausschüttung. Dank der Zufuhr von Suchtstoffen kommt es zu einer Stimulation des Dopaminsystems, zu einer positiv verstärkenden Wirkung von Suchtmitteln wie z.B. durch Alkohol — chronischer Alkoholkonsum dagegen führt zu einer verminderten Funktion des Dopaminsystems (Soyka 1997). Erfolgt die regelmäßige Zufuhr von Suchtstoffen nicht mehr, reagiert der Körper mit Entzugssymptomen. Es wird hier also von der Annahme ausgegangen, daß im mesolimbischen System durch regelmäßige Alkoholzufuhr eine primäre oder sekundäre Unteraktivität endogener, dopaminärer Belohnungssysteme entsteht. Diese dopaminäre Hyperfunktion bei Alkoholkonsum kann zu einer vermehrten Sensivität der Dopaminrezeptoren führen, die dann für Alkoholverlangen und Craving mitverantwortlich ist. Die Hypothese lautet also, daß Suchtstoffe die Nervenzellen des mesolimbischen Systems stimulieren sowie daß von außen zugeführte Suchtstoffe innerhalb des Systems der Neurotransmitter als Belohnungssysteme fungieren, die Wohlbefinden und Lust initiieren und die bei regelmäßiger Zufuhr biologische

Prozesse entstehen lassen, die sowohl die psychische als auch die körperliche Abhängigkeit mitbestimmen.

In der medizinisch-biologischen Diskussion sind zahlreiche zustandsabhängige bzw. zeitunabhängige biochemischen Variablen bekannt, die während einer akuten Alkoholerkrankung benannt werden können. Soyka benennt zehn dieser gängigen Marker — darunter die Bestimmung des Blutalkohols, mittleres corpusculäres Volumen (MCV), Gammaglutamyltransferase (GGT) u.a. biologische Marker. Während die Bestimmung des Blutalkoholgehaltes einen präzisen Wert darstellt, erreichen andere Marker eine diagnostische Sensitivität zwischen 50 und 90% (Soyka 1997). Die Diagnose des Alkoholismus wird im wesentlichen im medizinisch klinischen Bereich auf diese sog. *state marker* gestützt. Sie spielen nicht nur für die klinische Diagnostik, sondern auch für die Rechtsprechung, und z.B. bei Fahreignungsprüfungen eine Rolle.

Biologische und genetische Assoziationsmarker sind verschiedene genetische oder serologische Merkmale, die bei Alkoholkranken viel häufiger beobachtet werden als bei Gesunden. Soyka benennt 13 solcher biologisch-genetischer Marker, angefangen vom Blutgruppenmarker bis hin zu Farbblindheit (Soyka 1997). Da diese Marker im klinischen Alltag für die Behandlung von Abhängigkeitsproblemen bislang keine oder nur eine sehr geringe Rolle spielen, wird hier nicht weiter auf sie eingegangen..

### **Neurobiologische Aspekte zur Existenz eines Suchtgedächtnisses (*addiction memory*)**

Im Abschnitt über biologische Marker wurde auf die Hypothese verwiesen, daß Suchtstoffe die Nervenzellen des mesolimbischen Systems stimulieren, und im System der Neurotransmitter als Belohnungssysteme agieren, die Wohlbefinden und Lust initiieren. Von den dem Belohnungssystem zugerechneten Hirnstrukturen kommt dem Nucleus accumbens — der Afferenzen von den limbischen Cortices, dem Hippocampus und der Amygdala bündelt — sowie dem zentralen Tegmentum die größte Bedeutung insbesondere für endorphinerg vermittelte Belohnungsprozesse zu (Böning 1994). In diesem Teil des menschlichen Gehirns, so vermutet die Neurobiologie, existiert eine Art Suchtgedächtnis. Im Mittelpunkt dieser Theorie steht der neurale Netzwerkgedanke bei der synaptischen und molekular-biologischen Organisation von unterschiedlichen Gedächtnisprozessen. Im Bezug auf selektiv-integrierende Regelschleifen und auf Vergleichssysteme neuronaler Informationsverarbeitung wird das personale Suchtgedächtnis als individuell-spezifisch erworbene Softwarestörung interpretiert (Böning 1994). Informationen werden hier dargestellt und gespeichert, allerdings nicht genau lokalisiert, sondern hochgradig vernetzt. Neurobiologisch gesehen spielen im Belohnungssy-

stem die direkt und indirekt dopaminerg, über das glutaterge NMDA-Rezeptorystem mesolimbisch vermittelte Konditionierung eine wichtige Rolle.

Diese Theorie beruht auf Annahmen über eine Molekularbiologie der Gedächtnisspur, so daß die neuralen Wege innerhalb dieses Belohnungssystems und die erzielbaren Wirkungen das Potential zu Mißbrauch und Entwicklung süchtiger Verhaltensautonomie bestimmen (Böning 1994). In dieser neurophysiologischen Theorie wird die Langzeitpotenzierung von regelmäßigem und hohem Alkoholkonsum als ein Prozeß beschrieben, der im Prinzip eine langfristige Gedächtnisspur — als molekulares N-Gramm der Synapsen — hinterläßt. Insbesondere die glutamaterge NMDA-Rezeptorsysteme sowie die Konfirmationsveränderungen der Opiat-Rezeptoren begründen die Annahme einer neurophysiologischen Gedächtnisspur. Es gibt allerdings auch die Hypothese, daß dieser neurophysiologische Prozeß als genetische Veranlagung interpretiert werden kann. (Böning 1994).

In der Sprache biologisch-informationsverarbeitender Systeme heißt das, daß durch Sinnesassoziationen aus der Latenz gehobene Erinnerungen bzw. mentale Bilder zur lokalen Aktivierung neuraler Funktionseinheiten führen. Das Phänomen der Dosissteigerung und Toleranzentwicklung von Alkoholkonsum kann aber auch als neurophysiologischer Prozeß interpretiert werden, der im Sinne eines Software-Suchtgedächtnisses gespeichert ist. Regelmäßiger Alkoholkonsum mit der Absicht, die Wirkung des Alkohols zu erfahren, geht einher mit der Erfahrung von Dosissteigerung und Toleranzentwicklung. Auch hier liefert die biologisch medizinische Forschung Hinweise darauf, daß beim Abbau mittlerer und höherer Alkoholkonzentrationen das sog. MEOS induziert wird, welches auch genetisch biologische Funktionen besitzt (Topel 1985). Die Ausbildung einer metabolischen Toleranz ermöglicht die Elimination überdurchschnittlich großer Alkoholmengen, was dann auch zur Folge hat, daß diese Personen regelmäßig größere Mengen Alkohol trinken müssen, um die gewünschte psychopharmakologische Wirkung und Belohnung zu erreichen (Arend 1994).

Böning bemerkt des weiteren, daß im Gegensatz zu vielen alltäglichen Gedächtnisbildungen, welche auch die Gnade des Vergessens kennen, die suchttypischen Gedächtnisprogramme offenbar nicht ohne weiteres so schnell ins Vergessen entlassen werden können; die komplementären biologischen Substrate verharren als altes Suchtverhalten jederzeit abrufbar in Lauterstellung.

Somit können situativ erlernte Trinksituationen neurophysiologische Reaktionen bedingen — worauf im Abschnitt über Craving-Verhalten noch eingegangen wird. Ebenso kann das Phänomen von Dosissteigerung und Toleranzentwicklung als abgespeicherter neurophysiologischer Prozeß interpretiert werden. Dies könnte bedeuten, daß ein Mensch, der regelmäßig

eine große Menge Alkohol getrunken hat, um damit eine bestimmte belohnende, angenehme Wirkung zu erreichen, diese Wirkung nur erreicht, wenn er eine gleich große Menge Alkohol trinkt. Dies bedeutet nicht auch, unbedingt unkontrolliert trinken zu müssen. Gemäßigter Alkoholgenuß kann für diese Personengruppen bedeuten, auf die volle belohnende Wirkung des Alkohols und auf ein „Wirkungstrinken“ in Form von Rauschzuständen zu verzichten.

### **Aussagen der medizinisch-biologischen Forschung zu Aspekten von *Craving***

*Craving* ist ein Begriff, hinter dem sich sehr unterschiedliche Konzepte verbergen. Es wird darunter oftmals ein unwiderstehliches Verlangen nach Einnahme einer Substanz (Alkohol) verstanden; man kann auch von Suchtdruck, Drang, Verlangen, Gier sprechen.

Für das Verständnis von *Craving* und seiner Entwicklung sind auch eine Reihe neurochemischer und molekular-biologischer Befunde von Bedeutung, die mit lerntheoretischen und verhaltensbiologischen Theorien zusammen gebracht werden können. Oftmals wird unterschieden zwischen *Craving* im frühen Entzug nach Absetzen eines Suchtmittels und nach längerer Abstinenz. Im wesentlichen lassen sich zwei überschneidende Konzepte erkennen. Das erste fokussiert vor allem die Antizipation der Wirkung und Belohnung durch Alkohol, das zweite die Antizipation unerwünschter Folgen bei Abstinenz (Soyka 1997).

Das erste *Craving*-Konzept führt zur Erfahrung einer belohnender Substanzwirkung, zu dem Verlangen nach Wiederholung und indirekt dazu, daß sich das Denken und Verhalten des Betroffenen um die Substanz dreht. Diese Art von *Craving* hat viel mit der Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit zu tun. Da die Substanz sehr lange Zeit in bestimmten Situationen eingenommen wird, ist die adaptive Antwort auf das Verhalten und auf das Setting (Umgebung bzw. Situation, in der Alkohol getrunken wird) konditioniert. Bestimmte Schlüsselreize, wie das Aufsuchen eines Stammlokals, bestimmte Uhrzeiten, bestimmte Streßsituationen, reichen hin um, unabhängig von der Substanzeinnahme, diese Adaption und das *Craving* auszulösen. Die neurochemischen Forschungen liefern Hinweise, daß in solchen Situationen auch neurochemische Prozesse im Gehirn ablaufen, die das genaue Gegenteil der Veränderung sind, die von der Substanz bei nicht regelmäßigen Konsumenten verursacht werden. Wetterling et. al (1996). beschreiben zwei Erklärungsmodelle der Veränderung der Neurotransmittersysteme im Belohnungssystem, die die Ausprägung des *Cravings* nach längerer Abstinenz beeinflussen können:

1. Unterstimulation des Belohnungssystems (Defizittheorie),
2. bestimmte Neuronenverbände sind vermindert erregbar (Subsensivitätstheorie).

Beide Hypothesen gehen davon aus, daß bei Menschen, die regelmäßig und häufig viel Alkohol trinken, das Belohnungssystem „unternormal“ aktiviert ist und exogen durch Alkohol oder

Drogen erregt werden kann (in Richtung Normalzustand). D.h. das biologische Korrelat für das Craving ist die Differenz zwischen subaktivem Zustand und Normalzustand des Belohnungssystems.

Obwohl laut Soyka auf der neurochemischen oder neurobiologischen Ebene Craving bei Alkoholabhängigen bislang noch nicht ausreichend definiert werden konnte, werden in dieser Forschung die Bedeutung dopaminärer und endorphiner, aber auch serotonärer, noradrinärer, GABA-erger und glutamaterger Mechanismen heftig diskutiert. Viele der Theorien zur Neurobiologie des Suchtgedächtnis und auch von Craving-Verhalten sind zwar noch rein hypothetisch, dennoch wird in der Entwicklung von Anti-Craving-Substanzen die Möglichkeit gesehen, Entzugssymptome zu reduzieren und Craving-Verhalten in Intensität und Häufigkeit zu reduzieren. Es gibt Craving-Substanzen, die die belohnende Wirkung von Alkohol antagonisieren, ohne daß eine Unverträglichkeitsreaktion im engeren Sinne wie bei Disulfiram auftritt. Soyka zählt zehn Substanzen auf, die in der derzeitigen Diskussion sind (Soyka 1997).

Auf die Bedeutung des endogenen Opiat-Systems, der Opiat-Rezeptoren und der Endorphine für die durch Alkoholkonsum vermittelten positiven Wirkungen wurde schon hingewiesen. Die Erwartung der neurobiologischen Forschung besteht in diesem Zusammenhang nun darin, daß durch eine Blockade der Opiat-Rezeptoren das Alkoholverlangen und die Rückfallgefahr vermindert werden kann. Als Anticraving-Substanzen werden die Opiat-Antagonisten Naltrexon und neuerdings auch Nalmefen eingesetzt. Der Einsatz von Naltrexon wird besonders in den USA vorangetrieben, in der Studie von O'Malley et al. konnte ein günstiger Effekt von Naltrexon auf die Abstinenzraten nachgewiesen werden (1992). In Deutschland ist der Einsatz von Naltrexon noch nicht zugelassen. Die in Europa derzeit am häufigsten angewandte Substanz ist Acamprosat.

Ausgangspunkt dieser Forschungsrichtungen sind Annahmen, daß Alkohol mit dem glutamatergen System in vielfacher Hinsicht interagiert. Durch regelmäßige Alkoholzufuhr kommt es zu Veränderungen am glutamatergen System, zu einer Überfunktion von Glutamatrezeptoren. Es wird eine kompensatorische Vermehrung der NMDA-Rezeptoren induziert, und es kommt adaptiv zu einer erhöhten Empfindlichkeit und Höherregulierung von NMDA-Rezeptoren (Soyka 1997). Eine weitere Folge ist eine verminderte Erregbarkeit der Zellen, da Äthanol die Affinität der GABA und GABA- $\alpha$ -Rezeptoren erhöht. Bei Wegfall des Äthanolinflusses oder auch nach mehrmonatigem Alkoholverzicht führen die beschriebenen adaptiven biochemischen Veränderungen zu einer Hyperexzitation der ZNS, da nun gegenüber dem Normalzustand die GABA-ergen Transmissionsvorgänge abgeschwächt, die glutamatvermittelten Übertragungsvorgänge jedoch verstärkt sind. Der Wirkstoff Acamprosat versucht die

Reizübertragung im glutatergen System zu modellieren und auf die NMDA-Rezeptoren Einfluß zu nehmen, so daß die Anteile des Verlangens zu trinken, die möglicherweise mit der neuro-chemischen Ebene verbunden sind, reduziert werden.

In den Studien zur Wirksamkeit von Acamprosat konnte nachgewiesen werden, daß ein günstiger Einfluß auf Abstinenzraten festzustellen ist — sie sind fast doppelt so hoch, —, und daß die Anzahl der abstinenten Tage im Behandlungszeitraum bei der Patientengruppe mit der Einnahme signifikant höher waren als in der Kontrollgruppe (Soyka 1997). Wie in den klinischen Studien, soll die Therapie mit Acamprosat zusätzlich zu bislang schon angewandten psychotherapeutischen Maßnahmen eingesetzt werden.

Diese Ausrichtung der biologisch-medizinischen und neurochemischen Forschung steckt laut Soyka aber noch in den Kinderschuhen. Es gibt nur deutliche Hinweise, daß bei dem Verhalten, Alkohol zu trinken oder darauf gänzlich zu verzichten, biochemische Prozesse eine Rolle spielen. Die Bedeutung dopaminerger und endorphinerger oder glutaterger Mechanismen muß jedenfalls berücksichtigt werden.

### **Ausblick**

Das bio-psycho-soziale Modell bildet die Basis für das funktional-dynamische Erklärungsmodell zum problematischen Alkoholkonsum, wie es in Kapitel 4 ausführlich entwickelt und dargestellt wird. Dieses Modell ist grundlegend und handlungsleitend bei der Konzeptionierung des psychoedukativen Schulungsprogramms. Hinweise auf den aktuellen Forschungsstand zum Suchtgedächtnis und zum Craving-Phänomen werden in geeigneter Form in das Programm einbezogen, Craving wird grundsätzlich als Risikofaktor bei der Bewältigung von problematischem Alkoholkonsum dargestellt, die Phänomene der Toleranzentwicklung und der damit verbundenen Dosissteigerung beim Alkoholkonsum werden in diesem Zusammenhang präsentiert. Selbstregulation ist dabei integraler Bestandteil des bio-psycho-sozialen Ätiologiemodells und führt zur pragmatischen Anwendung von Selbstkontrollstrategien.

### **Psychologische Erklärungsversuche**

Der biomedizinische Erklärungsansatz zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Alkoholismus muß durch die Einbeziehung psychologischer und soziologischer Faktoren erweitert werden. Nur so ist zu klären, weshalb manche Personen mit hoher Alkoholverträglichkeit alkoholabhängig werden und andere nicht. Wie schon gezeigt, ließen sich bisher keine eindeutig charakteristischen Persönlichkeitseigenschaften oder -strukturen empirisch herausarbeiten, die auf sucht-prä-morbide Persönlichkeiten hinweisen. Drießen und Hill (1998) stellen



in ihrer Übersichtsarbeit über Alkoholismus und psychiatrisch klassifizierbare Persönlichkeitsstörungen heraus, daß es weder eine einzige noch mehrere „Suchtpersönlichkeiten“ gibt. Es gebe nur Hinweise, daß eine massive Persönlichkeitsstörung mit einem frühen Abhängigkeitsbeginn und einer schnelleren Entwicklung bis zur vollen Ausprägung des Alkoholismus einhergehe.

Weitergehende psychologische Erklärungsmodelle liefern psychoanalytische Theorien, Verhaltenstheorien, systemisch-familietherapeutische Ansätze und motivationale Theorieansätze.

### Psychoanalytische Ansätze

In der Psychoanalyse wird Substanzmißbrauch und -abhängigkeit generell als Symptom verstanden. Ihr geht es um die Herausarbeitung der zugrunde liegenden Konflikte, und ein Substanzmißbrauch wird als Antwort auf diese Konflikte verstanden.

In der frühen Psychoanalyse wurden Abhängigkeit und Sucht allgemein als „orales Phänomen“ erfaßt, das verschiedene, unbewußte Bedeutungsinhalte aufwies. Dabei wurden Typologien von Abhängigkeiten unterschieden. Gestützt wurde diese Sichtweise vor allem durch triebtheoretische Annahmen. Rado (1926) war der erste, der derartige Typologien von Sucht formulierte, die allerdings sowohl in einer Fokussierung auf triebtheoretischen Annahmen als auch auf solche, die auf defensiven Abwehrstrukturen beruhten, fundiert wurden.

Der augenblickliche Stand der psychoanalytischen Theorie zu Erklärung von Drogenabhängigkeit und Alkoholmißbrauch ist der folgenden Tabelle von Morgenstern und Leeds (1993, S. 193) zu entnehmen:

Theoretiker	Prototypische Pathologie	Vulnerabilität	Gewünschte Alkoholwirkung
<b>Wurmser</b> 1984, 1985 Triebtheorie	Neurotischer Konflikt	Selbstvorwürfe	Befreiung
<b>Khantzian</b> 1990 Ichpsychologische Theorie	Selbst-Defizit Ich-Schwäche	Beschädigtes Selbst	Reperatur, Regulation

<b>Krystal</b>			
1977, 1978 Objektbeziehungstheorie	Gestörte Objekt- beziehungen	Borderline-Struktur	Verschmelzung, Ekstase
<b>Mc Dougall</b>			
1989 Psychosomatische Theorie	Psychosomatische Störung	Externalisiertes Ich	Vermeidung, Flucht

Nach dem **triebpsychologischen Erklärungsmodell** dient die Substanz Alkohol dazu, Unlust zu verhindern und Lust zu steigern. Unterschwellig wird hier Genußsucht unterstellt, die bei manchen Alkoholkonsumenten zu Beginn einer Suchtentwicklung vielleicht eine Rolle gespielt haben mag. Mit großer Wahrscheinlichkeit wird diese Genußperspektive in die Menschen mit Alkoholproblemen hineinprojiziert von denen, die ein solches Ausmaß von Problematiken noch nicht entwickelt haben. Das triebtheoretische Suchtmodell leuchtet unmittelbar ein, weil es vor allem die mangelnde Therapiemotivation zu erklären vermag. Ross (1988) wendet ein, daß nicht eine übermäßige Triebhaftigkeit zum Trinken verleite, sondern vielmehr die Unfähigkeit, auf andere Weise Lust und Befriedigung zu erleben. Dieser Ansatz erlaubt eine Änderung des therapeutischen Umgangs mit den abhängigkeitskranken Menschen. Negative Gegenübertragung und ein vorwurfsvoller konfrontierender Umgang kann so eher zurückgenommen werden.

Im **Ich-(Struktur-)psychologischen Modell** ist das Symptom, der Alkoholismus, nur vordergründig Ausdruck eines Konflikts. Er ist eigentlich Resultat nicht ausreichend entwickelter „Abwehr-Ich-Funktionen“, die aus psychoanalytischer Sicht als bedeutsam für die Realitätsanpassung des Menschen angesehen werden, wie zum Beispiel Frustrationstoleranz, Fähigkeit zum Aufschub von Belohnendem, Fähigkeit zur Unterscheidung sprachlicher Symbolisierungen von Affekten usw. Der Alkoholkonsum entspricht bei unterentwickelten Ich-Funktionen einem Selbstheilungsversuch. Bei Alkoholismus wird angenommen, daß innere und äußere Reize und Affekte nicht differenziert und nicht als spezifische erlebt werden können, sondern das Ich von diesen Affektkonstellationen förmlich überrollt wird. Der Alkohol stellt so ein probates Mittel dar, diese anflutenden, ängstigenden und drängenden Urgefühle auf Abstand zu halten; er kann somit einen Reizschutz darstellen. Die Alkoholismussymptome werden also nicht als Krankheit verstanden, sondern ganz im Gegenteil als verzweifelter und meist von vornherein zum Scheitern verurteilter Versuch, die aus einem Defekt des Ichs resultierende innere Notlage zu „reparieren“. Wenn diese Schutzfunktion des Alkohols gegeben ist, ist bei der Forderung nach Abstinenz als Voraussetzung oder Ziel einer Therapie Vorsicht gebo-

ten, weil beim Wegfallen des Ich-Struktur-Substituts Alkohol Dekompensationen nicht auszu-schließen sind.

Das **objektpsychologische Modell** läßt Rückschlüsse auf die beobachtbaren, massiv autode-struktiven Tendenzen im Alkoholismus zu. Abhängigkeit gilt hier als „Selbstmord auf Raten“. Bereits in der frühen psychoanalytischen Theoriebildung wurde auf den mächtigen destrukti-ven Haß und den Sadismus als die eigentlichen Triebkräfte einer Sucht hingewiesen. Man-gelndes Eingehen auf kindliche Primärbedürfnisse, hohe Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen und permanentes Erleben des Abgelehntseins verhindern die Ausbildung einer stabilen Selbstwertschätzung und die Gewißheit des „In-der-Welt-sein-Dürfens“. Mit dem Trinken vernichtet man vor diesem Hintergrund nicht nur den Alkohol, sondern vor allem sich selbst. Durch das Trinken verschlingt der Süchtige sein nach außen verlagertes Über-Ich. Dieser orale Vereinnahmung tritt an die Stelle reiferer Abwehrformen, wie sie zum Beispiel die Ver-drängung darstellt. Der Verweis auf diese selbstzerstörerischen Kräfte erklärt zumindest an-satzweise, warum bei Abhängigen mit Abschreckung (aversiblen Behandlungsformen) keine Erfolge zu erzielen sind. Deshalb scheitern auch Versuche, den Suchtkranken aus therapeuti-schen Gründen ihre eigene katastrophale Gesundheitssituation oder die ihrer Mitpatienten vor Augen zu führen, zum Beispiel mit Videoaufnahmen von Krampfanfällen und Delirien. Alko-hol als Selbstzerstörungsmittel steht im Mittelpunkt auch des therapeutischen Ansatzes, der eher auf diese schädlichen Impulse fokussiert. Schadensminimierung steht dabei im Vorder-grund, Überlebenssicherung und Suizidprophylaxe haben hier eine besondere Bedeutung.

Die erwähnten psychoanalytischen Modelle zur Erklärung von Abhängigkeit und Sucht und die daraus resultierenden Behandlungsmodelle sehen sich einer scharfen Kritik ausgesetzt (Morgenstern, Leeds 1993).

Drei Hauptkritikpunkte haben sich herausgebildet:

1. Ein traditionell orientiertes, nicht modifiziertes psychoanalytisches Behandlungsmodell bei der Behandlung Abhängigkeitskranker ist wenig wirkungsvoll.
2. Psychoanalytische Theorieansätze haben die signifikanten Fortschritte im Bereich der Ab-hängigkeitsforschung der letzten zwanzig Jahre ignoriert; sie haben sich an der Validierung der gängigen bio-psycho-sozialen Perspektive zu Abhängigkeitsproblemen nicht beteiligt.
3. Es ist somit eine erhebliche Divergenz zu Wissensbeständen zu verzeichnen, die aus empi-risch fundierten Studien abgeleitet sind. Psychoanalytischen Theorien- und Behandlungs-ansätzen fällt es schwer, sich auf die Tatsache einzustellen, daß Menschen, die Substanzen mißbrauchen, eine heterogene Gruppe sind bezüglich Alkoholkonsumbeginn und -verlauf, Symptombild, Familiengeschichte und Komorbidität mit anderen psychiatrischen Stö-

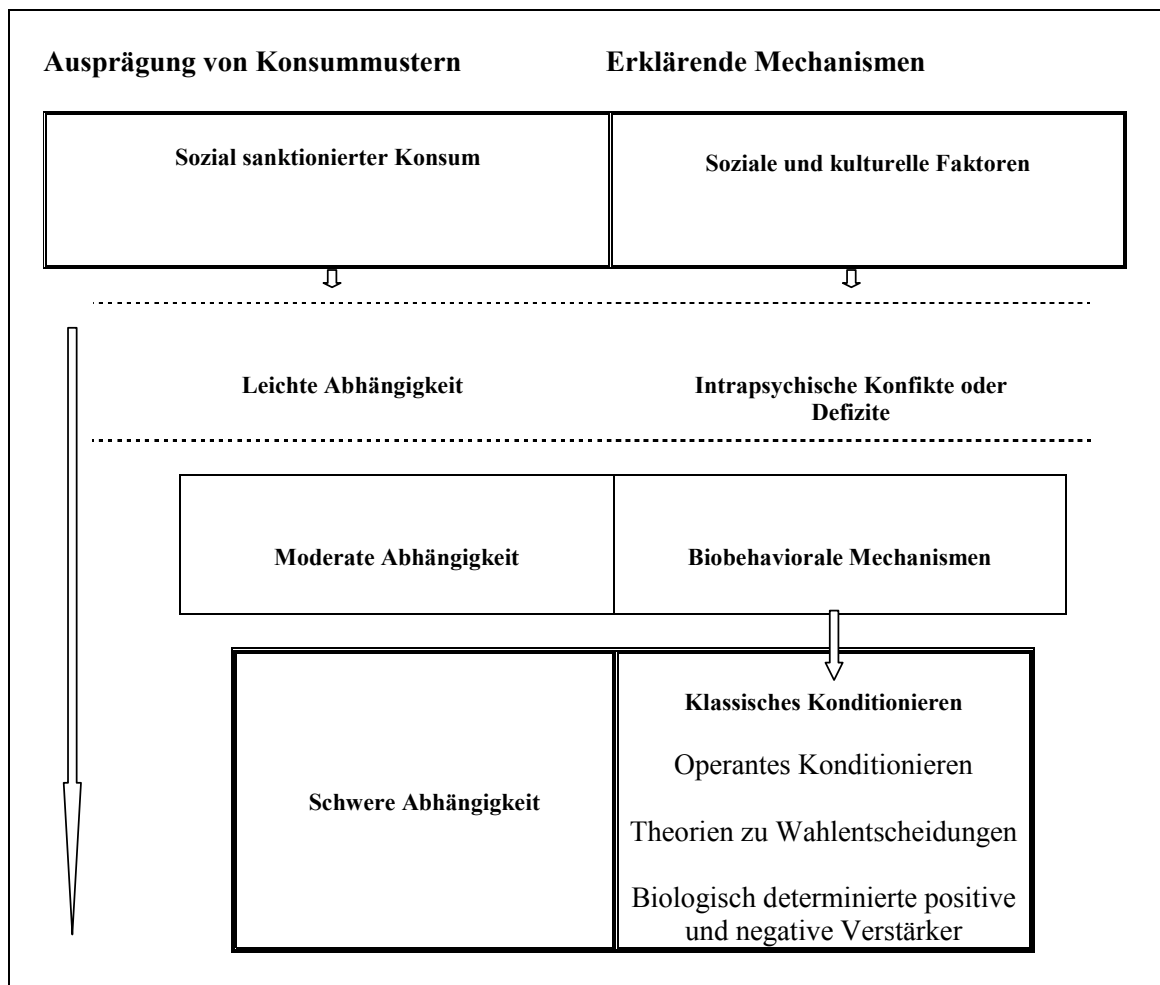
rungsbildern. Eine prädisponierende Suchtpersönlichkeit existiert nicht. Auch der Umgang mit der Substanz Alkohol ist kein „Alles-oder-Nichts“-Phänomen.

Spezifische Konsumformen und Mißbrauchsausprägungen erfordern unterschiedliche Erklärungsansätze und Behandlungsformen. Auszugehen ist von einem Kontinuum alkoholspezifischer Problemstellungen zwischen den Polen leichter bis schwerster Ausprägung. Diese Dimensionierung fehlt den psychoanalytischen Ansätzen völlig, weil sie von einer Homogenität des Symptombildes ausgehen.

Die Annahme, daß zeitstabile Charaktermanifestationen ätiologisch signifikant seien, ist durch viele empirisch fundierte Studien widerlegt worden. Psychologische Problementwicklungen von Menschen mit Substanzmißbrauch sind einem prozeßhaften Verlauf unterworfen. Die pharmakologischen Effekte von Alkohol zur Stimmungsregulation und der Verlust von wichtigen sozialen Kontexten bei langfristig angelegten Konsummustern ist offensichtlich für signifikante Ausprägungen psychiatrisch relevanter Störungen bei Menschen mit Alkoholismus verantwortlich.

Anders als psychoanalytische Erklärungsmodelle erlaubt das Konzept des Abhängigkeitssyndroms eine Beschreibung der pathogenen Prozesse beim Alkoholmißbrauch und bei der Entwicklung des Alkoholismus. Eine bio-psycho-soziale Grundlegung dieser Phänomene erkennt die schwere Form des Alkoholmißbrauchs als eher durch neurobiologische Faktoren bedingt; kulturelle und psychologische Faktoren sind bei dieser schweren Ausprägung der Krankheit somit eher von sekundärer Bedeutung (Barbor 1992). Die folgende Abbildung illustriert diesen Zusammenhang in vereinfachter Form (Morgenstern, Leeds 1993).

**Abbildung: Ausprägungsbeziehung zwischen Schwere der Abhängigkeit und den damit verknüpften pathogenetischen Bedingungen (aus: Morgenstern, Leeds 1993, S. 79)**



Auf der linken Seite ist der Übergang von sozial sanktionierten Konsummustern zu schweren Abhängigkeitsformen dargestellt. Auf der rechten die dominierenden, zugrunde liegenden Mechanismen, welche die Konsummuster in den unterschiedlichen Phasen der Abhängigkeitsentwicklung kontrollieren können:

Normaler Konsum wird weitgehend durch kulturelle und soziale Faktoren kontrolliert. Soziale Modelle beeinflussen Haltungen und Grundannahmen zu den positiven Wirkungen von Alkohol. Einige Individuen entwickeln idiosynkratische Annahmen in die „Kraft des Alkohols“, um schmerzhaft Affekte vermeiden oder sozialen Verantwortlichkeiten entfliehen zu können. Damit verbundene innere Konflikte oder Defizite oder das Ausgesetztsein durch starke und langdauernde Stressoren machen diese Individuen teilweise vulnerabel für die unmittelbaren positiv-verstärkten Qualitäten des Alkohols. In dieser Phase der leichten Abhängigkeit dominieren die Motive und inneren Strukturen, die durch psychoanalytische Theorien beschrieben werden, Die Konsummuster verstärken sich und ein vollkommen anderes Bedin-

gungsgefüge von Faktoren, die durch lerntheoretische Annahmen und biologisch-vermittelte Verstärkungsmuster gekennzeichnet sind, treten in den Vordergrund. Einige behaviorale Mechanismen sind in der obigen Abbildung dargestellt. In diesem Stadium haben einsichtsorientierte, psychoanalytisch ausgerichtete Interventionsformen nur geringe Wirksamkeit, behaviorale Strategien in Kombination mit biomedizinischen Interventionen versprechen dagegen einen größeren Wirkungsgrad.

### **Ausblick**

Innere Motiv- und Konfliktlagen werden im Rahmen des psychoedukativen Schulungsprogramms thematisiert. Darüber hinaus gibt es keinen Rückbezug auf psychoanalytische Erklärungsmodelle zum problematischen Alkoholkonsum.

### **Verhaltenstheoretische Ansätze**

Verhaltenstheoretische Bedingungsmodelle bei substanzbedingten Störungen unterscheiden sich von den anderen, eher dispositionellen Modellen, durch eine interaktionelle Perspektive, die situative Elemente, Umwelt und Persönlichkeit einbezieht. Dieser Perspektivenwechsel geht in der therapeutischen Praxis mit einer stärkeren Ausrichtung an lösungs- und ressourcenorientierten Strategien einher (Marlatt, Gordon 1985; Miller, Rollnick 1991; Beck et al. 1993; Arend 1994; Petry 1993; Körkel et al. 1995). Die Lerngesetzmäßigkeiten des klassischen und operanten Konditionierens sind Grundlage für verhaltenstheoretische Modelle, wonach bestimmte, verhaltensauslösende Reize sowie verhaltensverstärkende Konsequenzen an der Entstehung und der Aufrechterhaltung süchtiger Verhaltensweisen beteiligt sind.

Im Modell der klassischen Konditionierung wird davon ausgegangen, daß zunächst neutrale Reize, wenn sie mehrfach mit der Einnahme von psychoaktiven Substanzen einhergehen, schließlich auch bei alleiniger Darbietung zu konditionierten oder bedingten Reaktionen führen, die den Wirkungen bei der Einnahme der jeweiligen Substanz ähneln. Auf zentralnervöser Ebene kommt es dabei zu einer Ersetzung des unkonditionierten Reizes durch den neutralen Reiz. Wenn der Anblick von Alkohol ein konditioniertes, sozusagen reflexartiges Verlangen danach auslöst und der Alkoholkonsum die Erwartung, an Kompetenz zu gewinnen, fördert oder die Beendigung unangenehmer Affekte bewirken kann, dann wird zukünftiger Alkoholkonsum wahrscheinlicher — das ist die Grundaussage des verhaltenstheoretischen Modells. Von operanter Konditionierung oder instrumentellem Lernen spricht man, wenn die Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhaltensweisen durch die nachfolgenden Konsequenzen

(positive oder negative Verstärkung, direkte oder indirekte Bestrafung) verändert wird. Bei der klassischen Konditionierung gehen die auslösenden Reize der Reaktion voran, bei der operanten Konditionierung folgen diese auf die jeweilige Reaktion.

Die im Zusammenhang mit Alkoholkonsum zu beobachtenden psychophysiologischen Prozesse sind recht komplex, und es gibt unterschiedliche Erklärungen dieser Phänomene. Unterschiede gibt es insbesondere bei der Konzeptualisierung des Drogenverlangens (Craving), das in den gängigen Modellen entweder aus agonistischen, aus gegenregulatorischen oder aus Entzugsreaktionen hervorgeht (Vogel-Sprott 1995; Robins, Ehrmann 1992; Powell et al. 1982; Iaura et al. 1988). Ludwig et al. (1974) sehen im Alkoholverlangen das kognitive Korrelat einer konditionierten Reaktion, die einem Entzugssyndrom entspricht: Im Verlauf der Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklung werden zunächst die nach innen wahrnehmbaren physiologischen Effekte des Alkohols zu konditionierten Reizen für die nachfolgenden Entzugsreaktionen. Selbst nach langen Abstinenzphasen sollen dann geringe Alkoholmengen genügen, um diese konditionierte Entzugsreaktion, die subjektiv als heftiges Alkoholverlangen (Craving) erlebt wird, auszulösen. Darüber hinaus werden situative Hinweisreize, beispielsweise der Anblick oder der Geruch alkoholischer Getränke, über Konditionierungsprozesse ebenfalls zu konditionierten Reizen, die diese Entzugsphänomene als Bestandteil der konditionierten Reaktion auslösen können. Der erneute Alkoholkonsum wird in diesem Modell vornehmlich durch den dadurch bewirkten Wegfall der Entzugssymptomatik motiviert (negative Verstärkung).

Entzugssymptome und Toleranzveränderungen können auch durch gegenregulatorische Prozesse unmittelbar an situative Reize gebunden werden. Das Zwei-Prozeß-Modell von Solomon (1980) geht von antagonistischen Gleichgewichtsprozessen aus, die auch als motivationale Grundlage für den Gebrauch psychoaktiver Substanzen, insbesondere Alkohol, gelten können. Auf emotionale Erregung bzw. auf entsprechende Verstärkungsprozesse folgt stets ein weiterer Prozeß, dessen hedonistische oder affektive Qualität dem ersten Prozeß entgegengerichtet ist. Die wiederholte Präsentation eines alkoholbezogenen Reizes verändert seine verstärkende Potenz, über die Zeit hinweg kommt es zum Anwachsen des zweiten Prozesses, der selbst wiederum motivierende Qualität aufweist. Aus dem „Kater“ des Gelegenheitstrinkers entwickelt sich so die emotionale Verstimmung und die Entzugssymptomatik des Spiegeltrinkers.

Alle bisher betrachteten Modelle gehen von negativen Verstärkungsmustern bei der Aufrechterhaltung abhängigen Verhaltens aus. Es gibt jedoch deutliche Hinweise, daß auch positive Verstärkungsmechanismen beteiligt sind. Wise konnte zeigen, daß positives Verstärkungslern-

nen und die Wirkung von Psychostimulantien ihre Wirkung in identischen Strukturen des zentralen Nervensystems entfalten, und zwar im Bereich des dopaniergen Belohnungssystems. Als konditionierte Anreize führen Reize, die regelmäßig mit dem Konsumverhalten verbunden sind, zu der Alkoholwirkung gleichen, positiv erlebten Zuständen, wodurch ein Appetenzzustand initiiert wird.

Auch eine Reihe weiterer Bedingungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit lassen sich lerntheoretisch beschreiben bis hin zu den von unmittelbaren Bezugspersonen, Peers oder Vorbildern erlernten, später selbst erlebten und schließlich erwarteten positiven Wirkungen des Alkohols, die in Spannungsreduktion, der Freisetzung blockierter aggressiver und sexueller Impulse sowie in Gefühlen sozialer Zugehörigkeit bestehen können. Dem Alkohol kommt dabei, mangels anderer Bewältigungsstrategien, die Rolle eines kurzfristig meist erfolgreichen, langfristig aber mit unangenehmen Konsequenzen verbundenen Problemlösers zu. Im Stadium der körperlichen Abhängigkeit wird weiterer Alkoholkonsum dadurch „belohnt“, daß Entzugerscheinungen zunächst gelindert werden. Süchtiges Verhalten, die damit verbundenen Rückfälle entsprechend, gelten als sozial negativ bewertete Hilfsmittel, die eingesetzt werden, wenn Belastungen als bedrohlich und als anders nicht mehr zu bewältigen erscheinen. Nach verhaltenstheoretischem Verständnis ist Alkoholismus ein erlerntes Verhalten, und möglicherweise steht eine biologische Prädisposition für spezifische Alkoholwirkungen damit im Zusammenhang. Die Wahrnehmung alkohol- bzw. konsumbezogener Reize bei Menschen mit Abhängigkeitsproblemen gehen mit subjektiven und physiologischen Veränderungen einher. Die auslösenden Mechanismen selbst werden nach wie vor wissenschaftlich kontrovers diskutiert (Robbins, Ehrmann 1992; Powell et al. 1982; Iaura et al. 1988; Drummond et al. 1990). Sollte sich die Reaktion auf die mit der Drogeneinnahme verbundenen Hinweisreize tatsächlich als konditionierte Reaktion und nicht als unspezifische Aktivierung erweisen, ergeben sich erhebliche Implikationen für die theoretische Grundlegung und die weitere Entwicklung lerntheoretisch versierter Behandlungsverfahren (Habituationstraining, Gegenkonditionierung).

Die Prämissen der verhaltenstheoretischen Herangehensweise an substanzbedingte Störungen und ihre Behandlung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Menschliches Verhalten ist weitgehend erlernt und weniger durch genetische Faktoren determiniert.
2. Der gleiche Lernprozeß, der problematisches Verhalten bedingt hat, kann genutzt werden, um dieses Verhalten zu verändern.



3. Verhalten ist weitgehend durch kontextuale und umweltbezogene Faktoren determiniert.
4. Verdecktes, inneres Verhalten, wie Gedanken und Gefühle, sind Gegenstand von Veränderungsprozessen in der Anwendung von Lernprozessen.
5. Die unmittelbare Ausführung veränderter, neuer Verhaltensweisen in den spezifischen Kontexten, in denen die betroffenen Menschen leben, ist ein wesentlicher Bestandteil verhaltensändernder Prozesse.
6. Jeder Klient ist einzigartig und muß dementsprechend als ein Individuum in seinem besonderen Kontext verstanden werden.
7. Grundlegend für eine adäquate Behandlung auf verhaltenstheoretischer Basis ist eine gründliche Verhaltensanalyse.

Die Vorteile des verhaltenstheoretischen Ansatzes liegen auf der Hand und können wie folgt zusammengefaßt werden:

1. Flexibilität im Umgang mit spezifischen, individuellen Bedarfslagen.
2. Hoher Grad an Akzeptanz durch die weitgehende Einbeziehung des Klienten in die Behandlungsplanung und Zielauswahl.
3. Solide Grundlegung durch etablierte psychologische Theorien.
4. Betonung des Zusammenhangs mit wissenschaftlicher Erfahrung und Behandlungspraxis.
5. Klare Richtlinien, um den Behandlungsprozeß zu bewerten.
6. Zuversichtsinduktion auf Seiten des Klienten durch die Gestaltung eines eigenen Veränderungsprozesses.
7. Deutliche Belege für eine empirische und wissenschaftliche Evidenz der Wirksamkeit dieses Ansatzes.

### **Ausblick**

Verhaltenstheoretische Erklärungsmodelle zum problematischen Alkoholkonsum haben im Rahmen der psychologischen Ansätze eine hohe Evidenz und sind grundlegend für die Entwicklung des psychoedukativen Schulungsprogramms. Diese Modelle haben einen direkten Bezug zum funktional-dynamischen Modell, wie in Kapitel 4 ausführlich dargestellt wird. Selbstregulation und Selbstkontrolle sind aus diesem psychologischen Erklärungsansatz abgeleitet worden und sind grundlegend für die Entwicklung von Selbstmanagementstrategien.

## **Rückfallprävention**

Das Rückfallpräventionsmodell (Marlatt, George 1984; Marlatt, Gordon 1985; Marlatt 1996) wurde unter Rückgriff auf sozial-kognitive Lernmodelle von Bandura (1977, 1986) entwickelt. Person, Verhalten und Umweltbedingungen werden darin dynamisch aufeinander bezogen. Im Mittelpunkt des Modells steht weniger die anfängliche Verhaltensänderung als vielmehr deren Aufrechterhaltung. In der Formulierung Malerts kann sich dies sowohl auf das Einhalten von Abstinenz als auch auf den kontrollierten Gebrauch einer Substanz beziehen. Malert kann als eigentlicher Begründer der psychosozialen Rückfallforschung gelten, die in den letzten Jahren ein hohes Ausmaß an empirischer Unterstützung gefunden hat. Daneben existiert inzwischen eine Vielzahl von biologischen, psychologischen und sozialen Theorien zur Erklärung, Vorhersage und gezielten Beeinflussen des Rückfallgeschehens (Körkel, Kruse 1997; Körkel 1996a; Körkel, Lauer, Scheller 1995; Körkel 1996b; Wilken, Rochow 2000).

Dieses Modell geht von verschiedenen Ebenen aus, die eine Rückfallentstehung bei abstinenten Alkoholabhängigen abbilden können. Ausgehend von einem weitgehend stabilen Vulnerabilitätsniveau (biologische Prädisposition, Komorbidität, Schwere der Abhängigkeit) entwickelt sich ein unausgewogener Lebensstil und damit verbunden über längere Zeit wirksame Stressoren, wie zum Beispiel permanente Über- oder Unterforderung am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, Armutprobleme, familiäre Dauerbelastung. Dieser Lebensstil kann sich in kritischen Lebensereignissen bzw. Hochrisikosituationen kristallisieren, z.B. in der Folge einer Trennung vom Partner oder dem Tod nahestehender Personen und anderer, spezifischer Trinkverführungen. Diese drei Ebenen können Trinkepisoden nach Abstinenzentscheidungen wieder auslösen. Nach dem ersten Kontakt nach längerer Abstinenzzeit mit der Substanz Alkohol bilden sich ungünstige Prozesse heraus, wie z.B. der Abstinenz-Verletzungseffekt. Aber auch biologische Auslöser (Trigger) spielen eine Rolle.

Zu einem Rückfall kann es kommen, wenn die situativen Anforderungen die aktuellen Bewältigungsmöglichkeiten eines Individuums übersteigen und wenn motivationale Faktoren der Bewältigung entgegenstehen. Möglicherweise war sich die Person eines potentiellen Risikos auch nicht bewußt und versäumt es, rechtzeitig geeignete Bewältigungsmechanismen einzuleiten. Als Konsequenzen werden Verunsicherung, eine Verminderung der subjektiven Kompetenz oder gravierende Formen von Resignation zu verzeichnen sein. Wenn der Alkoholkonsum gleichzeitig positive Konsequenzen verspricht, wie z.B. Streßreduktion oder Konfliktvermeidung, und positive Wirkungserwartungen überwiegen, dann steigt die Rückfallwahrscheinlichkeit weiter. Die subjektive Bewertung einer tatsächlich eingetretenen Abstinenzverletzung spielt eine wesentliche Rolle für den weiteren Verlauf. Ist der Rückfall ein

Beleg für die generelle persönliche Unfähigkeit, führt dies häufig zu einer weiteren Beeinträchtigung der subjektiven Kompetenz (Abstinenz-Verletzungseffekt). Gelingt es aber, die Abstinenzunterbrechung im Kontext einer spezifischen Konstellation zu sehen, wird eine Verarbeitung im Sinne einer Lernerfahrung leichter möglich sein.

Das dargestellte Rückfallmodell macht deutlich, daß es keinen Einzelfaktor gibt, der mit hoher Wahrscheinlichkeit den Eintritt zukünftiger Rückfälle voraussagen vermag. Erst das Zusammenwirken verschiedener Komponenten führt zum erneuten Alkoholkonsum.

### **Ausblick**

Im Schulungsprogramm wird auf die Entwicklung und Darstellung eines expliziten Rückfall-Modells verzichtet, dennoch wird auf zentrale Elemente des Marlatt-Modells zurückgegriffen: „Risikosituation“, „Lebensstiländerungen“ und „Krisenvorbeugung“ werden als Leitideen in das Programm integriert. So liefert das sozialkognitive Rückfallmodell von Marlatt eine wichtige heuristische Basis für Krisenprävention und ist handlungsleitend in das funktional-dynamische Erklärungsmodell zum problematischen Alkoholkonsum im Kapitel 4 eingearbeitet worden. Dem Postulat des Kontrollverlustes des herkömmlichen Krankheitskonzeptes zum Alkoholismus wird das Postulat der Eigensteuerung und Selbstregulation entgegengesetzt und in pragmatischer Form entwickelt.

### **Systemisch-familientherapeutische Ansätze**

Der soziale Interaktionsraum innerhalb einer Familie spielt eine zentrale Rolle in der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von alkoholbedingten Störungen. McCrady, Ebbstein (1996) beschreiben in historischer Perspektive grundlegende Bedingungsmodelle:

1. Psychodynamische Modelle
2. Sozialer-Streß-Modelle
3. Familien-System-Modelle
4. Behaviorale Modelle
5. Familienkrankheits-Modelle.

Von diesen Modellen haben sich das Familien-System-Modell, das behaviorale Modell und das Familienkrankheits-Modell durchgesetzt und dominieren zur Zeit familien- und systemorientierte Behandlungsmodelle.

Das Zusammen- und Wechselspiel zwischen dem Familienmitglied mit Alkoholproblemen und den anderen Familienmitgliedern erfordert nach diesen Ansätzen die Beteiligung aller

(Mit-)Betroffenen am Behandlungsprozeß. Nicht mehr der isoliert Symptomträger (der „Alkoholiker“) ist Ziel der Behandlung, sondern die gesamte Familie, das Familiensystem. Das „Familienkrankheits-Modell“ führt das Konzept der „Ko-Abhängigkeit“ ein, die systemgestaltenden Verhaltensweisen von anderen, mitbetroffenen Familienmitgliedern, die direkt oder indirekt die Aufrechterhaltung des problematischen Alkoholkonsums unterstützen, sei es durch übergroßes Verständnis, durch Vertuschung, Streitereien, Nörgeleien usw. (Hallmeier 1986, Wegscheider 1981, Wilson-Schaef 1986, Lambrou 1990, Cermak 1986). Das Konzept „Ko-Abhängigkeit“ ist eng verknüpft mit dem „Krankheitskonzept“ des Alkoholismus und führt zu der Handlungsempfehlung, daß mitbetroffene Familienmitglieder auf einen eigenen Veränderungsprozeß fokussieren sollten.

Familienmodell untersuchen die Funktion des Alkoholgebrauchs in der Familie, beobachten familiäre Rollenkonstellationen, Regeln und Grenzen in dem Familiensystem. Sucht ist hier keine Krankheit im herkömmlichen Sinn, sondern Suchtverhalten dient dazu, Nähe, Distanz und Abgrenzungsverhalten so zu regulieren, daß daraus keine bedrohlichen Familienkonflikte resultieren (Schmidt 1992).

Behaviorale Modelle im Familienkontext untersuchen das Verhalten in Familien als auslösende Bedingung für den Alkoholgebrauch und als verstärkende Konsequenz danach. Diese beiden Bedingungsfaktoren stehen im Zusammenhang familienbezogener Interventionen.

Ein integratives Modell schlagen O'Farrel (1993) und McCrady, Ebbstein (1996) vor:

Die Einbeziehung der gesamten Familie in den therapeutischen Prozeß, die genaue Herausarbeitung der Bedeutungen des Alkoholproblems in der Familie, Aufbau konsumbezogener Veränderungsschritte, Veränderung von konsumauslösenden und -verstärkenden Interaktionsmustern in der Familie und die Modifikation von Interaktions-, Kommunikations- und Problemlösungsfertigkeiten sind grundlegend für dieses Modell.

Aus den familientherapeutisch-systemischen Modellen hat sich der lösungsorientierte Ansatz entwickelt (De Shazer 1991; Berg, Miller 1993). Insbesondere kurzzeittherapeutische Interventionen (Riechelshagen 1996) stehen hier im Vordergrund. Es werden in diesem Ansatz keine Bedingungsannahmen für eine Alkoholismuserstehung formuliert, weil nicht das Problem, der süchtige Alkoholkonsum, in den Mittelpunkt gestellt wird, sondern die angestrebte Lösung und die mögliche problemfreie Zukunft.

Eine Defizitorientierung wird durch die Betonung von positiven Ressourcen ersetzt, zum Beispiel durch eigene gelungene Problemlösungsaktivitäten oder den Rückgriff auf positive Möglichkeiten im unmittelbaren sozialen Umfeld.

### **Ausblick**

Systemisch-familientherapeutische Erklärungsansätze zum problematischen Alkoholkonsum und der lösungsorientierte Ansatz von de Shazer bieten wichtige Hinweise zur Einbeziehung von Angehörigen im Kontext des psychoedukativen Schulungsprogramms bzw. bieten durch die eindeutige Ressourcenorientierung wichtige Grundlagen für die Entwicklung von Selbstmanagementstrategien.

### **Motivationale Ansätze**

Motivationale Erklärungsansätze zur Suchtentwicklung sind in den letzten zehn Jahren als zentrales Veränderungsagens herausgearbeitet worden. Vor allem das von Prochaska und DiClemente (1986) formulierte Modell, das transtheoretisch und schulenübergreifend erarbeitet worden ist, macht Kernaussagen zu Motivationsprozessen bei abhängigen Verhaltensgewohnheiten. Es beschreibt den zeitlichen Ablauf alltäglicher und therapeutischer Veränderungsprozesse. In Kapitel 4 wird ausführlich auf dieses Modell eingegangen.

Psychologische Theorien der Motivation unterscheiden zwischen den Konstrukten „Motiv“ und „Motivation“ (Rheinberg 1998). Als Motive gelten in der Psychologie nicht sichtbare, nur erschließbare Dispositionen von Menschen, sich in einer vorhersagbaren Weise zu verhalten. Als Motiv gilt eine mittel- bis langfristig relativ stabile Tendenz eines Menschen, Situationen aufzusuchen oder herzustellen, die einen Zielzustand versprechen. Von sichtbarer Motivation spricht man, wenn ein Motiv durch Anreize, die Motivbefriedigung versprechen, in Gang gesetzt worden ist. Das Motiv ist sozusagen die ruhende Verhaltenstendenz, die Motivation das durch die Situation aktivierte Motiv. In der psychologischen Theorienbildung wurden folgende Kernbestimmungselemente mit vier Motivationsprozessen herausgearbeitet: Triebkonzepte (Noble 1993), Lernkonzepte (Siegel 1983; Ellis 1982) Entscheidungskonzepte (West 1989; Tversky und Kahneman 1981) und Emotionskonzepte (Janis und Mann 1997; Miller 1985).

Im Bereich der Motivationsproblematik bei substanzkonsumbedingten und abhängigen Verhaltensgewohnheiten lassen sich hauptsächlich drei Vorgehensweisen unterscheiden, die sich nach dem jeweilig vorherrschenden Menschenbild und den damit verbundenen normativen Auffassungen darüber orientieren, wie Menschen mit sich und anderen umzugehen hätten. Da existiert das Bild vom sündigen, böswilligen und letztlich unbelehrbaren Trinker, dem gegen-

über nur hartes, konfrontatives Vorgehen bis hin zu Zwangs- und Strafmaßnahmen angebracht sei, damit er auf den richtigen Weg gebracht wird. Ein anderer Umgangsstil erfordert das Bild, wenn er als irregeleitet und unwissend, aber zugleich als lernfähig angesehen wird; Informationsvermittlung, Einsichtsförderung, Bildung und Appelle befähigen ihn dann so zu handeln, wie es eigentlich seiner Natur entspricht. Weiterhin gibt es die Auffassung, daß der Trinker zu schwach ist, den eigenen Ansichten zu folgen und destruktiven Bedürfnissen oder Trieben entgegenzusetzen. Psychotherapeutische Orientierung und Interventionen zur Aufarbeitung dieser Dynamik und zum Erwerb neuer Handlungsalternativen sollen ihm dann helfen, das tun zu können, was er eigentlich will.

So werden mit dem Begriff Motivation mehrere Klassen von alltäglichen Beobachtungen zusammengefaßt, die man für typische Fehlhaltungen von Alkoholabhängigen hält:

- die scheinbar geringe Bereitschaft, sich mit den Entscheidungsformen und negativen Folgen der Sucht auseinander zu setzen und diesbezüglich eine Änderung anzustreben (geringe Veränderungsmotivation);
- die damit einhergehende Unwilligkeit, seinen übermäßigen Alkoholkonsum ganz einzustellen (geringe Abstinenzmotivation);
- die Abneigung, dabei den von Behandlern für richtig befundenen Weg einer Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung einzuschlagen (geringe Behandlungsmotivation);
- Die Neigung, den eingeschlagenen Änderungsweg vorzeitig aufzugeben (geringe Durchhaltungsmotivation).

Diese Unterscheidung verschiedener Motivationstypen ist sinnvoll, denn eine Motivationsart muß nicht mit den anderen einhergehen. Es ist insgesamt fragwürdig, Menschen mit problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten pauschal als unmotiviert anzusehen. Jemand, der ein ausgeprägtes Abstinenzmotiv hat, strebt danach, Alkoholabstinenz trotz schwieriger Rahmenbedingungen zu erreichen. Dieses Abstinenzmotiv ist kein vorrangiges bzw. eigenständiges Motivsystem, sondern steht im Dienste anderer Motive, wie zum Beispiel soziale Beziehungen und den Arbeitsplatz zu erhalten, sich körperlich besser zu fühlen oder andere wertvolle Ziele zu erreichen. Dem Abstinenzmotiv entgegengerichtet ist das Trinkmotiv, also das Verlangen, durch Alkoholkonsum einen erwünschten Zielzustand zu erreichen, wie zum Beispiel ausgeglichener zu sein, weniger depressive Gefühle zu haben, weniger Ängste zu spüren, mehr Zugehörigkeitsgefühl zu entwickeln usw. Im Regelfall kann davon ausgegangen werden, daß jeder Mensch mit problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten zwei Tendenzen gleichzeitig erreichen will: einerseits werden manche Konsequenzen einer abstinenten Lebensführung herbeigewünscht, andererseits fehlt jedoch ohne Alkohol ein wichtiges psychi-

ches und soziales Regulativ. Dieser Motivkonflikt läßt sich am besten auf der symbolischen Ebene als Waage-Modell darstellen, als Ausdruck einer ambivalenten Einstellung. Es gibt jeweils immer gute Gründe sowohl für als auch gegen eine Änderung problematischer Alkoholkonsumgewohnheiten. Abstinenzmotive kommen dann zum tragen, wenn positive Folgen einer abstinenten Lebensweise persönlich sicht- und erlebbar werden. Diese Wertsetzungen sind von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Die innere Bilanz des Alkoholkonsumenten steht dabei im Mittelpunkt und ist entscheidend.

Zu den Abstinenzmotiven muß noch ein zweites psychologisches Moment hinzutreten, um die Abstinenz erfolgreich aufrechtzuerhalten: das Zutrauen, das abstinente Verhalten auch durchzuhalten (Kompetenzzuversicht bzw. Selbstwirksamkeitserwartungen). Auch die letztlich erreichte Abstinenz sollte eine Selbstzuschreibung erhalten, die positiven Folgen der Abstinenz auch tatsächlich zu erfahren und zu genießen, sich selbst für das Erreichen der Abstinenz Anerkennung zu zollen und diese auch von anderen zu erhalten. Auch gilt es, sich gegen Trinkmotive abzuschirmen, indem man sich zum Beispiel immer wieder die positiven Seiten der Abstinenz vergegenwärtigt. Dieser Prozeß der wechselseitigen Aktivitäten, der durch Motivation in Gang gesetzt wird, bezeichnet man als Motivierung und letztlich als praktische Umsetzung motivationaler Konzepte. Dabei wird Motivation als interaktioneller Prozeß verstanden, der Autonomie und Eigenverantwortung des Betroffenen in den Mittelpunkt rückt. Miller und Rollnick entwickelten 1991 eine Form der Gesprächs- und Interaktionsgestaltung und kommen so den Voraussetzungen psychologischer Motivationstheorien entgegen. Zentral dabei ist die Grundhaltung, den Betroffenen Ambivalenz gegenüber ihren problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten zuzugestehen und auch darin einen Sinn zu erkennen. Diese neuen Formen der motivierenden Beratung stehen im Kontrast zu Motivationsperspektiven, die aus dem traditionellen Krankheitsmodell abgeleitet werden. Eine Gegenüberstellung dieser Modelle erfolgt in der folgenden Tabelle.

### Perspektiven zu Motivation und abhängigen Verhaltensgewohnheiten

Perspektive	Krankheitsmodell	Motivationsmodell
Konzepte zum Klienten	Jemand, der sich nicht mit der Realität seines Alkoholkonsums auseinandersetzen will. Konfrontation und Erziehung sind erforderlich.	Jemand, der anerkennen kann, daß Alkoholkonsum einige Probleme bereitet, aber sich auch bewußt ist, daß der Alkoholkonsum reale Vorteile zur Verfügung stellt.
Fokus im Behandlungskontext	Dem Klienten Bewußtheit über Natur und Schwere seiner Alkoholkonsumgewohnheiten vermitteln	Herausarbeiten, welche Gründe und Probleme mit dem aktuellen Alkoholkonsum zusammenhängen
Ziel der Behandlung	Der Klient muß seine Abhängigkeit anerkennen, er muß zugestehen, daß er seinen Alkoholkonsum nicht kontrollieren kann und sich selbst der Abstinenz verschreiben	Mit dem Klienten abwägen, welche Vorteile und welche Nachteile mit dem weiteren Konsum und der Abstinenz zusammenhängen könnten. Unterstützung geben bei der Entscheidung für den einen oder anderen Weg zur Zielerreichung
Behandlungsstil	Der Therapeut kontrolliert und steuert	Der Therapeut führt, aber verhält sich klientenzentriert.
Rolle des Behandlers	Den Klienten erziehen, instruieren, beraten, konfrontieren und ihn so auf die Natur seiner abhängigen Verhaltensgewohnheiten hinführen und ihm vorgeben, wie die damit zusammenhängenden Schwierigkeiten gelöst werden können.	Den Klienten unterstützen, Entscheidungen über den zukünftigen Alkoholgebrauch zu treffen (fortsetzen, reduzieren, beenden) und unterstützende, zielgerichtete Beratungsstrategien anwenden.

Das Motivationsmodell ist eingebettet in die kognitiv-behaviorale Perspektive und wird im Detail dargestellt von Cox und Klinger (1988).

#### Ausblick

Das motivationale Erklärungsmodell von Prochaska und DiClemente ist für die strukturelle Ausrichtung des psychoedukativen Schulungsprogramms grundlegend und wird noch ausführlich dargestellt. Das Modell bestimmt mit seinen Elementen „Phasen der Veränderung und Motivation“ und „Ambivalenz als Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt“ zentral das



funktional-dynamische Erklärungsmodell zum problematischen Alkoholkonsum. Selbstregulation und Selbstkontrolle sind Basis motivationaler Erklärungsmodelle.

### **Soziales Umfeld und gesellschaftliche Reaktionen auf das Alkoholismuskonzept**

Entstehung, Häufigkeit, Ausformung, Verlauf und Folgen alkoholbezogener Probleme sind eng an kulturelle, gesellschaftliche und soziale Faktoren gekoppelt, so daß man Alkoholismus durchaus als soziales Problem bezeichnen kann. Wie im Abschnitt 3.2. gezeigt, fließen soziale Konventionen in die Alkoholismusdefinition ein. Die Entwicklung der internationalen Klassifikationssysteme belegt, daß die damit verbundenen Festlegungen nur unter Rückgriff auf soziale Normen und Werte möglich und damit kulturellen, gesellschaftlichen und anderen zeitgeschichtlich variierenden Faktoren unterworfen sind. Auch die Frage der Häufigkeit des Auftauchens von Alkoholproblemen in unterschiedlichen sozialen Schichten führt zu der besonderen Bedeutung sozialer Faktoren bei Entstehung und Entwicklung von alkoholkonsumbedingten Verhaltensgewohnheiten. Feuerlein und Kufner (1977) kommen zu dem Ergebnis, daß bei Männern die höchste Rate Alkoholgefährdeter in den unteren sozialen Schichten (an- und ungelernte Arbeiter) und höheren Schichten (Unternehmer, Selbständige, Freiberufler) festzustellen ist. Aber nicht nur Schichtmerkmale stehen mit der Prävalenz alkoholbezogener Probleme im Zusammenhang. Die Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland zeigt, daß auch schicht- und milieunabhängige Bevorzugungen von Trinkanlässen, Alkoholsorten, Trinkorten und Konsumregeln gelten. Auch berufsweltbezogene Indikatoren weisen auf eine erhöhte Alkoholproblemprävalenz hin: in alkoholnahen Berufen, sowie an- und ungelerten besteht das Problem signifikant häufiger als in anderen. Arbeitslosigkeit ist ein sozialer Status, der mit besonders starker Alkoholismusgefährdung bzw. Alkoholabhängigkeit einhergeht. Henkel (1996) zeigt, daß es keine Bevölkerungsgruppe gibt, die höhere Alkoholismusraten aufweist als die Arbeitslosen. Aus dieser Gruppe ragen noch einmal die alleinstehenden Wohnungslosen hervor, von denen ein Drittel als alkoholgefährdet und ein weiteres Drittel als alkoholabhängig eingestuft wird.

So können soziale Milieubedingungen eine Alkoholismusedwicklung fördern, eine ausgewählte Alkoholabhängigkeit jedoch auch eine Verschlechterung der sozialen Lage mit sich bringen. Ursache und Wirkung sind demnach so leicht nicht auseinanderzuhalten.

Bedeutende soziale Umweltfaktoren für Alkoholismusedwicklung sind die Trinkgewohnheiten im unmittelbaren sozialen Umfeld, etwa in der Familie, der Peergruppe oder am Arbeitsplatz. Auf diesem Weg wird Alkoholkonsum erlernt und sozial verstärkt. Ein weiterer bedeutender Umweltfaktor mit alkoholismusfördernder Wirkung besteht in der ausreichenden Verfügbarkeit des Alkohols. Watzl (1996, S. 19) führt dazu aus: „Regelmäßiger Alkoholkonsum

größerer Bevölkerungsgruppen setzt voraus, daß erstens in einer Gesellschaft erheblich mehr Kohlenhydrate produziert werden als zur Ernährung erforderlich sind, zweitens Alkohol oder seine Grundstoffe im größeren Ausmaß gelagert oder transportiert werden können, drittens der Aufwand dabei so gering ist, daß der Preis des Alkohols im Verhältnis zur dafür zu leistenden Arbeit relativ gering ist.“

Kulturelle und religiöse Bedingungen hindern oder fördern bestimmte Konsummuster, zum Beispiel über Gesetzgebung und Preisgestaltung, aber auch mittels sozialer Normen. So gibt es Abstinenzkulturen (Verbot jeglichen Alkohols, zum Beispiel im Islam), Ambivalenzkulturen (Existenz konträrer Werte in Bezug auf Alkohol, zum Beispiel USA), Permissivkulturen (weitgehende Akzeptanz des Alkoholkonsums, jedoch unterschiedlich hinsichtlich der Wertung von Trunkenheit, zum Beispiel Deutschland, Schottland). Verbot und Tabuisierung fördern die Vermeidung einer massenhaften Abhängigkeitsentwicklung, da die Zahl derjenigen, die süchtig werden, direkt von der Zugänglichkeit zur Substanz und dem daraus folgenden Pro-Kopf-Konsum abhängt. Je höher dieser in einer Bevölkerung ist, desto größer ist auch die Zahl der Abhängigen. Auch regionale Traditionen beim Konsumverhalten spielen eine Rolle, zum Beispiel welche Einzelmengen eingenommen werden (zum Beispiel das bayrische Maß: 1 Liter Bier), bzw. ob eine Kombination von Alkoholika bevorzugt wird (etwa die Kombination aus Bier und Schnaps im Norden Deutschlands).

Durch gesellschaftspolitische Maßnahmen kann auf den Gebrauch von Alkohol, seinen Mißbrauch und die Abhängigkeit von ihm Einfluß genommen werden. Unter solche politische Interventionen wären gesundheitsförderliche und nicht der Gewinnmaximierung verpflichtete Maßnahmen zur Regulation der Produktion und des Handels mit alkoholischen Getränken zu verstehen. Sie sollen dazu dienen, die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums vom einzelnen Konsumenten, von dem Gesundheits- und Sozialwesen, dem Verkehrswesen, den Strafjustizbehörden sowie der Familie und der Arbeitswelt abzuwenden oder wenigstens gering zu halten (Public-Health-Ansatz). Der Schwerpunkt solcher Maßnahmen liegt auf der Vorbeugung (Prävention) möglicher Schäden (primäre Prävention), gefolgt von der frühzeitigen Intervention bei Menschen mit ersten Alkoholproblemen (sekundäre Prävention). Erst an dritter Stelle steht die Behandlung und Versorgung chronisch Alkoholabhängiger (tertiäre Prävention).

Empirisch-wissenschaftlich begründete Expertisen, die bekannte internationale Forschergruppen zusammengetragen haben, wurden im Jahre 1994 mit einem Vorsitz von Edwards veröffentlicht (Edwards 1997). Kernaussagen dieser Expertisen sind:

- die für das Gemeinwohl quantitativ größten, alkoholbezogenen sozialen und Gesundheitsproblemen (Verkehrsunfälle, Gewaltdelikte, Arbeitsausfallzeiten, körperliche Selbstschädigungen in Form von Erkrankungen der inneren Organe usw.) entstehen nicht durch die Gruppe der Alkoholabhängigen, sondern durch die große Masse der „Durchschnittstrinker“.
- Nimmt in einer Gesellschaft die Gesamtmenge des konsumierten Alkohols ab, so reduzieren sich die zuvor angesprochenen alkoholbezogenen Probleme über alle Konsumentengruppen hinweg. Das heißt auch, daß der Anteil der Alkoholabhängigen zurückgeht.
- Es gibt wirksame politische Maßnahmen zur Konsumreduktion, wie etwa die hohe Besteuerung von Alkoholika, die Begrenzung der Verkaufszeiten und die Einführung lizenzierter Verkaufsstellen.

In diesem Sinne haben die europäischen Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation (Regionalkomitee für Europa) 1992 einen „europäischen Aktionsplan Alkohol“ zur Verminderung alkoholbedingter Folgeschäden verabschiedet (WHO 1993). In diesem Aktionsplan haben sich die beteiligten Länder die Selbstverpflichtung auferlegt, Maßnahmen zur generellen Reduzierung des Alkoholkonsums (zum Beispiel durch Werbeeinschränkungen und Preiserhöhungen) und zur Eindämmung des spezifischen Risikoverhaltens (zum Beispiel durch Alkoholverbot an Tankstellen und Autobahnraststätten) umzusetzen. Zielsetzung ist es unter anderem, den Alkoholkonsum in jedem Land bis zum Jahre 2000 um 25% zu senken. Bezogen auf den Vergleich der Jahre 1980 und 1987 ist in Deutschland ein Verbrauchsrückgang um 15,6% festzustellen; der Rückgang zwischen 1991 und 1997 beträgt 12,9% (Junge 1999). Damit zusammenhängende Maßnahmen zur Angebots- und Nachfragereduzierung können sein: höhere Besteuerung des Alkohols, Zugangsbeschränkungen bei Alkohol, Kontrolle der öffentlichen Sicherheit, Ausbau der Primärprävention, Ausbau der Sekundärprävention und Einflußnahme auf die gesellschaftliche Bewertung von Alkohol.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Bedeutung übergreifender, struktureller sozialer Bedingungen für die Entstehung und Behandlung von Alkoholproblemen wesentlich ist. In dem Kapitel „Alkoholkonsum in seiner geschichtlichen Entwicklung“ haben wir aufgezeigt, daß der Konsum von Alkohol ein Jahrtausende altes Phänomen in bestimmten Kulturkreisen der Menschheit ist. Mit der Entstehung der modernen Naturwissenschaften wurde erstmals der Alkoholismus als Krankheit konzipiert, ein Konzept, das mit dem Namen Rush verbunden ist. Jenseits der individuellen gesundheitlichen Folgen habitueller Trunkenheit konzipierte Rush auch Folgeprobleme auf der Ebene sozialer und psychischer Probleme. Er sieht Zusammenhänge zwischen dem Genuß von hochprozentigen Spirituosen und Armut,

Diebstahl, Unsauberkeit bis hin zum Mord. Er bezog neben angeborener moralischer Depraviertheit auch Naturprozesse oder Milieueinflüsse in Trunkenheitsanfälle mit ein und betonte die Gefährlichkeit der Substanz vor allem hochprozentige Alkoholika. Sein Krankheitskonzept war bestimmt durch einen kumulativen Prozeß, der durch Begriffe wie Sünder, Kranker und Opfer einer gefährlichen Substanz zugleich definiert ist (Fahrenkrug 1984): Im fortgeschrittenem Stadium von habitueller Trunkenheit ist eine selbstverantwortliche Kontrollerwartung im Umgang mit Spirituosen nicht mehr aufrecht zu erhalten, sondern solche Individuen sind durch einen kranken Willen charakterisiert, der sich auf die Unfähigkeit bezieht, mit dem Trinken aufzuhören oder sich vom Trinken zu enthalten. Das Image der „Inebriaten“ (berauschten, hier: alkoholsüchtigen Menschen) verschlechterte sich allerdings noch um einiges, als rassistische Degenerationstheorien in die amerikanische Psychiatrie im letzten Drittel des neunzehnten Jahrhunderts übernommen wurden. Die Annahme von Keim-, Erbgut-, und Rasseschädigungen ließ den Inebriaten zu einer völlig degenerierten Existenz werden, dessen Grad an Gefährlichkeit für die Gemeinschaft untragbar war (Fahrenkrug 1984). Allen Inebriaten wurde die totale Abstinenz angeraten, unverbesserliche Alkoholkonsumenten konnten sich neben ihrer moralischen Stigmatisierung zu einem späteren Zeitpunkt während der Phase der Prohibition noch zusätzlich ein Strafverfahren wegen Prohibitionsvergehen einhandeln. In jedem historischen Rückblick auf die geschichtliche Bewertung von Menschen, die die habituelle Trunkenheit suchen, kommen nahezu alle Stereotypen der Stigmatisierung vor, die auch noch heute nahezu weit verbreitet sind. Mit diesen Stereotypen sind nahezu ausschließlich negative Assoziationen verbunden, solche, die meist dem Bild eines verwahrlosten „Peners“ entsprechen (Legnaro 1982). Das Etikett Alkoholiker stellt einerseits eine Stigmatisierung dar, die einhergeht mit Charakterschwäche, Willensschwäche und moralischer Depraviertheit. Andererseits beinhaltet die Zuschreibung Alkoholiker aber auch die Diagnose einer Krankheit, die in vielen Fällen Voraussetzung für die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe ist.

Goffman (1974) unterscheidet drei Typen von Stigmata: erstens die Abscheulichkeiten des Körpers — die verschiedenen physischen Deformationen. Zum zweiten gibt es individuelle Charakterfehler, wahrgenommen als Willensschwäche, beherrschende und unnatürliche Leidenschaften, tückische und starre Meinungen und Unehrenhaftigkeit, zum Beispiel Geistesverwirrung, Gefängnishaft, Sucht, Alkoholismus, Homosexualität, Arbeitslosigkeit, Selbstmordversuche und radikales politisches Verhalten. Drittens schließlich gibt es die phylogenetischen Stigmata von Rasse, Nation und Religion (Goffman 1974).

Alkoholismus und alkoholbedingte Probleme und Stigmatisierungsprozesse sind innerhalb gesellschaftlicher Systeme keine einheitlichen Kategorien, sondern sind abhängig von sozialen, kulturellen und politischen Typisierungen. Seit Jahrzehnten spricht man von vier Kulturformen des Alkoholkonsums. (Kruse et al 2000):

- Abstinenzkulturen: Verbot jeglichen Alkoholgenusses. Als Beispiel können hier Abstinenzkulturen islamischer, buddhistischer und hinduistischer Kulturen gelten.
- Ambivalenzkulturen: Konflikt zwischen koexistenten Wertstrukturen gegenüber Alkohol. Diese Kulturen finden wir eher in asketisch-puritanischen Gesellschaftsformen, beispielsweise in England, manchen skandinavischen Ländern und in den USA.
- Permissivkulturen: Billigung von Alkoholgenuß, Ablehnung von Trunkenheit und anderen pathologischen Erscheinungen des Alkoholkonsums. Als Beispiel können die mediterranen Länder gelten.
- Permissiv-funktionsgestörte Kulturen: Billigung nicht nur des normalen Alkoholtrinkens, sondern auch des Exzesses. Diese Form kann in osteuropäischen und südamerikanischen Ländern ansatzweise ausgemacht werden, bei denen auch Exzesse bis zu einem gewissen Grad toleriert werden.

Besonders in Kulturen, die sich durch eine Ambivalenz zwischen koexistenten Wertstrukturen auszeichnen, die einerseits Regeln für den angepaßten Konsum beinhalten — präskriptive Normen — und Normen, die den abweichenden Alkoholkonsum ächten — proskriptive Normen — stellt die Stigmatisierung von Alkoholikern und die damit einhergehenden Zuschreibungen wie Charakter- und Willensschwäche ein besonders ausgeprägtes Phänomen dar.

Hinter der Stigmatisierung des Alkoholabhängigen als charakter- oder willensschwach kann sich eine doppelte Perspektive verbergen: Nimmt der Stigmatisierte an, daß man über sein Anderssein schon Bescheid weiß und dieses unmittelbar evident ist, oder nimmt er an, daß es weder den Anwesenden bekannt ist noch von ihnen unmittelbar wahrnehmbar? (Goffman 1974) Als eine Möglichkeit, mit dieser Situation umzugehen, beschreibt Goffman die Scham. Sie entsteht, wenn das Individuum eines seiner eigenen Attribute als etwas Verwerfliches begreift und als etwas, worauf es gern verzichten würde (Goffman). Schuld- und Schamgefühle können so als Variante von Stigmatisierungsprozessen begriffen werden, die neben suchtspezifischen Abwehr- und Schutzfunktionen auch eine bedeutsame Rolle im Verhalten von Menschen mit problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten spielen.

Das Etikett „Alkoholiker“ zugeschrieben zu bekommen, bedeutet eine sozial abweichende Rolle auszufüllen, die mit realen Diskriminierungen verbunden ist und eine starke Kränkung

beinhalten. Dies wiederum kann zu den bekannten Verleugnungsmechanismen des abweichenden Verhaltens führen.

Wenn Alkoholismus als Krankheit begriffen wird, kann den Betroffenen für eine Verantwortung für sein Verhalten entlasten. Mit dieser Krankenrolle bleibt aber eine Übernahme von Verantwortung immer verbunden: Der Betroffene muß lebenslängliche Enthaltensamkeit von jeglichem Alkoholkonsum üben. Diese Erwartungshaltung wird von vielen Betroffenen als sehr bedrohlich erlebt. Mit der Diagnose Alkoholismus ist jedoch die Forderung nach lebenslanger Abstinenz unablässig verbunden.

Die althergebrachte Annahme des Kontrollverlustes als ein Symptom der Krankheit Alkoholismus kann im informellen sozialen Kontext auch stark kontraproduktiv wirken, das heißt dazu führen, daß das exzessive Alkoholtrinken geradezu erwartet wird. Wird nämlich der Abstinenzverletzungseffekt vor dem Hintergrund der Annahme des Kontrollverlustes diskutiert, so kann daraus nur der exzessive Alkoholkonsum als Begründung für die Nichtkontrolle des krankhaften Zustands herangezogen werden.

Ob und wie weit mit der Zuschreibung solcher Stigmatisierungen, die auch in der Bezeichnung Alkoholiker oder Alkoholikerin als Krankheitsdiagnose anklingen, eine Verhaltensänderung im Hinblick auf eine Eingrenzung oder Ausweitung des Alkoholkonsumverhaltens verbunden sind, wurde bislang kaum methodisch adäquat überprüft oder wissenschaftlichen Untersuchungen unterzogen. Aus der Diskussion um Stigmatisierungsprozesse zu problematischem Alkoholkonsumverhalten ziehen wir für die Entwicklung des psychoedukativen Behandlungsprogramms allerdings folgende Schlüsse:

1. Wir verwenden den Begriff „Alkoholiker/Alkoholikerin“ in unserem psychoedukativen Behandlungsprogramm wegen der Gefahr, damit Stigmatisierungen vorzunehmen, nicht.
2. In dem ambulant durchgeführten psychoedukativen Behandlungsprogramm verzichten wir auf die Stellung einer fachlichen Krankheitsdiagnose, allenfalls setzen wir Fragebögen und Tests zur Selbstdiagnose ein, die aber nicht öffentlich während des Gruppenbehandlungsprogramms geteilt oder diskutiert werden. Wir versuchen einen hohen Grad von Anonymität zu wahren.

### **Ausblick**

Sachliche Informationsvermittlung zu problematischem Alkoholkonsum steht im Mittelpunkt des Behandlungsprogramms, und der Umgang mit Risiko- und Krisensituationen sollte eingeübt werden, ohne daß damit abwertende Haltungen oder Bewertungen einhergehen. Das psychoedukative Behandlungsprogramm setzt nicht an der Definition eines Krankheitsbegriffs

von problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten oder Alkoholismus an, sondern die Selbstkontrolle ist das konstitutive Merkmal des psychoedukativen Behandlungsprogramms. Wir versuchen somit, durch eine hohe Versachlichung auch einen Beitrag dazu zu liefern, Scham- und Schuldgefühle bei den Teilnehmern des Behandlungsprogramms abzubauen und Stigmatisierungsprozessen, die mit der Themenstellung von problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten verbunden sind, entgegenzuwirken und zu entschärfen.

### **Die Substanz Alkohol**

Unterschiedliche psychotrop wirkende Substanzen haben ein unterschiedliches Suchtpotential. So ist die der Substanz eigentümliche Gefährdungskomponente desto größer je eindeutiger, schneller und erwünschter der Affekt nach erfolgter Einnahme ist. Auch die Merkzeit bzw. die Zeit des Substanzabbaus spielt eine Rolle, weil sie die Schnelligkeit des Nachkonsums bestimmt. Das Suchtpotential einer psychoaktiv wirkenden Substanz wird durch neurobiologische Theorien des drogeninduzierten Belohnungssystems erklärt, das heißt, alles, was den Dopaminausstoß im Nucleus accumbens steigert, ist belohnend und damit potentiell suchterzeugend (Rommelspacher 1998). Diese Hypothese erklärt die Wirkung von Drogen, welche die synaptische Konzentration von Katecholaminen steigern, wie Amphetamine, Kokain et al. Nur unzureichend werden dagegen die Affekte von Alkohol, Benzodiazepine, Barbiturate und anderen serotoninerg wirkenden Substanzen beschrieben. Außerdem ist es fraglich, ob jeder belohnende Reiz potentiell suchterzeugend ist. Auch die Sensitivierung von Drogenaffekten im Laufe einer Langzeitverabreichung gilt als entscheidender Parameter für eine Suchtentwicklung. Grundlage dieser Annahme ist eine äußerst hohe, entzugsüberdauernde Stabilität der Sensitivierung. Offenbar sind dopaminerge Aktivität und langzeitstabile Sensitivierungen eng miteinander verknüpft, weisen beide aber nur eine lockere Verbindung zum Suchtverhalten auf.

Beim Vergleich suchterzeugender Substanzen fällt auf, daß ihnen allen eine Bipolarität der Wirkung gemeinsam ist. Je nach Dosis, Verabreichungsform und Zeitlatenz nach der Einnahme weisen sie erregende oder dämpfende Wirkeigenschaften auf. Bei simultaner Erregung und Dämpfung wird ein besonderer Belohnungseffekt erzeugt, dessen Vorhandensein die Basis für eine spätere Suchtentwicklung darstellt. Nach dieser Vorstellung findet die ursprüngliche Drogenwirkung nicht im mesolimbischen Belohnungssystem selbst statt, sondern in Kerngebieten, welche die Wachheit bzw. Schläfrigkeit des Individuums und seine emotionale Grundkonstitution kontrollieren. Wolfgramm (1998) legt dar, daß diese Hirnareale das Belohnungssystem aktivieren, wenn erregende und dämpfende Wirkungen gleichzeitig induziert werden. Der ursprüngliche Substanzaffect kann daher serotoninerg, gabaerg, noradrinerg

oder durch andere Neurotransmitter vermittelt sein; eine ausschließliche Fixierung auf die dopaminerge Form ist jedenfalls nicht gerechtfertigt. In Tierexperimenten konnte er nachweisen, daß bei Eingriffen in die Balance zwischen Aktiviertheit und Deaktivierung die freiwillige Einnahme von psychoaktiven Substanzen auf mehr als das Dreifache gesteigert werden kann. Im Tiermodell konnte jedoch nicht bestätigt werden, daß die Langzeitzufuhr einer bipolar wirkenden Substanz oder eines betreffenden Substanzgemisches auf Dauer zu einer Sucht führt. Allerdings konnte Wolfgramm in Experimenten nachweisen, daß der Freiwilligkeit der Substanzeinnahme eine entscheidende Bedeutung für die Suchtentwicklung zukommt: „Das Individuum muß in der Lage sein, eine bestimmte Handlung mit der danach eingetretenen Substanzwirkung zu verknüpfen. Schlüsselreize aus der Umgebung können an der Assoziation beteiligt sein. Wenn man die Existenz einer sensiblen Phase bei der Suchtentwicklung voraussetzt und die eingeschränkte (bzw. verlorengegangene) Reversibilität berücksichtigt, kann eine gewisse Ähnlichkeit des entstehenden Suchtgedächtnisses mit dem aus der Verhaltensbiologie bekannten Prägungsphänomen festgestellt werden.“ (Wolfgramm 1998, S. 14)

### **Ausblick**

Im Rahmen des psychoedukativen Schulungsprogramms wird die Wirkung der psychoaktiven Substanz Alkohol in den Vordergrund gestellt, insbesondere die kurzfristig positive Wirkung, die bipolar als zwischen Euphorisierung und Entspannung alternierend empfunden wird. Diese Verhaltenskonsequenz hat enorm verstärkenden Charakter und führt so zur Steigerung des Alkoholkonsums, bis sich gravierende, langfristig registrierbare gesundheitliche Probleme abzeichnen. Es kommt in diesem prozessualen Geschehen zu einer Automatisierung von Verhaltensweisen; es entsteht eine Gewohnheitsbildung. Diese Sichtweise ist Kernbestandteil auch des funktional-dynamischen Erklärungsmodells zum problematischen Alkoholkonsum. Automatisierte Verhaltensgewohnheiten führen zu einer verringerten Kontrollfähigkeit. Selbstkontrollfähigkeiten können diesem Prozeß entgegenwirken.

### **3.6. Behandlungsansätze**

#### **Behandlungsinhalte**

Aus den dargestellten konzeptionellen Modellen zur Entwicklung problematischer Konsumgewohnheiten und zum Alkoholismus gilt es nun, Behandlungskomponenten und Interventionsansätze abzuleiten und diese inhaltlich, im Verlauf und strukturell darzustellen. Die darge-



stellten Komponenten sind grundlegend für die Entwicklung des psychoedukativen Interventionsansatzes.

Der **psychoanalytische Beitrag** zur Behandlung substanzbedingter Störungen konzentriert sich auf ein integriertes Modell psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Therapie, wie es Keller (1996) illustriert hat. Elemente des Rückfall-Präventionsmodells von Marlatt und Gordon (1985) werden mit Komponenten der psychodynamischen Psychotherapie verknüpft, vor allem solche Konzepte wie das therapeutische Bündnis, das von Übertragung und Gegenübertragung und Widerstand werden mit den didaktischen, unterstützend-edukativen Komponenten des Rückfall-Präventionsmodells verknüpft.

**Behaviorale, verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungskomponenten** haben ein deutliches Übergewicht bei Interventionen aufgrund substanzbedingter Störungen gewonnen. Morgan (1996) stellt folgende Basisaufgaben für behaviorale Interventionsansätze heraus:

1. Entwicklung eines therapeutischen Bündnisses
2. Aufbau von Veränderungsmotivation
3. Gründliches Assessment durch funktionale Verhaltensanalysen
4. Entwicklung und Implementierung von Interventionszielen
5. Evaluation und Beendigung der behavioralen Interventionen.

Es sind eine Vielzahl von spezifischen Behandlungsstrategien im kognitiv-behavioralen Kontext entwickelt worden:

1. Aversionstherapie

Rimmele et al. entwickelten 1989 ein Programm zur verdeckten aversiven Sensitivierung; daneben existieren chemische und elektrische Aversionsstrategien, die allerdings schwierige ethische Implikationen aufweisen.

2. Reizkonfrontationstherapie (*cue exposure*)

Als isolierter Therapieansatz hat sich die Reizkonfrontationstherapie bei substanzbedingten Störungen als wenig wirksam erwiesen, im Rahmen eines Breitbandspektrumtherapieansatzes zeigt sie sich allerdings als wirksame Komponente (siehe Punkt 4).

3. Behaviorales Selbstkontroll-Training

Hester und Miller (1989) entwickelten ein edukatives Programm für die Zielsetzung des nicht problematischen Umgangs mit Alkohol bzw. der Alkoholabstinenz.

4. Breitbandspektrumtherapie mit den Komponenten Selbstsicherheitstraining, Stressmanagement und Training sozialer Fertigkeiten

Ein gut evaluiertes Gruppentrainingsprogramm in manualisierter Form stellen Monti, Abrams, Kadden und Cooney (1989) zur Verfügung.

#### 5. Kontingenzmanagement

Hunt und Azrin entwickelten 1973 das Interventionsmodell „Community Reinforcement Approach“ (CRA), ein behavioral-multidimensionales gemeindeorientiertes Behandlungsprogramm mit den Komponenten: Aversionstherapie mit dem Medikament Antabus, Paarberatung, Beschäftigungsangebote mit Tagesstrukturierung, Training sozialer Fertigkeiten, Unterstützung bei sozialen und freizeitorientierten Aktivitäten, substanzbezogenes Ablehnungstraining. Primäres Ziel ist die Entwicklung eines neuen Lebensstils mit Verzicht auf den Konsum psychoaktiver Substanzen wie Alkohol. Auch dieser Interventionsansatz liegt in manualisierter Form vor und ist gut evaluiert worden (Sisson und Azrin 1989; Meyers, Smith 1995).

#### 6. Rückfall-Präventionstraining als kognitiv-behavioraler Interventionsansatz

Marlatt (1985, 1996) gilt als Begründer der psychosozialen Rückfallforschung. Sein integriertes Rückfall-Rahmenmodell ist zur Zeit am besten empirisch gestützt. Das Modell geht davon aus, daß besondere Belastungssituationen vor dem Hintergrund einer individuellen Streßvulnerabilität zu einer höheren Rückfallgefährdung führen. Kommen kritische Lebensereignisse oder das Aufsuchen von Risikosituationen (Trinkverführungen) hinzu, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, daß es zum erneuten Alkoholkonsum auch nach einer längeren Zeit des völligen Alkoholverzichts kommt. Marlatt bezeichnet dieses Ereignis als „Ausrutscher“ (Lapse), der durch kognitive und emotionale Prozesse (Abstinenzverletzungseffekt) den Übergang zu einem vollständigem Rückfall (Relapse) in alte Konsummuster bilden kann. Rückfallentstehung ist somit ein komplexer Prozeß, der einen am Einzelfall orientierten Zugang zur Rückfallprophylaxe nahe legt. Es liegen im deutschsprachigen Raum einige manualisierte und empirisch überprüfte Rückfallpräventionsprogramme vor: Arend (1994), Körkel (1996a), Petri (1996), Wilcken, Rochow (2000).

**Familientherapeutisch-systemische Behandlungskomponenten** konzentrieren sich darauf, Personen, die von den Folgen problematischer Alkoholkonsumgewohnheiten mitbetroffen sind, in den Behandlungsprozeß einzubeziehen. Das geschieht im Rahmen von paar- oder familientherapeutischen Interventionen. Ein manualisiertes und gut evaluiertes Programm legten Meyers, Smith (1998) vor, das vom Ansatz her am CRA-Ansatz (Meyers, Smith 1995) orientiert ist und die Bezeichnung „Community Reinforcement Approach and Family Training“ (CRAFT) trägt. Ein manualisiertes und gut evaluiertes paartherapeutisches Programm

haben O'Farrell et al. (1993) entwickelt. Beide Programme stützen sich auf den kognitiv-behavioralen Theorieansatz und integrieren familientherapeutisch-systemische Komponenten.

### **Motivationale Interventionen**

In der Zusammenschau psychoanalytischer, kognitiv-behavioraler und familientherapeutisch-systemisch orientierter Behandlungsinhalte wird deutlich, daß integrative, therapieübergreifende Behandlungsstrategien an Bedeutung gewonnen haben und die Frage „Welcher Mensch paßt zu welchem Theorieansatz?“ abgelöst wird durch die Frage „Welche unterschiedlichen, wirksamen Behandlungskomponenten müssen auf jeden Einzelfall hin abgestimmt und kombiniert werden?“ Nicht nur die Diagnostik der Art der substanzbedingten Störung ist ausschlaggebend, sondern auch die Diagnostik der Veränderungsprozesse: Welche Stadien der Veränderung durchschreitet der Mensch mit substanzbedingten Störungen? In welchen Stadien befindet er sich zu Beginn eines Behandlungsprozesses?

Veränderungen können als bestimmte regelhafte Abfolgen mit unterschiedlichen motivationalen und volitionalen „Lagen“ der Klienten definiert werden. Die Therapeuten sollten innerhalb dieser Abfolgen ebenso regelhaft differentiell reagieren und Veränderungsprozesse initiieren können. In der Begründung therapeutischen Handelns tritt hiermit die Prozeßdiagnostik neben die Statusdiagnostik.

In den letzten Jahren und Jahrzehnten wurde eine Vielzahl von Phasen- bzw. Stadienmodellen des Veränderungsprozesses entwickelt, mit dem Ziel, die regelhaften Abläufe bestimmter Verhaltensänderungen beschreiben zu können. Im folgenden werden exemplarisch zwei Modelle dargestellt, die für die prozessuale Grundlegung des psychoedukativen Gruppenprogramms eine wichtige Bedeutung haben.

Ein für die Verhaltenstherapie spezifisches Modell ist das **Selbstmanagementmodell** (Kanter, Reinicker, Schmelzer 1996). Unterschieden werden hier insgesamt sieben Phasen, die im Idealfall nacheinander durchlaufen werden. Für jede Phase werden konkrete Handlungsanweisungen für die Behandler sowie Anforderungen für die Klienten genannt. Diese Schritte werden nicht durchgängig störungsspezifisch formuliert, sondern allgemein im Sinne eines Selbstveränderungsmodells:

- In der ersten Phase (Eingangsphase) steht die Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen im Zentrum. Hierzu ist die Bildung eines therapeutischen Bündnisses unabdingbar. Die Rollen von Therapeut und Klient sowie Eingangsbeschwerden und -erwartungen werden geklärt.

- In der zweiten Phase (Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen) steht die aktive Klärung und Förderung der Therapiemotivation im Zentrum.
- In der dritten Phase erfolgt die Erstellung einer funktionalen Verhaltensanalyse und die Ableitung des funktionalen Bedingungsmodells.
- In der vierten Phase werden therapeutische Ziele vereinbart.
- In der fünften Phase werden spezielle Methoden geplant, ausgewählt und durchgeführt.
- In der sechsten Phase werden die therapeutischen Fortschritte evaluiert.
- In der siebten und letzten Phase schließt sich die Erfolgsoptimierung und die Beendigung der Therapie an.

Es handelt sich bei diesem Modell um eine umfassende Beschreibung des diagnostisch-therapeutischen Prozesses mit konkreten und vielfältigen Handlungsanweisungen für die Therapeuten. Besonders bemerkenswert ist im Hinblick auf eine Unterscheidung von störungs- und prozeßspezifischen Handlungswissen die Tatsache, daß störungsspezifische Methoden erst nach erheblicher Vorarbeit in der fünften Phase zum Einsatz kommen.

Das Ende der siebziger Jahre entwickelte „**transtheoretische Modell**“ (Prochaska, DiClemente, Norcross 1997) ist ein therapieschulenunabhängiges Konzept und strebt auch Aussagen an über psychotherapieunabhängige Veränderungen. Es beschreibt „Stadien der Veränderung“ als zeitlich feste Sequenz von Veränderungsschritten, die sich empirisch-beschreibend abbilden lassen, und „Veränderungsprozesse“ als Strategien, die bei der Veränderung von problematischen Verhaltensweisen eingesetzt werden, und „Stufen der Veränderung“ als Funktionsbereiche, in denen sich Veränderungen von der symptomatischen bis hin zur systemischen Ebene vollziehen. Veränderung wird als Resultat eines komplexen Zusammenspiels dieser Dimensionen aufgefaßt. Folgende Stadien werden unterschieden:

- Das *Stadium der fehlenden oder eingeschränkten Problembewußtheit* („*Precontemplation*“) bezeichnet den Zustand, in dem eine Person keine oder nur eine geringe Absicht hat, ein Problem zu lösen. Das Problem wird meistens als solches nicht wahrgenommen, Informationen, die darauf hindeuten, werden aktiv beiseite geschoben. Anlaß für eine Änderung sind in diesem Stadium häufig Angehörige oder andere Menschen, die auf eine Veränderung drängen.

- Im *Stadium der Nachdenklichkeit* („*Contemplation*“) tritt das aktuelle Problem ins Bewußtsein. Die Problemlage wird anerkannt, jedoch zum gegebenen Zeitpunkt ist noch keine Bereitschaft für eine aktive Veränderung vorhanden. Das Abwägen von Vor- und Nachteilen einer Veränderung spielt in diesem Stadium eine große Rolle, Ambivalenzphänomene sind deutlich sichtbar.
- Das *Vorbereitungsstadium* („*Preparation*“) integriert Absicht und Verhalten. Eine Entscheidung zur Veränderung wird getroffen, erste Bemühungen sind erkennbar, ohne daß es zu einer grundsätzlichen Änderung kommt.
- Im *Stadium der Handlung* („*Action*“) wird problematisches Verhalten aktiv verändert und bewältigt. Erste positive Ergebnisse sind zu beobachten.
- Im *Stadium der Aufrechterhaltung* („*Maintenance*“) einer erzielten Veränderung steht die Stabilisierung der positiven Resultate von Veränderungsbemühungen im Vordergrund, Rückfall in alte, disfunktionale Verhaltensmuster sollen verhindert werden.

Der Prozeß des Durchlaufens dieser Veränderungsstadien ist nicht als linearer, sondern als zyklischer, bzw. spiralförmiger Prozeß konzipiert. Klienten durchlaufen auf dem Wege der Veränderung problematischer Verhaltensweisen typischerweise mehrere Schleifen: von fehlender Problembewußtheit zu Nachdenklichkeit, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung, Rückfall usw., bis es zu einer stabilen Verhaltensänderung kommt. Als Beispiel sei ein Patient mit Alkoholproblemen genannt, der im Laufe einiger Jahre mehrfach zu Entgiftungen in ein Krankenhaus aufgenommen wird, zunächst nach Entlassungen weiter trinkt und erst nach längerer Zeit eine Entwöhnungsbehandlung aufsucht, wieder rückfällig wird, und dann den dargestellten Prozeß mehrfach durchläuft.

In den beschriebenen Stadien spielen unterschiedliche Veränderungsprozesse eine Rolle und das Voranschreiten innerhalb dieser Veränderungssequenz kann durch spezifische, paßgenaue, individuelle Interventionen gefördert werden. Dabei rückt die motivationale Arbeit mit Klienten in den Vordergrund. Der gezielte Aufbau von Motivation wird zur zentralen Aufgabe des Therapeuten. Auch im Kontext des Selbstmanagementmodells (Kanfer et al. 1996) gilt dies als wesentliches Postulat. Motivationsstrategien werden ausführlich im Rahmen des „Motivational-Interviewing“-Ansatzes (Miller, Rollnick 1991, 1999 [deutsche Version]) dargestellt. Eine Zusammenschau phasenspezifischer Motivationslagen und entsprechender Interventionen gibt die folgende Tabelle:

## Motivationale Interventionen in Abhängigkeit von Veränderungsstadien und Motivationslagen

Veränderungsstadium	Motivationslagen des Klienten	Motivationsaufgabe des Therapeuten
Keine Problem- bewußtheit	Widerstand, Auflehnung, Resignation, Rationalisierung als Abwehr, Nichtwahrnehmung des Problems	Zweifel wecken, Erhöhung der Wahrnehmung von Risiken und Gefahren des aktuellen Problemverhaltens
Nachdenklichkeit	Ambivalenz, Kosten-Nutzen-Bilanz, Offenheit für Informationen	Beeinflussen der Entscheidungsbalance: Gründe für Veränderung erfragen, Risiken bei Beibehalten des Problemverhaltens entwickeln lassen, Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung und der Zuversicht für die erfolgreiche Veränderung des aktuellen Problemverhaltens bewirken
Vorbereitung	„Auf-dem-Absprung“-Sein, Entscheidungsprozeß noch nicht abgeschlossen, konkrete Art der Veränderung (Handlungsplan) noch offen	Unterstützung beim Herausfinden der optimalen Behandlungsstrategie zur Erreichung positiver Veränderungen
Handlung	Umsetzungsbereitschaft und -aktivitäten, „Dinge laufen von selbst“ ohne Eingreifen des Therapeuten, dadurch Gefahr des Behandlungsabbruchs	Unterstützung bei wichtigen Veränderungsschritten geben
Aufrechterhaltung	Optimismus entwickelt sich, Aufgabe von Vorsichtsmaßnahmen ist wahrscheinlich, Rückfallgefährdung	Unterstützung beim Finden und Implementieren von Strategien, um einen Rückfall zu vermeiden
Rückfall	Zielabweichungs-, Verletzungseffekt, Resignation, negatives	Unterstützung beim erneuten Durchlaufen des Prozesses, Pro-

Selbstbild	blembewußtsein, Vorbereitung und Handlung, um nicht stecken zu bleiben oder durch den Rückfall demoralisiert zu werden.
------------	---

Fünf therapeutische Grundprinzipien haben bei der motivierenden Gesprächsführung zentrale Bedeutung, wobei zu beachten ist, daß Motivation als interaktioneller Prozeß zwischen dem Behandler und dem Klienten bzw. Patienten aufgefaßt wird:

1. Empathie ausdrücken, Kritik und Konfrontation vermeiden.
2. Diskrepanzen entwickeln, eigene Zwiespältigkeit dem Suchtmittelgebrauch gegenüber erlebbar machen.
3. Beweisführung vermeiden, nicht ins Argumentieren verfallen.
4. Den Widerstand aufnehmen, die persönliche Kontroll- und Wahlfreiheit herausstellen, den Widerstand ausdrücklich anerkennen, den Blickwinkel erweitern.
5. Selbstwirksamkeit fördern, die Zuversicht stärken, den Alkoholkonsum verändern zu können.

Man kann die Selbstverpflichtung des Patienten zu einem solchen Veränderungsprozeß untermauern, indem man einen konkreten Plan mit ihm gemeinsam entwickelt (Kremer 2000):

- die wichtigsten Gründe für eine Veränderung auflisten,
- die wesentlichen Veränderungsziele präzisieren,
- die ersten Schritte genau beschreiben,
- weitere konkrete Handlungsschritte und ihren jeweiligen Zeitpunkt beschreiben,
- Personen angeben, die die Veränderungsschritte unterstützen,
- positive Erwartungen für den Alltag formulieren.

Die Verbindlichkeit eines solchen Plans wird erhöht, wenn wichtige Bezugspersonen mit einbezogen werden und eine „öffentliche Bekanntgabe“ der Veränderungsabsichten erfolgt. Je konkreter ein solcher Veränderungsplan ist und je früher und unmittelbarer er beginnt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, daß er eingehalten wird.

Miller (1985) spricht acht allgemeine Empfehlungen zur Motivationsförderung aus:

1. Empfehlungen klar und nicht moralisierend aussprechen.
2. Hindernisse auf dem Weg der Veränderung pragmatisch entfernen.

3. Wahlmöglichkeiten eröffnen, denn einseitige Vorgaben erhöhen die Wahrscheinlichkeit für Reaktanzphänomene.
4. Negative Folgen des Alkoholkonsum in der Wahrnehmung stärken, die Unverträglichkeit des Trinkens mit anderen wichtigen Lebenszielen verdeutlichen.
5. Wertschätzung und Empathie zum Ausdruck bringen, die Innensicht des Klienten verstehen und respektieren.
6. Rückmeldungen geben, auch in Form von „Eigenrückmeldungen“ durch Selbstbeobachtungsprotokollierung.
7. Ziele abklären und gemeinsam formulieren.
8. Aktive Hilfestellung ergreifen und Interesse an weiteren Kontakten deutlich machen; unter Umständen ergreift der Therapeut auch selbst die Initiative.

### **Ausblick**

Die Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung, die auf prozessualen Phasen der Veränderungsmotivation (Miller und Rollnick 1992) beruhen, werden mit allgemeinen Selbstmanagementstrategien (Kanfer 1996) verbunden und im psychoedukativen Schulungsprogramm aufbereitet.

### **Psychoedukation**

Psychoedukative Ansätze haben sich in verschiedenen gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern etabliert. Ihr Ziel ist es, die Fähigkeit zur Risikobewältigung zu stärken, die Rezidivwahrscheinlichkeit zu senken und die Lebensqualität zu steigern. Diese Ansätze kommen dem starken Informationsbedürfnis der Betroffenen entgegen. Außerdem tragen sie zur emotionalen Entlastung der Beteiligten bei. Hervorzuheben ist auch der Aspekt der Kosteneinsparung, wenn es gelingt, durch gezielte psychoedukative Interventionen die Rezidivraten in gesundheitsgefährdendes Verhalten zu senken. Wienberg et al. (1995) definiert Psychoedukation sinngemäß als eine verhaltenstherapeutische Variante von Psychotherapie im weiteren Sinne. Sie fokussiert vor allem Problembewältigungsperspektiven und zielt darauf ab, zum Verstehen und zur Verarbeitung des Störungsgeschehens beizutragen, Ängste zu reduzieren, ein positives Selbstbild zu fördern und die Autonomie der Betroffenen zu stärken. Notwendige Bestandteile sind die Erarbeitung eines gemeinsamen Störungskonzeptes sowie die gezielte Förderung von Selbsthilfe- und Bewältigungskompetenzen der Betroffenen im Umgang mit ihrer störungsspezifischen Vulnerabilität. Die gemeinsame Erarbeitung der relevanten Inhalte durch einen kompetenten Therapeuten, nicht reine Wissensvermittlung, sind zentrales Anlie-



gen psychoedukativer Ansätze. Sie werden im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich eingesetzt, teilweise auch überlappend. Z.B. beginnen sie während des (teil-) stationären Aufenthalts und werden ambulant weitergeführt. Die Durchführung im ambulanten Bereich ist allerdings günstiger, weil die Teilnehmenden dann in der Regel in einem deutlich stabileren Zustand sind.

Psychoedukative Programme werden meist in Gruppen durchgeführt. Dies hat — neben einem besseren Kosten-Nutzen-Verhältnis — folgende Vorteile:

1. Die Betroffenen können die Erfahrung machen, mit ihren Problemen nicht allein fertig werden zu müssen.
2. Sie bringen eigene Erfahrungen mit günstigen und ungünstigen Bewältigungsversuchen ein.
3. Sie können gegenseitig Modellfunktionen übernehmen, besonders, wenn es um gelingende Bewältigungsstrategien geht.
4. Die Teilnehmer erfahren Solidarität und Zusammenarbeit durch Mitbetroffene.

Psychoedukative Gruppen haben eine feste zeitliche Struktur mit einer vorgegebenen Anzahl von Treffen. Sie werden in der Regel als geschlossene Gruppen geführt, da die Inhalte systematisch aufeinander aufbauen. Alle Programme betonen die Leitung durch zwei Moderatoren, häufig Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen. Die Treffen werden aktiv geleitet, bzw. strukturiert, die Inhalte sind vorgeplant und manualisiert. Es ist aber den Teilnehmern auch genügend Raum zu lassen, eigene Wünsche und Themen einzubringen.

Die inhaltlichen Schwerpunkte leiten sich störungsspezifisch ab, das Risikoverhaltenkonzept ist zentraler Bestandteil psychoedukativer Gruppenarbeit bei problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten.

Aus den Basisprinzipien „psycho“ (förderliche Einstellungen zur Störung, zum eigenen Leben und zu eigenen Lebenszielen haben eine entscheidende Bedeutung für eine erfolgreiche Bewältigung der alkoholbezogenen Störung) und „edukativ“ (Empowerment durch Informationsvermittlung — Wissen — und Handlungskompetenz — Können —) ergeben sich folgende Grundorientierungen:

1. Ressourcenorientiert: die Fähigkeiten stehen im Vordergrund, dabei sind nicht die „großen“ Fähigkeiten entscheidend, sondern alltägliche Fertigkeiten, die es zur Selbsthilfe einzusetzen gilt.

2. Konstruktiv: Fertigkeiten können ausgebaut werden und werden konstruktiv unterstützt durch Feedback auf kleine Schritte zur Problemlösung und durch Verstärkung positiven Verhaltens.
3. Verhaltensnah: das Ausprobieren und die damit verbundenen Konsequenzen angstfrei erfahren, macht den Transfer in den Alltag wahrscheinlicher; Wissen alleine genügt nicht, es muß auch in Verhalten umgesetzt werden.
4. Praktisch relevant: Informationen über das Störungsbild und damit verbundene soziale Aspekte haben eine besondere Bedeutung.
5. Effektiv: Bewertungen zur Wirkung des Programms müssen einbezogen werden.

Diese Grundorientierungen des psychoedukativen Gruppenprogramms werden ergänzt durch die sechs Grundregeln des Selbstmanagementvorgehens (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996):

1. Verhaltensorientiert denken („think behavior“).
2. Lösungsorientiert denken („think solution“).
3. Positiv denken („think positive“).
4. In kleinen Schritten denken („think small steps“).
5. Flexibel denken („think flexible“).
6. Zukunftsorientiert denken („think future“).

Diese Regeln sind didaktische Grundlage psychoedukativer Ansätze und haben sich vielfach bewährt.

## Behandlungsformen

Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland hat ein strukturelles Behandlungsmodell formuliert, das unter der Beschreibung „Königsweg der Behandlung Suchtkranker“ bekannt geworden ist. Feuerlein et al. (1998) beschreiben dieses Modell in Form vier aufeinanderfolgender Behandlungsabschnitte im Sinne einer „therapeutischen Kette“:

Tabelle 1: Behandlungskette der Suchtkrankenhilfe in Deutschland  
(angelehnt an Feuerlein et al. 1998)

Phase	Dauer	ambulantes Setting	(teil-)stationäres Setting
Kontaktphase	mehrere Monate	Arzt, Polyklinik Gesundheitsamt, sozialpsychiatrischer Dienst Suchtberatungsstelle psychosoziale Beratungsstelle Abstinenz- und Selbsthilfevereinigungen	
Entgiftungsphase	1–4 Wochen	ambulante Entgiftungen in Suchtbehandlungsfachstellen	Allgemeinkrankenhäuser Psychiatrische Kliniken, Psychiatrische Abteilung Tagesklinik
Entwöhnungsphase	6–24 Wochen	Fachambulanz, Polyklinik Arzt, Facharzt psychosoziale Beratungsstelle	Psychiatrische Klinik, Psychiatrische Abteilung Fachkrankenhäuser für Alkoholranke Tagesklinik
Nachsorgephase	Jahre	Hausarzt, Facharzt, Fachambulanz Suchtberatungsstelle Gesundheitsamt, sozialpsychiatrischer Dienst	Übergangseinrichtungen Wohnheim

		Abstinenz- und Selbsthilfe- vereinigungen betriebliche Suchtkrankenhilfe Niedergelassener Psychothera- peut ambulant betreutes Wohnen	
--	--	--	--

Diese vierphasige Behandlungskette hat sich, auch im internationalen Vergleich, als behandelungseffizient erwiesen. Dieses grundlegende Behandlungsmodell erreicht jedoch nicht alle Personen mit problematischem Alkoholkonsum. So wird z. B. nicht immer eine Entgiftungsbehandlung benötigt, viele Alkoholabhängige schaffen den Ausstieg aus der Sucht durch eine Selbsthilfegruppe, eine Vielzahl löst sich aus der Suchtbindung ohne professionelle Hilfe. Die Behandlungsphasen selbst lassen sich im therapeutischen Alltag nicht klar voneinander abgrenzen, und nach jeder Behandlungsphase kann es zu einem Rückfall in den Suchtmittelkonsum kommen, ohne daß die Behandlungskette wieder von vorne durchlaufen werden müßte.

Zwei größere Gruppen von Menschen mit problematischem Alkoholkonsumgewohnheiten haben bisher geringfügig und unzureichend von diesem Behandlungsmodell profitiert:

- der Personenkreis mit riskantem, mißbräuchlichem oder abhängigem Alkoholkonsum, dessen körperliche, soziale und psychische Alkoholfolgeschädigung noch nicht das Ausmaß erlangt hat, daß es im beruflichen und sozialen Alltag zu offensichtlichen Schwierigkeiten gekommen wäre. Aus Prävalenzuntersuchungen wird deutlich, daß diese Gruppe dreimal so groß ist wie die Gruppe der manifest Alkoholabhängigen mit deutlichen Folgeschädigungen. Diese Gruppe kommt erst gar nicht in die Kontakphase, weil die dort erwartete Selbstetikettierung als „Alkoholiker“ und die damit verbundene Zielvorgabe der absoluten Alkoholabstinenz abschreckend wirkt, und für Zielvorstellungen wie „kontrolliertes Trinken“ dort keine Angebote vorgefunden werden.
- die Personengruppe, die nicht mehr oder nicht mehr ausschließlich im Rahmen dieses Vier-Phasen-Modells angemessen behandelt werden kann, in der Regel langjährig schwer Alkoholabhängige, die nicht imstande sind, die persönlichen und motivationalen Voraussetzungen für das Durchlaufen dieser Behandlungskette mitzubringen. In den letzten Jahren haben sich für diesen Personenkreis „niedrigschwellige“ Behandlungsangebote entwickelt, die nicht die Überarbeitung der Alkoholproblematik in den Mittelpunkt rückt, sondern Maßnahmen der Sicherung des gesunden Überlebens.

Im folgenden werden die Behandlungsformen dargestellt, die einen geeigneten Rahmen für psychoedukative Interventionen abgeben:

– *Suchtberatungsstellen und ambulante Suchtbehandlungsstellen*

Zum Regelangebot gehören unter anderem Beratung, Motivationsarbeit, Therapievermittlung und Nachbetreuung im Anschluß an stationäre Therapiemaßnahmen. Auch die Beratung und Begleitung von Angehörigen und die Präventionsarbeit, vorrangig in Schulen, gehören zum Angebotsspektrum. Seitdem die zuständigen Kostenträger (Krankenkassen und der Verband deutscher Rentenversicherungsträger) sich auf ein Modell ambulanter Entwöhnungstherapie geeinigt haben, werden in den entsprechenden Suchtberatungsstellen mit Behandlungsgenehmigung nach vorgeschalteten Maßnahmen der Beratung und Motivation ambulante einzel- bzw. gruppentherapeutische Maßnahmen durchgeführt. Diese ambulanten Therapien sind vorteilhaft, weil sie wesentlich kostengünstiger sind als stationäre Therapien, weil sie den Verbleib des Patienten am Arbeitsplatz und in der Familie sicherstellen, weil kontinuierlich das soziale Umfeld einbezogen werden kann, weil therapeutische Fortschritte im Alltag unmittelbar wahrgenommen werden können, weil die wichtigsten systematisch wiederkehrenden Rückfallgefährdungen in der persönlichen Lebenswelt in den therapeutischen Prozeß einbezogen werden können und weil eine Unterstützung bei praktischen Problemen vor Ort sichergestellt werden kann. Falls das soziale Umfeld so disfunktional und die alltäglichen Anreize zum Suchtmittelkonsum so unwiderstehlich sind, daß gerade aus diesem Grund ein örtlicher und zeitlicher Abstand den Gesundungsprozeß unterstützen kann, ist eine stationäre Therapiemaßnahme in einer Fachklinik einer ambulanten Maßnahme vorzuziehen.

In den letzten Jahren haben sich im Rahmen von ambulanten Behandlungsstellen, z. B. in Institutsambulanzen an psychiatrischen Kliniken, ambulante Formen der Entgiftung herausgebildet, die den körperlichen Alkoholentzug übernehmen, für psychische und soziale Stabilisierung sorgen, die Beseitigung akuter Krisensituationen anstreben, die Förderung von Einsicht in die Alkoholproblematik begünstigen und die Motivation zur Veränderung und Entwicklung von Zukunftsperspektiven beinhalten.

In diesem Kontext ist es gut vorstellbar, daß für die Gruppe der problematischen, riskanten Alkoholkonsumenten ein Angebot zur Verfügung gestellt werden kann, das psychoedukativ ausgerichtet ist und neben der Zielvorgabe der Abstinenz auch die Zieloption reduzierter, gesundheitsverträglicher Konsum mit einbezieht.

– *Früh- und Kurzinterventionen*

Ein relativ neuer Typus suchtspezifischer Behandlungsweisen sind die Früh- und Kurzinterventionen. Sie zielen auf einen Punkt in der Entwicklung problematischer Alkoholkonsumgewohnheiten ab, der als noch nicht schwer bzw. nicht chronifiziert zu klassifizieren ist. Es geht im wesentlichen darum, die Ausbildung oder Verfestigung einer Abhängigkeitsentwicklung zu stoppen (Sekundärprävention) und intensivere sowie teurere Behandlungsmaßnahmen abzuwenden. Erfolgreiche Früh- und Kurzinterventionen sind dann angezeigt, wenn erhöhte biologische Marker im Blutbild auftauchen, gesundheitlich riskante Konsummengen eingenommen werden und erste negative Folgen durch den Alkoholkonsum bemerkt werden. Frühzeitige Interventionen können relativ kurz und trotzdem effektiv sein. Sie dauern 5–60 Minuten und haben eine variable Anzahl von Folgesitzungen. Mehrere Effektivitätsstudien zeigen, daß ein derartiges Interventionsvorgehen bei vielen Personen zu einer Reduktion des Alkoholkonsum führt (Bien et al. 1993, Projekt Match Research Group 1998). Schwerwiegende Folge- und Begleitprobleme des Alkoholkonsums werden allerdings durch diesen Interventionsansatz nicht aufgefangen (Zweben et al. 1999). Miller und Sanchez (1991) haben aus vorliegenden Studien sechs Komponenten ermittelt, die eine effektive Kurzintervention ausmachen und sie mit dem Akronym „FRAMES“ versehen:

**Feedback:** Rückmeldung über persönliche Risiken bezüglich Blutbild und Folgeerkrankungen,

**Responsibility:** Die Eigenverantwortlichkeit für den Änderungsprozeß betonen und fördern,

**Advice:** deutliche Empfehlung zu einer Veränderung aussprechen und zwar in respektvoller, nicht bedrängender Form,

**Menu:** Alternativen aufzeigen, wie das Ziel erreicht werden kann,

**Empathy:** zuhörende, nicht konfrontative Gesprächsführung (aktives Zuhören),

**Self-efficacy:** Die Zuversicht des Patienten in die Veränderlichkeit der problematischer Alkoholkonsumgewohnheiten stärken (z. B. durch kleine Anfangserfolge, Vermeiden von Überforderung, Betonung von Kompetenzen und Absehen von einer Defizitfokussierung).

Früh- und Kurzinterventionen werden in allen Bereichen des Hilfesystems angewendet, also in der betrieblichen Suchthilfe, in der ambulanten Suchtberatung oder bei Beratungsgesprächen allgemeiner sozialer Dienste. Zur Zeit werden Überlegungen angestellt, Früh- und Kurzinterventionen als Standardbehandlungsangebot im medizinischen Primärbereich einzusetzen (Petry 1997). Zukünftig sind notwendige Dauer, Bestandteile, Zielgruppen und Effekte von Kurzinterventionen genauer zu untersuchen. Das hier dargestellte psycho-

edukative Gruppenprogramm läßt sich als Kurzintervention im weitesten Sinne beschreiben, weil es einen begrenzten Umfang von acht zweistündigen Gruppensitzungen besitzt, und in die vorgeschlagenen Settings eingefügt werden kann.

– *Betriebliche Suchtkrankenhilfe*

In größeren Betrieben in Deutschland ist es mittlerweile üblich, eine eigenständige betriebliche Suchtkrankenhilfe zur Verfügung zu stellen. Sie hat die Aufgabe, in der Belegschaft ein Informations- und Bewußtwerdungsprozeß über Alkohol, Alkoholgefahren und Alkoholabhängigkeit anzustoßen mittels Informationsbroschüren, Artikel in Betriebszeitschriften, Einwirkungen auf die relative Preisgestaltung bei nicht-alkoholischen und alkoholischen Getränken in der Kantine, preisgünstigem Verkauf alkoholfreier Getränke bei Betriebsveranstaltungen, Schulung von Vorgesetzten und Beratung von Betroffenen. Zur Beratung gehört die Anbahnung von Entwöhnungsbehandlungen, die Ermöglichung und Moderation von Arbeitsplatzgesprächen nach einer solchen Behandlung, und die Durchführung von Betriebsvereinbarungen zum Umgang mit alkoholgefährdeten Mitarbeitern.

Auch in diesem Setting scheint es sinnvoll, psychoedukative Elemente der Beratungsarbeit einzuführen. Das hier dargestellte psychoedukative Gruppenprogramm läßt sich im betrieblichem Umfeld umsetzen.

– *Tagesklinische Behandlungsformen*

Die teilstationäre Behandlung in Form von Tageskliniken für Abhängigkeitskranke dient dazu, die stationäre Behandlung zu vermeiden oder zumindest zu verkürzen. Diese Form ist nicht nur im Anschluß an einen stationären Aufenthalt möglich, sondern auch an dessen Stelle. Auch Entgiftungsbehandlungen sind unter bestimmten Voraussetzungen mit dieser Behandlungsform durchführbar.

Merkmale tagesklinischer Behandlung sind die Gewöhnung an einen strukturierten Tagesablauf, Interaktionsgruppen unter Einbeziehung der Bearbeitung von Wochenend- und Freizeitproblemen und die Rückfallvorbeugung. Das soziale Umfeld wird mit einbezogen. Rückfallrisiken und deren Bewältigung stehen im Vordergrund dieser Behandlungsformen. Psychoedukative Ansätze sind in diesen Behandlungskontext besonders gut zu integrieren.

In den letzten Jahren haben sich neue Entwicklungen im klassischen Behandlungssystem, in der „therapeutischen Kette“, ergeben; diese Veränderungen zielen auf Deinstitutionalisierung, z.B. durch deutliche Zunahme ambulanter Behandlungsansätze und Verkürzung stationärer Behandlungsdauern, auf Dezentralisierung durch den Ausbau regionaler Behandlungsverbände, auf Differenzierung mit Angeboten, die das Ziel der Abstinenz und des kontrollierten

Trinkens anstreben und auf Spezialisierung durch den Einsatz von Case-Management zur Betreuung chronisch mehrfach geschädigter alkoholabhängiger Menschen.

Immer prägnanter rückt die Frage in den Mittelpunkt von Versorgungsüberlegungen, welcher Behandlungstyp für welche Zielgruppe am besten geeignet ist und wie die einzelnen Behandlungsmaßnahmen innerhalb einer Behandlungsform am besten auf den einzelnen Patienten zugeschnitten werden können.

In diesem institutionellen Veränderungsprozeß können psychoedukative Behandlungselemente adaptive und selektive Zielsetzungen unterstützen.

### **Ziele der Suchtbehandlung**

Grundlegendes, allgemein akzeptiertes Ziel der Alkoholismusbehandlung ist die dauerhafte Totalabstinenz. So wird mit dem Rehabilitationsziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit die Abstinenz als Voraussetzung und somit als vorrangige Zielsetzung von Seiten der Kostenträger erwartet. Allerdings zeigen empirische Analysen, daß das Erreichen von Abstinenz nicht mit der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit gleichzusetzen ist und moderater Konsum dem Erwerbsziel nicht entgegenstehen muß (Patience et al 1997). Ziele spielen eine bedeutsame Rolle im therapeutischen Prozeß. So lösen selbst gesetzte Ziele einen höheren Anstrengungsgrad zur Zielerreichung aus, eine höhere Ausdauerfähigkeit bei Zielblockaden und einen höheren Enderfolg im Vergleich zu von außen vorgegebenen Zielen. Die Selbstverpflichtung zu einem Ziel führt offenbar zu einer flexibleren „Zieleverwaltung“, so daß bei freier Wahl das Ziel „moderater Konsum“ nach einer Erprobungszeit der Zielumsetzung häufig einen freiwilligen Wechsel zum Ziel Abstinenz nach sich zieht (Hotgins et al 1997).

Dauerabstinenz wird nicht von allen Betroffenen im therapeutischen Kontext angestrebt. Werden die „wirklichen Ziele“ während einer Therapie nicht erkannt, bzw. nicht angemessen aufgegriffen, z. B. das Ziel moderater Suchtmittelkonsum, und unter einer Abstinenzorientierung behandelt, so werden keine Kompetenzen für den späteren Umgang mit dem eigentlich angestrebten Zielverhalten vermittelt. Menschen mit Suchtmittelproblemen, die sich auf dauerhafte Abstinenz hin orientieren, sprechen sich eine höhere „Rückfallimmunität“ zu, die nach heutigem Forschungsstand als Prädiktor für tatsächliche Abstinenzhaltung gilt (DiClemente et al. 1995).

Es erscheint notwendig, Zieloptionen zu eröffnen, die Raum für individuelle Zielentscheidungen lassen. Schwoon und Krauzs (1990) formulieren eine Zielpalette, bei der Überlebenssicherung angesichts der Übermortalität von Abhängigen durch Unfälle, Suizide, schwere somatische Erkrankung usw. Voraussetzung für alles weitere therapeutische Handeln darstellt.



Erst wenn das Überleben gesichert ist, rücken zukünftige Ziele des Umgangs mit dem Suchtmittel in den Mittelpunkt: Reduzierung von Konsummengen und Konsumexzessen, das Wechseln zu niedrigprozentigen Alkoholika, das Einschleichen abstinenten Tage oder längerer Abstinenzzeiten und, soweit möglich und angestrebt, auch die dauerhafte Abstinenz. Das Maximalziel besteht darin, dem Klienten zu einem Umgang mit dem Suchtmittel zu verhelfen, der eine für ihn zufriedenstellende Lebensqualität ermöglicht.

Psychoedukative Interventionen sollten die dargestellten Zieloptionen und den damit verbundenen Zielfindungsprozeß berücksichtigen und die dargestellte Zielpalette einbeziehen.

Der Terminus „kontrolliertes Trinken“ führt zu Mißverständnissen und fachlichen Kontroversen, und häufig wird selbstregulierter Alkoholkonsum mit moderaten, normalen und sozialen Trinkmustern konfundiert. Betroffene selbst verwechseln häufig kontrolliertes Trinken mit normalem Trinken. Unter therapeutischen Gesichtspunkten ergeben sich durch diese Begrifflichkeit Probleme, weil es sich um eine disfunktionale, individuell selbstschädigende Kognition handeln kann, die dem Wunsch von Menschen entspricht, ihre psychosoziale Identität gegen die Stigmatisierung als Suchtkranke zu behaupten. Das Schädigende liegt somit darin, daß ein Verhaltensmuster von immer wieder scheiternden Selbstkontrollversuchen sich perpetuiert.

Wie in Punkt 3.5.2 gezeigt, hat sich das Verständnis der dem Alkoholismus zugrunde liegenden neurophysiologischen Mechanismen in den letzten Jahrzehnten verbessert. Auch in diesem Zusammenhang ist der Begriff „kontrolliertes Trinken“ widersprüchlich, weil Alkoholkonsum auf der Wirkungsseite die natürliche Funktion der Kontrolleinschränkung zur Folge haben kann mit dem Ziel, bestehende Hemmungen abzubauen. Im Rahmen des Suchtprozesses haben sich ausgeprägte neuroplastische Veränderungen in Form eines „Suchtgedächtnisses“ entwickelt und so besteht kaum die Chance, zu einer „natürlichen“ Trinkregulation zurückzufinden.

Behandlungsstrategien, die das Therapieziel „kontrolliertes Trinken“ zum Inhalt haben, zeigen nur eine eingeschränkte empirische Wirksamkeitsevidenz. Die Geschwister Sobell in den USA (1973, 1976) führten dazu die zentrale Untersuchung durch und kamen zu dem Schluß, daß dieses Ziel im Vergleich zum Abstinenzprinzip nur bedingt eine sinnvolle und gerechtfertigte Therapieoption bei Alkoholabhängigen darstellt, das heißt entsprechende Trinkmuster nur bei einem Teil der untersuchten Gruppe zu finden waren. Personen, die eine geringere Schwere der Alkoholabhängigkeit aufweisen, sozial stabiler sind und über entsprechende, auf moderaten Konsum ausgerichtete Selbstwirksamkeitserwartungen verfügen, erreichen mode-

rate Trinkformen. Im anglo-amerikanischen Bereich wird diese Gruppe als „Problemtrinker“ bezeichnet, für die indikativ spezielle Behandlungsprogramme entwickelt worden sind. Bei dieser Gruppe ist die Trinkkontrolle noch vorhanden, das Trinkverhalten hat nur teilweise nachteilige Folgen und eine Stabilisierung ist durch reduzierten oder eingegrenzten Alkoholkonsums zu erreichen (Sobell und Sobell 1993, Kishline 1994, Schell 1995, Sanchez-Craig et al. 1996, Polli 1997, Körkel et al. 1999).

Vor diesem Hintergrund erscheint es erforderlich, den Begriff des „kontrollierten Trinkens“ fallen zu lassen und statt dessen für therapeutische Maßnahmen bei Alkoholmißbrauch oder für sekundärpräventive Ansätze bei Risikogruppen (z.B. alkoholbedingte Probleme im Straßenverkehr) den Terminus „reduziertes Trinken“ zu verwenden. So ergibt sich folgende Begriffsdifferenzierung:

- „kontrolliertes Trinken“ als Strategie, das Trinkverhalten nach einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. an festen Trinkregeln auszurichten;
- „normales Trinken“ liegt dann vor, wenn jemand ohne vorherigen Trinkplan aus der Situation heraus entscheidet, ob Alkohol konsumiert wird oder nicht;
- „moderates Trinken“, bzw. „reduziertes Trinken“ ist ein Trinkmuster, das weder auf körperlicher, psychischer, familiärer, sozialer, finanzieller noch juristischer Ebene Probleme und Schäden nach sich zieht;
- „soziales Trinken“ ist das Trinkverhalten, das im Rahmen eines sozialen Kontextes für akzeptabel befunden wird und sich an allgemeinen sozialen Normen orientiert. Trinkverhalten, das soziale Beeinträchtigungen nach sich zieht oder abhängige Konsummuster aufweist, wird in unserer Kultur üblicherweise nicht als „soziales Trinken“ eingestuft.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß Strategien zur Trinkreduktion spezifische Fertigkeiten erfordern, klare Festlegungen von Trinkmengen und gegebenenfalls auch Trinkumständen vorzunehmen und dieses Vorgehen im Lebensalltag aufrecht zu erhalten. Folgende Bestandteile von Programmen zu Alkoholselbstkontrolle haben sich als grundlegend erwiesen:

- Zielentscheidung: Abstinenz oder reduziertes Trinken,
- Selbstbeobachtung des Trinkverhaltens,
- Erwerb von Grundinformationen über Alkohol und Alkoholkonsum,
- Einhalten einer Abstinenzphase,
- Festlegung der täglichen oder wöchentlichen Trinkobergrenze,
- Festlegung von Strategien zur Konsumbegrenzung,

- Aufbau und Einsatz eines persönlichen Verstärkersystems und
- Entwicklung von Alternativen zum Alkoholtrinken.

Diese Elemente sollten als grundlegende Bestandteile eines psychoedukativen Interventionsansatzes eingesetzt werden, wobei auf den Terminus „kontrolliertes Trinken“ zu verzichten und eine entsprechende Differenzierung auf begrifflicher Ebene vorzunehmen ist.

### **Behandlungsevaluation**

„In der abstinenzenorientierten Alkoholismustherapie in Deutschland sind entsprechende Maßnahmen weder theoretisch stringent begründet noch in den Elementen auf differentielle Wirksamkeit hin überprüft worden, folgen eher den gewachsenen, historisch zunehmenden Besonderheiten der jeweiligen Einrichtungen.“ Diese kritische Ausführung äußerte Süß im Jahre 1995 und beschrieb einen grundlegenden Konflikt zwischen einer hohen Differenziertheit therapeutischer Behandlungsmaßnahmen in den entsprechenden Einrichtungen, in der Regel stationäre Entwöhnungsfachkliniken, und einer methodischen Kriterien kaum genügenden Überprüfung dieser Maßnahmen. Er postulierte eine meta-analytische Integration und Bewertung der vorliegenden Befunde zur Wirksamkeit psychologisch-fundierter Therapieansätze für Alkoholabhängige. Emrick (1974) formulierte aus einer historischen Betrachtungsweise die „Ein-Drittel-Faustregel“ als Richtwert i. S. von: ein Drittel mit dem Ergebnis dauerhafte Abstinenz, ein Drittel mit deutlicher Besserung, ein Drittel Status Quo oder Verschlechterung nach einer abstinenzenorientierten Alkoholismusbehandlung.

Eine Reihe weiterer Studien zur Behandlungseffektivität stationärer Behandlung in Deutschland konnte Abstinenzraten von bis zu 50% ein bis vier Jahre nach Beendigung der abstinenzenorientierten Therapie nachweisen, hinzukommen 3–8% der behandelten Alkoholabhängigen, die als „gebessert“ kategorisiert wurden (Küfner, Feuerlein 1989). Süß (1995) konnte in seiner studienübergreifenden Meta-Analyse nachweisen, daß psychologisch fundierte Alkoholismustherapie generell wirksam ist und in Deutschland als stationäre Behandlung höhere Abstinenz- und Besserungsraten erreicht, als in anderen Ländern.

Eine differentielle methodenbezogene Wirksamkeit der abstinenzenorientierten, stationären Alkoholismustherapie konnte nicht festgestellt werden (Emrick 1974). Stationäre Therapie umfaßt hochkomplexe Einzelmaßnahmen mit einer Vielzahl von eklektisch-pragmatisch zusammengesetzten Komponenten aus unterschiedlichen Therapieansätzen, bzw. Therapieschulen. Eine Aussage über die Wirksamkeit einzelner Komponenten ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Allerdings konnte Süß (1995) zeigen, daß es einen Trend für die Überlegenheit von verhaltenstheoretisch orientierten Breitbandtherapien gegenüber eklektischen Standardthera-

pien gibt. In einer meta-analytischen Auswertung im angloamerikanischen Raum von 219 Therapiewirksamkeitsstudien konnten Miller et al. (1995) zeigen, daß Kurzzeittherapien mit unterschiedlichen Teilkomponenten wirksam für eine Abstinenzentwicklung sind. Verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken wiesen isolierte Effekte auf, z.B. soziales Kompetenztraining, motivierende Beratung, kognitive Therapie, verdeckte Sensibilisierung, Expositionsbehandlung, Rückfallprävention, verhaltenstherapeutische Paarbehandlung. Psychodynamische und familientherapeutische Behandlungsansätze, sowie allgemeine Aufklärung, bzw. der Einsatz von Filmen, zeigten keine isolierbare Effektivität.

Effektivitätsstudien zur ambulanten Alkoholismustherapie existieren in Deutschland nur ansatzweise. Im angloamerikanischen Raum verzeichnete eine Studie eine Besserungsrate von 37% (McCrary et al. 1996). Als besonders wirksam erwiesen sich das Training sozialer Fertigkeiten, das Training von Selbstkontrolle, die kurze motivationale Beratung, verhaltenstherapeutische Paarbehandlung, Streßbewältigungstraining und Ansätze zur Veränderung des unmittelbaren sozialen Umfeldes. Tiefenpsychologisch orientierte ambulante Ansätze blieben dahingegen ohne Wirksamkeitsnachweis. Süß (1995) konnte zeigen, daß ambulante Therapien nur eine geringfügig geringere Besserungsrate aufweisen als stationäre Therapien in Fachkliniken. Die Anzahl von Therapieabbrechern ist im ambulanten Setting allerdings höher. Eine Erhöhung der Abstinenzraten konnte durch den Einsatz des Mittels Acomprasat (CAMPRAL) im ambulanten Bereich erreicht werden. Eine aufwendige und methodisch vorbildliche differentielle Wirksamkeitsstudie in den USA (Project MATCH) konnte keine signifikanten Unterschiede zwischen drei vollkommen unterschiedlichen Therapieverfahren feststellen; die verglichenen Methoden waren: motivierende Beratung, kognitiv-behaviorales Fertigkeiten-training und ein am Konzept der „Anonymen Alkoholiker“ als Zwölf-Schritte-Programm orientierter ambulanter Behandlungsansatz.

Auch ein indikativer Effekt konnte nicht sicher nachgewiesen werden im Hinblick auf die Frage, ob eine der drei Therapieformen für bestimmte Personen geeigneter gewesen wäre (Project Match Research Group 1997, 1997a).

In Deutschland liegen zur Zeit so gut wie keine experimentellen Studien (mit Kontrollgruppe) zur differentiellen und indikativen Effektivität einzelner Behandlungsarten vor.

In den Katamnesen abstinenzorientierter Alkoholismustherapie stellte sich heraus, daß 3–12% der Therapieteilnehmer die Kategorie „gebessert“ erhalten können. Je nach Definition bedeutet dies die Erreichung moderater Konsummuster, die Vermeidung von hochriskantem

Rauschtrinken und der weitgehende Verzicht auf hochprozentige Alkoholika (Küfner et al. 1988). Christoffel et al (1999) fanden in einer Katamnese studie, die Patienten einer Alkoholismustherapie mit einer Freistellung des Therapiezieles über vier Jahre beobachtete, daß 5,6% der Behandelten sich für das Ziel eines dauerhaft risikoarmen Konsums entschieden hatten; etwa 50% durchschnittlich entschieden sich für dauerhafte Abstinenz. Weitere Katamnese studien konnten zeigen (Küfner et al 1988), daß etwa 50% der Patienten mit dem Ziel „moderater Konsum“ im späteren Verlauf nach einer Abstinenztherapie zur Abstinenz wechselten; die andere Hälfte dieser Gruppe erreichte weder das gewählte Ziel des moderaten Konsums noch Abstinenz. Abstinente waren dagegen mit achtzigprozentiger Wahrscheinlichkeit beim nächsten Katamnesezeitpunkt immer noch abstinent. So erweist sich die Ergebniskategorie „abstinent“ im Vergleich mit „moderatem Konsum“ als wesentlich stabiler im zeitlichen Verlauf.

Neben Konsumreduktion und Abstinenz werden zwei weitere Parameter zur Wirksamkeitsüberprüfung von abstinenzorientierten ambulanten und stationären Alkoholismustherapien herangezogen:

- Arbeitsfähigkeit
- Verbesserung der allgemeinen Lebensverhältnisse.

In einer katamnesticen Analyse von Arbeitsunfähigkeitsgründen konnten Klein, Hussel, Brauckmann (1998) zeigen, daß die Anzahl von Krankheitstagen und Krankenhausaufenthalten nach einer Entwöhnungsbehandlung in einer Fachklinik sich im Vergleich zum Zeitraum vor der abstinenzorientierten Therapie erheblich reduzierte.

Zu den allgemeinen Lebensverhältnissen konnten Maffli, Wacker, Mathey (1995) nachweisen, daß die Lebensqualität nach einer Abstinenztherapie in einer Fachklinik in der Schweiz insgesamt als höher eingeschätzt wurde als vor der Therapie, bei Abstinenten im Katamnesezeitraum lag die Einschätzung der Lebensqualität höher als bei Rückfälligen. Abstinenz war die Leitvariable für eine Reihe von Verbesserungen der Lebensverhältnisse: Stimmungslage, Partnerschaft, Bewältigung von beruflichen und alltäglichen Anforderungen und Organisation und Genuß von Freizeitaktivitäten.

In der Regel sind es Patientenmerkmale, die den Behandlungserfolg der Alkoholismustherapie antizipieren lassen. Bei Männern zeigen sich prognostisch günstige Merkmale, die jeweils mit der Einteilung in abstinent – erfolgreich – positiv und rückfällig – erfolglos – negativ korrelieren:

- mit einem Ehepartner zusammen leben,
- in einem Wohnort mit weniger als 100.000 Einwohnern leben,
- genau eine Arbeitsstelle in den letzten zwei Jahren gehabt haben,
- im Wohneigentum leben,
- keinen Arbeitsplatzverlust wegen Alkohol haben,
- keinen Suizidversuch in der Vorgeschichte haben,
- keine vorherige Entwöhnungsbehandlung gehabt haben.

So ist ein hohes Ausmaß an sozialer Integration und Stabilität als günstigster Prognosefaktor anzusehen.

Der Erfolg einer Alkoholismustherapie nimmt mit der Dauer einer Behandlung zu (Süß 1995). Vergleiche minimaler und zeitextensiver Therapien weisen darauf hin, daß es keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich Abstinenzraten und Reduktion von alkoholbedingter Problemlagen mit dem entsprechenden sozialen Funktionsniveau gibt. Das heißt, daß die Regel lange Therapie mit größeren Erfolgen und kürzere Therapie mit geringeren Erfolgen nicht in jedem Fall aufrecht zu halten ist.

Der günstige Effekt der Gruppentherapie im Vergleich zur Einzeltherapie ist im Rahmen der gesamten Behandlung nicht gesichert (Miller, Hester 1986).

Persönlichkeitsvariablen, die die Auswirkungen einer Alkoholismustherapie im weiteren Verlauf bestimmen können, können aus dem Konzept der „Self-Efficacy“ (Kompetenzgefühl) von Bandura (1977) abgeleitet werden. So ist die Zuversicht in die eigene Abstinenz zumindest in den ersten drei Monaten nach Therapiebeendigung mit der tatsächlich erreichten Abstinenz in diesem Zeitraum eng korreliert. Diese Abstinenzzuversicht bildet sich nicht notwendigerweise im Verlauf einer Alkoholismustherapie heraus, sondern besteht in der Regel schon bei Therapiebeginn (Rist, Watzl 1983).

Für die Weiterentwicklung von Behandlungsverfahren sind differentielle und indikative Effektivitätsüberprüfungen dringend erforderlich. Methodische Aspekte, wie sie Schulte (1993) vorgeschlagen hat, sind dabei hilfreich. Neuere Forschungsansätze konzentrieren sich hier im wesentlichen auf den Therapieprozeß und stellen entsprechende methodische Vorgehensweisen zur Verfügung, wie z.B. Pohl, Richter, Bohus (2000).

## Ausblick

Informationen über Wirksamkeit und Akzeptanz einzelner Therapieschritte sind in das psychoedukative Schulungsprogramm aufzunehmen, um auf einer sachlichen Basis entsprechende zukünftige Entscheidungen bei den Teilnehmern positiv zu unterstützen und zu fördern. Auch die Compliance-Bereitschaft bei laufenden Behandlungen kann so ergänzend positiv beeinflusst werden, der mögliche „Kunde“ einer solchen Dienstleistung wird in seiner Souveränität unterstützt.

Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und Selbstkontrollfähigkeiten werden zu Programmbeginn erhoben und im weiteren Verlauf durch entsprechende Schritte gefördert und abschließend einer Selbstüberprüfung unterzogen.

## 3.7. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

### Zusammenfassung

Wir geben die wesentlichen Erkenntnisse dieses Kapitels im folgenden noch einmal komprimiert wieder:

- Die **krankheitstheoretischen Konzepte** und die dazugehörigen Klassifikationen zu Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit haben sich mit der Zeit in ihren Symptombeschreibungen verändert, das Phänomen „Kontrollverlust“ erfuhr dabei eine weitgehende Relativierung bis hin zum Verzicht auf diese Symptomklassifikation (DSM IV).
- **Epidemiologische Forschungsbefunde** machen Aussagen zu Alkoholkonsummustern mit Risikoausprägungen und erweitern somit das eingegrenzte Spektrum von Alkoholismus- und Abhängigkeitserkrankungskonzepten und eröffnen die Perspektive eines Risikoverhaltensansatzes.
- Aus dem Krankheitskonzept zum Alkoholismus werden eindeutige soziale, psychische und körperliche **Folge- und Begleitprobleme** abgeleitet. Im psychischen Bereich sind besonders depressive und angstbezogene Störungen hervorzuheben. Körperliche Störungen haben eine zentrale Bedeutung für die Entwicklung gesundheitsförderlichen Verhaltens.
- Multikonditionale **Bedingungsfaktoren** werden zur Erklärung des Krankheitskonzeptes Alkoholismus und der Alkoholabhängigkeit herangezogen, dieses spiegelt sich aktuell im bio-psycho-sozialen Ätiologiemodell wider.
- Selbstregulation und die Anwendung von Selbstkontrollstrategien sind entscheidend für die **Krankheitsbewältigung**, dies wird in besonderer Weise im kognitiv-behavioralen Lernmodell ausgeführt. Neurobiologische Grundlagen der Entwicklung alkoholbezogener Störungen werden in einem zunehmenden Maße diskutiert und geben Erklärungen für die

- Phänomene** „Suchtgedächtnis“ und „Craving“ (Alkoholverlangen) und relativieren die krankheitstheoretische Annahme eines neurobiologisch bedingten „Kontrollverlustes“.
- Aus den dargestellten **psychologischen Erklärungsansätzen** sind die Modelle von besonderer Evidenz, die weitgehende Aussagen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Selbstregulation machen und die handlungsorientierte Grundlage für Selbstkontrollstrategien zur Verfügung stellen. Das trifft insbesondere auf verhaltenstherapeutische und motivationale Ansätze zu. Das Rückfallmodell von Marlatt greift mit folgenden Kerngedanken auf Selbststeuerung und Selbstkontrolle von Rückfallgeschehen zurück: „Risikosituationen“, „Lebensstiländerungen“ und „Krisenvorbeugung“. Damit erfährt das herkömmliche Krankheitskonzept Alkoholismus eine weitere Relativierung in Bezug auf Entstehung und Bewältigung von Alkoholproblemen.
  - Bestimmungsfaktoren des **sozialen Umfeldes**, insbesondere individuelle Trinksituationen, stellen strukturelle Bedingungen für die Alkoholismusedwicklung dar. Stigmatisierungsprozesse, die aus den gesellschaftlichen und sozialen Reaktionen auf Alkoholismus resultieren, gehen, verknüpft mit Krankheitsattributionen, mit dem Etiketten „Charakter Schwäche“, „Willensschwäche“ und „Krankheitsuneinsichtigkeit“ einher. Auch die Vermittlung der Krankheitsdiagnose „Alkoholismus“ hat stigmatisierende Funktionen.
  - Die **psychoaktive Substanz** Alkohol wirkt auf das zentrale Nervensystem ein und beeinflusst so Funktionen wie Wahrnehmung, Konzentration, Emotion und Kognitionen. Die individuelle Wirkungserfahrung ist in der Regel positiv kurzfristig orientiert, und kann somit einen Gewohnheitsbildungsprozeß initiieren, der langfristig in einen Krankheitsprozeß münden kann.
  - **Moderne Behandlungsansätze** verknüpfen kognitiv-behaviorale Therapiestrategien mit Prinzipien der „Motivierenden Gesprächsführung“ und der „Selbstmanagementtherapie“. Eine Integration wesentlicher Elemente dieser Behandlungsansätze mit der Methodik der Psychoedukation hat innovativen Charakter.
  - In einem besonderem Maße scheinen **ambulante Settings**, die Früh- und Kurzinterventionen aufgreifen, und nicht ausschließlich suchtspezifisch orientiert sind, zunehmend an Bedeutung für die Alkoholismusbehandlung zu gewinnen, vor allem unter sekundärpräventiven Gesichtspunkten.
  - **Zentrales Ziel** der Alkoholismusbehandlung ist die dauerhafte Totalabstinenz. Dieser „Königsweg“ zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit ist durch die Einbeziehung von modernen Rückfallkonzepten relativiert worden, gleichzeitig entwickelte sich eine Differen-



zierung von Zielbestimmungen, „Harm Reduction“, „Kontrolliertes Trinken“ und „Moderner Konsum“ für geeignete Zielgruppen.

- **Evaluationsuntersuchungen** weisen nach, daß abstinenzenorientierte Behandlungen im gewissen Umfang effektiv sind. Darüberhinaus zeigen an den differenzierten Zielbestimmungen orientierte Behandlungsprogramme, daß sie für bestimmte Zielgruppen wirksam sind.

### Schlußfolgerungen

Eine wesentliche Schlußfolgerung aus der Auseinandersetzung mit dem Krankheitskonzept Alkoholismus in diesem Kapitel ist die Annahme, daß sich ein wissenschaftstheoretisch begründeter Paradigmenwechsel vollzogen hat, wie Kuhn (1970) ihn definiert hat. Der Kern dieses Krankheitskonzeptes wurde seit dem Ende des 19. Jahrhunderts bis in die Gegenwart hinein mit dem Phänomen des „Kontrollverlustes“ identifiziert, obwohl die Diagnose der Alkoholkrankheit durchgängig als disjunktives Konstrukt bestimmt worden ist. Mit der fortschreitenden Relativierung der Kontrollverlustannahme ist die prinzipielle Möglichkeit zur alkoholkonsumbezogenen Selbstkontrolle in den Vordergrund gerückt. Die selbstverantwortliche Steuerung des Alkoholtrinkens gewinnt zentrale Bedeutung, der verhaltensbezogene Lernprozeß wird zur Leitidee mit darauf bezogenen Veränderungsmöglichkeiten. „Problem drinking is not best regarded as a disease but as a learned behavioral disorder“ (Heather, Robertson 1996), das könnte als wissenschaftliche Revolution angesehen werden, bzw. als Paradigmawechsel. Damit einher gehen weitere Perspektivänderungen:

1. Neurobiologische, psychologische, soziale und alkoholbezogene Modelle zur Abhängigkeitsentwicklung haben nach gegenwärtigem Forschungsstand ihre Berechtigung und erklären jeweils einen speziellen Teil dieses Phänomens bei interindividuellen Unterschieden. Ein Alleinerklärungsanspruch isolierter Faktoren existiert nicht, Wechselwirkungen haben eine komplexe Struktur, einfache Ursache-Wirkungsmodelle zur Erklärung dieses Phänomens sind nicht mehr tragfähig. Die Bedingungsfaktoren stehen eher in einem wechselseitigem Zusammenhang, Multikonditionalität ist die Regel.
2. Ursache-Wirkungskonzepte der Alkoholabhängigkeit werden abgelöst durch Wahrscheinlichkeitsmodelle, die davon ausgehen, daß es zahlreiche Faktoren gibt, die das Risiko der Abhängigkeitsentwicklung erhöhen (sogenannte Risikofaktoren) bzw. senken (sogenannte Schutz- oder protektive Faktoren). Risikofaktoren sind z.B. biologische Prädispositionen, Sozialisationsfaktoren, Verfügbarkeit von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen usw. Protektive Faktoren sind Verhaltenskompetenzen zum Umgang mit psychoaktiven

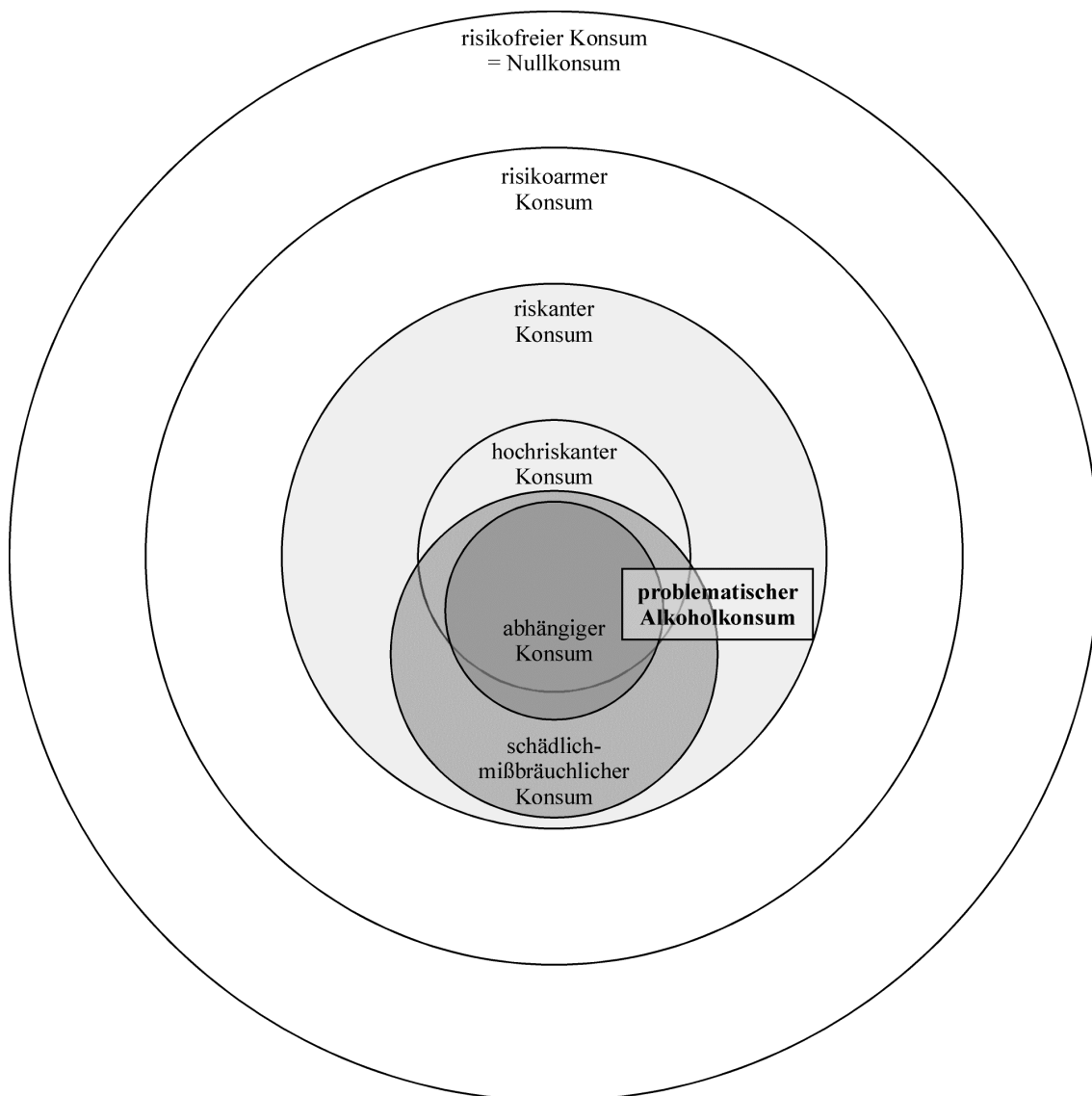
- Substanzen, Kommunikationsfertigkeiten, Selbstvertrauen, Streßbewältigungsfähigkeiten usw. Die empirisch orientierten Wahrscheinlichkeitsmodelle eröffnen Zugänge zu präventiven Ansätzen.
3. Das alkoholbezogene Risikogebrauchskonzept löst das krankheitsbezogene Alkoholismuskonzept ab. Die gängigen Klassifikationen Mißbrauch und Abhängigkeit werden durch die Kategorie des Alkoholkonsummusters mit Risikoausprägungen ergänzt. Es ergibt sich ein Kontinuum von risikofreiem Konsum (Nullkonsum) über risikoarme und riskante bis hin zu hochriskant-gefährlichen Konsummustern. Das Risikogebrauchskonzept führt zu Präventionsstrategien, die auf eine Veränderung von entsprechenden gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen abzielen und sekundärpräventive Interventionsansätze begründen.
  4. Durch die Relativierung des Alkoholismus-Krankheitskonzeptes mit seiner zentralen Kontrollverlustannahme und durch die die Einführung des Risikogebrauchskonzeptes wird das Abstinenzprinzip als „Königsweg“ in der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen in Frage gestellt. Andere Zieloptionen treten ergänzend in den Vordergrund: gesundheitsverträglicher Konsum, Konsumreduzierung und kontrolliertes Trinken.
  5. Die Ablösung der Idee des biologisch determinierten Kontrollverlustes durch die Annahmen von neurobiologischen Gedächtnisspuren (*addiction memory*) und Alkoholverlangen (*Craving*) führt zu der Annahme, daß es keine risikofreie Rückkehr zu „natürlichen“ Konsummustern gibt. Gesundheitsverträglicher Konsum, der sich auf empirisch begründete Trinkmengen bezieht, ist möglicherweise die angemessene Alternative unter Einschluß des Nullkonsums.
  6. Eine neue Begriffsdefinition „Problematischer Alkoholkonsum“ löst die herkömmlichen Begrifflichkeiten „Alkoholismus“ und „Alkoholabhängigkeit“ ab und schließt riskante Trinkmuster mit ein. So ist ein weitgehender Verzicht auf stigmatisierende Etikettierungen möglich. Die Entwicklung einer empathischen Grundhaltung im Umgang mit Menschen mit problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten ist so eher möglich und ersetzt die herkömmlichen konfrontativen therapeutischen Umgangsformen. Das ist eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung eines informativ-psychoedukativen Schulungsprogrammes.

## 4. Struktur und Dynamik von problematischem Alkoholkonsum

### 4.1. Einleitung

Ausgangspunkt dieser Analyse der Struktur und Dynamik von problematischem Alkoholkonsum stellt die folgende Definition des Begriffs „problematischer Alkoholkonsum“ dar. Diese Definition vereint riskante, hochriskante, schädlich-mißbräuchliche und abhängige Konsummuster.

Abb.: Konsumrisiken und problematischer Alkoholkonsum (Lisken 2001)



Ein sich wiederholender, regelmäßiger Gebrauch der psychoaktiven Substanz Alkohol führt zu Problemlagen mit unterschiedlichen negativen Ausprägungen im gesundheitlichen und sozialen Bereich. „Riskante Konsummuster“ umfaßt bei Männern den Konsum von 30 bis 70g Alkohol und bei Frauen von 20 bis 50g Alkohol am Tag. „Hochriskante Konsummuster“ werden ebenfalls durch die Menge des täglichen Alkoholkonsums definiert: für Männer mehr als 70g Alkohol und für Frauen mehr als 50g Alkohol am Tag.

„Schädlich-mißbräuchlicher Konsum“ oder „abhängiger Konsum“ sind Kategorien der medizinischen Diagnose und nach den bekannten Diagnosekriterien ICD-10 oder DSM IV im Kapitel 3 der Arbeit definiert worden (mindestens drei von sieben oder acht Kriterien müssen erfüllt sein; vgl. Abschnitt „Diagnose“). Unter „abhängigem Konsum“ verstehen wir dabei nicht eine in der Vergangenheit diagnostizierte und inzwischen „überwundene“ Abhängigkeit, sondern einen aktuell bestehender Konsum, der das Diagnosekriterium des Alkoholismus erfüllen würde. Die Frage, ob mit den Begriffen des schädlich-mißbräuchlichen Konsums und des abhängigen Konsums nur zwei unterschiedliche Schweregrade von Alkoholproblemen erfaßt werden, ob also mit dem Begriff „schädlich-mißbräuchlicher Konsum“ tatsächlich nur eine Erweiterung der Zielgruppe stattfindet und keine Verschiebung, ist umstritten (Lindemeyer 1999). Diese Frage ist für unser Vorgehen nicht von entscheidender Bedeutung; wir gehen jedoch davon aus, daß in der Praxis ein *abhängiger Alkoholkonsum* (also ein aktuell bestehender Konsum, der das Diagnosekriterium des Alkoholismus erfüllen würde) auch in die Kategorie „schädlich-mißbräuchlich“ fallen wird.

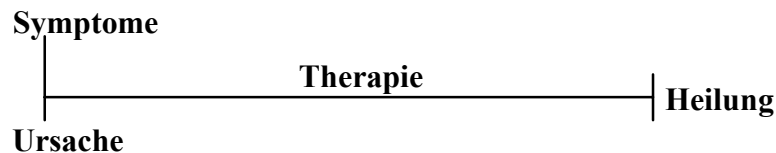
Falls die Diagnosekriterien des schädlich-mißbräuchlichen oder abhängigen Konsums erfüllt sind, liegen in aller Regel riskante oder hochriskante Konsummengen vor. Eine genauere Zuordnung in die Risikogruppen „riskant“ und „hochriskant“ ist allein anhand der medizinischen Kategorien „schädlich-mißbräuchlich“ und „abhängig“ nicht möglich; in beiden Risikogruppen finden sich sowohl mißbräuchliche als auch abhängige Alkoholkonsumenten und sogar auch Konsumenten, die keines der beiden medizinischen Kriterien erfüllen.

Einmaligen oder gelegentlichen riskanten Alkoholkonsum, der nicht aus einer Gewohnheitsbildung resultiert, aber zu punktuellen sozialen und gesundheitlichen Problemen führen kann, schließen wir aus unserer Definition von problematischem Alkoholkonsum aus. Damit wird die Gewohnheitsbildung als erste Entwicklungslinie von problematischem Alkoholkonsum deutlich.

Bevor wir eine Analyse der Struktur und Dynamik von problematischem Alkoholkonsum entwickeln, sollen nochmals kurz zusammengefaßt Strukturelemente des klassisch-medizini-

schen Krankheitsmodells und das sogenannte multikonditionale Erklärungsmodell dargelegt werden.

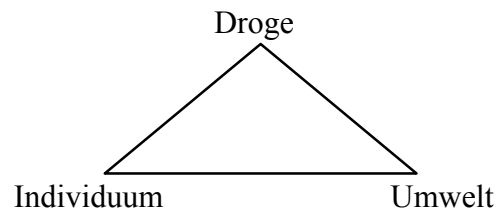
Das klassisch-medizinische Krankheitsmodell umfaßt als Strukturmerkmale die Beschreibung (Symptome), die Erklärung (Ursache) und die Ableitung von Therapiemaßnahmen.



Dieses Modell geht von der Annahme aus, daß jede Krankheit die für sie typischen Symptome hat. Von der Symptombeobachtung und Symptomerfassung kann so zur Ursachenerfassung oder Ursachenbeschreibung übergegangen werden. Wenn die Ursache einer Krankheit bestimmt ist, können daraus dann die entsprechenden Therapiemaßnahmen abgeleitet werden, die die Heilung initiieren. Die Symptome einer Blinddarmentzündung z.B. können präzise beschrieben werden — Schmerzen, Druckschmerz, erhöhte Temperatur, erhöhte Leukozytenzahl —, und daraus kann dann die Ursache „Blinddarmentzündung“ abgeleitet werden. Die entsprechende Therapiemaßnahme lautet: operativer Eingriff; die Heilung ist nach 5–10 Tagen zu erwarten. Dieses ist natürlich ein sehr einfaches Beispiel, doch repräsentativ dafür, mit welchen prinzipiellen Denkstrukturen das traditionelle medizinische Krankheitsmodell arbeitet. Die Medizin als Wissenschaft ist mit diesem Modell sehr erfolgreich gewesen — allerdings ist es, was das Krankheitsbild Alkoholismus betrifft (vgl. v.a. im Kapitel drei den Abschnitt: „Diagnose“), auch an seine Grenzen gestoßen. Der Krankheitsbegriff „Alkoholismus“ ist in der geschichtlichen und aktuellen Diskussion häufig unscharf gewesen. Ein Symptom ist immer wieder kontrovers diskutiert worden: Kontrollverlust, verminderte Kontrollfähigkeit — bis zu der Konsequenz, daß der DSM IV dieses Symptom nicht mehr anführt.

Insbesondere ist hervorzuheben, daß es keine monokausalen Erklärungen für Alkoholismus oder Alkoholabhängigkeit gibt.

Eine Reaktion auf diese Unzulänglichkeiten stellte die Entwicklung sog. multikonditionaler Modelle von Abhängigkeitsentwicklung dar. Das bekannteste dieser Modelle ist das von Feuerlein (1989):



Dieses Modell beschreibt die Ursache von Alkoholismus als wechselseitiges Zusammenwirken von drei Bedingungskomplexen: der Droge Alkohol, der Eigenschaft des konsumierenden Individuums und den Besonderheiten des sozialen Umfeldes. Für die multikonditionalen Modelle gibt es demnach verschiedene zusammenwirkende Faktoren, die für eine Abhängigkeitsentwicklung verantwortlich sind. Die Gefahr dieser multikonditionalen Modelle besteht allerdings in ihrer Abstraktheit und Globalität, so daß sie für die praktische Suchttherapie oft wenig brauchbar sind.

Die Multikonditionalität von Drogengebrauch und Gesundheit greifen auch Hurrelmann und Bründel in ihrem Konzept „Verständnis von Gesundheit als Balance zwischen inneren und äußeren Lebensbedingungen“ auf (Hurrelmann, Bründel 1997). Sie sehen den Gebrauch von Drogen als Ausdruck der das menschliche Leben bestimmenden körperlichen, psychischem und ökologischen Regelkreise. Diese Drogen wirken je nach Gebrauchs- und Mißbrauchsmuster positiv oder negativ bzw. förderlich oder hinderlich auf die Fähigkeit eines Menschen ein, die Gesundheitsbalance herzustellen.

Die positive Rolle des Drogenkonsums versuchen Hurrelmann und Bründel in folgendem Schema zu erfassen:

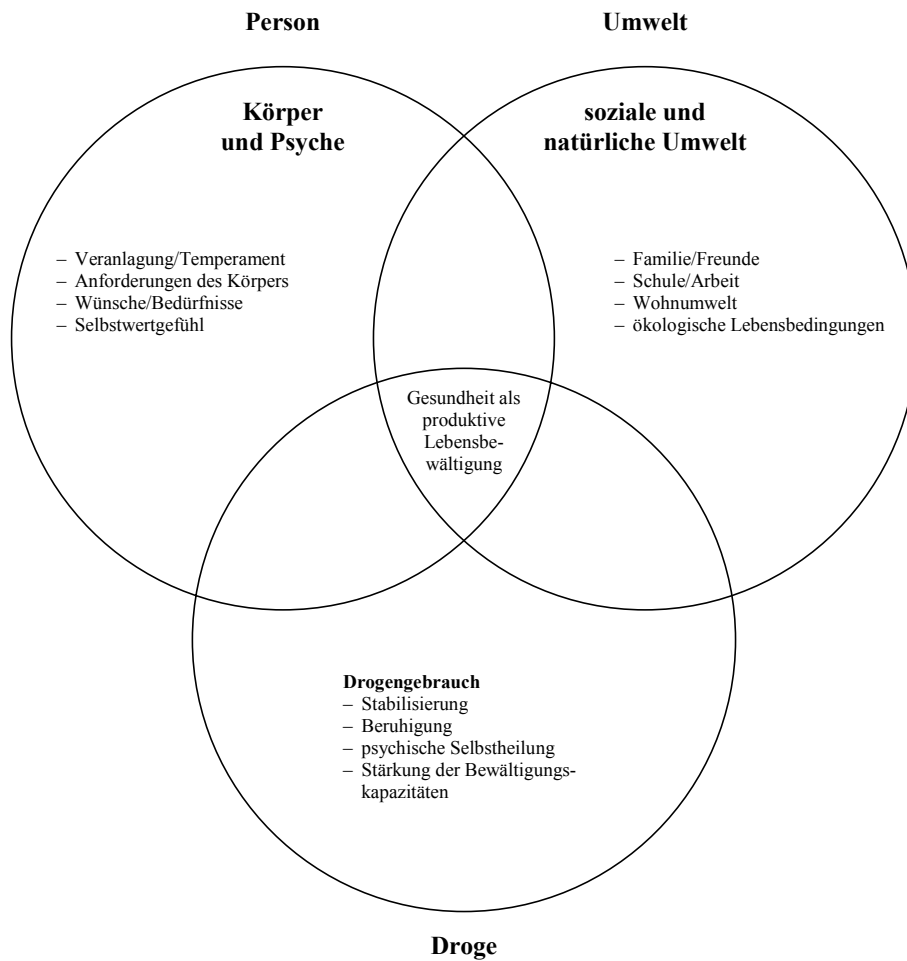


Abb.: Die Rolle des Drogenkonsums als Medium zur Herstellung der Gesundheitsbalance

Wenn Drogen konsumiert werden, dann ist die Gesundheitsbalance in Form einer produktiven Lebensbewältigung nur so lange aufrechtzuerhalten, wie eine körperliche und psychische Kontrolle des Drogenkonsums gegeben ist. Ansonsten entwickelt sich der Drogenkonsum zu einer problematischen Form der Lebensbewältigung und gefährdet die Gesundheit.

Drogenabhängigkeit wäre innerhalb des Person-Umwelt-Droge-Ansatzes dann als gestörte Gesundheitsbalance anzusehen:

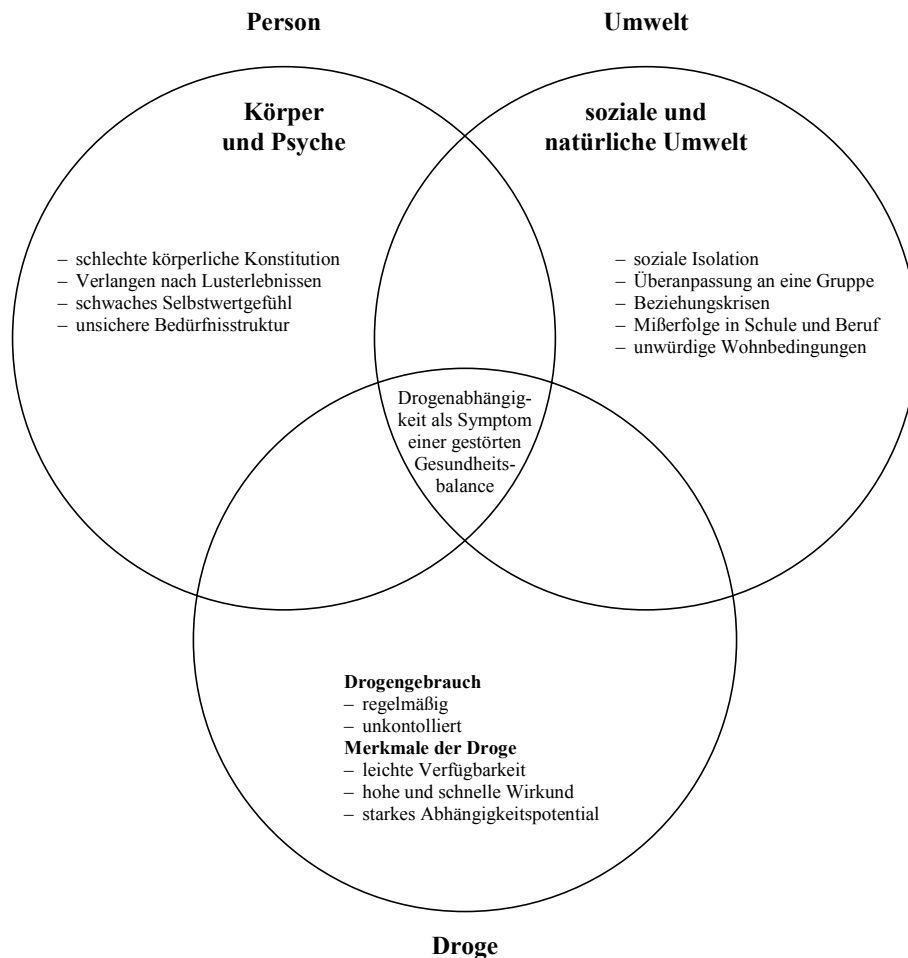


Abb.: Drogenabhängigkeit als gestörte Gesundheitsbalance

Ein regelmäßiger und außer Kontrolle geratener Konsum kann zu einem Prozeß der Gewöhnung und dann in eine Abhängigkeit führen. Hurrelmann und Bründel stellen die Funktionalität des Suchtmittelkonsums in den Vordergrund. Psychotrope Substanzen wirken als stimulierende oder beruhigende Mittel, die die psychischen Bewältigungskapazitäten als Schutzfaktoren vor Belastungen stabilisieren können. Der Drogengebrauch erfolgt immer in der Absicht, eine instrumentelle Wirkung zu erzielen, ist aber ein Risikofaktor für die Gesundheit und kann zur Abhängigkeit führen. Diesem funktionalen Aspekt von Drogenkonsum kommt in diesem Konzept eine entscheidende Bedeutung zu — auch der Prozeß der Entwicklung einer Abhängigkeit ist letztlich somit als hochfunktional anzusehen, der allerdings in Disfunktionalität enden kann.

Hurrelmann und Bründel gestehen allerdings ein, daß die Dynamiken und Mechanismen, die vom Gebrauch zum Mißbrauch und zur Abhängigkeit führen, bislang nicht bekannt sind (Hurrelmann, Bründel 1997).

An dieser Bestimmung von Funktionalität und Disfunktionalität des problematischen Alkoholkonsum knüpft unsere Analyse an. Weitere Grundlage ist die auf Max Weber zurückge-



hende Handlungstheorie. „Handeln“ soll dabei ein menschliches Verhalten (einerlei ob äußeres oder innerliches Tun, Unterlassen oder Dulden) heißen, wenn und insofern der oder die Handelnden mit ihm einen subjektiven Sinn verbinden. „Soziales“ Handeln liegt vor, wenn das Handeln dem gemeinten Sinn nach auf das Verhalten anderer bezogen wird, und in seinem Ablauf an ihnen orientiert ist. (Weber 1972).

Trinkverhalten kann danach als individuelle Handlung und als sinnhaftes, strukturiertes, soziales Interaktionshandeln verstanden werden. Zur weiteren Analyse werden im folgenden noch grundlegende Annahmen der Lerntheorien herangezogen. Wir werden zunächst jedoch auf die Mikroebene des Trinkverhaltens eingehen, indem wir das Verhalten selbst, sowie seine Funktionen, Wirkungen und situativen Bedingungen beschreiben.

## **4.2. Analyse von problematischem Alkoholkonsum**

### **Trinksituationen**

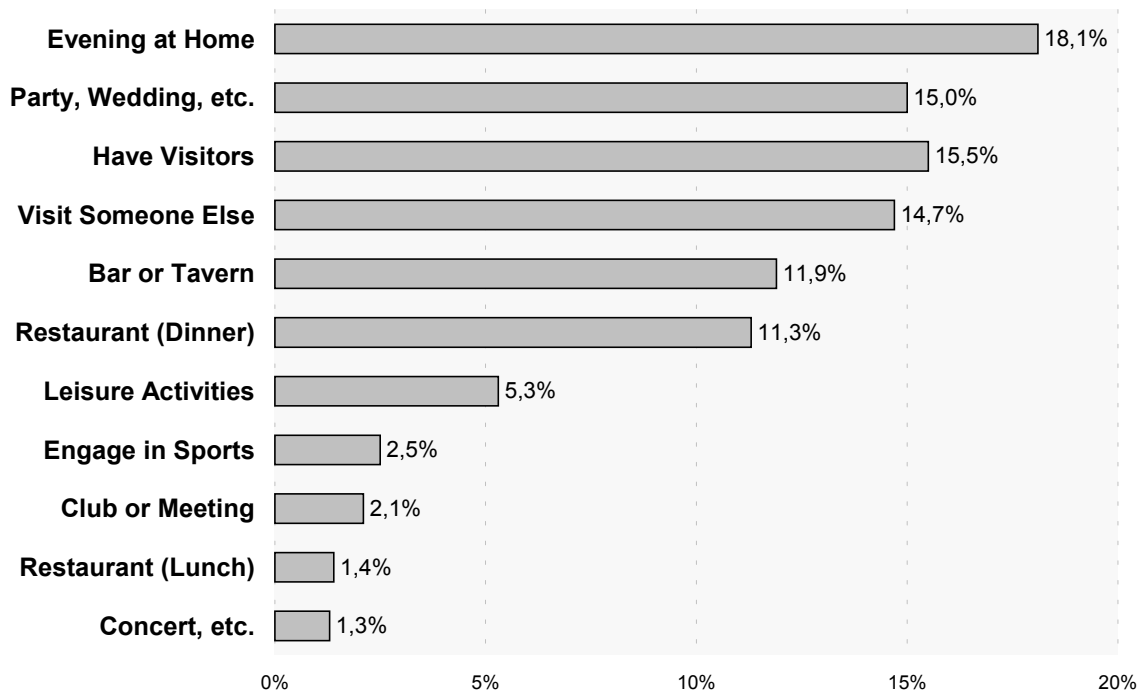
Wir schränken unsere Betrachtungen ein auf Kulturen wie im Deutschland der Gegenwart, die als permissiv-funktionsgestört gelten. In einer solchen Kultur sind alle Umgangsformen mit Alkohol bis hin zum Exzeß erlaubt (Antons et al. 1981).

Wir wollen den Schwerpunkt unserer Betrachtung in diesem Kapitel nicht auf die Trinkmotivation legen — diese wird in dem Abschnitt über Konsumhandlung und Konsumverhalten zum zentralen Thema. Im folgenden Abschnitt gehen wir über zur näheren Differenzierung und Bestimmung von Trinksituationen, wobei allerdings auch Trinkmotive eine Rolle spielen.

Im historischen Teil der Arbeit wurden zwei Typen von Trinksituationen geschildert. Zum einen das im Mittelalter nahezu ausschließlich verfolgte Modell des rauschhaften Trinkens von Bier oder Wein in sozialen Bezügen unter sozialer Kontrolle. Ein zweiter Typus entsteht im Zuge der industriellen Entwicklung und mit der Verbreitung hochprozentiger Spirituosen als ein individualisiertes Trinkverhalten, das nicht mehr unter sozialer und kollektiver Kontrolle steht, sondern sich einsam oder in der Familie abspielt. Diese beiden Pole der prinzipiellen Unterscheidung zwischen sozialen und persönlichen Trinksituationen können auch noch heute zur Differenzierung herangezogen werden.

In den 80er und 90er Jahren ist der Forschungsstand zur Frage der Bestimmung von Trinksituationen relativ schmal, es gibt nur wenig empirisch abgesicherte Daten und damit relativ ungesicherte Annahmen zu der Frage, in welchen typischen Situationen Menschen Alkohol konsumieren (Antons et al. 1981).

Die Studien, die sich mit dieser Fragestellung beschäftigen, sind zu unterteilen in solche, die Aussagen darüber machen, wie das Alkoholkonsumverhalten bezüglich bestimmter Trinksituationen in der Allgemeinbevölkerung und bei Risikokonsumentengruppen aussieht, hier vor allen Dingen in der Gruppe, die die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit erfüllt. Single und Wortley (1993) untersuchen in ihrer Studie Trinksituationen in der Allgemeinbevölkerung Kanadas und kommen zu folgenden Aussagen (Single und Wortley 1993, S. 593):



Soziale Trinksituationen — wie Partys, Hochzeiten, das gesellschaftliche Zusammensein mit Freunden und Bekannten, das Aufsuchen von Gaststätten und Restaurants — bilden die Kategorie der Trinksituationen, in denen am häufigsten Alkohol konsumiert wird. Diese Arten von Trinksituationen entsprechen dem historisch gewachsenen Prozeß der Entwicklung von Trinkgewohnheiten, die wir im historischen Teil der Arbeit als gesellschaftliche und soziale Trinksituationen charakterisiert haben.

Ein individualisiertes Trinken vollzieht sich eher an einem einzigen Trinkort — zu Hause — und zu einer bestimmten Tageszeit — am Abend. Etwa 18% der Alkoholkonsumenten weisen dieses Trinkmuster auf. Betrachtet man die große Gruppe der sozialen Trinksituationen, so ist sicherlich auch davon auszugehen, daß diese ebenso am Abend stattfinden.

Seit 1980 werden alle 2–5 Jahre Studien zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt. Die neueste dieser Studien nimmt

erstmalig die Frage zur Bestimmung von Trinksituationen mit auf (Kraus, Augustin 2001). Die Auswertung dieser Studie ergibt folgendes Bild:

Trinksituation	Geschlecht			Altersgruppe					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
<b>zum Essen</b>									
– am Morgen	0,3	0,5	–	–	–	0,4	0,4	0,3	0,2
– zum Mittagessen	1,7	2,3	1,0	0,6	0,2	0,7	1,2	1,8	3,5
– zum Abendessen	13,9	19,1	8,4	5,1	5,7	9,3	13,3	17,3	18,9
<b>außerhalb der Mahlzeiten</b>									
– nach der Arbeit	5,8	9,8	1,5	1,6	2,6	4,2	5,9	7,1	7,7
– am Abend zu Hause mit Freunden oder Familie	21,1	26,9	14,9	16,5	18,6	17,7	20,9	23,3	22,7
– alleine zu Hause	5,8	8,7	2,7	0,9	0,9	3,4	6,7	6,7	8,3
– auswärts mit Freunden oder Familie	27,6	34,8	19,9	43,4	38,6	32,9	27,7	24,0	20,2
– alleine auswärts	4,7	8,0	1,2	2,8	1,5	4,2	5,9	4,6	5,1
– bei festlichen Anlässen	48,3	57,3	38,9	51,1	53,3	52,7	49,3	46,6	43,9

Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten

Kategorien 4 und 5 der Skala: 1 (nie) • 2 (selten) • 3 (manchmal) • 4 (oft) • 5 (fast immer)

Diese Erhebung spiegelt zwei Haupttendenzen: Alkohol wird zum einen hauptsächlich abends und zum anderem zumeist in geselliger Runde getrunken. Die meisten Nennungen finden sich bei den Items „bei festlichen Anlässen“ (48,3%), „auswärts mit Freunden oder Familie“ (21,1%), „am Abend zu Hause mit Freunden oder Familie“ (27,6%) sowie „zum Abendessen“ (13,9%). An den Antworten zu Trinksituationen ist des weiteren der vielfältig belegte Umstand abzulesen, daß Alkoholkonsum bei Männern weiter verbreitet ist als bei Frauen. Eine weitere wichtige Tendenz ist: je jünger die Befragten sind, umso höher ist der Anteil derjenigen, die auswärts und mit anderen oder bei festlichen Anlässen Alkohol konsumieren. Am gravierendsten ist die Auswirkung des Alters bei dem Item „alleine zu Hause“: bei den 50- bis 59-jährigen Befragten wird diese Trinksituation mehr als 9mal so oft genannt wie bei den 18- bis 24-jährigen.

Die wenigen Studien, die sich auf Risikokonsumentengruppen beziehen, hier vor allen Dingen auf die Gruppe der Alkoholabhängigkeitserkrankten, die sich in fachklinischer Behandlung befanden, geben folgende Aussagen zu Trinksituationen (Antons et al. 1981, S. 78):

<u>Art des Trinkens (in Prozent)</u>	
Alleintrinker	38,9
Geselligkeitstrinker	44,4
Verstimmungstrinker	5,7
unspezifisch	11,0
	<u>100,0</u> (N= 1377)
<u>Ort des Trinkens (in Prozent)</u>	
zu Hause	29,3
bei der Arbeit	9,1
in Gaststätten	41,9
unspezifisch	19,7
	<u>100,0</u> (N= 1374)

Ferner führen Antons et al. aus, daß jüngere Menschen vorwiegend Bier in geselliger Gaststättenatmosphäre trinken und ältere Menschen überwiegend Wein und Spirituosen bevorzugen.

Lindenmeyer und Florin (1998) unterscheiden zwischen interpersonellen und intrapersonellen Versuchungssituationen..

Intrapersonelle Versuchungssituationen sind:

1. Angenehme Gefühlszustände
2. Körperliche Beschwerden
3. Kontrolliertes Trinken
4. Plötzliches Verlangen
5. Unangenehme Gefühlszustände

Interpersonelle Versuchungssituationen:

6. Geselligkeit
7. Soziale Kontakte
8. Soziale Verführung

Diese Stichprobe kann zwar lediglich für Alkoholabhängige in einer Fachklinik als repräsentativ gelten, aber sie ist — für eine Gruppe von Menschen, die häufig und intensiv Alkohol getrunken hat — aussagekräftig. In dieser Studie wird des weiteren der Befund von Antons et al. bestätigt, daß Jüngere vor allem in sozialen Situationen Alkohol konsumieren. Ferner

bestätigt die Untersuchung, daß weibliche Probanden geringere Werte in den Subskalen hinsichtlich „Geselligkeit“ und „sozialer Anführung“ ausweisen; bei gleichzeitig häufigem Alkoholkonsum in unangenehmen Gefühlslagen.

Dieser Befund entspricht den Ergebnissen der Studie von Estrada et al. (1995). In der Hauptstudie wurden 363 alkoholranke Männer und Frauen aus stationären Rehabilitationseinrichtungen für Suchtkranke untersucht. Estrada ermittelt als die häufigsten Trinksituationen bei Menschen, die intensiv und regelmäßig Alkohol getrunken haben:

- unangenehme Emotionen
- körperliches Unwohlsein
- angenehme Emotionen
- Test der eigenen Kontrolle über das Trinken
- Versuchung und Verlangen
- Konflikte mit anderen
- sozialer Druck
- angenehme Situationen mit anderen

Bzgl. des Trinkstils — allein oder in Gesellschaft — trinken Gesellschaftstrinker mehr in sozial positiv bewerteten Situationen, Alleintrinkende vorrangig bei unangenehmen Emotionen (Estrada et al. 1995).

Estrada faßt in seiner vorliegenden Studie die oben beschriebenen Trinksituationen in drei Kategorien zusammen:

1. Das Trinken bei sozialen Anlässen und in positiver Stimmung (soziales Trinken).
2. Das Trinken wegen negativer Emotionen und in individuellen Konflikten (negativer Affekt).
3. Das Trinken, das durch Versuchung, Kontrolltest und Entzugsbeschwerden gekennzeichnet ist. (Estrada et al. 1995)

Drei weitere Aspekte der Differenzierung von Trinksituationen sind für die folgenden Diskussionsbereiche relevant:

Die z.B. von Estrada ermittelten Trinksituationen können als Risikosituationen verstanden werden. Eine Risikosituation zeichnet sich dadurch aus, daß sich ein Verhalten oder ein Wunsch zeigt, Alkohol zu konsumieren, obwohl man sich vorgenommen hatte, dies nicht zu tun.

Lindenmeyer weist darauf hin, daß bei Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen ein starkes Verlangen entstehen kann, wieder Suchtmittel zu konsumieren, als Reaktion auf erlernte Trinksituationen (Lindenmeyer 1996). Ein Großteil der oben erlernten Trinksituationen und ihr zeitlicher Verlauf ist als klassisch konditionierter Lernprozeß zu interpretieren. Wenn eine bestimmte Situation oder ein Zeitpunkt immer wieder mit dem Verhalten gekoppelt ist, Alkohol zu trinken, zeigt sich früher oder später das als Craving bezeichnete starke Verlangen nach erneutem Konsum von Alkohol.

Wenn jemand z.B. an ca. 300 Tagen im Jahr über 20 Jahre lang in der Zeit von 17.00 bis 20.00 Uhr Alkohol konsumiert hat, dann ist dieser Zeitpunkt „Abend“ 6.000 Mal mit dem Verhalten gekoppelt gewesen, Alkohol zu trinken. Aus der Perspektive der Lerntheorie betrachtet bedeutet dies, daß es sich um automatisierte, klassisch gelernte Trinksituationen, Zeitpunkte, Orte handelt, die dauerhaft ein hohes Risiko beinhalten, daß hier auch dann das Bedürfnis nach Alkohol entsteht, wenn in dieser Situation ein Alkoholkonsum gar nicht beabsichtigt ist.

### **Ausblick**

Menschen mit problematischem Alkoholkonsum, die selbstkontrollierend auf den Prozeß einer Konsumveränderung Einfluß nehmen wollen, müssen einerseits über den gewohnheitsmäßigen Lernprozeß informiert werden, d.h. über die Bedeutung von Konditionierungen durch Trinksituationen unter zeitlichen, gesellschaftlich-sozialen und individuellen Bedingungen. Andererseits werden Informationen zu Risikokonsumsituationen gegeben, die für Menschen mit einer entwickelten Abhängigkeitsproblematik bedeutsam sind. Grundlegende Informationen zu diesen Konditionierungsprozessen werden zu Beginn des Schulungsprogramms vermittelt, die Bewältigung von Risikotrinksituationen (Coping-Ansatz) wird im weiteren Verlauf des Programms in den Vordergrund gerückt.

### 4.3. Alkoholkonsum, Wirkungen und Funktionen

#### **Die Konsumhandlung und das Konsumverhalten: Alkoholtrinken**

Äthylalkohol kann sich in unterschiedlichen Flüssigkeitsformen, -arten und -zuständen befinden wie z.B. Bier, Wein, Schnaps, Likör, Sekt und anderen Sorten von Alkoholika. Menschen trinken diesen Alkohol aus Flaschen, Gläsern; daß Äthylalkohol intravenös zugeführt wird, ist sehr selten zu beobachten. Kennzeichnendes Merkmal des Trinkverhaltens also ist, daß der Alkohol dem Körper oral zugeführt wird.

Weinbrenner beschreibt das Trinkverhalten der erwachsenen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland wie folgt (Weinbrenner 1990, S. 51):

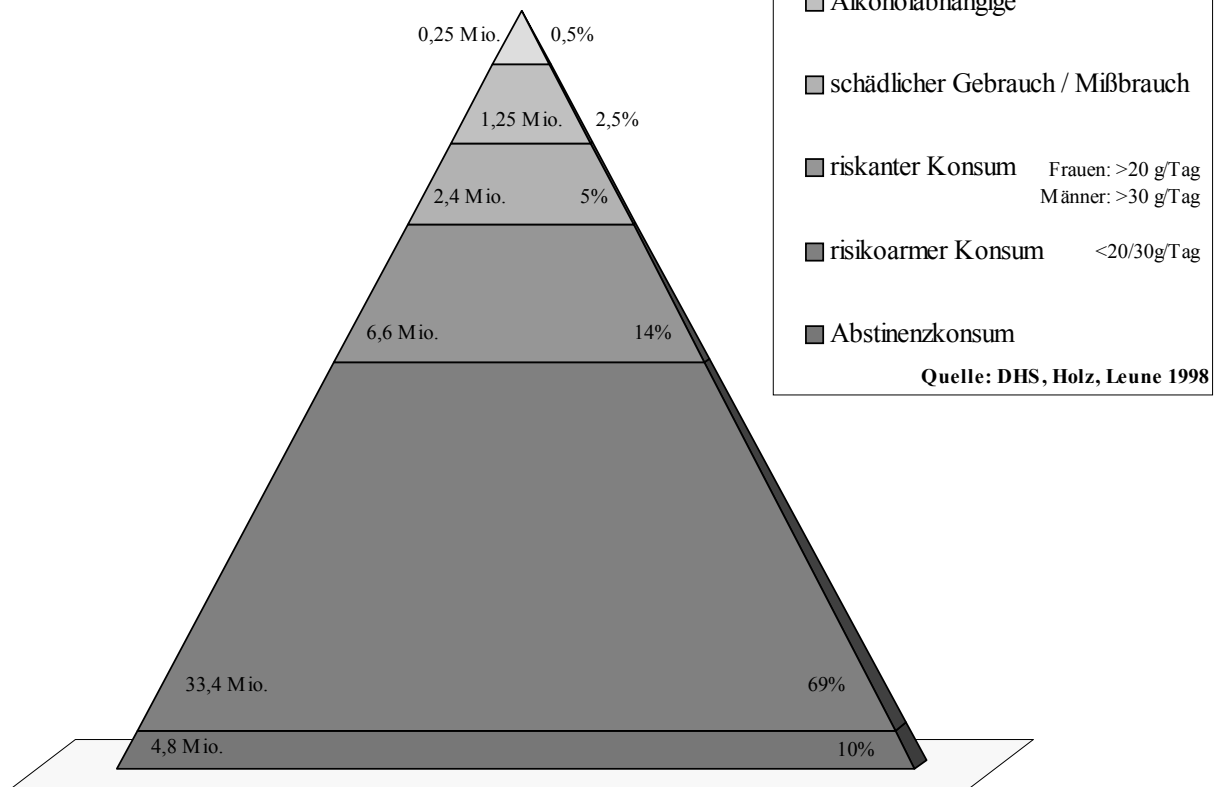
<b>A. Nichttrinkende</b>	<b>6%</b>
<b>B. Selten Trinkende</b> (gelegentliche Kompromißtrinker)	<b>20%</b>
<b>C. Gelegentlich Trinkende</b> Die Bandbreite des Trinkens reicht vom öfteren über das häufigere bis zum fast täglichen Trinken von Alkohol. Der Alkoholkonsum ist jedoch nicht die Ausnahme und nicht die Regel	<b>15%</b>
<b>D. Täglich Trinkende</b> davon mäßig, aber regelmäßig davon regelmäßig viel davon akut alkoholgefährdet	<b>56%</b> 2/5 2/5 1/5
<b>E. Abhängig Trinkende</b> Zu jedem Zeitpunkt abhängigkeitskrank und behandlungsbedürftig davon akut behandlungsbedürftig davon zu jeder Zeit chronisch abhängigkeitskranke und mehrfach geschädigt	<b>3–4%</b> 1/10 1/5

Der Anteil von Frauen, die das Kriterium abhängig Trinkende erfüllen, liegt je nach Untersuchung zwischen 20 und 25%.

Holz und Leune (1998) erfassen die Alkoholkonsummuster der Bevölkerung in Deutschland in der Altersgruppe 18-59 Jahre hinsichtlich gesundheitlicher Risiken und Trinkmengen pro Tag wie folgt:

### Pyramide von Alkoholkonsummustern in Deutschland 1997 bei der Altersgruppe 18 – 59 Jahre

48,7 Millionen Menschen



22% der Bevölkerung weisen demnach riskante, schädliche oder abhängige Konsummuster auf.

Der physiologische Vorgang des Trinkens von Alkohol wäre wie folgt kurz zu skizzieren: Nach der oralen Aufnahme gelangt dieser von der Speiseröhre in den Magen, hier werden bereits ca. 20% der getrunkenen Alkoholmenge von der Magenschleimhaut aufgenommen und in den Blutkreislauf abgegeben. Der Rest, also ca. 80% gelangt in den Dünndarm und von dort aus über die Darmschleimhaut in den Blutkreislauf. Einmal im Blutkreislauf, wird der Alkohol wie jeder andere Stoff innerhalb einiger Sekunden im ganzen Körper verteilt und gelangt hierbei u.a. auch in das Gehirn, wo er seine Wirkung entfaltet. Im Kapitel 3 wurden schon die Hauptwirkungen und Funktionen der psychoaktiven Substanz Alkohol benannt.

Das Verhalten, Alkohol zu trinken, kann definiert werden als beobachtbares, meßbares Verhalten, in dem Menschen Alkohol dem Organismus oral in einer bestimmten Menge zuführen. Bei der näheren Betrachtung dieses scheinbar sehr einfachen Vorganges zeigt sich, daß mit



der eigentlichen Handlung des Trinkens Motive und Intentionen einhergehen, deren Zusammenhang mit den Trinksituationen und den Funktionen und Wirkungen des Trinkens hoch komplex ist. Wir wollen uns zunächst auf die besonderen Erwartungsstrukturen und Motive konzentrieren, die sich in der eigentlichen Trinkhandlung vollziehen bzw. in sie mit einfließen.

Die Bedeutung der Motive und Erwartungsstrukturen in Bezug auf das Trinkverhalten hat Marlatt in einem klassischen Experiment mit der Methode „des balancierten Placebodesigns“ aufgezeigt (Marlatt et al. 1973). Hier erhält — nach einem 4-Felder-Schema — die Hälfte der Versuchspersonen Tonic-Wasser und die andere Hälfte eine Tonic-Wasser-Wodka-Mischung, wobei in jeder Gruppe nur eine Hälfte die Erwartung hat, daß sie Alkohol konsumiert. In dieser Versuchsanordnung wird sichergestellt, daß die Probanden nicht wissen, ob sich tatsächlich Alkohol in dem konsumierten Getränk befindet. Wichtigstes Resultat dieser oder ähnlicher Studien ist, daß bis zu einer mittleren Blutalkoholkonzentration subjektive Einstellungen zum Alkoholtrinken genauso wirksam sind wie die physiologischen Wirkungen des Alkohols selbst. Es kann also die These als gesichert angesehen werden, daß die Erwartungen im Hinblick auf die Konsumsituation und auf die Effekte des Alkohols mit in die Trinksituationen einfließen.

Diese Erwartungshaltungen werden als kognitive Erwartungseffekte bezeichnet oder als Trinkintentionen oder -motive. In die Entwicklung dieser Erwartungshaltungen gehen Sozialisationsinflüsse und familiäre Erfahrungen mit ein.

So zeigen Goldman et al. 1987, Miller et al. 1990, daß im Alter von 6 bis 11 Jahren vor allem in der Familie gelernt wird, Erwartungen bezüglich des Trinkverhaltens zu entwickeln. Innerhalb von High-Risk-Paradigma-Studien fand man heraus, daß Jugendliche mit erhöhtem Abhängigkeitsrisiko stärkere Erwartungen haben in Bezug auf:

- Spannungsreduktion und Entspannungsförderung
  - größerer Verstärkerwert des Alkohols
  - verbesserte kognitive und motorische Funktionsfähigkeit, Stärke und Macht
- (Arend 1994).

Es gibt des weiteren Hinweise darauf, daß es geschlechtsspezifische Erwartungshaltungen an das Trinken gibt. Es besteht bei Frauen im Gegensatz zu Männern z.B. keine Beziehung zwischen Wirkungserwartung und sexuellen Kontakten unter Alkoholeinfluß (Petry 1996).

Es könnte die Hypothese formuliert werden, daß Menschen aus einem kulturellen Lebenskreis ohne Erfahrungen mit Alkohol, wenn sie Alkohol trinken, dessen Funktion und Wirkung völ-

lig anders erleben als Menschen, die in einem Lebenskreis aufgewachsen sind, in dem sich Erwartungshaltungen und -strukturen gegenüber dem Alkohol sozialisationsbedingt herausgebildet haben.

Die Trinkmotivforschung, die sowohl von der Alkoholindustrie, als auch aus wissenschaftlichen Gründen betrieben wurde, unterscheidet ebenfalls zwischen persönlichen und sozialen Trinkmotiven (Mulford u. Miller 1960). Neuere Untersuchungen, wie die von Hilge und Schwoon (1990), präzisieren die Trinkmotive in folgender Rangfolge:

1. Alkohol erleichtert den Kontakt
2. Alkohol lindert Depressionen
3. Alkohol hilft gegen Langeweile
4. Alkohol ist Medizin
5. Alkohol macht gute Gefühle
6. Alkohol macht mutig
7. Alkohol entspannt
8. Alkohol macht den Kopf klar.

Auch die neueste Studie von Kraus und Augustin (2001) greift die Frage von Einstellungen und Motiven zum Alkoholkonsum auf und kommt zu folgenden Aussagen:

Einstellung / Motiv	Geschlecht			Altersgruppe					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
– Feiern ohne Alkohol kann ich mir nicht vorstellen.	22,4	30,9	13,3	18,2	17,4	18,9	21,4	24,6	26,1
– Eine „trockene“ Runde finde ich oft recht fad und ungemütlich.	13,1	18,9	6,9	12,5	9,6	9,9	11,1	14,5	17,3
– Zu einer Mahlzeit gehört bei mir gewöhnlich ein Schluck Alkohol.	4,6	6,2	2,9	–	1,1	1,9	3,5	5,7	8,9
– Ich glaube, je mehr Alkohol jemand verträgt, desto höher ist sein Ansehen bei anderen.	2,3	2,7	1,9	3,0	3,4	1,9	2,4	1,9	2,4
– Als Nichttrinker würde ich mir minderwertig vorkommen.	0,9	1,3	0,5	1,9	1,6	0,8	0,6	1,1	0,7
– Am schnellsten komme ich mit anderen Menschen beim Trinken ins Gespräch.	10,8	15,3	6,0	19,8	18,3	13,7	9,1	8,9	8,7
– Wenn ich etwas trinke, steigt mein Selbstvertrauen.	8,2	10,4	5,8	23,1	19,4	12,2	7,4	4,4	3,6
– Alkohol steigert meine Leistungskraft und Ausdauer.	1,2	1,7	0,8	3,6	2,1	1,1	1,4	0,9	0,5
– Trinken macht mich munter und beschwingt.	19,6	21,5	17,6	29,8	30,1	26,4	17,5	16,0	16,5
– Alkohol hilft mir, meine Nervosität zu bekämpfen.	4,9	5,6	4,2	9,2	9,7	6,2	4,1	3,8	3,8
– Alkohol ist für mich ein bewährtes Mittel, Ängste und Spannungsgefühle zu beseitigen.	4,3	5,1	3,5	5,3	4,6	5,0	4,4	4,2	3,6
– Alkohol ist für mich ein gutes Mittel, trübe Stimmungen zu verscheuchen.	7,5	9,4	5,4	18,1	9,2	6,8	6,4	7,1	6,6

Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten

Kategorien 3 und 4 der Skala: 1 (trifft gar nicht zu) • 2 (trifft wenig zu) • 3 (trifft ziemlich zu) • 4 (trifft völlig zu)

Das Item „Feiern ohne Alkohol kann ich mir nicht vorstellen“ findet bei 22,4% der Befragten Zustimmung. Dahinter finden „Trinken macht munter und beschwingt“ (19,6%), „eine ‚trockene‘ Runde finde ich oft fade und ungemütlich“ (13,1%) sowie „am schnellsten komme ich mit anderen Menschen beim Trinken ins Gespräch“ die größte Zustimmung. 7,5% der Befragten sehen Alkohol als Mittel, trübe Stimmungen zu verscheuchen, 4,9% bei Nervosität, 4,3% bei Ängsten und Spannungsgefühlen. Hier tritt die negative Verstärkungsfunktion des Alkoholkonsums in den Vordergrund. Deutlich wird ebenso, daß es Geschlechterunterschiede gibt: Der Anteil der Befragten, die sich eine Feier ohne Alkoholkonsum nicht vorstellen können, ist bei Frauen 2,3mal so hoch wie bei Männern. Bei der Analyse nach Altersgruppen fällt

auf, daß deutlich mehr jüngere (23,1%) als ältere Menschen (3,6%) dem Alkohol positiven Verstärkerwert zuschreiben.

Wenn wir versuchen, die zusammenfassenden Aspekte eines relativ einfachen Verhaltens — des Trinkverhaltens oder der Trinkhandlung — präzise zu betrachten, so stellt sich heraus, daß das manifeste, direkt beobachtete und meßbare Verhalten noch relativ einfach und präzise beschrieben werden kann. Es wird jedoch deutlich, daß bei diesem Vorgang Einstellungsverhalten, Erwartungsstrukturen und Trinkmotive mit in die Trinkhandlung einfließen. Dies ist ein hochkomplexer individueller Vorgang. Es wird deutlich, daß wir uns einem anderen Bereich nähern, einem, den wir mit den Funktionen und Wirkungen des Alkoholkonsums näher beschreiben wollen. In der eigentlichen Trinkhandlung spielen eben auch Erwartungshaltungen über Funktion und Wirkung des Alkohols eine zentrale Rolle, die wir im nachfolgenden Abschnitt näher präzisieren wollen.

## **Funktionen und Wirkungen des Alkoholkonsums**

### **Zur Fokussierung des intentionalen Wirkungstrinkens**

Wenn wir nun die Funktionen und Wirkungen des Alkohols näher erörtern, so soll dabei der Focus auf der zu beschreibenden Wirkung und Funktion des Trinkens liegen. Dabei ist zu beachten, daß es natürlich auch Trinkhandlungen gibt, die in die routinisierte Alltagspraktik eingegangen sind und die sich nicht primär auf ein Funktions- und Wirkungstrinken beziehen lassen. Schon im historischen Teil der Arbeit wurde gezeigt, daß der Konsum von Bier in Form der Biersuppe auch als Nahrungsmittel fungieren kann. Es gibt Beispiele konkreten Trinkverhaltens, wo der Alkohol in untergeordneter, begleitender Verbindung mit bestimmten Alltagsaktivitäten steht. Ein Beispiel wäre das bayerische Bier zur Brotzeit. Es existieren Trinkstile wie „Probieren“, „Genießen“, „Durst löschen“. Das Trinken eines Glases einer bestimmten Sorte Weines kann auch als reine Genußhandlung interpretiert werden, die z.B. den Geschmack des Weines als Genuß in den Vordergrund treten lassen. Der Konsum von geringen Mengen Alkohol kann somit auch als reiner Genußkonsum oder unproblematischer Genuß, oder als Verhalten angesehen werden, das durch das Aufsuchen einer routinisierten, in der Alltäglichkeit begründeten Trinkhandlung zu kennzeichnen ist. Es gibt ein alltagsweltliches Typenreservoir von Trinkverhalten, das durch den Konsum geringerer Mengen Alkohol charakterisiert ist (Berger et al. 1980). Es verweist auf Trinkhandlungstypen des nicht bewußt intentional entworfenen Alkoholtrinkens. Solche Trinkhaltungen und -handlungen bezeichnen

wir als wenig riskantes Trinken. Ein nicht zu leugnendes Risiko auch dieser Form des Trinkens besteht allerdings darin, daß sich diese zu einer riskanten Primäraktivität entwickeln kann.

Uns geht es im folgenden um den Trinkhandlungstyp des bewußten intentionalen Alkoholtrinkens, das darauf abzielt, die Wirkung des Alkohols zu erleben.

### **Kurzfristige und langfristige positive Wirkung des Alkoholkonsums**

Nach ca. 5-minütigem Konsum von Alkohol beginnt der Blutalkoholspiegel zu steigen, um dann, je nach Trinkmenge, nach 30 Minuten seinen Höhepunkt zu erreichen. Um diese „kurzfristig positive“ Wirkung des Alkoholkonsums zu erleben, muß man also ca. 5–30 Minuten abwarten, bis die Wirkung der Substanz einsetzt.

In der Literatur wird beschrieben, daß in Trinksituationen eine angenehme Wirkung des Alkohols empfunden wird (Lindenmeyer 1996). Dies wird vom Konsumenten je nach Situation und Trinkmenge als Beruhigung, Entspannung, Schmerzlinderung, Enthemmung, Stimmungshoch oder Stärkung erlebt. Die kurzfristig positiv eintretenden Wirkungserfahrungen werden je nach Trinksituation individuell unterschiedlich erfahren; sie stehen zwischen positiven Stimmungszuständen — Euphorie — und dem Eintreten von Entspannungszuständen — Verminderung von Angstgefühlen, Erfahren von Beruhigung.. Alkohol kann sowohl direkt euphorisierend wirken, als auch störende Hemmungen beseitigen.

Im historischen Teil wurde schon darauf hingewiesen, daß hochprozentiger Alkohol zur Stimmungsdämpfung eingesetzt wird — also ein Effekt, der vielen Alkoholkonsumenten bekannt ist und ausdrücklich erwünscht ist. Die Reduktion von Angst, Streß, der Abbau von Langeweile und Hemmungen reduziert allerdings lediglich einen negativen Gefühlzustand: z.B. Schmerzen lassen nach; und es ist dieser Zustand, der als positiv erlebt wird. In der Lernpsychologie bezeichnet man eine solche Verhaltenskonsequenz als negative Verstärkung (Arend 1994).

Der andere Pol der Wirkungserfahrung sind die Gefühlszustände, die oben als Euphorie gekennzeichnet wurden. „Stimmungsmäßig gut drauf sein“ kann auch bedeuten, sich zu belohnen, ein freudiges Ereignis feiern. Hier hat Alkohol einen, so lautet die Interpretation der Lerntheorie: positiven Verstärkerwert. Kennzeichnendes Merkmal der Wirkung von Alkoholkonsum aus lerntheoretischer Sicht ist somit die Aussage, daß sowohl negative als auch positive Verstärkung Verhalten unter Alkoholeinfluß bestimmen. Beide Verstärker sind beim Alkoholtrinken vorhanden und treten *kurzfristig* ein — zumindest bei den Menschen, die zielori-

entiert Alkohol trinken, um die Wirkung zu verspüren. Dieses bezeichnen wir als ein riskantes Trinkverhalten, da die positive und negative Verstärkerqualität es wahrscheinlich werden läßt, daß das Verhalten häufiger ausgeübt wird. Wer jedoch häufiger die Wirkungen des Alkoholkonsums sucht, unterliegt auch dem Risiko, daß sich nicht nur Trinkfrequenz, sondern auch die Trinkmenge steigert. (Siehe dazu Kapitel 3, „Neurobiologische Aspekte“.)

In der Lerntheorie wird jedoch auch auf eine weitere positive, allerdings langfristig einsetzende Konsequenz hingewiesen: auf das Phänomen des Zustands abhängigen Lernens (Schneider 1982). Menschen, die regelmäßig trinken, um die Wirkungen des Alkohols zu erleben, können Verhaltensweisen zeigen, die ihnen sonst nicht möglich sind, z.B. Kontakte knüpfen, Gefühle äußern, mutig die Meinung sagen, aggressiv handeln. Die Lerntheorie nimmt an, daß Verhaltensweisen, die in einem alkoholisierten Zustand gelernt werden, auch nur unter diesen Bedingungen wieder gezeigt werden können. Viele Menschen können beispielsweise erst bei einem bestimmten Alkoholisierungsgrad Witze erzählen. Unter Alkoholeinfluß kann ein Konsument gewisse Kompetenzen gewinnen, die er im nüchternen Zustand nicht zeigen kann.

In der Trinkhandlung als intentionalem Verhalten führen die Wirkungserfahrungen und Motive zum Prozeß des so genannten abhängigen Lernens. Verhaltensweisen und bestimmte Kompetenzen werden nur noch mit dem Konsum von Alkohol erworben und können auch nur noch mit diesem Konsum gezeigt werden; es wird diesbezüglich eine Erwartungshaltung aufgebaut. Dieser sehr langfristig wirksame positive Verstärkerwert hat dann aber auch zur Folge, daß der Konsument im nüchternen Zustand wenig Kompetenzen besitzt, also keine oder nur sehr begrenzte soziale Kontakte knüpfen, wenig Gefühle äußern kann, sich dann als klein und hilflos erlebt. Dies führt dann zu der Selbsteinschätzung: „ohne Alkohol geht es nicht“.

### **Kurzfristig negative Funktionen und Wirkungen des Alkoholkonsums**

Wir haben in den vorhergehenden Abschnitten beschrieben, daß je nach Trinkmenge die angenehme Hauptwirkung des Alkoholkonsums innerhalb von 5–30 Minuten eintritt. Beim Genuß von 3 oder 4 Flaschen Bier beispielsweise kommt es zunächst zu einer ca. 2stündigen deutlich angenehmen Hauptwirkung. Danach allerdings kann eine kurzfristig anhaltende unangenehme Nebenwirkung des Alkohols eintreten (Lindenmeyer 1996). Sie entsteht, wenn infolge des Alkoholabbaus in der Leber der Alkoholspiegel im Blut wieder zu sinken beginnt. Dadurch entsteht in der Leber das giftige Acyldehyd und das kann zu einer mangelnden Endorphinaktivität im Gehirn führen. Beim einmaligen Genuß sehr hoher Mengen von Alkohol können Vergiftungserscheinungen auftreten, wie Übelkeit, Erbrechen, der Verlust der motorischen Kontrolle über den Körper. Kopfschmerzen, Müdigkeit, Mattigkeit sind weitere Sym-

ptome des Alkoholkonsums, die nach dem Abklingen der angenehmen Hauptwirkung auftauchen können. Morgendliche Katergefühle nach einem exzessiven Alkoholkonsum am Abend sind das typische Beispiel kurzfristig negativer Nebenwirkungen. In der Regel werden solche Symptome bagatellisiert; der Konsum von Kopfschmerztabletten, eines starken Kaffees (oder eines „sauren Herings“) sind weit verbreitete Mittel, um diese Symptome zu bekämpfen.

Eines der bevorzugten Mittel aber ist der erneute Konsum. Zustände von Unruhe, Gereiztheit, Zittrigkeit können dadurch verschwinden. So kommt es zu einem Teufelskreislauf des Konsumverhaltens, denn bei wiederholter Einnahme kommt es zu einer allmählichen Auftürmung der unangenehmen Wirkungen, die beim Alkohol dann die Form der bekannten Entzugsscheinungen annimmt. Laut Lindenmeyer ist Alkohol, wie andere Stoffe auch, dann als Suchtmittel zu charakterisieren, wenn nach Einnahme dieses Stoffes eine angenehme, und dann eine unangenehme Nebenwirkung erzeugt wird, die durch erneute Einnahme der Substanz gestoppt werden kann (Lindenmeyer 1996).

Allgemein bekannt ist, daß neben akuten Vergiftungserscheinungen infolge eines einmaligen, sehr exzessiven Alkoholkonsums und körperlichen Problemen auch soziale und psychische Probleme resultieren können. Streitigkeiten innerhalb der Familie, aggressives Verhalten, Gewaltanwendungen, Unfälle, Diebstahl, Totschlag, Fehlen am Arbeitsplatz können relativ kurzfristig eintreten. Solche kurzfristigen negativen Folgen werden in der Gesellschaft durchaus allgemein akzeptiert, wenn sie auch teilweise gesetzlich negativ sanktioniert werden, z.B. durch den Entzug des Führerscheins. Die Ambulanzen und stationären Dienste des Krankenhausversorgungssystems sind jedoch auf viele durch Alkohol bedingte Problemstellungen eingerichtet. Bei größeren Volksfesten werden beispielsweise zuständige ambulante Dienste und entsprechende Polizeieinsätze bereitgestellt, um sich auf die durch Alkoholkonsum verursachten Probleme einstellen zu können.

Was die kurzfristig negativen Konsequenzen und Wirkungen des Alkoholkonsums betrifft, lassen sich diese Konsequenzen wiederum als ein breites Spektrum charakterisieren, die durch das Auftreten von einmaligen Katergefühlen bis zu akuten Vergiftungszuständen und dem Auftreten von Entzugssymptomen reichen. Diese Konsequenzen können einen Menschen motivieren, im Konsumverhalten Häufigkeit und Intensität zu reduzieren — bei einem Teil führen sie jedoch zur positiven Verstärkung des Alkoholkonsums. Diese kurzfristigen Wirkungserfahrungen des Alkoholkonsums werden dann für diese Menschen entscheidend und bestimmend und überlagern die kurzzeitig negative Wirkungen des Alkoholkonsums.

## Langfristige negative Funktionen und Wirkungen des Alkoholkonsums

Bei der Behandlung der langfristig eintretenden Folgen eines regelmäßigen Alkoholkonsums zeigt sich, daß der Konsument in seinen alltäglichen Handlungen immer wieder die vom Alkohol ausgehenden positiven und negativen Verstärkungen des Alkohols kurzfristig erlebt. Dies ist seine Alltagsrealität. Die Thematisierung der negativen langfristigen Konsequenzen eines regelmäßigen Alkoholkonsums muß der Gefahr entgehen, die kurzfristig positiven intentionalen Trinkhandlungen nicht genügend zu beachten, was der Fall ist, wenn man nur auf die Gefahren und Risiken eines regelmäßig exzessiven Konsumverhaltens hinweist.

Wir haben schon in Kapitel 3 über Folgeschäden durch langfristigen Alkoholkonsum auf die massiven Schädigungen im sozialen Bereich, psychische und psychiatrische Folgen sowie körperliche Folgeschäden verwiesen. Kennzeichnendes Merkmal dieser Folgeerkrankungen ist, daß sie erst relativ spät eintreten. Wir wissen, daß diese Folgeerscheinungen die Gesundheit und das Wohlbefinden des einzelnen massiv gefährden, daß sie neben psychischen und sozialen Beeinträchtigungen auch den Tod zur Folge haben können.

Bei Frauen zeigen sich aufgrund ihrer körperlichen Konstitution diese Folgeerscheinungen früher als bei Männern. Bei einigen Menschen tritt die Leberzirrhose schon nach 5 Jahren regelmäßigen Trinkens auf, andere trinken 30 Jahre hindurch regelmäßig und haben dieses Problem nicht. Die langfristig negativen Konsequenzen müssen nicht zwangsläufig eintreten und deshalb neigen manche Betroffene zu einer Art Vogel-Strauß-Haltung.

Die Wahrscheinlichkeit und die Risiken eines langfristigen regelmäßigen Alkoholkonsums haben häufig zwei Zielbestimmungen zur Folge:

1. Negativereignisse können Ausgangspunkt dafür sein, das Trinkverhalten fortzusetzen, da Alkohol die Funktion besetzt, diese negative Befindlichkeit kurzfristig — wenn auch nur für ein paar Stunden — zu beseitigen. Ein Teufelskreis der Abhängigkeit und des Trinkverhaltens entsteht.
2. Unter Umständen ist es möglich, daß ein Betroffener unter den Druck der langfristig negativen Folge- und Begleiterscheinungen gerät. Körperliche Begleit- und Folgeerscheinungen wie Entzugssymptome, Leberzirrhose, Krampfanfälle können so bedrohlich werden wie die Kündigung am Arbeitsplatz, der Verlust des Führerscheins oder die Ankündigung des Partners, die Beziehung zu beenden. Die langfristig negativ einsetzenden Konsequenzen bieten die Chance, daß der Betroffene sich ernsthaft mit der Frage auseinandersetzt, sein Verhalten zu ändern.



## **Ausblick**

Im Schulungsprogramm werden zentrale Informationen über die Verteilung von risikoabhängigen Alkoholkonsummustern in der Allgemeinbevölkerung zur Verfügung gestellt. Einstellungen und Motive zum Konsumverhalten bestimmen das Trinkverhalten und werden ergänzend dargestellt.

Weiterhin wird darüber informiert, daß die kurzfristig positiven Wirkungen des Alkoholkonsums ein Verhalten auslösen können, das die Frequenz des Trinkens erhöht. Die Wirkungsfunktion des Alkohols ist sehr breit gestreut: Alkohol kann eine bipolare Funktion zugeschrieben werden — diese Funktionen reichen von euphorischen Zuständen bis zu Entspannungszuständen. Menschen, die bewußt intentional die positive Wirkung des Alkohols suchen, haben das Risiko, daß sie im Laufe der Zeit die Trinkmenge erhöhen, was langfristig zu gesundheitlichen Schädigungen und sozialen Beeinträchtigungen führen kann. Die kurzfristigen Funktionen und Wirkungen des Alkohols scheinen das Verhalten zentral zu prägen, so daß dieses Verhalten häufiger und intensiver wird. Die langfristigen negativen Funktionen und Wirkungen können in einen Konflikt mit den positiven Funktionen und Wirkungen treten — daraus ergibt sich eine Verhaltenskonfliktsituation, die die Chance beinhaltet, problematische Alkoholkonsummuster zu verändern.

### **4.4. Das Konzept der Selbstkontrolle**

#### **Positive versus negative Konsequenzen bei problematischem Alkoholkonsum**

Ein Trinkverhalten, das der positiven und negativen Verstärkungsfunktion unterliegt, kann sich sowohl bezüglich der Häufigkeit als auch der Intensität steigern. Außerdem können aufgrund eines einmalig sehr hohen oder eines dauerhaften und intensiven Alkoholkonsums kurzfristige, aber auch langfristige soziale, psychische und körperliche Folgeschäden auftreten. Ein solcher Alkoholkonsument gerät dann in die typische Konfliktsituation, einerseits die immer wiederkehrenden kurzfristigen positiven Wirkungsfunktionen aufzusuchen, um andererseits und gleichzeitig die kurzfristig bzw. langfristig eintretenden negativen Konsequenzen zu erleben. Insbesondere die langfristigen negativen Konsequenzen setzen den Konsumenten unter den Druck, sein Konsumverhalten zu verändern. Dies stellt eine Konfliktsituation dar, in der für jede Reaktion sowohl positive als auch negative Konsequenzen zu erwarten sind. Die Einflußnahme auf derart konflikthafte Verhaltenssituationen wird vor allem in der Psychologie, aber auch in nahezu allen anderen Forschungszweigen unter dem Thema Selbstkontrolle behandelt.

## **Zum Problem der Selbstkontrolle als „Willenskraft“**

Selbstkontrolle als Ausdruck von Willenskraft zu begreifen ist sehr weit verbreitet. Diese Vorstellung entspringt einer Moral, die sich folgendermaßen charakterisieren läßt: „Man muß nur richtig wollen, dann wird man schon trocken bleiben. Bleibt man nicht trocken, hat man nicht richtig gewollt oder ist noch nicht tief genug gesunken.“ Unter Willenskraft ist dabei zu verstehen, daß eine Persönlichkeit postuliert wird, die auf geheimnisvolle Art und Weise Kontrolle über die Aktionen des Individuums ausübt.

Das persönlichkeits-theoretische Konzept der Willenskraft wird u.a. durch die sogenannten Trait-Theorien, die in der Vergangenheit heftig kritisiert worden sind (Reinecker 1978), vertreten. Es beruht auf einem ausgesprochen dichotomen Verständnis von Selbstkontrolle: entweder man hat Willenskraft oder hat sie nicht. Persönlichkeitsmerkmale werden nicht als einheitliche, z.B. von der Umwelt beeinflussbare Entitäten angesehen, die das Verhalten mit steuern.

Aus dieser Betrachtungsweise folgt außerdem eine fatalistische Perspektive, was Rückfallsituationen betrifft. Der mit einem schwachen Willen „Geschlagene“ kann zur Veränderung seiner Situation schon von dieser Voraussetzung her nichts beitragen. Dieses, mit einer Willenskraft verbundene Konzept von Selbstkontrolle wird hier nicht weiter diskutiert. Doch sei darauf verwiesen, daß es bei einem Großteil der Bevölkerung, wenn auch naturgemäß sehr laienhaft, eine einflussreiche Rolle spielt. Ebenso wollen wir das psychoanalytische Ich-Konzept, das die Fähigkeit des Individuums, rationale Entscheidungen zu treffen, zumindest in großen Teilen in Frage stellt, an dieser Stelle nicht weiter erläutern, da dies den dieser Arbeit gesetzten Rahmen sprengen würde.

## **Selbstkontrolle aus lerntheoretischer Sicht**

### **Allgemeine Grundannahmen**

Zahlreiche Arbeiten beschäftigen sich mit dem Problem von Selbstkontrolle, Selbstregulation, Selbstmanagement (Kanfer et al. 1996). Selbstkontrolle wird dabei als Spezialfall von Selbstmanagement und Selbstregulation angesehen. Von Selbstmanagement wird gesprochen, wenn ein Individuum in der Lage ist, verschiedene konkrete Strategien zur Kontrolle und Veränderung des eigenen Verhaltens einzusetzen (Heyden et al. 1986).

Für die Selbstkontrolle ist entscheidend, daß ein Individuum Einsicht in ein defizitäres Verhaltensrepertoire gewinnt, sich in einer Verhaltenskonfliktsituation befindet und auf diese Einfluß nehmen will. Dabei sind folgende Kriterien wesentlich:

1. Das Individuum hat zumindest zwei Möglichkeiten des Verhaltens.

2. Die Konsequenzen der möglichen Alternativhandlung stehen in Konflikt zueinander. (Reinecker 1978).

Bei unserer Problemstellung handelt es sich um die Verhaltensmöglichkeiten, Alkohol wie gewohnt zu trinken einerseits oder eine Änderung des Verhaltens andererseits. Falls die Änderung oder eine Alternativhandlung vollzogen wird, entstehen neue Konfliktsituationen.

In der Lerntheorie werden prinzipiell zwei grundlegende Selbstkontrollsituationen unterschieden:

Typ 1 — eine Person führt eine Handlung nicht aus und erlebt deshalb den mit dieser Handlung normalerweise verbundenen angenehmen Gefühlszustand, etwa Euphorie, nicht. Dies geschieht zugunsten der Vermeidung langfristig negativer Folgen, z.B. einer körperlichen Schädigung. Die diesem Typ der Selbstkontrolle entsprechende Handlungstyp wird als „einer Versuchung widerstehen“ bezeichnet.

Typ 2 — ein Alkoholkonsument nimmt kurzfristig bekannte aversive Konsequenzen wie Entzugserscheinungen in Kauf, um langfristig Gesundheit und Wohlbefinden und eine stabile Partnerschaft zu erreichen. Dieser Typ der Selbstkontrolle wird als Handlungstyp „heldenhaftes Verhalten“ bezeichnet. (Heyden et al. 1986, Reinecker 1978).

Das Problem der Selbstkontrolle entspricht einer hochkomplexen Problemsituation:

1. Die Person, die Selbstkontrollstrategien und Selbstkontrolltechniken zur Änderung des Verhaltens anwendet, steht in einer Verhaltenskonfliktsituation, die durch eine langjährige Lernerfahrung von kurzfristiger Bedürfnisbefriedigung und eintretenden negativen langfristigen Konsequenzen gekennzeichnet ist.
2. Eine Änderung des konflikthaftern Verhaltens oder eine Frequenzreduktion steht der alten Verhaltensausführung — kurzfristige Bedürfnisbefriedigung bei langfristigen Folgen — diametral entgegen. Konsumverzicht oder Konsumreduktion und das Aushalten von Negativsymptomen müssen in Kauf genommen werden, um Gesundheit und Zufriedenheit zu erreichen.

Bei einem strikt behavioristischen Verständnis des Lernens ist unterstellt, daß aufgrund der ständigen Wiederholung der immer gleichen Reaktion das Verhalten, Alkohol zu trinken, stark determiniert ist. Auf der anderen Seite setzt jedoch der Prozeß der Selbstkontrolle voraus, daß dieser Lernprozeß im Sinne eines reziproken Determinismus auch wieder rückgängig gemacht werden kann, so daß ein Neulernen oder eine Änderung von problematischem Ver-

halten überhaupt erfolgen kann. Für Heyden et al. ist es die zentrale Absicht der Selbstkontrollansätze, die verschiedenen Abhängigkeiten, in denen ein Mensch mit seinem Problemverhalten steht, ihm transparent zu machen. Die Transparenz schwieriger und neuer Verhaltensanforderungen für die Selbstkontrolle ist ein wichtiges Ziel der Selbstkontrolle selbst (Heyden et al. 1986).

Selbstkontrollansätze — und die damit verbundenen Techniken — haben ihre besondere Effizienz im Gesundheitsbereich, etwa bei Eßstörungen, Alkoholproblemen, beim Aufgeben des Rauchens sowie bei Drogenabhängigkeit, zumindest teilweise erwiesen (Reinecker 1978).

Das Konzept der Selbstkontrolle erfuhr mit Loque (1996) eine Ausweitung. Sie definiert Selbstkontrollsituationen für unterschiedliche Lebensbereiche als Entscheidung für das positiver bewertete, aber aufgeschobene Ereignis und Impulsivität als Entscheidung für das weniger positiv bewertete, zeitlich aber näher liegende Ereignis. Diese Entscheidungstypen werden von ihr auch als aufgeschobene Befriedigung und als unmittelbare Befriedigung bezeichnet (Loque 1996).

Der Vorteil dieser Definition liegt darin, daß damit Selbstkontrollverhalten sowohl bei Eß-, Sucht- und Genußmittelproblemen, als auch anderen, die Gesundheit betreffenden Verhaltensweisen, wie Sexualität, Unfallprävention, Sport, Streß- und Krankheitsbewältigung, erfaßt werden können.

Von dieser Definition ausgehend werden von Loque dann aber auch die Arbeit, das Management und das Geld und nicht zuletzt der Umgang mit sich selbst und mit Anderen — in so unterschiedlichen Bereichen wie Kooperation, Lüge, Depression, Suizid und Aggression — unter der Perspektive eines selbstkontrollierenden Verhaltens abgehandelt. Sie geht hier von der Hypothese aus, daß Menschen vornehmlich impulsiv handeln, ein unmittelbares Bedürfnis befriedigen, dies aber langfristig kaum Vorteile bringt:

„Menschen

- stehlen, obwohl ihnen eine Gefängnisstrafe droht,
- stürzen sich auf den Nachtschrank, anstatt eine Diät einzuhalten,
- rauchen, obwohl sie davon Krebs oder ein Emphysem bekommen,
- trinken Alkohol, obwohl das langfristig zu Schädigungen des Gehirns und der Leber führt,
- benutzen ihre Kreditkarten, obwohl ihr Konto nicht gedeckt ist,
- kaufen sich ein schickes Auto, anstatt für ihren Ruhestand vorzusorgen,
- haben Sex, ohne ein Kondom zu benutzen,
- feiern Partys, anstatt sich auf eine Prüfung vorzubereiten.“

(Loque 1996, S. 21)

Loque stellt dem nun gegenüber, daß im Zuge eines normalen Sozialisationsprozesses der Mensch in die Lage versetzt wird, seine Persönlichkeit so zu entwickeln, daß er je nach Situation impulsiv oder selbstkontrollierend zu handeln vermag, und zwar in einer der Situation angemessenen Weise. Es geht also nicht um die Behauptung, nur selbstkontrolliertes, langfristig orientiertes Verhalten stelle eine wünschenswerte Verhaltensform dar (Loque 1996).

Bei der Entwicklung der Fähigkeit zu selbstkontrollierendem Verhalten dürfte auch die Altersentwicklung eine bedeutende Rolle spielen, und zwar in dem Maße, in dem die allgemeine Bereitschaft zunimmt, auf ein Ergebnis zu warten und nicht nur impulsiv zu reagieren, wie Kinder dies meist tun. Loque weist ferner auf geschlechts- und kulturspezifische Unterschiede in der Handhabung der Selbstkontrolle hin. Sie formuliert schließlich die Hypothese, daß ein Ergebnisaufschub den Ergebniswert dahingehend zu beeinflussen scheint, daß Ergebnisse mit zunehmendem Aufschub immer stärker abgewertet werden. So gesehen kommt es zu impulsivem Verhalten, wenn ein Zeitaufschub den Wert eines Ergebnisses so weit mindert, daß der wahrgenommene Wert dieses Ergebnisses als geringer erscheint, als der Wert eines weniger aufgeschobenen Ereignisses mit objektiv kleinerem Wert (Loque 1996).

Loque zeigt zusammengefaßt auf, daß im Zuge der menschlichen Evolution und unserer sozialisationsbedingten Lerngeschichte sich die Bewertung der Vor- und Nachteile des impulsiven gegenüber dem selbstkontrolliertes Verhalten stark verändert und ausdifferenziert hat. Es geht dabei nicht darum, ein selbstkontrolliertes Verhalten stringent durchzuhalten oder gar als jederzeit von Vorteil anzusehen (Loque 1996). Für den Erfolg menschlichen Handelns zum Beispiel im beruflichen Bereich kann es einen bedeutsame Qualität darstellen, sich zeitweise kurzfristig impulsiv zu verhalten und zeitweise sich wiederum langfristig selbstkontrollierend zu orientieren. Dies wieder auf den Konsum von Alkohol bezogen, wäre also kaum zu erwarten, daß Menschen, von denen Selbstkontrolle in Form lebenslanger Abstinenz abgefordert wird, dies tatsächlich auch einlösen können. Dies widerspräche unserer Lebenserfahrung und auch unseren Sozialisationsbedingungen.

### **Methoden der Selbstkontrolle**

In praktisch allen Studien zur Selbstkontrolle gilt die **Selbstbeobachtung** des problematischen Verhaltens und Ermittlung seiner Bedingungen als grundlegende Voraussetzung zur Änderung eines Verhaltens. Hierzu liegen zahlreiche Veröffentlichungen vor. Durch die Selbstbeobachtung sollte eine Person in die Lage versetzt werden, das Problem zu spezifizieren, die Ziele einer Veränderung zu präzisieren und Ansatzpunkte für eine Veränderung zu finden (Heyden et al. 1986).

Für die Selbstbeobachtung gibt es verschiedene Hilfsmittel wie z.B. Verhaltenstagebuch, Zählapparate, Stoppuhren, Tagesprotokolle, Selbstaufzeichnungen und anderes.

Es wird häufig die Ansicht vertreten, daß die Methode der Selbstbeobachtung für sich schon eine Verhaltensänderung bewirke. Eine Registrierung der Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten z.B. kann schon ihre Reduktion bewirken.

Das Prinzip der **Stimulus-Kontrolle** besteht darin, daß eine Person ihre soziale oder physische Umgebung in der Weise verändert, daß ein Problemverhalten gar nicht mehr ausgelöst wird. Hinweisreize, etwa das Einschalten des Fernsehers, das mich bei der Arbeit stört, werden gar nicht erst ausgelöst. Oder Zigaretten bzw. Alkohol werden gar nicht erst besorgt. Innerhalb der kognitiven Verhaltenstherapie sind auch der Neuaufbau bestimmter positiver, oder veränderter gedanklicher Strukturen dazu bestimmt, auslösende gedankliche Situationen zu meiden und so das problematische Verhalten zu verändern. Hier sind in den letzten Jahren eine Reihe von therapeutischen Strategien der „kognitiven Umstrukturierung“ entwickelt worden.

**Kontrakte** oder Verhaltensverträge werden in der Verhaltenstherapie als eine spezifische Form der Intervention genutzt. Verträge sollen sowohl zukünftig erwünschte Verhaltensweisen als auch Belohnungen für diese festlegen. Kontrakte unterscheiden sich von vagen Absprachen dadurch, daß darin genaue Bedingungen festgelegt werden, die ein zu kontrollierendes Verhalten präzise beschreiben; zum Beispiel positive Konsequenzen für die Einhaltung eines Vertrages oder positive Feedbacks oder Verstärker, die jemanden motivieren, frühzeitig Erfolge zu haben.

Auch hier gibt es viele Varianten und unterschiedliche Arten von Kontraktmanagement (Heyden 1986), auf die an dieser Stelle jedoch nicht näher eingegangen zu werden braucht.

### **Selbstkontrollsysteme**

Wir haben im Abschnitt zum Aspekt des kurzfristig positiven intentionalen Alkoholkonsums und den zeitlich negativen Folgen herausgearbeitet, daß die kurzfristig positiven und die langfristig negativen Konsequenzen eines solchen Konsums zu einer typischen Konfliktsituation führen können, die dazu führt, daß ein Betroffener zwischen zwei Zielen schwankt:

1. Fortsetzung des Konsums mit dem Ziel des kurzfristig intentionalen positiven Wirkungserlebens.
2. Veränderung des Konsumverhaltens aufgrund der zu erwartenden langfristig negativen Folgen.

Schneider bemerkt dazu, daß bisher nicht hinlänglich erklärt werden kann, warum das Trinkverhalten auch dann häufig nicht geändert wird, wenn die negativen Folgen massiv einsetzen. Doch könne man von folgender Überlegung ausgehen: „Wenn das mit bestimmten angenehmen Konsequenzen verbundene Trinkverhalten mit negativen Folgen konfrontiert wird, versucht der Trinker meist, dieses Verhalten zu ändern. Er wird folglich in den ehemals auslösenden Situationen versuchen, weniger und nicht mehr zu trinken und sich dafür ein Trinksystem überlegen.“ (Schneider 1982, S. 21).

Die Behauptung ist also, daß mit Hilfe der Entwicklung von Trinksystemen das Trinkverhalten verändert werden kann. Dies kann dazu führen, daß Häufigkeit und Intensität des Trinkverhaltens, und so auch die Risiken des Konsumverhaltens reduziert werden.

Trinksysteme können darin bestehen, nicht vor bestimmten Uhrzeiten oder nur an bestimmten Wochentagen zu trinken, bestimmte Zeiten ganz abstinenz zu leben, nur Bier und keinen Schnaps zu trinken. Auch das Phänomen des heimlichen Trinkens kann als ein Versuch des Aufbaus eines Trinksystems gewertet werden. Der Versuch, verstärkte Kontrolle über den Alkohol zu gewinnen, kann allerdings auch eine Trugschlußreaktion beinhalten: „Ich kann das Problem kontrollieren, somit habe ich kein Problem.“ Doch nur ein problematisches Verhalten erfordert ein Kontrollsystem.

Schneider merkt an, daß solche selbstinitiierten Selbstkontrollstrategien mangels systematischer Selbstbeobachtung und unzureichender Problemanalyse Gefahr laufen, daß der vormals erlernte und entwickelte Trinkstil dennoch fortgesetzt wird. Wenn Menschen Alkohol trinken, um eine Wirkung zu verspüren, können sie dieses in der Regel nur nach Aufnahme einer gewissen Dosis erreichen. Daraus ergibt sich die Gefahr, daß auch mit einem selbstkontrollierten Verhalten und mit Trinksystemen ein Rückfall in altbekannte und riskante Konsummuster droht. Dieser Rückfall kann starke Versagens- und Schuldgefühle hervorrufen, und diese wiederum können durch einen weiteren Konsum beseitigt werden (Schneider 1982). So entstehen die bekannten Teufelskreise von Abhängigkeitsentwicklungen.

### **Abwehrmechanismen, Widerstand und Leugnung von langfristig negativen Konsequenzen des Alkoholkonsums**

Laienvorstellungen stempeln Alkoholikerinnen und Alkoholiker oftmals zu Blendern und Lügnern, die hinter einer Fassade leben. Zum Phänomen von Realitätsverzerrungen, von Widerstand und Abwehrmechanismen bei Menschen mit Alkoholproblemen geht John davon aus, daß es eine Abwehrtendenz bei Alkoholikern gibt (John 1989). Abwehrmechanismen sind auch als Reaktion auf die durch die negativen Folgen der Suchtentwicklung bedingte

Bedrohung des Selbstwertgefühls und somit als psychischer Schutz des Betroffenen zur Stabilisierung seines Selbstwerts zu sehen (John 1991).

Viele Menschen, nicht nur solche mit Alkoholproblemen, machen immer wieder äußere Umstände und nicht ihr eigenes Handeln für ein bestimmtes Verhalten verantwortlich. Typische Verhaltensphänomene derartiger externaler Attribuierungen tauchen etwa bei einem Führerscheinverlust als Folge von Alkoholkonsum auf. Hier gibt es oftmals Erklärungen wie: „Nur ein einziges Mal habe ich zuviel getrunken und schon hat mich die Polizei erwischt“, oder: „Ich habe gar nicht gewußt, daß ich zuviel getrunken habe“, „der böse Nachbar hat die Polizei auf mich gehetzt“. Dies hat die Funktion, die negativen Folgen nicht mit der eigentlichen Handlung des Trinkens in Verbindung zu bringen. Es gibt eine Fülle dieser externalen Attribuierungen — jemand hat seinen Arbeitsplatz nicht wegen Alkohol verloren, sondern weil der Meister ihn schon lange loswerden wollte —; sie haben eine entlastende Funktion, da das Negativereignis nicht im Zusammenhang mit dem eigenen Konsumverhalten gesehen wird.

Aus dem Konsumverhalten kann die hochgradig stigmatisierende Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ oder gar „Alkoholiker“ abgeleitet werden. Mit Abwehrmechanismen, Realitätsverzerrungen, Widerständen und Verleugnungsverhalten wehren sich die Betroffenen gegen diese Stigmatisierungen, um die psychische Identität aufrechterhalten zu können. Es handelt sich unter Umständen um erfolgreiche Strategien, negative Erlebnisse, die bei einer Suchtentwicklung eintreten, zu verarbeiten. Auf diese Weise wird mit vorhandenen Schuld-, Angst- und Versagensgefühlen umgegangen.

Wir haben im vorhergehenden Abschnitt skizziert, wie selbsteingeleitete Selbstkontrollstrategien, wenn sie scheitern, Schuld- und Versagensgefühle hervorrufen. Die daraus folgenden Abwehr- oder Verleugnungstendenzen können eine weitere suchstabilisierende Funktion dahingehend ausüben, daß die Negativkonsequenzen zum Ausgangspunkt eines wiederum verstärkten Trinkverhaltens werden. Aus solch einer Tendenz kann sich erneut ein Teufelskreis entwickeln, der die Häufigkeit und Intensität des Trinkverhaltens weiter erhöht.

### **Ausblick**

Das theoretische Konzept der Selbstregulation und Selbstkontrolle ist grundlegend für die Entwicklung und Ausarbeitung des vorliegenden psychoedukativen Schulungsprogramms. Menschen mit problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten sind prinzipiell in der Lage, eigenständig auf dieses Problemverhalten Einfluß zu nehmen. Dazu werden grundlegende Informationen zur Verfügung gestellt und die geeigneten methodischen Ansätze im Zusammenhang mit Selbstmanagementstrategien erarbeitet. Das Phänomen von eigenständig ent-



wickelten „Trinksystemen“ kann eine Strategie darstellen, eine Selbstkontrolle über problembehaftete Trinkmuster zur Verfügung zu haben, diese „Trinksysteme“ können aber auch dazu verleiten, in Wirklichkeit problematische Konsummuster als unproblematisch einzuschätzen, weil das Problem anscheinend unter eigenständiger Kontrolle steht, die Realität aber ausgeblendet wird. Diese „Kontrollillusion“ wird im Schulungsprogramm diskursiv erarbeitet. Darüber hinaus wird auf die konstruktive Fähigkeit zum Selbstmanagement zur erfolgreichen Veränderung von problematischem Alkoholkonsum hingewiesen.

Jede Lebenserfahrung zeigt, daß Selbstkontrollstrategien hin und wieder zum Scheitern verurteilt sind. Deshalb ist es notwendig, achtsam und frühzeitig mit konsumbezogenen Risikosituationen umzugehen. Dieser Ansatz hat grundlegende Bedeutung für das Schulungsprogramm. Das Mißlingen von Selbstkontrollbemühungen kann Schuld- und Schamgefühle auslösen, die Abwehr- und Verleugungsphänomene zur Folge haben. Sachliche Informationsvermittlung zu diesen Phänomenen und der Hinweis auf Selbstwirksamkeitskompetenzen in diesem Zusammenhang können den negativen Affekten entgegenwirken und eine konstruktive Haltung begünstigen. Dies wird in besonderem Maße im Schulungsprogramm berücksichtigt.

#### **4.5. Ambivalenzverhalten: Der Kern der Problemstellung der Selbstkontrolle von problematischem Alkoholkonsum**

Wir haben im Abschnitt über theoretische Grundannahmen der Selbstkontrolle aufgezeigt, daß in der Struktur und Dynamik des problematischen Alkoholkonsums eine Verhaltenskonfliktsituation angelegt ist: den kurzfristig positiven Konsequenzen des Alkoholkonsums stehen langfristig oder einmalig, sehr kurzfristig intensive, negative Folgen des Alkoholkonsums entgegen. Die Selbstkontrollsituation ist als Konfliktsituation zu interpretieren, die zwei entgegengesetzte Zielrichtungen deutlich werden läßt:

1. Fortsetzung des Konsumverhaltens
2. Änderung des Konsumverhaltens

Es hat sich gezeigt, daß sich Häufigkeit und Intensität von intentionalem Wirkungstrinken verstärken können, und daß die zeitlich kurzfristigen Konsequenzen den Konsum von Alkohol dominieren. Loque schätzt, wie oben gezeigt, den fortgesetzten Alkoholmißbrauch als sehr stark impulsiv geprägtes Verhalten ein, das auf die unmittelbare intentionale Bedürfnisbefriedigung abzielt (Loque 1996). Es kommt aber noch hinzu, daß die langfristig negativ eintretenden Konsequenzen bei Menschen mit Alkoholproblemen weniger Einfluß auf eine Verhaltensänderung ausüben, als dies bei anderen Problemen der Fall ist (Loque 1996). Auch

die langfristig positiv eintretenden Ereignisse des Alkoholkonsums — wie das Phänomen des vom Zustand abhängigen Lernens — können die Impulsivität weiter begünstigen. Schon die Steigerung des Alkoholkonsums allgemein begünstigt und fördert die Impulsivität (Loque 1996). Die Entwicklung problematischen Alkoholkonsumverhaltens ist demnach sehr stark impulsiv geprägt.

Eine positive Konsequenz der langfristig negativen Folgen kann es, wie erwähnt, sein, daß durch sie eine Chance zur Verhaltensänderung eröffnet wird. Deshalb kann es trotz hohen Wahrscheinlichkeit eines impulsiven Verhaltens zu einer Verhaltenskonfliktsituation kommen, in der es um die Frage Verhaltensbeibehaltung oder Verhaltensänderung geht.

Eine solche Verhaltenskonfliktsituation zeichnet sich nach Miller und Rollnick durch folgendes Strukturmerkmal aus: „Ambivalence is a state of mind in which a person has coexisting behaviors but conflicting feelings about something. In the case of addictive behaviors, the person is typically ambivalent about engaging the behavior in question (... drinking ...) versus resisting it“ (Miller, Rollnick 1991, S. 38).

Jede vor dem Hintergrund des Approach-avoidance-Konflikts stattfindende Verhaltensänderung ist als ambivalente konflikthafte Selbstkontrollsituation zu interpretieren.

„The term ‚fatal attraction‘ has been used to describe a kind of love affairs: ‚I can’t live with it, and I can’t live without it‘ “ (Miller, Rollnick 1991, S. 40)

An anderer Stelle charakterisieren Miller und Rollnick diese konflikthafte ambivalente Verhaltenssituation durch einen weiteren Kernsatz: „I want to but I don’t want to“.

Ambivalenz ist strukturelles Merkmal und gleichzeitig Dilemma dieser Selbstkontrollsituation.

Ambivalenz wird nach Miller und Rollnick nicht prinzipiell als Widerstand definiert oder als Charakter- oder Willensschwäche, sondern als strukturelles Merkmal der konflikthafte Selbstkontrollsituation im Schwanken zwischen zwei Zielen. Miller und Rollnick bezeichnen dies als „the heart of the problem“ bei Abhängigkeitsproblemen (Miller, Rollnick 1991, S. 38).

Wie kann man aber eine ambivalente Selbstkontrollzielkonfliktsituation operationalisieren oder beschreiben, um daraus eine bestimmte Motivation zur Veränderung oder Nichtveränderung eines Verhaltens abzuleiten? Miller und Rollnick schlagen vor, das Prinzip des „Balance sheet“ zu entwickeln, das die jeweiligen Zielbestimmungen — Fortsetzung des Trinkverhaltens oder Veränderung des Trinkverhaltens — nach ihren jeweiligen kurzfristigen Vorteilen und Nachteilen auflistet und befragt.

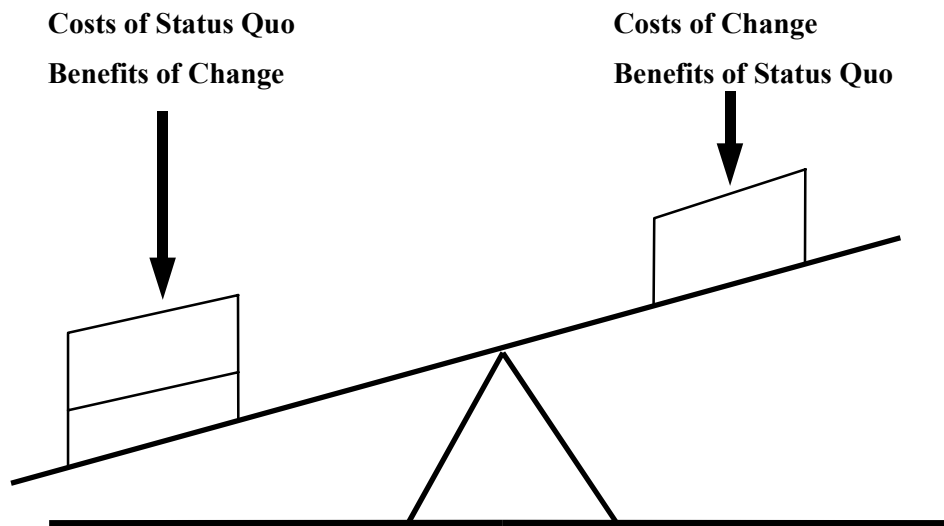
Continuing to drink as before		Making a change in my drinking	
Benefits	costs	Benefits	costs
Helps me relax	Could lose my marriage	Happier marriage	What to do about my friends
I like getting high	Bad example for children	More time for family	
	Damaging my health	Feel better	Won't have a way to relax
	Spending too much money	Helps money problems	
	Damaging my brain		
	Might lose my job		
	Wasting my time/life		

(Miller, Rollnick 1991, S. 42)

Die Vorteile des Verhaltens, Alkohol zu trinken und dieses fortzusetzen, treten jederzeit kurzfristig ein, die Nachteile des Trinkverhaltens sind eher langfristiger Art, worauf wir schon mehrfach hingewiesen haben. Betrachtet man die andere Seite der Zielbestimmung — Verhaltensänderung im Trinkverhalten — so wird deutlich, daß die Vorteile einer möglichen Verhaltensänderung erst spät eintreten. Ein Mensch mit Alkoholproblemen muß z.B. gesund werden — dies dauert längere Zeit. Auch bevor wieder ein zufriedeneres Familienleben existiert, wird wahrscheinlich viel Zeit vergehen. Sich nach einem Entzug besser zu fühlen, tritt erst einige Tage später ein, Geldprobleme reduzieren sich nur langsam. *Es ist sehr wichtig, zu beachten, daß die Vorteile einer Verhaltensänderung im Vergleich zur Fortsetzung des Konsumverhaltens zeitlich sehr viel später und längerfristiger eintreten.* Hingegen ist die Kostenseite einer Verhaltensänderung oftmals dadurch charakterisiert, daß hier kurzfristig Negativsymptome in Kauf genommen werden müssen, wie z.B. das Aushalten von Entzugserscheinungen und Angst. Ferner können kurzfristige negative Konsequenzen auftreten: der Verlust von Trinkfreuden, wenig Möglichkeiten zur Entspannung zu haben und letztlich wohl der gravierendste Verlust: der Konsumverzicht. Die Konflikthaftigkeit einer Verhaltensänderung ist durch die Situation gekennzeichnet, daß sich erst langfristig Vorteile ergeben, relativ kurzfristig jedoch viele Nachteile zu ertragen sind.

Wenn man die zentrale Aussage von Loque (1996) zugrunde legt, daß ein positives Ereignis, das erst nach einem Zeitaufschub gewählt wird, eine geringere Attraktivität besitzt, ist eine tendenzielle vorläufige Prognose dahingehend möglich, daß impulsives Verhalten wie Alkoholtrinken — als zeitlich begrenzter kurzfristiger Vorteil — einem Verzicht in den allermeisten Fällen vorgezogen wird, da dieser erst verspätet Vorteile und Zugewinn verspricht. In einer vorher beschriebenen konflikthaften Selbstkontrollsituation ist die Wiederaufnahme des Trinkens also wahrscheinlich.

Die sogenannte Contemplation-Phase (dies ist die konflikthafte Selbstkontrollphase, die zwischen den beiden Zielbestimmungen Verhaltensänderung oder -beibehaltung schwankt) die das Ziel verfolgt, das Verhalten, Alkohol zu trinken, zu verändern, müßte sich dagegen durch folgende Charakterisierung auszeichnen (Miller, Rollnick 1991, S.23):

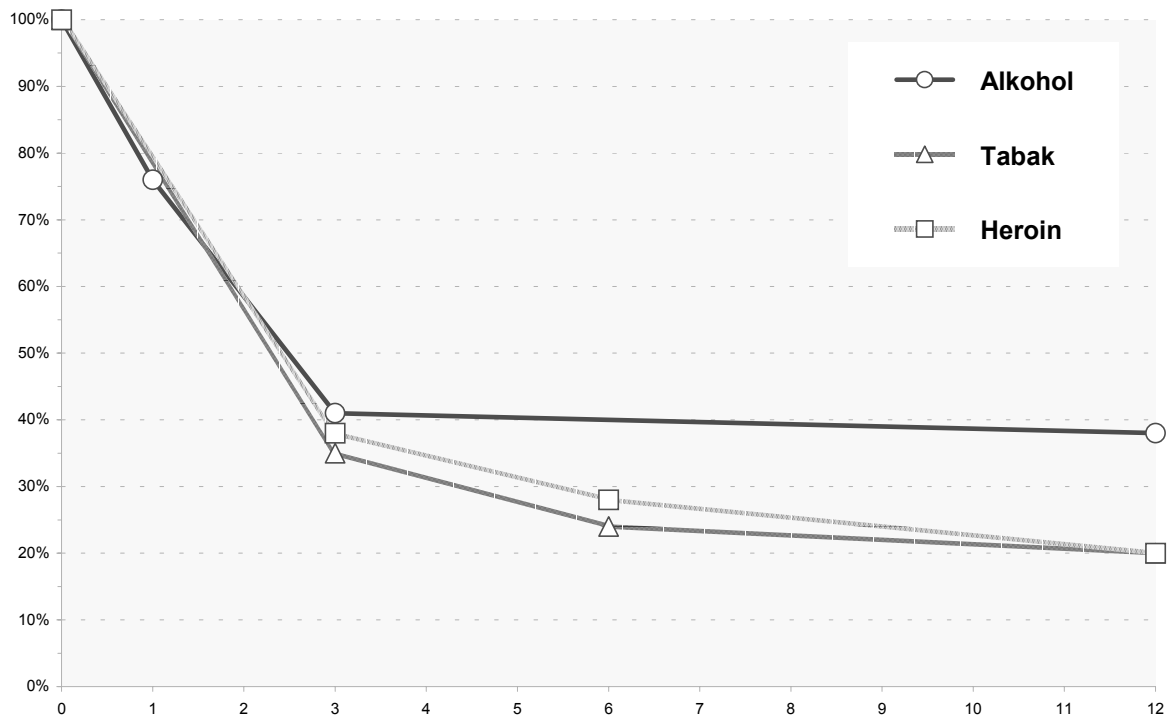


Betrachten wir die Struktur dieser günstigen Motivationsphase, die das Ziel verfolgt, eine Verhaltensänderung einzuhalten, etwas näher:

Die Kosten des Trinkens, also die Negativereignisse, die eintreten, müssen sehr groß sein, gleichzeitig ist es günstig, daß die Vorteile einer Veränderung sehr groß und gewichtig werden. Auf der anderen Seite wäre es wichtig, daß die Nachteile einer Veränderung möglichst klein und die Vorteile des Trinkens als möglichst gering angesehen werden. Zum Problem wird hierbei die Zeit. Die Nachteile des Trinkens treten ebenso langfristig ein wie die Vorteile einer Veränderung, während die Nachteile einer Veränderung ebenso wie die besonders gewichtigen Vorteile des aktuellen Trinkens relativ kurzfristig verspürt werden. Daher ist es wünschenswert, daß der Betroffene möglichst wenig kurzfristige Nachteile erfährt. Gleichzeitig wäre eine Situation günstig, in der die Vorteile des Trinkverhaltens als gering bewertet werden. Das wäre z.B. dann der Fall, wenn ein intentionales Wirkungstrinken dank der Menge und Häufigkeit des Konsums nicht mehr als solches erfahren wird. Ein Betroffener muß abwarten, sich hochgradig langfristig orientiert verhalten, damit die langfristigen positiven Vorteile der Verhaltensänderung groß werden und die eingetretenen negativen Ereignisse sich verringern.

Der in dem Waagemodell verdeutlichte Konflikt zwischen einer Verhaltensänderung und -beibehaltung mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen wird durch das beschriebene zeitliche

Problem noch verschärft. Die erwünschte Entscheidung für einen lebenslangen Verzicht auf Suchtmittel ist deshalb zunächst sehr unwahrscheinlich. Viele empirische Untersuchungen über Personen, die eine lebenslange Abstinenz anstreben, ergeben, daß die große Mehrzahl dieses Ziel langfristig aber nicht erreicht. Eine oft zitierte Untersuchung (Hunt et al. 1971) ergab, daß schon nach einem Zeitraum von drei Monaten ca. 60% rückfällig werden und sich über einen längeren Zeitraum die Rückfälle noch häufen.



Untersuchungen dieser Art erfassen nur den Mißerfolg eines Abstinenzversuchs, jedoch nicht die Zeit zwischen dem Beginn einer Verhaltensänderung und dem Mißerfolg. Wir haben als wesentliche Ursache für einen solchen Mißerfolg die Ambivalenz der Selbstkontrollsituation angeführt. Im nächsten Abschnitt auf das Schulungsprogramm betrachten wir ein Modell über den zeitlichen Verlauf der Motivation bei der Veränderung problematischen Alkoholkonsums.

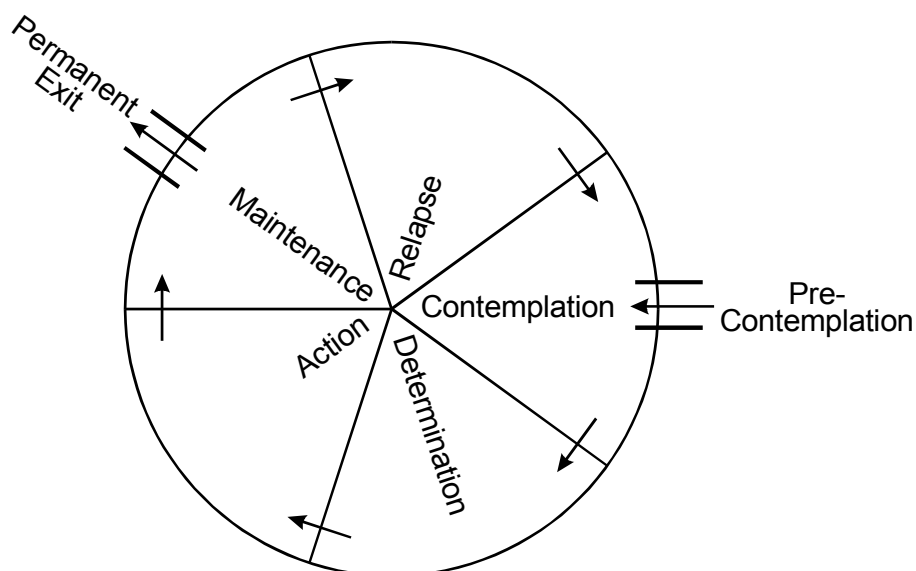
### Ausblick

Menschen mit problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten stehen häufig in ambivalenten Verhaltenskonfliktsituationen. Das Schulungsprogramm stellt dazu Informationen zur Verfügung und fördert den selbstverantwortlichen Umgang mit diesen inneren Konfliktkonstellationen. Es wird dazu das didaktische Modell der „Waage“ eingeführt. Dieses Symbol für Ambivalenz erlaubt eine rationale Form des Umgangs mit diesem Phänomen und bietet so eine Lösungsorientierung an. Die „Waage“ ist ein zentrales Element des Schulungsprogramms und

ist eine Leitorientierung bei der Bewältigung von konsumbezogenen Risikosituationen. Das Phänomen der Ambivalenz weist auf die Notwendigkeit des flexiblen Umgangs mit konsumbezogenen Zielsetzungen hin, risikofreier Nullkonsum und risikoarme, gesundheitsverträgliche Konsummuster sind als Optionen der Zielsetzung zu erörtern. Jeweils zielorientierte Selbstmanagementstrategien sind auf dem Hintergrund dieser inneren Konfliktkonstellationen zu erarbeiten.

#### **4.6. Das zeitliche Phasenmodell zur Änderungsmotivation von problematischem Alkoholkonsum**

Prochaska und DiClemente haben ein zeitlich sich wiederholendes Phasenmotivationskonzept entwickelt, das sich folgendermaßen anhand eines Kreislaufmodells darstellen läßt:



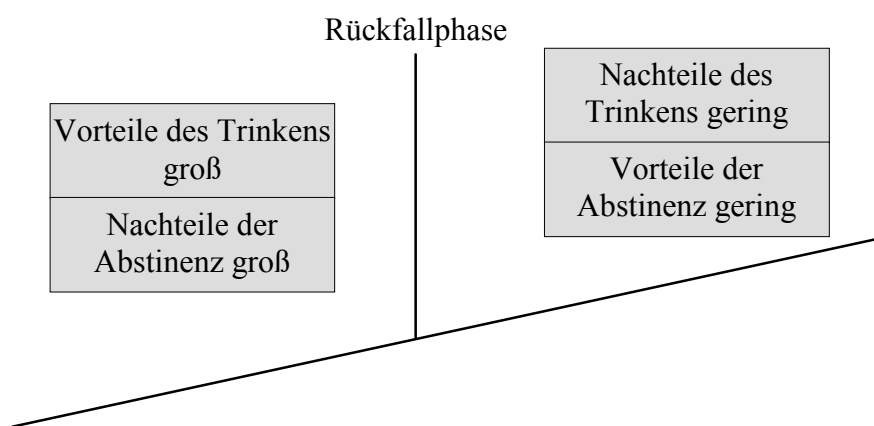
Prochaska und DiClemente 1982

Prochaska und DiClemente unterscheiden verschiedene Motivationsphasen, die im Laufe einer Veränderung von problematischem Alkoholkonsum eintreten können:

1. Die Phase Pre-Contemplation: Diese Phase ist dadurch charakterisiert, daß eine Person noch nicht in Erwägung zieht, ihr Verhalten zu ändern, sich allerdings mit dem Problem auseinandersetzt, dies möglicherweise einzuleiten.
2. Die Phase Contemplation: „Once awareness of the problem arises, the person enters a period characterized by ambivalence: the contemplation stage. The contemplator both considers change and rejects.“ (Miller, Rollnick 1991, S. 16).
3. Die Phase der Entscheidung oder die Determination-Phase: Hier geht es um eine konkrete Entscheidungssituation, die die Fenster öffnet, das Ziel zu verfolgen, eine Konsumverhaltensänderung für eine bestimmte Zeit vorzunehmen. (Prochaska, DiClemente 1991).

4. Die Action-Phase: In dieser Phase wird eine konkrete Handlungsveränderung vorgenommen.
5. Die Maintaining-Phase: Hier hält ein Betroffener das Ziel Konsumveränderung aufrecht, es müssen Strategien und Fähigkeiten entwickelt werden, diese Phase des Verzichts möglichst lange aufrechtzuerhalten.
6. Die Relapse-Phase: In der Rückfallphase wird das Ziel Verhaltensänderung aufgegeben, Miller und Rollnick unterscheiden auch hier zwischen größeren Rückfällen und sogenannten „slips“ — Ausrutschern. (Miller, Rollnick 1991)
7. Des weiteren ist zu erwähnen, daß es Personen gibt — Durchschnittszahlen gehen von einem Anteil von 20% der Konsumenten aus — die dauerhaft die Abstinenzphase verlassen; dies ist die Phase oder das Ergebnis „Permanent Exit“.

Dem Modell von Prochaska und DiClemente gemäß vollzieht sich der Verlauf von Abhängigkeits- und Suchtproblemen in bestimmten, langfristigen oder kurzfristigen Phasen, die einem Kreislauf entsprechen, und die sich zeitlich in unterschiedlichen Ausprägungen wiederholen können. Merkmal aller dieser typisch dargestellten Phasen ist, daß in jeder dieser Phasen ambivalente konfliktorientierte, selbstkontrollierte Verhaltensweisen auftauchen und, je nach Ausprägung der Ambivalenz, darüber verschiedene Phasen eingeleitet werden können. Dies wollen wir noch einmal an dem Beispiel einer möglichen Rückfallphase demonstrieren:



Eine solche ambivalente Rückfallphase könnte idealtypisch durch folgende Konstellationen charakterisiert sein: Die Vorteile des Trinkens werden als sehr groß angesehen: Entspannung finden, Freude, Ausgelassenheit, Aggressionen zeigen können. Gleichzeitig können die Nachteile der Abstinenz in Form von Langeweile, ständigem Konsumverzicht, Aushalten von depressiven und ängstlichen Symptomen ebenfalls sehr groß sein.

Auf der anderen Seite können die Nachteile des Trinkens als gering eingeschätzt werden: Verzicht und Abstinenz kann einen sehr entbehrlichen Zustand beinhalten, gleichzeitig werden die Nachteile des Trinkens als sehr gering angesehen, „Ich trinke nur einmal, ich trinke nur heute, ich trinke nur drei Bier, es werden keine weiteren Probleme entstehen“. Dies kann kognitive Rechtfertigungsstrategie sein, die die Kosten des Trinkens vermindern. In einer solchen Situation kann sich eine Risikosituation dahingehend entwickeln, daß ein Betroffener den Konsum von Alkohol wieder aufnimmt, um dann wiederum in eine ambivalente Phase des Nachdenkens von Rückfall und Beendigung des Rückfalls einzutreten.

### **Ausblick**

Menschen mit problematischem Alkoholkonsum können verschiedene, prozeßhaft strukturierte Phasen bzw. Stadien der Veränderungsmotivation durchlaufen. Das transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente (1982) ist grundlegend für das Schulungsprogramm, für jede Phase werden differentielle Selbstmanagementansätze vermittelt. Es wird dazu das didaktische Modell des „Zuges in einem Gleisoval mit Bahnsteigen zu den Veränderungsstadien“ eingeführt und mit dem „Waage“-Modell verknüpft. Der Veränderungsprozeß verläuft spiralförmig und bietet so die Chance zu einem selbstreferentiellen Lernprozeß. Das Stadium der Krise bzw. des „Rückfalls“ wird als integraler Bestandteil dieses Veränderungsmodells eingeführt und leistet so einen wesentlichen Beitrag zur Versachlichung dieser Verhaltensphänomene. In jeder Phase werden die jeweiligen Ambivalenzen differenziert dargestellt und so das Phasenmodell dieses Abschnitts mit der zuvor dargestellten Problematik der ambivalenten Selbstkontrollsituation verbunden.

## **4.7. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen**

### **Zusammenfassung**

Die zentralen Aussagen des dargestellten strukturell-dynamisch-funktionalen Bedingungsmodell zum problematischen Alkoholkonsum lassen sich unter fünf Aspekten zusammenfassen:

1. Problematischer Alkoholkonsum wird im Rahmen des Risikogebrauchskonzept definiert, die diagnostischen Klassifikationen analog ICD-10 und DSM IV zu mißbräuchlich-schädlichem und abhängigem Konsum werden in diese begriffliche Systematik einbezogen. Das Risikogebrauchskonzept hat eine zentrale Bedeutung im Rahmen einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive, die Risikogebrauchsgruppen werden einheitlich defi-



niert (Bühringer et al. 2000). Problematischer Alkoholkonsum ist ein sich wiederholender regelmäßiger Gebrauch der psychoaktiven Substanz Alkohol, der zu Problemlagen mit unterschiedlichen negativen Ausprägungen im gesundheitlichen und sozialen Bereich führen kann und somit ein riskantes, bzw. hochriskant-gefährliches Gebrauchsmuster darstellt. In diesem Kapitel über Struktur und Dynamik von Abhängigkeitsproblemen wurde das klassische „Krankheitskonzept Alkoholismus“ dahingehend kritisch hinterfragt, ob und inwieweit es Probleme der Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitsentwicklung erklären kann. Es ist deutlich geworden, daß eine strukturelle Herangehensweise im Sinne der medizinisch naturwissenschaftlichen Definition von Krankheit — Symptombeschreibung, Ursachenbestimmung, Therapieableitung, Heilung — nicht auf das Phänomen Alkoholismus übertragen werden kann, ohne daß dadurch erhebliche Erklärungsdefizite entstehen. Wenn man die Ebene der Ursachenbeschreibung analysiert, wird deutlich, daß monokausale Erklärungsmodelle, bei dem Problem Alkoholismus wenigstens, nicht haltbar sind. Multikonditionale Modelle haben aufgrund ihrer Abstraktheit und Globalität ebenfalls nur einen geringen Erklärungswert. Ob die daraus entwickelten Breitbandtherapieprogramme effektiv sind oder sich widersprechen bleibt unklar, da sie empirisch nicht ausreichend belegt sind. Das „Gesundheitsbalance“-Modell zur Erklärung des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen geht auf multikonditionale Bedingungsfaktoren zurück. Substanzkonsum wird einerseits als Medium zur Herstellung von Gesundheitsbalance betrachtet, andererseits kann ein problematischer Gebrauch von psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente) Störungen dieser Balance und u.a. Abhängigkeit verursachen und eine massive Gefährdung der Gesundheit bedingen. Der Alkoholgebrauch hat so instrumentellen Charakter, weist eine hohe Funktionalität auf, oder, kurzgefaßt, „macht Sinn“, auch wenn er zugleich hohe Risikobelastungen hat. Über die Dynamiken und Mechanismen, die zu diesen ausgeprägten Risikobelastungen führen können, ist bisher wenig bekannt (Hurrelmann, Bründel 1997). Die obige Darstellung der Struktur und Dynamik von problematischem Alkoholkonsum beabsichtigt, erste grundlegende Aussagen hierzu zu machen.

2. Problematischer Alkoholkonsum wurde aus folgenden Perspektiven analysiert:
  - a. Gesundheitswissenschaftlich: Die Funktion und die Risiken des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen wurden fokussiert.

- b. Kognitiv-behaviorial: das Wechselspiel, die Funktion und der Zusammenhang zwischen Trinksituation, -handlung und -funktion wurden vor dem Hintergrund lerntheoretischer Annahmen erörtert.
  - c. Handlungstheoretisch: die Sinnhaftigkeit und Funktionalität der Handlung, Alkohol zu trinken, wurden im Zusammenhang mit Trinksituationen, Erwartungshaltungen und Funktionen und Wirkungen des Trinkens näher präzisiert.
  - d. Dynamisch: in den verhaltens- und handlungstheoretischen Ansätzen und Perspektiven wurde jeweils die zeitliche Entwicklung miteinbezogen.
3. Typisierte Trinksituationen werden als konkret motivierte Situationen beschrieben, die Risiken für Menschen darstellen. Dabei handelt es sich um automatisierte, klassisch konditionierte Trinksituationen bei Menschen, die häufig und intensiv Alkohol trinken. Die Konsumhandlung selbst wurde einerseits in ihrem Ablauf und durch die physiologische Wirkung beschrieben, andererseits wurde gezeigt, daß bei der Konsumhandlung auch Erwartungshaltungen bzw. Konsummotive eine Rolle spielen, die in die eigentliche Handlung einfließen. Wenn man Trinkfunktionen und Wirkungen beschreibt — von einer Handlung des intentionalen sinnhaften Wirkungstrinkens aus betrachtet — so lassen sich kurz- und langfristig positive Funktionen und Wirkungen analysieren. Langfristig ergeben sich gravierende negative Konsequenzen des Alkoholkonsums. Es wird die Hypothese aufgestellt, daß die kurzfristigen Wirkungen des Trinkens auf den Alkoholkonsum Einfluß nehmen, indem sie durch ihre positiven und negativen Verstärkungsfunktionen dieses Verhalten in Frequenz oder Häufigkeit erhöhen.

Trinksituationen, -handlungen, und -funktionen sind aufeinander bezogen — sie können als sinnhafte Konstruktion eines menschlichen Handelns gesehen werden. Möglicherweise entsprechen typische Trinksituationen auch genau den typischen bipolaren Wirkungen von Alkohol (d.h. Euphorisierung bei gleichzeitiger Dämpfung).
4. Die konflikthafte Situation der Selbstkontrolle des problematischen Trinkverhaltens wird als eine hochkomplexe Situation beschrieben. Menschen mit problematischem Alkoholkonsum bewegen sich zwischen den Polen Konsumbeibehaltung und -veränderung. Das Strukturmerkmal dieser Konfliktsituation ist das Phänomen der Ambivalenz, das Schwanken zwischen zwei Zielsetzungen; auch der Zeitfaktor kann ambivalente Haltungen mit beeinflussen.

Die Änderung von langfristig entwickelten Gewohnheiten — mit dem Ziel der Änderung des problematischen Alkoholkonsums — ist ein komplexer, durch Ambivalenzen geprägter Lernprozeß, der eine weitgehende Umstrukturierung von Lebensgewohnheiten bedeuten kann. Das alles macht das Erreichen des Ziels, sich dauerhaft selbstkontrollierend abstinent zu halten, höchst unwahrscheinlich. Nur eine begrenzte Anzahl Abhängiger erreicht dieses Ziel.

5. Sich in einer konflikthafter, durch Ambivalenzen bestimmten Entscheidungssituation zu befinden, bedeutet, daß typische Motivationsphasen und Veränderungsstadien innerhalb der formulierten Zielsetzungen durchlaufen werden. Das zeitliche Phasenmodell zur Änderungsmotivation von problematischem Alkoholkonsum (Prochaska, DiClemente 1982) wird zur Veranschaulichung herangezogen. Das Modell wird im Schulungsprogramm dadurch ergänzt, daß ambivalentes Verhalten in jeder der einzelnen Phasen und Veränderungsstadien auftreten kann.

Dieses Bedingungsmodell stellt einen ersten Versuch dar, die Aspekte Funktion, Dynamik und struktureller Kontext zur Entwicklung von risikobezogenen Alkoholkonsummustern zu erklären und in einen funktionalen Zusammenhang zu stellen.

### **Schlußfolgerungen**

Das Modell zur Erklärung von Struktur und Dynamik problematischen Alkoholkonsums fokussiert die Faktoren Person, Substanz und Umwelt aus ätiologischer Sicht. Umweltbezogen wird das Konzept der Konsumrisikosituation eingeführt, substanzbezogen werden Trinkmengen und Alkoholwirkungen in den Vordergrund gerückt, personenbezogen werden die Konzepte Veränderungsmotivation und -phasen im Zusammenhang mit dem Ambivalenzphänomen fokussiert. Die Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt weisen auf den dynamischen Aspekt der Entwicklung problematischen Alkoholkonsums hin, die Wechselwirkungen zwischen Umwelt und Substanz lassen Aussagen zum strukturell bedingten Risikogebrauch der psychoaktiven Substanz Alkohol zu, die Wechselwirkungen Substanz und Person führen insbesondere in die Funktionalität bei der Entwicklung von riskanten Alkoholkonsummustern ein. Alle Wechselwirkungsebenen betonen die prinzipielle Möglichkeit von personenbezogener Selbstregulation und Selbstkontrolle.

Das Modell gestattet insbesondere die Eröffnung einer gesundheitsfördernden Perspektive zum Risikogebrauch von Alkohol und betont den eigenverantwortlichen Umgang mit dieser

psychoaktiven Substanz. Die Grenzen des Modells werden dadurch bestimmt, daß es keine Aussagen zur differentiellen konsumbezogenen Risikoentwicklung zuläßt. Prognosekriterien zum möglichen Übergang vom riskanten zum hochriskant-gefährlichen Konsummuster unter Einschluß der Krankheitsklassifikationen „schädlich-mißbräuchlicher Konsum“ und „Substanzabhängigkeit“ sind nicht ableitbar.

Möglicherweise müssen in dieses Modell zukünftig besondere Umweltfaktoren mit aufgenommen werden, z.B. Gender-Aspekte, der spezifische soziokulturelle Kontext und die Berücksichtigung spezifischer Lebenskontexte. Weiterhin ist die Einbeziehung von Substanzfaktoren zu erörtern, z.B. die Ergebnisse neurobiologischer Suchtforschung zum Zusammenhang von Streßvulnerabilität und Substanzwirkungen. Bei den personenbezogenen Bedingungsfaktoren zur Entwicklung problematischen Alkoholkonsums können Ansätze der biografischen und traumabezogenen Forschung die damit verbundenen Aspekte erhellen.

Das beschriebene Modell zur Struktur und Dynamik von problematischem Alkoholkonsum ist jedoch zuallererst pragmatisch-didaktisch orientiert, so daß es sich in einem psychoedukativen Schulungsprogramm handhaben läßt und stellt den Aspekt der Selbstkontrolle und Eigenverantwortung in den Vordergrund.

## **5. Das Schulungsprogramm PEGPAK**

### **Leitlinien**

Das Schulungsprogramm PEGPAK (Psychoedukatives Gruppenprogramm bei problematischem Alkoholkonsum) baut auf dem Modell zur Struktur und Dynamik problematischen Alkoholkonsums auf, wie es im Kapitel „Struktur und Dynamik problematischen Alkoholkonsums“ entwickelt und dargestellt wird. PEGPAK ist ein informatives Aufklärungs- und Selbstkontrollprogramm, das klare und rationale Kriterien von selbstregulierendem Verhalten zur Bewältigung von problematischem Alkoholkonsum entwickelt. Die Betrachtung des wechselseitigen Beeinflussungsprozesses zwischen Person, Umwelt und den spezifischen Eigenschaften der psychoaktiven Substanz Alkohol eröffnet eine gesundheitsfördernde Perspektive zum Risikogebrauch und betont den eigenverantwortlichen Umgang mit dieser Substanz. Vor dem Hintergrund kognitiv-behavioraler Grundannahmen werden Struktur und Dynamik von problematischem Alkoholkonsum als Wechselbeeinflussung zwischen Trinksituation, Trinkhandlung, Substanzwirkungen und Substanzfunktionen erörtert. Die konflikthafte Situation von Selbstkontrolle des problematischen Trinkverhaltens wird als hochkomplexe Situation beschrieben: kurzfristige positive Substanzwirkungen stehen langfristig negativen gesundheitlichen und sozialen Konsumfolgen gegenüber.

Menschen mit problematischem Alkoholkonsum schwanken zwischen den Verhaltenspolen „Konsumbeibehaltung“ und „Konsumveränderung“, dieses Phänomen wird als Ambivalenz benannt. In dem selbstregulativen Verhaltens- und Erlebensprozeß können sich verschiedene typische Motivationsphasen und Veränderungsstadien entwickeln, die dem transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente (1982) entnommen werden. Veränderungsziele werden erarbeitet mit der Einräumung von Wahlmöglichkeiten zwischen risikofreien Konsummustern („Nullkonsum“) und risikoarmen Konsummustern („gesundheitsverträglicher Konsum“). Einschränkungen der Wahlmöglichkeit ergeben sich, wenn eindeutig definierte Risikokonstellationen vorliegen. Die Zielfindung und nicht die Zielvorgabe ist grundlegende Philosophie des Programms, d.h. insbesondere, daß Teilnehmer mit unterschiedlichen Zielorientierungen im gleichen Programm integriert werden.

Um langfristig die autonom bestimmten Zielorientierungen zu erreichen, wird der Aufbau von Selbstmanagementfertigkeiten (Kanfer et al. 1996) zum Umgang mit Risikosituationen gefördert. Risikosituationen sind durch Konditionierungsprozesse erworbene individuelle Auslöser für gewohnheitsmäßige Trinkhandlungen, soziale, neurobiologische und motivationale Bedingungen spielen dabei eine Rolle. Selbstmanagementfertigkeiten zur Bewältigung negativer

Affekte, zum Umgang mit Streß und substanzspezifischem Craving, allgemeine Problemlösungsfähigkeiten und die Entwicklung von Lebensstilkompetenzen werden erarbeitet. Als zentrales Mittel, um die Aufrechterhaltung langfristiger Zielorientierungen zu unterstützen, werden mögliche Zielabweichungen thematisiert. Achtsame Krisenvorbeugung und Krisenbewältigung werden als die wichtigsten Selbstmanagementfertigkeiten erarbeitet.

Durch eine hohe Versachlichung im Umgang mit Abweichungen von Zielorientierungen und Krisensituationen wird ein Beitrag dazu geleistet, bei den Teilnehmern diesbezügliche Schuld- und Schamgefühle abzubauen. So wird möglichen Stigmatisierungsprozessen entgegengewirkt und eine deutliche Ausrichtung an Selbstwirksamkeitskompetenzen und individuellen Ressourcen erreicht. Im Schulungsprogramm wird auf stigmatisierende Zuschreibungen verzichtet. Eine an die gängigen Krankheitsklassifikationen (ICD-10, DSM-IV) angelehnte Diagnose (Mißbrauch, Abhängigkeit) wird nicht als Teilnahmebedingung vorausgesetzt, eine selbstständige und anonyme Standortbestimmung im Rahmen des Risikogebrauchskonzepts kann vorgenommen werden. Die Respektierung von Autonomie und Souveränität der Programmteilnehmer ist zentrale Grundhaltung bei der Durchführung des psychoedukativen Schulungsprogramms PEGPAK.

### **Inhalte und Methoden**

Die Schwerpunkte des Programms PEGPAK liegen auf folgenden Inhalten, Methoden und Techniken, geordnet nach Programmablauf:

- *Kontraktvereinbarungen* zwischen Teilnehmern und Moderatoren als grundlegende Selbstkontrollmethode
- *Informationsvermittlung* zur Struktur und Dynamik von problematischem Alkoholkonsum. Der Vermittlungsprozeß ist gekennzeichnet durch sachliche Darstellungsformen und geeignete Aufbereitungen der Informationsinhalte, z.B. durch Einsatz von Overheadfolien (Visualisierung), „Waagemodell“ zur Präsentation des Ambivalenzmodells, „Zugmodell“ zur Präsentation des Modells der Veränderungsmotivation
- *Hausaufgaben*, d.h. Anleitungen zum systematischen Vor- und Nachbereiten bestimmter Programminhalte und zum Realitätstransfer, als durchgängiges Programmelement nach Abschluß eines jeden Gruppentreffens

- *Problemanalyse* als individuelle, anonymisierte Standortbestimmung und Selbstdiagnose zum problematischen Alkoholkonsum durch den „Trink-Check“ (AUDIT nach Ritson 1997), den „Körper-Check“ (nach Schneider 1999), das „Trinktagebuch“, und die Anleitung zur Bestimmung individueller Risikosituationen mit Selbstwirksamkeitseinschätzungen (DTCQ nach Sklar, Turner 1999). Im Vordergrund steht hier eine horizontale, situativ-aktuelle Bedingungsanalyse problematischen Alkoholkonsums
- *Vorgehen zur Zielfindung und Zielaktivierung*, eine kognitive Technik zur Analyse von individuellen Vor- und Nachteilen der Wahlmöglichkeiten „Nullkonsum“, bzw. „risikoarmer, gesundheitsverträglicher Alkoholkonsum“
- Vermittlung *zielbezogener Selbstmanagementstrategien* durch Informationsvermittlung, Rollenspielübungen und Selbstbelohnungssysteme
- Vermittlung von handlungsorientierten *Selbstmanagementstrategien zur Aufrechterhaltung der gewählten Zielsetzung* durch Analyse der individuellen Risikosituationen und durch Aneignung und Durchführung geeigneter, situationsbezogener Bewältigungsstrategien
- Vermittlung von kognitiven und handlungsorientierten *Selbstmanagementstrategien zum Umgang mit besonderen Risikosituationen: Craving, negative affektive Zustände (Angst, Depressivität) und Streß*, u.a. durch narrative Methoden („Die fromme Helene“ von W. Busch) und durch spezifische Entspannungstechniken
- Vermittlung von kognitiven und handlungsorientierten *Selbstmanagementstrategien zum Erwerb allgemeiner Problemlösungsfertigkeiten und zur Entwicklung eines alkohol-alternativen Lebensstils*, u.a. durch Einsatz eines „Fallbeispiels“
- Vermittlung von Methoden zur *Krisenprophylaxe* durch Informationsvermittlung zu kognitiven und verhaltensorientierten Krisenaspekten bezogen auf mögliches Abweichen von der gewählten Zielsetzung und die individuelle Erarbeitung einer Krisenplanung mit „Ausrutscher-Vertrag“ und „Persönlichem Krisenplan“.

## **Therapeutische Grundhaltungen**

Zur therapeutischen Grundhaltung gehört, daß die Bedeutung der subjektiven Erfahrungen und Perspektiven der Programmteilnehmer respektiert wird, sie als Personen Wertschätzung erhalten und ihre durch Ambivalenz geprägten Überzeugungen, Gefühle und Motive Akzeptanz erfahren. Mit Abwehr- und Verleugnungstendenzen wird nicht konfrontativ umgegangen, sondern eine offene, nichtwertende, aktiv zuhörende und selbstreflektive Haltung eingenommen. Die Förderung von Entdeckerfreude bei der gemeinsamen Analyse der Funktionalität des Alkoholkonsums, die Vermittlung von Zuversicht in die grundsätzliche Änderungsmöglichkeit problematischen Alkoholkonsums ist wichtigstes therapeutisches Prinzip. Zentrale Wertsetzung für die Programmdurchführung ist die Selbstbestimmung und die Souveränität der Programmteilnehmer, d.h. Ressourcenorientierung und *Empowerment* sind therapeutische Leitlinien.

## **Erfolgskriterien und Erfolgsüberprüfung**

Wesentliches Erfolgskriterium ist der persönliche Zugewinn an Lebensqualität und -zufriedenheit, insbesondere durch:

- Reduzierung der gesundheitlichen, alkoholbezogenen Risiken
- Zugewinn an Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen im Umgang mit alkoholtypischen Risikosituationen
- Selbstverantwortliches Umgehen mit möglichen krisenhaften Entwicklungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum.

Zur Erfolgsüberprüfung werden kriterienbezogene Einjahreskatamnesen empfohlen und die programmbezogene Akzeptanzbeurteilung durch die Teilnehmer mit qualitätssichernden Verfahren.

## **Rahmenbedingungen**

Das Programm ist für den Einsatz in einem ambulanten, suchtspezifischen Kontext konzipiert und überprüft worden, vorstellbar und wünschenswert ist eine Adaption für den (teil-)stationären suchtspezifischen Kontext und insbesondere für den Einsatz in nichtsuchtspezifischen Bereichen der allgemeinen Gesundheitsversorgung (primärmedizinische Versorgungseinrichtungen, Bildungseinrichtungen, Betriebe, Behörden, Bundeswehr, Risikogruppen im Straßenverkehr usw.). Vor und nach der Programmdurchführung sollten Angehörige der Programmteilnehmer einbezogen werden durch grundlegende Informationen zu den Programminhalten,



durch die Weitergabe einer Informationsbroschüre zu alkoholbezogenen Problemen von mitbetroffenen Angehörigen, durch Empfehlungen zur Unterstützung des Programmteilnehmers während und nach dem Programm und durch Hinweise auf regionale Angehörigenselbsthilfegruppen.

### **Indikationsstellung**

Vordringlich ist das Schulungsprogramm PEGPAK geeignet für Menschen mit problematischem Alkoholkonsum, d.h. bei Vorliegen von riskanten bzw. hochriskanten Alkoholkonsummustern, die schädlich-mißbräuchliche und zum Teil abhängige Diagnoseklassifikationen des ICD-10 bzw. DSM-IV einschließen können. Die indikationsgeleitete Zusammenstellung einer Programmgruppe ist nicht erforderlich, weil das Programm grundsätzlich zieloffen ist und eine diagnostische Etikettierung zu Programmbeginn nicht beabsichtigt.

### **Gruppe und Materialien**

Ein Gruppentreffen wird mit etwa 120 Minuten einschließlich einer 15-minütigen Pause veranschlagt. Von der Teilnahme an einem Gruppentreffen wird abgeraten, wenn unmittelbar zuvor ein Alkoholkonsum stattgefunden hat. Das Programm PEGPAK ist für neun Gruppentreffen konzipiert, die in einem Zeitraum von 4–6 Wochen durchgeführt werden können. Bewährt hat sich eine Gruppengröße von maximal 15 Teilnehmern, eine kontinuierliche Beteiligung an allen Treffen ist wegen des didaktisch-thematischen Programmaufbaus wünschenswert. Die Arbeitsmaterialien (Folien, Fragebögen, Hausaufgaben) werden den Teilnehmern in kopierter Form zur Verfügung gestellt, sie sind dem Schulungsprogramm zu entnehmen. Overheadprojektor, Projektionsfläche, Stellwand zum Schreiben, für die Teilnehmer Schreibmaterialien und ein Ordner zur Sammlung der Programmmaterialien sind erforderlich. Zu den didaktischen Materialien gehören u.a. symbolische Präsentationsformen wie eine Waage mit zwei Schalen (Abbildung im Schulungsprogramm) und verschieden geformte und gefärbte Holzklötze, die für unterschiedliche Motivationsfaktoren zur Erklärung des Ambivalenzmodells eingesetzt werden können, weiterhin ein Spielzeugzug mit Lokomotive und Tender, auf dem eine Miniaturwaage mit Gewichten montiert ist, und ein entsprechender Gleisplan (Abbildung im Schulungsprogramm), auf dem die verschiedenen Motivations- und Veränderungsstadien abgebildet sind zur Veranschaulichung des transtheoretischen Motivationsphasenmodells von Prochaska und DiClemente (1982). Diese symbolischen Präsentationsformen erlauben es, die dynamischen Aspekte problematischen Alkoholkonsums darzustellen.

## **Ablauf der Gruppentreffen**

Das Schulungsprogramm ist in sieben inhaltliche Bausteine und neun zeitlich etwa gleich lange Lerneinheiten (Gruppentreffen) gegliedert. Folgende Übersicht erfaßt den Ablauf der neun Gruppentreffen:

### **Erste Lerneinheit**

- Einführung in Ziele, Aufbau und Methoden des Schulungsprogrammes
- Vorstellungsrunde
- Kontraktvereinbarung zwischen Teilnehmern und Moderatoren
- Informationen zu allgemeinen Grundlagen problematischen Alkoholkonsums
- Hausaufgaben: Standortbestimmung und Selbstdiagnose

### **Zweite Lerneinheit**

- Nachbesprechung der Hausaufgaben
- Informationen zu Bedingungen problematischen Alkoholkonsums und darauf bezogenen sozialen Bewertungen
- Einführung in das Erklärungsmodell „Struktur und Dynamik problematischen Alkoholkonsums“
- Hausaufgaben: Trinksituationen, Wirkungserfahrungen und Folgen riskanten Alkoholkonsums

### **Dritte Lerneinheit**

- Nachbesprechung der Hausaufgaben
- Informationen zu langfristigen Folgen problematischen Alkoholkonsums und darauf bezogenen Konsumveränderungsversuchen
- Präsentation des „Waage-Modells“ (Ambivalenz) und des „Zug-Modells“ (Veränderungsprozeß)
- Selbstmanagement in den verschiedenen Veränderungsmotivationsphasen
- Hausaufgaben: Bilanz bisheriger Konsumkontrollversuche, Motivationsanalyse mit entsprechender Abwägung von Vor- und Nachteilen

### **Vierte Lerneinheit**

- Nachbesprechung der Hausaufgaben
- Zielbestimmung und Zielaktivierung zur Veränderung von problematischem Alkoholkonsum
- Hausaufgaben: Persönliche Zielbestimmung

### **Fünfte Lerneinheit**

- Nachbesprechung der Hausaufgaben
- Selbstmanagement für die Zielsetzung „Nullkonsum/Abstinenz“
- Selbstmanagement für die Zielsetzung „risikoarmer, gesundheitsverträglicher Alkoholkonsum“
- Hausaufgaben: zielsetzungsorientierte Selbstregistrierung von „Nullkonsum“, bzw. „risikoarmem, gesundheitsverträglichem Konsum“ und Aufbau von Selbstbelohnungssystemen

### **Sechste Lerneinheit**

- Nachbesprechung der Hausaufgaben
- Informationen zur Wahrnehmung von Risikosituationen
- Selbstmanagement für individuelle Risikosituationen
- Hausaufgaben: Bestimmung von individuellen Risikosituationen und darauf bezogenen Bewältigungsstrategien

### **Siebte Lerneinheit**

- Nachbesprechung der Hausaufgaben
- Informationen und Übungen zum Umgang mit den spezifischen Risikosituationen „Craving“, Depressivität, Angst und Anspannung, mangelndes Selbstvertrauen
- Hausaufgaben: Selbstregistrierung von Cravingsituationen, Aufgabe zur Stärkung von sozialer Unterstützung

### **Achte Lerneinheit**

- Nachbesprechung der Hausaufgaben

- Informationen zu Problemlösungsstrategien im Alltag
- Informationen zur Veränderung des alkoholbezogenen Lebensstils
- Hausaufgaben: Praktische Anwendung der Problemlösungsstrategie, Aufbau von alternativen Aktivitäten zum Alkoholkonsum

### **Neunte Lerneinheit**

- Nachbesprechung der Hausaufgaben
- Informationen zur zielsetzungsorientierten Krisenvorbeugung
- Hausaufgaben: „Ausrutscher-Vertrag“ und „Persönlicher Krisenplan“
- Abschließende Feedback-Runde

### **Das Schulungsprogramm in seiner inhaltlichen Struktur: Baustein 1 bis Baustein 7**

Das im folgendem dargestellte Schulungsprogramm PEGPAK gliedert sich in sieben inhaltliche Schwerpunkte, die auf die oben dargestellten neun Lerneinheiten verteilt sind:

**Baustein 1: Einführung in das Gruppenprogramm und allgemeine Grundlagen problematischen Alkoholkonsums**

**Baustein 2: Bestimmungselemente und Folgen eines problematischen Alkoholkonsums**

**Baustein 3: Zielbestimmung und Selbstmanagement bei problematischem Alkoholkonsum**

**Baustein 4: Selbstmanagement zur Aufrechterhaltung positiv veränderten Alkoholkonsums**

**Baustein 5: Selbstmanagement in besonderen Risikosituationen**

**Baustein 6: Selbstmanagement in Problemsituationen und bei Lebensstiländerungen**

**Baustein 7: Vorgehensweisen bei Aufgabe von selbstbestimmten Zielsetzungen**

# **Baustein 1**

## **5.1. Einführung in das Gruppenprogramm und allgemeine Grundlagen problematischen Alkoholkonsums**

**Lerneinheit 1: Erstes Gruppentreffen — 120 Minuten****1.1. Vorstellung und Programmstruktur****1.2. Allgemeine Grundlagen problematischen Alkoholkonsums****1.1. Vorstellung und Programmstruktur**

Das psychoedukative Gruppenbehandlungsprogramm steht im Zentrum der vorliegenden Arbeit. Es richtet sich an Menschen, die einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen. Innerhalb von vier bis sechs Wochen finden neun Mal zweistündige ambulante Gruppentreffen statt — die Teilnehmer verbleiben also in ihren Lebens- und Arbeitsbezügen. Auf diesen Treffen werden die sieben Kernbestandteile des Programms dargestellt und vermittelt. Die folgende Darstellung erfolgt handlungsorientiert; es wird eine Art Drehbuch erstellt, in dem der inhaltliche und didaktische Ablauf des Behandlungsprogramms beschrieben wird, so wie es mit drei Behandlungsgruppen und insgesamt 34 Patienten von den Autoren tatsächlich durchgeführt worden ist. Die Behandlungseinheiten untergliedern sich folgendermaßen:

Hinweis:

Im folgenden umfassen die maskulinen Formen ‚Teilnehmer‘, ‚Moderator‘ und ähnliche männliche und weibliche Personen.

Methode:

Informationsvermittlung anhand von Folie 1 – Folie 7

Folie 1

**PROGRAMMSTRUKTUR****Psychoedukatives Gruppenprogramm bei problematischem Alkoholkonsum (PEGPAK)****Th.Wessel, H.Westermann, Bielefeld***Baustein 1*

- |  |            |
|--|------------|
| <b>1. Einführung in das Gruppenprogramm und allgemeine Grundlagen problematischen Alkoholkonsums .....</b> | <b>179</b> |
| <i>Lerneinheit 1</i> .....   |            |
| <b>1.1. Vorstellung und Programmstruktur .....</b>   | <b>179</b> |
| <b>1.2. Allgemeine Grundlagen problematischen Alkoholkonsums .....</b>                                     | <b>191</b> |

*Baustein 2*

- |   |            |
|---|------------|
| <b>2. Bestimmungselemente und Folgen eines problematischen Alkoholkonsums .....</b>   | <b>209</b> |
| <i>Lerneinheit 2</i> .....  |            |
| <b>2.1. Ursachenerklärungen von problematischem Alkoholkonsum, soziale Bewertungen problematischen Alkoholkonsums .....</b> | <b>210</b> |
| <b>2.2. Struktur und Dynamik der Entwicklung von Alkoholproblemen .....</b>   | <b>213</b> |
| <i>Lerneinheit 3</i> .....  |            |
| <b>2.3. Langfristig negative Folgen von problematischem Alkoholkonsum und Konsumänderungsversuche .....</b>                 | <b>227</b> |

*Baustein 3*

- |  |            |
|--|------------|
| <b>3. Zielbestimmung und Selbstmanagement bei problematischem Alkoholkonsum .....</b>                            | <b>246</b> |
| <i>Lerneinheit 4</i> .....   |            |
| <b>3.1. Zielbestimmung bei Veränderung von problematischem Alkoholkonsum .....</b>                               | <b>247</b> |
| <i>Lerneinheit 5</i> .....   |            |
| <b>3.2. Selbstmanagementstrategien bei der Zielsetzung „Nullkonsum / Abstinenz“ .....</b>                        | <b>258</b> |
| <b>3.3. Selbstmanagementsstrategien bei der Zielsetzung „risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum“ .....</b> | <b>261</b> |

**Baustein 4**

<b>4. Selbstmanagementstrategien zur Aufrechterhaltung von positiv verändertem Alkoholkonsum</b> .....	<b>268</b>
<i>Lerneinheit 6</i> .....	
<b>4.1. Die Wahrnehmung von Risikosituationen</b> .....	<b>269</b>
<b>4.2. Selbstmanagement in individuellen Risikosituationen</b> .....	<b>273</b>

**Baustein 5**

<b>5. Selbstmanagement in besonderen Risikosituationen</b> .....	<b>284</b>
<i>Lerneinheit 7</i> .....	
<b>5.1. Umgang mit der spezifischen Risikosituation: „Suchtdruck“ / Craving</b> .....	<b>285</b>
<b>5.2. Umgang mit Niedergeschlagenheit und Depressivität</b> .....	<b>293</b>
<b>5.3. Umgang mit Angst und Anspannung</b> .....	<b>294</b>
<b>5.4. Vorgehensweisen zur Steigerung von Selbstvertrauen und Selbstbewußtsein</b> .....	<b>296</b>

**Baustein 6**

<b>6. Selbstmanagement in Problemsituationen und Lebensstiländerungen</b> .....	<b>301</b>
<i>Lerneinheit 8</i> .....	
<b>6.1. Probleme lösen im Alltag</b> .....	<b>302</b>
<b>6.2. Lebensstiländerungen angesichts problematischen Alkoholkonsums</b> .....	<b>306</b>

**Baustein 7**

<b>7. Vorgehensweisen bei Aufgabe der selbstbestimmten Zielsetzungen bezüglich problematischen Alkoholkonsums</b> .....	<b>312</b>
<i>Lerneinheit 9</i> .....	
<b>7.1. Mögliche Reaktionen auf hochriskante Situationen in Bezug auf die jeweilige Zielbestimmung</b> .....	<b>313</b>
<b>7.2. Abstinenzbeendigung</b> .....	<b>315</b>
<b>7.3. Verlassen der Zielsetzung „risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum“</b> .....	<b>318</b>
<b>7.4. Persönlicher Krisenplan</b> .....	<b>319</b>



## Liste der Hausaufgaben

1. Kontraktvereinbarung .....	203
2. Trink-Check .....	204
3. Checkliste zur Selbstdiagnose .....	205
4. Körper-Check .....	207
5. Trinksituationen und Wirkungserfahrungen von Alkoholkonsum .....	225
6. Folgen riskanten Alkoholkonsums .....	226
7. Selbstkontrollversuche .....	244
8. Motivationsbestimmung mit Vor- und Nachteilen .....	245
9. Persönliche Zielbestimmung mit Abwägung von Vor- und Nachteilen .....	256
10. für die Gruppe Nullkonsum/Abstinenz: Registrieren der abstinenten Tage über einen Zeitraum von zwölf Wochen .....	262
11. für die Zielgruppe risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum: Festlegung der Anzahl der konsumfreien Tage pro Woche und Bestimmung des Konsum-Maximums pro Trinksituation .....	264
12. für die Zielgruppe risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum: Registrieren der täglichen und wöchentlichen Trinkmengen, der Anzahl der konsumfreien Tage und Erfolgsmeldung .....	265
13. Fortschritte belohnen .....	267
14. Bestimmung von individuellen Risikosituationen und Umgang mit diesen Situationen .....	279
15. Zuversicht, dem Verlangen nach Alkoholkonsum zu widerstehen .....	282
16. Selbstbeobachtungsbogen für Craving-Situationen .....	299
17. Praktische Übung: Soziale Unterstützung verstärken .....	300
18. Probleme lösen .....	310
19. Liste mit angenehmen Aktivitäten und „Ersatzkicks“ und Planung verbindlicher Aktivitäten .....	311
20. „Ausrutscher-Vertrag“ .....	320
21. Persönlicher Krisenplan .....	322

### **Vorstellung**

Die Moderatoren stellen sich vor und heißen die TeilnehmerInnen willkommen. Letztere stellen sich ebenfalls vor. Falls der/die eine oder andere kurz etwas zu seiner/ihrer persönlichen Lebenssituation mitteilen will, ist das möglich. Allerdings weisen die ModeratorInnen darauf hin, daß dazu keine Notwendigkeit besteht und die Angabe des Namens ausreicht. Vor allem bleibt es den Teilnehmer selbst überlassen, zu ihrer Alkoholproblematik Stellung zu beziehen.

<b>Prinzipieller didaktischer Hinweis:</b>
--

Um Ängste abzubauen, soll besonders während des ersten Treffens ein hohes Maß persönlicher Anonymität gewahrt bleiben. So soll genügend Sicherheit entwickelt werden, um sich mit der Themenstellung ‚problematischer Alkoholkonsum‘ möglichst sachlich, informativ, auseinandersetzen zu können.

Methode:

Vorstellungsrunde, kurzes  
Gruppengespräch

### **Merkmale des Gruppenprogramms**

Es handelt sich bei dem psychoedukativen Behandlungsprogramm um ein hochstrukturiertes, sachlich orientiertes Informationsvermittlungsprogramm, das in seinem therapeutischen Vorgehen eher direktiv ist, das heißt einen proaktiven, strukturierenden Moderationsstil verfolgt. Im Vordergrund steht die Informationsvermittlung; gruppenspezifische Prozesse treten zurück. Zum Kernbestandteil des Programms gehört, daß jeder Teilnehmer das Ziel einer Veränderung seines/ihrer problematischen Konsumverhaltens persönlich bestimmen kann: ob er/sie auf Nullkonsum zielt oder auf risikoarmen, gesundheitsverträglichen Konsum.

Die Teilnehmerzahl sollte 18 Personen nicht überschreiten. Diese Teilnehmer bilden eine geschlossene Gruppe, das heißt neue Teilnehmer kommen im Verlauf des Schulungsprogrammes nicht hinzu.

Typisches Merkmal ist auch die Transparenz des inhaltlichen und formalen Ablaufs sowie der Zielbestimmung. Qualitätsmessungen hinsichtlich der inhaltlichen und formalen Gestaltung der jeweiligen Treffen — in Form von Fragebögen — sollen die Teilnehmer motivieren, sich jederzeit in den formalen und inhaltlichen Ablauf des Behandlungsprogramms einzubringen.

Methode:

Informationsvermittlung  
anhand von Folie 1

## Folie 2

**Typische Merkmale psychoedukativer Interventionsvermittlung**

- Sachliche Vermittlung der Informationen über problematischen Alkoholkonsum
- Information über Chancen und Risiken der Veränderung des problematischen Alkoholkonsums
- Selbständige Bestimmung der Änderung des problematischen Alkoholkonsums: Nullkonsum oder risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum
- Hoher Grad von Strukturiertheit, die sich daraus ergibt, daß die Vermittlung der Information selbst ein didaktisches Prinzip ist.

**Zielsetzungen**

Das psychoedukative Behandlungsprogramm informiert sachlich über die Problematik eines riskanten Suchtmittelkonsums und die Problemstellungen, die sich aus der Abhängigkeit vom Suchtmittelkonsum ergeben. Die Entwicklung selbstkontrollierter Handlungsmöglichkeiten, die auf den Suchtmittelkonsum Einfluß nehmen können, ist das vorrangige Ziel des Behandlungsprogramms. Die Themenstellung konzentriert sich dabei zwar auf die Reduzierung des Konsums — genauer: die Verminderung von Häufigkeit und Intensität eines problematischen Alkoholkonsums —, doch die oben genannte klare Zielorientierung entweder auf einen Nullkonsum oder einen eher gesundheitsverträglichen, risikoarmen Konsum bleibt die Grundlage des Programms.

Zur Entwicklung selbstkontrollierter Handlungsmöglichkeiten erhalten die Teilnehmer nicht nur gezielte Informationen und Hinweise, wie sie ihren problematischen Suchtmittelkonsum verändern können, sondern darüber hinaus Anleitungen, Selbstmanagementstrategien zu entwickeln, mittels der die selbst gesteckten Ziele auch zu erreichen sind. Diese Strategien tragen dazu bei, mit Risiko- und Krisensituationen umgehen zu können. Das Konzept der Selbstkontrolle und des Selbstmanagements ist für das psychoedukative Behandlungsprogramm zentral.

**Methode:**

Mündliche Information anhand von Folie 2 und Folie 3

## Folie 3

**Was bedeutet Selbstmanagement bei problematischem Alkoholkonsum?**

1. Die Unzufriedenheit mit problematischen Alkoholtrinkgewohnheiten kann verringert und der problematische Konsum bewältigt werden; die Lebenssituation wird damit verbessert.
2. Leitmotiv sind Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbststeuerung als eigene, aktive Beiträge zur Bewältigung problematischen Alkoholkonsums.
3. Die Beschäftigung mit Motiven, Zielen und Werten wird angeregt, ein nicht-alkoholbezogener Lebensstil angestrebt.
4. Der alltägliche und lebensgeschichtliche Bezug wird individuell berücksichtigt.
5. Es gibt keine starren Regeln, keine „wahren“ Problemursachen, keine allgemeingültigen Zielsetzungen, weder ideale Persönlichkeiten noch unfehlbare Behandlungsprogramme. Selbstmanagement lädt dazu ein, einen Weg auszuprobieren und aktiv zu beschreiten, der mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit verspricht, problematische Alkoholtrinkgewohnheiten zu ändern.

**Schlußfolgerung**

**Beim *Selbstmanagement* geht es darum, bessere Selbststeuerungsmöglichkeiten im Hinblick auf problematischen Alkoholkonsum zu entwickeln, um möglichst aktiv zu einer eigenständigen Problembewältigung fähig zu werden.**

Die Zielsetzungen des psychoedukativen Behandlungsprogramms lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

## Folie 4

**Zielsetzungen**

- ◆ Erwerb von Wissen über riskanten, problematischen Alkoholkonsum
- ◆ Entscheidungsfindung: Nullkonsum oder risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum
- ◆ Erwerb von Fähigkeiten zum Selbstmanagement und zur Selbstkontrolle bei der Erreichung selbst formulierter Ziele und im Umgang mit Risikosituationen
- ◆ Erwerb von Fähigkeiten, Selbstmanagementstrategien im Umgang mit Krisensituationen zu entwickeln

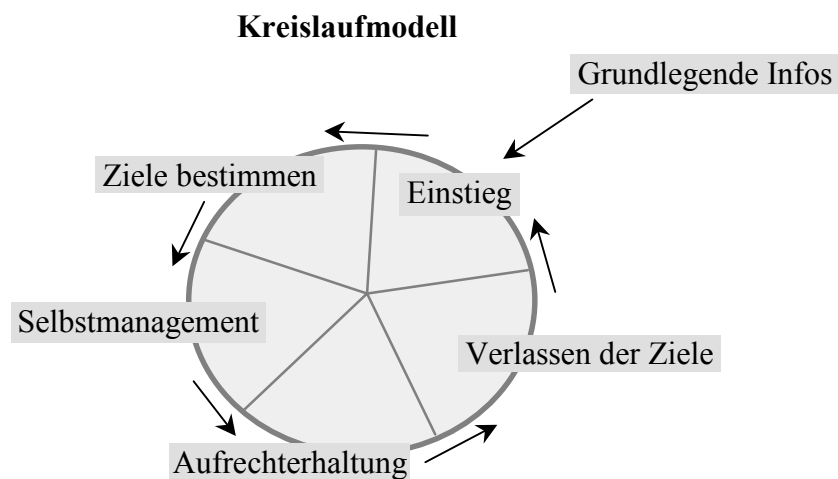
### Struktur und Aufbau

Das psychoedukative Behandlungsprogramm läßt sich am besten anhand eines Kreislaufmodells darstellen: es beginnt mit grundlegenden Informationen über problematischen und riskanten Alkoholkonsum, leitet zu individuellen Zielbestimmungen über, entwickelt daraufhin Selbstmanagementstrategien für den Umgang mit Risikosituationen, sorgt dann für die Aufrechterhaltung der selbstbestimmten Ziele und wendet sich schließlich dem Problem des Verlassens der Zielsetzungen in Krisen- und Risikosituationen zu, um so erneut in die Verfolgung selbstgesteckter Zielbestimmungen einsteigen zu können.

### Methode:

Informationsvermittlung  
anhand von Folie 5

Folie 5



### Erwartungen an die Teilnehmer

Die Teilnehmer sollten regelmäßig zu den neun ambulanten Gruppentreffen erscheinen und die Moderatoren über ein Fernbleiben zuvor informieren. Suchtmittelkonsum vor oder während des Treffens ist zu vermeiden. Ferner wird eine aktive Mitarbeit bei den Hausaufgaben erwartet. Erforderlich ist des weiteren, daß die Teilnehmer die Untersuchungsfragebögen beantworten sowie an der Einjahres-Nachuntersuchung teilnehmen.

### Methode:

Informationsvermittlung  
anhand von Folie 6

## Folie 6

**Erwartungen an die Teilnehmer**

- **Regelmäßige Teilnahme**
- **Nullkonsum vor und während des Treffens**
- **Aktive Mitarbeit bei den Hausaufgaben**
- **Ausfüllen der Untersuchungsfragebögen und Beteiligung an der Nachuntersuchung**
- **Unterzeichnung der Kontraktvereinbarung**

**Zur besonderen Bedeutung einer Kontraktvereinbarung**

Die Kontraktvereinbarung dient dazu, den Teilnehmern die Leistungen im Rahmen der Programmdurchführung zu garantieren und von ihnen im Gegenzug verbindliche Zusagen zu bekommen. Erfahrungsgemäß wird durch schriftlich fixierte Kontrakte die Verbindlichkeit der aktiven Beteiligung gesteigert. Die Teilnehmer bekommen die Kontraktvereinbarung in doppelter Ausfertigung. Nach der Unterzeichnung verbleibt eine beim Teilnehmer, die andere erhalten die Moderatoren. Die Kontraktvereinbarung sieht wie folgt aus:

Methode:

Informationsvermittlung  
anhand von Folie 7

Folie 7

### **Kontraktvereinbarung zwischen Teilnehmern und Moderatoren**

Die Moderatoren sagen verbindlich zu:

- neun zweistündige Gruppentreffen an dem vereinbarten Ort durchzuführen,
- die verwendeten Materialien und Folien in kopierter Form zur Verfügung zu stellen,
- zu Beginn der Gruppentreffen den Umgang mit den „Hausaufgaben“ nachzubesprechen.

Die Teilnehmer sagen verbindlich zu:

- regelmäßig an den neun zweistündigen Gruppentreffen teilzunehmen,
- sich aktiv mit den „Hausaufgaben“ auseinanderzusetzen,
- auf Alkoholkonsum vor und während der Gruppentreffen zu verzichten,
- die benötigten Schreibmaterialien mitzubringen.

Datum:

Unterschrift Moderator:

Unterschrift Teilnehmer:

#### **Zur besonderen Bedeutung und Funktion der Hausaufgaben**

Die Bearbeitung der in jeder Sitzung gestellten, und während der Sitzung erläuterten Hausaufgaben ist fester Bestandteil des psychoedukativen Behandlungsprogramms. Sie werden zu Beginn jeder Sitzung besprochen und ihre Ergebnisse kurz ausgewertet. Letzteres gilt allerdings nicht für die ersten drei Hausaufgaben nach der Lerneinheit 1 — dem Abschluß des ersten Bausteins. Hier fragen die Moderatoren nur nach, ob diese Aufgaben auch persönlich erledigt werden konnten. Die Hausaufgaben dienen letztlich dazu, den persönlichen

Methode:

Informationsvermittlung  
anhand von Folie 8

Nutzen der Teilnehmer am Behandlungsprogramms zu erhöhen. Sie stehen immer in einem direkten Zusammenhang mit den unmittelbar zuvor erarbeiteten Lerninhalten. Zusammengefaßt kommt ihnen folgender Stellenwert zu:

Folie 8

### **Welche Bedeutung hat die aktive Beteiligung an den Hausaufgaben?**

1. Die Hausaufgaben ermöglichen die Überprüfung, ob die erhaltenen Informationen auf die persönliche Situation übertragbar sind,
2. sind Anknüpfungspunkt für die Weiterarbeit beider nächstfolgenden Treffen,
3. erlauben das Sammeln eigener Erfahrungen,
4. fördern die Entwicklung einer aktiven Form der persönlichen Auseinandersetzung mit problematischem Alkoholkonsum, Förderung der Eigenaktivität,
5. erproben relativ neue, zunächst ungewohnte Verhaltensweisen, um so erfahren zu können, daß man sein Verhalten verändern kann,
6. lassen Vertrauen in die eigene Änderungsfähigkeit gewinnen

### **Allgemein gilt:**

1. Das Ausprobieren der Aufgaben ist zunächst wichtiger als die perfekte Erledigung.
2. Zu Beginn dienen die Aufgabenstellungen dazu, sich selbst aufzuklären und zur Selbstdiagnose. Danach geht es um die gezielte Umsetzung der Teilschritte zur Veränderung problematischen Alkoholkonsums.



## 1.2. Allgemeine Grundlagen problematischen Alkoholkonsums

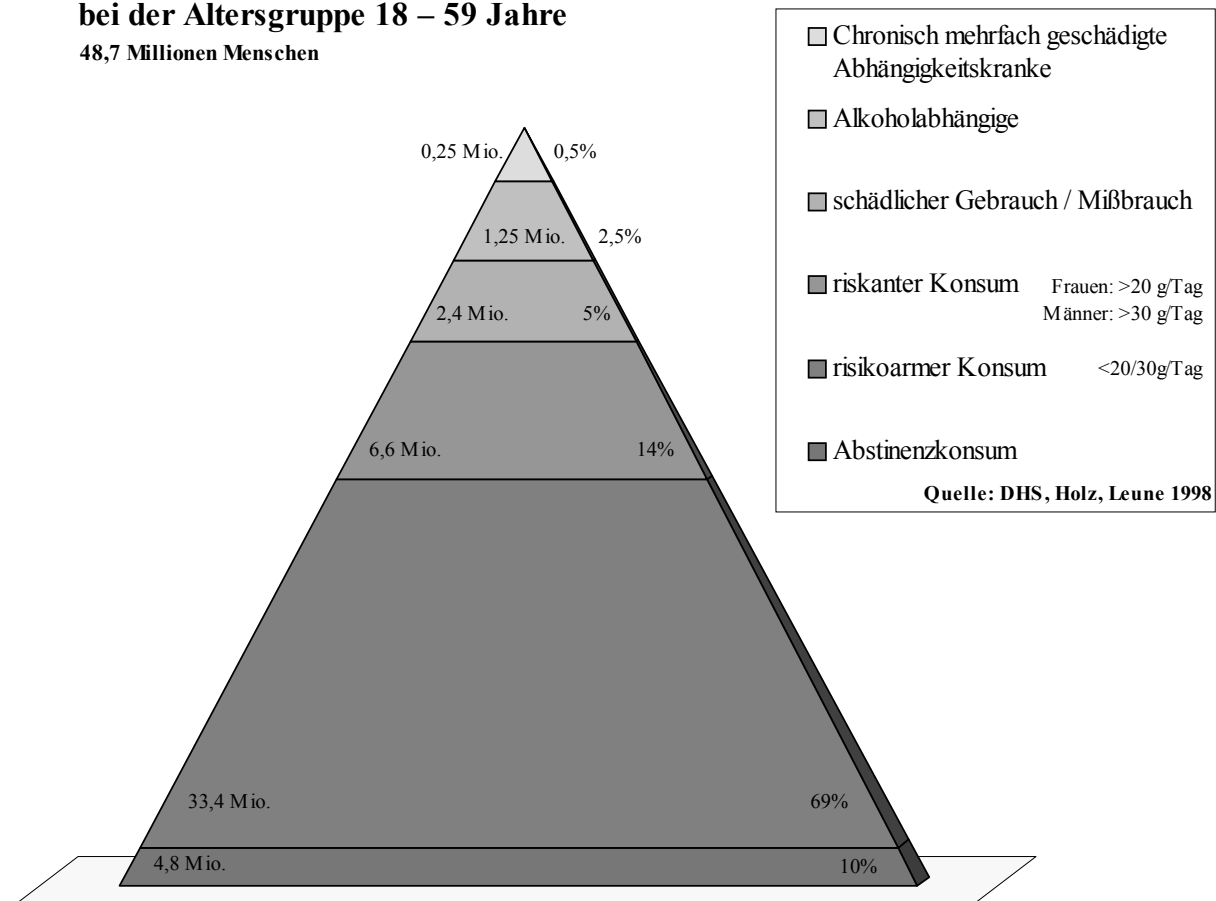
Der Konsum von Alkohol ist in Deutschland und den anderen westlich orientierten Ländern weit verbreitet.

Methode:  
Informationsvermittlung  
anhand von Folie 9 – Folie 12

Folie 9

### Pyramide von Alkoholkonsummustern in Deutschland 1997 bei der Altersgruppe 18 – 59 Jahre

48,7 Millionen Menschen



10% der Bevölkerung in der Altersgruppe von 18–59 Jahren in Deutschland trinken keinen Alkohol. Wir gehen davon aus, daß jeglicher Alkoholkonsum mit Risiken hinsichtlich gesundheitlicher und sozialer Problematiken verbunden ist. 69% der Bevölkerung dieser Altersgruppe haben einen risikoarmen Alkoholkonsum, was einer täglichen Trinkmenge von 20–30 g reinem Alkohol entspricht. Ca. 22%, also fast jeder vierte Erwachsene in Deutschland, überschreiten diese Trinkmengen und haben riskante Alkoholkonsumgewohnheiten entwickelt. Davon haben ca. 5% schädliche bzw. mißbräuchliche Konsummuster herausgebildet, d.h. es sind negative gesundheitliche oder soziale Folgen des Alkoholkonsums manifest geworden; ca. 2,5% dieser Altersgruppe weisen die diagnostischen Kriterien eines Abhängigkeitssyndroms auf, weitere 0,5% gelten schließlich als chronisch mehrfachgeschädigte Alko-

holabhängige. So steht der abstinent lebenden Bevölkerungsgruppe von 10% eine Gruppe von 8% Bevölkerungsanteil gegenüber, die aufgrund von Alkoholkonsumgewohnheiten klinisch auffällig geworden ist.

Ausgehend von dieser Alkoholkonsummusterverteilung wird im folgenden von der Annahme ausgegangen, daß zwischen Häufigkeit und Intensität des Alkoholkonsums und gesundheitlichen, psychischen und sozialen Schädigungen ein Zusammenhang besteht.

Folie 10

**Merke:** Die Intensität oder die Häufigkeit des Alkoholkonsums korreliert mit den gesundheitlichen, psychischen und sozialen Risiken des Konsums.

Zu präzisieren ist hier, wie der wöchentlichen Alkoholkonsum gemessen mit welchen Risiken er verbunden ist:

### **Verträglichkeit von Alkohol**

Hier wird, wie gesagt, davon ausgegangen, daß mit jedem Alkoholkonsum Risiken gesundheitlicher oder sozialer Art verbunden sind. Neuere Studien scheinen jedoch darauf hinzuweisen, daß geringe Mengen Alkohol auch gesundheitsförderlich sein können. Der Konsum eines Glases Rotwein pro Tag kann danach bei Männern ab dem 40. Lebensjahr das Risiko einer Herz-Kreislaufkrankung senken. Es muß jedoch betont werden, daß hier unterstellt wird, daß tatsächlich nur dieses eine Glas Rotwein pro Tag getrunken wird und daß sich dies allein auf das Risiko von Herz-Kreislaufkrankungen bezieht. Alle anderen Untersuchungen bestätigen dagegen eher die These, daß mit jeglichem Alkoholkonsum Risiken verbunden sind.

Herausgestellt hat sich außerdem, daß Frauen Alkohol weniger gut ‚vertragen‘ als Männer. Dies dürfte mit der unterschiedlichen biologischen Konstitution zusammenhängen. Jedenfalls gilt: wenn Frauen häufig und viel Alkohol trinken, gehen sie vor allem hinsichtlich gesundheitlicher Probleme höhere Risiken ein als Männer.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Menge des Alkoholkonsums zu messen. Die Verfahren, die sich auf eine Gramm-Bestimmung von reinem Äthylalkohol beziehen, sind zwar aussagekräftig — die Weltgesundheitsorganisation hat die täglichen Grenzen auf 20 g Alkohol für Frauen und 30 g für Männer festgelegt — allerdings erlauben sie kaum Aussagen darüber, welche Alkoholsorten welche Mengen an Alkoholgramm enthalten. Die Umrechnung ist kompliziert und oft

### Methode:

Grundlegende mündliche Information anhand von Folie 11 und Folie 12

unverständlich. Deshalb präsentieren wir hier die Konsummengenbestimmungen in der Form, wie sie vom britischen Gesundheitsministerium herausgegeben wurden. Sie beziehen sich entweder auf den wöchentlichen Konsum bestimmter Alkoholsorten, oder auf sogenannte Standardgetränke — *Units*. Ferner wird davon ausgegangen, daß bei dem zugrundegelegten wöchentlichen regelmäßigen Alkoholkonsum ein bis zwei Tage Abstinenz eingehalten werden.

Folie 11

**Zur Verträglichkeit von alkoholischen Getränken**

Alkoholkonsum ist nahezu immer mit einem gesundheitlichem Risiko verbunden. Die Wahrscheinlichkeit alkoholbedingter Gesundheitsschäden steigt, sobald der wöchentliche Alkoholkonsum bei Frauen 14 *Standardgetränke* und bei Männern 21 *Standardgetränke* überschreitet. Als hochriskante Konsummengen sind bei Frauen mehr als 35 *Standardgetränke* pro Woche, bei Männern mehr als 50 *Standardgetränke* pro Woche anzusehen.

**Wöchentlicher Alkoholkonsum von Standardgetränken**

Anzahl Standardgetränke:	0	10	20	30	40	50	60
<b>Frauen</b>	risikoarm		riskant		hochriskant		
<b>Männer</b>	risikoarm		riskant			hochriskant	

**Standardgetränke sind zum Beispiel:**

- Bier (5 Vol-%):** *1 Glas (ca. 0,2l)*
- Wein oder Sekt (11 Vol-%):** *1 Glas (ca. 0,1l)*
- Wermut, Sherry, Portwein (18-20 Vol-%):** *1 Glas (ca. 0,05l)*
- Likör (30 Vol-%):** *1 Glas (ca. 0,04l)*
- Korn, Kräuterlikör, Obstler (32-35 Vol-%):** *1 Glas (ca. 0,03l)*
- Weinbrand, Wodka, Whisky (40-50 Vol-%):** *1 Glas (ca. 0,025l)*

**Beispiel zur Interpretation**

Wenn Frauen weniger als 2,81 Bier pro Woche konsumieren, haben sie ein geringes Risiko, gesundheitliche Folgeschädi-

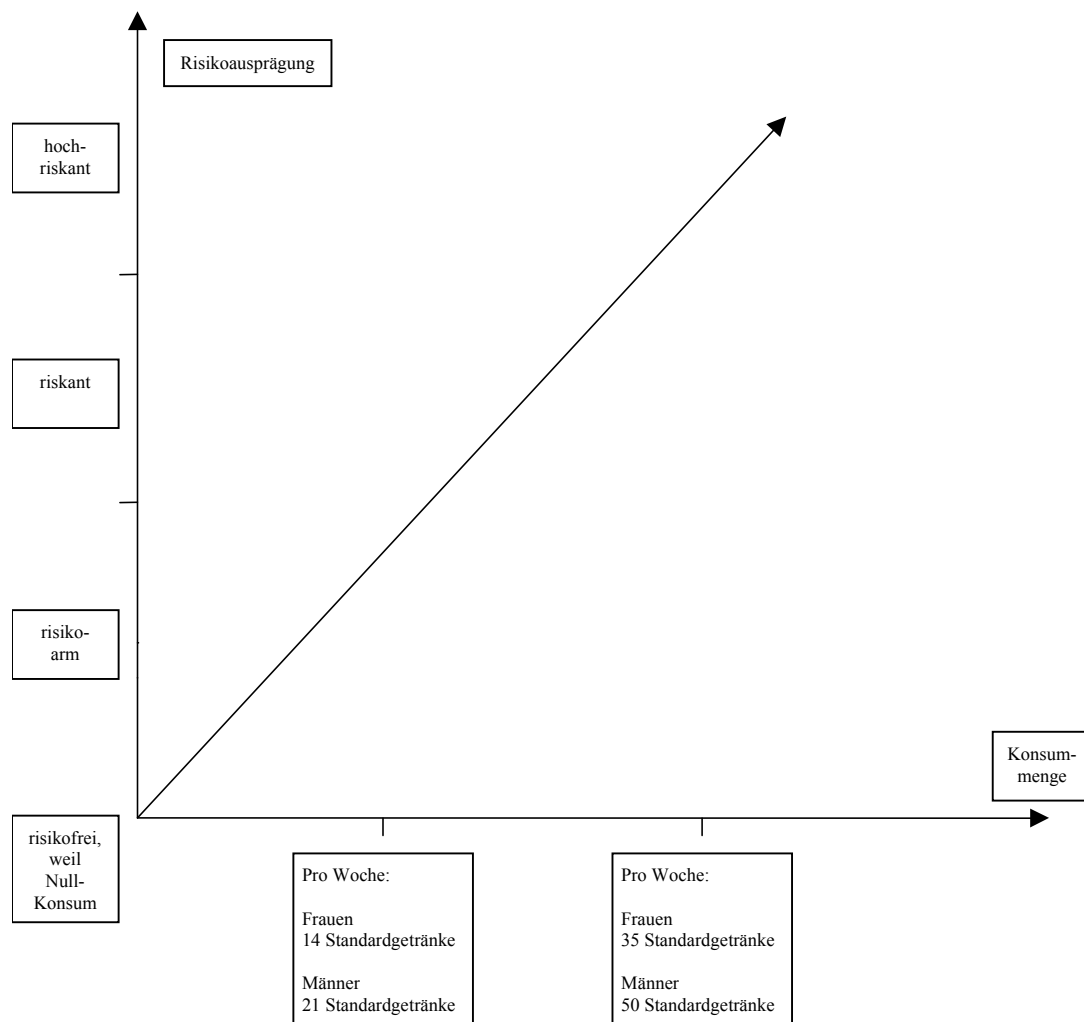
gungen davonzutragen. Bei einer Konsummenge von 7 l Bier oder 0,8 l Schnaps pro Woche haben Frauen ein sehr hohes Risiko. Wenn Männer mehr als 4,2 l Bier konsumieren oder mehr als 0,5 l Schnaps pro Woche konsumieren, steigt ihr Risiko an, und wer als Mann mehr als 1,25 l Schnaps oder mehr als 10 l Bier oder mehr als 5 l Wein pro Woche konsumiert, hat ein hohes Gesundheitsrisiko.

Es wurde bisher beschrieben, wie der Alkoholkonsum sich in Deutschland (in der Bevölkerungsgruppe der 18- bis 59-jährigen) verteilt und bei welchen Konsummengen gesundheitliche Risiken bestehen. Die möglichen gesundheitlichen und sozialen Folgeschädigungen werden in einer anderen Einheit genauer dargestellt. In der folgenden wird näher auf die Risiken eingegangen und dazu die Risikoausprägung idealtypisch in die oben schon genannten vier Kategorien unterteilt: risikofrei, risikoarm, riskant und hochriskant.

Zur Wiederholung: ca. 90% der Bevölkerung in Deutschland konsumieren mehr oder weniger riskant Alkohol. Sowohl die Häufigkeit als auch die Menge des konsumierten Alkohols hat Einfluß auf die gesundheitlichen und sozialen Folgeschädigungen. Zusammengefaßt läßt sich der Zusammenhang zwischen der Konsummenge und dem Grad der damit verbundenen gesundheitlichen und sozialen Risiken anhand dieses Schaubildes darstellen:

Folie 12

**Das Verhältnis der Trinkmengen alkoholischer Getränke zu den Risikoausprägungen gesundheitlicher und sozialer Beeinträchtigungen**



Die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt als Grenzen für *gesundheitsverträglichen* Alkoholkonsum: bei Männern 30 g reinen Alkohol pro Tag, was ca. 210 g/Woche entspricht, bei Frauen 20 g reinen Alkohol pro Tag; das entspricht 140 g/Woche. Bei Unterschreiten dieser Trinkmengen gilt der Umgang mit alkoholhaltigen Getränken als *risikoarm*. Risikofreiheit ist nur mit Nullkonsum zu erreichen.

Wenn man die Verträglichkeit von Alkohol, die ihr entsprechenden Konsummengen und die damit verbundenen Risiken aufeinander bezieht, dann kommt zu den oben genannten Kategorien der Risikoausprägung eine fünfte Kategorie hinzu: der mißbräuchliche Alkoholkonsum, der also, der in Abhängigkeit und Sucht übergeht.

Es ist bei all dem allerdings zu beachten, daß aufgrund dieser

Methode:  
Informationsvermittlung  
anhand Folie 13 – Folie 16

idealtypischen Kategorisierung bestimmte Konsumrisiken nicht genügend berücksichtigt werden. Das Risiko ist zum Beispiel höher als hier dargestellt, wenn Menschen nicht gewohnt sind, Alkohol zu trinken. Bei ihnen ergeben sich schon bei kleinsten Mengen erhebliche gesundheitliche und soziale Risiken, zum Beispiel eine erhöhte Unfallgefahr. Außerdem sollte berücksichtigt werden, daß ein problematischer Alkoholkonsum sich in der Regel nicht von heute auf morgen zu einer Sucht entwickelt, sondern erst in einem langjährigen, oft Jahrzehnte währenden Prozeß.

Die erste Kategorie, die den Konsum erfaßt, der ohne Risiken hinsichtlich gesundheitlicher oder sozialer Schädigungen ist, bezeichnen wir als Nullkonsum oder Abstinenz:

Folie 13

**Risikofreiheit**

Abstinenz = Nullkonsum

Wie gezeigt konsumieren ca. 10% der Bevölkerung, aus welchen Gründen auch immer, keinen Alkohol. Diese Konsumentengruppe trägt demnach auch keinerlei Risiken hinsichtlich gesundheitlicher oder sozialer Schädigungen aufgrund von Alkoholkonsum. Allein dieses Verhalten bezeichnen wir als risikofrei.

Die zweite Kategorie umfaßt die Konsumentengruppe, die risikoarm, bzw. gesundheitsverträglich, Alkohol konsumiert:

## Folie 14

**Risikoarmer, gesundheitsverträglicher Alkoholkonsum****Frauen:** weniger als **20 g** reiner Alkohol am Tag2 × 0,2l Bier **(0,4l)**

oder

2 × 0,1l Wein **(0,2l)****Männer:** weniger als **30 g** reiner Alkohol am Tag3 × 0,2l Bier **(0,6l)**

oder

3 × 0,1l Wein **(0,3l)**

Die Gruppe, die weniger als die oben angegebenen Mengen konsumiert, hat dementsprechend wenig gesundheitsschädliche Folgen zu erwarten, sie konsumiert risikoarm. Aber auch geringer regelmäßiger Alkoholkonsum birgt die Gefahr in sich, daß es zu einer Gewohnheit kommt. Um dies zu vermeiden, wird empfohlen, mindestens zwei konsumfreie Tage pro Woche einzuhalten.

Es ist zu betonen, daß natürlich ein gelegentlicher Konsum weniger Risiken birgt als ein regelmäßiger. Zum risikoarmen, gesundheitsverträglichen Konsum wäre beispielsweise der situative, kulturell eingebettete zu zählen, etwa das Glas Rotwein zum Essen in Italien oder in Bayern das Glas Bier zur Brotzeit, oder, als gelegentlicher, gesellschaftlich eingebundener Konsum, das Glas Sekt nach erfolgreich bestandener Prüfung. Auf individuellen Konsummustern und -gewohnheiten dagegen beruht zum Beispiel die Flasche Bier nach Feierabend.

Die dritte Kategorie betrifft den riskanten Alkoholkonsum:

## Folie 15

**Riskanter Alkoholkonsum****Frauen:** 20–50 g reiner Alkohol am Tag3–5 × 0,2l Bier (**0,6–1,0l**)

oder

3–5 × 0,1l Wein (**0,3–0,5l**)

oder

**0,03–0,05l** Spirituosen**Männer:** 30–70 g reiner Alkohol am Tag4–7 × 0,2l Bier (**0,8–1,4l**)

oder

4–7 × 0,1l Wein (**0,4–0,7l**)

oder

**0,04–0,07l** Spirituosen

Der riskante Alkoholkonsum hat also seine kritische Grenze bei 50 g bei Frauen und 70 g bei Männern. Innerhalb der oben beschriebenen Konsumgrenzen existieren die Risiken auch hier unabhängig davon, ob gelegentlich, in größeren Abständen, oder regelmäßig konsumiert wird. Und auch dieser riskante Konsum kann kulturell ritualisiert sein — etwa beim Trinken von Alkohol auf Festlichkeiten, auf Partys — oder auch durch eher individuelle Konsummuster gekennzeichnet sein, wie beim ‚einsames Trinken‘.

Kennzeichnendes Merkmal dieses riskanten Konsums ist die Wirkungserwartung, das heißt das Bedürfnis nach (begrenzten) Rauschzuständen, das bewußt intentionale Trinken von Alkohol zur Veränderung des gefühlsmäßigen Zustandes.

Hier folgt die vierte Kategorie:



## Folie 16

**Hochriskanter Alkoholkonsum****Frauen:** mehr als **50 g** reiner Alkohol am Tagmehr als  $5 \times 0,21$  Bier (**1,01**)

oder

mehr als  $5 \times 0,11$  Wein (**0,51**)

oder

mehr als **0,051** Spirituosen**Männer:** mehr als **70 g** reiner Alkohol am Tagmehr als  $7 \times 0,21$  Bier (**1,41**)

oder

mehr als  $7 \times 0,11$  Wein (**0,71**)

oder

mehr als **0,071** Spirituosen

Auch bei dem hochriskanten Konsumverhalten wäre noch zwischen einem gelegentlichen Konsum und einem regelmäßigen, gewohnheitsmäßigen Konsum zu unterscheiden. Gemeinsames Merkmal beider Konsumtypen ist jedoch, daß durch diesen Alkoholkonsum erste, eindeutig alkoholbedingte gesundheitliche Schädigungen oder soziale Probleme auftreten können. Diese negativen Folgen des Alkoholkonsums werden als erste Alkoholmißbrauchserfahrungen bezeichnet. Oft werden diese jedoch nicht mit dem Konsum von Alkohol in Zusammenhang gebracht. So werden zum Beispiel familiäre Streitigkeiten nicht auf den Alkoholkonsum zurückgeführt, sondern dem Partner angelastet. Mangelnde Leistungsfähigkeit oder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz werden nicht im Zusammenhang mit Alkoholkonsum gesehen, sondern einer ‚bösen Absicht‘ des Vorgesetzten. Aber auch Gesundheitsprobleme werden oft nicht als Ursache des Alkoholkonsums gesehen. Die negativen Folgeerscheinungen eines Alkoholkonsums können wiederum selbst zum Anlaß werden, Alkohol zu trinken, so daß ein Teufelskreis entsteht.

Je regelmäßiger und häufiger hochriskant konsumiert wird, desto wahrscheinlicher ist, daß die Trinkmengen kontinuierlich gesteigert werden und es zu einer Alkoholabhängigkeit oder einer -sucht kommt. Die davon Betroffenen stellen schließlich die fünfte Gruppe der Alkoholkonsumenten:

**Methode:**Informationsvermittlung  
anhand Folie 17 und Folie 18

## Folie 17

**Schädlicher, mißbräuchlicher Alkoholkonsum**

Hohe, in der Regel *riskante* oder *hochriskante* Alkoholtrinkmengen, die zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder sozialen Schwierigkeiten führen, werden dem schädlichen, mißbräuchlichen Alkoholkonsum zugerechnet.

Mindestens eines der vier folgenden Kriterien zeigte sich dabei in den letzten zwölf Monaten:

- Erhebliche Probleme bei der Haushaltsführung, in der Familie, am Arbeitsplatz oder in der Schule wegen Alkoholgebrauch
- Alkoholgebrauch in gefährlichen Situationen (z.B. im Straßenverkehr)
- Probleme mit dem Strafrecht wegen (oder infolge von) Alkoholgebrauch
- Soziale und zwischenmenschliche Probleme wegen Alkoholgebrauch

## Folie 18

**Was ist abhängiger Alkoholkonsum?**

Zunächst liegen die Kriterien für den schädlichen, mißbräuchlichen Alkoholkonsum vor.

Darüberhinaus zeigten sich mindestens drei der sieben folgenden Kriterien in den letzten zwölf Monaten:

- Toleranzentwicklung (Verlangen nach ausgeprägter Trinkmengensteigerung oder deutlich verminderte Wirkung bei gleicher Trinkmenge)
- Entzugssymptome oder Alkoholgebrauch zur Abschwächung oder Vermeidung dieser Symptome
- Alkoholgebrauch zeitlich länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt
- Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholgebrauch zu kontrollieren
- Hoher Zeitaufwand für Beschaffung bzw. Gebrauch von Alkohol und Erholung vom Alkoholkonsum
- Aufgabe oder Einschränkung von sozialen, beruflichen und Freizeitaktivitäten
- Fortgesetzter Alkoholgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen

Für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit als Suchterkrankung ist zu bemerken, daß es sicherlich keine eindeutigen Kriterien dafür gibt, ab welcher Konsummene jemand als alkoholabhängig oder suchtkrank angesehen werden kann, allerdings müssen nach Abhängigkeitsklassifikationen drei der oben angegebenen Kriterien zutreffen. Konsummene sind somit nicht allein bedeutsam für die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit.

Als Krankheit ist Alkoholsucht oder Alkoholabhängigkeit in Deutschland seit 1968 anerkannt.

Zum Abschluß dieser Informationseinheit wird ein sogenannter „Trink-Check“ verteilt, anhand dem die Teilnehmer selbst bestimmen können, in welcher Phase der Entwicklung eines problematischen Alkoholkonsumverhaltens sie sich gegenwärtig befinden oder in der Vergangenheit befunden haben.

Mit dem Phänomen problematischen Alkoholkonsums oder der Alkoholabhängigkeit als Krankheit auseinandergesetzt haben sich viele Wissenschaften. Von der Medizin ist der Alkoholismus als Krankheit bestimmt worden; von ihr stammt die oben genannte Symptombeschreibung. Als andere an der Erforschung problematischen Alkoholkonsums beteiligte wissenschaftliche Disziplinen wären die Psychologie, die Soziologie, die Biologie oder auch neurophysiologische Forschungszweige zu nennen.

## **Hausaufgaben zum Abschluß der ersten Lerneinheit**

### Vorbemerkung

In der Einführung wurde auf die besondere Bedeutung und Funktion der Hausaufgaben verwiesen und herausgestellt, daß diese im Zusammenhang mit den erarbeiteten Lerninhalten stehen. Die ersten Hausaufgaben beabsichtigen, daß sich die Teilnehmer aktiv mit ihrem persönlichen Alkoholkonsum auseinandersetzen. Diese aktive Auseinandersetzung setzt als erstes voraus, daß der persönliche Alkoholkonsum gemäß Häufigkeit und Intensität registriert wird.

### Hausaufgabe 1 — Unterzeichnung der **Kontraktvereinbarung** (s. Folie 7)

Die Moderatoren weisen nochmals auf die Bedeutung einer schriftlichen Fixierung der Programmdurchführung hin.

### Hausaufgabe 2 — der Trink-Check

Wenn man anfängt, problematische Verhaltensweisen bewußt zu registrieren, etwa die Anzahl konsumierter Zigaretten oder das Zählen der Kalorien, so ist das oft der erste Schritt hin zu einer Veränderung, vielleicht sogar der wichtigste Schritt zur Kontrolle eines problematischen Verhaltens.

### Hausaufgabe 3 — die Checkliste zur Selbstdiagnose

Hiermit sollen die Teilnehmer ihr eigenes Trinkverhalten dia-

agnostizieren, um herauszufinden, welche Konsummuster mit welchen Risiken bei ihnen persönlich vorhanden sind. Risikoarmer Konsum? Riskante Konsummuster? Schädliche oder abhängige Konsummuster? Die dadurch ermöglichte Schärfung der Eigenwahrnehmung von riskantem Trinkverhalten ist Voraussetzung, problematisches Trinkverhalten zu ändern. Die Moderatoren verweisen darauf, daß die eventuell von dieser Selbstdiagnose hervorgerufene Angst auf jeden Fall überwunden werden sollte, da eine offene und ehrliche Bestandsaufnahme die Änderungsmotivation erhöht und einen Prozeß der Gesundung einleitet.

#### Hausaufgabe 4 — der Körper-Check

Dieser dient dazu, über die körperlichen Risiken des Alkoholkonsums zu informieren, damit der Teilnehmer bei sich selbst überprüfen kann, von welchen alkoholbedingten körperlichen Folgen er betroffen ist. Gesundheit stellt das höchste Gut des menschlichen Lebens dar. Achtsam mit dieser Gesundheit umzugehen, verlangt zu überprüfen, ob schon gesundheitliche Schädigungen aufgrund des bisherigen Alkoholkonsums aufgetreten sind. Diese erhöhte Achtsamkeit und Registrierung der körperlichen Folgen kann entscheidend für die Änderungsmotivation sein. Man sollte darauf verweisen, daß körperlich schädigende Folgeprobleme des Alkoholkonsums meist die entscheidenden Faktoren sind, aufgrund der Menschen ihre Verhaltensgewohnheiten ändern.

Den Teilnehmern wird mitgeteilt, daß die Hausaufgaben dieser Lerneinheit nicht öffentlich im nächsten Gruppentreff ausgewertet werden; denn dazu dürfte das Angst- und Schamniveau zu hoch sein. Umso wichtiger ist, daß die Selbstdiagnose ehrlich vorgenommen wird.

Hausaufgabe 1: Kontraktvereinbarung

**Kontraktvereinbarung zwischen Teilnehmern und Moderatoren**

Die Moderatoren sagen verbindlich zu:

- neun zweistündige Gruppentreffen an dem vereinbarten Ort durchzuführen,
- die verwendeten Materialien und Folien in kopierter Form zur Verfügung zu stellen,
- zu Beginn der Gruppentreffen den Umgang mit den „Hausaufgaben“ nachzubesprechen.

Die Teilnehmer sagen verbindlich zu:

- regelmäßig an den neun zweistündigen Gruppentreffen teilzunehmen,
- sich aktiv mit den „Hausaufgaben“ auseinanderzusetzen,
- auf Alkoholkonsum vor und während der Gruppentreffen zu verzichten,
- die benötigten Schreibmaterialien mitzubringen.

Datum:

Unterschrift Moderator:

Unterschrift Teilnehmer:

## Hausaufgabe 2: Trink-Check

### 1. An durchschnittlich wieviel Tagen pro Woche trinken Sie gewöhnlich Alkohol?

Markieren Sie bitte die Tageszahl mit einem Kreis.

- 0 Tage
- 1 Tage
- 2 Tage
- 3 Tage
- 4 Tage
- 5 Tage
- 6 Tage
- 7 Tage

### 2. Wieviel trinken Sie in der Regel, wenn Sie trinken?

Geben Sie bitte die Anzahl der Standardgetränke an, die Sie an einem typischen „Trinktag“ konsumieren. (Was ein Standardgetränk ist, können Sie unten noch einmal nachlesen.)

**Standardgetränke pro Trinktag:** .....

Berechnen Sie die Anzahl der Standardgetränke pro Woche: (Anzahl Tage multiplizieren mit Anzahl Standardgetränke)

**Standardgetränke pro Woche:** .....

### Riskante Konsummengen

liegen vor bei      **Frauen:**      **14 und mehr Standardgetränke pro Woche**  
    **Männer:**      **21 und mehr Standardgetränke pro Woche**

### Standardgetränke sind zum Beispiel:

<b><u>Bier</u> (5 Vol-%):</b>	<i>1 Glas (ca. 0,2l)</i>
<b><u>Wein oder Sekt</u> (11 Vol-%):</b>	<i>1 Glas (ca. 0,1l)</i>
<b><u>Wermut, Sherry, Portwein</u> (18-20 Vol-%):</b>	<i>1 Glas (ca. 0,05l)</i>
<b><u>Likör</u> (30 Vol-%):</b>	<i>1 Glas (ca. 0,04l)</i>
<b><u>Korn, Kräuterlikör, Obstler</u> (32-35 Vol-%):</b>	<i>1 Glas (ca. 0,03l)</i>
<b><u>Weinbrand, Wodka, Whisky</u> (40-50 Vol-%):</b>	<i>1 Glas (ca. 0,025l)</i>

### Hausaufgabe 3: Checkliste zur Selbstdiagnose (AUDIT-Fragebogen aus RITSON, B. 1997)

Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich und markieren Sie mit einem Kreis die Zahl, die Ihrer Antwort am nächsten kommt.

**Beachten Sie bitte, daß auch Bier ein alkoholisches Getränk ist!**

Als Maßeinheit bedeutet 1 *Standardgetränk* = 1 Glas / 1 Dose Bier oder 1 Glas Wein/Sekt oder 1 Glas Korn, Wodka, Rum, Schnaps, Weinbrand, Whisky oder ähnliches.

#### 1. Wie oft trinken Sie ein alkoholisches Getränk?

- 0** nie      **1** 1× monatlich oder seltener      **2** 2–4× pro Monat      **3** 2–3× pro Woche      **4** 4× oder mehr pro Woche

#### 2. Wieviele alkoholhaltige Getränke (Standardgetränke) nehmen Sie an einem typischen „Trinktag“ zu sich? (Anzahl der Standardgetränke vermerken)

- 0** 1 oder 2      **1** 3 oder 4      **2** 5 oder 6      **3** 7 bis 9      **4** 10 oder mehr

#### 3. Wie oft nehmen Sie sechs oder mehr alkoholische Getränke (Standardgetränke) auf einmal zu sich?

- 0** nie      **1** seltener als monatlich      **2** monatlich      **3** wöchentlich      **4** täglich oder fast täglich

#### 4. Wie oft konnten Sie in den letzten 12 Monaten mit dem Alkoholtrinken nicht aufhören, nachdem Sie einmal angefangen hatten?

- 0** nie      **1** seltener als monatlich      **2** monatlich      **3** wöchentlich      **4** täglich oder fast täglich

#### 5. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten am Morgen nach starkem Alkoholkonsum erst einmal ein alkoholhaltiges Getränk benötigt?

- 0** nie      **1** seltener als monatlich      **2** monatlich      **3** wöchentlich      **4** täglich oder fast täglich

#### 6. Wie oft empfanden Sie im letzten Jahr nach dem Trinken von Alkohol Schuldgefühle oder Gewissensbisse?

- 0** nie      **1** seltener als monatlich      **2** monatlich      **3** wöchentlich      **4** täglich oder fast täglich

**7. Wie oft konnten Sie sich in den letzten 12 Monaten nicht an den Abend und die Nacht zuvor erinnern, weil Sie Alkohol getrunken hatten?**

**0** nie

**1** seltener als  
monatlich

**2** monatlich

**3** wöchentlich

**4** täglich oder  
fast täglich

**8. Wurden Sie oder jemand anders schon einmal infolge Ihres Alkoholtrinkens verletzt?**

**0** nein

**2** ja, aber nicht  
in den letzten 12 Monaten

**4** ja,  
in den letzten 12 Monaten

**9. Hat sich ein Verwandter, ein Freund, ein Arzt oder sonstiger Mitarbeiter des Gesundheitswesens besorgt über Ihr Alkoholtrinken gezeigt oder Ihnen geraten, den Alkoholkonsum einzuschränken?**

**0** nein

**2** ja, aber nicht  
in den letzten 12 Monaten

**4** ja,  
in den letzten 12 Monaten

**Zählen Sie nun die markierten Zahlen zusammen zu einer Gesamtzahl: .....**

### **Auswertung**

**Ist Ihre Gesamtzahl kleiner als 8, dann liegen risikoarme Konsummuster oder Nullkonsum (Abstinenz) vor.**

**Ist die Gesamtzahl 8 oder größer, gibt es Hinweise auf:**

- **riskante Konsummuster, wenn nur in den ersten drei Fragen hohe Punktzahlen erreicht werden;**
- **bestehende oder entstehende abhängige Konsummuster, wenn in den ersten sechs Fragen hohe Punktzahlen erreicht werden;**
- **schädliche Konsummuster, wenn hohe Punktzahlen bei den übrigen Fragen erreicht werden.**



## Hausaufgabe 4: Körper-Check

### Ernstzunehmende körperliche Hinweise auf alkoholkonsumbezogene Probleme

(Quelle: R. Schneider, Suchtfibel, Röttger-Schneider-Verlag 1996)

**Körperliche Veränderungen rufen oft eine höhere Achtsamkeit hervor als psychische oder soziale Probleme. Die in der folgenden Liste beschriebenen körperlichen Zustände und Befindlichkeiten können zwar nach außen hin gelegnet werden, in der Regel werden sie jedoch an einem selbst besser wahrgenommen als die psychischen und sozialen Veränderungen. Jeder der folgenden Zustände und Befindlichkeiten für sich allein kann auch andere als alkoholkonsumbedingte Ursachen haben. Wenn jedoch mehrere davon zutreffen, liegt sehr wahrscheinlich ein schädliches Alkoholkonsummuster vor.**

- Unausgeruht, müde und zerschlagen, nach meist unruhigem Schlaf mit häufigem Aufwachen und Aufstehen
- Übelkeit und Brechneigung, besonders morgens (Trockenwürgen)
- Unspezifisches Durstgefühl
- Appetitstörungen (besonders morgens), trotzdem anfangs Gewichtszunahme durch „leere“ Alkoholkalorien, später dann deutlicher Gewichtsverlust bis hin zur Abmagerung mit Untergewicht
- Verdauungsbeschwerden aller Art, vor allem anhaltende Verstopfung oder noch häufiger wässriger Durchfall, Blähungen, Völlegefühl, Aufstoßen
- Ausgeprägte Schweißneigung (auch tagsüber) ohne große Anstrengungen
- Nachlassen von sexuellem Verlangen und Potenz
- Stechen und Klopfen in der Herzgegend, Unregelmäßigkeiten von Herzschlag und Atemfrequenz, Schwindel, Schwächegefühle, Kreislaufstörungen mit Kollapsneigung, gelegentlich sogar Anfälle von „unklarer“ Bewußtlosigkeit (kein Krampfanfall)
- Atemnot, chronische Bronchitis
- Oft „unklare“ Entzündungen von Nase, Nebenhöhlen, Rachen, Luftleitern, Lunge, Magen-Darm-Schleimhaut (gelegentliches Erbrechen von Blut), Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Harnblase, Vorstehdrüse usw.
- Leichtes Drücken unter dem rechten Rippenbogen (Lebervergrößerung), besonders bei vorgebückter Haltung
- Stechende, reißende Schmerzen an den Beinen, Mißempfindungen („Ameisenlaufen“, Kribbeln, Taubheit, „Einschlafen“) an Armen und Beinen, brennende Fußsohlen (bei Bettwärme), Schwäche in den Armen, vor allem Beinen, gelegentlich Seh- und Pupillenstörungen u.a.
- Bisweilen Stimmänderungen (rauher, tiefer)

- Schwammiges und aufgedunsenes Gesicht mit Hautveränderungen, beginnende „Trinkernase“ (Rhinophym)
- Nicht selten grau-bräunlich bis blässlich-bräunlicher Grundton der Haut, Hautschrumpfung durch Schwund des Bindegewebes unter der Oberhaut, Bildung sogenannter Pergament- oder Geldscheinhaut, weiße Flecken an der Streckseite von Armen und Beinen
- Augenbindehautentzündung (Rötung und Schwellung, starke Absonderungen)
- Zahnschäden
- Kopfbehaarung beim Mann eher dicht, bei der Frau zunehmend brüchig und struppig
- Brustentwicklung und typisch weibliche Schambehaarung beim Mann (Hormonverschiebungen)
- Zunge oft braun-weißlich belegt
- Feinere bis gröbere Gefäßerweiterungen im Gesicht
- Sogenannte Gefäßspinnen (rote Gefäßsternchen, die auf Druck ablassen, sich jedoch sofort wieder füllen) im Gesicht und am oberen Schultergürtel
- Rötungen am Daumen- und Kleinfingerballen
- Korkenzieherartig gewundene Gefäße in der äußeren festen Hülle des Augapfels, der sogenannten Lederhaut
- Nägel weiß oder opak gefärbt, mitunter mit Querbändern
- Neigung zu Hautblutungen mit zum Teil großflächigen Blutergüssen, zumeist in der Gegend von Schulter und Becken (alkoholrauschbedingtes häufiges Anstoßen, Blutbildveränderung)
- Erst feinschlägiges, dann stärkeres Zittern von geschlossenen Lidern, herausgestreckter Zunge, gespreizten Fingern, später eventuell sogar beider Arme.

## **Baustein 2**

### **5.2. Bestimmungselemente und Folgen eines problematischen Alkoholkonsums**

**Lerneinheit 2: Zweites Gruppentreffen — 120 Minuten****2.1 Ursachenerklärungen von problematischem Alkoholkonsum, soziale Bewertungen problematischen Alkoholkonsums****2.2 Struktur und Dynamik der Entwicklung von Alkoholproblemen****Nachbesprechung der Hausaufgaben der Lerneinheit 1:**

Es werden nur die Fragen gestellt, ob die Teilnehmer mit der Bearbeitung der Hausaufgaben zurechtgekommen sind und ob es Nachfragen wegen der Bearbeitung der Hausaufgabe gibt. Die Moderatoren unterschreiben die Kontraktvereinbarung und händigen diese den Teilnehmern wieder aus.

Prinzipieller  
didaktischer Hinweis:

Die Nachbesprechung der letzten Hausaufgaben kann starke Ängste und Schuldgefühle auslösen.

**2.1. Ursachenerklärungen von problematischem Alkoholkonsum, soziale Bewertungen problematischen Alkoholkonsums****Ursachenerklärungen problematischen Alkoholkonsums**

Wenn man die Geschichte des Alkoholkonsums und die Geschichte der Bewertung von Alkoholkonsumenten oder von Rauschzuständen überhaupt in den letzten tausend Jahren in der westlichen Welt betrachtet, stellt man fest, daß die Bewertungen der Rauschzustände und Alkoholkonsumenten stark variieren. Im Mittelalter kam es sehr häufig auf den vielen Festen und gesellschaftlichen, kirchlichen Feierlichkeiten zum rauschhaften Betrinken. Seit Beginn der Neuzeit und mit der Aufklärung werden Rauschzustände eher negativ bewertet. Religiöse Motive waren mit ausschlaggebend dafür, daß Menschen, die häufig und intensiv Alkohol tranken, nicht mehr der Gnade Gottes zuteil wurden und als Sünder angesehen wurden. Im 17./18. Jahrhundert setzte in Amerika eine Entwicklung ein, die das häufige oder unkontrollierte Trinken dann als krankhafte Verhaltensweise einschätzt. Hier war es vor allem Benjamin Rush, der den Alkoholismus als Krankheit begriff. In Europa hat sich Elvin Morton Jellinek in den 1950er und 1960er Jahren als Verfechter eines medizinischen Krankheitsmodells des problematischen Alkoholkonsums hervorgetan.

Die Medizin hat folgendes strukturelles Denkmodell zur Erfassung, Bestimmung und Ableitung von Therapien entworfen:

Methode:

Informationsvermittlung  
anhand Folie 19 und Folie 20

## Folie 19

## Das klassisch medizinische Krankheitsmodell

**Symptombeschreibung****Therapie****Heilung****Ursachenerklärung**

Das medizinische Krankheitsmodell schließt z.B. aus einer bestimmten Symptombeschreibung (Druckschmerz im rechten Bauch, erhöhte Leukozytenzahl, Temperaturerhöhung) auf die Ursache (Blinddarmentzündung) und leitet daraus die entsprechende Therapiemaßnahme (Operation) ab. Wenn man die medizinischen Lehrbücher zur Symptombeschreibung eines problematischen Alkoholkonsums oder einer Alkoholabhängigkeit befragt, so findet sich folgende Bestimmung: Starkes Verlangen zu trinken, Toleranzsteigerung, Entzugssymptome, Vernachlässigung persönlicher Interessen, körperliche oder psychische Schädigung, Kontrollverlust bzw. verminderte Kontrollfähigkeit. Es wird davon ausgegangen, daß nicht alle hier beschriebenen Symptome vorhanden sein müssen, sondern zur Diagnose einer Alkoholabhängigkeit reichen drei oder vier der oben genannten sieben Kriterien aus. Es handelt sich somit um eine relativ vage Symptombeschreibung.

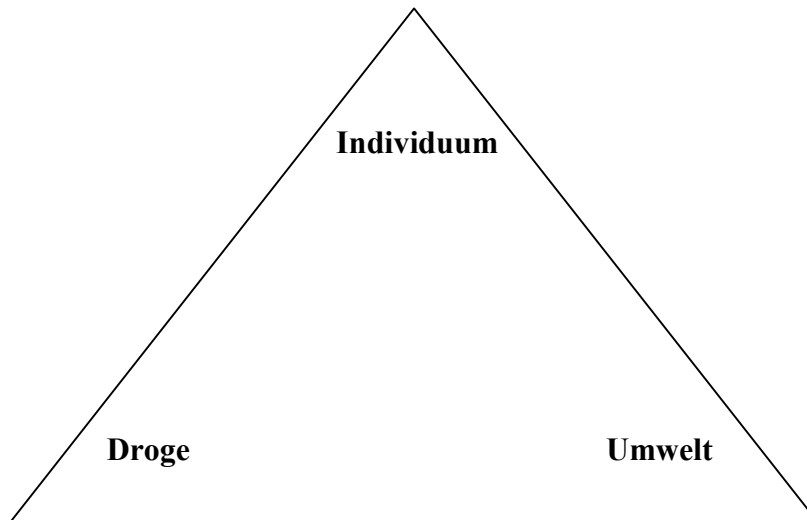
Das Kriterium des Kontrollverlustes ist dabei die am meisten kontrovers diskutierte Annahme, mit folgenden Positionen: eine Seite sieht den Kontrollverlust als biologisch determiniertes Phänomen, die andere Seite geht davon aus, daß sich eingeschränkte Kontrollfähigkeiten im Verlauf des Suchtprozesses entwickeln und die Möglichkeit von selbstkontrolliertem Verhalten weiterhin besteht.

Wenn man fragt, welche Ursachen die Medizin oder andere Wissenschaften für eine Suchterkrankung oder Abhängigkeitserkrankung angeben, so muß man feststellen, daß es bisher nicht gelungen ist, eine einzige zu bestimmen; etwa die, daß es so etwas wie eine Sucht-Persönlichkeit gibt, so etwas wie ein Alkoholismus-Gen; besondere schwierige Sozialisationsbedingungen, die zwangsläufig in eine Sucht führen; gravierende psychische Probleme wie Ängste und Depressionen, die allein verantwortlich für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit gemacht werden könnten. Wenn es also eine monokausale Erklärung nicht gibt, dann kann man verschiedene Ursachen so miteinander kombinieren, daß von sogenannten mehrfachbedingten Verursachungsmodellen von Suchterkrankungen gesprochen werden kann. Diese Modelle bleiben allerdings naturgemäß sehr vage, und deshalb können aus ihnen auch keine eindeutigen (im Sinne von „naturwissen-

schaftlich, empirisch überprüfbar“) Therapiemaßnahmen abgeleitet werden.

Folie 20

### Multikonditionelle Erklärungsmodelle



Zusammengefaßt: Die Frage der Ursachen der Ausbildung von Abhängigkeitsphänomenen oder Suchterkrankungen ist nach dem medizinischen Krankheitsmodell nicht eindeutig zu bestimmen. Und auch die ihm entsprechenden Therapien, über die an anderer Stelle zu reden ist, lassen erhebliche Zweifel aufkommen, ob dieses Krankheitsmodell das Phänomen des problematischen Alkoholkonsums ausreichend erklärt.

### Soziale Bewertung problematischen Alkoholkonsums

In dem obigen kurzen historischen Abriss der Geschichte des Alkoholkonsumverhaltens haben wir darauf verwiesen, daß Rauschzustände und Alkoholkonsumenten je nach geschichtlicher Situation stark unterschiedlich bewertet wurden. In der heutigen Gesellschaft fällt die Bewertung von Menschen, die viel und häufig Alkohol trinken, je nach Altersstufe und nach Geschlecht sehr unterschiedlich aus. Junge Männer, die viel Alkohol vertragen können, genießen oftmals hohe Anerkennung in Gruppen und Cliques; ‚trinkfest‘ zu sein, hat unter Umständen soziale Anerkennung zur Folge. Frauen dagegen, von denen bekannt ist, daß sie größere Mengen Alkohol vertragen können, werden in der Regel nicht so positiv angesehen. Frauen, „die einen Stiefel abkönnen“, werden eher moralisch abgewertet, haben etwas anrühiges an sich. Es gibt einen gesellschaftlichen Unterschied in der Bewertung des Trinkverhaltens von Männern und Frauen.

Obwohl der Konsum von Alkohol in unserer Gesellschaft eine sehr große, positiv wahrgenommene Rolle spielt, werden Menschen, wenn sie Probleme mit ihrem Alkoholkonsum be-

Methode:

Informationsvermittlung  
anhand von Folie 21

kommen — körperliche, psychische oder soziale — oft mit Begriffen wie Alkoholiker, Alki, Spritti bewertet. Diese Menschen werden als charakterschwach, willensschwach, uneinsichtig charakterisiert, die sich selbstschädigend verhalten, und ein problematisches Verhalten immer wieder erneut zeigen, obwohl sie eigentlich wissen, daß sie „die Finger vom Alkohol lassen sollten“. Diese Menschen werden häufig stigmatisiert.

Folie 21

**Merke: Alkohol besitzt einen hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft. Ca. 90% der Bevölkerung trinken mehr oder weniger häufig Alkohol. Bekommen Menschen, für jeden sichtbar, Probleme mit ihrem Alkoholkonsum, werden sie oft stigmatisiert. Sie gelten als charakterschwach, willensschwach, uneinsichtig.**

Dieser Hinweis auf Stigmatisierungsprozesse bildet den Abschluß des ersten grundlegenden Informationsabschnitt. In der zweiten grundlegenden Lerneinheit wird versucht, Struktur und Dynamik von regelmäßigem und häufigem Alkoholkonsum unter dem Aspekt selbstkontrollierter Verhaltensweisen zu betrachten.

## 2.2. Struktur und Dynamik der Entwicklung von Alkoholproblemen

### Der Alkoholkonsum aus funktionaler Sicht

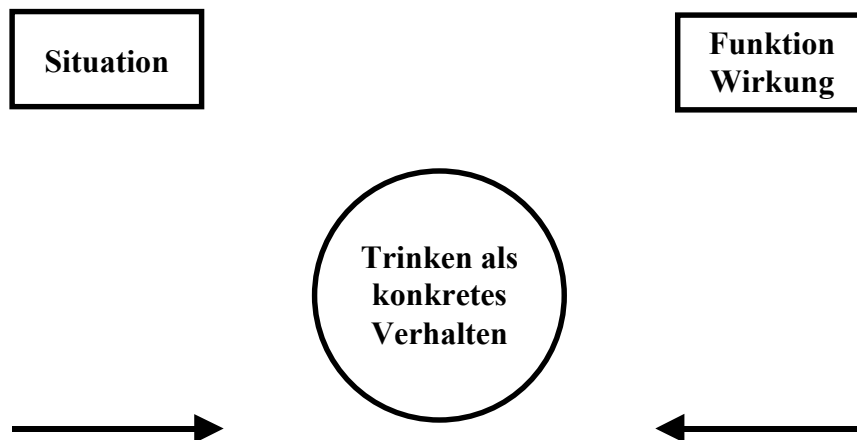
#### Was steuert das Alkoholtrinken?

Aus funktionaler Perspektive weist der Konsum von Alkohol drei wesentliche Elemente oder Bestimmungen auf, die durch folgendes, grundlegendes Steuerungsmodell beschrieben werden können.

Methode:  
Informationsvermittlung  
anhand Folie 22

Folie 22

### Steuerungsmodell Konsumverhalten



Das konkrete Verhalten, Alkohol zu konsumieren, wird in diesem Steuerungsmodell von spezifischen Situationen, unter denen konsumiert wird, und von deren subjektiven Funktionen bzw. substanzspezifischen Wirkungen erfaßt.

Der Alkoholkonsum ist für uns immer als konkretes Verhalten zu verstehen, als Trinkverhalten; es beschreibt die menschliche Handlung, Alkohol — in welcher Form auch immer — in den Mund zu führen und diesen herunterzuschlucken. Es geht um die unmittelbare Handlung, die ausgeführt wird mit dem Ziel, dem Körper Alkohol zuzuführen. Diese Handlungen wiederholen sich in zeitlichen Abständen.

Als konkret ist die Handlung des Alkoholkonsums zu betrachten, insoweit sie zu einer bestimmten Zeit, an einem bestimmten Ort stattfindet – wie dies an der Demonstrationsübung aufgezeigt wird.

#### Situative Elemente des Alkoholkonsums

Der Konsum von Alkohol findet sehr häufig in den Situationen statt, in denen Menschen gelernt haben, Alkohol zu trinken. Solche grundlegenden Trinksituationen lassen sich in zwei große Bereiche unterteilen:

Methode:

Demonstrationsübung: Öffnung einer Flasche Mineralwasser, trinken des Mineralwassers aus einem Glas.

Methode:

Informationsvermittlung anhand von Folie 23

Folie 23

#### 1. Soziale Konsumsituationen:

- **Festlichkeiten, Feierlichkeiten, Partys, Feten, Geburtstage, Silvester, erfolgreiche Prüfung, Besuch der Disco, Treffen und Klönen im Freundeskreis, Kirmes/Messe, und viele weitere soziale Kontaktsituationen mit anderen Menschen**

#### 2. Persönliche Konsumsituationen:



- **Tageszeiten (vorwiegend abends), an denen Alkohol getrunken wird, Feierabend, Wochenende, Brotzeit, Bier bei der Sportschau u.ä.**
- **Angst, Streß, Ärger, Niedergeschlagenheit, Freude, Einsamkeit, Langeweile, Durst und Hungergefühle**

Der gesellschaftliche Konsum von Alkohol hat eine Jahrtausende lange Tradition, z.B. war das soziale Trinken bei Feiern, Festlichkeiten, bestimmten Kirchenfesten und Gottesdiensten im Mittelalter weit verbreitet. Im Laufe der historischen Entwicklung hat es auch einen Wandel im Konsumverhalten bei gesellschaftlichen und sozialen Anlässen gegeben, so wird auch noch heute überwiegend Alkohol auch bei sogenannten Partys, Feten, Geburtstagen oder in der Diskothek getrunken. Das individuelle Trinken in Form des einsamen Trinkens oder des Trinkens allein in der Familie — hat sich erst im 18. und 19. Jahrhundert herausgebildet. Wir kennzeichnen solche Trinksituationen als persönliche Konsumsituationen, in denen Menschen individuelle persönliche Konsummuster und -raster entwickeln, die von Angst, Streß, Ärger, Niedergeschlagenheit, Freude, Einsamkeit, Langeweile, Durst- oder Hungergefühle bestimmt sind.

Menschen entwickeln somit im Laufe ihrer Lebensgeschichte Gewohnheiten und individuelle Raster, die sie in bestimmten Situationen Alkohol konsumieren lassen. Diese Situationen sind in der Lebensgeschichte erlernt und meist über Jahre erprobt worden. Es handelt sich beispielsweise um Situationen, in denen wir von anderen Menschen modellhaft das Trinken gelernt oder unsere individuellen Konsumgewohnheiten entwickelt haben. Solche erlernten Trinksituationen kann man in gewisser Weise als automatisierte, mit dem Alkohol verknüpfte Situation betrachten, die oftmals quasi-automatisierte, konditionierte Verhaltensweisen darstellen. Das Lernen sozialen und individueller Konsumsituationen geschieht selten spontan, sondern ist als langjähriger, oftmals jahrzehntelanger Prozeß zu begreifen.

Wenn Menschen solche gewohnheitsmäßigen, lang erlernten Trinksituationen verändern wollen, müssen sie die individuellen und sozialen persönlicher Trinksituationen kennen. Bestimmte persönliche Lebenssituationen, wie z.B. das Aufsuchen von Partys, das Feiern von Geburtstagen, Streßsituationen, Einsamkeitssituationen sind immer wieder verknüpft worden mit dem Verhalten, Alkohol zu trinken. Es sich um sogenannte automatisierte, konditionierte mit dem Alkohol verknüpfte Situationen. Wenn Menschen in diesen gewohnheitsmäßigen Trinksituationen nicht mehr trinken wollen, kann ein sehr starkes Verlangen auftreten — das sogenannte Craving —, der psychisch und körperlich spürbare Drang, Alkohol zu konsumieren.

Ein Beispiel: Wer regelmäßig ca. acht Jahre nach Feierabend und am Wochenende Bier getrunken hat, muß damit rechnen,

daß dieses starke Verlangen, Alkohol zu konsumieren, in den Zeiten auftritt. Er hat ja lange Zeit gelernt, in diesen Situationen Alkohol zu trinken. Es ist deshalb wichtig, Kenntnisse darüber haben, in welchen Situationen regelmäßig Alkohol getrunken wird, und daß es in solchen Situationen in der Regel völlig normal ist, daß ein starkes Verlangen nach Alkoholkonsum auftritt, wenn Sie in solchen Situationen ausprobieren, auf Alkohol zu verzichten.

Methode:

Informationsvermittlung anhand von Folie 24

Folie 24

**Die Kenntnis Ihrer persönlichen und sozialen Trinksituationen ist Voraussetzung für die Veränderung des Konsumverhaltens in solchen Situationen.**

**Das Registrieren und die genaue Kenntnis solcher Trinksituationen ist mindestens schon die „halbe Miete“ zur Veränderung von Trinkgewohnheiten.**

**Das Verlangen, in solchen Situationen wieder Alkohol zu trinken, ist ein völlig normaler Verhaltensvorgang.**

Das konkrete Verhalten, Alkohol zu konsumieren, ist von bestimmten sozialen und individuellen, erlernten Konsumsituationen abhängig. Als das zweite Bestimmungselement spielen auch Trinkerwartungshaltungen, sogenannte Konsummotive, die in die Situation der Trinkhandlung mit einfließen, eine bedeutsame Rolle. Es sind folgende Konsummotive bekannt:

Methode:

Informationsvermittlung anhand Folie 25

Folie 25

- 1. Alkohol erleichtert den Kontakt**
- 2. Alkohol lindert Depressionen**
- 3. Alkohol hilft gegen Langeweile**
- 4. Alkohol ist Medizin**
- 5. Alkohol macht gute Gefühle**
- 6. Alkohol macht mutig**
- 7. Alkohol entspannt**
- 8. Alkohol macht den Kopf klar**

Die Psychologie hat diese Motive erforscht, aber auch die Werbung für die Alkoholindustrie hat sich intensiv mit ihnen

auseinandergesetzt und dementsprechend die Werbung für ihre Produkte häufig genau auf diese Motive des Alkoholkonsums bezogen: Biertrinken wird in sozialen Kontaktsituationen dargestellt. Häufig wird suggeriert, der Konsum von Alkohol erleichtere soziale Kontakte, erzeuge Gefühle von Stärke oder ließe einen entspannen.

Diese Konsummotive oder die inneren, mit dem Alkoholkonsumverbundenen Erwartungshaltungen, sprechen eine drittes wesentliche Bestimmung des Alkoholkonsums aus funktionaler Perspektive an.

### **Die Wirkung des Alkohols**

Bei der dritten Bestimmung handelt es sich um die Wirkung des Alkohols. Alkohol ist eine Substanz, die — wenn diese Substanz dem menschlichen Körper zugeführt wird — die Stimmung, das gefühlsmäßige Erleben und die Wahrnehmung verändert. Die Wirkung des Alkohols ist je nach Trinkmenge schon relativ kurzfristig nach ca. fünf bis dreißig Minuten zu verspüren. Ca. 20% der getrunkenen Alkoholmenge wird durch die Magenschleimhaut aufgenommen, ca. 80% landen im Dünndarm und somit im Blutkreislauf.

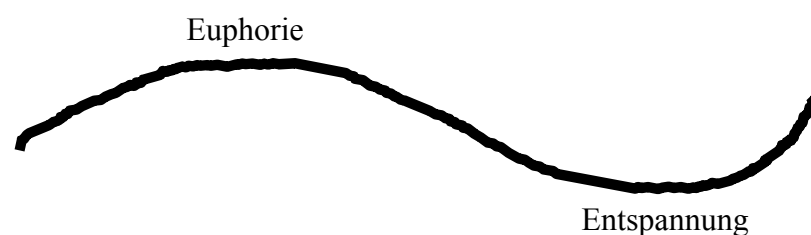
Die neurophysiologische und biologische Forschung nimmt an, daß in einem bestimmten Teil unseres Gehirns bestimmte Botenstoffe — sogenannte Neurotransmitter — aktiviert werden. Die Nervenzellen des mesolimbischen Systems aktivieren in einem bestimmten Teil unseres Gehirns ein Belohnungssystem, das Wohlbefinden und Lust initiiert.

Die unmittelbare Wirkung des Alkohols wird kurzfristig vom einzelnen Konsumenten meist als positiv erlebt und kann je nach Trinksituation und der individuellen Trinkerfahrungen einen sogenannten bipolaren Verlauf aufweisen: das heißt die Wirkung geht von Euphorie über zur Reduktion von Anspannungs- und Verspannungszuständen.

Methode:  
Informationsvermittlung  
anhand von Folie 26

Folie 26

### **Wirkungen und Funktion von Alkohol**



Je nach Trinksituation und persönlichem Gefühlszustand können einphasige oder zweiphasige Wirkungskomponenten erlebt werden:

- antriebssteigernde, euphorisierende Wirkung, das Erleben eines kurzfristig angenehmen Gefühlszustandes,
- der Zustand von Dämpfung oder Entspannung, als Reduktion von Ärger, Streß, Anspannungszuständen empfunden.

Entspannungsgefühle werden in solchen Situationen als Beendigung eines negativen Gefühlszustandes erfahren und damit positiv erlebt.

Methode:

Informationsvermittlung  
anhand von Folie 27

Folie 27

**Merke: Die angenehme kurzfristige Wirkung des Alkoholkonsums verstärkt das Verhalten, Alkohol zu trinken; das Verhalten, zu konsumieren, kann immer häufiger und intensiver auftreten.**

Die drei wesentlichen Bestimmungselemente des Alkoholkonsums sind somit:

- Das konkrete Verhalten, Alkohol zu trinken, um diesem dem Körper zuzuführen.
- Die gesellschaftlichen, sozialen und individuellen Situationen, in denen Menschen lernen, Alkohol zu trinken.
- Die kurzfristig positiven Wirkungen des Alkoholkonsums.

Innerhalb dieser drei Kernbestimmungen des Alkoholkonsums aus funktionaler Sicht spielen auch Konsummotive und -erwartungen eine zentrale Rolle.

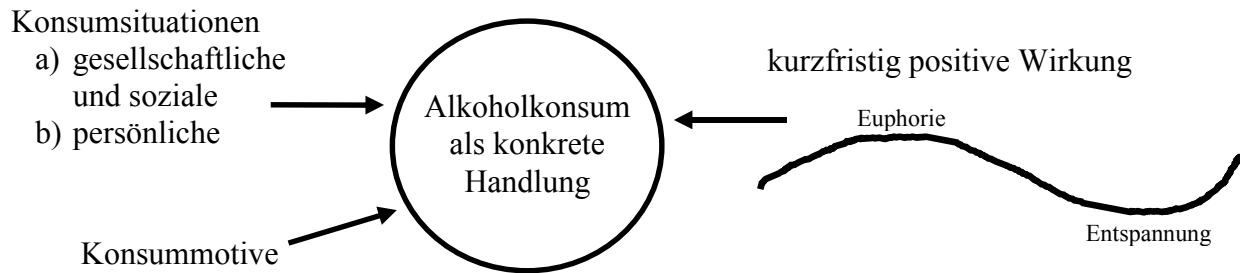
In welcher Beziehung stehen die einzelnen Bestimmungen zueinander?

Man kann folgendes funktionales Bedingungsmodell erstellen:

Methode:

Informationsvermittlung  
anhand von Folie 28

Folie 28



Die gesellschaftlichen, sozialen und persönlichen Konsumsituationen bestimmen als gelernte Trinksituation das Verhalten, Alkohol zu trinken. Die Veränderung dieser Konsumsituationen setzt ein persönliches Wissen von ihnen und ihre Registrierung voraus. Bei Versuchen, sie zu verändern, kann ein starkes Verlangen auftreten, doch weiter Alkohol zu konsumieren.

Die Wirkung des Alkohols als kurzfristig positive Wirkung verstärkt das Verlangen, Alkohol zu trinken. Dies kann zu einer starken Ausprägung des Trinkverhaltens führen: Häufigkeit und Intensität eines Alkoholkonsums können zunehmen.

Methode:  
Informationsvermittlung  
anhand von Folie 29

Folie 29

**Merke:** Alkoholkonsum ist ein hochfunktionales Verhalten, welches häufig situativ bestimmt ist. Die kurzfristig positiven Wirkungserfahrungen stehen oftmals mit der Situation des Konsums in einem funktionalen Zusammenhang. Seine kurzfristig positiven Konsequenzen (Wirkung) können dazu beitragen, daß der Konsum häufiger wird. Häufigeres und regelmäßiges Konsumverhalten kann die Folge sein.

Die situativen Bestimmungselemente des Alkoholkonsums dürften mit der Konsumhandlung und den Konsummotiven sowie der Wirkung des Trinkens in einem hochfunktionalen Zusammenhang. Ein unangenehmer Gefühlszustand wie z.B. eine soziale Kontaktangst, Ärger, Streß oder Anspannung — als Trinksituation — wird durch die Handlung und durch den Konsum des Alkohols dahingehend beseitigt oder reduziert, daß der unangenehme Gefühlszustand verschwindet, eine Reduktion von Anspannungszuständen stattfindet oder Entspannungszustände erhofft werden. Ferner können gewisse Situationen der Freude und angenehme situative Gefühlszustände

durch den Konsum von Alkohol verstärkt werden und weitere euphorisierende, sich noch stärker ausprägende positive Erlebnis- und Gefühlszustände erstrebt werden.

Diese positiven Wirkungserfahrungen oder Wirkungen des Alkohols treten relativ kurzfristig ein, sie dürften das Verlangen nach Alkohol intensivieren.

### **Besonderheiten eines regelmäßig riskanten Alkoholkonsums**

#### **Toleranzentwicklung und Dosissteigerung**

Die kurzfristig positive Wirkungsfunktion des Alkohols trägt dazu bei, das Konsumverhalten häufiger und regelmäßiger auftreten zu lassen. Menschen, die häufig und regelmäßig Alkohol trinken, trinken im Laufe dieser Entwicklung in der Regel auch stetig mehr größere Mengen Alkohol. Wir nennen dies das Phänomen der Toleranzentwicklung und Dosissteigerung.

Methode:

Informationsvermittlung  
anhand von Folie 30

Folie 30

## **Toleranzentwicklung**

### **Dosissteigerung**

Es ist eine besondere Eigenschaft der Suchtmittel und des menschlichen Körpers, daß häufig auch die Trinkmenge gesteigert wird, wenn Menschen regelmäßig Alkohol konsumieren. Offensichtlich gibt es einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Trinkens und der Steigerung der jeweiligen Trinkmengen, das heißt, Menschen, die häufig Alkohol trinken, um die Wirkung des Alkohols zu verspüren, können die angenehm positive Wirkung nur verspüren und erleben, indem sie langfristig die Trinkmenge oder die entsprechende Suchtmitteldosis steigern.

In der medizinisch-biologisch orientierten Forschung finden sich Anhaltspunkte dafür, daß im neurobiologischen System des Menschen biologische Marker herausgebildet werden, wenn Menschen regelmäßig Alkohol trinken. Die Ausbildung solcher biologischer Marker — Opiatrezeptoren — im dopaminergen System führt zum Phänomen der Dosissteigerung. Sehr vereinfacht könnte man sagen: Je häufiger getrunken wird, um so mehr biologische Marker bilden sich aus, die die Wirkung des Alkoholkonsums in einen Teil unseres Gehirns — im mesolimbischen System — abspeichern. Die vermehrte Ausbildung solcher Marker führt dann dazu, daß größere Mengen Alkohol vertragen werden können bzw. die Wirkung nur erfahren werden kann, wenn die Dosis gesteigert wird. Wenn nun die Dosis gesteigert wird, bilden sich noch mehr biologische Marker aus – so weiter.

Die neurobiologisch-physiologische Forschung vertritt die These, daß die menschlichen Körperzellen sich darauf einstellen, größere Mengen Alkohol zu verarbeiten. Das sogenannte MEOS, daß beim Abbau mittlerer und höherer Alkoholkonzentrationen wirksam wird, wird durch häufige Alkoholfuhr aktiviert. Auch diese Aktivierung und die damit verbundene Entwicklung von Toleranz gegenüber dem Alkohol ermöglicht eine schnelle Beseitigung überdurchschnittlich großer Alkoholmengen, was zur Folge hat, daß diese Person größere Mengen Alkohol trinken muß, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. , Demnach gibt es einen Zusammenhang zwischen Trinkhäufigkeit und Steigerung von Trinkmengen.

Wenn Sie einmal persönlich die Entwicklung Ihres Alkoholkonsums in den vergangenen Jahren betrachten, so werden Sie sicherlich feststellen, daß Sie zu Beginn Ihrer persönlichen Konsumgeschichte wesentlich weniger getrunken haben und dennoch schon eine deutlich angenehme Wirkung verspürt haben, und daß Sie im Laufe der Zeit die Trinkmenge und -häufigkeit gesteigert haben.

### **Stadien der Entstehung von Alkoholproblemen**

Problematischer Alkoholkonsum ist durch Begriffe gekennzeichnet wie Mißbrauch, Sucht und Abhängigkeit. Problematischer Alkoholkonsum oder süchtiges Verhalten entwickelt sich nicht schlagartig von heute auf morgen, sondern in der Regel über mehrere Jahre, auch über zehn bis zwanzig Jahre. Konsum und Genuß von Alkohol führen nicht zwangsläufig zum Mißbrauch oder zur Abhängigkeit, doch kann aus gelegentlichem Konsum regelmäßiger mit starker Gewöhnung werden.

Ein Mißbrauch von Suchtmitteln wie dem Alkohol ist dadurch definiert, daß der Konsum über einer bestimmten Norm liegt und negative Folgeerscheinungen wie Katergefühle am Morgen auftreten. Auch Menschen, die nur gelegentlich Alkohol zu sich nehmen, berichten von solchen Mißbrauchserfahrungen. In der Regel werden Mißbrauchssymptome zunächst bagatellisiert. Regelmäßige Alkoholkonsumenten haben jedenfalls ein hohes Risiko, Mißbrauchserfahrungen häufig zu machen. Aus gelegentlichem Mißbrauch kann bei einem regelmäßigen Konsum häufiger Mißbrauch werden, das dann zu einem regelmäßigen Mißbrauch mit verminderter Kontrollfähigkeit führen kann, vor allem dann — wenn die Folgen des Mißbrauchs, wie morgendliche Katergefühle, morgendliches Unwohlsein, Übelkeit (Entzugserscheinungen), zum Anlaß genommen werden, dem Körper wieder Alkohol zuzuführen, da dadurch die Mißbrauchs- und Entzugserscheinungen vermindert werden oder gänzlich verschwinden. Das regelmäßige Mißbrauchskonsumverhalten führt dann zu einer verminderten Kontrollfähigkeit. Dies ist gleichzeitig auch das

#### Methode:

Direkte Anrede der Teilnehmer

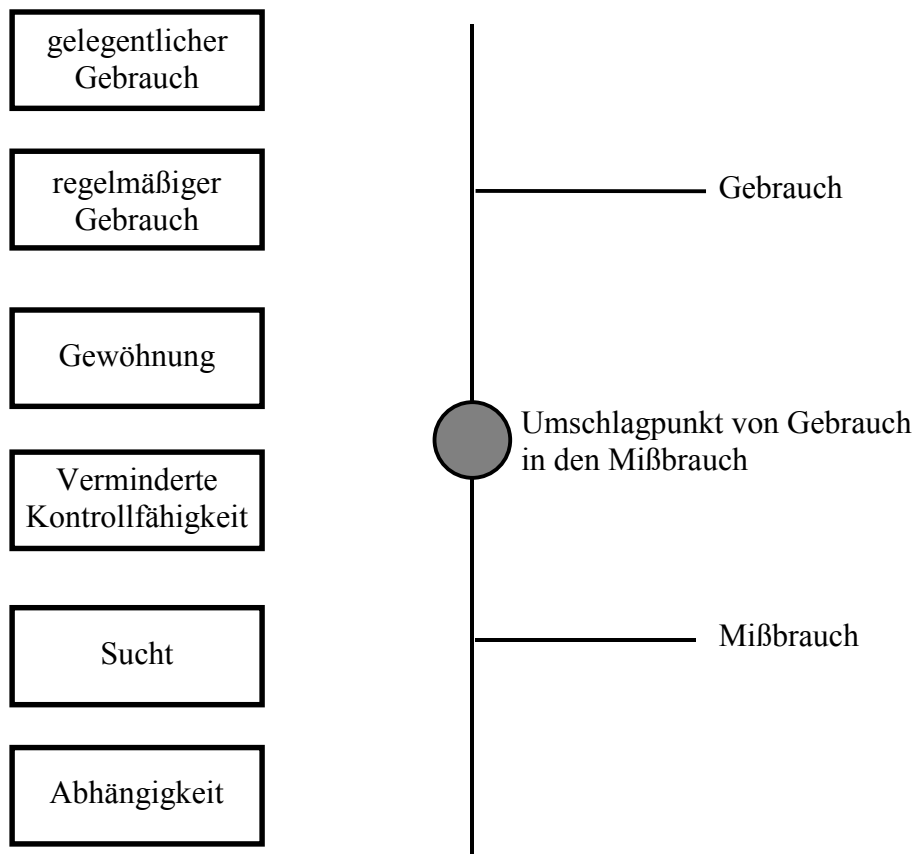
#### Methode:

Informationsvermittlung anhand von Folie 31 und Folie 32

ein Mißbrauchsverhalten kennzeichnende Merkmal. So kann dann zu einem Stadium der Alkoholabhängigkeit kommen.

Folie 31

**Stadien der Entstehung von Alkoholproblemen**  
(Hurrelmann, Bründel 1997)



**Folgen eines riskanten Alkoholkonsums**

Regelmäßiger und intensiver Suchtmittelkonsum birgt Risiken hinsichtlich gesundheitlicher, sozialer und psychischer Folgen. In der Bearbeitung der letzten Hausaufgabe 4 — dem sogenannten Körpercheck — sind körperliche Hinweise auf alkoholkonsumbezogene Problemstellungen gegeben worden. Es sollen nun einzelne Risiken und langfristige Folgen von Suchtmittelkonsum genauer dargelegt und auch soziale und psychische Problemstellungen mit einbezogen werden.

Methode:  
Informationsvermittlung  
anhand von Folie 32



Folie 32

	<b>Problemfelder infolge von ...</b>	
	<b>... Trinkexzessen können sein:</b>	<b>... chronisch übermäßigem Suchtmittelkonsum können sein:</b>
<b>Soziale Probleme</b>	Familienstreit, häufige Ausübung von Gewalt, Vernachlässigung oder Mißbrauch von Kindern, häusliche Unfälle, Nichterscheinen am Arbeitsplatz, Arbeitsunfälle, mangelnde Arbeitseffizienz, Störung der öffentlichen Ordnung, Diebstahl, Totschlag, Alkohol am Steuer, Verkehrsunfälle, unerwünschte Schwangerschaften, ungeschützter Geschlechtsverkehr	Familienprobleme, Scheidung, Obdachlosigkeit, Arbeitsschwierigkeiten, Arbeitslosigkeit, Geldprobleme, Schulden, häufige Verurteilungen wegen Trunkenheit, Schulschwierigkeiten der Kinder
<b>Psychische Probleme</b>	Schlaflosigkeit, Depressionen, Angst, Gedächtnisverlust, Selbstmordversuche, Selbstmord	Schlaflosigkeit, Depression, Angst, Selbstmordversuche, Persönlichkeitsveränderungen, Gedächtnisverlust, Delirien, Entzugskrämpfe, Halluzinationen, demente Entwicklungen, Mißbrauch anderer Suchtmittel
<b>Körperliche, gesundheitliche Probleme</b>	Leber- und Magenerkrankungen, Gicht, Herzrhythmusstörungen, Verletzungen, akute Alkoholvergiftung, sexuelle Impotenz, Schädigungen des Fötus, HIV/Aids-Risiko	Fettleber, Hepatitis, Leberzirrhose, Leberkrebs, Gastritis, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, Krebs im Mund-Rachen-Raum. Dickdarmkrebs, Mangelernährung, Fettleibigkeit, Diabetes, Herzmuskelschaden, Bluthochdruck, Schlaganfälle, Gehirnschäden. Polyneuropathie, Muskelschwunde, sexuelle Störungen, Unfruchtbarkeit, Schädigungen des Fötus, Schädigungen der Blutbildung. Wechselwirkung mit anderen Suchtmitteln.

Wir unterscheiden langfristige Folgen, die durch einmalige sehr hohe Intoxikation bedingt sind, von den langfristigen Folgen eines regelmäßigen, mißbräuchlichem Alkoholkonsums. Der Tendenz nach kann man sagen, daß durch wenige, aber sehr hohe Intoxikationen die sozialen Probleme gehäuft auftreten, und die psychischen und körperlichen Probleme hinzukommen. Es fällt auf, daß bei einem regelmäßig langjährigen Konsum die langfristigen körperlichen Folgen des Alkohols in den Vordergrund treten. Die Gesundheit stellt das höchste Gut des menschlichen Le-

bens dar. Aus regelmäßigem riskanten Alkoholkonsum ergeben sich massive körperliche Folgeerkrankungen. Und es kommt hinzu, daß oft Erkrankungen diagnostiziert werden, die irrtümlicherweise nicht in Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum gebracht werden. Wie nahezu immer, wenn die eigentliche Ursache einer Erkrankung nicht erkannt wird. Kann dies auch hier schlimme Folgen haben.

Ferner ist anzumerken, daß die oben aufgeführten langfristig eintretenden negativen Symptome auch wieder zum Ausgangspunkt erneuten Alkoholkonsums werden können: Probleme wie Schlaflosigkeit, Angstzustände können durch Alkoholgenuß überwunden. Dies ist der Weg, der schließlich in die Abhängigkeit zu führen droht. Entzugsserscheinungen, wie Unruhezustände, Angespanntsein am Morgen, morgendliches Zittern, Unwohlsein, Übelkeit bis hin zu Delirien, die beim Absetzen des Alkohols auftreten, können, das liegt in der Natur der Sache, am wirksamsten durch erneute Alkoholzufuhr beseitigt werden. Dies führt dann in den allseits bekannten ‚Teufelskreislauf‘.

Diese langfristigen negativen Folgen können aber auch Anlaß sein, über eine Veränderung des Konsumverhaltens nachzudenken. Möglicherweise werden die langfristigen Folgen als so erdrückend erfaßt, daß man sich ernsthaft mit einer Veränderung des Konsumverhaltens auseinanderzusetzen beginnt.

### **Hausaufgaben für den Abschluß der zweiten Lerneinheit**

In dieser Lerneinheit wurde als grundlegende Informationen vermittelt, daß die Kenntnis der persönlichen oder sozialen Trinksituationen als Voraussetzung für die Veränderung des Konsumverhaltens angesehen werden kann. Die spezielle Wirkung und Funktion des Alkohols ist als bipolare Funktion zwischen Euphorie und Entspannung beschrieben worden.

Die Hausaufgabe soll nun darin bestehen:

- a) zwei typische Trinksituationen, in denen Sie in der Vergangenheit regelmäßig Alkohol getrunken haben kurz und präzise, situativ zu benennen und
- b) die typische Wirkungserfahrung bei dem Konsum einer bestimmten Menge Alkohol konkret zu beschreiben, Ihre persönliche Wirkungserfahrung und Ihre persönliche Wirkungsfunktion kurz typisierend darzustellen.

**Hausaufgabe 5: Trinksituationen und Wirkungserfahrungen von Alkoholkonsum**

- 1 Bestimmen Sie zwei typische konkrete Trinksituationen, in denen Sie in der Vergangenheit regelmäßig Alkohol getrunken haben.
- 2 Beschreiben Sie kurz Ihre typischen Wirkungserfahrungen bei dem Konsum einer bestimmten Menge Alkohol, die einen kurzfristig angenehmen Gefühlszustand hervorgerufen hat.

Meine typischen, konkreten Trinksituationen in denen ich in der Vergangenheit regelmäßig Alkohol getrunken habe, waren folgende Situationen:

1. Situation:

2. Situation:

Meinen typischen Gefühlszustand — meine Wirkungserfahrung und Funktion des Alkoholkonsums — kann ich kurz wie folgt beschreiben:

Es wurden auch Informationen über Folgen eines riskanten Alkoholkonsums geliefert. Die Hausaufgabe besteht darin, zu bestimmen, welche kurzfristig negativen Folgen durch einmalig hohe Alkoholkonsummengen von den Teilnehmern erfahren worden sind und welche langfristig negativen Folgen des regelmäßigen Alkoholkonsum festzustellen sind. Dabei sind negative Folgen immer hinsichtlich sozialer, psychischer und körperlicher bis gesundheitlicher Probleme zu unterscheiden.

### Hausaufgabe 6: Folgen riskanten Alkoholkonsums

1. Liegen bei Ihnen kurzfristig negative Folgen bedingt durch einmalig hohe Alkoholkonsummengen (Trinkexzesse) vor? ja  nein   
 Zutreffendes bitte ankreuzen:

Wenn kurzfristig negative Folgen durch Trinkexzesse eingetreten sind, beschreiben Sie kurz diese Folgen und Problemfelder hinsichtlich

a) sozialer Probleme

.....  
 .....

b) psychischer Probleme

.....  
 .....

c) körperlicher/gesundheitlicher Probleme

.....  
 .....

2. Liegen bei Ihnen langfristige Folgen aufgrund von langzeitigem, regelmäßigem Suchtmittelkonsum vor? ja  nein   
 Zutreffendes bitte ankreuzen.

Wenn langfristige Folgen aufgrund von regelmäßigem Alkoholkonsum eingetreten sind, beschreiben Sie kurz diese Folgen und Problemfelder hinsichtlich

a) sozialer Probleme

.....  
 .....

b) psychischer Probleme

.....  
 .....

c) körperlicher/gesundheitlicher Probleme

.....  
 .....

**Lerneinheit 3: Drittes Gruppentreffen — 120 Minuten**

**2.3 Langfristige negative Folgen von Alkoholkonsum und Konsumänderungsversuche**

**Nachbesprechung der Hausaufgaben der Lerneinheit 2:**

Hausaufgabe 5: Trinksituationen und Wirkungserfahrungen von Alkoholkonsum

Methode:

An einer Flipcharttafel wird stichwortartig der Beitrag der TeilnehmerInnen gesammelt und kategorisiert, z. B. nach gesellschaftlichen/sozialen und individuellen Trinksituationen und Wirkung

Hausaufgabe 6: Folgen riskanten Alkoholkonsums (kurzfristig einmalige und langfristig regelmäßige negative)

Methode:

Stichwortartige Sammlung und Auflistung an der Flipcharttafel von negativen Folgen des Alkoholkonsums

**2.3. Langfristig negative Folgen von problematischem Alkoholkonsum und erste Konsumänderungsversuche**

**Grundlegende Bedingungen der Selbstkontrolle des Alkoholkonsums**

An Information wurde den Teilnehmern bisher vermittelt:

- a) Es gibt Situationen, in denen wir lernen, regelmäßig Alkohol zu trinken.
- b) Die kurzfristig immer wieder als positiv erlebte Wirkung des Trinkens von Alkohol führt zur Stabilisierung des Trinkverhaltens und von dort aus zu einer häufigeren Ausprägung dieses Verhaltens.
- c) Dieses Verhalten, in Verbindung gebracht mit dem Phänomen von Dosissteigerung und Toleranzentwicklung, zeitigt mannigfaltige gesundheitliche, soziale und psychische Folgen.

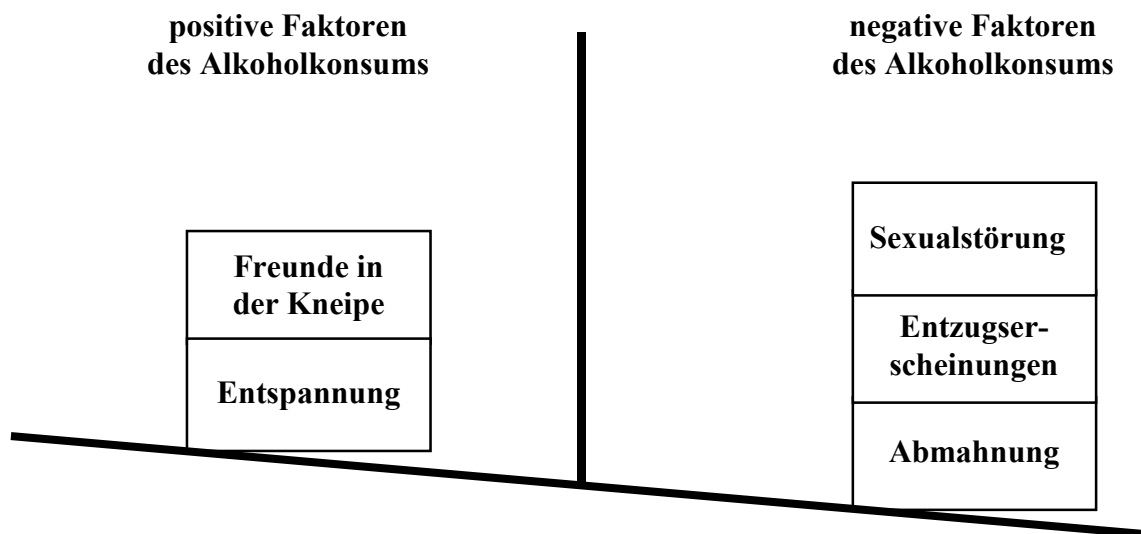
Methode:

Informationsvermittlung anhand Folie 33 bis Folie 35

Es ist zu zeigen, daß die negativen gesundheitlichen, sozialen und psychischen Folgen auch die Chance für eine Verhaltensänderung bieten.

Modellhaft kann man die Bedingung für eine Verhaltensänderung an einer Waage darstellen: Die Summe der langfristig negativen Einflüsse und Faktoren wird so gewichtig, daß sie die Bedeutsamkeit der kurzfristig positiven Wirkungen des Alkohols aufhebt. Die Neigung der Waage zu den negativen Folgen markiert den günstigen Zeitpunkt für eine Verhaltensänderung beim Alkoholkonsum.

Folie 33



Prinzipieller  
didaktischer Hinweis:

Zu Demonstrationszwecken wird an dieser und anderen Stellen des psychoedukativen Programms eine Zwei-Schalen-Waage eingesetzt.

Diese Waage bildet die Realität der Menschen mit Alkoholproblemen, die zwischen zwei Zielsetzungen hin und her schwanken, modellhaft ab. Sie dient zur optischen Verstärkung der Erfassung ambivalenter Verhaltenskonfliktsituationen, um sich in den Köpfen und Gedanken der Teilnehmer

festzusetzen. Mit dieser bildhaften Demonstration verfolgen wir einerseits das Ziel, den Teilnehmern zu vermitteln, daß ambivalentes Verhalten bei Alkoholproblemen normal ist, andererseits beabsichtigen wir, sie in die Lage zu versetzen, in solchen Konflikten Einfluß auf die Steuerung dieses ambivalenten Verhaltens durch Selbstmanagement und Selbstkontrollstrategien zu nehmen.

Die unterschiedlichen Gewichte, die wir auf die einzelnen Waagschalen auflegen, werden durch farblich unterschiedlich gekennzeichnete Bauklötze dargestellt, die auch unterschiedliche Größen haben können. In dem Fall der Darstellung der Folie 33 nehmen wir für die positiven Faktoren des Alkoholkonsums grüne Bausteine und für die negativen rote.

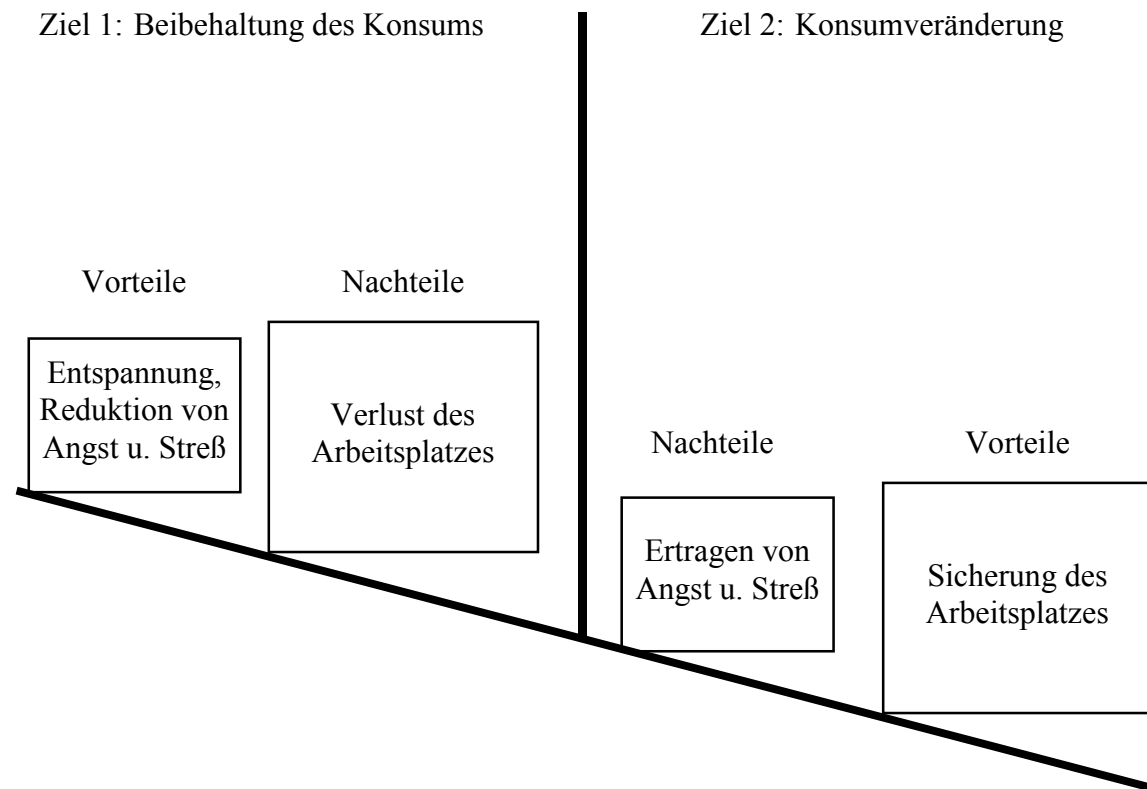
In der Darstellung wird deutlich, daß die negativen Faktoren des Alkoholkonsums die positiven überwiegen. Diese Waage-Konstellation kann sich je nach Situation oder Zeitpunkt ändern, es können sich die Gewichtungen eines einzelnen Faktors immer mal wieder verschieben. Die Gewichtung des Faktors *Freunde in der Kneipe* zum Beispiel kann abends eine wesentlich größere Bedeutung haben als am Morgen. Die Gewichtung des Symptoms *Entzugserscheinungen* wiederum kann in einer morgendlichen Situation eine wesentlich höhere Bedeutung haben als am Abend, da durch den Konsum von Alkohol die Symptomatik der Entzugserscheinungen verschwindet bzw. nur noch eine geringe Bedeutung aufweist (etwa als morgendliche Angst vor Entzugserscheinungen).

Somit kann eine komplexe, von zeitlich und situativen Elementen bestimmte Verhaltenskonfliktsituation auftreten, die wechselhaft ist, das heißt ambivalent zwischen zwei Zielen schwankt: Jemand hat lange Zeit die Erfahrung gemacht, daß sich dank des Konsums von Alkohol beruflich bedingte Anspannungen und Streßerfahrungen reduzieren lassen. Aufgrund des regelmäßigen Alkoholkonsums kann es jedoch zu Auffälligkeiten am Arbeitsplatz kommen bis hin zu dessen Verlust — wenn der Betroffene sein Konsumverhalten nicht ändert. Der in einer solchen Situation erfahrene Verhaltenskonflikt kann auf der Waage wie folgt dargestellt werden:

*Ziel 1:* Beibehaltung des Konsumverhaltens mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen.

*Ziel 2:* Änderung des Konsumverhaltens mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen.

Folie 34



Die geschilderte Situation ist dadurch charakterisiert, daß der Betroffene zwischen Vor- und Nachteilen schwankt, er sich in einem Verhaltenskonflikt befindet. Wenn die Vorteile des Konsums gering werden, die Nachteile des Konsums dagegen groß, und außerdem die Nachteile der Verhaltensänderung als relativ klein angesehen werden, ihre Vorteile dagegen groß, dann besteht die Chance, daß der Schritt zu einer Konsumveränderung tatsächlich erfolgt.

Es bleibt das Problem, daß die Vorteile einer Konsumveränderung erst langfristig eintreten, die Nachteile jedoch kurzfristig — Angst und Streß müssen z.B., wenn sie nicht ‚im Alkohol ertränkt‘ werden, ausgehalten werden. Die Vorteile des Konsums werden somit oft als sehr hoch eingeschätzt und überwiegen die erst langfristig auftauchenden Nachteile. Werden diese dann bewußt, dann werden sie möglicherweise zum Ausgangspunkt des Teufelskreises, der den Alkoholkonsum erhöht.

Ein solcher Verhaltenskonflikt — das Schwanken zwischen der Zielsetzung Beibehaltung des Konsums oder Änderung des Konsums — ist äußerst komplex und wie bereits erwähnt von zeitlichen und situativen Bedingungen abhängig.

Diese Ausgangssituation wird in der Psychologie als Selbstkontrollsituation bezeichnet. Es gibt zwei Grundmuster der Selbstkontrolle:

- Widerstehen einer Versuchung, d.h. Verzicht — Aufschub eines positiven Verstärkers, um damit langfristig einen positiven Effekt zu erzielen.

Methode:

Demonstrationsübung des Fallbeispiels der Folie 34 anhand der Waage



- Ertragen einer unangenehmen Situation, d.h. kurzfristig eine unangenehme Situation aushalten, um damit langfristig einen positiven Effekt zu erzielen.

Folie 35

### Situation der Selbstkontrolle

#### Alternative 1

Einer Versuchung widerstehen



kurzfristig

Verzicht auf einen angenehmen Gefühlszustand

langfristig

Vermeidung langfristiger negativer Folgen

#### Alternative 2

*Heldentum*

Ertragen einer unangenehmen Situation



kurzfristig

Inkaufnehmen von Entzugserscheinungen, Ängsten, Unsicherheiten

langfristig

Sicherung von Gesundheit, Arbeitsplatz, sozialen Beziehungen

### Besonderheiten des problematischen Alkoholkonsum und Selbstkontrollversuche

Die Selbstkontrollstrategien zur Veränderung des Alkoholkonsums sind durch folgende Besonderheiten zu charakterisieren:

- a) Auf ihrer Basis können Trinksysteme entwickelt werden. Sie versuchen, das Problemverhalten zu kontrollieren. Z.B.: Nicht vor bestimmten Uhrzeiten Alkohol trinken, nicht vor 18 Uhr, nur am Wochenende, heimlich, einige Zeit überhaupt nicht zu trinken. Wichtig ist, daß den Teilnehmern bewußt wird, daß sie mit dem Alkohol ein Problem haben. Ohne dieses Wissen können Selbstkontrollstrategien nicht entwickelt werden. Menschen, die kein Alkoholproblem haben, entwickeln in der Regel auch keine Trinksysteme.

#### Methode:

Informationsvermittlung anhand Folie 36 bis Folie 39

## Folie 36

**Merke:** Die Entwicklung von Selbstkontrollstrategien soll nicht zu dem Trugschluß führen, daß es kein Problem gibt. Nur ein als Problem erkanntes Verhalten kann kontrolliert werden.

- b) Selbstkontrollstrategien scheitern oft. Denn es ist immer wieder sehr verlockend, die kurzfristig positiven Wirkungen des Alkohols zu erfahren, was, wie oben dargestellt, allerdings nur mit einer sich langsam steigenden Dosis möglich ist.

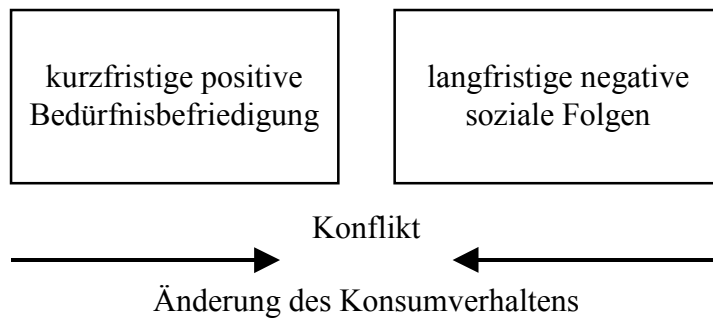
## Folie 37

**Merke:** Die kurzfristig positiven Folgen und Konsequenzen des Alkoholkonsums können lange Zeit so bestimmend sein, daß die langfristig negativen Folgen in den Hintergrund gedrängt werden.

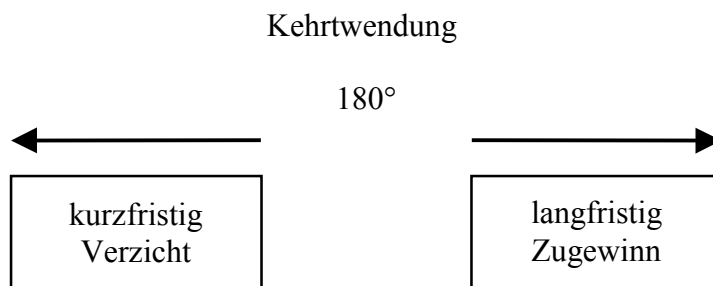
- c) Wer seinen Alkoholkonsum ändern will, muß zunächst auf dessen angenehme Wirkung verzichten, kann also erst zu einem späteren Zeitpunkt den Profit dieses Verzichts ernten; als da wären: körperliche Gesundheit, soziale Sicherheit, psychisches Wohlergehen. Die Dispositionen des Verhaltens war in den vergangenen Jahren auf Kurzfristigkeit hin orientiert, was einem Verzichtverhalten diametral entgegensteht: Aufgrund immer wiederkehrender kurzfristiger Bedürfnisbefriedigung entwickelten sich stark ausgeprägte Gewohnheiten bis hin zur Abhängigkeit. Die Änderung von Gewohnheiten und die Entwicklung von Selbstkontrolle und Selbstdisziplin in Bezug auf das zu kontrollierende Alkoholproblem stellt somit ein Verhalten dar, daß dem alten Konsumverhalten diametral entgegensteht.

Folie 38

Bisheriges Verhaltensmuster:  
Konsum



Neue Verhaltensanforderung:  
Konsumveränderung



Die Änderung des Alkoholkonsumverhaltens vor dem Hintergrund der äußerst konflikthafter Selbstkontrollsituation ist als äußerst schwierige Verhaltenssituation zu kennzeichnen, die wahrscheinlich nur zeitweise erfolgreich sein kann, da es Zeiträume geben dürfte, in denen vom Ziel, das Konsumverhalten grundlegend zu verändern, abgewichen wird.

Folie 39

**Merke:** Wir wissen auch von ähnlichen Verhaltensklassen wie dem Alkoholkonsum — etwa dem Arbeits-, Sexual- und Rauchverhalten — daß auch in diesen Verhaltensbereichen Selbstkontrollstrategien zeitweise gelingen können, aber oft auch scheitern — Konsum- und Abstinenzphasen wechseln auch hier häufig.

**Das Kreislaufmodell für Konsumänderungsversuche**

Vor dem Hintergrund der schwierigen Konstellation der Selbstkontrolle ist es verständlich, daß nur eine Minderheit der Menschen mit Alkoholproblemen eine langjährige Abstinenz durchhält. Die statistischen Zahlen belegen, daß nur zwischen 20 und 40% aller Menschen mit Alkoholproblemen eine jahrelange Abstinenz einhalten.

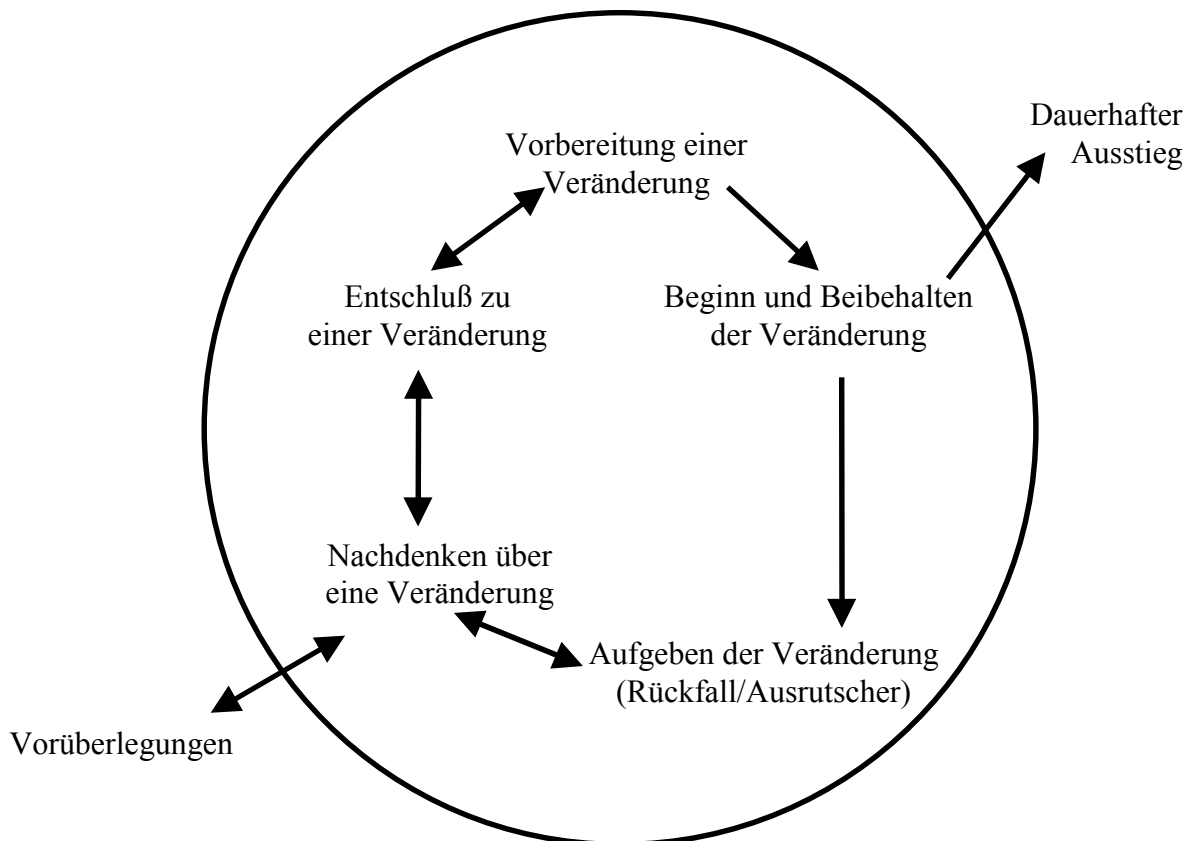
Bei einem Großteil der Menschen mit Alkoholproblemen oder

Alkoholabhängigkeitserkrankungen treten Rückfallphasen auf; Phasen der Abstinenz wechseln sich mit Konsumphasen ab.

Die einzelnen Phasen dieses Prozesse können anhand eines Kreislaufmodells dargestellt werden:

Methode:  
Informationsvermittlung  
anhand von Folie 40

Folie 40



Die Phasen — Vorüberlegungen, Einstieg, Nachdenken über eine Veränderung, Entschluß zu einer Veränderung, Beginn einer Veränderung, Beibehalten einer Veränderung, möglicherweise dauerhafter Ausstieg, aber auch Aufgeben der Veränderung (Abstinenzbeendigung, Ausrutscher, Rückfall, Konsumphase) — können dabei, wie die empirischen Untersuchungen belegen, wiederkehrend durchlaufen werden.

**Ambivalenz als grundlegende Bedingung von Konsumänderungsversuchen**

In dem Abschnitt über Selbstkontrolle wurde dargestellt, daß ein Verhaltenskonflikt in Bezug auf die Änderung eines problematischem Alkoholkonsumverhalten immer ein Konflikt zwischen zwei Zielen ist: Beibehaltung oder Änderung des Alkoholkonsums. Je nach zeitlicher Situation kann das eine oder das andere Ziel attraktiv sein. Eine ambivalente Grund-

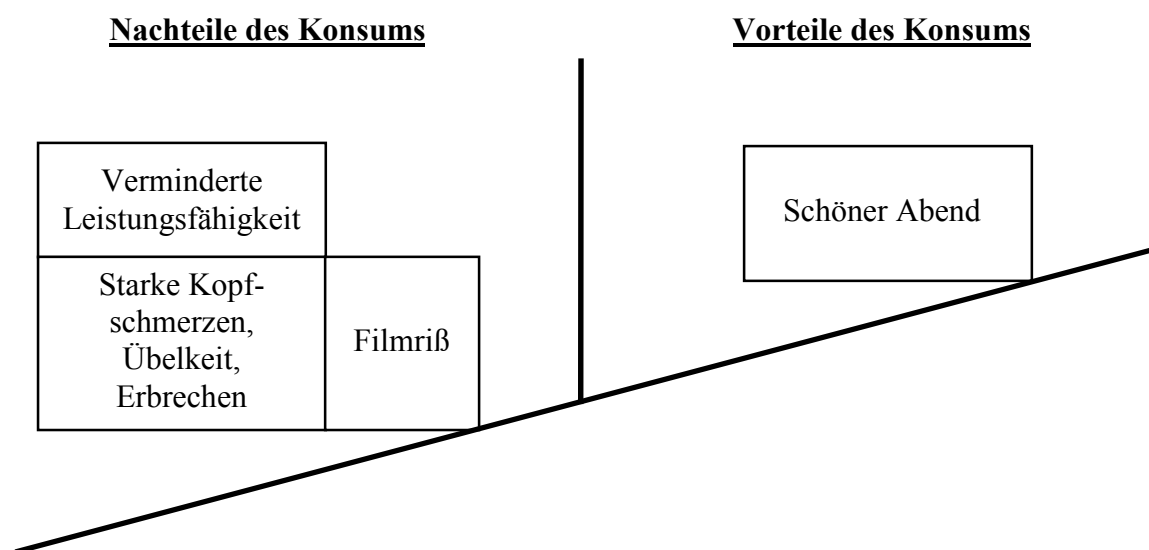
Didaktischer Hinweis:  
Demonstration der in Folie 41 dargestellten Aussage mit der Waage. Es wird jede einzelne Motivationssituation mit der Zweischaalenwaage nachge-

haltung ist daraus die Folge. Solch ambivalente Grundhaltungen sind für Personen mit Alkoholkonsum zentrale Verhaltensmotive. Mal möchten sie den Konsum beenden, dann wiederum möchten sie ihn doch fortsetzen. Mal sagen sie: „das war das letzte Mal“, ein anderes Mal: „nur noch einmal“. Einer solche ambivalente, unterschiedliche Motivationslage in einer spezifischen Situation zu einem bestimmten Zeitpunkt illustriert das folgende Beispiel:

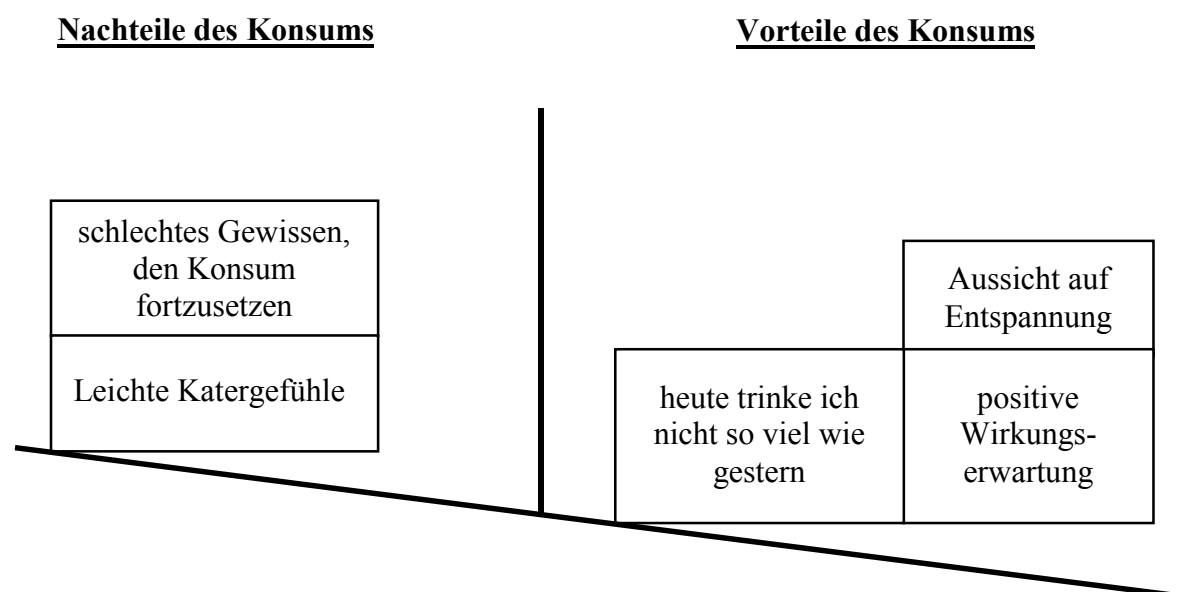
stellt, indem farblich und von der Größe her unterschiedliche Bausteine auf die Waagschalen gelegt werden. So soll die zeitlich und situativ bedingte, ambivalente Motivationslage exemplarisch und sinnbildlich dargestellt werden.

Folie 41

**Motivationssituation nach exzessivem Alkoholkonsum 6.00 Uhr morgens**



**Motivationssituation vor Konsumbeginn 12 Stunden später am folgenden Abend**

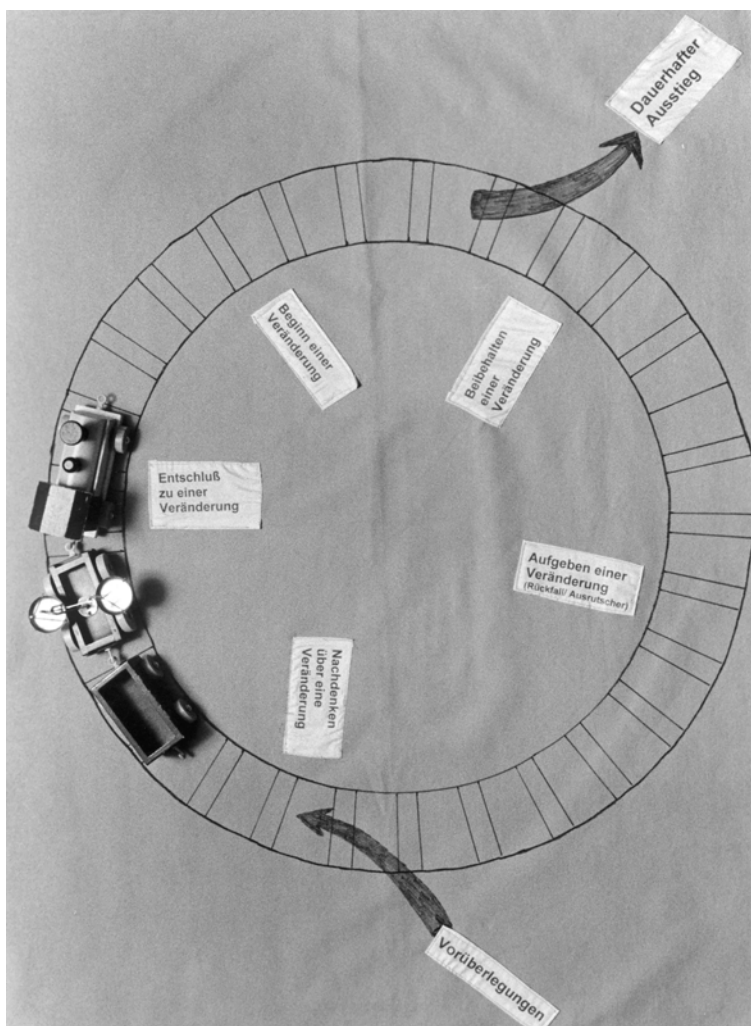


Wechselnde Motivationslagen in Bezug auf Selbstkontrolle kennen wir auch aus anderen Verhaltenssituationen:

Am Abend können wir uns sehr fest vornehmen, morgens früh aufzustehen, um eine bestimmte Arbeit auszuführen. In der Situation des Aufstehens am Morgen entscheiden wir uns aber, im Bett zu bleiben und auszuschlafen.

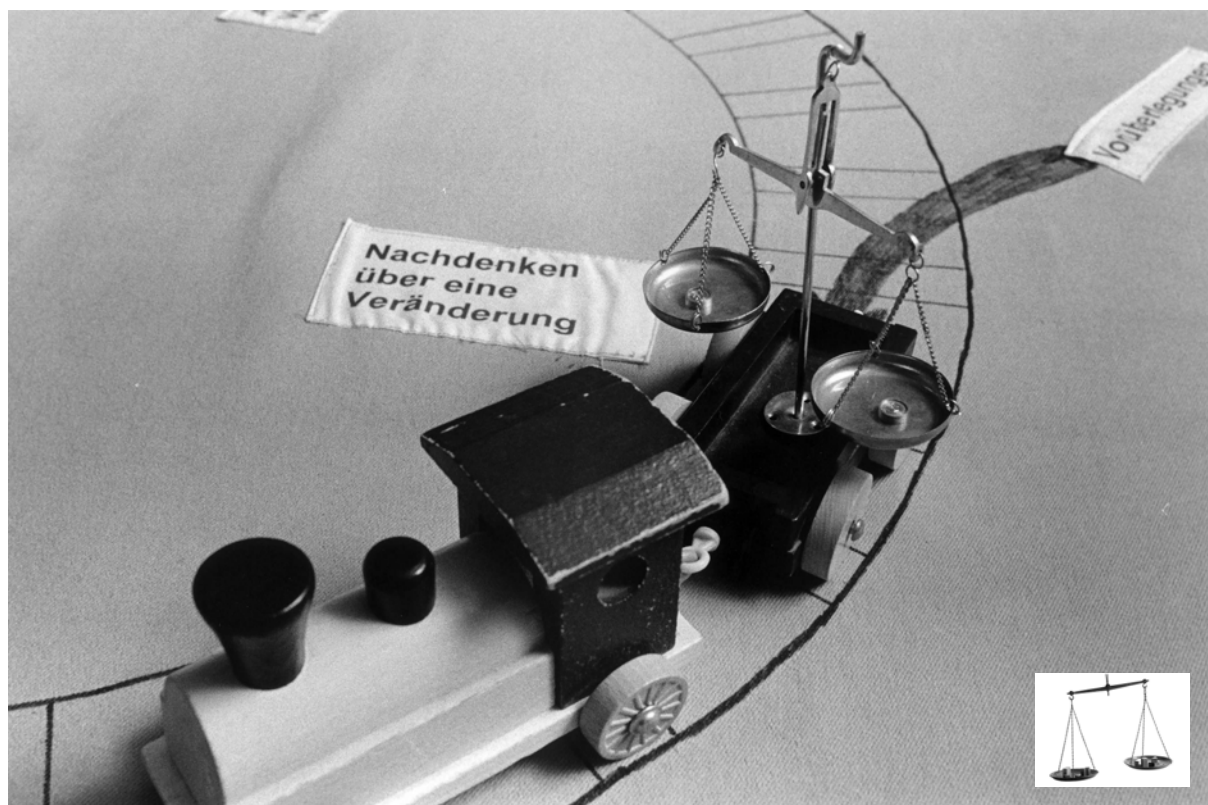
Ein anderes Beispiel: Tags zuvor haben wir uns entschieden, das Eßverhalten zu ändern und eine Diät einzuhalten. In der beim Mittagessen gegebenen Situation entscheiden wir uns, die Diät zu verwerfen und einen großen Nachtisch zu essen.

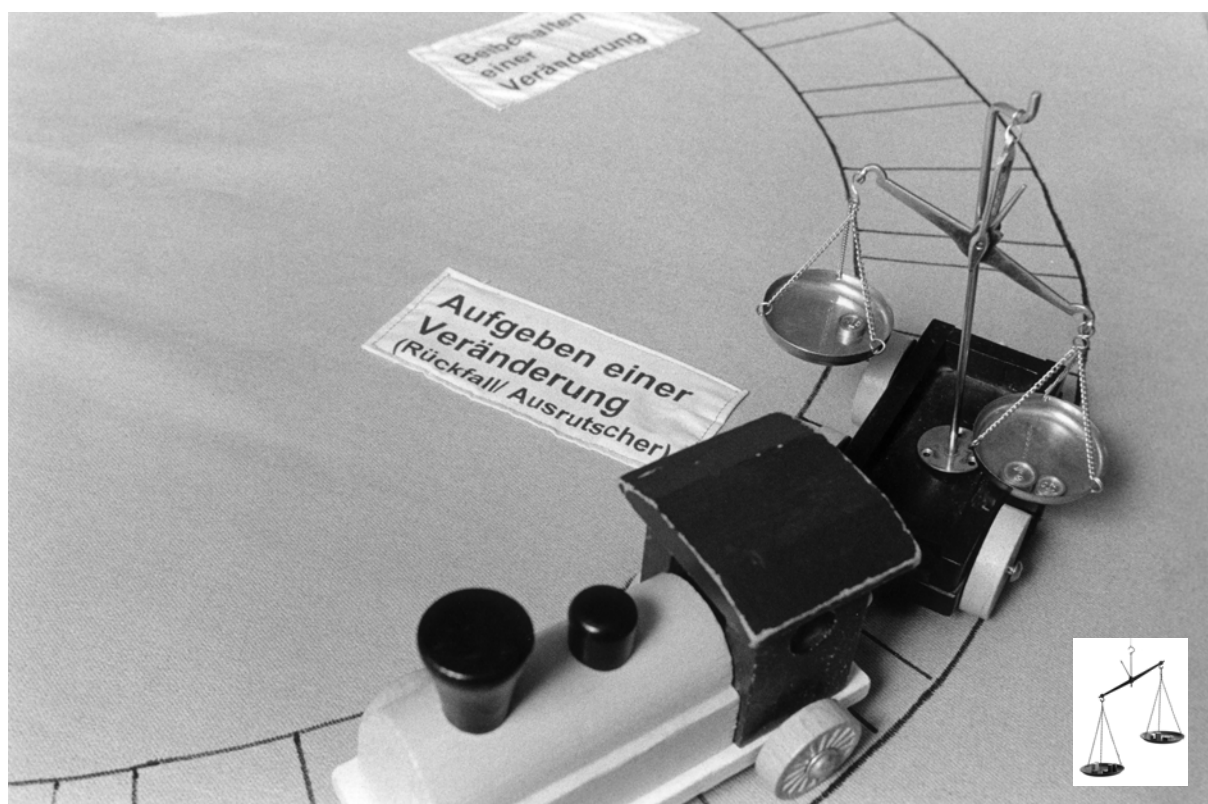
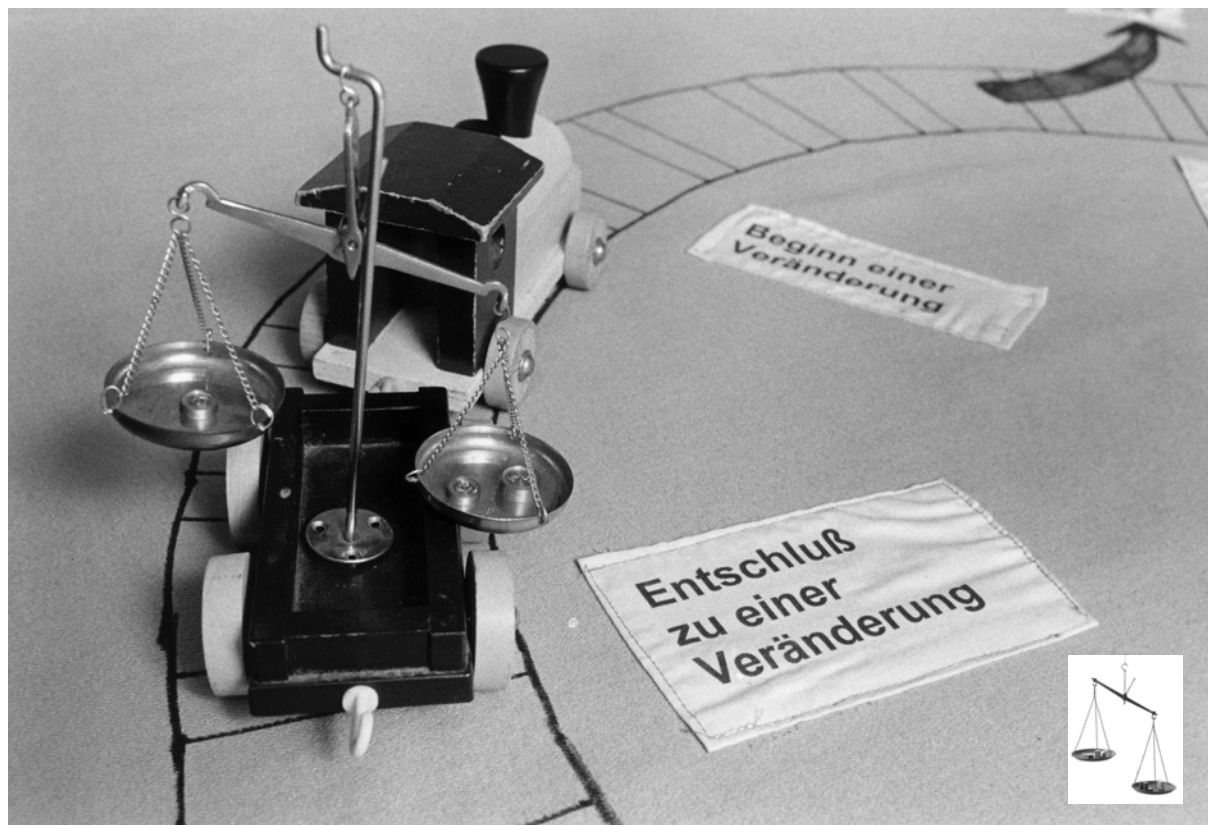
Oben wurde das Kreislaufmodell für Konsumänderungsversuche vorgestellt, das die Phasen Vorüberlegungen, Einstieg, Nachdenken über eine Veränderung, Entschluß zu einer Veränderung, Beginn einer Veränderung, Beibehalten der Veränderung, möglicherweise dauerhafter Ausstieg und Aufgeben der Veränderung (Abstinenzbeendigung und wiederkehrende Konsumphase) umfaßt. Es erfolgt nun eine Demonstration, wie der Spielzeugzug Motivationsphasen durchlaufen kann, und daß in jeder einzelnen Phase eine ambivalente Motivationslage eintreten oder vorhanden sein kann. So wird plastisch dargestellt, daß Ambivalenz ein Kernbestandteil der jeweiligen Motivationsituation ist.



Prinzipieller didaktischer Hinweis:

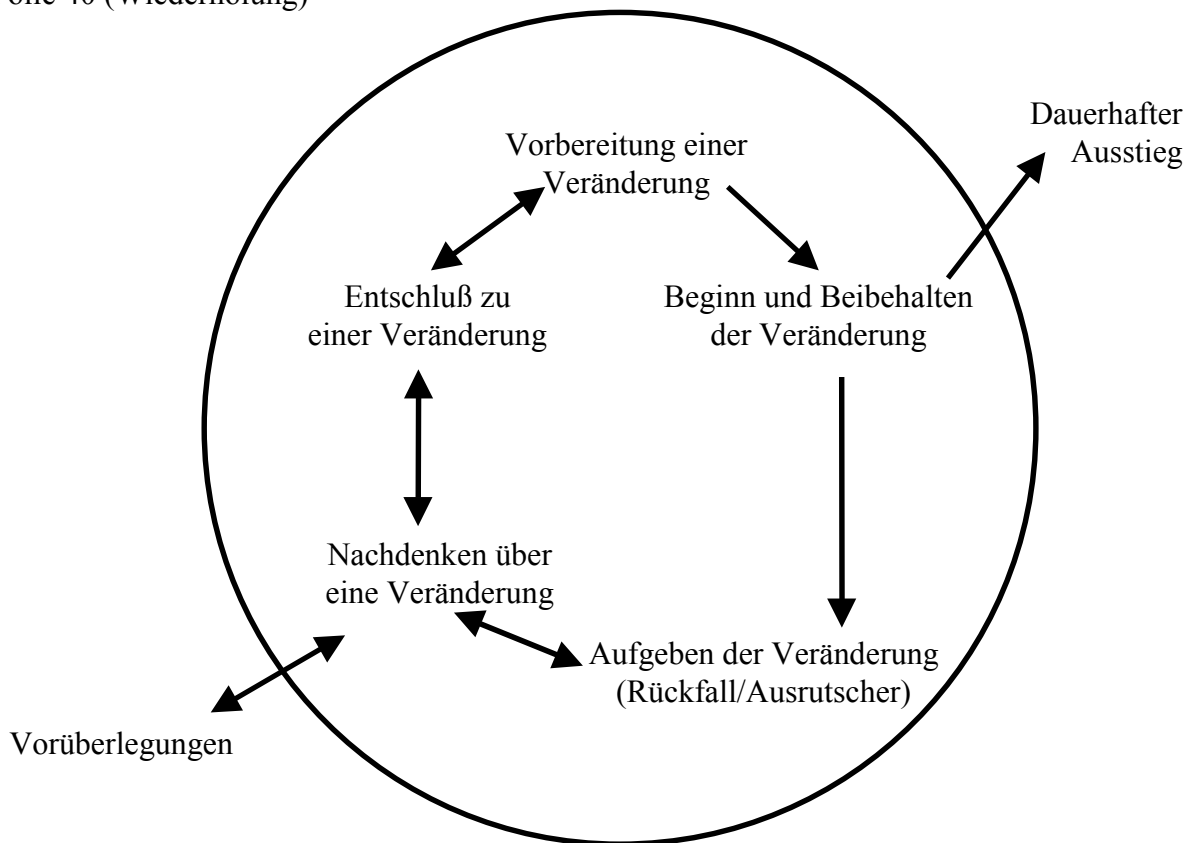
Demonstration: Mit einem Spielzeugholzzug mit Anhängern — auf einem dieser Anhänger ist eine kleine Waage installiert, die unserer großen Waage entspricht — demonstrieren wir die verschiedenen Stadien ambivalenter Motivationsentwicklungen, wie wir sie anhand des Kreislaufmodells dargestellt haben. Das Kreislaufmodell ist auf einem Stofftuch, das eine Größe von ca. 60 × 90 cm aufweist, abgebildet. Die einzelnen zeitlichen Phasen sind dort aufgedruckt.







Folie 40 (Wiederholung)



Während des abstinenten Verhaltens kann der Wunsch auftauchen, wieder zu konsumieren. In dieser Rückfallphase kann dann wieder der Wunsch auftauchen, mit dem Trinken aufhören zu wollen. Diese ambivalenten Verhaltenssituationen sind schwierig zu steuern. Voraussetzung für eine Steuerung sind gute Kenntnisse von den Schwierigkeiten einer Verhaltensänderung. Gefragt werden muß, ob es günstige Konstellationen, günstige Zeitpunkte für Verhaltensänderungen gibt. Welche Strategien muß man anwenden, um den Zug mit der ambivalenten Waage so zu steuern, daß günstige Selbstmanagementstrategien aufgebaut werden, die die gesteckten Zielsetzungen erreichen?

Nur eine Minderheit der Menschen mit problematischem Alkoholkonsum bleibt nach ihrem Entschluß, mit dem Trinken aufzuhören, tatsächlich lebenslang abstinent. Es ist also davon auszugehen, daß die überwiegende Mehrzahl auch der Teilnehmer des psychoedukativen Programms diese verschiedenen, oben benannten Motivationsphasen häufig durchlaufen wird. Die Moderatoren sollten den Eindruck vermeiden, daß diese Antizipation künftigen Verhaltens im Sinne einer Selbsterfüllungsprophezeiung interpretiert werden könnte, d.h. so, als sei das Denken an das mögliche Scheitern der eigenen Ziele schon der Grund für das Verfehlen der Ziele. Vielmehr ist es von großer Wichtigkeit, Kenntnisse darüber zu haben,

Methode:  
 Informationsvermittlung  
 anhand Folie 42 bis Folie 48

daß es zur Normalität problematischen Alkoholkonsums und Abhängigkeitsentwicklungen gehört, solche Phasen zu durchlaufen. Es ist entscheidend, Kenntnisse über jede einzelne Phase zu haben sowie günstige Strategien der Einflußnahme auf einzelne Phasen zu entwickeln und zu planen und diese so anzuwenden, daß es möglichst lange Phasen der Aufrechterhaltung einer Veränderung gibt und die Phase des Aufgebens dieser Veränderung (Rückfall/Ausrutscher) möglichst kurz gehalten wird.

### **Selbstmanagementstrategien in unterschiedlichen Motivationsphasen während der Veränderung problematischen Alkoholkonsums**

In diesem Abschnitt werden den Teilnehmern einige gezielte allgemeine Strategien für jede einzelne Phase an die Hand geben, die ein selbstbestimmtes Handeln möglich machen. Es werden zunächst für jede dieser einzelnen typischen Veränderungsphasen einige günstige Strategien benannt und einige Tips im Umgang mit solchen Phasen gegeben.

Folie 42

#### **Motivationsphase:**



Vorüberlegungen/Einstieg

#### **Strategien:**



- Risiken bewußt wahrnehmen
- Reale Probleme mit Aufmerksamkeit belegen
- Informationen einholen
- Rückmeldungen erfragen und dafür offen sein

Für die Veränderungsphase *Vorüberlegungen oder Einstieg* sind diese Strategien adäquat. Sie zielen darauf, die Risiken zu registrieren und die Problemstellungen so wahrzunehmen, daß das Ziel einer Konsumveränderung in den Vordergrund rückt.

## Folie 43

**Motivationsphase:**

Nachdenken über eine Veränderung

**Strategien:**

- Kosten und Nutzen von Veränderung oder einer Beibehaltung des augenblicklichen Zustandes klären (“Waa-ge”)
- Über vorangegangene, erfolgreiche Veränderungen nachdenken
- Sich Mut machen, positiv denken, eigene positive Fähigkeiten sehen

Auch die für diese Motivationsphase angegebenen Strategien zielen darauf ab, den Entschluß zu einer positiven Veränderung des Suchtmittelkonsums einzuleiten.

## Folie 44

**Motivationsphase:**

Entschluß zu einer Veränderung

**Strategien:**

- Sich für konkrete Schritte entscheiden und konkreten Handlungsplan erstellen
- Aktiv werden, evtl. Unterstützung organisieren
- Einsatz von Selbststeuerungsmöglichkeiten zur Bewältigung von Risikosituationen in Erwägung ziehen

In dieser entscheidenden Phase kommt es konkret darauf an, den Entschluß in die Tat umzusetzen und einen konkreten Handlungsplan zu erstellen.

## Folie 45

**Motivationsphase:**

Beginn einer Veränderung

**Strategien:**

- Selbstverstärkung bei der Durchführung einzelner Veränderungsschritte einsetzen
- Positives Selbstbewußtsein und Stolz entwickeln
- Rückmeldungen erfragen

Wir haben an anderer Stelle darauf verwiesen, daß gerade der Zeitpunkt des Beginns einer Veränderung eine kritische Phase ist. Sich selbst zu belohnen, Selbstbewußtsein und Stolz zu entwickeln, positive Rückmeldungen von anderen zu bekommen, kann dazu beitragen, daß diese Phase stabil wird.

## Folie 46

**Motivationsphase:**

Beibehalten der Veränderung

**Strategien:**

- Rückfallvorbeugung bewußt planen im Hinblick auf konkrete Risikosituationen
- Alkoholverlangen und Konsumdruck registrieren und rechtzeitig unterbrechen bzw. medikamentös beeinflussen
- Bestimmte Risikosituationen vollständig vermeiden oder vorher geplante Bewältigungsstrategien einsetzen

In dieser wichtigen Phase besteht das grundlegende Ziel darin, diese Phase möglichst lang auszudehnen. Dies ist besonders erfolgversprechend, wenn der Umgang mit Risikosituationen und konkrete Bewältigungsstrategien entwickelt und eingeübt werden. Ein Schwerpunkt muß der Rückfallvorbeugung gewidmet werden.

## Folie 47

**Motivationsphase:**

Aufgeben der Veränderung  
„Rückfall/Ausrutscher“

**Strategien:**

- Rückfallsituation konkret im Ablauf aufarbeiten
- Rückfallschock bekämpfen durch Verringerung von resignativen Gefühlen und Schuldvorwürfen
- Kosten und Nutzen von erneuter Veränderung und von Beibehaltung des augenblicklichen Zustandes klären (“Waage”)

Um die Phase *Aufgeben der Veränderung* „Rückfall/Ausrutscher“ möglichst kurz zu halten, sind o.a. Strategien geeignet, einen erneuten Prozeß der Veränderung einzuleiten, so daß möglichst schnell die Phase des Nachdenkens über eine neue Veränderung eingeleitet wird und somit wiederum das positive Ziel der Konsumveränderung verfolgt werden kann.

prinzipieller Hinweis an die Teilnehmer:

Es gilt, nicht immer über einige Strategien nur nachzudenken, sondern sie auch konkret auszuprobieren, d.h. in konkrete Handlungen umzusetzen.

## Folie 48

**Merke:** Bevor Sie eine konkrete Strategie verwerfen, probieren Sie einen Ratschlag oder Tip erst einmal aus. Erst probieren und dann beurteilen.

**Hausaufgaben für den Abschluß der dritten Lerneinheit**

Im ersten Teil dieser dritten Lerneinheit wurden grundlegende Informationen zur Selbstkontrolle eines problematischen Alkoholkonsums vermittelt. In den folgenden Hausaufgaben sollen die bisherigen Versuche der Teilnehmer beschrieben werden, den problematischen Alkoholkonsum selbst in den Griff zu bekommen. Welche Versuche ihn selbstkontrollierend zu steuern waren erfolgreich bzw. sind gescheitert?

### Hausaufgabe 7: Selbstkontrollversuche

Beschreiben Sie in Stichworten Ihre persönlichen Versuche, Ihren problematischen Alkoholkonsum selbst in den Griff zu bekommen.

1. Erfolgreiche Selbstkontrollversuche

a)

b)

c)

d)

.....  
.....

2. Nicht erfolgreiche, gescheiterte Selbstkontrollversuche

a)

b)

c)

d)

.....  
.....

Des weiteren wurden Informationen und Hinweise auf einzelne unterschiedliche Motivationsphasen zur Veränderung problematischen Alkoholkonsums gegeben. Die Teilnehmer sollen für sich persönlich bestimmen, in welcher einzelnen Motivationsphase sie sich entsprechend des oben beschriebenen Kreislaufmodells befinden und welche Vor- und Nachteile für sie persönlich in der entsprechenden Motivationsphase auftreten können.

**Hausaufgabe 8: Motivationsbestimmung mit Vor- und Nachteilen**

Bestimmen Sie für sich persönlich, in welcher einzelnen Motivationsphase entsprechend des Kreislaufmodells Sie sich befinden:  
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Motivationsphasen

- 1. Vorüberlegungen, Einstieg, den Alkoholkonsum zu verändern      ja       nein
- 2. Nachdenken, den Alkoholkonsum zu verändern      ja       nein
- 3. Entschluß, den Alkoholkonsum zu verändern      ja       nein
- 4. Beginnende Phase, den Alkoholkonsum zu verändern      ja       nein
- 5. Beibehaltung der Entscheidung, den Alkoholkonsum zu verändern      ja       nein
- 6. Aufgeben der Entscheidung, den Alkoholkonsum zu verändern      ja       nein

Sie haben nun Ihre persönliche Motivationsphase der Veränderung Ihres Alkoholkonsums bestimmt. Benennen Sie jeweils drei Vor- und Nachteile Ihrer persönlichen Motivationsphase.

- Vorteile: 1. \_\_\_\_\_      Nachteile: 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_      2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_      3. \_\_\_\_\_

Welche konkreten Handlungsschritte und welche konkreten Handlungsstrategien planen Sie persönlich, um Ihr persönliches Ziel in Ihrer Motivationsphase der Veränderung Ihres Alkoholkonsums zu erreichen?

- 1. Handlungsschritt .....
- 2. Handlungsschritt .....
- 3. Handlungsschritt .....

## **Baustein 3**

### **5.3. Zielbestimmung und Selbstmanagement bei problematischem Alkoholkonsum**



## **Lerneinheit 4: Viertes Gruppentreffen — 120 Minuten**

### **3.1. Zielbestimmung bei der Veränderung problematischen Alkoholkonsums**

#### **Nachbesprechung der Hausaufgaben der Lerneinheit 3:**

Hausaufgabe 7: Selbstkontrollversuche  
(erfolgreiche und nicht erfolgreiche)

Methode:  
Stichwortartige Sammlung  
und Auflistung erfolgreicher  
und nicht erfolgreicher  
Selbstkontrollversuche an der  
Flipcharttafel.

Hausaufgabe 8: Motivationsbestimmung mit Vor- und Nach-  
teilen

Methode:  
Stichwortartige Sammlung  
konkreter Handlungsstrategi-  
en und -schritte entsprechend  
den einzelnen Motivations-  
phasen an der Flipcharttafel.  
Kurze Nachbesprechung und  
Zusammenfassung.

### **3.1. Zielbestimmung bei Veränderung problematischen Alkoholkonsums**

#### **Allgemeine Zielbestimmung**

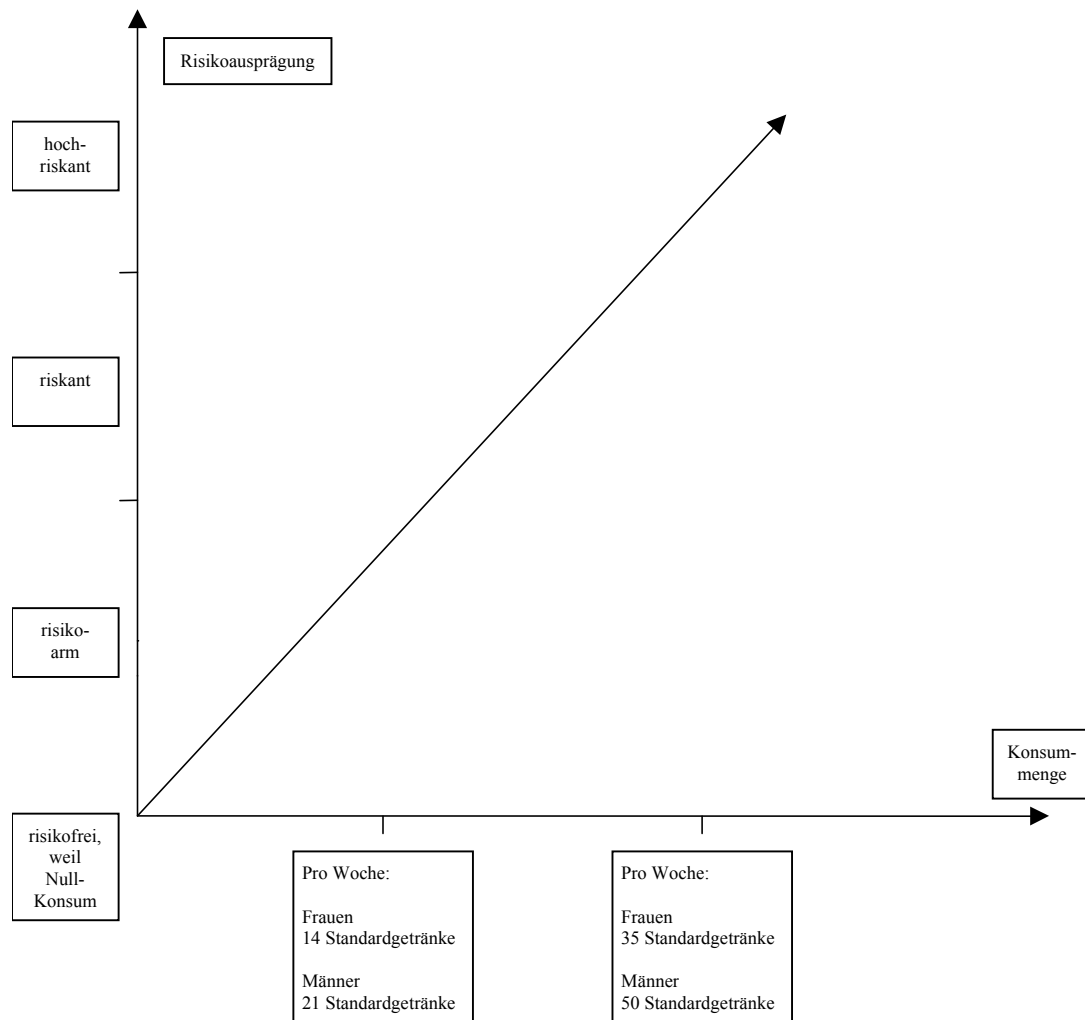
Die Veränderung problematischen Alkoholkonsums wurde als Teil einer konflikthaften Selbstkontrollsituation gekennzeichnet. Des Weiteren ist das Kreislaufmodell für Konsumänderungsversuche dargestellt worden, das unterschiedliche Veränderungsphasen der Motivation bei problematischem Alkoholkonsum vorstellt und den Teilnehmern einige Strategien und Tips gibt, in unterschiedlichen Motivationsphasen selbstgesteckte Zielsetzungen im Sinne von Selbstmanagementstrategien zu verfolgen. Das die jeweils spezifischen Phasen der Motivation zur Veränderung eines problematischen Alkoholkonsums kennzeichnende Merkmal ist die Ambivalenz, in die das Verhalten eingebettet ist.

Im ersten Teil des psychoedukativen Behandlungsprogramms sind grundlegende Informationen zum Zusammenhang von Konsummengen, Trinkhäufigkeit oder sozialen und psychischen Risiken vermittelt worden. Zur Wiederholung wird nochmals die Folie 12 präsentiert:

Methode:  
Informationsvermittlung  
anhand Folie 12 bis Folie 14  
und Folie 49 bis Folie 57

Folie 12 (Wiederholung)

**Das Verhältnis der Trinkmengen alkoholischer Getränke zu den Risikoausprägungen gesundheitlicher und sozialer Beeinträchtigungen**



Es besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Konsums von Alkohol, der Konsummenge und den gesundheitlichen und sozialen und psychischen Risiken. Deshalb ist es prinzipiell von großer Wichtigkeit, zu wissen:

Folie 49

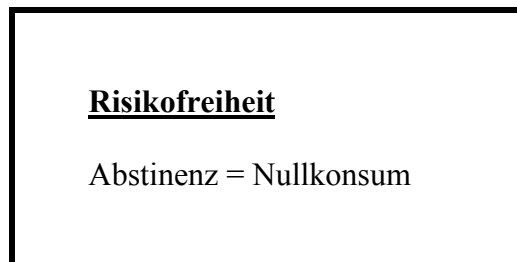
**Merke:** Jede Art von Konsumreduzierung, die auf Reduzierung der Konsummenge und der Häufigkeit des Konsumverhaltens abzielt, ist ein Schritt in Richtung gesünderen Konsums, der Risiken minimiert.

Es gibt genügend Hinweise darauf, daß die Reduzierung eines problematischen Konsums auch zu einer erheblichen Senkung der Risiken des Alkoholkonsums führt. Je weniger Alkohol man trinkt, desto größer sind die Chancen, gesundheitliche, soziale und psychische Risiken zu begrenzen.

Innerhalb des psychoedukativen Programms werden wir zwei Zielbestimmungen zur Änderung des Konsumverhaltens empfehlen:

1. Abstinenz = Nullkonsum

Folie 13 (Wiederholung)



Die Zielsetzung Nullkonsum oder Abstinenz bedeutet, daß sie keinerlei Risiken hinsichtlich gesundheitlicher, sozialer oder psychischer Schädigungen hat. Ferner ist dies eine besonders klar festgelegte Zielsetzung, die jedoch auch nicht nur Vorteile hat.

Der nächste Schritt besteht darin, die Frage zu klären, welchen Menschen mit problematischem Alkoholkonsum dringend zu empfehlen ist, die Zielsetzung der Abstinenz einzuhalten.

Folie 50

### **Wem empfehlen wir dringend, die Zielsetzung Abstinenz einzuhalten?**

- a) Menschen, die Symptome einer schweren körperlichen Folgeerkrankung wie schwere Leberschädigung, Leberzirrhose, schwere Entzugsdelirien aufweisen.
- b) Menschen, die häufig versucht haben, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren, und die dabei mit ihren Selbstkontrollversuchen gescheitert sind.
- c) Wenn der Konsum von Alkohol das Verlangen verstärkt, andere Suchtmittel (Medikamente, illegale Drogen) zu konsumieren.

Die zweite grundlegende Zielbestimmung des psychoedukativen Programms lautet:

2. Risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum:

Den Teilnehmern wird nochmals erläutert, was gesundheitsverträglicher Konsum bedeutet. Und es wird klargestellt, daß die Richtlinien zur gesundheitlichen Verträglichkeit von Al-

kohol, die aus den „Sensible Guidelines“ des Gesundheitsministeriums in Großbritannien übernommen worden sind, festhalten, daß an mindestens zwei Tagen der Woche kein Alkohol konsumiert wird. Nochmals werden die täglichen Trinkmengen eines risikoarmen Alkoholkonsums vorgelegt:

Folie 14 (Wiederholung)

**Risikoarmer, gesundheitsverträglicher Alkoholkonsum**

**Frauen:** weniger als **20 g** reiner Alkohol am Tag

2 × 0,2l Bier (**0,4l**)

oder

2 × 0,1l Wein (**0,2l**)

**Männer:** weniger als **30 g** reiner Alkohol am Tag

3 × 0,2l Bier (**0,6l**)

oder

3 × 0,1l Wein (**0,3l**)

Bezogen auf einen wöchentlichen Alkoholkonsum — bei zwei alkoholfreien Konsumtagen pro Woche — beträgt die jeweilige Trinkhöchstmenge, wenn man in sogenannten Standardgetränken rechnet, folgende Trinkeinheiten:

## Folie 51

Maximal **14 Standardgetränke für Frauen** pro Woche

= 1,4 Liter Sekt/Wein  
= 2,8 Liter Bier

Maximal **21 Standardgetränke für Männer** pro Woche

= 2,1 Liter Sekt/Wein  
= 4,2 Liter Bier

## Folie 52

**Standardgetränke der von uns empfohlenen Arten sind:**

**Bier** (5 Vol-%):

*1 Glas (ca. 0,2l)*

**Wein oder Sekt** (11 Vol-%):

*1 Glas (ca. 0,1l)*

Es wird prinzipiell empfohlen, keine hochprozentigen Alkoholika zu konsumieren. Der Konsum von hochprozentigen Alkoholika verstärkt einige gesundheitliche und psychische Risiken. Diese Alkoholika wirken stark und schnell. Das Alkoholproblem innerhalb der Bevölkerung des 16. und 17. Jahrhunderts breitete sich erheblich aus, als der Branntwein (Gin in England) immer beliebter wurde. Der schnelle und rauschhafte Konsum erfaßte immer größere Teile der Bevölkerung. Gesundheitlicher und sozialer Verfall waren die Begleitumstände. Auch heute noch stehen massive Intoxikationen mit sehr starken gesundheitlichen Gefährdungen und Risiken in einem direkten Zusammenhang mit dem Genuß hochprozentiger alkoholischer Getränke.

Neben den bereits abgegebenen Empfehlungen — Männer sollten nicht mehr als 21 Standardgetränke und Frauen nicht mehr als 14 Standardgetränke pro Woche konsumieren — werden außerdem folgende Empfehlungen abgegeben:

Folie 53

1. Keine Spirituosen zu trinken, sondern nur niedrigprozentige Alkoholika wie Wein, Bier, Sekt.
2. Mindestens zwei konsumfreie Tage pro Woche einzuhalten.
3. Bei drei konsumfreien Tagen pro Woche sollten Frauen höchstens 3-4 Standardgetränke und Männer höchstens 4-5 Standardgetränke pro Konsumsituation konsumieren.
4. Bei vier konsumfreien Tagen pro Woche sollten Frauen höchstens 4-5 Standardgetränke und Männer höchstens 6-7 Standardgetränke pro Konsumsituation konsumieren.
5. Die Trinkmenge pro Konsumsituation von höchstens 6-7 Standardgetränken für Männer und höchstens 4-5 Standardgetränken für Frauen sollte niemals überschritten werden, also selbst dann nicht, wenn fünf oder sechs konsumfreie Tage eingehalten werden.

**Entwicklung einer individuellen, persönlichen Zielbestimmung**

Als nächstes wäre zu klären, welche Zielsetzung der einzelne Teilnehmer persönlich verfolgen soll: Abstinenz oder wenig riskanter Konsum? Jede Zielsetzung hat ihre Vor- und Nachteile. Diese müssen von jedem Teilnehmer für sich bestimmt und ganz persönlich gewichtet werden. Einige prinzipielle Vor- und Nachteile der einzelnen Zielsetzungen werden hier gegenübergestellt:

Folie 54

**Zielsetzung: Abstinenz**

<i>Vorteile</i>	<i>Nachteile</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>hohes Maß an Zufriedenheit</i></li> <li>■ <i>Klarheit</i></li> <li>■ <i>möglicherweise hoher Zugewinn von Lebensqualität</i></li> <li>■ <i>Freisetzung von Energie, die nicht für die Kontrolle von Suchtmittelkonsum benötigt wird</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>sehr hohes Ziel</i></li> <li>■ <i>hohe Anforderung</i></li> <li>■ <i>Ziel kann erdrückend sein</i></li> <li>■ <i>starker Druck, nie mehr Alkohol konsumieren zu dürfen</i></li> </ul>

Folie 55

**Zielsetzung: Konsumreduzierung**

<i>Vorteile</i>	<i>Nachteile</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Sie müssen nicht prinzipiell verzichten</i></li> <li>■ <i>zeitweiliger Genuß</i></li> <li>■ <i>möglicherweise weniger Suchtdruck</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>hohes Maß an Kontrollenergie</i></li> <li>■ <i>Verzicht auf intensives Rausch-Erleben</i></li> </ul>

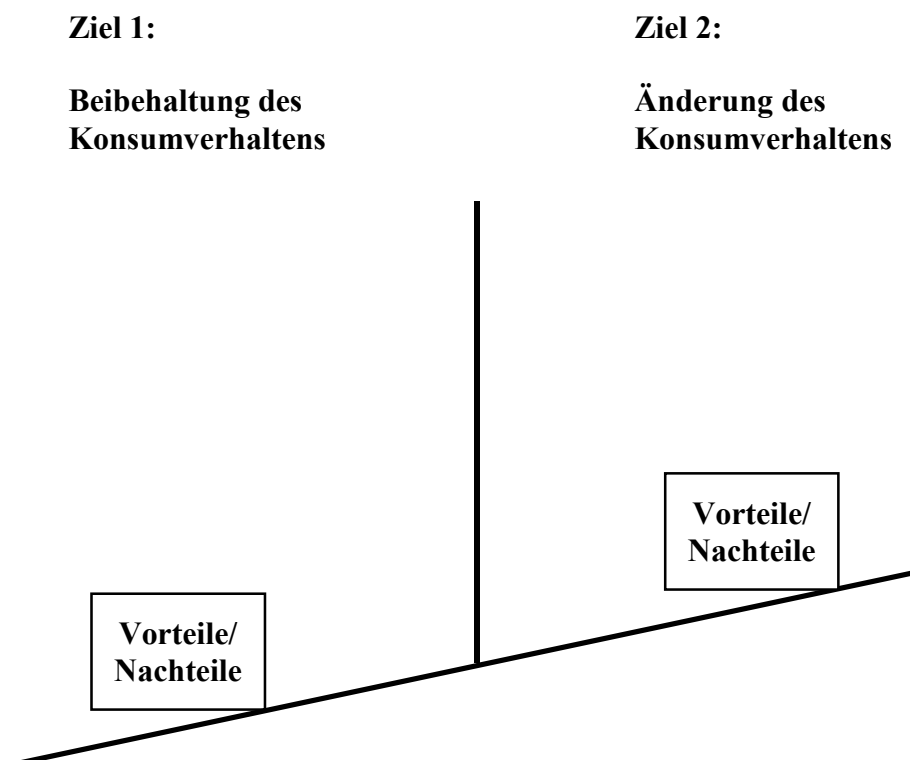
Ein Aspekt des Zieles Konsumreduzierung, nämlich der Verzicht auf intensives Rauscherleben, muß besonders hervorgehoben werden: Ein Trinkverhalten, das häufig intensives Rauscherleben sucht, ist mit hohen, insbesondere gesundheitlichen Risiken verbunden. Es ist bei dem Phänomen von Dosissteigerung und Toleranzentwicklung erwähnt worden, daß die Intensität eines Rauscherlebens und die Menge des Konsums in körpereigenen Zellen gespeichert sein dürfte. Es ist den Teilnehmern an dieser Stelle sehr deutlich zu machen, daß wenig riskanter Konsum oder gesundheitsverträglicher Konsum bedeutet, auf intensives Rauscherleben gänzlich verzichten zu müssen. Hierzu kann ein Vergleich aus dem Bereich des Sexualverhaltens herangezogen werden: Den hier gegebenen Empfehlungen für den Alkoholkonsum würden Handlungsanweisungen entsprechen, die darauf abzielten, einen Orgasmus prinzipiell zu vermeiden, und häufige Orgasmen dementsprechend für gänzlich unerwünscht zu erklären. Daraus ergäbe sich die Folge, daß Lustempfindungen durchaus noch möglich, allerdings nicht sehr häufig und nicht sehr intensiv ausfallen dürften.

Im Abschnitt über die Ambivalenz als grundlegender Bedingung einer Konsumänderung wurde aufgezeigt, daß, bevor bestimmt werden kann, ob ein problematischer Alkoholkonsum verändert werden sollte, die jeweiligen Vor- und Nachteile der Zielsetzung Konsumbeibehaltung und Konsumänderung je sich persönlich formuliert worden sein müssen.

Methode:

Übung: Demonstrationsübung anhand der Waage Folie 56

Folie 56



Den Teilnehmern ist als persönliche Aufgabe aufzugeben (in der Form einer mündlichen Aufforderung, aber auch in Form der unten dargestellten Hausaufgabe), für sich jeweils Vor- und Nachteile der Beibehaltung oder Änderung eines Konsumverhaltens zu bestimmen, diese so weit möglich noch entsprechend zu gewichten und zu einem Entscheidungsprozeß hinsichtlich der Änderung des Konsumverhaltens zu kommen.

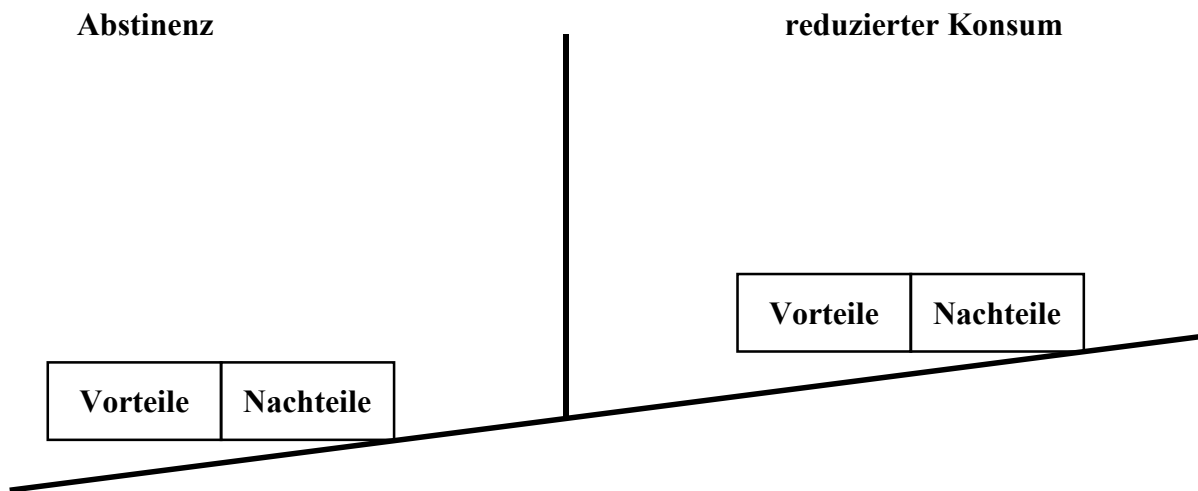
Sobald jemand sich für eine Änderung seines Konsumverhaltens entschieden hat, muß er für sich persönlich entscheiden, welche Zielsetzung innerhalb dieser Verhaltensänderung für ihn gelten soll:

Abstinenz oder risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum.

Die Teilnehmer werden aufgefordert, die persönlichen Vor- und Nachteile der jeweiligen Zielsetzung aufzulisten und eine entsprechende Gewichtung der einzelner Faktoren vorzunehmen. Die Teilnehmer werden aufgefordert, sich zu erinnern, welche Informationen die Moderatoren ihnen zu dem Thema Vor- und Nachteile der Abstinenz und Vor- und Nachteile von wenig riskantem Konsum genannt haben.



Folie 57



**Hausaufgaben für den Abschluß der vierten Lerneinheit:**

Die Hausaufgabe „Zielbestimmung mit Vor- und Nachteilen“ soll es in zwei Schritten ermöglichen, zu einer Entscheidungsfindung zu kommen. Zunächst einmal geht es um die prinzipielle Entscheidungsfindung, ob der Alkoholkonsum in der altergebrachten Art und Weise beibehalten oder verändert werden soll:

**Hausaufgabe 9: Persönliche Zielbestimmung mit Abwägung von Vor- und Nachteilen**

Entscheidungsfindung: Konsumbeibehaltung oder Konsumveränderung. Listen Sie jeweils Vor- und Nachteile der jeweiligen Zielbestimmungen auf, gewichten Sie Ihre einzelnen Begründungen — welche Argumente sind besonders gewichtig? — und kommen Sie so zu einer Entscheidung.

	<b>Vorteile</b>	<b>Nachteile</b>
<b>Zielbestimmung Konsumbeibehaltung</b>		
<b>Zielbestimmung Konsumveränderung</b>		

Ich habe mich für folgende Zielbestimmung entschieden:

- Konsumbeibehaltung**
- Konsumveränderung**

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Wenn Sie sich für die Zielbestimmung der Konsumveränderung entschieden haben, geht es jetzt im nächsten Schritt der Hausaufgabe darum, daß Sie sich entscheiden, ob Sie das Ziel der Abstinenz (Nullkonsum) oder das Ziel des wenig riskanten, gesundheitsverträglichen Konsums verfolgen wollen. Denken Sie daran, daß wir klare Empfehlungen ausgesprochen haben, welcher Personengruppe von Alkoholkonsumenten wir das Ziel Abstinenz empfehlen. Für diesen Personenkreis sollte die Zielbestimmung Abstinenz unbedingt anvisiert werden.

Wir haben bereits auf die Vor- und Nachteile der jeweiligen Zielsetzungen hingewiesen und klare Anweisungen für die Zielsetzung risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum gegeben. Wenn Sie diese Zielsetzung verfolgen, gilt:

- a) mindestens zwei konsumfreie Tage pro Woche sind einzuhalten
- b) die Maximaltrinkmenge je nach Trinksituation liegt bei Männern bei 6–7 Standardgetränken und bei Frauen bei 4–5 Standardgetränken pro Trinksituation
- c) keine hochprozentigen Alkoholika zu konsumieren

Sie kommen nun für sich persönlich zu einer Entscheidungsfindung, indem Sie für sich persönlich die jeweiligen Vor- und Nachteile der jeweiligen Zielbestimmung auflisten und dann entsprechend gewichten.

	<b>Vorteile</b>	<b>Nachteile</b>
<b>Ziel Abstinenz = Nullkonsum</b>		
<b>Ziel wenig riskanter gesundheitsverträglicher Konsum</b>		

Ich habe mich für folgende Zielsetzung entschieden

- Abstinenz/Nullkonsum**
- wenig riskanter gesundheitsverträglicher Konsum**

Zutreffendes bitte ankreuzen.

**Lerneinheit 5: Fünftes Gruppentreffen — 120 Minuten**

**3.2. Selbstmanagementstrategien bei der Zielsetzung „Nullkonsum / Abstinenz“**

**3.3. Selbstmanagementstrategien bei der Zielsetzung „risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum“**

**Nachbesprechung der Hausaufgaben der Lerneinheit 4:**

Hausaufgabe 9: Persönliche Zielbestimmung mit Abwägung von Vor- und Nachteilen (Entscheidungsfindung: Konsumbeibehaltung oder Konsumveränderung, Abstinenz oder wenig riskanter, gesundheitsverträglicher Konsum)

Methode:

Die Teilnehmer geben innerhalb des Gruppentreffens ihre persönlichen Entscheidungen zu den einzelnen Zielbestimmungen bekannt. Die Moderatoren halten die jeweiligen individuellen Zielformulierungen fest, so daß sie wissen, welcher Teilnehmer welches Ziel verfolgt.

**3.2. Selbstmanagementstrategien mit der Zielsetzung „Nullkonsum / Abstinenz“**

**Tips für die erste Zeit nach Beginn der Abstinenz**

Bevor den Teilnehmern einige Tips gegeben werden, die geeignet sind, das selbstgesteckte Ziel zu erreichen, werden sie über die grundlegende Bedeutung und über den Umgang mit diesen Tips und Ratschlägen informiert. Natürlich bleibt es den Teilnehmern überlassen, Ratschläge zu befolgen oder abzulehnen, doch sie werden aufgefordert, im Umgang mit Tips und Ratschlägen generell zu beachten:

Methode:

Informationsvermittlung anhand Folie 58 bis Folie 61

Folie 58

**Merke:** Sie können eine Strategie, einen Tip oder einen Ratschlag letztlich erst dann bewerten, wenn Sie sie ausprobiert oder umgesetzt haben. Erst wenn Sie eine bestimmte Strategie oder einen Ratschlag ausprobiert haben, können Sie unsere Hinweise und Ratschläge auch beurteilen.

Bei der Entscheidung für Nullkonsum/Abstinenz ist gerade der Beginn eine besondere Herausforderung — dies betrifft nicht nur die prinzipielle Veränderung althergebrachter langjähriger erlernter Konsumgewohnheiten, sondern den gesamten Tagesablauf. Viele Menschen, die am Beginn einer solchen Phase stehen oder damit Erfahrungen gesammelt haben, berichten, daß diese Phase von vielen Unsicherheiten gekennzeichnet ist. So können sogenannte „leere Zeiten“ oder Leer-

zeiten auftauchen, die früher durch den Konsum von Alkohol ausgefüllt waren.

Oftmals muß ein neuer Tagesablauf und eine neue Tagesstruktur erst gefunden werden. Das Leben ohne Suchtmittelkonsum erfordert auch vorausschauende Planungen hinsichtlich der Änderung der Konsumgewohnheiten und einer möglichen Neustrukturierung des Tages- und Lebensablaufes. Es folgen ein paar grundlegende Tips und Ratschläge für den Beginn der Abstinenz:

Folie 59

### **Tips und Ratschläge für die erste Zeit der Phase des Nullkonsums/Abstinenz:**

1. Meiden Sie althergebrachte, gewohnheitsmäßige Konsumsituationen und Konsumorte.
2. Entfernen Sie jeglichen Alkohol aus Ihrer Wohnung. Sorgen Sie dafür, daß eine unmittelbare Griffnähe für den Konsum von Alkohol nicht mehr vorhanden oder die Möglichkeiten für eine Zugriff erheblich reduziert sind.
3. Wenn Sie in einer Partnerschaft leben, sprechen Sie mit Ihrem Partner über die Griffnähe zum Alkohol in Ihrer Wohnung. Treffen Sie klare Regelungen und Absprachen. Es gibt keine Patentrezepte für die Lösung des Problems — aber treffen Sie Absprachen.
4. Informieren Sie andere Ihnen bedeutsame Menschen, Freunde und Angehörige, daß Sie die Entscheidung getroffen haben, keinen Alkohol mehr zu konsumieren.
5. Essen Sie regelmäßig und genußvoll. Achten Sie dabei jedoch darauf, sich gesund zu ernähren.
6. Viele Menschen berichten in der ersten Phase der Abstinenz von dem Phänomen einer „Suchtverlagerung“. Achten Sie darauf, daß Sie nicht mehr Süßigkeiten als gewohnt essen, vermeiden Sie übermäßigen Nikotin- und Kaffeekonsum.
7. Versuchen Sie neue Interessen und neue Aktivitäten zu entwickeln oder verlorene Interessen und Aktivitäten neu zu beleben. Planen Sie neue Aktivitäten.
8. Entwickeln Sie Stolz und Selbstbewußtsein, wenn Sie abstinent leben. Sie können selbstbewußt und stolz darauf sein, wenn Sie morgens ohne Katergefühle aufstehen und genußvoll frühstücken und eine Tasse Kaffee trinken.
9. Das Verlangen in gewissen Situationen, wieder Alkohol trinken zu wollen, ist völlig normal. Finden Sie persönlich heraus, welche Aktivitäten Ihnen helfen, diesem Verlangen zu widerstehen oder mit welchen Menschen Sie über diese Situationen reden können.
10. Erinnern Sie sich immer wieder daran, wie häufig Sie persönlich unter den langfristig negativen Konsequenzen Ihres Alkoholkonsums gelitten haben; an die Zerschlagenheit und Mattigkeit am Morgen „danach“, wie Ihr Atem nach Alkoholkonsum roch u. ä. mehr.

Es wird darauf hingewiesen, daß der abstinent Lebende weiterhin damit leben muß, daß in seinem unmittelbarem Umfeld Alkohol konsumiert wird. 90% der Bevölkerung konsumiert in bestimmten sozialen Situationen Alkohol. Wie verhält er sich, wenn ihm angeboten wird, Alkohol zu trinken oder er aufgefordert wird, ein „Gläschen“ mitzutrinken? Es gibt hier keine Patentrezepte, aber vielleicht sind einige grundsätzliche Strategien oder Grundhaltungen hilfreich:

## Folie 60

1. Entschuldigen Sie sich nicht dafür, daß Sie keinen Alkohol konsumieren.
2. Sprechen Sie nicht von sich aus das Thema Alkoholkonsum an, vermeiden Sie, öffentlich zu äußern: „Ich trinke keinen Alkohol.“ Sagen Sie stattdessen, was Sie wollen: „Ich hätte gerne ein Glas Orangensaft.“ Es ist für viele Menschen, die kein Alkoholproblem haben, absolut selbstverständlich zu sagen und einzufordern, was sie trinken wollen, ohne sich genötigt zu fühlen, auch zu begründen, warum sie keinen Alkohol trinken.
3. Entwickeln Sie Selbstbewußtsein. Verhalten Sie sich nicht defensiv, gehen Sie in die Offensive, indem Sie sich persönlich und selbstverständlich ein nicht alkoholisches Getränk besorgen und damit klar nach außen signalisieren, daß Sie „etwas zum Trinken“ in der Hand haben.
4. Lassen Sie sich nicht auf Diskussionen ein, warum Sie keinen Alkohol konsumieren. Wechseln Sie abrupt das Thema: „Wie hat Arminia Bielefeld gestern gespielt?“
5. „Ausreden“, die freundlich, aber bestimmt sein müssen, können ebenfalls hilfreich sein. „Mein Arzt hat mir Medikamente verordnet, deshalb trinke ich keinen Alkohol.“ Danach wechseln Sie sofort das Thema. „Ich habe noch von gestern Katergefühle, heute trinke ich nur Mineralwasser.“ Und sofort Themenwechsel.

**Rollenspiel zur Situation Geburtstagsempfang**

*Übung 1: Darstellung einer wenig geeigneten Ablehnungsstrategie*

Rolle 1: Moderator fordert den anderen Moderator auf, in der Situation eines Geburtstagsempfangs ein Glas Sekt zu trinken.

Rolle 2: Der Moderator entschuldigt sich, daß er keinen Alkohol trinkt, wirkt sehr unsicher, läßt sich auf eine Diskussion ein, warum er keinen Alkohol trinkt.

*Übung 2: Exemplarische Darstellung einer offensiven Ablehnungsstrategie*

Rolle 1: Moderator fordert den anderen Moderator auf, ein Glas Sekt zu trinken.

Rolle 2: Moderator fordert selbstbewußt ein Glas Orangensaft, holt sich dieses Glas selbständig, wechselt das Thema: „Wie hat Arminia Bielefeld gestern gespielt?“ Danach stößt er selbstbewußt mit einem Glas Orangensaft auf den Geburtstag an.

An dieser Stelle wird wiederholt, daß nicht alle Tips und Ratschläge für jeden Menschen geeignet sind. Es wird aber daran erinnert:

Methode:

Rollenspielübung zum Alkoholablehnungstraining. Exemplarische modellhafte Demonstrationsübung durch die Moderatoren

Folie 61

# Erst ausprobieren und dann beurteilen!

## 3.3. Selbstmanagementsstrategien für die Zielsetzung „risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum“

Den Teilnehmern, die sich für die Zielsetzung risikoarmer, gesundheitsverträglicher Alkoholkonsum entschieden haben, geben die Moderatoren einige Konsumreduzierregeln an die Hand:

Methode:  
Informationsvermittlung  
anhand von Folie 62

Folie 62

### Veränderung bisher praktizierter Alkoholkonsummuster Grundlegende Reduzierregeln

1. Verändern Sie Ihre gewohnheitsmäßig entwickelten Konsumzeiten und Trinksituationen. Versuchen Sie, nach unseren Empfehlungen risikoarm, gesundheitsverträglich Alkohol zu konsumieren.
2. Konsumieren Sie kleine Mengen Alkohol und trinken Sie langsam. Legen Sie genau die Trinkmenge und den Zeitraum Ihres Konsums fest.
3. Konsumieren Sie ‚zwischen durch‘ alkoholfreie Getränke. Wechseln Sie die Getränkesorten. Trinken Sie auch mal ein alkoholfreies Bier.
4. Beschäftigen Sie sich während des Konsums auch mit anderen schönen, angenehmen Dingen. Konzentrieren Sie sich nicht auf den Konsum von Alkohol allein, sondern planen Sie andere Aktivitäten mit ein.
5. Genießen Sie somit Ihren Alkoholkonsum und gleichzeitig andere Genüsse wie ein gutes Essen, ein schönes Musikstück oder ein nettes Buch oder einen schönen Film.
6. Wenn Ihnen andere Menschen Alkohol anbieten, lehnen Sie auch mal ab, indem Sie sagen: „Ich hätte gern ein Glas Orangensaft.“ „Ich habe schon zwei Gläser Wein getrunken, mehr kann ich nicht vertragen.“ „Mein Glas ist noch voll. Vielen Dank!“
7. Reduzieren Sie Ihre persönliche „Griffnähe“ zum Alkohol. Haben Sie nie größere Mengen Alkohol zu Hause. Ein Vorrat von Alkohol verleitet Sie möglicherweise dazu, mehr zu konsumieren, als Sie beabsichtigen.
8. Entwickeln Sie Selbstbewußtsein und Stolz, daß Sie risikoarm, gesundheitsverträglich und nur gelegentlich Alkohol konsumieren.
9. Denken Sie daran und planen Sie konkret ein, daß sie mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche ‚einlegen‘ und Sie Ihre persönliche Maximumkonsummenge pro Trinksituation nicht überschreiten.

Denken Sie daran, daß auch hier unser prinzipieller Grundsatz gilt: Erst ausprobieren und dann beurteilen. Verschiedene Regeln zu beachten bedeutet, daß es zu entsprechenden, konkreten Handlungen kommt, z.B. keine größeren Mengen Alkohol im Hause zu haben, bzw. größere Mengen von Alkohol aus dem häuslichen Wohnumfeld zu entfernen.

Methode:  
Direkte Anrede der Teilnehmer

**Hausaufgaben zum Abschluß der fünften Lerneinheit**

Die Hausaufgaben für die fünfte Lerneinheit sind unterteilt in die für die Zielgruppe Nullkonsum/Abstinenz und die für die Zielgruppe risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum.

Zur eigenen Kontrolle und zur Messung der eigenen Erfolge ist es sehr wichtig, daß Sie die Anzahl Ihrer abstinenten Tage zu Beginn Ihrer abstinenten Phase präzise registrieren. Diese schriftlich zu fixieren, damit gleichzeitig Erfolge zu visualisieren und diese konkret vor Augen zu haben, dazu dient Ihre Hausaufgabe 10. Beachten Sie bitte die folgenden Arbeitsanweisungen sehr genau.

Methode:  
Direkte Anrede der Teilnehmer

**Hausaufgabe 10 für die Gruppe Nullkonsum/Abstinenz:**  
**Registrieren der abstinenten Tage über einen Zeitraum von zwölf Wochen**

		Woche												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
<b>Mo</b>														<b>7</b>
<b>Di</b>														<b>6</b>
<b>Mi</b>														<b>5</b>
<b>Do</b>														<b>4</b>
<b>Fr</b>														<b>3</b>
<b>Sa</b>														<b>2</b>
<b>So</b>														<b>1</b>

Wochentage Anzahl abstinenten Tage

1. Registrieren Sie täglich Ihre abstinenten Tage und kreuzen Sie Ihren abstinenten Tag in der jeweiligen Wochensäule an.
2. Diese tägliche Registrierung sollten Sie jeweils am Ende eines Tages vornehmen, z.B. regelmäßig um 23 Uhr, wenn Sie zu Bett gehen.
3. Plazieren Sie diesen Zettel an einem Ort, bei dem Sie sicher sind, daß Sie die tägliche Registrierung nicht vergessen, z.B. auf dem Nachttisch neben dem Bett oder am Spiegel im Badezimmer (damit Sie z.B. immer beim abendlichen Zähneputzen die Registrierung vornehmen).
4. Markieren Sie die Anzahl der abstinenten Tage pro Woche in einer anderen Farbe und verbinden Sie die Markierungen im Verlauf von 12 Wochen. So ergibt sich Ihre Erfolgskurve.



**Hausaufgaben 11 und 12 für die Zielgruppe: risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum**

Damit, daß Sie sich für das Ziel eines risikoarmen, gesundheitsverträglichen Alkoholkonsums entschieden haben, haben Sie folgende Rahmenbedingungen für Ihren Alkoholkonsum gesteckt:

Methode:

Direkte Anrede der Teilnehmer

Folie 63

1. Sie haben sich entschieden, mindestens zwei alkoholkonsumfreie Tage pro Woche einzuhalten.
2. Als Frau haben Sie sich dafür entschieden, pro Woche nicht mehr als 14 Standardgetränke zu konsumieren und pro Konsumsituation nicht mehr als 4–5 Standardgetränke.
3. Als männliche Person haben Sie sich dafür entschieden, nicht mehr als 21 Standardgetränke pro Woche zu konsumieren und pro Konsumsituation nicht mehr als 6–7 Standardgetränke.
4. Des Weiteren haben Sie sich entschlossen, keinen hochprozentigen Alkohol mehr zu konsumieren.

**Wiederholung:**

Wir präsentieren Ihnen nochmals Folie 52, die eine Aufstellung der von uns empfohlenen Standardgetränke enthält:

Folie 52

**Standardgetränke der von uns empfohlenen Arten sind:**

**Bier (5 Vol-%):**

*1 Glas (ca. 0,2l)*

**Wein oder Sekt (11 Vol-%):**

*1 Glas (ca. 0,1l)*

Die Hausaufgabe 11 besteht darin, verbindlich die Anzahl der abstinenten Tage festzulegen sowie das Konsummaximum pro Trinksituation zu bestimmen.

**Hausaufgabe 11 für die Zielgruppe risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum:  
Festlegung der Anzahl der konsumfreien Tage pro Woche und Bestimmung des Konsum-Maximums pro Trinksituation**

Meine persönliche Mindestanzahl von absolut alkoholfreien Tagen pro Woche beträgt

..... \* Tage

Mein persönliches Konsummaximum pro Konsumsituation und Tag beträgt

..... \* Standardgetränke

*\*Anzahl bitte eintragen*

Den Teilnehmern wird dringend nahegelegt, ein wöchentliches Konsumtagebuch zu führen. Dieses dient dazu, nach einem vorgegebenem Schema täglich das Konsumverhalten sorgfältig zu registrieren. Das besondere Anliegen dieses Konsumtagebuchs ist es, die Teilnehmer selbständig überprüfen zu lassen, ob sie ihre selbst gesteckten Ziele — die Nichtüberschreitung der wöchentlichen Trinkmengen und die Einhaltung der Mindestanzahl von konsumfreien Tagen — erreichen. Es beabsichtigt, die Selbstkontrolle zur Erreichung der persönlichen Zielsetzung zu erhöhen und zu verstärken. Außerdem bekommen die Teilnehmer so „Erfolgsrückmeldungen“, ob sie ihr Ziel erreichen oder gegebenenfalls Korrekturen an ihm vornehmen müssen. Es ist von großer Wichtigkeit, daß die Teilnehmer ein solches Konsumtagebuch anlegen und zunächst einmal über einen Zwölf-Wochen-Zeitraum führen.

**Hausaufgabe 12 für die Zielgruppe risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum: Registrieren der täglichen und wöchentlichen Trinkmengen, der Anzahl der konsumfreien Tage und Erfolgsrückmeldung**

Bitte tragen Sie täglich in das jeweilige Kästchen die Anzahl der Standardgetränke oder für die konsumfreien Tage eine 0 ein.

		Wochennummer											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Mo</b>													
<b>Di</b>													
<b>Mi</b>													
<b>Do</b>													
<b>Fr</b>													
<b>Sa</b>													
<b>So</b>													
Summe der Standardgetränke pro Woche													
Anzahl konsumfreier Tage													
<b>Erfolg:</b> wöchentliches Trinkmaximum eingehalten*													
<b>Erfolg:</b> Anzahl konsumfreier Tage eingehalten**													

1. Registrieren Sie jeweils Ihr Konsumverhalten oder den konsumfreien Tag.
2. Diese tägliche Registrierung sollten Sie jeweils am Ende eines Tages vornehmen, z.B. regelmäßig um 23 Uhr, wenn Sie zu Bett gehen.
3. Plazieren Sie diesen Zettel an einem Ort, bei dem Sie sicher sind, daß Sie die tägliche Registrierung nicht vergessen, z.B. auf dem Nachttisch neben dem Bett oder am Spiegel im Badezimmer.

Zu \* : Am Ende einer Woche errechnen Sie die Anzahl der wöchentlichen Standardgetränke sowie die Anzahl der konsumfreien Tage!

Zu \*\* : Wenn Sie Ihr gestecktes Ziel:

- 1) Nichtüberschreitung der wöchentlichen Trinkmengenobergrenze
- 2) Einhaltung der Mindestanzahl der konsumfreien Tage erreicht haben,

dann machen Sie jeweils am Ende der Woche ein Kreuz in das entsprechende Kästchen!

### **Fortschritte belohnen**

Eine wichtiger Aspekt der Hausaufgabe dieser fünften Lerneinheit besteht für beide Gruppen darin, sich auf die Erreichung der individuellen Zielsetzungen zu konzentrieren und selbst zu belohnen, wenn Ziele oder auch Teilziele erreicht worden sind.

### Hausaufgabe 13: Fortschritte belohnen

Wir haben beim Thema Selbstkontrolle schon dargestellt, daß die Veränderung von Alkoholkonsumgewohnheiten ein schwieriges Unterfangen ist. Sie müssen Ihr Handeln von kurzfristiger Bedürfnisbefriedigung — dieses Verhalten ist möglicherweise jahrelang von Ihnen 'eingeübt' worden —, auf ein Handeln hin orientieren, daß den Verzicht auf kurzfristige Bedürfnisbefriedigung erfordert. Erst zu einem späteren Zeitpunkt werden Sie die Früchte Ihres Erfolges ernten. Wenn Sie sich der neuen Anforderungssituation, also der Änderung Ihres Konsumverhaltens stellen, setzen Sie sich hohen Anforderungen aus. Wenn Sie dann Ihre Ziele erreichen, können Sie berechtigterweise sehr stolz auf sich sein. Was die prinzipielle Anforderungskonstellation anbetrifft, haben Sie viel geleistet, mußten aber auch häufig auf Konsum verzichten. Jetzt müssen Sie sehr darauf achten, daß Sie sich etwas Gutes tun und sich belohnen. Fertigen Sie eine Liste nach folgender Struktur an:

1. Materielle Belohnungen
2. Gedankliche Belohnungen
3. Belohnung durch den Partner, Freunde, Bekannte

Es sind nicht nur die großen Dinge im Leben, mit denen wir uns belohnen können. Auch die kleineren erhellen unseren Tag. Suchen Sie nach solchen kleineren Belohnungen. Achten Sie darauf, daß die Belohnungen nicht in allzu ferner Zukunft liegen. Einen Urlaub in einem halben Jahr zu planen, kann zwar sehr attraktiv sein; es kommt aber in der jetzigen Situation der Verhaltensänderung darauf an, sich täglich Belohnungen zuzugestehen, die wohl eher in kleineren kurzfristigen materiellen, gedanklichen oder auch partnerschaftlichen Belohnungen bestehen können.

Kurzfristig erreichbare Belohnungen:

1. Materielle Belohnungen
  - a)
  - b)
  - c)
2. Gedankliche Belohnungen
  - a)
  - b)
  - c)
3. Belohnungen durch Partner, Freunde, Bekannte
  - a)
  - b)
  - c)

## **Baustein 4**

### **5.4. Selbstmanagementstrategien zur Aufrechterhaltung positiv veränderten Alkoholkonsums**

**Lerneinheit 6: Sechstes Gruppentreffen — 120 Minuten**

**4.1. Die Wahrnehmung von Risikosituationen**

**4.2. Selbstmanagement in individuellen Risikosituationen**

Nachbesprechung der Hausaufgaben der fünften Lerneinheit.

Hausaufgabe 10 für die Gruppe Nullkonsum/Abstinenz:  
Registrieren der abstinenten Tage über einen Zeitraum von zwölf Wochen

Methode:

Die Teilnehmer werden gefragt, ob sie eine Registrierung vorgenommen haben und an welchem Ort sie das Blatt aufbewahren.

Hausaufgabe 11 für die Zielgruppe risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum:  
Festlegung der Anzahl der konsumfreien Tage pro Woche und Bestimmung des Konsum-Maximums pro Trinksituation

Die Teilnehmer geben ihre persönliche Festlegung der wöchentlichen konsumfreien Tage und ihr persönliches Konsummaximum pro Trinksituation bekannt.

Hausaufgabe 12 für die Zielgruppe risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum:  
Registrieren der täglichen und wöchentlichen Trinkmengen, der Anzahl der konsumfreien Tage und Erfolgsrückmeldung

Hausaufgabe 13: Fortschritte belohnen

Sammlung von konkreten Belohnungshandlungen

- materiell
- gedanklich
- durch Partner, Freunde, Bekannte

an der Flipcharttafel

**4.1. Die Wahrnehmung von Risikosituationen**

Nachdem bisher für die situationsspezifischen Motivationsphasen einige allgemeine Strategien genannt wurden, werden uns hier der Beibehaltung positiv veränderter Alkoholkonsumgewohnheiten widmen.

Methode:

Informationsvermittlung anhand Folie 64 bis Folie 70

Es wird in diesem Teil des psychoedukativen Programms darum gehen, konkrete Strategien zur dauerhaften Festlegung erreichter Ziele zu entwickeln. Alle Erfahrungen im Umgang mit Alkoholproblemen zeigen, daß Menschen, die ihren Alkoholkonsum verändern wollen, sich immer wieder auch mit dem Aufgeben der angestrebten Zielvorstellung auseinandersetzen. Auch in der Phase der Beibehaltung positiv veränderter Alkoholkonsumgewohnheiten sind demnach ambivalente Grundhaltungen kennzeichnend. Gedanken, das Ziel der positiv veränderten Konsumgewohnheiten zu verlassen, um den Konsum in altbekannter Weise fortzusetzen, sind normal. Trotzdem handelt es sich dabei natürlich um eine Risikosi-

tuation. Solche sind wie folgt zu bestimmen:

Folie 64

### **Was ist eine Risikosituation?**

**Merke:** Es ist die Situation, in der die Vorteile des Alkoholkonsums als sehr hoch und die Nachteile als sehr gering eingeschätzt werden. Dabei werden die Zielvorstellungen der Abstinenz oder eines wenig riskanten Konsums als sehr gering und die Nachteile als sehr hoch eingeschätzt.

Das Auftreten einer Risikosituation bedeutet nicht, daß in einer solchen Situation tatsächlich schon Alkohol getrunken wird, sondern erst einmal wird über das Aufgeben der positiv veränderten Alkoholkonsumgewohnheiten nachgedacht; ein Verlassen der gesetzten Zielvorstellung rückt also näher. Eine solche Risikosituation läßt sich anhand der bekannten Waage folgendermaßen charakterisieren:

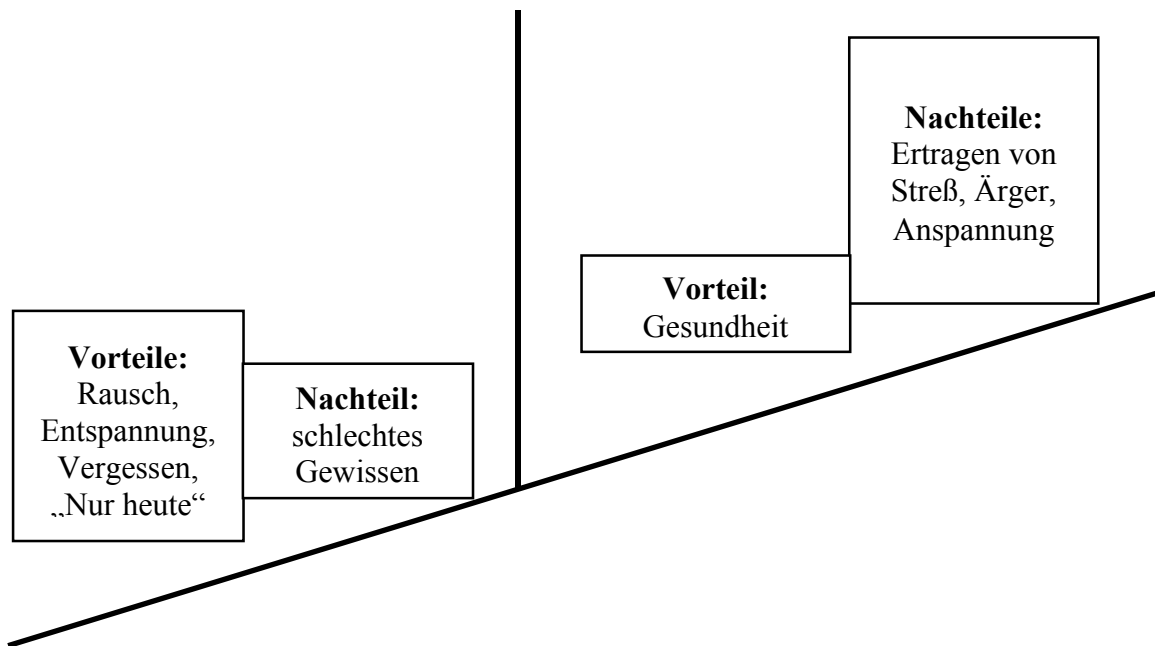


Folie 65

**Allgemeine Risikosituation:**

**Ziel 1: Alkoholkonsum**

**Ziel 2: Abstinenz oder reduzierter Konsum**



In einer solchen allgemeinen Risikosituation besteht das kennzeichnende Merkmal darin, daß die unmittelbaren Vorteile des Alkoholkonsums als sehr groß und die Nachteile als sehr gering eingeschätzt werden. Für die positiv gesetzte Zielsetzung ist es umgekehrt so, daß die Vorteile als gering und die Nachteile als sehr groß angesehen werden.

Wenn in einer Risikosituation eine gedankliche Konstruktion auftaucht, die folgendermaßen beschaffen ist, so charakterisieren wir eine solche Situation als Hochrisikosituation:

Folie 66

**Hochrisikosituation — Gedankliche Konstruktion:**

**Ich konsumiere nur heute, nur einmal.  
Nur dieses eine Mal verlasse ich meine Zielsetzung.**

Wenn die oben angegebene gedankliche Konstruktion auftaucht, sollten bei dem Betroffenen „alle Warnsignale und alle Warnlampen angehen“. Solche Risikosituationen, insbesondere aber auch die Hochrisikosituationen, können mit sehr starkem Craving — Suchtdruck — einhergehen.

Wenn Sie die Fähigkeit entwickeln wollen, Risikosituationen und auch Hochrisikosituationen zu bewältigen, so erfordert dies als erstes die Fähigkeit, konkrete Warnsignale überhaupt wahrzunehmen und des weiteren genaue Kenntnisse über Ihre individuelle Risikosituation. Es muß gelernt werden, solche Risikosituationen wahrzunehmen und als solche zu identifizieren.

Folie 67

**Merke: Das Wahrnehmen von Risikosituationen ist mindestens die ‚halbe Miete‘ für die Bewältigung von Risikosituationen.**

Wenn wir uns z. B. im Straßenverkehr bei Glatteis als Autofahrer angemessen verhalten wollen, so müssen wir zunächst einmal registrieren, daß die wetterbedingten Umstände Glatteis zulassen können. Wir wissen, daß Glatteis in der Regel nur im Winter oder bei Temperaturen um den Gefrierpunkt auftritt, daß Feuchtigkeit vorhanden sein muß, die gefrieren kann. Diese Fakten müssen wir als Grundvoraussetzung kennen, um dann dieses Wissen in der konkreten Risikosituation Glatteis auch so einzusetzen, daß wir diese Situation als Risikosituation identifizieren. Das Identifizieren einer solchen Situation ist Grundvoraussetzung, eine solche Situation angemessen zu bewältigen.

Methode:

Direkte Anrede der Teilnehmer

Folie 68

**Merke: Risikosituationen sind Glatteissituationen, die es gilt wahrzunehmen, um sie dann angemessen zu bewältigen.**

Zu den Risikosituationen, in denen Menschen mit problematischem Alkoholkonsum von ihren positiv veränderten Zielvorstellungen des Alkoholkonsums abgewichen sind, liegt uns eine Untersuchung vor, in denen Menschen, die abstinent leben wollten, gefragt worden sind, in welchen Situationen, sie die Zielsetzung der Abstinenz wieder aufgegeben haben. Fol-

gende Risikosituationen als Trinksituationen wurden ermittelt. Die Rangfolge darin stellt gewissermaßen eine Hitliste der Risikosituationen dar:

Folie 69

#### **Hitliste der Risikosituationen:**

- 1. unangenehme Emotionen**
- 2. körperliches Unwohlsein**
- 3. angenehme Emotionen**
- 4. Test zur eigenen Kontrolle (Kontrolltest)**
- 5. Versuchung und Verlangen (Craving)**
- 6. Konflikte mit anderen**
- 7. sozialer Druck**
- 8. angenehme Situationen mit anderen**

Diese Hitliste kann in drei Kategorien von Risikosituationen zusammengefaßt werden:

Folie 70

#### **Risikokonsumsituation**

- **Konsum bei sozialen Anlässen in positiver Stimmung**
- **Konsum wegen negativen Emotionen und interindividuellen Konflikten**
- **Konsum durch Versuchung, Kontrolltest und Entzugsbeschwerden**

## **4.2. Selbstmanagement in individuellen Risikosituationen**

### **Individuelle Bestimmung von Risikosituationen**

Nachdem allgemeine Informationen über die Konstellation von Risikosituationen und Hochrisikosituationen vermittelt wurden und deutlich gemacht wurde, daß die Wahrnehmung von Risikosituationen schon ‚die halbe Miete‘ auch bei der Bewältigung dieser Risikosituationen ist, geht es im Anschluß darum, individuelle Risikosituationen konkret zu bestimmen. Denken Sie über Ihre Alkoholtrinkgewohnheiten in den letzten sechs Monaten nach und schätzen Sie ein, wie oft Sie in ähnlichen Situationen mit starkem Alkoholtrinken reagiert haben.

Informationsvermittlung anhand von Folie 70

Methode:  
Direkte Anrede der Teilnehmer

Folie 71

**Fragebogen zur individuellen Bestimmung Ihrer Risikosituationen:**

0 = **nie** starkes Trinken,      1 = **manchmal** starkes Trinken,      2 = **oft** starkes Trinken,  
 3 = **sehr oft** starkes Trinken,      4 = **fast immer** starkes Trinken

Bitte beantworten Sie alle Fragen!

„Ich habe stark Alkohol getrunken, ...“

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. wenn ich mich „unten fühlte“ (d.h. traurig, einsam, schuldig, gelangweilt, niedergeschlagen, voller Sorgen usw.)   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. wenn ich mich unter Druck fühlte und mich entspannen wollte (d.h. ängstlich, ungelöste Probleme, nichts klappt richtig, ständiges Gedankenkreisen usw.)                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. wenn ich mich irgendwie angegriffen fühlte (d.h. ich mußte mich rechtfertigen, hatte Streit, war ängstlich usw.)   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. wenn ich mich körperlich schlecht fühlte (Zittern, Schmerz, kränklich, Schlafbedürfnis, Entzug).   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. wenn ich mich unsicher fühlte (d.h. neue Leute kennenlernte, meine Meinung oder Gefühle ausdrücken mußte, mit jemandem reden mußte usw.).                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. wenn ich mich frustriert oder ärgerlich fühlte über das, was gerade passiert war oder das, was jemand anderes gerade gemacht hatte.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. wenn es mir peinlich war, Einladungen zum Alkoholtrinken abzulehnen, wenn ich höflich und freundlich sein wollte (d.h. bei jemanden anderes zuhause, nach Feierabend usw.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. wenn Menschen um mich herum Alkohol trinken (d.h. bei einer Party, Feierlichkeit, Restaurant usw.)   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. wenn ich keinen richtigen Grund zum Alkoholtrinken hatte (d.h. gewohnheitsmäßig zu bestimmten Zeiten, an bestimmten Orten, mit bestimmten Menschen)                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. wenn mich Gesehenes und Gehörtes an Alkoholtrinken erinnerte (d.h. Reklame, an einer Kneipe vorbeigehen, mein alkoholisches Lieblingsgetränk sehen usw.)                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. wenn ich prüfen wollte, wie weit es mit meiner Kontrolle geht (d.h. zeigen, daß ein paar Getränke mir nichts anhaben können oder ich meine Willensstärke testen wollte)   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. aus Spaß (d.h. um den Geschmack zu genießen, um mehr Spaß zu haben, um den Durst zu stillen, um mich gut zu fühlen)   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. wenn ich etwas feiern wollte  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. wenn ich mich aufheitern wollte und meine Sorgen vergessen wollte   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. weil die meisten meiner Freunde stark Alkohol trinken   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Wenn Sie bei einer oder mehreren dieser 15 Fragen eine 2 oder eine 3 angekreuzt haben, so bedeutet dies, daß sich diese Situation als Ihre individuelle Risikosituation einstufen läßt.

### **Strategien im Umgang mit Risikosituationen**

Der Registrierung von Risikosituationen ist allerhöchste Beachtung zu schenken. Folgende Strategien im Umgang mit Risikosituationen können zur Anwendung kommen:

Methode:

Informationsvermittlung anhand Folie 72 und Folie 73

Folie 72

#### Strategien im Umgang mit riskanten Konsumsituationen

1. Vollständige Vermeidung und Umgehung dieser Situation
2. Einsatz von konkreten Bewältigungsstrategien (geplant und erfolgreich ausprobiert)

Vermeiden einer Situation heißt, daß Sie diese Risikosituation erst gar nicht aufsuchen, sondern vollständig vermeiden. Bewältigung einer Risikosituation meint, daß Sie die Situation aufsuchen, sich dieser stellen und angemessene Bewältigungsstrategien entwickeln, um diese Situation entsprechend Ihrer Zielsetzung zu bewältigen.

Zur Entscheidung der Frage ‚Vermeidung oder Bewältigung‘ bieten sich folgende Schritte an:

Folie 73

Vermeidung oder Bewältigung einer Risikosituation?

1. Kann ich die Situation vermeiden?
2. Will ich diese Situation vermeiden?
3. Will ich die Situation bewältigen?
4. Kann ich die Situation bewältigen?

Nicht jede Situation in unserem Leben können wir prinzipiell vermeiden. Manche schwierige Situation wird zu uns getragen. Es werden Fragen an uns gestellt, jemand beginnt mit Ihnen ein Streitgespräch.

Sie können jedoch zu gewissen Uhrzeiten vermeiden, eine ehemalige Kneipe aufzusuchen oder zu einer Fete zu gehen. Sie wissen ganz genau, daß an Festlichkeiten und Feierlichkeiten Alkohol getrunken wird. Natürlich müssen Sie nicht jederzeit vermeiden, zu einer Feier zu gehen. Wenn Sie sich für eine Strategie der Bewältigung einer Risikosituation entschieden haben, so müssen Sie sich noch zusätzlich mit der Frage auseinandersetzen: Können Sie eine solche Situation bewältigen? Haben Sie entsprechende Fertigkeiten und Fähigkeiten, eine solche Situation zu bewältigen?

In dem nächsten Abschnitt wollen wir Ihnen wiederum einige

Methode:

Direkte Anrede der Teilnehmer

Tips und Ratschläge im Hinblick auf Bewältigung von riskanten und hochriskanten Situationen geben.

### **Persönliches Bewältigungsverhalten in hochriskanten Situationen**

Zunächst werden einige allgemeine, die Grundhaltung betreffende Hinweise und Ratschläge zum persönlichen Bewältigungsverhalten in riskanten oder hochriskanten Situationen gegeben:

Methode:

Informationsvermittlung anhand Folie 74 bis Folie 76

Folie 74

### **Persönliches Bewältigungsverhalten in hochriskanten Situationen — Grundhaltungen und Planungen:**

- 1. Vermeiden Sie allzu selbstkritische und selbstverletzende Äußerungen zu sich selbst.**
- 2. Es ist ein Fehler, sich nur auf die eigene Willenskraft zu verlassen. Es müssen vorab klare Pläne für hochriskante Situationen vorhanden sein. Willensstärke allein reicht nicht aus.**
- 3. Es ist grundsätzlich empfehlenswert, für möglichst alle hochriskanten Situationen eine konkrete Bewältigungsreaktion geplant, sozusagen gebrauchsfertig zu haben.**
- 4. Die Diskussion dieser gebrauchsfertigen Bewältigungsreaktionen mit Anderen hilft, diese zu verbessern.**
- 5. Einige konkret geplante Bewältigungsreaktionen „auf Lager“ zu haben, ist schon „die halbe Miete“ im Vermeiden von Ausrutschern und Rückfällen.**

Im folgenden einige konkrete Hinweise:

Folie 75

**Bewältigungsverhalten in hochriskanten Situationen**

1. Angst und Anspannung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probleme lösen</li> <li>• Entspannung</li> <li>• lange Phasen: Arzt aufsuchen</li> </ul>
2. Langeweile, nichts zu tun haben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freizeitplanung</li> <li>• Alternativen zum Alkohol</li> </ul>
3. Zusammensein mit Leuten, die stark trinken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeiden für wenigstens 3 Monate</li> <li>• Ablehnung und Ausreden haben</li> </ul>
4. Schüchtern und ohne Selbstvertrauen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstvertrauen gewinnen durch Forderungen stellen und ablehnen</li> <li>• Nein-Sagen</li> </ul>
5. Sehr gute Stimmung haben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alternativen haben, sich etwas Gutes zu tun, ohne zum Alkohol zu greifen</li> </ul>
6. Frustration wegen Lebensproblemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probleme lösen</li> <li>• Distanzierende Sicht entwickeln</li> </ul>
7. Streit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alternativen zum Alkoholtrinken als „Waffe“ im „Beziehungskrieg“ entwickeln.</li> </ul>
8. Ärger und Gereiztsein	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärger ohne Alkohol herauslassen:</li> <li>• Entspannung</li> <li>• Probleme lösen</li> </ul>
9. Niedergeschlagenheit und Einsamkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkohol verstärkt Depressionen</li> <li>• Aktivitäten entwickeln, Ziele setzen, Selbst verstärken</li> <li>• lange Phasen: Arzt ausuchen</li> </ul>
10. Druck und starkes Verlangen nach Alkohol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herauszögern, Ablenken, Entspannung, Gedanken ändern</li> </ul>

Neben diesen situationsspezifischen, die Emotionen betreffenden Bewältigungshinweisen können noch ein paar allgemeine Empfehlungen zur Entwicklung alternativen Verhaltens und Denkens in Risikosituationen gegeben werden:

Folie 76

**Persönliches Bewältigungsverhalten in hochriskanten Situationen:  
Alternatives Verhalten und alternatives Denken**

Alternatives Verhalten	Alternatives Denken
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit Freund(in) telefonieren</li> <li>• Sich an Nicht-/Wenig-Trinker wenden</li> <li>• Zuhause bleiben zur Risikovermeidung</li> <li>• Entspannen</li> <li>• Geld zu Hause lassen</li> <li>• Sich etwas Gutes tun (Einkaufen)</li> <li>• Ausgehen, wenn Geschäfte geschlossen sind</li> <li>• Freizeitaktivitäten; Hobby</li> <li>• Von schweren Trinkern fernhalten</li> <li>• Spaziergehen</li> <li>• Alte Freunde aufsuchen</li> <li>• Gutes Essen</li> <li>• Plätze meiden (Trinkplätze)</li> <li>• Etwas in der Wohnung ändern</li> <li>• Schlafen</li> <li>• Sich zur Aktivität zwingen</li> <li>• Weggehen aus Risiko-Situationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich stehe finanziell besser seit der Änderung des Trinkverhaltens</li> <li>• An das Trink-Chaos denken</li> <li>• Nachdenken über Trinkmotive unterbrechen</li> <li>• Über Versprechungen an andere nachdenken</li> <li>• Ohne Alkohol kann ich mich ändern, ohne Scham und Furcht zu zeigen</li> <li>• Negative Gefühle zulassen, ohne sie in Alkohol zu ertränken</li> <li>• Es lohnt nicht zu trinken</li> <li>• Erinnern, wie ich Angehörige und Freunde durch das Trinken verletzt habe</li> <li>• Positiv denken und keine Entschuldigung für sich suchen</li> <li>• Trinken gefährdet meine Gesundheit</li> <li>• An die Menschen denken, die Unterstützung geben</li> <li>• Ich fühle mich besser ohne Alkohol</li> </ul>

**Hausaufgabe für den Abschluß der sechsten Lerneinheit**



### Hausaufgabe 14:

#### Bestimmung von individuellen Risikosituationen und Umgang mit diesen Situationen

#### Fragebogen zur individuellen Bestimmung Ihrer Risikosituationen

0 = **nie** starkes Trinken,      1 = **manchmal** starkes Trinken,      2 = **oft** starkes Trinken,  
 3 = **sehr oft** starkes Trinken,      4 = **fast immer** starkes Trinken

Bitte beantworten Sie alle Fragen!

„Ich habe stark Alkohol getrunken, ...“

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Wenn ich mich „unten fühlte“ (d.h. traurig, einsam, schuldig, gelangweilt, niedergeschlagen, voller Sorgen usw.)   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Wenn ich mich unter Druck fühlte und mich entspannen wollte (d.h. ängstlich, ungelöste Probleme, nichts klappt richtig, ständiges Gedankenkreisen usw.)                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Wenn ich mich irgendwie angegriffen fühlte (d.h. ich mußte mich rechtfertigen, hatte Streit, war ängstlich usw.)   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Wenn ich mich körperlich schlecht fühlte (Zittern, Schmerz, kränklich, Schlafbedürfnis, Entzug).   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Wenn ich mich unsicher fühlte (d.h. neue Leute kennenlernte, meine Meinung oder Gefühle ausdrücken mußte, mit jemandem reden mußte usw.).                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Wenn ich mich frustriert oder ärgerlich fühlte über das, was gerade passiert war oder das, was jemand anderes gerade gemacht hatte.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Wenn es mir peinlich war, Einladungen zum Alkoholtrinken abzulehnen, wenn ich höflich und freundlich sein wollte (d.h. bei jemanden anderes zuhause, nach Feierabend usw.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Wenn Menschen um mich herum Alkohol trinken (d.h. bei einer Party, Feierlichkeit, Restaurant usw.).  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Wenn ich keinen richtigen Grund zum Alkoholtrinken hatte (d.h. gewohnheitsmäßig zu bestimmten Zeiten, an bestimmten Orten, mit bestimmten Menschen).                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Wenn mich Gesehenes und Gehörtes an Alkoholtrinken erinnerte (d.h. Reklame, an einer Kneipe vorbeigehen, mein alkoholisches Lieblingsgetränk sehen usw.)                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Wenn ich prüfen wollte, wie weit es mit meiner Kontrolle (d.h. zeigen, daß ein paar Getränke mir nichts anhaben können oder ich meine Willensstärke testen wollte).       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Aus Spaß (d.h. den Geschmack zu genießen, um mehr Spaß zu haben, um den Durst zu stillen, um mich gut zu fühlen).   |   |   |   |   |   |
| 13. Wenn ich etwas feiern wollte.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Wenn ich mich aufheitern wollte und meine Sorgen vergessen wollte.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Weil die meisten meiner Freunde stark Alkohol trinken.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Nehmen Sie nun jetzt genau die Situationen, die Sie mit 2, 3 oder 4 angekreuzt haben und tragen Sie diese Situationen in folgendes Schema ein:

**Bestimmung individueller Risikosituationen**

**Meine individuellen Risikosituationen sind folgende:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Sie haben einen großen Schritt vorwärts gemacht, indem Sie Ihre persönlichen Risikosituationen bestimmt haben.

Entscheiden Sie nun, ob Sie diese Situationen vermeiden oder bewältigen können (oder wollen).

Risikosituation	Vermeidung*		Bewältigung*	
Nr. 1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nr. 2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nr. 3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nr. 4	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nr. 5	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

\* Zutreffendes bitte ankreuzen

Wenn Sie sich für die Bewältigung einer spezifischen Risikosituation entschieden haben, so stellen Sie einen Handlungsplan auf, bestimmen ein alternatives Verhalten und legen in der entsprechenden Spalte ein mögliches alternatives Denken fest:

**Bewältigung von Risikosituationen**

Risikosituation	Handlungsplanung	Alternatives Verhalten	Alternatives Denken
Nr. 1			
Nr. 2			
Nr. 3			
Nr. 4			
Nr. 5			

**Hausaufgabe 15: Zuversicht, dem Verlangen nach Alkoholkonsum zu widerstehen**

Hier geht es darum, die Zuversicht für die Bewältigung von acht Risikosituationen einzuschätzen, um dafür dann gegebenenfalls aktive Bewältigungsstrategien planen zu können:

## Hausaufgabe 15: Zuversicht, dem Verlangen nach Alkoholkonsum zu widerstehen

(Übersetzung DTCQ-8 nach Sklar, Turner 1999)

Stellen Sie sich die acht unten beschriebenen Situationen so vor, als seien sie gerade jetzt geschehen.

Frage zu diesen acht Situationen: Wie zuversichtlich sind Sie in den jeweiligen Situationen, dem Verlangen, heftig Alkohol zu trinken, zu widerstehen? Kreuzen Sie jeweils das Feld an, das Ihrer Einschätzung nach am besten zutrifft.

	0 überhaupt nicht zuversichtlich	20 wenig zuversichtlich	40 eher nicht zuversichtlich	60 eher zuversichtlich	80 zuversichtlich	100 sehr zuversichtlich
1. Wenn ich mich ärgere, wie sich die Dinge entwickelt haben						
2. Wenn ich Schlafstörungen habe						
3. Wenn ich mich an etwas Gutes erinnere, das gerade geschehen ist						
4. Wenn ich herausfinden will, ob ich gelegentlich trinken kann, ohne abzustürzen						
5. Wenn ich unerwartet auf etwas zu trinken stoße oder zufällig etwas sehe, was mich an Trinken erinnert						
6. Wenn mich andere Menschen unfair behandeln oder meine Pläne durchkreuzen						
7. Wenn ich mit Freunden unterwegs bin, die mir vorschlagen, irgendwo hinzugehen, um etwas zu trinken						
8. Wenn ich mit einem Freund feiern will						

Für jede einzelne Situation mit 0 oder 20 Punkten ist es erforderlich, daß Sie aktive Bewältigungsstrategien einsetzen, um diese zu bewältigen. Füllen Sie dazu die Tabelle auf der nächsten Seite aus.

**Bewältigungsstrategien für persönliche Risikosituationen:**

	Bewältigungsstrategie	Handlungsplan
1. Situation		
2. Situation		
3. Situation		
4. Situation		
5. Situation		
6. Situation		
7. Situation		
8. Situation		

# **Baustein 5**

## **5.5. Selbstmanagement in besonderen Risikosituationen**

**Lerneinheit 7: Siebtes Gruppentreffen — 120 Minuten**

**5.1. Umgang mit der spezifischen Risikosituation: „Suchtdruck“/Craving**

**5.2. Umgang mit Niedergeschlagenheit und Depressivität**

**5.3. Umgang mit Angst und Anspannung**

**5.4. Vorgehensweise zur Steigerung von Selbstbewußtsein und Selbstvertrauen**

Nachbesprechung der sechsten Lerneinheit.

Zunächst einmal fragen die Moderatoren erneut, ob die Teilnehmer ihre Konsumtagebücher regelmäßig führen und wie die Erfolgskurve aussieht.

Hausaufgabe 14:

Bestimmung von individuellen Risikosituationen und Umgang mit diesen Situationen

Methode:

Kurzes Gruppengespräch.

Methode:

Kurzes Gruppengespräch. Auswertung und stichwortartige Auflistung der individuellen Risikosituationen und Bewältigungsstrategien an der Flipcharttafel

Hausaufgabe 15: Zuversicht, dem Verlangen nach Alkoholkonsum zu widerstehen

Methode:

Kurzes Gruppengespräch. Kurze Auswertung des Fragebogens und Darstellung von weiteren Risikosituationen und entsprechende Bewältigungsstrategien an der Flipcharttafel.

**5.1. Umgang mit der spezifischen Risikosituation: „Suchtdruck“ / Craving**

Risikosituationen können, besonders in der frühen Phase der Abstinenz, mit sehr starkem Verlangen, sehr starkem Drang, sehr starker Gier, kurz: mit dem sogenannten Suchtdruck einhergehen. Dafür gibt es den aus dem Englischen stammenden Fachbegriff des *Craving*. Dieses kann einhergehen mit sehr unangenehmen körperlichen Anspannungs- und Erregungszuständen, die Entzugserscheinungen ähnlich sind. Dieses Craving ist gekennzeichnet durch Gefühle von Angst und Hilflosigkeit und Gedanken, in denen der Konsum von Alkohol positiv bewertet wird.

Methode:

Informationsvermittlung anhand Folie 77 bis Folie 81

Folie 77

## **Craving Phänomen und Dimensionen**

### *Phänomen:*

starkes Verlangen nach  
Alkoholkonsum und -wirkungserfahrung.  
Suchtdruck, starker Drang, Gier

### *Dimensionen:*

#### 1. Gedanken

„Wenn ich jetzt konsumiere,  
dann geht es mir wieder gut!“

#### 2. Körperliche Reaktionen

Anspannung, unbestimmte Erregung,  
Entzugserscheinungen  
(subjektiv negativ empfunden)

#### 3. Gefühle

Angst, Hilflosigkeit

Schon Wilhelm Busch hat im 19. Jahrhundert auf die ihm eigentümliche drastische Art und Weise auf das Phänomen des Craving aufmerksam gemacht. Am Beispiel der Frommen Helene — in „Versuchung und Ende“ — beschreibt er, wie dieses starke Verlangen zu einem Rückfall führt und in einer Katastrophe endet.

### Methode:

Direkte Anrede der Teilnehmer



Folie 78.1

## Sechzehntes Kapitel

### Versuchung und Ende

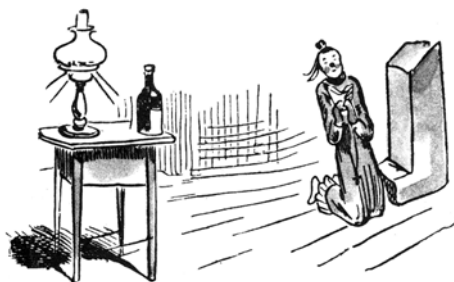
Es ist Brauch von alters her:  
Wer Sorgen hat, hat auch Likör!



„Nein!“ ruft Helene – „Aber nun  
Will ich’s auch ganz – und ganz – und ganz –  
und ganz gewiß nicht wieder tun!“



Sie kniet von ferne fromm und frisch.  
Die Flasche stehet auf dem Tisch.



Es läßt sich knien auch ohne Pult.  
Die Flasche wartet mit Geduld.



Man liest nicht gerne weit vom Licht.  
Die Flasche glänzt und rührt sich nicht.



Oft liest man mehr als wie genug.  
Die Flasche ist kein Liederbuch.



Gefährlich ist des Freundes Nähe.  
O Lene, Lene! Wehe, Wehe!

Folie 78.2



O sieh! – Im sel'gen Nachtgewande  
Erscheint die jüngstverstorb'ne Tante.

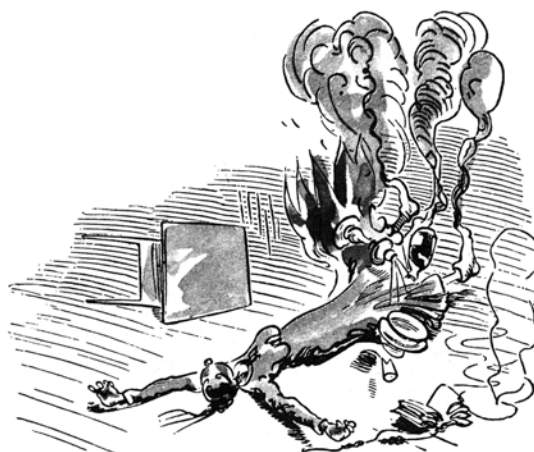


Mit geisterhaftem Schmerzgetöne –  
„Helene!“ – ruft sie – „Oh, Helene!!“

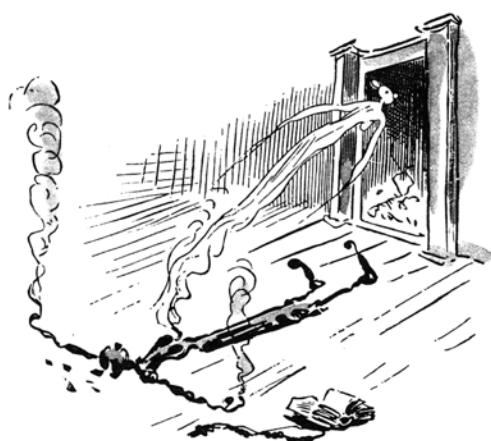
Folie 78.3



Umsonst! – Es fällt die Lampe um,  
Gefüllt mit dem Petroleum.



Und hilflos und mit Angstgewimmer  
Verkocht dies fromme Frauenzimmer.



Hier sieht man ihre Trümmer rauchen.  
Der Rest ist nicht mehr zu gebrauchen.

Sicherlich nicht jede Craving-Situation endet in einer solchen Katastrophe. Doch sollte man sich rechtzeitig auf die Wahrscheinlichkeit ihres Auftauchens einstellen und sich vor ihr wappnen.

Craving-Phänomene können in oder nach einer Entzugsphase auftreten und auch nach längeren Abstinenzphasen. Wir gehen davon aus, daß Craving auch dann auftreten kann, wenn die Zielsetzung verfolgt wird, die Konsummenge und -häufigkeit zu reduzieren, zumal ja im wenig riskanten Konsum auch alkoholkonsumfreie Tage erforderlich sind.

Folie 79

**Craving-Prozesse sind zu unterscheiden gemäß:**

- 1. Craving in/nach Entzugsphasen**
- 2. Craving nach längeren Abstinenzphasen**
- 3. Craving während abstinenter Tage und/oder bei Konsumreduzierung**

Den Teilnehmern wird erläutert, daß, wenn Craving nur als Bestandteil des körperlichen Entzugsprozesses auftreten würde, dieses Phänomen nur kurzfristig auszuhalten wäre, denn der eigentliche Alkoholentzug ist zeitlich sehr begrenzt. Doch Craving kann auch nach längeren abstinenter Phasen noch massiv auftreten. Auch zu dem Zeitpunkt noch, wenn man wieder im normalen Leben steht und sich gesundheitlich erholt fühlt, kann wiederholt das sehr starke Verlangen auftreten, wieder Alkohol zu konsumieren.

Zu erinnern ist daran, daß wir darauf hingewiesen haben, daß die alten, gewohnheitsmäßig entwickelten Konsumsituationen — z.B. das Trinken am Feierabend, das regelmäßige Trinken am Wochenende und das Trinken in Konfliktsituationen mit Negativbelastungen, das Trinken in freudigen Situationen — mit dem Verhalten gekoppelt gewesen sind, Alkohol zu trinken. Allein schon bestimmte Uhrzeiten oder Tageszeiten können Craving-Symptome auslösen.

Wenn Sie zehn Jahre jeweils nach Feierabend 300 Tage im Jahr um 18.00 Uhr regelmäßig zur Entspannung eine bestimmte Menge Bier konsumiert haben, so bedeutet dies, daß der Zeitpunkt abends 18.00 Uhr ca. dreitausend Mal mit dem Verhalten Alkohol zu trinken gekoppelt gewesen war. Wenn Sie in einer solchen Situation vor der Anforderung stehen, auf Alkohol zu verzichten, so kann allein die Situation „Feierabend, 18 Uhr“ ein Verhalten bedingen oder den Wunsch auslösen, wiederum Alkohol zu konsumieren. Dies ist die psychologische, lerntheoretische Erklärung des Phänomens Craving.

Ein psychologisch orientiertes, lerntheoretisches Erklärungsmodell für Craving-Phänomene geht davon aus, daß diese

Methode:  
Direkte Anrede der Teilnehmer

althergebrachten erlernten Konsumsituationen konditionierte automatisierte Konsumsituationen darstellen.

Die neurobiologische beziehungsweise neurophysiologische Forschung beschreibt Craving-Prozesse als Resultat der Stimulation der Neurotransmitter-Systeme in einem Teil des menschlichen Gehirns oder als einen chemisch-biologischen Prozeß, der Folge einer Unterstimulation bestimmter Rezeptoren im gleichen Teil des mesolimbischen Systems ist. Kernaussage einer Theorie, die diese Forschungen mit der Lernpsychologie verbindet, könnte folgendermaßen lauten: gelernte oder erlernte Trinksituationen leiten auf psychischer Ebene Craving-Prozesse ein, in deren Folge dann wiederum ein neurophysiologischer Prozesses der Veränderung im Bereich der Transmittersysteme einsetzt.

Folie 80

### **Craving-Erklärungsmodelle**

- a) Situative, inner-psychische Reaktion auf automatisierte, gelernte Konsumsituation der Vergangenheit.
- b) Neurochemische Prozesse als Resultat von Veränderungen im Neurotransmittersystem als biologische Reaktion auf o.a. situative, psychisch gelernte Konsumsituation.

Die Bewältigung von Craving hat somit zwei Ansatzpunkte: Einerseits einen psychischen, andererseits einen neurochemisch biologisch bestimmten, für den eine medikamentöse Behandlung in Frage kommen kann. Unter allem Vorbehalt, der bei solchen Verhältnisbestimmungen immer angebracht ist, und nur, um einen Eindruck für die Dimension zu bekommen, kann man sagen, daß Craving-Phänomene zu 80% als zustandsabhängiger Lernprozeß und zu 20% als biologische Reaktion auf diese Lernprozesse anzusehen sein könnten.

### **Craving-Bewältigung**

Craving ist ein normaler, dem Suchtmittelkonsum im allgemeinen eigentümlicher Lernprozeß. An dieser Stelle wiederum ein paar Tips, wie Craving-Situationen bewältigt werden können:

## Folie 81

Bewältigung von starkem Alkoholverlangen (Craving)

- Alkoholverlangen ist eine völlig normale Reaktion; die Entscheidung, dem Verlangen nachzugeben, liegt bei jedem selbst (Selbstverantwortung).
- Craving kommt und Craving geht. Das Phänomen ist zeitlich begrenzt. Es taucht eher situativ denn als ‚ständiger Begleiter‘ auf, möglicherweise für einige Zeit abends.
- Stellen Sie sich als einen „Wellenreiter“ vor: Sie surfen mit der Welle, wobei das Alkoholverlangen die Welle ist, auf der Sie reiten. Diese Welle wird größer und stärker, und es wird immer schwieriger, die Balance zu halten. Plötzlich bricht diese Welle in sich zusammen und verschwindet im Nichts. Das Verlangen verschwindet wieder.
- Wenn Sie einem starken Alkoholverlangen einmal widerstanden haben, fällt dieses Widerstehen in Zukunft leichter.
- Lenken Sie sich vom Alkoholkonsumgedanken ab, führen Sie Aktivitäten aus, die Kopf und Körper beanspruchen.
- Widerstehen Sie Gedanken, die sagen, daß Alkohol die Gefühle angenehmer mache oder Entspannung verschaffe oder mehr Selbstvertrauen gebe.
- Erinnern Sie sich statt dessen sofort an die schlechten Seiten des Alkoholkonsums: Katerstimmung, Streitereien, Geldverlust, Krankheiten, Entzug.
- Grundeinstellung: *Solange ich voller Selbstvertrauen bin, kann ich widerstehen.*

Denken Sie auch jetzt wieder daran: Bevor Sie einzelne Tips oder Ratschläge zur Bewältigung von Craving verwerfen, gilt die Devise: erst ausprobieren und dann beurteilen, ob Ihnen diese Tips bei der Bewältigung von starkem Alkoholverlangen förderlich sind.

Methode:

Direkte Anrede der Teilnehmer

**Medikamentöse Vorbeugung**

Im Rahmen der neurophysiologischen biologischen Forschung wird Craving als biologische Reaktion interpretiert. In den vergangenen zwei bis drei Jahren sind eine Reihe von Medikamenten erprobt worden, die sogenannten Anti-Craving-Substanzen oder Anti-Craving-Medikamente. Zwei Medikamente, die ärztlich verordnet werden müssen, sind zur Zeit in der Diskussion, wovon nur eines in Deutschland zugelassen ist, Acamprosat, das unter der Bezeichnung Campral ärztlich verordnet werden kann.

Dieses Medikament wirkt bei einer bestimmten Konsumentengruppe und kann das Phänomen Craving an Intensität und Häufigkeit reduzieren, möglicherweise sogar längere Abstinenzphasen einleiten. Bei dem größeren Teil zeigt dieses Medikament jedoch keine oder nur eine sehr geringe Wirkung. Durch seine Einnahme können die Craving-Phänomene jedenfalls nie gänzlich umgangen werden. Studien haben belegt, daß die überwiegende Mehrzahl derjenigen, die dieses Medikament eingenommen haben, wieder rückfällig werden. Die Teilnehmer werden von den Moderatoren deutlich darauf hingewiesen, daß sie mit ihrem Arzt über die Einnahme reden

müssen und es nur als Ergänzung zu einer suchtspezifischen Therapie oder Behandlungsmaßnahme eingenommen werden sollte.

## 5.2. Umgang mit Niedergeschlagenheit und Depressivität

Schlechte Stimmung, sich mies fühlen, niedergeschlagen sein oder sich depressiv fühlen, ist für viele Anlaß, Alkohol zu trinken.

Depressivität zeichnet sich dadurch aus, daß die eigene Person negativ bewertet wird, ebenso die eigene Vergangenheit, aber auch die Zukunft. Die Abwertung der eigenen Person, das Sich-schlecht-Fühlen und wachsende Perspektivlosigkeit sind weitere kennzeichnende Merkmale.

Oftmals können Gefühle von Niedergeschlagenheit schon durch einige wenige Strategien und Methoden positiv verändert werden. Hier wiederum ein paar Tips, diesmal zum Umgang mit Depressivität:

Methode:

Informationsvermittlung anhand Folie 82 und Folie 83

Folie 82

### Tips zum Umgang mit Depressivität

1. Probieren Sie eine neue Aktivität aus, geben Sie den sozialen Rückzug auf.
2. Leben Sie im „Hier und Jetzt“ und nicht in der Vergangenheit. Ziehen Sie einen Schlußstrich unter die Vergangenheit, oftmals kommen Schuldgefühle aus der Vergangenheit.
3. Kontrollieren Sie negative Gedanken, und ersetzen Sie diese durch positive.
4. Setzen Sie sich erreichbare, realistische Ziele.
5. Entwickeln Sie Selbstsicherheit.
6. Arrangieren Sie Belohnungen für sich selbst.

Vielleicht noch zwei ganz besondere Hinweise. Wenn Sie sich depressiv, schlecht und antriebsarm fühlen, dann ist es besonders wichtig, daß Sie sich nicht überfordern, sondern kleinere, gezielte, erreichbare Aktivitäten starten. Wir haben schon an anderer Stelle darauf verwiesen, daß in unserem alltäglichen menschlichen Leben nicht die großen Dinge unser Leben bereichern. Die kleineren Dinge des menschlichen Lebens, die uns Freude bereiten, sind oftmals von größerer Bedeutung. Deshalb ist es auch wichtig für Sie, nach Belohnungen Ausschau zu halten, die für Sie erreichbar sind und auch in kleineren Dingen des menschlichen Lebens bestehen. Dies kann z.B. dadurch der Fall sein, daß Sie einmal ausprobieren, sich ein nettes Frühstück zu bereiten und sich ein schönes gekochtes Ei zum Frühstück gönnen.

Auch hier denken Sie wiederum daran, es gilt unser prinzipieller Grundsatz: Erst einmal einen Tip und Ratschlag auspro-

Methode:

Direkte Anrede der Teilnehmer

bieren, um dann zu beurteilen, ob er für Sie hilfreich ist.  
Eine letzte Anmerkung ist in diesem Zusammenhang noch wichtig:

Folie 83

**Merke:** Wenn Sie unter langandauernden Gefühle von Niedergeschlagenheit und Depressivität zu leiden haben, dann erfordert dies Kontakt zu einem Facharzt bzw. Psychotherapeuten.

Die Teilnehmer werden noch darauf hingewiesen, daß sie auch bei einer starken Depressivität in der Phase der Reduktion ihres Alkoholkonsums eher professionelle Hilfe, die speziell diese depressiven Stimmungen reduziert, in Anspruch nehmen sollten, als daß sie wieder zum Alkohol zu greifen.

### 5.3. Umgang mit Angst und Anspannung

Angst hat viele Facetten. Sie hat ihre positive Funktion als Warn- und Schutzsignal. Menschen erleben ihre Ängste jedoch als negativ besetztes Gefühl, das sie bedrängt, einengt und stark stört. Diese Ängste können zum Konsum von Alkohol führen.

Auf der anderen Seite kann langjähriger hochriskanter Alkoholkonsum die Ängste erst hervorrufen. Und die langfristigen Folgen des Alkoholkonsums — Entzugssymptome, mangelndes Selbstwertgefühl, negative gesundheitliche, psychische und soziale Folgen — können wiederum Ängste auslösen.

Methode:

Informationsvermittlung  
anhand Folie 84 bis Folie 88

Folie 84

**Merke:** Angstsymptome können zu einem verstärkten Alkoholkonsum führen, da sie durch den Konsum von Alkohol kurzfristig reduziert werden können.  
Regelmäßig riskanter Alkoholkonsum kann aber auch Angstsymptome verstärken, womit sie als Folge dieses Konsums anzusehen wären.

Prinzipiell ist bei einem Angstverhalten das Hauptaugenmerk zunächst einmal auf das Angstvermeidungsverhalten zu legen.



Folie 85

**Merke:** Wenn Menschen auf verschiedene Situationen ängstlich reagieren, versuchen Sie oftmals, diese Situationen zu vermeiden. Das Vermeidungsverhalten ist bei Angst besonders ausgeprägt. Kurzfristig reduziert dieses Vermeidungsverhalten die Angst, langfristig kann Vermeidungsverhalten jedoch zu einer Steigerung der Angst führen.

Je häufiger z.B. Menschen, die Angst haben, in einer Gruppe zu sprechen, diese Situation vermeiden, desto wahrscheinlicher ist es, daß sie die Fähigkeit gar nicht erst erwerben, in einer Gruppe von Menschen zu reden.

Wenn Menschen Angst haben, sich in geschlossene Räume zu begeben, Menschenansammlungen nicht mehr aufsuchen, beispielsweise keine Straßenbahn und keinen Bus mehr fahren, so wird dies langfristig dazu führen, daß sie nicht mehr erfahren, daß ihre Ängste in dieser Form gar nicht berechtigt sind. Deshalb ist es besonders wichtig, das Angstvermeidungsverhalten möglichst kurzfristig anzugehen.

Der Zusammenhang von Angst und Alkohol als ‚Teufelskreis‘ ergibt sich, wenn als Folge eines langjährigen Alkoholkonsums Entzugserscheinungen auftauchen. Diese verschwinden, wenn wiederum Alkohol konsumiert wird. Der Alkoholkonsum ist dann als Angstvermeidungsverhalten zu qualifizieren, da er aus der Angst vor diesen Entzugserscheinungen resultiert.

Folie 86

**Teufelskreis Angst und Alkohol**

Angstsymptome	Entzugssymptome Katersymptome
Zittern Durchfall schlechte Konzentration Appetitverlust Schweißausbrüche Spannungserleben Kopfschmerzen Herzklopfen Schwindelgefühle Übelkeit Atemlosigkeit	Zittern der Hände Durchfall schlechte Konzentration Appetitverlust Schweißausbrüche  Kopfschmerzen  Übelkeit

Falls man nach abgeschlossenem Alkoholentzug oder in einer längeren Phase der Abstinenz immer noch unter Angstsymptomen leidet, sollte man versuchen, sie durch folgende Übungen zu reduzieren:

Folie 87

### Tips zur Angstreduzierung

1. Tiefe Atemzüge machen, langsame Atemzüge machen.
2. Atemübungen
3. Entspannungsübungen (Muskelentspannung)
4. Körperliche Aktivitäten
5. Gespräche mit Freunden führen

Die Teilnehmer werden auf die verschiedenen Möglichkeiten aufmerksam gemacht, z.B. in Kursen an den Volkshochschulen oder anderen Bildungseinrichtungen, verschiedene Entspannungstechniken einüben zu können. Gleichzeitig gilt jedoch wieder:

#### Methode:

Demonstration einer Atemübung. Übung zum tiefen Aus- und Einatmen.

Folie 88

**Merke:** Falls Sie nach einem abgeschlossenen Entzug in einer abstinenten Phase noch immer unter sehr starken Ängsten leiden, begeben Sie sich bitte in fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlung.

## 5.4. Vorgehensweisen zur Steigerung von Selbstvertrauen und Selbstbewußtsein

In der vorhergehenden Lerneinheit ging es um den Zusammenhang zwischen Angstsymptomen und Alkoholkonsum. Insbesondere soziale Kontaktängste und Anforderungsängste können durch die Entwicklung von Selbstvertrauen und Selbstbewußtsein reduziert oder auch gänzlich beseitigt werden. Es gibt auch hierfür spezielle Trainingsprogramme etwa an den Volkshochschulen.

#### Methode:

Informationsvermittlung anhand von Folie 89

Folie 89

## **Entwickeln von Selbstvertrauen und Selbstbewußtsein**

---

Formen der Angst: Schüchternheit, Schamgefühle, unangemessener Ausdruck von Ärger, Ärger in sich hineinfressen.

Gegenstrategien:

- Forderungen stellen können, sich durchsetzen können
- Kontakte herstellen und erhalten können
- Nein sagen können, ohne negative Gefühle zu haben, Bitten abschlagen können

## **Strategien des Umgangs mit sozialen und Anforderungsängsten**

---

Nein sagen können  
 Forderungen stellen können  
 Ablehnen können

Auch hier gilt, daß es wichtig ist, bestimmte Tips und Handlungsanweisungen erst einmal auszuprobieren, um dann zu beurteilen, ob sie hilfreich sind. Wenn jemand z.B. die Fähigkeit erwirbt, nein sagen zu können, so kann dies bedeuten, daß zwar in der Situation der Ablehnung sein Angstniveau stark steigt, langfristig jedoch das Angstniveau bzw. seine Ängste sich reduzieren. Je häufiger man Angstsituationen aufsucht und zu bewältigen vermag, desto wahrscheinlicher ist es, daß sich langfristig die Ängste reduzieren. Anhand zweier Rollenspielübungen sei eine derartige Erlangung sozialer Kompetenzen demonstriert:

*Demonstration zum Bereich: eine berechtigte Forderung stellen:*

Rolle 1: Sie haben sich beim Tapezieren Ihrer Wohnung übernommen und schaffen es nicht, das Wohnzimmer bis Sonntagabend zu renovieren. Sie entschließen sich, Ihren besten Freund zu fragen, ob er Ihnen am Wochenende fünf Stunden helfen kann. Sie sprechen mit Ihrem Freund und sagen am Telefon folgendes: „Könntest Du mir am Wochenende fünf Stunden tapezieren helfen? Ich stehe unter sehr großem Zeitdruck.“

Sie bedanken sich anschließend für die Hilfsbereitschaft Ihres Freundes, der Ihnen zugesagt hat, zu helfen.

Rolle 2: Der nette Freund Sebastian ist sehr hilfsbereit, sein bester Freund hat ihm neulich auch geholfen. Er hat Verständnis für die Situation seines Freundes. Er bietet seine Hilfe an und sagt, daß er am Wochenende kommt, er äußert dies folgendermaßen: „Ja, ich habe Zeit, ich helfe Dir gern und ich

Prinzipieller didaktischer Hinweis:

Darstellung zweier Rollenspielübungen. Die Rollenspiele werden von den Moderatoren den Teilnehmern vorgeführt. Ziel ist es, daß die Teilnehmer modellhaft lernen, „eine berechtigte Forderung zu stellen oder eine Forderung abzulehnen“ und „Nein sagen zu können“.

komme am Wochenende um 10.00 Uhr vorbei“.

*Demonstration zum Bereich „Nein sagen können, ablehnen einer Forderung“.*

Rolle 1: Sie werden von Ihrem Freund gefragt, ob Sie ihn am frühen Morgen mit dem Auto zum Bahnhof bringen könnten. Das aber hieße, daß sie verspätet zur Arbeit kommen. Sie sagen zu Ihrem Freund sehr bestimmt: „Ich kann Dich nicht zum Bahnhof bringen, dieses Problem mußt Du anders lösen, ich komme sonst zu spät zur Arbeit.“

Entschuldigen Sie sich bitte nicht, daß Sie dem Wunsch des Freundes nicht nachkommen. Sie sollten sich nicht dafür entschuldigen, wenn Sie keine Zeit haben.

Rolle 2: Der Freund Willy — er möchte zum Hauptbahnhof gebracht werden, da er viel Gepäck mitnimmt. Nachdem der Freund abgelehnt hat, akzeptiert er aber auch, daß sein Freund keine Zeit hat und verabschiedet sich höflich.

**Hausaufgaben für den Abschluß der siebten Lerneinheit**



## **Hausaufgabe 17: Praktische Übung: Soziale Unterstützung verstärken**

Sprechen Sie eine Ihnen gut vertraute Person an, ob diese Person Sie bei der Aufrechterhaltung Ihrer alkoholkonsumbezogenen Zielsetzung unterstützen kann. Teilen Sie dieser Person mit, daß Sie Ihre Alkoholkonsumgewohnheiten geändert haben, und daß Sie in einigen Situationen Unterstützung brauchen. Äußern Sie dies freundlich und bestimmt und wählen Sie einen günstigen Zeitpunkt, um diese Person zu gewinnen. Für diese Hausaufgabe geben wir Ihnen folgende strukturelle Gliederungen an die Hand, die Sie bearbeiten sollen, bevor Sie Ihrer Aufgabe nachkommen, eine konkrete Person um persönliche Hilfestellung und Unterstützung zu bitten.

### **Praktische Übung: Soziale Unterstützung verstärken**

#### **1. Problemstellung**

**Sie brauchen einen Partner für die Unterstützung bei der Aufrechterhaltung Ihrer alkoholkonsumbezogenen Zielsetzung.**

#### **2. Was könnte dabei hilfreich sein?**

---

---

---

#### **3. Was könnte er/sie tun, um Ihnen die gewünschte Unterstützung zu geben?**

---

---

---

#### **4. Wie können Sie Unterstützung von ihm / ihr erhalten?**

---

---

---

#### **5. Wählen Sie den richtigen Zeitpunkt und die geeignete Situation aus, um diese Person für Unterstützung zu gewinnen.**

#### **6. Sprechen Sie die von Ihnen ausgewählte Person an und erörtern Sie die Problemstellung entsprechend bezogen auf die Punkte 1–4.**

## **Baustein 6**

### **5.6. Selbstmanagement in Problemsituationen und bei Lebensstiländerungen**

**Lerneinheit 8: Achstes Gruppentreffen — 120 Minuten****6.1. Probleme lösen im Alltag****6.2. Lebensstiländerungen angesichts problematischen Alkoholkonsums**

Nachbesprechung der Hausaufgaben der Lerneinheit 7

Nachfrage, ob die Teilnehmer ihre Konsumtagebücher regelmäßig führen (Registrieren der abstinenter Tage und Konsumtagebuch für die Zielgruppe risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum). Wie sieht die persönliche Erfolgchance aus?

Methode:

Kurzes Gruppengespräch

Hausaufgabe 16: Selbstbeobachtungsbogen für Craving-Situationen

Methode:

Kurzes Gruppengespräch.  
Auswertung und Auflistung der Fragestellung an der Flipcharttafel

Hausaufgabe 17: Soziale Unterstützung verstärken  
Nachfrage, ob es gelungen ist, eine Person zur Unterstützung zu gewinnen.

Methode:

Kurzes Gruppengespräch.  
Erfahrungsaustausch über den Umgang der Teilnehmer mit der Themenstellung

**6.1. Probleme lösen im Alltag**

Probleme können definiert werden als Gruppe von Situationen, auf die man reagieren muß, um effektiv funktionieren zu können. Wenn dies unmittelbar gelingt, ergeben sich keine weiteren Auswirkungen. Es kann aber sein, daß dem, der ein Problem hat, keine unmittelbare Handlungsalternative zur Verfügung steht. Dann befindet er sich in einer Druck- und Anspannungssituation.

Methode:

Informationsvermittlung  
anhand Folie 90 bis Folie 92

Zusätzlich negative Konsequenzen treten ein, wenn der Betroffene in der Problemsituation gar nicht auf das Problem reagiert. Dies kann zusätzlichen Druck, zusätzlichen Streß bewirken.

Das Nichtlösen oder das Verschieben von Problemsituationen und die damit verbundenen Belastungen sind als Risiko anzusehen, d.h. als Situation, die zum Alkoholkonsum verleiten kann. Vier grundlegende Haltungen gegenüber der Lösung eines Problems haben sich als vorteilhaft erwiesen:



## Folie 90

**Grundhaltung für Problemlösungen:**

Probleme sind etwas ganz Normales.

Die meisten Probleme lassen sich lösen.

Probleme sollten möglichst rasch erkannt und angegangen werden.

Das Vermeiden, Probleme zu lösen, verschärft die Problemsituationen.

Im Alltag sind meist die Grundhaltungen entscheidend dafür, ob und wie Probleme gelöst werden können. Daß Probleme etwas normales sind, daß die meisten Probleme sich lösen lassen, sind vom Prinzip her positive Grundhaltungen. Ein Beispiel: Wenn Boris Becker in ein Tennisspiel geht und denkt, „Mein nächstes Match kann ich nicht gewinnen oder ich sehe keine Lösung, wie ich dieses Problem, dieses nächste Match gewinnen kann“, dann wird es höchstwahrscheinlich auch so sein, daß er verliert. Positive Grundeinstellungen gegenüber bestimmten Problemsituationen lassen es sehr viel wahrscheinlicher werden, daß ein Problem auch gelöst wird. Es gibt ein Problemlösungstraining, das folgende Systematik und Herangehensweise aufweist:

Folie 91

## Probleme lösen

### Schritte des Problemlösungsprozesses

**a) Nehmen Sie wahr, daß ein Problem existiert.**

Achten Sie auf Hinweise Ihres Körpers, auf Ihre Gedanken und Gefühle, Ihr Verhalten, Ihre Reaktionen auf andere Menschen und darauf, wie andere Menschen auf Sie reagieren.

**b) Identifizieren Sie das Problem.**

Beschreiben Sie das Problem genau.

Unterteilen Sie das Problem in Teile, die zu bewältigen sind.

**c) Denken Sie über verschiedene Ansätze nach, um das Problem zu lösen.**

Lassen Sie unzensiert alle Gedanken zur Problemlösung zu, so viele, wie Ihnen in den Sinn kommen.

Nehmen Sie unterschiedliche Gesichtspunkte ein, denken Sie über bisher erfolgreiche Lösungen nach und fragen Sie andere, wie sie ähnliche Probleme gelöst haben.

**d) Wählen Sie den vielversprechendsten Ansatz aus**

Berücksichtigen Sie alle positiven wie negativen Aspekte jedes möglichen Lösungsansatzes und wählen Sie den Ansatz aus, der das Problem mit größter Wahrscheinlichkeit löst und am wenigsten Mühen bereitet.

**e) Bewerten Sie die Effektivität des ausgewählten Lösungsansatzes**

Geben Sie dem ausgewählten Lösungsansatz eine faire Chance. Hat es geklappt? Wenn nicht, überlegen Sie, wie Sie den Plan verstärken können oder ob sie ihn aufgeben und einen anderen Ansatz ausprobieren müssen.

Folie 92

## Falldarstellung: Problemlösungstraining

### 1. Schritt: Wahrnehmung, daß ein Problem existiert

Herr K. hat vor ca. 3 ½ Wochen einen Brief vom Arbeitsamt erhalten mit der Bitte, zusätzliche Einkünfte mitzuteilen. Dieses hat er nicht getan. Er hat den Brief zur Seite gelegt, mittlerweile ist er in einem Stapel weiterer Briefe verschwunden. Herr K. weiß eigentlich gar nicht mehr, wo der Brief ist. Seit einige Zeit bemerkt Herr K., daß er sehr gereizt ist, wenn er an den Brief denkt. Ferner empfindet er diffuse Angstzustände, fühlt sich oftmals unsicher und ängstlich. Er traut sich insgesamt wenig zu, zeitweise kann er nachts nicht schlafen, und dann muß er an diesen Brief denken. Herr K. hat das Gefühl, er müßte das Problem mit dem Brief irgendwie lösen, sagt dann aber jedesmal „Ach, das gehe ich morgen an!“. Wenn er dann mal wieder in einer ruhigen Stunde darüber nachdenkt, welche Probleme er momentan hat, dann fällt ihm immer wieder dieser Brief ein.

### 2. Schritt: Identifizierung des Problems

Genauer betrachtet, hat Herr K. mindestens zwei Probleme.

1. Er weiß nicht genau, wo der Brief des Arbeitsamtes ist.
2. Herr K. muß den Brief des Arbeitsamtes beantworten.

Diese beiden Probleme hängen sicherlich miteinander zusammen, schließlich kann Herr K. den Brief nur beantworten, wenn er ihn auch vorliegen hat. Herr K. entscheidet sich nun zunächst, sein erstes Problem zu lösen: Er schreibt das Problem auf und fertigt eine Liste mit möglichen Lösungen an, er entscheidet sich auch, spontane Lösungsmöglichkeiten bei seiner Ideensammlung mit aufzunehmen.

### 3. Schritt: Überlegungen von Ansätzen für das Lösen des Problems

Liste von Lösungsmöglichkeiten:

- Warten, bis ein zweiter Brief des Arbeitsamtes kommt ..... –
- mit dem Bruder darüber reden, daß er den Brief vermißt ..... +
- Briefe verbrennen ..... –
- Anfangen, den Stapel Briefe zu sortieren ..... ++
- der Mutter sein Leid klagen, er vermisse einen wichtigen Brief +
- nicht mehr daran denken ..... –

### 4. Schritt: Auswahl des vielversprechendsten Ansatzes.

Für positiv bewertete Lösungsvorschläge machen wir ein Plus-Zeichen hinter die Lösung, ein Minus-Zeichen hinter negativ bewertete. Wenn Lösungen besonders positiv erscheinen, werden sie mit zwei oder drei Plus-Zeichen versehen.

In der Regel ist die Lösung, die mit den meisten Plus-Zeichen versehen worden ist, auch die, die unmittelbar in Handlung umgesetzt werden sollte. Wichtig: Man darf die Ausführung dieser Handlung nicht verschieben.

Herr K. entscheidet sich in unserem Fall letztlich für die Lösungsmöglichkeit: „Anfangen, den Stapel Briefe zu sortieren.“ Er setzt die Lösung auch unmittelbar um und kommt somit zum

### 5. Schritt: Effektivitätsbewertung des ausgewählten Lösungsansatzes

Herr K. findet den gesuchten Brief sofort. Er ist sehr beruhigt und zufrieden.

Den Teilnehmern wird diese Falldarstellung in der Absicht präsentiert, daß sie modellhaft lernen, welche Schritte konkret erforderlich sind, um ein Problem zu lösen. Wichtigster Schritt in diesem Verfahren ist der Ausgangspunkt: das Problem konkret zu benennen, im Fall von Herrn K. war es das Suchen des Briefes vom Arbeitsamt. Erst wenn Herr K. diesen Brief gefunden hat ist er in der Lage, ihn auch zu beantworten. Falls er nicht weiß, wie er diesen Brief beantworten soll — dies kann ein weiteres Problem sein — würde sich wieder das obige Verfahren zur Problemlösung anbieten.

## 6.2. Lebensstiländerungen angesichts problematischen Alkoholkonsums

### Regelmäßiger Alkoholkonsum und Lebensqualität

An dieser Stelle ist über die Auswirkungen regelmäßigen Alkoholkonsums auf die Lebensqualität insgesamt zu informieren.

Methode:  
Informationsvermittlung  
anhand von Folie 93

Folie 93

### Folgen eines regelmäßigen Alkoholkonsums auf die Lebensqualität

1. Übergewicht. Alkohol hat sehr viele Kalorien, sogenannte „leere Kalorien“.
2. Appetitverlust, Magenprobleme
3. Kopfschmerzen, schwere Katerstimmungen, Erinnerungslücken, Konzentrationsschwierigkeiten. Alkohol enthält oft Zusatzstoffe, die Katergefühle verstärken.
4. Generelle Schwächegefühle, zitternde Gliedmaßen
5. Alkohol baut sich nur schrittweise ab (ein Standardgetränk eine Stunde. Gefahr: Restalkohol am Morgen!)
6. Alkoholkonsum ist während einer Schwangerschaft und während einer Stillzeit ganz besonders gefährlich. Das Baby trinkt mit! Gefahr von Mißbildungen und anderen schwerwiegenden gesundheitlichen Schädigungen für das Kind. Schwangere Frauen sollten ganz auf Alkoholkonsum verzichten

Wir haben hier einige Folgen aufgezeigt, die durch regelmäßigen Alkoholkonsum verursacht werden können und die Le-

bensqualität erheblich einschränken. Dabei sind Schwächegefühle, Mattigkeit des Gesamtkörpers usw. generell die Lebensqualität einschränkende Begleitumstände des Alkoholkonsums.

Wenn Sie keinen oder nur noch sehr wenig Alkohol trinken, werden Sie erleben, wie Sie körperlich leistungsfähiger werden. Ihr Selbstwertgefühl wird steigen, insgesamt wird sich Ihre Lebensqualität erhöhen.

### **Grundhaltungen für einen nicht alkoholbezogenen Lebensstil**

Das Besondere einer Verführung zum Alkoholtrinken besteht darin, daß dadurch ein positiver Erlebniszustand als Belohnung herbeigeführt werden konnte. Darüber hinaus ist es besonders verführerisch, diesen Zustand erreichen zu können, ohne besonders aktiv sein zu müssen. Wer Alkohol konsumiert, muß eigentlich nur diese positive Wirkungserwartung haben. Nach dem Konsum muß man nur eine kurze Zeit warten, bis die Wirkung nach fünf bis dreißig Minuten einsetzt. Dieses Erleben ist ein passiver Vorgang, aber zentraler Mechanismus eines Alkoholkonsums: Ein positiver angenehmer Zustand wird erreicht ohne aktiv werden zu müssen. Alle Suchtmittel sind gerade wegen dieser Besonderheit so verführerisch.

Freude, Glück, Erfolg finden zu wollen setzt in der Regel voraus, aktiv werden zu müssen, Energien in Handlungen investiert zu haben. Ein angenehmes Gefühl von Entspannung durch eine sportliche Betätigung stellt sich erst dann ein, wenn wir sie auch ausgeführt haben. Einen angenehmen Blick über die Bergwelt können wir uns erst gestatten, wenn wir den Gipfel des Berges erklommen haben.

Wenn Sie Ihr Alkoholkonsumverhalten ändern, dann müssen Sie wissen, daß jetzt die Haltung des Aktivseins gefragt ist.

Methode:  
Direkte Anrede der Teilnehmer

Methode:  
Informationsvermittlung anhand von Folie 94

Folie 94

**Merke: Wenn Sie Erfolg, Freude, Glück suchen, dann ist jetzt eine Haltung des Aktivseins gefragt.**

Wer lange Zeit Suchtmittel konsumiert hat, dem fällt es relativ schwer, Aktivitäten zu entfalten, sich persönlich zu engagieren, auf anderem Wege Glück und Erfolg zu suchen als auf passive Weise.

Versuchen Sie den Weg des Aktivseins zu gehen, gehen Sie ihn allerdings vorsichtig und in kleinen Schritten und mit kleinen Zielsetzungen, so daß Sie möglichst schnelle Erfolge aufweisen können.

Die Motive des Alkoholkonsumenten sind auf unmittelbar

Methode:  
Direkte Anrede der Teilnehmer

kurzfristige Bedürfnisbefriedigung ausgerichtet. Durch den Konsum von Alkohol werden kurzfristige Belohnungen erlangt, die von euphorischen Gefühlszuständen bis zu Entspannungszuständen reichen. Tausendfach wurden diese „Kicks“ und „Trinkorgasmen“ als Belohnung für den Konsum von Alkohol wahrgenommen.

Folie 95

**Merke:** Es ist besonders wichtig für Sie, nach Ersatzbefriedigungen Ausschau zu halten, nach kleinen und größeren Annehmlichkeiten und „Kicks“, die Sie genießen können.

Es hilft, wenn man täglich zwischen 30 und 60 Minuten Zeit für sich reserviert, um eine besonders persönliche, angenehme Aktivität auszuführen.

Den Teilnehmern sollte bewußt werden, daß durch ihren regelmäßigen Alkoholkonsum ihr gesamter Freizeitablauf, möglicherweise der gesamte Tagesablauf weitestgehend auf diesen Konsum abgestimmt war. Menschen, die regelmäßig Alkohol konsumieren, haben in der Regel einen Zeitablauf und ein Zeitraster für den Konsum. Für den, der nun nicht mehr oder nur noch begrenzt konsumiert tauchen in diesen Zeiten „leere Zeiten“ auf.

Folie 96

**Merke:** Füllen Sie die sogenannten „leeren Zeitanteile“ aus, bereiten Sie sich darauf vor, diese Zeitanteile in ihren Alltag mit einzuplanen und bewußt auszufüllen.

Wenn man sich täglich 30 bis 60 Minuten seiner persönlichen Zeit für besonders angenehme Aktivitäten reserviert, wird man feststellen, daß man im täglichen Leben persönliche Befriedigung erfährt. Außerdem erhöht sich die Balance der persönlichen Zufriedenheit dahingehend, daß den Dingen des täglichen Lebens, die ohnehin erledigt werden müssen, Dinge entgegengestellt werden können, die Spaß machen. Gerade in Situationen, in denen man auf Alkoholkonsum verzichtet, gilt es, die leeren Zeitanteile durch Spaß-Aktivitäten auszufüllen und zu erweitern.

#### **Lebensstiländerung allgemein**

Wer seinen Alkoholkonsum in Richtung Abstinenz oder wenig riskanten, gesundheitsverträglichem Konsum ändert, wird feststellen, daß er einen hohen Zugewinn an Lebensqualität erlangt. Viele Menschen, die ihren Lebensstil geändert haben, berichten, daß sie durch die Planung gezielter angenehmer

#### Methode:

Informationsvermittlung anhand von Folie 97 und Folie 98

Aktivitäten auch das Craving positiv beeinflussen konnten. Insgesamt bleibt bei einer Veränderung des Lebensstils folgendes festzustellen:

Folie 97

## Veränderung des Lebensstils

Auf längere Sicht verändert Nullkonsum/Abstinenz oder Konsum in gesundheitsverträglichen Grenzen den Lebensstil.

Alkoholkonsum besetzt nicht mehr das Zentrum aller Aufmerksamkeit; der damit verbundene Zeit- und Energieverbrauch reduziert sich.

Zeit, Energie und Aufmerksamkeit stehen für andere Dinge des Lebens zur Verfügung.

Die Entwicklung alternativer Aktivitäten zum Trinken ist dabei besonders wichtig, um positive Verstärkungen auch ohne Alkoholkonsum zu erfahren.

- Neuer Lebensstil: Weniger ist mehr!
- Es lohnt sich zu warten: Sie müssen zwar kurzfristig Alkoholkonsumverzicht leisten, aber Ihre Lebensqualität wird sich langfristig drastisch verbessern und erhöhen.
- Sie werden mehr Freude am Leben haben.

Wer die neuen Grundhaltungen und -handlungen in sein neues Leben einführt, hat auch hier die zentrale Regel zu gelten:

Folie 98

**Erst ausprobieren, dann beurteilen!**

## Hausaufgaben für den Abschluß der achten Lerneinheit

### Hausaufgabe 18: Probleme lösen

#### Probleme lösen

#### Praktische Übungen

- Wählen Sie ein Problem aus, das schwer zu bewältigen ist.
- Beschreiben Sie es genau.
- Machen Sie eine unzensurierte Liste über mögliche Lösungen.
- Bewerten Sie die Möglichkeit und numerieren Sie diese in der Reihenfolge Ihrer Bevorzugung.

#### 1. Identifizieren des Problems

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 2. Gedankenliste zur Problemlösung

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Hausaufgabe 19: Liste mit angenehmen Aktivitäten und „Ersatzkicks“ und Planung verbindlicher Aktivitäten**

Erstellen Sie Ihre persönliche Menuliste für angenehme Aktivitäten und Ersatzkicks:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Stellen Sie einen persönlicher Wochenplan auf, der jeden Tag ca. 30–60 Minuten Spaß/Vergnügen = „Pleasure-Aktivitäten“ für Sie umfaßt.

**Verbindliche persönliche Zeiten für angenehme Aktivitäten**

Wochentag	Zeitanteil/Uhrzeit	Art der angenehmen Aktivität/Ersatzkicks
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

## **Baustein 7**

### **5.7. Vorgehensweisen bei Aufgabe der selbstbestimmten Zielsetzungen**

**Lerneinheit 9: Neuntes Gruppentreffen — 120 Minuten**

**7.1. Mögliche Reaktionen auf hochriskante Situationen**

**7.2 Abstinenzbeendigung**

**7.3 Verlassen der Zielsetzung „risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum“**

**7.4 Persönlicher Krisenplan**

**Nachbesprechung der Hausaufgaben der Lerneinheit 8:**

Wiederum zunächst die Nachfrage, ob die Teilnehmer ihre Konsumtagebücher regelmäßig führen. Wie sieht die persönliche Erfolgchance jetzt aus?

Methode:

Kurzes Gruppengespräch

Hausaufgabe 18: Probleme lösen

Methode:

Kurzes Gruppengespräch.  
Eventuell kurze exemplarische Falldarstellung durch einen Teilnehmer

Hausaufgabe 19: Liste mit angenehmen Aktivitäten und „Ersatzkicks“ und Planung verbindlicher Aktivitäten

Methode:

Kurzes Gruppengespräch  
Auswertung und Auflistung verbindlicher Aktivitäten an der Flipcharttafel

**7.1. Mögliche Reaktionen auf hochriskante Situationen**

Folgende Diagramme zeigen mögliche Reaktionen auf hochriskante Situationen als Optionen, die mit den wahrscheinlich zu erwartenden Konsequenzen verknüpft sind:

Folie 99

Diagramm 1: Mögliche Reaktionen auf hochriskante Situationen bei der Zielbestimmung Abstinenz, bzw. Nullkonsum

Optionen	Erwartbare Folgen
Konsum bis zum Exzeß	Hochriskanter Konsum wird fortgesetzt mit den entsprechenden schädlichen Folgen
Konsum, aber <u>nicht</u> bis zum Exzeß oder „Ausrutscher“ mit sofortiger Konsumbeendigung	Risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum als neue Zielbestimmung oder Nullkonsum wird fortgesetzt; keine schädliche Folgen
Kein Konsum <u>und</u> vorher geplante Umgehensweisen für hochriskante Situationen werden eingesetzt	Ziel wird aufrechterhalten; keine schädlichen Folgen
Kein Konsum, aber vorher geplante Umgehensweisen für hochriskante Situationen werden nicht eingesetzt	Ziel wird aufrechterhalten, aber auf anderen Verhaltensgebieten ergeben sich schädliche Folgen (z.B. der Verlust von Beherrschung in einem Streit)

Folie 100

Diagramm 2: Mögliche Reaktionen auf hochriskante Situationen bei der Zielbestimmung risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum

Optionen	Erwartbare Folgen
Konsum bis zum Exzeß	Hochriskanter Konsum wird fortgesetzt mit den entsprechenden schädlichen Folgen
Konsum bleibt <u>einmalig</u> exzessiv („Ausrutscher“), eine Konsumpause ist <u>sofort</u> erreichbar	Ziel kann nach Unterbrechung fortgesetzt werden; keine schädliche Folgen
Risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum <u>und</u> vorher geplante Umgehensweisen für hochriskante Situationen werden eingesetzt	Ziel wird aufrechterhalten; keine schädlichen Folgen
Risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum, aber vorher geplante Umgehensweisen für hochriskante Situationen werden nicht eingesetzt	Ziel wird aufrechterhalten, aber auf anderen Verhaltensgebieten ergeben sich schädliche Folgen (z.B. der Verlust von Beherrschung in einem Streit)

Die beiden Diagramme zeigen, daß der Umgang mit hochriskanten Situationen auch dann nicht immer positive Konsequenzen hat, wenn die ursprüngliche Zielsetzung beibehalten wird. Das Aufrechterhalten der Zielbestimmung bringt schädliche Folgen dann mit sich, wenn die geplanten Umgehensweisen für diese Situationen nicht greifen. Die „Angemessen-

heit“ jeder Alternative zur rein konsumbezogenen Zielsetzung wird durch die Folgen bestimmt, die sie nach sich zieht.

## 7.2. Abstinenzbeendigung

Die Abstinenz ist zwar ein sehr klares, lohnenswertes Ziel, doch sollte man sich möglichst frühzeitig auch damit auseinandersetzen, wie man handeln wird, wenn man in eine Phase gerät, die wir als Abstinenzbeendigung kennzeichnen. Die anderen Begriffe, die für diese Phase kennzeichnen sollen, lauten Rückfall (Relapse) oder Ausrutscher (Laps, Slips). Der Begriff Rückfall steht für „das Zurückfallen in problematischen Alkoholkonsum“, ist aber in unseren Augen zur Kennzeichnung dieser Phase nicht so geeignet, da er moralisch sehr stark aufgeladen ist und deshalb stigmatisiert. Er gilt bei vielen Menschen mit Alkoholproblemen als eine Phase, die niemals eintreten darf, und erzeugt deshalb einen sehr starken Druck und auch starke Angstgefühle. Menschen mit problematischem Alkoholkonsum sprechen oft davon, daß sie einen Rückfall „bekommen“ haben — ähnlich wie man eine Grippe ‚bekommen‘ kann; oder auch einen Rückfall „gebaut“ haben — ähnlich wie man einen Unfall ‚bauen‘ kann, in dem Sinne, daß man ihn nicht steuern kann, er durch Fremdverschulden verursacht ist. Solche Erklärungen für die Rückfallsituationen sind als Selbstschutz zu interpretieren; sie vermindern Angst und Versagensgefühle, die in Rückfallsituationen auftreten können, indem das eigene Verhalten — Alkohol konsumiert zu haben — nicht oder nur begrenzt in die Verantwortung des Betroffenen miteinbezogen wird.

Wir gehen von der Annahme aus, daß man auch in einer Phase der Abstinenzbeendigung bis zu einem gewissen Grad auf Rückfall- bzw. Ausrutschersituationen selbstkontrollierend und –steuernd Einfluß nehmen kann. Doch bleibt es von größter Wichtigkeit, die persönlichen Risikosituationen genau zu kennen und geeignete Bewältigungsstrategien im Umgang mit ihnen zu entwickeln. Verhaltensrückfälle in altbekannte Konsummuster können jedenfalls relativ häufig auftreten.

Methode:

Informationsvermittlung anhand von Folie 101 bis Folie 107

Folie 101

**Merke:** Die Phase der Abstinenzbeendigung kommt nicht aus heiterem Himmel — die Flasche fällt nicht vom Himmel — sondern es liegt allein in Ihrer Hand, ob Sie eine Abstinenzphase beenden. *Sie* können entscheiden und auch steuern, ob Sie wieder Alkohol konsumieren. Diese Entscheidung liegt allein bei Ihnen!

Diese Aussage soll Sicherheit verleihen, so daß eine Phase der Abstinenzbeendigung nicht völlig überraschend eintritt und

auch diese Phase beeinflusst werden kann. Die Angst vor Rückfallsituationen soll so abgebaut werden. Denn Menschen, die abstinent leben wollen und dies auch nach außen hin immer wieder kund getan haben, entwickeln in der Phase der Abstinenzbeendigung starke Schuld- und Versagensgefühle, die wiederum Auslöser für ein Bedürfnis nach Alkohol werden.

Folie 102

**Merke:** In der Phase der Abstinenzbeendigung können sehr massive Versagens- und Schuldgefühle auftreten. Versagens- und Schuldgefühle können zum Auslöser für starkes Trinkverhalten werden.

Es gibt bei vielen Menschen einen engen Zusammenhang zwischen der Stärke der Versagens- und Schuldgefühle und der Intensität des Alkoholkonsums. Sehr starke Schuld- und Versagensgefühle kann man beseitigen, indem man sehr viel Alkohol konsumiert. Solche starken Schuldgefühle können sich äußern in Gedanken wie:

Folie 103

„Es hat alles keinen Zweck mehr!“

„Ich schaffe das nie!“

„Ich bin ein totaler Versager!“

Solche Gedanken sind hinderlich, weil sie die Schuld- und Versagensgefühle nur noch verstärken. Der Aufbau positiver Grundhaltungen und positiver Gedanken auch in Phasen der Abstinenzbeendigung erhöhen die Chance, diese Phase möglichst kurz halten zu können. Positive Kerngedanken oder eine positive Grundhaltung könnten sein:

## Folie 104

**Grundhaltung:**

„Es ist jetzt nicht alles verloren“, „Eine Schwalbe macht noch keinen Sommer“, „Es war heute einfach nicht ‚mein Tag‘“.

**Aufbau positiver Gedanken in der Phase der Abstinenzbeendigung:**

„Diese Phase ist nur ein zeitlich befristeter Ausrutscher“, „Ich überstehe das und knüpfe wieder an die vorher gemachten Fortschritte an!“

„Ich mache weiter so wie vor dem ‚Rückfall‘ und ziehe meine Lernerfahrungen daraus, die ich dann zukünftig berücksichtigen will!“

Die Phase einer Abstinenzbeendigung muß differenziert betrachtet werden. Als eigentliche „Rückfallphase“ wird die Rückkehr zu alten Konsummustern über mehrere Tage angesehen. Möglicherweise werden dabei dann viele der bisher erreichten Fortschritte wieder zunichte gemacht.

Ein Ausrutscher ist der erste Alkoholkonsum nach einer längeren Abstinenzphase oder die Rückkehr zu riskanten Konsummustern. Ein Ausrutscher unterscheidet sich dadurch vom Rückfall, daß die Konsumphase nach kurzer Zeit durch geeignete Maßnahmen wieder beendet wird.

Ebenso wichtig wie das Wahrnehmen der Risikosituationen und das vorbeugende Planen entsprechender Bewältigungsstrategien ist es, konkrete Bewältigungsstrategien für die Phase der Abstinenzbeendigung vorbeugend mit einzukalkulieren, um die Rückfall- oder Ausrutscherphasen möglichst kurz zu halten. Es ist hier noch einmal darauf zu verweisen, daß die Phase der Abstinenzbeendigung Chancen und Risiken beinhaltet. Zentrale Zielsetzung in dieser Phase sollte sein:

## Folie 105

**Zentrale Zielsetzung für die Phase der Abstinenzbeendigung:**

- 1. Die Phase der Abstinenzbeendigung sollte möglichst von kurzer Dauer sein.**
- 2. Der Alkoholkonsum sollte in Menge und Intensität möglichst gering sein.**

Die Phase der Abstinenzbeendigung beinhaltet auch die Chance, neue Verhaltensstrategien und Fertigkeiten zu entwickeln, um eine längere Phase der Abstinenz einzuleiten. Aber sie birgt das Risiko und die Gefahr, die Fähigkeit zur eigenen Selbstkontrolle dahingehend zu interpretieren, von nun an wieder begrenzt und kontrolliert Alkohol trinken zu

können. Dies ist jedoch ein „Spiel mit dem Feuer“.

Folie 106

**Merke:**

- 1) Die Phase der Abstinenzbeendigung bietet die Chance einer Rückkehr zur Phase der Abstinenz und der Entwicklung neuer Fertigkeiten für die Bewältigung von Risikosituationen.
- 2) Die Fähigkeit zur Kontrolle der Phase der Abstinenzbeendigung beinhaltet das Risiko zu glauben, daß Sie „Rückfälle“ und insbesondere Ausrutschersituationen selbstkontrollierend steuern könnten. Dies kann dazu verführen, wieder häufiger Alkohol zu konsumieren.

Die Phase der Abstinenzbeendigung kann natürlich auch in einer massiven Rückfallsituation enden; Krisen- und Notfallsituationen können eintreten, möglicherweise wird die Kontrolle über den Alkoholkonsum vollständig verloren.

Folie 107

**Merke:** Falls Sie eine Konsumsituation nicht selbständig beenden können, suchen Sie einen Arzt oder eine Fachberatungsstelle auf.

### 7.3. Verlassen der Zielsetzung „risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum“

Falls die Zielsetzung eines wenig riskanten, gesundheitsverträglichen Konsums verlassen wird, indem problematischer Alkoholkonsum wieder aufgenommen werden, geben wir diese Hinweise für den Umgang mit solch einer Situation:

Methode:  
Informationsvermittlung  
anhand von Folie 108

Folie 108

#### Rückkehr zu problematischem Alkoholkonsum

Problematische Trinkmuster einen Tag genau beobachten, indem Sie Ihr Trinktagbuch präzise führen.

Versuchen Sie eine Konsumpause von mindestens einem Tag einzulegen, unter Umständen diese Pause verlängern!

Falls man zu riskantem Alkoholkonsumverhalten zurückgekehrt ist, setzt man sich wieder verstärkt den Risiken aus, die ein riskanter Alkoholkonsum in sich birgt. Falls es nicht ge-



lingt, den Konsum wieder in Richtung der Zielsetzung risikoarm und gesundheitsverträglich zu lenken, so empfehlen wir, sich mit einem Arzt in Verbindung zu setzen oder eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen, um dieses Problem eingehend zu besprechen.

Folie 109

**Merke:** Falls Sie eine Konsumsituation nicht selbständig beenden können, suchen Sie einen Arzt oder eine Fachberatungsstelle auf.

#### 7.4. Persönlicher Krisenplan

Wir haben mehrfach darauf verwiesen, daß in einer Phase der Abstinenzbeendigung Krisen oder auch Notfallsituationen eintreten können. Der Umgang mit Krisensituationen und ihre Planung soll dazu beitragen, Krisen zu verhindern, aber auch dazu, eingetretene Krisen zu bewältigen.

Methode:  
Informationsvermittlung  
anhand von Folie 110

Folie 110

**Merke:** Die Planung von Krisensituationen ist schon mehr als die ‚halbe Miete‘ zur Verhinderung von Krisensituationen.

In dem Abschnitt des psychoedukativen Programms, das sich mit der Wahrnehmung und Registrierung von Risikosituationen und der Entwicklung des persönlichen Bewältigungsverhaltens befaßt, haben die Teilnehmer selbst ihre Risikosituationen erfaßt und ihr persönliches Bewältigungsverhalten beschrieben. Dem folgenden Punkt ist dabei besondere Beachtung zu schenken.

Im menschlichen Leben hat es sich häufig bewährt, Hilfe von anderen einzuholen, wenn sich eine Krisensituation anbahnt. Menschen, die Rat und Hilfestellung geben können sind in der Regel Menschen aus der Familie, Freunde, Bekannte. Oft beruht diese Hilfe auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit. Auch bitten wir diejenigen um Rat und Hilfe, von denen wir wissen, daß sie ähnliche Krisensituationen erfolgreich bewältigt haben. Diejenigen, die man in Selbsthilfegruppen trifft, haben meist eigene Erfahrungen im Umgang mit einer Abstinenzbeendigung und Krisensituationen. Es ist wichtig, sich ein soziales Netzwerk gegenseitiger Hilfe aufzubauen, dies frühzeitig zu planen, und sich so früh wie möglich eine Liste mit den entsprechenden Namen und Telefonnummern zuzulegen.

An dieser Stelle ist nochmals der Hinweis wichtig, daß möglichst schon vor einer Krisensituation mit vertrauten Men-

schen Kontakt aufgenommen werden sollte. Die vorletzte Hausaufgabe 17 — soziale Unterstützung verstärken — bestand darin, eine vertraute Person anzusprechen, die persönliche Unterstützung gewährt. Eine solche Person sollte Distanz zu dieser Krisensituation entwickeln können, d.h. Klarheit und Deutlichkeit vermitteln, ohne dabei zu verletzen oder zu verurteilen. Wir raten, mit dieser Person einen sogenannten „Ausrutscher-Vertrag“ abzuschließen

Sorgen Sie desweiteren dafür, daß Sie auch entlastende Aktivitäten einplanen, die Sie auch in einer entsprechenden Krisensituation in kleinen Schritten ausführen können. Sich in einer Krisensituation abzulenken, sich nicht nur auf die Krise und auf den Alkoholkonsum zu konzentrieren, kann eine weitere wichtige Hilfestellung sein.

### **Hausaufgaben für den Abschluß der neunten Lerneinheit**

#### **Hausaufgabe 20: „Ausrutscher-Vertrag“**

Nach dem Verteilen der beiden Hausaufgaben wird eine Feedback-Runde durchgeführt, in der das Programm von den Teilnehmern abschließend bewertet wird.

Methode:  
Direkte Anrede der Teilnehmer

Methode:  
abschließende Feedback-Runde

## „Ausrutscher-Vertrag“ für Menschen mit Alkoholproblemen

Bei vielen Menschen mit Alkoholproblemen kommt es zu einem „Ausrutscher“, d.h. es wird erstmalig wieder konsumiert (der „erste Schluck“). Nach einem solchen „Ausrutscher“ entstehen bei manchen Triumphgefühle („ich kann also doch kontrolliert Alkohol konsumieren“), bei anderen Resignation und Schuldgefühle („wieder habe ich es nicht geschafft“). Derartige Gefühle sind gefährliche „Rückfallanheizer“, denn dadurch kann der „Ausrutscher“ nach einiger Zeit zu einem schweren Rückfall werden. Deshalb ist es wichtig, nach einem „Ausrutscher“ etwas zu unternehmen, anstatt einfach alles laufen zu lassen.

Ich, \_\_\_\_\_, schließe mit der „Person meines Vertrauens“

(das ist: \_\_\_\_\_) die folgende Vereinbarung für den Fall, daß es bei mir zum erneuten Alkoholkonsum kommt — **gleichgültig, wieviel Alkohol oder wie lange ich Alkohol nehme:**

Ich werde nach jeglichem Alkoholkonsum so rasch wie möglich folgendes tun:

1. Ich werde die Situation bzw. Umgebung, in der ich Alkohol konsumiert habe, verlassen.
2. Ich werde die o.g. Person meines Vertrauens anrufen oder aufsuchen, um mit ihr über meinen „Ausrutscher“ zu sprechen.
3. Ich werde mir mit ihr Klarheit darüber verschaffen, welche Risikofaktoren zu dem „Ausrutscher“ geführt haben.
4. Ich werde mit ihr besprechen, was ich in Zukunft gegen diese Risiken tun kann.

Die Person meines Vertrauens verpflichtet sich, mich so rasch wie möglich wie folgt zu unterstützen:

1. Sie hilft mir, aus der Situation, in der ich Alkohol konsumiert habe herauszukommen.
2. Sie kritisiert mich nicht, verurteilt mich nicht, verletzt mich nicht.
3. Sie hilft mir dabei, die Faktoren herauszufinden und besser in den Griff zu bekommen, die zum erneuten Alkoholkonsum geführt haben.
4. Sie unterstützt mich auch in der folgenden Zeit, so daß ich meine Stabilität zurückgewinnen und mir klar werden kann, wie es in der Zukunft weitergehen soll.

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Ihre Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Person Ihres Vertrauens: \_\_\_\_\_

## Hausaufgabe 21: Persönlicher Krisenplan

Ihr persönlicher Krisenplan sollte folgende Punkte umfassen.

### Persönlicher Krisenplan

Meine wichtigsten individuellen Krisensituationen in Bezug auf die Veränderung meiner Alkoholkonsumgewohnheiten sind:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Meine Bewältigungsstrategien im Umgang mit diesen Risikosituationen umfassen folgende Planungen und Handlungen:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Falls ich von meiner Zielsetzung der Veränderung meines problematischen Alkoholkonsums abweiche, nehme ich Kontakt zu folgenden Personen auf:

- | Name     | Telefon |
|----------|---------|
| 1. _____ | _____   |
| 2. _____ | _____   |
| 3. _____ | _____   |

Meinen „Ausrutscher-Vertrag“ habe ich mit folgender Person besprochen und verbindlich unterzeichnet:

Name: \_\_\_\_\_

Falls ich von meinen Zielsetzungen abweiche und zu problematischem Alkoholkonsum zurückkehre, plane ich während der Zeit des Alkoholkonsums folgende entlastende Aktivitäten, die sich nicht auf den Alkoholkonsum konzentrieren.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Falls eine Unterstützung durch Freunde und Bekannte, einen Partner oder eine Selbsthilfegruppe nicht möglich ist oder nicht zur Verfügung steht, gibt es folgende professionelle Stellen, bei denen ich mir in einer Krisensituation Hilfestellung suchen kann:

Behandelnde/r Arzt/Ärztin

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Suchtberatungsstelle

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenhaus/Klinik

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Städtischer Krisendienst

Telefon: \_\_\_\_\_

Freund/Freundin, der/die Hilfe leistet

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mein persönlicher Krisenplan und „Ausrutscher-Vertrag“ befinden sich an folgendem Ort:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

## **6. Überprüfung der Wirksamkeit und Akzeptanz des Programms PEGPAK im Rahmen einer Pilotstudie**

### **6.1. Erkundungsstudie**

Die für experimentelle Studien geforderte strikte Einhaltung des Randomisierungsprinzips ließ sich in der vorgefundenen klinischen Praxis, die vor allem dem Wohl eines jeden einzelnen Patienten dient, nicht ohne weiteres realisieren. Es sollte eine „natürliche“ Gruppe untersucht werden, die im Kontext einer psychiatrischen Klinik mit ambulantem, tagesklinischem und stationärem Setting erreichbar ist. Das gewählte quasi-experimentelle Untersuchungsdesign als Eigen-Warte-Gruppe hat zwar einen geringeren Aussagegehalt als experimentelle Studien — denn die Interventionserfolge des überprüften Gruppenprogramms PEGPAK müssen stets in den Besonderheiten der untersuchten Stichproben gesehen werden. Dennoch hat dieses Design zur Erkundungsstudie ihren eigenen, zumindest heuristischen Wert, und erlaubt, weitergehende Arbeitshypothesen zu formulieren, die im experimentellen Design zukünftig zu erforschen sind. Im vorliegenden Zusammenhang verbietet sich eine Randomisierung aus ethischen und klinischen Gründen.

Die statistische Hypothesenüberprüfung beruht auf verteilungsfreien Tests, die auf schwächere Voraussetzungen zurückgreifen. Die relativ kleine Stichprobe ( $< 30$ ), die stetig verteilten Variablen, und die Homomertät der Populationsverteilung — als Verteilungen gleichen Typs in der Population — legten nahe, verteilungsfreie Verfahren einzusetzen. Es werden so Rangdaten und Häufigkeitsverteilungen kategorialer Merkmale verglichen, insbesondere handelt es sich um den Vergleich abhängiger Stichproben bezüglich eines mehrfach gestuften Merkmals bzw. den Vergleich jeweils zweier abhängiger Stichproben, wobei jedes gestufte Merkmal zwei gepaarte Beobachtungen liefert. Die relativ kleine Untersuchungsstichprobe und das Vorhandensein von Untersuchungsmerkmalen mit fraglichen Verteilungseigenschaften legt es nahe, nonparametrische statistische Verfahren anzuwenden, so wie sie Bortz, Lienert (1998) für ähnliche Bedingungen, wie sie sich in der vorliegenden Untersuchungsstichprobe darstellen, empfohlen haben.

Für die kleine Gruppenteilnehmerzahl ( $n=19$  bzw.  $n=27$ ) wurde das Eigen-Warte-Gruppen-design mit vier oder fünf Meßzeitpunkten gewählt. Zunächst wurde überprüft, ob es im Wartezeitraum (8–10 Tage) zu bedeutsamen Veränderungen gekommen ist. Außerdem wurde der Vergleich der Meßzeitpunkte vor und nach der Intervention zur Beobachtung kurzfristiger Effekte herangezogen. Da die relativ kurzfristige Intervention über einen Zeitraum von vier Wochen darin bestand, durch Selbstmanagementprinzipien Anregungen zu geben und Verän-

derungsprozesse anzustoßen, war zu erwarten, daß sich die im Interventionszeitraum erzielten Effekte sich im Nachfolgezeitraum (6, bzw. 12 Monate) bis zum letzten Meßzeitpunkt weiter verstärken würden. Die langfristigen Effekte wurden im Vergleich der entsprechenden Meßzeitpunkte erfaßt, d.h. vor der Intervention und nach Ablauf von zwölf Monaten.

Das Gruppenprogramm PEGPAK wurde im Rahmen einer Pilotstudie von den Autoren in einer Suchttagesklinik mit drei Gruppen von Personen mit problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten durchgeführt. Dabei wurden erste Daten zur Evaluation erhoben und ausgewertet.

Die qualitativen Rückmeldungen der 29 Teilnehmer im Interventionszeitraum und der 27 Teilnehmer im Nachuntersuchungszeitraum wurden protokolliert, mit Bewertungsbögen erfaßt und ebenfalls ausgewertet.

Im Wartezeitraum wurden 34 Teilnehmer untersucht, während der Interventionsphase fielen 5 Teilnehmer aus dem Untersuchungsdesign heraus (Drop-Outs), in der Nachuntersuchungsphase (bis zu einem Jahr nach Beendigung der Intervention „Teilnahme am Gruppenprogramm“) gab es 2 Drop-Outs.

## **6.2. Die Variablen**

Die Untersuchungshypothesen zur Wirksamkeitsüberprüfung leiten sich aus der Zielsetzung des Gruppenprogramms ab:

1. Vermittlung von Wissen über problematischen Alkoholkonsum und alkoholbezogenen Störungen
2. Entwicklung individueller Handlungsmöglichkeiten der Einflußnahme auf problematische Alkoholkonsumgewohnheiten
3. Reduzierung bzw. Verzicht auf problematische Alkoholkonsummuster
4. Entwicklung abstinenter Lebensperspektiven, Entwicklung von Bewältigungsstrategien für Risiko- und Rückfallsituationen
5. Rationale Zielfindung zu Alkoholkonsumgewohnheiten.

Die drei Gruppen wurden nach selektiven Auswahlkriterien zusammengestellt:

<b>PEGPAK I</b>	<b>PEGPAK II</b>	<b>PEGPAK III</b>
11. 11. 1996 – 20. 12. 1996	20. 4. 1997 – 28. 5. 1997	18. 11. 1997 – 18. 12. 1997
Hohe Anzahl stationärer Entgiftungsbehandlungen	Maximal 2 stationäre Entgiftungsbehandlungen	Keine stationären Entgiftungsbehandlungen
Fachklinische Vorbehandlungen	Keine fachklinische Vorbehandlung	Keine fachklinische Vorbehandlung
Hohe Konsummengen vor der Intervention	Hohe Konsummengen vor der Intervention	Geringer Konsum vor der Intervention
Instabile soziale Situation	Soziale Situation relativ stabil	Stabile soziale Situation

Die drei Gruppen wurden differentiell nach Ausprägungsgraden der Vorbehandlungen, der Konsummenge und der sozialen Stabilität zusammengestellt. Die Durchführbarkeit, die Wirksamkeit und Akzeptanz sollte so einer differenzierten Bewertung zugeführt werden. Da entsprechende Unterschiedlichkeiten in einem quasi-experimentellen Untersuchungsdesign zu überprüfen wären (z.B. durch Einführung einer unbehandelten Kontrollgruppe) ist im Rahmen der Wirksamkeitsuntersuchung auf entsprechende Untersuchungshypothesen verzichtet worden, zumal es sich im Rahmen der gewählten Aufgabenstellung um eine Pilotstudie handelt, in deren Mittelpunkt die Programmentwicklung steht. So werden im folgenden die drei Untersuchungsgruppen zusammen betrachtet und ein entsprechendes Untersuchungsdesign angewendet.

Für die Evaluation wurden folgende abhängige (9) und unabhängige Variablen (9) ausgewählt:

- RCQ-D (Änderungsbereitschaft), Hapke, Rumpf, John 1995. Veränderungsstadien werden gemäß dem transstheoretischen Modell erfaßt, vor allem die „frühen“ Motivationslagen „Precontemplation“ (P), im Sinne von Absichtslosigkeit, „Contemplation“ (C) im Sinne von Absichtsbildung unter Ambivalenz und „Action“ im Sinne von handlungsorientierter Motivationslage. Die Skala besteht aus 12 Items, von denen vier den entsprechenden Subskalen zugeordnet sind. Die Subskala mit der höchsten Ausprägung wird zur Bestimmung des Stadiums verwendet. Die Ausprägungen ermöglichen eine Prädiktion von Änderungen des Trinkverhaltens. Im Untersuchungszusammenhang wird erwartet, daß die Motivationslagen Absichtslosigkeit und Absichtsbildung sich durch die Intervention zurückentwickeln und die handlungsorientierte Motivationslage sich verstärkt.



- MALT (alkoholbezogene Problemlagen), Feuerlein, Kufner, Ringer, Antons 1979. Ein Instrument zur „Grobdiagnostik“ von alkoholbezogenen Störungen mit 24 Items in einem Selbstbeurteilungsteil (MALT-S). Eine Differenzierung zwischen schädlichem und abhängigem Gebrauch ist möglich.
- STAI (State/Trait-Angst), Laux, Glanzmann, Schaffner, Spielberger 1981. In einem Fragebogen mit 40 Items werden Zustandsangst situationsbezogen (STAI-S) und Ängstlichkeit als relative stabile Eigenschaft (STAI-T) erfaßt. Die Skala STAI-T ermöglicht die Feststellung individueller Unterschiede im Ausprägungsgrad der Ängstlichkeit als habituelles Persönlichkeitsmerkmal. Im Untersuchungszusammenhang wird erwartet, daß sich Ängstlichkeit durch die Intervention reduziert, weil die Aneignung individueller Coping-Strategien zum erfolgreichen Umgang mit Alkoholproblemen angstlösend wirken kann, zumal ein entsprechendes Modul der Schulung Angstprobleme im Zusammenhang mit problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten behandelt. Die Komorbidität von Angststörungen und Suchtstörungen ist epidemiologisch ein relativ häufig anzutreffendes Phänomen.
- BDI (Depressivität), Hautzinger, Bailer, Worall, Keller 1995. Der Selbstbeurteilungsfragebogen mit 21 Items dient zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik. Im Untersuchungszusammenhang wird erwartet, daß sich Depressivität durch die Intervention reduzieren läßt, weil die Aneignung individueller Bewältigungsstrategien zum erfolgreichen Umgang mit Alkoholproblemen Befindlichkeit und Stimmung verbessert, zumal ein entsprechendes Modul der Schulung Depressivität im Zusammenhang mit problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten behandelt. Die Komorbidität von Depression und Suchtstörungen ist epidemiologisch ebenfalls ein relativ häufig anzutreffendes Phänomen.
- KKG (Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit), Lohaus, Schmitt 1989. Der Fragebogen mit 21 Items erfaßt spezifische Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. Die Bedeutung dieser Kontrollüberzeugungen ergibt sich aus den Bezügen zu Handlungsweisen, mit denen das eigene körperliche Befinden beeinflußt werden kann. Zwei Bereiche sind dabei wesentlich: 1. gesundheitsförderliches Verhalten im Erkrankungsfall (Compliance, die Durchführung zusätzlicher gesundheitsfördernder Maßnahmen, z.B. der Besuch einer Selbsthilfegruppe und die Suche nach erkrankungsbezogenen Informationen ohne moralisierenden Kontext durch psychoedukative Interventionen); 2. krank-

heitvermeidendes Handeln im Gesundheitsfall (Vorsorge, Risikobewußtsein, Vermeidung von gesundheitsbelastenden Verhaltensweisen, Rezidivprophylaxe). Fatalistische, sozial-externale und internale Kontrollüberzeugungen sind dabei grundlegende Dimensionen, die mit den KKG-Skalen erfaßt werden können. Es wird erwartet, daß die Intervention fatalistische Kontrollüberzeugungen minimiert, und sie, als Voraussetzung für gelingende Gesundheitsförderung, sozial-externale bzw. internale Kontrollüberzeugungen stärker ausprägt.

- FKK (Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen), Krampen 1991. Der Fragebogen mit 32 Items fokussiert auf Kontrollüberzeugungen als generalisierte Erwartungshaltungen einer Person über Situationen hinweg. Diese Überzeugungen, als über Situationen und Lebensbereiche generalisierte Erwartungen, bestimmen, ob eine Person Lebensereignisse beeinflussen kann (internal) oder nicht (external). Wenn Vorwissen und Erfahrungen zu substanzbezogenen Störungen vorliegen (subjektive Krankheitskonzepte), können sich unterschiedliche Erwartungen entwickelt haben. Besonders bei rezidivierenden, längerfristigen Erkrankungen, wie es Suchtstörungen sein können, ist es naheliegend, daß Lernerfahrungen zur Kontrollierbarkeit dieser spezifischen Erkrankungen vorliegen, die möglicherweise von den Lernerfahrungen anderer Erkrankungen abweichen. So können unterschiedliche Kontrollüberzeugungen zur „Suchtgesundheit“ und „Suchtkrankheit“ vorliegen, wobei die generalisierten Kontrollüberzeugungen zu diesen Bereichen die allgemeinen und überwiegenden Lernerfahrungen wiedergeben. Der Fragebogen besteht aus vier Primärskalen, sie erfassen das „generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ (FKK-SK), die „generalisierte Internalität“ (FKK-I), die „soziale Externalität“ (FKK-P) und die „fatalistische Externalität“ (FKK-C). Zwei Sekundärskalen zur Erfassung „generalisierter Selbstwirksamkeitsüberzeugungen“ (FKK-SKI) und der „generalisierten Externalität“ (FKK-PC) werden ergänzt durch eine Tertiärskala „generalisierte Internalität versus Externalität“ (FKK-SKI-PC). Im Untersuchungszusammenhang ist zu erwarten, daß sich die relativ stabilen Einstellungen gegenüber eigenen personalen Einflußmöglichkeiten verändern und so die Grundlage zum Aufbau konstruktiver Bewältigungskompetenzen schafft. Durch die Intervention zu erwarten ist eine Minimierung von Externalität und fatalistischen Kontrollüberzeugungen sowie eine Erhöhung von Internalität und Selbstwirksamkeit und die damit verknüpfte Verbesserung des Selbstkonzeptes eigener Fähigkeiten, weil die Schulung im wesentlichen auf Selbstmanagementstrategien aufbaut.

- TAI (differentielle Erfassung von alkoholbezogenen Problemlagen), Funke, W., Funke, J., Klein, Scheller 1987. Von der Auffassung ausgehend, daß Alkoholismus nicht als eindimensionales Konstrukt aufzufassen ist, sondern als ein Phänomen mit verschiedenen Facetten, erfassen die 90 Items Stellungnahmen zu sieben relevanten Bereichen einer alkoholbedingten Störung. Die Skalen sind: (1) Schweregrad, als Verlust der Verhaltenskontrolle und negative Gefühle nach dem Trinken, (2) soziale Aspekte des Trinkens, als sozialer Kontext des Trinkens mit Trinkumständen und entsprechender sozialer Bedeutung, (3) süchtiges Trinken, als selbstperzipierte, fortgeschrittene Suchtkarriere, (4) positive Trinkmotive, als subjektiv positive Erfahrungen und Zuschreibungen bezüglich Alkoholkonsumwirkung und Funktionalität des Konsums, (5) Schädigung, als psychoperzeptuelle Konsequenzen des Trinkens und als Versuch der Selbstbehandlung von physiologischen Begleiterscheinungen, (6) Partnerprobleme wegen Trinken, als negative Auswirkungen des exzessiven Alkoholkonsums und (7) Trinken wegen Partnerproblemen, als partnerschaftsbezogene Bedingungen des Trinkverhaltens. Der TAI verfügt so über einen Deskriptionsansatz, der zur Vereinheitlichung von Stichprobenmerkmalen unterschiedlicher Studien im Bereich der alkoholbedingten Störungen beitragen kann. In der vorliegenden Studie dient er der Differentialdiagnose.
- Trink-Check (Alkoholkonsummuster), Kremer, Wienberg, Dormann, Wessel, Pörksen 1998. Der Trink-Check, die deutsche Fassung des DCU („Drinker`s Check-Up“), wurde zur Untersuchung von Alkoholproblemen in internistischen und chirurgischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern entwickelt. Er besteht aus vier Teilen: (1) Screeninginstrument LAST (s.u.), (2) Erfassung der regelmäßigen Konsummuster, (3) Registrierung der wöchentlichen Trinkmengen und (4) Erfassung der exzessiven Konsummuster. Im Untersuchungszusammenhang wird erwartet, daß es durch die Intervention zur Minimierung von alkoholbezogenen Problemlagen, der riskanten und schädlichen Konsummuster und der wöchentlichen Trinkmenge kommt.
- VEV (Veränderung von Erleben und Verhalten), Zielke, Mehnert-Kopf 1978. Ein Fragebogen mit 42 Veränderungsitems, die den subjektiv wahrgenommenen Befindlichkeitszustand in Komparativform erfaßt. Eine quantitative Einschätzung der subjektiv wahrgenommenen Veränderungen im Erleben und Verhalten durch die Wahrnehmung eines zeitlich vorgelagerten und definierten Zeitraums (vor Beginn der Intervention) wird ermöglicht durch die Fokussierung auf den gegenwärtigen Befindlichkeitszustand. Es wird erwartet,

daß es durch die Intervention zu positiv erlebten Veränderungen kommt. Es existieren kritische Grenzwerte zur Bestimmung der statistischen Bedeutsamkeit der individuellen Veränderungen.

- MWT-B (allgemeine, intellektuelle Leistungsfähigkeit), Lehl 1999. Der Mehrfach-Wortwahl-Test mit 37 Wortreihen zu je fünf Wörtern, von denen höchstens eines bekannt ist, dient zur Untersuchung der allgemeinen intellektuellen Leistungsfähigkeit, im wesentlichen bestimmt durch schulische Einflüsse. Die Ergebnisse werden zur Intelligenzklassifikation nach Wechsler herangezogen. Der Test dient zur Klärung der kognitiven Voraussetzungen für die Teilnahme am Gruppenprogramm.
- Anzahl der stationären Behandlungstage vor und nach der Teilnahme am Gruppenprogramm. Aus den Krankenhausdokumentationsunterlagen werden die klinisch-stationären Behandlungstage von bis zu einem Jahr vor und nach der Intervention erfaßt. Es wird erwartet, daß im Zeitraum nach der Intervention die Anzahl der stationären Behandlungstage abnimmt.
- Zielentwicklungen im Interventions- und Nachuntersuchungszeitraum. Ein Bestandteil des Gruppenprogrammes ist die rationale Zielbestimmung. Zieloptionen sind „gemäßigter, risikoarmer Konsum“ und „Nullkonsum“ (Konsumverzicht bzw. Abstinenz). Erfasst werden die jeweiligen Zielwahlen im Rahmen des Programms und ein Jahr nach Beendigung der Schulung. Erwartet wird eine längerfristige Zieltreue, d.h. nur geringfügige Zielwechsel.
- Diagnosen der alkoholbezogenen Störungen. Aus den vorhandenen Krankenhausdokumentationsunterlagen werden die ICD-9-Diagnosen „Alkoholabhängigkeit“ und „Alkoholmißbrauch“ entnommen, eine Symptomliste mit neun Items wird zur Selbsteinschätzung vorgegeben, die Zeiträume des regelmäßigen Alkoholgebrauchs und der Erfahrung eingeschränkter Konsumkontrolle werden registriert.
- Vorbehandlungen und Nachbehandlungen. Akutbehandlungstage im stationär-klinischen Bereich bis zu einem Jahr vor und nach der Intervention werden erfaßt, ebenso die Anzahl stationärer Entgiftungen in Krankenhäusern und stationärer Entwöhnungsbehandlungen in Fachkliniken. Es wird erwartet, daß vollstationäre Behandlungen nach der Intervention minimiert werden können.

- Umgang mit konsumbezogenen Risikosituationen im Nachuntersuchungszeitraum. Es wird ein Protokoll vorgegeben, daß zu den Zeiträumen drei, sechs und zwölf Monate nach der Intervention den Umgang mit Risikosituationen und krisenhaften Entwicklungen erfaßt. Es wird er erwartet, daß die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Bewältigung entsprechender Situationen nach der Intervention zunimmt.
- Alkoholkonsumfreie Tage. In Tagesprotokollen wird die Anzahl alkoholkonsumfreier Tage registriert. Es besteht die Erwartung, daß sich die Anzahl dieser Tage nach der Intervention erhöht.
- Lübecker Alkoholismus-Screening-Test (LAST), Rumpf, Hapke, Hill, John 1997. Ein Screeninginstrument mit 7 Items und einem Cut-Off-Wert von 2 für das Vorliegen alkoholbezogener Problemlagen. Es wird erwartet, daß der Wert nach der Intervention nicht ansteigt.

Als abhängige Variablen werden im Zeitverlauf Maße zur Veränderungsmotivation (RCQ-D) und zur Entwicklung von Konsummustern (Trink-Check usw.) herangezogen. Im Bereich des Aufbaus von Selbstmanagementstrategien spielen Kontrollüberzeugungen eine zentrale Rolle, so werden Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) und allgemeine Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) im Zeitverlauf erhoben. Weiterhin werden Maße zur Erhebung von Befindlichkeiten und deren Veränderung im Zeitverlauf erfaßt (BDI, STAI-T und VEV), weil in entsprechenden Untersuchungen (siehe Kapitel...) über Zusammenhänge von problematischem Alkoholkonsumgewohnheiten und Depression, Ängstlichkeit und allgemeinem Erleben und Verhalten berichtet wird.

### **6.3. Die Stichprobe**

Die 34 Teilnehmer waren zwischen 19 und 63 Jahre alt (Mittelwert: 40 Jahre), 16 Frauen und 18 Männer. Die Gruppen wurden vom 11.11.1996 bis 20.12.1996 (9 Teilnehmer, 1 Drop-Out), vom 20.4.1997 bis 28.5.1997 (14 Teilnehmer und 4 Drop-Out) und vom 18.11.1997 bis 18.12.1997 (11 Teilnehmer ohne Drop-Out) durchgeführt. Die 5 Drop-Outs waren zwischen 26 und 62 Jahren alt (Mittelwert: 42 Jahre; 2 Männer, 3 Frauen). Von den 34 Teilnehmer hatten 21 tagesklinische oder vollstationäre Behandlungen in der Vorgeschichte, 13 Teilnehmer waren ohne diese Behandlungsvorerfahrungen. Von den 5 Drop-Outs hatten alle voll-

oder teilstationäre Behandlungen in der Vorgeschichte. In der Interventions- und Nachuntersuchungsphase stellte sich der institutionelle Kontext der Teilnehmer ( $n=27$ ) wie folgt dar:

- 3 aus stationärer Behandlung (3 aus PEGPAK I),
- 11 aus tagesklinischer Behandlung (4 aus PEGPAK I, 7 aus PEGPAK II)
- 13 aus ambulanten Kontexten (1 aus PEGPAK I, 1 aus PEGPAK II, 11 aus PEGPAK III).

Beim Vortreffen (Wartekontrollgruppe), jeweils 8–10 Tage vor Beginn des Programms, hatten die Teilnehmer ( $n=34$ ) folgende Gruppenzusammensetzungen mit den entsprechenden Entwicklungen im Zeitverlauf:

Tabelle 1: *Untersuchungsgruppe*

Wartekontroll-Gruppe	Interventions-Gruppe (prä)	Interventions-Gruppe (post)	Drop-Outs	Katamnese-Gruppe (1/2 J.)	Katamnese-Gruppe (1/1 J.)
PEGPAK I: $n=9$ 6 m, 3 w Alter: 42,7 J. 34–53 J.	dto.	PEGPAK I: $n=8$ 5 m, 3 w Alter: 42,2, J. 34–53,5 J.	PEGPAK I: $n=1$ 1 m 47 J.	PEGPAK I: $n=8$ 5 m, 3 w Alter: 42,2 J. 34–53,5 J.	dto.
PEGPAK II: $n=14$ 5 m, 9 w Alter: 39,5 J. 24–62 J.	dto.	PEGPAK II: $n=10$ 4 m, 6 w Alter: 39,2 J. 24–60 J.	PEGPAK II: $n=4$ 1 m, 3 w Alter: 39,2 J. 26–62 J.	PEGPAK II: $n=8$ 3 m, 5 w Alter: 40,3 J. 24–60 J.	dto.
PEGPAK III: $n=11$ 7 m, 4 w Alter: 38,9 J. 19–60 J.	dto.	PEGPAK III: $n=11$ 7 m, 4 w Alter: 38,9 J. 19–60 J.	Keine	PEGPAK III: $n=11$ 7 m, 4 w Alter: 38,9 J. 19–60 J.	dto.
PEGPAK I–III: $n=34$ 18 m, 16 w Alter: 40,1 J. 19–62 J.	dto.	PEGPAK I–III: $n=29$ 16 m, 13 w Alter: 39,9 J. 19–60 J.	PEGPAK I–III: $n=5$ 2 m, 3 w Alter: 41,6 J. 26–62 J.	PEGPAK I–III: $n=27$ 15 m, 12 w Alter: 40,3 J. 19–60 J.	dto.

Für Wirksamkeitsuntersuchungen der abhängigen Variablen im Zeitverlauf wurden nur die Teilnehmer berücksichtigt, die im Katamnesezeitraum zur Verfügung standen ( $n=27$ ). Eine Teilnehmerin stellte die Untersuchungsunterlagen nicht vollständig zur Verfügung, so daß in die abschließende Untersuchung 26 Teilnehmer eingingen ( $n=26$ ).

Für einige dieser Untersuchungen konnten nur die Teilnehmer von PEGPAK II und PEGPAK III ( $n=19$ ) herangezogen werden, weil die entsprechenden abhängigen Variablen erst zu diesem Zeitpunkt als untersuchungsrelevant definiert wurden.

#### **6.4. Das Untersuchungsdesign**

Es wurden aufgrund der kleinen Teilnehmerzahl und der nicht zu realisierenden unbehandelten Kontrollgruppe ein Eigen-Warte-Gruppen-Design mit vier bzw. fünf Meßzeitpunkten ( $t_1$ – $t_5$ ) gewählt. Zuerst wurde überprüft, ob es im Wartezeitraum, d.h. zwischen  $t_1$  und  $t_2$  zu bedeutsamen Veränderungen gekommen ist. Außerdem wurde der Vergleich der Meßzeitpunkte  $t_2$  und  $t_3$ , zwischen denen die Intervention lag, zur Beobachtung kurzfristiger Effekte herangezogen. Da die Kurzzeitintervention darin bestand, Anregungen zu geben und Veränderungsprozesse im Sinne von Selbstmanagement und Selbstkontrolle anzustoßen, war zu erwarten, daß die im Interventionszeitraum erzielten Effekte sich im Nachfolgezeitraum bis zum Zeitpunkt  $t_5$  (ein Jahr nach Beendigung des Programms) weiter verstärken würden. Die langfristigen Effekte wurden im Vergleich zwischen  $t_2$  und  $t_5$  erfaßt. Die Unterschiedshypothesen überprüften wir mit dem Vorzeichentest und dem Vorzeichenrangtest nach Wilcoxon (1945), dem Marginalhomogenitätstest nach Lehman (1980) und dem Bowker-Symmetrie-Test nach Bowker (1948).

Der *Vorzeichentest* geht von Messwertpaaren eines stetigen Merkmals aus und überprüft, ob der erste Messwert mit der gleichen Wahrscheinlichkeit, nämlich mit der Wahrscheinlichkeit  $p=0.5$ , größer oder kleiner als der zweite Messwert ist, und betrachtet so das Vorzeichen der jeweiligen Differenz des Paares.

Der *Vorzeichenrangtest* ist ein verteilungsfreies Verfahren für Paardifferenzen auf Ordinalskalenniveau, das für kleinere abhängige Stichproben geeignet ist. Der Test überprüft, ob sich zwei abhängige Stichproben in ihrer zentralen Tendenz unterscheiden. Die paarigen Differenzen sind hinreichend genau und einigermaßen reliabel zu erfassen, d.h. die Größenordnungen der Differenzen müssen stimmen. Die Messwertpaare werden so gewonnen, daß ein- und dieselbe Stichprobe von Individuen einmal unter Wartebedingungen, einmal unter Interventionsbedingungen und einmal unter Nachuntersuchungsbedingungen zu messen sind.

Der *Marginalhomogenitätstest* ermöglicht den Vergleich abhängiger Stichproben bezüglich eines mehrfach gestuften Merkmals, z.B. Konsummustercharakterisierungen. Ein- und dieselbe Stichprobe von Individuen wird mehrmals in gewissen zeitlichen Abständen auf ein bestimmtes Merkmal hin untersucht. Er prüft, ob die Verteilung eines kategorialen Merkmals bei wiederholter Untersuchung gleichgeblieben ist, z.B. ob Trinkmuster gleichgeblieben sind.

Unter den Bedingungen einer Pilot-Studie waren Parallelstichproben („matched samples“) nicht zu bilden, auf die Zusammenstellung von Individuen mit gleichen Merkmalsausprägungen mußte so verzichtet werden. Unter den gegebenen Bedingungen kann überprüft werden, ob die Merkmalsverteilungen zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten übereinstimmen, z.B. ob trotz eines Wandels der Alkoholkonsummuster die Anteile der Muster in der Stichprobe gleichgeblieben sind.

Der *Bowker-Symmetrie-Test* prüft dahingehend, ob es generell zum Wandel von Alkoholkonsummustern gekommen ist.



**6.5. Ergebnisübersicht**

Tabelle 2: Mittelwertverläufe über vier Meßzeitpunkte

Verfahren	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>3</sub>	t <sub>4</sub>
<i>KKG (n = 19)</i>				
KKG-I	29,37	29,58	30,42	27,95
KKG-P	21,84	21,68	24,89	25,00
KKG-C	18,68	18,58	17,16	17,26
<i>FKK (n = 19)</i>				
FKK-SK	28,53	28,74	30,79	32,42
FKK-I	32,53	32,53	33,74	34,79
FKK-P	23,47	23,16	21,05	19,00
FKK-C	19,11	19,42	18,95	20,52
FKK-SKI	61,05	61,26	64,63	66,63
FKK-PC	42,53	42,58	40,26	38,36
FKK-SKI-PC	18,47	18,16	24,57	29,42
<i>RCQ-D (n = 26)</i>				
RCQ-P	68,65	61,31	63,53	51,53
RCQ-C	135,11	138,11	125,76	60,52
RCQ-A	130,31	137,40	147,96	85,47
<i>STAI (n = 26)</i>				
STAI-T	46,11	46,19	45,09	38,21
<i>BDI (n = 19)</i>				
BDI	11,73	11,62	10,38	7,42
<i>Konsummenge pro Woche (n = 19)</i>				
Menge	155,00	153,26	0,95	4,67
<i>konsumfreie Tage (n = 19)</i>				
Tage	67,1	63,0	–	81,1
<i>LAST</i>				
LAST	3,79	4,00	4,21	4,36

Tabelle 3: Konsummusterhäufigkeiten über fünf Meßzeitpunkte (n = 19):

Verfahren	t <sub>1</sub> (Wartezeit)	t <sub>2</sub> (prä)	t <sub>3</sub> (post)	t <sub>4</sub> (6 Monate)	t <sub>5</sub> (12 Monate)
<i>Trink-Check-R (regelmäßig)</i>					
kein Konsum	1	1	15	11	14
täglicher Konsum	13	12	0	1	0
3–4mal in der Woche	2	2	0	1	0
1–2mal in der Woche	1	2	2	2	1
mehrmals im Monat	1	1	2	4	4
mehrmals im Jahr	1	1	0	0	0
<i>Trink-Check-E (exzessiv)</i>					
kein exzessiver Konsum	8	8	17	13	14
1–2mal in der Woche	5	5	0	1	0
1–2mal im Monat	2	2	2	1	1
1–2mal im Vierteljahr	1	1	0	1	1
1–2mal im Halbjahr	2	2	0	3	3
1–2mal im Jahr	1	1	0	0	0

Tabelle 4: Zielentwicklungen (n = 27)

	nach 12 Monaten: <i>Null-Konsum</i>	nach 12 Monaten: <i>gemäßigter, unproblematischer Konsum</i>	insgesamt während PEGPAK
PEGPAK: Null-Konsum	20	1	<b>21</b>
PEGPAK: <i>Gemäßigter, unproblematischer Konsum</i>	2	4	<b>6</b>
insgesamt nach 12 Monaten	<b>22</b>	<b>5</b>	<b>27</b>

Tabelle 5: *unabhängige Variablen vor Intervention (Mittelwerte; n = 26)*

Verfahren	Mittelwerte
<i>TAI</i>	
TAI 1	66,81
TAI 2	26,67
TAI 3	29,59
TAI 4	44,89
TAI 5	15,04
TAI 6	14,65
TAI 7	11,88
MALT-S	13,89
MWT-B	28,95

Tabelle 6: *Veränderungen in Erleben und Verhalten (Mittelwert; n = 19)*

VEV (nach Teilnahme an PEGPAK)	197,69
--------------------------------	--------

Tabelle 7: *Tage mit Vorbehandlungen im stationär-klinischen Kontext (mit Drop-Outs) (n = 34)*

PEGPAK	1 Jahr vor Intervention	½ Jahr vor Intervention	½ Jahr nach Intervention	1 Jahr nach Intervention	Differenz ½ Jahr	Differenz 1 Jahr
I: n=9 insgesamt pro Person	502 51	459 51	297 33	441 49	162	61
II: n=12 insgesamt pro Person	437 36	399 33	274 23	375 31	125	62
III: n=13 insgesamt pro Person	210 16	150 12	111 9	111 9	39	99
I–III: n=34 insgesamt pro Person	1149 34	1008 30	682 20	927 27	326	222
%-Diff.					-32,3%	-19,3%

Tabelle 8: Anzahl stationäre Vorbehandlungen (n = 27)

Behandlungsart	Anzahl
stationäre Entzugsbehandlungen	75
Personen	15
% ohne diese Behandlungsart	42,3% (12)
stationäre Entwöhnungsbehandlungen	8
Personen	6
% ohne diese Behandlungsart	76,9% (21)

Tabelle 9: Alkoholkonsumbezogene Merkmale (n = 27)

Merkmale	Mittelwerte	Spanne
regelmäßiger Konsum seit	13,7 Jahre	5–30 Jahre
Kontrollverlustererfahrung seit	7,2 Jahre	2–22 Jahre
längste Abstinenzdauer	45,4 Tage	0–154 Tage

Tabelle 10: Umgang mit alkoholkonsumbezogenen Risikosituationen in den 12 Monaten nach der Intervention (n = 27)

Bewältigungsformen	Anzahl Personen
Keine Risikosituation erlebt	4
Risikosituationen erlebt	23
davon:	
ohne krisenhafte Zuspitzung bewältigt	10
hauptsächlich Selbsthilfegruppe eingesetzt	2
hauptsächlich ambulante Hilfen eingesetzt	4
hauptsächlich (teil-) stationäre Hilfen eingesetzt	6
Krise nicht bewältigt	5

## **6.6. Ergebnisse**

Im folgenden werden die untersuchungsphasenbezogenen Ergebnisse zu den abhängigen Variablen im Zeitverlauf, die Charakteristika der Drop-Outs und die unabhängigen Variablen dargestellt.

### **Wartezeitraum**

Im *Wartezeitraum* ( $n=26$  bzw.  $n=19$ ) wurden keine signifikanten Veränderungen in den abhängigen Variablen erwartet.

Für den Wartekontrollzeitraum lautet die *Nullhypothese* zu den abhängigen Variablen:

- Änderungsbereitschaft (RCQ-P, RCQ-C, RCQ-A)
- Ängstlichkeit (STAI-T)
- Depressivität (BDI)
- Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG-I, KKG-P, KKG-C)
- Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C, FKK-SKI, FKK-PC, FKK-SKI-PC)
- wöchentliche Konsummenge
- konsumfreie Tage
- alkoholbezogene Problemlagen
- riskante und schädliche Alkoholkonsummuster (Trink-Check).

*daß die entsprechenden Werte nach Ablauf der Wartekontrollzeit unverändert bleiben ( $H^0$ )*

Die *Alternativhypothese* lautet: *daß die entsprechenden Werte der abhängigen Variablen verändert sind ( $H^1$ ).*

Das *Signifikanzniveau* wird im Rahmen der Pilotstudie mit  $\alpha = 0.05$  festgesetzt.

Testwahl: Vorzeichentest ( $n=26$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschreitungs-wahrscheinlichkeit (p)	Hypothese
RCQ-P	11	0.345	$p > \alpha: H^0$
RCQ-C	13	0.650	$p > \alpha: H^0$
RCQ-A	11	0.275	$p > \alpha: H^0$

Interpretation: die Veränderungsbereitschaft verändert sich im Wartezeitraum nicht.

Testwahl: Vorzeichentest ( $n=26$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.wahrsch. (p)	Hypothese
STAI-T	13	0.131	$p > \alpha: H^0$

Interpretation: die Ängstlichkeit verändert sich im Wartezeitraum nicht.

Testwahl: *Vorzeichentest* ( $n=26$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.wahrsch. (p)	Hypothese
BDI	12	0.500	$p > \alpha: H^0$

Interpretation: die Depressivität verändert sich im Wartezeitraum nicht.

Testwahl: *Vorzeichentest* ( $n=19$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.wahrsch. (p)	Hypothese
KKG-I	8	0.324	$p > \alpha: H^0$
KKG-P	6	0.324	$p > \alpha: H^0$
KKG-C	7	0.500	$p > \alpha: H^0$

Interpretation: die Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit ändern sich im Wartezeitraum nicht.

Testwahl: *Vorzeichentest* ( $n=19$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.wahrsch. (p)	Hypothese
FKK-SK	9	0.500	$p > \alpha: H^0$
FKK-I	9	0.500	$p > \alpha: H^0$
FKK-P	8	0.324	$p > \alpha: H^0$
FKK-C	8	0.324	$p > \alpha: H^0$
FKK-SKI	8	0.407	$p > \alpha: H^0$
FKK-PC	9	0.593	$p > \alpha: H^0$
FKK-SKI-PC	8	0.407	$p > \alpha: H^0$

Interpretation: die Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen ändern sich im Wartezeitraum nicht.

Testwahl: *Vorzeichentest* ( $n=19$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.wahrsch. (p)	Hypothese
Wöchentliche Konsummenge	9	0.500	$p > \alpha: H^0$

Interpretation: die wöchentliche Konsummenge ändert sich im Wartezeitraum nicht.

Testwahl: *Vorzeichentest* ( $n=26$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.wahrsch. (p)	Hypothese
Konsumfreie Tage	11	0.275	$p > \alpha: H^0$

Interpretation: die Anzahl der konsumfreien Tage ändert sich im Wartezeitraum nicht.

Testwahl: *Vorzeichentest* ( $n=19$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.wahrsch. (p)	Hypothese
Problemscreening (LAST)	8	0.324	$p > \alpha: H^0$

Interpretation: alkoholbezogene Problemlagen verändern sich im Wartezeitraum nicht.

Testauswahl: *Marginalhomogenitätstest* ( $n=19$ ):

Nullhypothese: *die Art der Alkoholkonsummusters verändert sich im Wartezeitraum nicht ( $H^0$ ).*

Alternativhypothese: *nach der Erstuntersuchung verändern sich die Konsummuster im Wartezeitraum ( $H^1$ ).*

*Signifikanzniveau:* in dieser ersten Erkundungsstudie zur Wirksamkeit von PEGPAK reicht ein Niveau von  $\alpha=0.05$  aus.

#### A. Trink-Check „Regelmäßiger Konsum“

Es liegt beim Trink-Check „Regelmäßiger Konsum“ ein sechsstufiges, nominales Merkmal vor:

- (1) kein Konsum
- (2) täglicher Konsum
- (3) 1–2mal wöchentlicher Konsum
- (4) 3–4mal wöchentlicher Konsum
- (5) mehrmaliger monatlicher Konsum
- (6) mehrmaliger jährlicher Konsum.

Empirische  $\chi^2$ -Werte zu den jeweiligen Konsumkategorien: (1)=0, (2)=1, (3)=1, (4)=0, (5)=0, (6)=0; bei einem Freiheitsgrad beträgt der kritische  $\chi^2$ -Wert: 3.84; alle empirischen Werte liegen deutlich unter dem kritischen Wert, d.h. es ist davon auszugehen, daß die Rand- bzw. Marginalverteilungen homogen sind im Sinne von  $H^0$ .

Interpretation: es gibt keine Veränderungen in der Verteilung der Merkmalsausprägungen im Wartezeitraum.

Testauswahl: *Bowker-Symmetrie-Test* ( $n=19$ ).

Nullhypothese: *Falls Konsummuster von einer Kategorie  $i$  zu einer anderen bestimmten Konsumkategorie  $j$  gewechselt wurden, so gibt es genau so viele Wechsel von  $j$  nach  $i$  ( $H^0$ ).*



Alternativhypothese: *im Wartezeitraum kommt es zu einem Wechsel der Konsumkategorien, wobei der Wechsel von einer Kategorie i zu einer anderen Kategorie j wahrscheinlicher ist als Wechsel in umgekehrter Richtung ( $H^1$ ).*

Kategorien entsprechen dem Trink-Check „Regelmäßiger Konsum“ (1) bis (6).

Empirischer  $\chi^2$ -Wert: 1; kritischer  $\chi^2$ -Wert bei 15 Freiheitsgraden: 25; der kritische Wert ist größer als der empirische, d.h.  $H^0$  kann nicht verworfen werden.

Interpretation: es gibt keine asymmetrischen Veränderungen in den Konsumkategorien, d. h. keine Veränderungen in den Konsummustern im Wartezeitraum.

#### B. Trink-Check „Exzessiver Konsum“

Es liegt beim Trink-Check „Exzessiver Konsum“ ein sechsstufiges, nominales Merkmal vor:

- (1) kein exzessiver Konsum
- (2) 1–2mal wöchentlicher exzessiver Konsum
- (3) 1–2mal monatlicher exzessiver Konsum
- (4) 1–2mal vierteljährlicher exzessiver Konsum
- (5) 1–2mal halbjährlicher exzessiver Konsum
- (6) 1–2mal jährlicher exzessiver Konsum.

#### *Marginalhomogenitätstest:*

Alle empirischen Chi-Werte sind gleich Null; kritischer Chi-Wert bei einem Freiheitsgrad: 3.82; alle empirischen Chi-Werte liegen deutlich unter dem kritischen Wert, d.h. es ist davon auszugehen, daß die Rand- bzw. Marginalverteilungen homogen sind im Sinne von  $H^0$ .

Interpretation: es gibt keine Veränderungen in der Verteilung der Merkmalsausprägungen im Wartezeitraum.

#### *Bowker-Symmetrie-Test:*

Empirischer  $\chi^2$ -Wert: 0; kritischer  $\chi^2$ -Wert bei 15 Freiheitsgraden: 25; der kritische Wert ist größer als der empirische, d.h.  $H^0$  kann nicht verworfen werden.

Interpretation: es gibt keine asymmetrischen Veränderungen in den Konsumkategorien, d.h. keine Veränderungen in den exzessiven Konsummustern im Wartezeitraum.

**Zusammenfassende Bewertung:** im *Wartezeitraum* ergeben sich keine signifikanten Veränderungen in den abhängigen Variablen.

### **Interventionszeitraum**

Im *Interventionszeitraum* ( $n=26$  bzw.  $n=19$ ) wurde erwartet, daß sich Änderungsbereitschaft, Ängstlichkeit, Depressivität, Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, wöchentliche Konsummengen, alkoholbezogener Problemlagen und Erleben und Verhalten nach der Intervention positiv verändern, d.h. eine signifikante Minimierung von:

- Absichtslosigkeit in der Veränderungsbereitschaft (RCQ-P)
- Ängstlichkeit (STAI-T)
- Depressivität (BDI)
- fatalistischen Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG-C)
- sozial bedingter Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen (FKK-P)
- fatalistisch bedingter Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen (FKK-C)
- generalisierter Externalität in Kontrollüberzeugungen (FKK-PC)
- wöchentliche Konsummenge
- riskanten und schädlichen Alkoholkonsummuster (Trink-Check)
- alkoholbezogenen Problemlagen (LAST).

Weiterhin wurde erwartet, daß sich signifikante Erhöhungen ergeben in:

- der handlungsbezogenen Veränderungsbereitschaft (RCQ-A)
- der absichtsbildenden Veränderungsbereitschaft (RCQ-C)
- sozial-externale Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG-P)
- internale Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG-I)
- dem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (FKK-SK)

- der Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen (FKK-I)
- den generalisierten Selbstwirksamkeitsüberlegungen (FKK-SKI)
- der generalisierten Internalität von Kontrollüberzeugungen (FKK-SKI-PC)
- positiven Erleben und Verhalten nach der Intervention (VEV).

Für den Interventionszeitraum lautet die *Nullhypothese* zu den abhängigen Variablen:

- Änderungsbereitschaft (RCQ-D)
- Ängstlichkeit (STAI-T)
- Depressivität (BDI)
- Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)
- Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)
- Alkoholbezogene Problemlagen (LAST)
- Veränderungen Erleben und Verhalten (VEV)
- Wöchentliche Konsummenge
- Riskante und schädliche Konsummuster (Trink-Check),

daß die entsprechenden Werte nach Ablauf der Interventionszeit unverändert bleiben ( $H^0$ ).

Die *Alternativhypothese* lautet: daß die entsprechenden Werte der abhängigen Variablen verändert sind ( $H^1$ )

Das *Signifikanzniveau* wird im Rahmen dieser Erkundungsstudie mit  $\alpha = 0.05$  festgesetzt.

Testauswahl: *Vorzeichentest* ( $n=26$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.wahrsch. (p)	Hypothese
RCQ-P	12	0.500	$p > \alpha: H^0$
RCQ-C	12	0.420	$p > \alpha: H^0$
RCQ-A	7	0.012	$P < \alpha: H^1$

Interpretation: absichtslose und absichtsbildende Veränderungsbereitschaft verändern sich nicht im Interventionszeitraum, d.h.  $H^0$  kann nicht verworfen werden, handlungsbezogene Veränderungsbereitschaft verändert sich im Sinne von  $H^1$ .

Zur Überprüfung der Richtung der Veränderung der handlungsbezogenen Veränderungsbereitschaft (RCQ-A) wird der *Rangvorzeichentest* ausgewählt.

Nullhypothese: *die Werte der abhängigen Variable (RCQ-A) bleiben nach der Intervention unverändert ( $H^0$ ).*

Alternativhypothese: *die Intervention verändert den Wert der abhängigen Variable (RCQ-A) ( $H^1$ ).*

Das *Signifikanzniveau* wird im Rahmen der Pilotstudie auf  $\alpha = 0.05$  festgesetzt.

Variable	Rangsumme T+,T-	T <sub>crit</sub>	Hypothese
RCQ-A	T- = 95	98	T < T <sub>crit</sub> : H <sup>1</sup>

Interpretation: die Veränderungsrichtung (T-) weist auf eine Zunahme der handlungsbezogenen Veränderungsbereitschaft im Sinne von H<sup>1</sup> hin.

Testauswahl: *Vorzeichentest* (n=26):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.w. (p)	Hypothese
STAI-T	8	0.033	p < alpha: H <sup>1</sup>

Interpretation: Ängstlichkeit verändert sich im Interventionszeitraum im Sinne von H<sup>1</sup>.

Veränderungsrichtung durch *Rangvorzeichentest*:

Variable	Rangsumme T+,T-	T <sub>crit</sub>	Hypothese
STAI-T	T+ = 72	78	T < T <sub>crit</sub> : H <sup>1</sup>

Interpretation: Ängstlichkeit reduziert sich im Interventionszeitraum (T+) im Sinne von H<sup>1</sup>.

Testauswahl: *Vorzeichentest* ( $n=26$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.w. (p)	Hypothese
BDI	11	0.275	$p > \alpha: H^0$

Interpretation: Depressivität verändert sich im Interventionszeitraum nicht,  $H^0$  kann nicht verworfen werden.

Testauswahl: *Vorzeichentes* ( $n=19$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.w. (p)	Hypothese
KKG-I	9	0.593	$p > \alpha: H^0$
KKG-P	6	0.019	$p < \alpha: H^1$
KKG-C	2	0.500	$p > \alpha: H^0$

Interpretation: internale und fatalistische Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit ändern sich im Interventionszeitraum nicht,  $H^0$  kann nicht verworfen werden, sozial-externale Kontrollüberzeugungen ändern sich im Interventionszeitraum im Sinne von  $H^1$ .

Veränderungsrichtung durch *Rangvorzeichentest*:

Variable	Rangsumme T+,T-	T <sub>crit</sub>	Hypothese
KKG-P	T- = 40	46	$T < T_{crit}: H^1$

Interpretation: sozial-externale Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit nehmen im Interventionszeitraum im Sinne von  $H^1$  zu.

Testauswahl: *Vorzeichentest* ( $n=19$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.w. (p)	Hypothese
FKK-SK	7	0.180	$p > \alpha: H^0$
FKK-I	7	0.180	$p > \alpha: H^0$
FKK-P	6	0.119	$p > \alpha: H^0$
FKK-C	9	0.500	$p > \alpha: H^0$
FKK-SKI	5	0.032	$p < \alpha: H^1$
FKK-PC	8	0.407	$p > \alpha: H^0$
FKK-SKI-PC	7	0.180	$p > \alpha: H^0$

Interpretation: Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, internale Kontrollüberzeugungen, sozial bedingte Externalität, fatalistisch bedingte Externalität, generalisierte Externalität und Internalität verändern sich im Interventionszeitraum nicht,  $H^0$  kann hier nicht zu verwerfen werden; generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen verändern sich im Sinne von  $H^1$ .

Veränderungsrichtung durch *Rangvorzeichentest*:

Variable	Rangsumme T+,T-	T <sub>crit</sub>	Hypothese
FKK-SKI	T- = 37	46	$T < T_{crit}: H^1$

Interpretation: generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen nehmen im Interventionszeitraum im Sinne von  $H^1$  zu (T-).

Testauswahl: *Vorzeichentest* ( $n=19$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.w. (p)	Hypothese
wöchentliche Konsummenge	0	$p < 0.001$	$p < \alpha: H^1$

Interpretation: wöchentliche Konsummenge verändert sich im Interventionszeitraum im Sinne von  $H^1$ .

Veränderungsrichtung durch *Rangvorzeichentest*:

Variable	Rangsumme T+,T-	T <sub>crit</sub>	Hypothese
wöchentliche Konsummenge	T+ = 0.5	46	T < T <sub>crit</sub> : H <sup>1</sup>

Interpretation: die wöchentliche Konsummenge reduziert sich (T+) im Interventionszeitraum im Sinne von H<sup>1</sup>.

Testauswahl: *Vorzeichentest* (n = 19):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.w. (p)	Hypothese
LAST	8	0.324	p > alpha: H <sup>0</sup>

Interpretation: die alkoholbezogenen Problemlagen ändern sich im Interventionszeitraum im Sinne von H<sup>0</sup> nicht.

Testauswahl: *Marginalhomogenitätstest* (n = 19)

Nullhypothese: *die Art der Alkoholkonsummuster verändert sich im Interventionszeitraum nicht (H<sup>0</sup>).*

Alternativhypothese: *im Interventionszeitraum verändern sich die Konsummuster (H<sup>1</sup>).*

Signifikanzniveau: in dieser ersten Erkundungsstudie zur Wirksamkeit von PEGPAK reicht ein Niveau von alpha=0.05 aus.

A. Trink-Check „Regelmäßiger Konsum“

Es liegt ein sechsstufiges, nominales Merkmal vor:

- (1) kein Konsum
- (2) täglicher Konsum
- (3) 1–2mal wöchentlicher Konsum
- (4) 3–4mal wöchentlicher Konsum
- (5) mehrmaliger monatlicher Konsum
- (6) mehrmaliger jährlicher Konsum

Empirische  $\chi^2$ -Werte zu den jeweiligen Merkmalskategorien: (1)=14, (2)=12, (3)=0, (4)=2, (5)=0.33, (6)=1; bei einem Freiheitsgrad beträgt der kritische  $\chi^2$ -Wert: 3.84; die empirischen Werte  $\chi^2(1)$  und  $\chi^2(2)$  liegen deutlich über dem kritischen Wert, d.h. es ist davon auszugehen, daß die Rand- bzw. Marginalverteilungen dieser Merkmalskategorien nicht homogen sind,  $H^0$  ist zu verwerfen. Die übrigen  $\chi^2$ -Werte liegen unter dem kritischen Wert, die Rand- bzw. Marginalverteilungen dieser Merkmalskategorien sind homogen im Sinne von  $H^0$ .

Interpretation: in den Merkmalskategorien (3) bis (6) gibt es keine Veränderungen in der Verteilung der Merkmalsausprägungen im Interventionszeitraum. In den Merkmalskategorien (1) und (2) gibt es deutliche Veränderungen in der Verteilung der Merkmalskategorien „kein Konsum“ und „täglicher Konsum“ im Interventionszeitraum.

Testauswahl: Bowker-Symmetrie-Test ( $n=19$ )

Nullhypothese: *falls Konsummuster von einer Kategorie i zu einer anderen bestimmten Kategorie j gewechselt haben, so gibt es genauso viele Wechsel von j nach i ( $H^0$ ).*

Alternativhypothese: *es kommt zu einem Wechsel der Konsumkategorien, wobei der Wechsel von der Kategorie i zu einer anderen Kategorie j wahrscheinlicher ist als der Wechsel in umgekehrter Richtung.*

Kategorien entsprechen dem Trink-Check „Regelmäßiger Konsum“ (1) bis (6).

Empirischer  $\chi^2$ -Wert: 17; kritischer  $\chi^2$ -Wert bei 15 Freiheitsgraden: 25; der kritische Wert ist größer als der empirische Wert, d.h.  $H^0$  kann nicht verworfen werden.



Interpretation: es gibt keine asymmetrischen Veränderungen in den Konsumkategorien im Interventionszeitraum, d.h. die Veränderungsrichtung bewegt sich von der Kategorie (2) „täglicher Konsum“ zur Kategorie (1) „kein Konsum“.

#### B. Trink-Check „Exzessiver Konsum“

Es liegt ein sechsstufiges, nominales Merkmal vor:

- (1) kein exzessiver Konsum
- (2) 1–2mal wöchentlicher exzessiver Konsum
- (3) 1–2mal monatlicher exzessiver Konsum
- (4) 1–2mal vierteljährlicher exzessiver Konsum
- (5) 1–2mal halbjährlicher exzessiver Konsum
- (6) 1–2mal jährlicher exzessiver Konsum.

#### *Marginalhomogenitätstest:*

Empirische  $\chi^2$ -Werte zu den jeweiligen Merkmalskategorien: (1)=7, (2)=5, (3)=0, (4)=1, (5)=0, (6)=1; bei einem Freiheitsgrad beträgt der kritische  $\chi^2$ -Wert 3.84; die empirischen Werte  $\chi^2(1)$  und  $\chi^2(2)$  liegen über dem kritischen Wert, d.h. es ist davon auszugehen, daß die Rand- bzw. Marginalverteilungen dieser Merkmalskategorien nicht homogen sind,  $H^0$  ist somit zu verwerfen. Die übrigen  $\chi^2$ -Werte liegen unter dem kritischen Wert, die Rand- bzw. Marginalverteilungen dieser Merkmalskategorien sind homogen im Sinne von  $H^0$ .

Interpretation: in den Merkmalskategorien (3) bis (6) gibt es keine Veränderungen in der Verteilung der Merkmalsausprägungen im Interventionszeitraum. In den Merkmalskategorien (1) und (2) gibt es Veränderungen in der Verteilung der Merkmalskategorien „kein exzessiver Konsum“ und „1–2mal wöchentlicher exzessiver Konsum“.

#### *Bowker-Symmetrie-Test:*

Empirischer  $\chi^2$ -Wert: 9; kritischer  $\chi^2$ -Wert bei 15 Freiheitsgraden: 25; der kritische Wert ist größer als der empirische Wert, d.h.  $H^0$  kann nicht verworfen werden.

Interpretation: es gibt keine asymmetrischen Veränderungen in den Konsumkategorien im Interventionszeitraum, d.h. die Veränderungsrichtung bewegt sich von der Kategorie „1–2mal wöchentlich exzessiver Konsum“ zu „kein exzessiver Konsum“.

Veränderungen im Erleben und Verhalten (VEV) mit  $n=27$

Der eingesetzte Fragebogen ermöglicht eine quantitative Einschätzung der subjektiv wahrgenommenen Veränderungen im Erleben und Verhalten im Interventionszeitraum mit retrospektiver Selbsteinschätzung. Er versucht die Wahrnehmung auf einen zeitlich vorgelagerten, definierten Anfangszustand zu lenken und sich im Vergleich auf den gegenwärtigen Zustand hin zu orientieren. Es werden 42 Items vorgegeben, die Spanne erreichbarer Punktwerte geht von 42 bis 294 Punkte. Es werden kritische Grenzwerte zur Bestimmung der statistischen Bedeutsamkeit mit  $\alpha = 0.05, 0.01$  und  $0.001$  angegeben.

PEGPAK	Mittelwert	Signifikanzniveau	Veränderung
I $n=8$	186,43	0.05	positiv
II $n=8$	198,13	0.01	positiv
III $n=11$	204,50	0.001	positiv
Gesamt $n=27$	197,69	0.01	Positiv

Interpretation: insgesamt ergibt sich eine positive Veränderung im Erleben und Verhalten aus retrospektiver Sicht im Interventionszeitraum auf einem *Signifikanzniveau* von  $\alpha = 0.01$ .

Tabelle 11: *Übersicht über individuelle Veränderungen im Erleben und Verhalten ( $n=27$ ) im Interventionszeitraum*

PEGPAK mit VEV	positive Veränderung $\alpha=0.05$	keine Veränderung	negative Veränderung $\alpha=0.05$
I $n=8$	2	5	1
II $n=8$	5	2	1
III $n=11$	8	1	2
Gesamt $n=27$	15 (55,6%)	8 (29,6%)	4 (14,8%)

Interpretation: 55,6% der PEGPAK-Teilnehmer erleben im Interventionszeitraum signifikant ( $\alpha=0.05$ ) positive Veränderungen in retrospektiver Einschätzung; 29,6% erleben entsprechend keine Veränderungen, 14,8% erleben signifikant ( $\alpha=0.05$ ) negative Veränderungen. Am geringsten ausgeprägt waren Veränderungen in der ersten Teilgruppe, am stärksten ausgeprägt waren Veränderungen in der dritten Teilgruppe.

**Zusammenfassende Bewertung:**

Eine zusammenfassende Bewertung zielt auf den Vergleich theoretisch zu erwartender signifikanter Veränderungen im Interventionszeitraum mit statistisch realisierten signifikanten Veränderungen:

Tabelle 12: *Erwartete und festgestellte Veränderungen in den betrachteten Variablen*

abhängige Variablen	erwartete signifikante Veränderungen im Zeitraum $t_2-t_3$	festgestellte signifikante Veränderungen im Zeitraum $t_2-t_3$
RCQ-P	Minimierung	keine
RCQ-C	Minimierung	keine
RCQ-A	Erhöhung	Erhöhung
STAI-T	Minimierung	Minimierung
BDI	Minimierung	keine
KKG-I	Erhöhung	keine
KKG-P	Erhöhung	Erhöhung
KKG-C	Minimierung	keine
FKK-SK	Erhöhung	keine
FKK-I	Erhöhung	keine
FKK-P	Minimierung	keine
FKK-C	Minimierung	keine
FKK-SKI	Erhöhung	Erhöhung
FKK-PC	Minimierung	Keine
FKK-SKI-PC	Erhöhung	Keine
wöchentliche Konsummenge	Minimierung	Minimierung
Trink-Check „regelmäßiger Konsum“	Minimierung	Minimierung
Trink-Check „exzessiver Konsum“	Minimierung	Minimierung
LAST	Minimierung	Keine
VEV „positive Veränderung“	Erhöhung	Erhöhung

**Interpretation:**

1. Veränderungsbereitschaft (RCQ-D)

Entgegen den theoretisch abgeleiteten Veränderungserwartungen konnte im Interventionszeitraum als kurzfristig zu erreichende Wirkung von PEGPAK die absichtslose und absichtsbildende Veränderungsbereitschaft nicht minimiert werden. Die handlungsbezogene Verände-

rungsbereitschaft hat sich wie theoretisch erwartet im Interventionszeitraum statistisch relevant erhöht.

## 2. Ängstlichkeit (STAI-T)

Wie theoretisch abgeleitet, konnte die erwartete Reduzierung der Ängstlichkeit durch PEGPAK als kurzfristig zu erwartende Wirkung statistisch relevant festgestellt werden.

## 3. Depressivität (BDI)

Entgegen der theoretisch abgeleiteten Veränderungserwartung konnte eine Minimierung der Depressivität im Interventionszeitraum nicht nachgewiesen werden.

## 4. Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

Entgegen den theoretisch abgeleiteten Veränderungserwartungen konnte bei internalen und fatalistischen Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit eine Minimierung nicht nachgewiesen werden. Wie theoretisch abgeleitet konnte eine statistisch relevante Erhöhung der sozial-externalen Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit durch PEGPAK als kurzfristig erreichbare Wirkung nachgewiesen werden.

## 5. Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)

Entgegen den theoretisch abgeleiteten Veränderungserwartungen konnte bei den Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“, „Internalität“, „Soziale Externalität“, „Fatalistische Externalität“, „Externalität“ und „Externalität vs. Internalität“ keine statistisch relevante Erhöhung bzw. Minimierung nachgewiesen werden. Bei „Selbstwirksamkeit“ konnte, wie theoretisch abgeleitet, eine statistisch relevante Erhöhung durch PEGPAK als kurzfristig erreichbare Wirkung festgestellt werden.

## 6. Wöchentlicher Konsum

Wie theoretisch abgeleitet konnte eine statistisch relevante Reduzierung des wöchentlichen Alkoholkonsums im Interventionszeitraum durch PEGPAK als kurzfristig erreichbare Wirkung ausgewiesen werden.

## 7. Riskante und schädliche Alkoholkonsummuster (Trink-Check)

Wie theoretisch abgeleitet konnte eine statistisch relevante Minimierung der riskanten bzw. schädlichen Alkoholkonsummuster (Häufigkeit regelmäßigen und exzessiven Konsums) im Interventionszeitraum durch PEGPAK als kurzfristig erreichbare Wirkung nachgewiesen werden.

## 8. Alkoholbezogene Problemlagen (LAST)

Entgegen theoretisch abgeleiteter Veränderungserwartungen konnte keine statistisch relevante Veränderung festgestellt werden.

## 9. Veränderung in Erleben und Verhalten (VEV)

Entsprechend der theoretischen Ableitung konnte eine statistisch relevante positive Veränderung im Erleben und Verhalten retrospektiv durch PEGPAK als kurzfristig erreichbare Wirkung erzielt werden.

## Drop-Outs

Bei den *Drop-Outs* ( $n=5$ ) zeigen sich bezogen auf den *Wartezeitraum* keine signifikanten Veränderungen. Zwei Teilnehmer stiegen nach dem ersten von acht bzw. neun Gruppentreffen aus, ein Teilnehmer nach dem zweiten, ein Teilnehmer nach dem dritten, ein Teilnehmer nach dem fünften Gruppentreffen. Die Drop-Out-Rate betrug für diese Pilotstudie 14,7%, d.h. 85,3 % nahmen bezogen auf die Meßzeitpunkte  $t_1$  bis  $t_3$  an der vier- bzw. fünfwöchigen Intervention teil. Insgesamt 79,4 % der Beteiligten zu den Meßzeitpunkten  $t_1$  bis  $t_3$  nahmen an den Katamnesebefragungen nach einem halben ( $t_4$ ) bzw. ganzem Jahr ( $t_5$ ) teil.

## Nachuntersuchungszeitraum

In den *Nachuntersuchungen* mit 52 Wochen ( $t_4$ ) nach Beendigung des Programms ( $n=26$  bzw.  $n=19$ ) wurden die Meßzeitpunkte  $t_2$  und  $t_4$  miteinander verglichen.

Im *Nachuntersuchungszeitraum* ( $n=26$  bzw.  $n=19$ ) wurde erwartet, daß sich Änderungsbereitschaft, Ängstlichkeit, Depressivität, Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, wöchentliche Konsummengen, riskante und schädliche Konsummuster, Anzahl alkoholfreier Tage, Behandlungstage nach der Intervention, Umgang mit alkoholkonsumbezogenen Risikosituationen und Zielentwicklungen positiv verändern, d.h. eine signifikante Minimierung von:

- Absichtslosigkeit in der Veränderungsbereitschaft (RCQ-P)
- Ängstlichkeit (STAI-T)
- Depressivität (BDI)
- fatalistischen Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG-C)
- sozial bedingter Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen (FKK-P)
- fatalistisch bedingter Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen (FKK-C)
- generalisierter Externalität in Kontrollüberzeugungen (FKK-PC)
- wöchentlicher Konsummenge
- riskanten und schädlichen Alkoholkonsummustern (Trink-Check)
- Behandlungstagen nach der Intervention
- nicht bewältigten alkoholkonsumbezogene Risikosituationen.

Weiterhin wurde erwartet, daß sich signifikante Erhöhungen ergeben in:

- der handlungsbezogenen Veränderungsbereitschaft (RCQ-A)
- der absichtsbildenden Veränderungsbereitschaft (RCQ-C)
- den sozial-externalen Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG-P)
- den internalen Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG-I)
- dem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (FKK-SK)
- der Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen (FKK-I)
- den generalisierten Selbstwirksamkeitsüberlegungen (FKK-SKI)
- der generalisierten Internalität von Kontrollüberzeugungen (FKK-SKI-PC)
- alkoholfreien Tagen

- den positiven Zielentwicklungen.

Für den Nachuntersuchungszeitraum lautet die *Nullhypothese* zu den abhängigen Variablen:

- Änderungsbereitschaft (RCQ-D)
- Ängstlichkeit (STAI-T)
- Depressivität (BDI)
- Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)
- Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)
- alkoholfreie Tage
- wöchentliche Konsummenge
- riskante und schädliche Konsummuster (Trink-Check)
- Behandlungstage nach der Intervention,

*daß die entsprechenden Werte nach Ablauf der Nachuntersuchungszeit unverändert bleiben ( $H^0$ ).*

Die *Alternativhypothese* lautet: *daß die entsprechenden Werte der abhängigen Variablen verändert sind ( $H^1$ ).*

Das *Signifikanzniveau* wird im Rahmen dieser Erkundungsstudie mit  $\alpha = 0.05$  festgesetzt.

Testauswahl: *Vorzeichentest* ( $n=26$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschreitungswahrscheinlichkeit (p)	Hypothese
RCQ-P	12	0.460	$p > \alpha: H^0$
RCQ-C	8	0.032	$p < \alpha: H^1$
RCQ-A	8	0.036	$p < \alpha: H^1$

Interpretation: absichtslose Veränderungsbereitschaft verändert sich nicht im Nachuntersuchungszeitraum, d.h.  $H^0$  kann nicht verworfen werden, absichtsbildende und handlungsbezogene Veränderungsbereitschaft verändert sich im Sinne von  $H^1$ .

Zur Überprüfung der Richtung der Veränderung der absichtsbildenden und handlungsbezogenen Veränderungsbereitschaft (RCQ-P und RCQ-A) wird der *Rangvorzeichentest* ausgewählt.

Nullhypothese: die Werte der abhängigen Variablen bleiben im Nachuntersuchungszeitraum unverändert ( $H^0$ ).

Alternativhypothese: im Nachuntersuchungszeitraum verändert sich der Wert der abhängigen Variablen ( $H^1$ ).

Das Signifikanzniveau wird im Rahmen der Pilotstudie auf  $\alpha = 0.05$  festgesetzt.

Variable	Rangsumme T+,T-	T <sub>crit</sub>	Hypothese
RCQ-P	T+ = 78	98	$T < T_{crit}: H^1$
RCQ-A	T- = 93.5	98	$T < T_{crit}: H^1$

Interpretation: die Veränderungsrichtung (T-) weist auf eine Zunahme der handlungsbezogenen Veränderungsbereitschaft im Sinne von  $H^1$  hin. Die Veränderungsrichtung (T+) weist auf eine Abnahme der absichtsbildenden Veränderungsbereitschaft im Sinne von  $H^1$  hin.

Testauswahl: Vorzeichentest ( $n=26$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.-w. (p)	Hypothese
STAI-T	6	0.003	$p < \alpha: H^1$

Interpretation: Ängstlichkeit verändert sich im Nachuntersuchungszeitraum im Sinne von  $H^1$ .

Veränderungsrichtung durch Rangvorzeichentest:

Variable	Rangsumme T+,T-	T <sub>crit</sub>	Hypothese
STAI-T	T+ = 61.5	78	$T < T_{crit}: H^1$

Interpretation: Ängstlichkeit reduziert sich im Nachuntersuchungszeitraum (T+) im Sinne von  $H^1$ .



Testauswahl: *Vorzeichentest* ( $n=26$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.-w. (p)	Hypothese
BDI	4	0.01	$p < \alpha$ : $H^1$

Interpretation: Depressivität verändert sich im Nachuntersuchungszeitraum,  $H^0$  verwerfen.

Veränderungsrichtung durch *Rangvorzeichentest*:

Variable	Rangsumme T+,T-	T <sub>crit</sub>	Hypothese
BDI	T+ = 57	78	$T < T_{crit}$ : $H^1$

Interpretation: Depressivität nimmt ab im Nachuntersuchungszeitraum (T+) im Sinne von  $H^1$ .

Testauswahl: *Vorzeichentest* ( $n=19$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.-w. (p)	Hypothese
KKG-I	9	0.500	$p > \alpha$ : $H^0$
KKG-P	7	0.180	$p > \alpha$ : $H^0$
KKG-C	5	0.032	$p < \alpha$ : $H^1$

Interpretation: internale und sozial-externale Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit ändern sich im Nachuntersuchungszeitraum nicht,  $H^0$  kann nicht verworfen werden; fatalistische Kontrollüberzeugungen ändern sich im Nachuntersuchungszeitraum im Sinne von  $H^1$ .

Veränderungsrichtung durch *Rangvorzeichentest*:

Variable	Rangsumme T+,T-	T <sub>crit</sub>	Hypothese
KKG-C	T+ = 29	46	$T < T_{crit}$ : $H^1$

Interpretation: fatalistische Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit nehmen im Nachuntersuchungszeitraum im Sinne von  $H^1$  ab (T+).

Testauswahl: *Vorzeichentest* ( $n=19$ ):

Variable	Prüfgröße (x)	Überschr.-w. (p)	Hypothese
FKK-SK	5	0.048	$p < \alpha: H^1$
FKK-I	8	0.407	$p > \alpha: H^0$
FKK-P	4	0.015	$p < \alpha: H^1$
FKK-C	4	0.020	$p < \alpha: H^1$
FKK-SKI	5	0.032	$p < \alpha: H^1$
FKK-PC	3	0.010	$p < \alpha: H^1$
FKK-SKI-PC	3	0.004	$p < \alpha: H^1$

Interpretation: Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, sozial bedingte Externalität, fatalistisch bedingte Externalität, generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, generalisierte Externalität und Internalität verändern sich im Interventionszeitraum,  $H^0$  ist zu verwerfen; interne Kontrollüberzeugungen verändern sich nicht im Nachuntersuchungszeitraum,  $H^0$  kann nicht verworfen werden.

Veränderungsrichtung durch *Rangvorzeichentest*:

Variable	Rangsumme T+,T-	T <sub>crit</sub>	Hypothese
FKK-SK	T- = 41.5	46	$T < T_{crit}: H^1$
FKK-P	T+ = 32	46	$T < T_{crit}: H^1$
FKK-C	T+ = 44.5	46	$T < T_{crit}: H^1$
FKK-SKI	T- = 37	46	$T < T_{crit}: H^1$
FKK-PC	T+ = 32	46	$T < T_{crit}: H^1$
FKK-SKI-PC	T- = 31	46	$T < T_{crit}: H^1$

Interpretation: Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und generalisierte Internalität nehmen im Nachuntersuchungszeitraum im Sinne von  $H^1$  zu (T-). Sozial bedingte Externalität, fatalistisch bedingte Externalität und generalisierte Externalität nehmen im Nachuntersuchungszeitraum ab (T+).

Testauswahl: *Vorzeichentest* ( $n=19$ ):

Variable	Prüfgr. (x)	Überschr.-w. (p)	Hypothese
wöchentliche Konsummenge	1	$p < 0.001$	$p < \alpha: H^1$

Interpretation: wöchentliche Konsummenge verändert sich im Nachuntersuchungszeitraum im Sinne von  $H^1$ .

Veränderungsrichtung durch *Rangvorzeichentest*:

Variable	T+,T-	T <sub>crit</sub>	Hypothese
wöchentliche Konsummenge	T+ = 1.5	46	$T < T_{crit}$ : $H^1$

Interpretation: die wöchentliche Konsummenge reduziert sich (T+) im Interventionszeitraum im Sinne von  $H^1$ .

Testauswahl: *Vorzeichentest* ( $n=27$ ):

Variable	Prüfgr. (x)	Überschr.-w. (p)	Hypothese
konsumfreie Tage	10	0.103	$p > \alpha$ : $H^0$

Interpretation: die Anzahl alkoholkonsumfreier Tage ändert sich im Nachuntersuchungszeitraum nicht,  $H^0$  kann nicht verworfen werden.

Testauswahl: *Marginalhomogenitätstest* ( $n=19$ )

Nullhypothese: *die Art der Alkoholkonsummuster verändert sich im Nachuntersuchungszeitraum nicht ( $H^0$ )*.

Alternativhypothese: *im Nachuntersuchungszeitraum verändern sich die Konsummuster ( $H^1$ )*.

Signifikanzniveau: in dieser ersten Erkundungsstudie zur Wirksamkeit von PEGPAK reicht ein Niveau von  $\alpha=0.05$  aus.

A. Trink-Check „Regelmäßiger Konsum“

Es liegt ein sechsstufiges, nominales Merkmal vor:

- (1) kein Konsum
- (2) täglicher Konsum
- (3) 1–2mal wöchentlicher Konsum
- (4) 3–4mal wöchentlicher Konsum
- (5) mehrmaliger monatlicher Konsum
- (6) mehrmaliger jährlicher Konsum

Empirische  $\chi^2$ -Werte zu den jeweiligen Merkmalskategorien: (1)=13, (2)=12, (3)=1, (4)=2, (5)=3, (6)=1; bei einem Freiheitsgrad beträgt der kritische  $\chi^2$ -Wert: 3.84; die empirischen Werte  $\chi^2(1)$  und  $\chi^2(2)$  liegen deutlich über dem kritischen Wert, d.h. es ist davon auszugehen, daß die Rand- bzw. Marginalverteilungen dieser Merkmalskategorien nicht homogen sind,  $H^0$  ist zu verwerfen. Die übrigen  $\chi^2$ -Werte liegen unter dem kritischen Wert, die Rand- bzw. Marginalverteilungen dieser Merkmalskategorien sind homogen im Sinne von  $H^0$ .

Interpretation: in den Merkmalskategorien (3) bis (6) gibt es keine Veränderungen in der Verteilung der Merkmalsausprägungen im Nachuntersuchungszeitraum. In den Merkmalskategorien (1) und (2) gibt es deutliche Veränderungen in der Verteilung der Merkmalskategorien „kein Konsum“ und „tägliches Konsum“ im Interventionszeitraum.

Testauswahl: Bowker-Symmetrie-Test ( $n=19$ )

Nullhypothese: *falls Konsummuster von einer Kategorie  $i$  zu einer anderen bestimmten Kategorie  $j$  gewechselt haben, so gibt es genauso viele Wechsel von  $j$  nach  $i$  ( $H^0$ ).*

Alternativhypothese: *es kommt zu einem Wechsel der Konsumkategorien, wobei der Wechsel von der Kategorie  $i$  zu einer anderen Kategorie  $j$  wahrscheinlicher ist als der Wechsel in umgekehrter Richtung.*

Kategorien entsprechen dem Trink-Check „Regelmäßiger Konsum“ (1) bis (6).

Empirischer  $\chi^2$ -Wert: 16; kritischer  $\chi^2$ -Wert bei 15 Freiheitsgraden: 25; der kritische Wert ist größer als der empirische Wert, d.h.  $H^0$  kann nicht verworfen werden.

Interpretation: es gibt keine asymmetrischen Veränderungen in den Konsumkategorien im Nachuntersuchungszeitraum, d.h. die Veränderungsrichtung bewegt sich von der Kategorie (2) „tägliches Konsum“ zur Kategorie (1) „kein Konsum“.

B. Trink-Check „Exzessiver Konsum“

Es liegt ein sechsstufiges, nominales Merkmal vor:

- (1) kein exzessiver Konsum
- (2) 1–2mal wöchentlicher exzessiver Konsum
- (3) 1–2mal monatlicher exzessiver Konsum
- (4) 1–2mal vierteljährlicher exzessiver Konsum
- (5) 1–2mal halbjährlicher exzessiver Konsum
- (6) 1–2mal jährlicher exzessiver Konsum.

*Marginalhomogenitätstest:*

Empirische  $\chi^2$ -Werte zu den jeweiligen Merkmalskategorien: (1)=6, (2)=5, (3)=0.33, (4)=0, (5)=0.33, (6)=1; bei einem Freiheitsgrad beträgt der kritische  $\chi^2$ -Wert: 3.84; die empirischen Werte  $\chi^2(1)$  und  $\chi^2(2)$  liegen über dem kritischen Wert, d.h. es ist davon auszugehen, dass die Rand- bzw. Marginalverteilungen dieser Merkmalskategorien nicht homogen sind,  $H^0$  ist somit zu verwerfen. Die übrigen  $\chi^2$ -Werte liegen unter dem kritischen Wert, die Rand- bzw. Marginalverteilungen dieser Merkmalskategorien sind homogen im Sinne von  $H^0$ .

Interpretation: in den Merkmalskategorien (3) bis (6) gibt es keine Veränderungen in der Verteilung der Merkmalsausprägungen im Nachuntersuchungszeitraum. In den Merkmalskategorien (1) und (2) gibt es Veränderungen in der Verteilung der Merkmalskategorien „kein exzessiver Konsum“ und „1–2mal wöchentlicher exzessiver Konsum“.

*Bowker-Symmetrie-Test:*

Empirischer  $\chi^2$ -Wert: 10; kritischer  $\chi^2$ -Wert bei 15 Freiheitsgraden: 25; der kritische Wert ist größer als der empirische Wert, d.h.  $H^0$  kann nicht verworfen werden.

Interpretation: es gibt keine asymmetrischen Veränderungen in den Konsumkategorien im Nachuntersuchungszeitraum, d.h. die Veränderungsrichtung bewegt sich von der Kategorie „1–2mal wöchentlich exzessiver Konsum“ zu „kein exzessiver Konsum“.

### Behandlungstage im stationären Bereich vor und nach der Intervention PEGPAK (n = 34)

Die Tabelle 7 auf Seite 337 stellt in einer Übersicht die Anzahl der Tage mit Vorbehandlungen im stationär klinischen Kontext dar. Die errechneten Differenzen für ein halbes Jahr vor und nach PEGPAK betragen 326 Behandlungstage insgesamt, d.h. eine Reduktion von 32,3% im Vergleich der Zeiträume. Die errechneten Differenzen für ein Jahr vor und nach PEGPAK ergeben 222 Behandlungstage insgesamt, d.h. eine Reduktion von 19,3% im Vergleich dieser Zeiträume. Die Quelle dieser Behandlungsinformationen sind die jeweiligen Krankenhausdokumentationen der Patienten.

Interpretation: durch die Intervention PEGPAK ergibt sich eine deutliche Reduktion der Krankenhausbehandlungstage. Die Zahlen geben eher ein minimales Maß an, weil fünf Drop-Outs miteinbezogen wurden in die Berechnung

### Umgang mit alkoholkonsumbezogenen Risikosituationen durch Umsetzung von PEGPAK-Strategien (n = 27)

Die Tabelle 10 auf Seite 338 zeigt, daß 85% der PEGPAK-Teilnehmer im Verlauf eines Jahres nach der Intervention alkoholkonsumbezogene Risikosituationen erfahren haben. 44% haben fremde Hilfen zur Risiko- und Krisenbewältigung eingesetzt, 37% konnten ausschließlich mit der Anwendung von PEGPAK-Strategien Risiko- und Krisenbewältigung erreichen. 19% waren nicht in der Lage, bei krisenhaften Zuspitzungen, die alkoholkonsumbedingt waren, entsprechendes Bewältigungsverhalten einzusetzen.

Interpretation: die grundsätzliche Anwendbarkeit von PEGPAK-Strategien zur Risiko- und Krisenbewältigung konnte nachgewiesen werden, in vielen Fällen sind allerdings ergänzende fremde Hilfen beim Einsatz von Selbstmanagementstrategien notwendig.

Tabelle 13: *Alkoholkonsummuster PEGPAK I, II und III nach einem Jahr (n = 27)*

Konsummuster	PEGPAK I	PEGPAK II	PEGPAK III	Gesamt-PEGPAK
Nullkonsum (abstinent)	0	3	5	8
90% konsumfreie Tage (abstinent mit „Ausrutschern“)	1	1	3	5
gemäßigter, risikoarmer Konsum	2	1	0	3
ca. 70% konsumfreie Tage mit exzessiven Trinkmustern	3	2	2	7
ca. 30% konsumfreie Tage mit exzessiven Trinkmustern	2	1	1	4
Insgesamt	8	8	11	27

Interpretation: vor PEGPAK-Beginn hatten 22 der 27 Teilnehmer täglichen Alkoholkonsum (81,5%). Ein Jahr nach PEGPAK-Teilnahme haben 16 ehemalige Teilnehmer risikolose bzw. risikoarme Konsummuster (59,3%). Bei 4 ehemaligen Teilnehmer ist nach wie vor von riskanten bzw. schädlichen Konsummustern auszugehen (14,8%). Zweidrittel der ehemaligen Teilnehmer ( $n=18$ ) konnten ihre Konsummuster positiv verändern.

#### Alkoholkonsumbezogene Zielentwicklungen nach einem Jahr ( $n=27$ )

Die Tabelle 4 auf Seite 336 zeigt, daß nach einem Jahr 22 der ehemaligen PEGPAK-Teilnehmer (81,5 %) das Ziel „Nullkonsum“ anstreben. Das Ziel „gemäßigter, risikoarmer Konsum“ streben 5 der ehemaligen Teilnehmer (18,5%) nach einem Jahr an.

Nach rationaler Zielentwicklung „Nullkonsum“ im Rahmen der PEGPAK-Teilnahme vollzog ein Teilnehmer einen Zielwechsel zum „gemäßigten, risikoarmen Konsum“ im Einjahreszeitraum. Nach rationaler Zielentwicklung „gemäßigter, risikoarmer Konsum“ im Rahmen der PEGPAK-Teilnahme vollzogen zwei Teilnehmer einen Zielwechsel zum „Nullkonsum“.

Die jeweilige Zielsetzung setzen 14 ehemalige PEGPAK-Teilnehmer nach einem Jahr erfolgreich beim Ziel „Nullkonsum“ (63,6%) um, 3 ehemalige PEGPAK-Teilnehmer setzen erfolgreich das Ziel „gemäßigter, risikoarmer Konsum“ (60%) um.

## Zusammenfassende Bewertung

Eine zusammenfassende Bewertung zielt auf den Vergleich theoretisch zu erwartender signifikanter Veränderungen im Nachuntersuchungszeitraum mit statistisch realisierten signifikanten Veränderungen:

Tabelle 14: *Erwartete und festgestellte Veränderungen in den betrachteten Variablen*

abhängige Variablen	Erwartete signifikante Veränderungen im Zeitraum $t_2-t_4$	Festgestellte signifikante Veränderungen im Zeitraum $t_2-t_4$
RCQ-P	Minimierung	keine
RCQ-C	Minimierung	Minimierung
RCQ-A	Erhöhung	Erhöhung
STAI-T	Minimierung	Minimierung
BDI	Minimierung	Minimierung
KKG-I	Erhöhung	keine
KKG-P	Erhöhung	keine
KKG-C	Minimierung	Minimierung
FKK-SK	Erhöhung	Erhöhung
FKK-I	Erhöhung	keine
FKK-P	Minimierung	Minimierung
FKK-C	Minimierung	Minimierung
FKK-SKI	Erhöhung	Erhöhung
FKK-PC	Minimierung	Minimierung
FKK-SKI-PC	Erhöhung	Erhöhung
wöchentliche Konsummenge	Minimierung	Minimierung
konsumfreie Tage	Erhöhung	keine
Trink-Check „regelmäßiger Konsum“	Minimierung	Minimierung
Trink-Check „exzessiver Konsum“	Minimierung	Minimierung

### Interpretation:

#### 1. Veränderungsbereitschaft (RCQ-D)

Entgegen den theoretisch abgeleiteten Veränderungserwartungen konnte im Nachuntersuchungszeitraum als längerfristig zu erreichende Wirkung von PEGPAK die absichtslose Veränderungsbereitschaft nicht minimiert werden. Die handlungsbezogene Veränderungsbereitschaft hat sich wie theoretisch erwartet statistisch im Nachuntersuchungszeitraum relevant erhöht. Die absichtsbildende Veränderungsbereitschaft hat sich wie theoretisch erwartet statistisch relevant reduziert.



## 2. Ängstlichkeit (STAI-T)

Wie theoretisch abgeleitet, konnte die erwartete Reduzierung der Ängstlichkeit durch PEGPAK als längerfristig zu erreichende Wirkung statistisch relevant festgestellt werden.

## 3. Depressivität (BDI)

Wie theoretisch abgeleitet, konnte die erwartete Reduzierung der Depressivität durch PEGPAK als längerfristig zu erreichende Wirkung statistisch relevant festgestellt werden.

## 4. Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

Entgegen den theoretisch abgeleiteten Veränderungserwartungen konnte bei internalen Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit eine Minimierung nicht nachgewiesen werden, das gleiche gilt für die Erhöhung der sozial-externalen Kontrollüberzeugung. Wie theoretisch abgeleitet, konnte eine statistisch relevante Abnahme der fatalistischen Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit durch PEGPAK als längerfristig erreichbare Wirkung nachgewiesen werden.

## 5. Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)

Gemäß den theoretisch abgeleiteten Veränderungserwartungen konnte bei den Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“, „Soziale Externalität“, „Fatalistische Externalität“, „Selbstwirksamkeit“, „Externalität“ und „Externalität vs. Internalität“ eine statistisch relevante Erhöhung bzw. Minimierung durch PEGPAK als längerfristig erreichbare Wirkung nachgewiesen werden. Bei „Internalität“ konnte, entgegen theoretischer Ableitung, eine statistisch relevante Erhöhung nicht festgestellt werden.

## 6. Wöchentlicher Konsum

Wie theoretisch abgeleitet konnte eine statistisch relevante Reduzierung des wöchentlichen Alkoholkonsums im Nachuntersuchungszeitraum durch PEGPAK als längerfristig erreichbare Wirkung ausgewiesen werden.

## 7. Riskante und schädliche Alkoholkonsummuster (Trink-Check)

Wie theoretisch abgeleitet konnte eine statistisch relevante Minimierung der riskanten bzw. schädlichen Alkoholkonsummuster (Häufigkeit regelmäßigen und exzessiven Konsums) im Nachuntersuchungszeitraum durch PEGPAK als längerfristig erreichbare Wirkung nachgewiesen werden.

## 8. Alkoholkonsumfreie Tage

Entgegen theoretischer Ableitungen konnte eine statistisch relevante Erhöhung der Anzahl konsumfreier Tage nicht nachgewiesen werden.

### **Unabhängige Variablen**

Im folgenden wird die Untersuchungsgruppe, so wie sie sich zum Zeitpunkt  $t_2$  unmittelbar am Anfang des Interventionszeitraumes dargestellt hat, also mit  $n = 27$  bzw. 19, mit ihren unabhängigen Variablen beschrieben. Vergleiche werden zu den untersuchungsspezifischen Referenzgruppen durchgeführt, um eine Gesamteinordnung im Bereich der Sekundärprävention alkoholbezogener Störungen vornehmen zu können.

#### 1. Personenmerkmale

Der Altersdurchschnitt liegt bei 40,3 Jahren, ein Durchschnitt, der eine mittlere Position im Erwerbsleben erwachsener Männer und Frauen in Deutschland einnimmt. Die Altersspanne rangiert von 19 bis 60 Jahren.

Die Untersuchungsgruppe setzt sich bei  $n=27$  aus 15 Männern und 12 Frauen zusammen, bei  $n=19$  aus 10 Männern und 9 Frauen. Dieses Geschlechterverhältnis weicht erheblich von der epidemiologischen Verteilung alkoholbezogener Störungen in Deutschland ab, der Frauenanteil ist hier mit 44,4% bzw. 47,4% demgegenüber deutlich erhöht.

Die allgemeine intellektuelle Befähigung, gemessen mit dem MWT-B, erreicht den Punktwert 28,95, was auf eine durchschnittliche Intelligenz nach der Wechsler-Klassifikation hinweist ( $n=19$ ).

## 2. Differentielle Befunde zum alkoholbedingten Störungsbild

In der Untersuchungsgruppe haben 26 eine nach ICD-9 gefaßte Diagnose „Alkoholabhängigkeit“, eine Person hat die Diagnose „Alkoholmißbrauch“. Die durchschnittliche Symptomenzahl liegt bei 5,4 Symptomen bezogen auf neun mögliche Befundfeststellungen. Im Alkoholismusscreening mit dem LAST ( $n=19$ ) ist ein deutlicher Hinweis auf ein mögliches alkoholbezogenes Störungsbild gegeben, der durchschnittliche Wert liegt bei 4.00 und überschreitet den Cut-Off-Wert von 2. Im MALT-S ( $n=27$ ) liegt der durchschnittliche Wert bei 13.89 und überschreitet so den Cut-Off-Wert von 11 für Alkoholabhängigkeit. 75% der Untersuchungsgruppe überschreitet im Einzelfall diesen Cut-Off-Wert, bei 25% zeigt sich zumindest eine Alkoholgefährdung.

In der Untersuchungsgruppe ( $n=27$ ) besteht im Mittel ein regelmäßiger Alkoholkonsum seit 13,7 Jahren, eine damit verbundene Einschränkung der Konsumkontrolle seit durchschnittlich 7,2 Jahren.

57,7% der Untersuchungsgruppe ( $n=27$ ) haben stationäre Entzugsbehandlungen in Krankenhäusern in der Vorgeschichte erfahren, 23,1% stationäre Entwöhnungsbehandlungen in Fachkliniken.

Im TAI, einem Verfahren zur Differentialdiagnostik zum Alkoholismus, zeigen sich leicht erhöhte Ausprägungen im Vergleich zur Referenzgruppe in den Skalen „Schweregrad“ (66.81), „Schädigung“ (15.04) mit dem Prozentrang 69. Leicht erniedrigte Ausprägungen im Vergleich zur Referenzgruppe zeigen sich in den Skalen „Soziale Aspekte des Trinkens“ (26.67) und „Süchtiges Trinken“ (29.59) mit dem Prozentrang 31. Die Skalen „Positive Trinkmotive“ (44.89), „Partnerprobleme wegen Trinken“ (14.65) und „Trinken wegen Partnerproblemen“ (11.88) liegen im Vergleich zur Referenzgruppe im Durchschnittsbereich mit dem Prozentrang 50. So sind es vor allem der Verlust der Verhaltenskontrolle und negative Gefühle nach dem Trinken bzw. psychoperzeptuelle Konsequenzen und der Versuch der Selbstbehandlung von physiologischen Begleiterscheinungen, die diese Untersuchungsgruppe im Vergleich zur Referenzgruppe auszeichnet.

Die Ausgangslage in Hinblick auf die wöchentlichen Konsummengen deutet darauf hin, daß 22 Personen hochriskante Konsummengen einnehmen, d.h. bei Männern mehr als 400 g reinen Alkohol pro Woche, bei Frauen mehr als 275 g reinen Alkohol pro Woche. Eine Person hat risikofreie Konsummengen durch Nullkonsum, drei Personen konsumieren risikoarm mit Trinkmengen bei Männern unter 170 g, bei Frauen unter 110 g pro Woche. So haben 81,5% der Untersuchungsgruppe ( $n=27$ ) hochriskante Wochenkonsummengen. 68,4% haben regel-

mäßig täglichen Konsum, weitere 15,8% konsumieren mehrmals in der Woche regelmäßig Alkohol.

Zwei Drittel der Teilnehmer hatten vor PEGPAK regelmäßig täglichen Alkoholkonsum, 5% waren zu diesem Zeitpunkt abstinent. Nach PEGPAK hatte kein Teilnehmer regelmäßig täglichen Konsum, 79% waren abstinent. Im Zeitraum von zwölf Monaten reduzierte sich die Gruppe der Abstinenten um 35%, regelmäßig täglichen Konsum hatten 6% der ehemaligen PEGPAK-Teilnehmer.

Keinen exzessiven Konsum vor PEGPAK hatten 42% der Teilnehmer, 36% hatten bei ein bis zwei Konsumgelegenheiten in der Woche exzessive Trinkmuster. Nach PEGPAK hatten 79% keinen exzessiven Konsum, keiner konsumierte mehr ein bis zweimal wöchentlich in exzessiver Form. Nach zwölf Monaten hatten 50% der ehemaligen PEGPAK-Teilnehmer keinen exzessiven Konsum gehabt, 19% berichteten in der Regel über ein bis zwei exzessive Konsumgelegenheiten wöchentlich.

### 3. Störungsbezogene Veränderungsmotivation

Im RCQ-D zeigt sich für die Untersuchungsgruppe ( $n=26$ ), daß zu Anfang die Motivationslage „Absichtslosigkeit“ deutliche geringer ausgeprägt ist, als die Motivationslagen „Absichtsbildung“ und „Handlung“. So zeigt sich insgesamt eine motivationsphasenspezifische Veränderungsbereitschaft, die auf Reflexion und Aktion ausgerichtet ist: die Personen sind sich des Problems bewußt und beginnen ernsthaft über eine Lösung nachzudenken. Sie entwickeln erste Veränderungspläne, z.B. zum Durchhalten des PEGPAK-Programms. Gleichzeitig sind ihnen die Vorteile der gegenwärtigen Alkoholkonsumsituation bewußt, sie befinden sich in einem Zwiespalt. Sie wollen verändern — und wollen es nicht, ein Ambivalenzphänomen.

Andere haben die geplante Veränderung bereits vollzogen, z.B. durch die Teilnahme am PEGPAK-Programm. Der Konsum wird beendet oder reduziert, die Trinkgewohnheiten werden verändert. Diese Handlung ist nicht gleichzusetzen mit einem grundlegenden Wandel in der Einstellung des Betroffenen, sondern eher als Beginn eines „mühevollen Weges“ anzusehen.

### 4. Unspezifische und spezifische Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen

In der Untersuchungsgruppe ( $n=19$ ) sind folgende Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen,

ermittelt mit dem FKK, im Vergleich zur Referenzgruppe durchschnittlich ausgeprägt:

- generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (FKK-SKI mit dem Wert 61.05 und dem Prozentrang 46)
- Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen (FKK-I mit dem Wert 32.53 und dem Prozentrang 58).

Relativ niedrig ausgeprägt sind im Vergleich zur Referenzgruppe:

- generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (FKK-SK mit dem Wert 28.53 und dem Prozentrang 27)
- sozial bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen (FKK-P mit dem Wert 23.47 und dem Prozentrang 31).

Niedrig ausgeprägt sind im Vergleich zur Referenzgruppe:

- fatalistisch bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen (FKK-C mit dem Wert 19.11 und dem Prozentrang 12)
- generalisierte Externalität in Kontrollüberzeugungen (FKK-PC mit dem Wert 45.53 und dem Prozentrang 24)

Relativ hoch ausgeprägt ist im Vergleich zur Referenzgruppe:

- generalisierte Internalität in Kontrollüberzeugungen (FKK-SKI-PC mit dem Wert 18.47 und dem Prozentrang 69).

Die spezifischen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit, ermittelt mit dem KKG, weisen durchschnittliche Werte im Vergleich zur Referenzgruppe in der fatalistischen Externalität (17.3 bis 18.7, und den Prozenträngen 50 bis 69), relativ hohe Werte in der Internalität (28 bis 30.5, und dem Prozentrang 69) und hohe Werte in der sozialen Externalität (21.7 bis 25, und den Prozenträngen 69 bis 84) auf. Die hohe soziale Externalität in den Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit gibt einen Hinweis, daß das Handeln Anderer bei der Krankheitsbewältigung entscheidend sein kann, die Compliance-Bereitschaft ist hoch entwickelt.

## 5. Begleit- und Folgeprobleme der alkoholbezogenen Störung im Befindlichkeitserleben

In der Untersuchungsgruppe ( $n=26$ ) finden sich zu Beginn Hinweise auf Befindlichkeitsstörungen:

- 53,8 % weisen ein hohes Ängstlichkeitserleben auf, ermittelt mit dem STAI-T
- 38,5 % weisen ein hohes Ausmaß an Depressivität auf, ermittelt mit dem BDI.

Angst wird hier als Eigenschaft aufgefaßt im Sinne von Ängstlichkeit, eine relativ stabile Neigung, Situationen als bedrohlich zu bewerten und darauf mit einem Anstieg der Zustandangst zu reagieren. Zustandangst ist ein Befindlichkeitszustand, der gekennzeichnet ist durch Anspannung, Besorgtheit, Nervosität, innere Unruhe, Zukunftsfurcht und erhöhte Aktivität des autonomen Nervensystems. Insgesamt findet sich in der Untersuchungsgruppe ein hohes Ausmaß an Ängstlichkeit als Eigenschaft, der Prozentrang liegt bei 87.

Depressivität ist ein Befindlichkeitszustand, der durch traurige Stimmung, Pessimismus, Versagensgefühle, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Strafbedürfnis, Selbsthaß, Selbstanklagen, Selbsttötungsimpulse, Weinen, Reizbarkeit, sozialem Rückzug, Entschlußunfähigkeit, negativem Körperbild, Arbeitsunfähigkeit, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Hypochondrie und Libidoverlust geprägt ist.

Klinisch relevante depressive Symptome weisen 6 Personen (23,1%) auf.

### **Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse**

Beschreibung der Untersuchungsgruppe zu Beginn des Gruppenprogramms:

Die Altersverteilung weist auf die mittlere Lebensphase hin mit einer weit gefaßten Altersspanne und entspricht so einer Altersgruppe, die für sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen in Deutschland von hohem Interesse ist. Das alkoholbedingte Störungsbild weist deutlich auf das Vorliegen von zentralen Merkmalen eines Abhängigkeitssyndroms hin, es stehen teilweise umfangreiche Behandlungserfahrungen zur Verfügung. Riskante und schädliche Alkoholkonsummuster stehen im Vordergrund, zum großen Teil bestehen diese über längere Zeiträume. Tägliche Trinkepisoden stehen deutlich im Vordergrund. Differentiell zeigen sich ein erhöhter Schweregrad des Störungsbildes und problematische Konsumfolgen. Die

alkoholkonsumbezogene Veränderungsbereitschaft deutet auf eine reflektiv-ambivalente und handlungsbezogene Motivationslage hin. Internale generalisierte Kontrollüberzeugungen und sozial-externale Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit weisen auf die Bereitschaft hin, sich mit Eigenverantwortung auseinanderzusetzen bzw. auf eine erhöhte Compliance bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen. Zusätzlich zum alkoholbedingten Störungsbild treten ausgeprägte Befindlichkeitsstörungen in den Vordergrund.

Zu den kurz- und langfristigen Wirkungen von PEGPAK:

Kurzfristig erhöhen sich die handlungsbezogene Veränderungsbereitschaft als Motivationslage, die sozial-externalen Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit, die generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und das positive Erleben und Verhalten aus retrospektiver Perspektive. Kurzfristig reduzieren sich Ängstlichkeit, wöchentliche Konsummengen, riskante und schädliche Alkoholkonsummuster.

Längerfristig erhöhen sich die handlungsbezogene Veränderungsbereitschaft als Motivationslage, das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, die generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, die generalisierte Internalität. Der bewältigungsorientierte Umgang mit spezifischen Risikosituationen verbessert sich, ebenso der rationale Umgang mit alkoholkonsumbezogenen Zielentwicklungen bei großer Zieltreue.

Längerfristig reduzieren sich die reflektiv-ambivalente Veränderungsbereitschaft als Motivationslage, Ängstlichkeit, Depressivität, fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit, sozial bedingte generalisierte Externalität, fatalistische generalisierte Externalität, wöchentliche Konsummengen, riskante und schädliche Konsummuster und Behandlungstage im stationär-klinischen Kontext.

## **6.7. Qualitative Bewertung des Programms**

*„Daß man nie aufhören sollte, auch wenn es problematisch ist, neue Ziele bestimmen zu können“* (Zitat eines Teilnehmers zur Gesamtbewertung des Programms).

Die *qualitative Bewertung* des Programms durch die Teilnehmer ( $n=26$  bzw.  $n=19$ ) wurde mit folgenden Instrumenten durchgeführt:

- *Bewertungsskala zur Beurteilung von hilfreichen Programmelementen* als vierstufige Skala zwischen den Polen „sehr hilfreich“ und „nicht hilfreich“ bei 19 Items, vorgelegt unmittelbar und 12 Monate nach Beendigung des Programms.
- *Feedbackbogen zum Programm* als fünfstufige Skala mit entsprechenden Polen zu den fünf Items: Zufriedenheit mit der Schulung, Weiterempfehlung der Schulung, Einstellungsveränderung durch die Schulung, Selbstzufriedenheit, Selbstvertrauen und zwei offenen Fragen zu positiven und negativen Aspekten der Schulung, vorgelegt unmittelbar und 12 Monate nach Beendigung des Programms.
- *Stundenbogen*, der nach jedem der Gruppentreffen vorgelegt wurde, als fünfstufige Skala mit entsprechenden Polen zu den sechs Items: Erklärungen der Moderatoren, Schwierigkeiten mitzumachen, Schulung hilft weiter, Verhalten der Moderatoren, Wohlfühlen in der Sitzung, Verbundenheit zur Gruppe und zwei offenen Fragen zu positiven und negativen Aspekten der jeweiligen Sitzung.
- *Qualitative Interviews*, die durch einen Leitfaden strukturiert wurden, geführt unmittelbar und 12 Monate nach Beendigung der Schulung.
- *Beobachtung der Teilnahmequote*, als Maß für die Akzeptanz der Schulung.

## 1. Hilfreiche Programmelemente

Kurzfristig zum Untersuchungszeitpunkt unmittelbar nach Beendigung des Programms mit  $n=26$  wurden folgende Programmelemente als *sehr hilfreich* beurteilt:

1. Allgemeine Informationen zu problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten (1.23)
2. Informationen über Alkoholwirkungen (1.23)
3. Bewältigungsstrategien für Risikosituationen (1.27)
4. Verhalten der Moderatoren (1.11)

Als *hilfreich* beurteilt wurden:

1. Waage-Modell (1.38)
2. Zug-Modell (1.35)
3. Informationsmaterial, Kopien (1.35)

Als *bedingt hilfreich* beurteilt wurden:



1. Film zum Anti-Craving-Medikament „Campral“ (2.19)
2. Schriftliche Vereinbarung zur Programmteilnahme (2.12).

Alle weiteren 10 Programmelemente erhielten durchschnittliche Beurteilungen zwischen den Werten 1.42 und 2.00.

Längerfristig 12 Monate nach Beendigung des Programms mit  $n=19$  wurden folgende Programmelemente als *sehr hilfreich* beurteilt:

1. Allgemeine Informationen zu problematische Alkoholgewohnheiten (1.26)
2. Bewältigungsstrategien für Risikosituationen (1.26)
3. Verhalten der Moderatoren (1.05)

Als *hilfreich* beurteilt wurden:

1. Informationen über Alkoholwirkungen (1.37)
2. Waage-Modell (1.42)
3. Zug-Modell (1.42)
4. Zielbestimmung (1.37)
5. Selbstmanagementstrategien (1.32)
6. Lebensstilveränderung (1.32)

Als *bedingt hilfreich* beurteilt wurden:

1. Film zum Anti-Craving-Medikament „Campral“ (2.63)
2. Rollenspiel (2.16)
3. Untersuchungsfragebögen (2.16)
4. Hausaufgaben (2.13).

Alle weiteren 6 Programmelemente erfuhren durchschnittliche Bewertungen zwischen den Werten 1.53 und 2.00.

In der Zusammenschau der kurz- und langfristigen Bewertungen wurden vorrangig als sehr hilfreiche Programmelemente „Allgemeine Informationen zu problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten“, „Bewältigungsstrategien für Risikosituationen“ und „Verhalten der Moderatoren“ durch die Untersuchungsgruppe beurteilt. Als bedingt hilfreich wurde das Programmelement „Film zum Anti-Craving-Medikament „Campral“ bewertet.

## **2. Feedback zum Programm**

Sehr positive Bewertungen bei  $n=19$  Personen in der Untersuchungsgruppe erhielt das Item „Weiterempfehlung der Schulung“ mit dem Wert 1.11. Für die Items „Zufriedenheit mit der Schulung“ (1.78), „Einstellungsveränderung durch die Schulung“ (2.22), „Selbstzufriedenheit“ (2.33) und „Selbstsicherheit“ (2.33) gab es durchschnittliche Bewertungen. Ein Unterschied im Beurteilungsverhalten unmittelbar nach und 12 Monate nach Beendigung der Schulung konnte nicht festgestellt werden.

## **3. Rückmeldungen zu den Gruppentreffen**

Die 9 Gruppentreffen PEGPAK I, die 8 Gruppentreffen PEGPAK II und die 8 Gruppentreffen PEGPAK III wurden unmittelbar nach Beendigung der Treffen mit Stundenbögen durch die Untersuchungsgruppe mit insgesamt 22 bis 33 Bewertungen zu sechs inhaltlichen Kategorien beurteilt.

Positiv bewertet wurden die Kategorien „Erklärungen der Moderatoren, Wissenserwerb“ (1.43), „Treffen hat weitergeholfen“ (1.49). Durchschnittlich bewertet wurden die Kategorien „Moderatorenverhalten, hilfreiche Ratschläge“ (1.57), „Schwierigkeiten mitzumachen und Zusammenhang zur letzten Stunde“ (1.58) und „Wohlfühlen und Selbstvertrauenszuwachs“ (2.01). Unterdurchschnittlich bewertet wurde die Kategorie „Verbundenheit zur Gruppe“ (2.69).

Die Bewertungsreihenfolge der themenbezogenen Gruppentreffen stellte sich wie folgt dar:

1. Treffen Nr. 8 „Lebensstiländerungen und Krisenvorbeugung“ (4.66)
2. Treffen Nr. 7 „Probleme lösen, Bewältigung von Angst und Depressivität“ (4.82)

3. Treffen Nr. 2 „Grundlagen 2. Teil zu problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten und Waage- und Zug-Modell“ (4.97)
4. Treffen Nr. 4 „Selbstkontrolle und Abstinenz“ (5.05)
5. Treffen Nr. 6 „Bewältigung von Risikosituationen“ (5.09)
6. Treffen Nr. 3 „Motivation und konsumbezogene Ziele“ (5.10)
7. Treffen Nr. 1 „Grundlagen. 1. Teil zu problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten“ (5.53)
8. Treffen Nr. 5 „Reduzierter Konsum und Fortschritte belohnen“ (5.58).

#### 4. Beobachtung der Teilnahmequote

Die folgende Übersicht gibt die Teilnahmequoten der insgesamt 25 Gruppentreffen für PEGPAK I, PEGPAK II und PEGPAK III im Zeitraum 11. 11. 1996 bis 8. 6. 1998 wieder. Die fünf Drop-Outs im Programmverlauf werden nicht berücksichtigt.

Tabelle 15: *Teilnahmequoten*

PEGPAK	Gesamt- teilnahmen	Anzahl Treffen	Anzahl Teilnehmer	Teilnahmequote
PEGPAK I	58	9	8	80,6%
PEGPAK II	73	8	10	91,3%
PEGPAK III	79	8	11	89,8%
Gesamt	210	25	29	86,9%

Nur 13% der möglichen Teilnahmen an den Gruppentreffen insgesamt konnten nicht realisiert werden. Das deutet auf eine regelmäßig hohe Beteiligung hin.

#### 5. Qualitative Interviews

In den Interviews stellten sich positive Bewertungen des PEGPAK-Programm besonders deutlich dar. Einige inhaltlich typische Interview-Zitate belegen dies:

„Sehr hilfreich, viele nützliche Informationen.“

„Strukturiertes Vorgehen, der Verzicht auf biografische Analysen, die Freundlichkeit und Offenheit der Leiter, das interessante und neue Wissen war sehr gut.“

„Aufklärung über gesundheitliche Probleme, die Erkenntnis, daß Rückfälle dazugehören, haben die besondere Qualität des Programms ausgemacht.“

„PEGPAK ist eine Art Bedienungshandbuch für die Bewältigung von Suchtproblemen und das besitze ich nun.“

„Viel verstanden, manchmal war es etwas langweilig, trotzdem hilfreich.“

„Gut ist das Bewußtsein für persönliche Risikosituationen und die damit verbundenen Handlungsstrategien ‚Vermeiden‘ oder ‚Bewältigen‘.“

„Das Zug-Modell war für mich sehr wichtig.“

„Ich kann jetzt besser entscheiden zwischen Alkoholreduzierung und Abstinenz, die genauen Beispiele waren sehr wichtig.“

„Der Unterricht war sehr hilfreich.“

„Entscheidend war die gute Aufklärung durch das Waage- und Zug-Modell, durch die Zielbestimmung.“

„Anschaulichkeit und gute Erläuterungen.“

„Wichtig waren die Hausaufgaben und die damit verbundenen Wiederholungen.“

„Gut war die Einladung der Angehörigen.“

„Ich habe mich in vielem wiedergefunden.“

„Das sachliche Vorgehen hat mir gut gefallen.“

„Sehr viele präzise Denkanstöße erhalten.“

„Obwohl ich abstinent lebe, konnte ich die andere Seite kennenlernen.“

„Gute Veranschaulichung durch das Rollenspiel.“

„Ich habe Verknüpfungen zum Programm der Anonymen Alkoholiker herstellen können.“

„Gewöhn Dich nicht an das Risiko mit Alkohol!“

„Ich kann so den ‚Nie-wieder‘-Niederlagen vorbauen.“

„Das ‚Erst Ausprobieren, dann Beurteilen‘-Prinzip ist entscheidend.“

„Daß man nie aufhören sollte, auch wenn es problematisch ist, neue Ziele bestimmen zu können.“

Diese Sammlung von Zitaten aus den qualitativen Interviews veranschaulichen wesentliche Qualitätsmerkmale des Programms, das insgesamt eine hohe Akzeptanz gefunden hat.

## **6.8. Abschließende Zusammenfassung zu Wirksamkeit und Akzeptanz von PEGPAK**

### **Stichprobe**

Der Frauenanteil in der Untersuchungsgruppe (ca. 45%) ist im Vergleich zu epidemiologischen Studien zum Alkoholkonsum in Deutschland und zum Verhältnis Männer — Frauen in der Suchtbehandlung deutlich erhöht. Der Anteil deutscher Bürger zwischen 18 und 59 Jahren mit riskanten Alkoholmengen an der Gesamtbevölkerung liegt bei ca. 22%, d.h. es liegen Konsummengen vor, die auf Dauer mit hoher Wahrscheinlichkeit zu körperlichen, psychischen oder sozialen Folgeschäden führen oder bereits geführt haben (riskanter Konsum, 12-Monats-Prävalenz; Männer: ca. 35%, Frauen ca. 9%). Ca. 8% der Männer und ca. 2% der Frauen zwischen 18 und 69 Jahren haben missbräuchliche Konsummuster nach psychiatrischen Klassifikationskriterien, entsprechend haben ca. 5% der Männer und ca. 1% der Frauen in dieser Altersspanne abhängige Konsummuster. Ca. 6% der ost- und ca. 10% der westdeutschen Männer, ca. 8% der ost- und 15% der westdeutschen Frauen leben abstinent (Kraus, Bauernfeind 1998). Das Geschlechterverhältnis bei problematischen Konsummustern liegt so

bei ungefähr 4 Männern zu 1 Frau, bei Abstinenz bei 1 Mann zu 2 Frauen. Das vorgefundene Geschlechterverhältnis in der Untersuchungsgruppe, 2 Frauen zu 3 Männer im Rahmen der Erkundungsstudie, weist auf die diesbezüglich eingeschränkte Repräsentativität der Stichproben hin.

Der Schweregrad der vorgefundenen alkoholbezogenen Störungen und der damit verbundenen gesundheitlichen Folge- und Begleitstörungen und die Charakteristika der Alkoholkonsummuster weist auf eine mittlere bis hohe Ausprägung hin.

Die erreichte Untersuchungsgruppe im klinischen Kontext ist nach vorgegebenen Indikationskriterien zusammengestellt worden. In einer zukünftig durchzuführenden experimentellen Studie zur Wirksamkeit von PEGPAK sind „matched samples“ vorzuschlagen, um den implizierten Bias der Pilotstudiengruppe zu kontrollieren.

### **Kurz- und langfristige Wirkungen von PEGPAK**

Gemäß den theoretisch abgeleiteten Erwartungen bewirkt das an Selbstmanagementprinzipien zur Gesundheitsförderung bei Alkoholproblemen orientierte Gruppenprogramm eine Akzentuierung der handlungsbezogenen Veränderungsbereitschaft als Motivationslage, eine Verbesserung der allgemeinen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und Einstellungen, selbstverantwortlich zu handeln, eine Abnahme von Ängstlichkeit und Depressivität, eine Abnahme fatalistisch-externaler Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit. Kurzfristig kommt es zu einer Zunahme von positiven Erlebens- und Verhaltensinhalten. Riskant-schädliche Konsummuster verändern sich zu geringeren gesundheitlichen Risikoausprägungen, die rationale Konsumzielwahl bleibt längerfristig stabil und orientiert sich auf optionaler Basis am „Null-Konsum“, im Umgang mit alkoholbezogenen Risikosituationen zeigt sich ein Kompetenzzuwachs als längerfristiger Effekt. Behandlungstage im akut-klinischen Kontext können langfristig reduziert werden mit deutlichen Ressourceneinsparungen. Die präventive Wirkung des vermittelten Risikomanagements im Umgang mit Alkohol wird nachgewiesen.

Die längerfristigen Effekte sind vielfältiger ausgeprägt, das bedeutet, daß erst eine nachhaltige Anwendung von Selbstmanagementstrategien erfolgreiches Coping von Alkoholproblemen befördert. Erfolgreiches Bewältigen stärkt Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, die personale Auseinandersetzung mit der gewählten konsumbezogenen Zieloption ist erst langfristig erfolgversprechend. Eine Zunahme konsumfreier Tage im Nachuntersuchungszeitraum läßt sich nicht nachweisen, jedoch eine Reduktion von Trinkmengen pro Konsumgelegenheit und ein Wechsel der Konsummittel von „harten“ Alkoholarten (Spirituosen) zu „weichen“ (Wein, Bier) gemäß den Programmempfehlungen.

### **Qualitative Aspekte von PEGPAK**

Gemäß der theoretisch abgeleiteten und der pragmatisch-medial aufbereiteten Programmstruktur, die sich an psychoedukativ-didaktischen Basisprinzipien orientiert, werden entsprechende Programmelemente und das Programm insgesamt durch die Teilnehmer positiv bewertet. Viele Hinweise sprechen für eine gute Akzeptanz des Gruppenprogramms. Die Manualisierung erleichtert Durchführung und Replikation. Nicht kontrolliert werden konnte der „Moderatoren-Effekt“ — deshalb ist eine Verallgemeinerung der quantitativen und qualitativen Effekte von PEGPAK entsprechend einzuschränken. Bei einer zukünftigen experimentellen Wirksamkeitsüberprüfung ist dieser Aspekt in besonderer Weise zu berücksichtigen, Moderatorenschulungen sind dann erforderlich. Bei der qualitativen Bewertung der einzelnen Gruppentreffen erfahren die Treffen „Reduzierter Konsum und Fortschritte belohnen“, „Motivation und konsumbezogene Zielwahl“ und das erste Treffen im Vergleich zu den anderen Treffen weniger gute Bewertungen. Hier mögen Verunsicherungen zu Beginn des Gesamtprogrammes und thematische Bedingungen diese Befunde erklären, zumal diese Themen bisher im Kontext von Suchtbehandlungen nicht zur Verfügung standen.

Insgesamt lassen die Erkenntnisse der Erkundungsstudie die Formulierung von weitergehenden Forschungshypothesen zur experimentellen Wirksamkeitsüberprüfung von PEGPAK zu.

## 7. Zusammenfassung, Gesamtbewertung und Perspektiven zu PEGPAK

### 7.1. Zusammenfassung und Gesamtbewertung

In dieser Arbeit werden zuerst die kulturhistorischen und theoretischen Grundlagen für ein psychoedukatives, manualisiertes Gruppenprogramm behandelt, das den selbstkontrollierenden Umgang mit problematischem Alkoholkonsum zum Inhalt hat. Das Manual wird vorgestellt und Ergebnisse einer ersten Evidenzuntersuchung im Rahmen einer Pilotstudie werden berichtet, mit der Perspektive, für eine zukünftige Programmüberprüfung entsprechende Forschungshypothesen zu entwickeln.

Die Prinzipien der eigenverantwortlichen, individuellen Selbststeuerung und Selbstkontrolle sind für den Umgang mit riskanten Alkoholkonsumgewohnheiten von zentraler Bedeutung.

Warum ist in diesem psychoedukativen Schulungsprogramm bei problematischem Alkoholkonsum das Konzept der Selbststeuerung und Selbstkontrolle die zentrale Kernannahme?

Die Suchtdiskussion der vergangenen Jahrzehnte war dominiert vom Begriff des **Kontrollverlustes**, d.h. Menschen mit problematischen oder abhängigen Konsummustern galten als diejenigen, die selbst keinen Einfluß auf die Steuerung ihres problematischen Alkoholkonsums hatten. In der vorliegenden Arbeit wurde ein neues Konzept von Selbstregulation, Selbststeuerung und Selbstkontrolle vorgestellt, das aus einer historischen Betrachtung des Phänomens von Selbstkontrolle entwickelt worden ist. In dem Kapitel über die geschichtliche Entwicklung des Alkoholkonsums wurde herausgearbeitet, daß in der Neuzeit im Prozeß der Rationalisierung die Herausbildung eines vernunftgesteuerten, selbstkontrollierten Handelns als allgemeine Lebensmaxime postuliert wird, die als Grundlage einer rationalisierten Welt angesehen wird. Das Aufsuchen von rauschhaften Zuständen und die Trunkenheit gelten von nun an als Mangel an Selbstbeherrschung und Selbstkontrolle und werden negativ bewertet; gleichzeitig fördert die Rationalität jener Zeit selbstgesteuerte Verhaltensweisen, so daß das Prinzip der Selbstkontrolle sich als individualisiertes Verhalten zur obersten Lebensmaxime entwickelt. Vor dem Hintergrund dieses Modells beginnt man Ende des 18. Jahrhunderts Trunkenheit und Rausch als krankhaft anzusehen. Kennzeichnendes Merkmal dieser neuen Diskussion ist die Annahme, daß Menschen ihren Alkoholkonsum nicht mehr kontrollieren



können und die lebenslängliche Abstinenz das einzige Ziel sein kann, das Alkoholmißbrauch verhindert.

Im Verlauf dieser Arbeit konnte herausgestellt werden, daß es Möglichkeiten gibt, Individuen eine Kontrolle über problematische Trinkgewohnheiten zu erlauben, ohne formale Hilfen in Anspruch zu nehmen. Auch experimentelle Untersuchungen mit einem randomisierten Kontrollgruppendesign können die Begrenztheit dieser Kontrollverlustannahme nachweisen (z.B. Finagrette 1988, Heather, Robertson 1981, Marlatt 1973 u. v. a.). Letztlich führte diese kritische Auseinandersetzung mit dem Krankheitskonstrukt „Kontrollverlust“ dazu, Selbstkontrolle als organisierendes Konstrukt von abhängigen Verhaltensgewohnheiten zu identifizieren und die beeinträchtigte Kontrolle über das eigene Alkoholtrinkverhalten als zentrales Problem in den Vordergrund zu stellen.

Die Bedeutung des theoretischen **Selbstregulationsmodells** für Prävention und Behandlung von abhängigem Verhalten zeigte sich in mehreren Bereichen von relevanter Evidenz (Heather, Miller, Greely 1991):

- es gibt deutliche Verknüpfungen zur entwicklungspsychologischen Basis des Aufbaus von selbstregulativen Kompetenzen im Lebensverlauf,
- es kann gezeigt werden, daß Selbstkontrolle im Kontext abhängiger Verhaltensgewohnheiten eine neurobiologische Basis hat,
- es kann gezeigt werden, daß assoziative Lernprozesse des Substanzkonsums und der Selbstkontrolle in einem engen Verhältnis stehen.

**Selbstkontrolle** als Begriff greift hier auf Alltagserfahrungen zurück: Selbstregulation hingegen wird eher als technisch und emotional neutralerer Begriff genutzt. Sie wird als zentrales Prinzip in der individuellen Auseinandersetzung mit süchtigem Verhalten gesehen (Schneider 2001). Den substanzkonsumbezogenen Entscheidungsprozeß kann ein Therapeut nur wirksam begleiten und unterstützen, wenn die Entscheidungsfreiheit für verschiedene Lösungsmöglichkeiten bei einem problematischem Konsum offen gehalten werden. Eine Lösungssuche ist langwierig und bedarf unter Umständen mehrerer Neuanfänge, weil sie immer wieder von Überlegungen zu Risiko, Aufwand und Nutzen einer Konsumänderung in Frage gestellt wird. Der Begriff „Kontrolle“ erfährt so eine positive Konnotation, sowohl in Form unterstützender sozialer Kontrolle als auch in Form von Selbstkontrolle. Verfahren, die die Wiedergewinnung der eigenen Steuerungsfähigkeit eines problematischen Alkoholkonsums versprechen, erfahren in unserem Kulturkreis eine hohe gesellschaftliche Wertschätzung. Es geht letztlich dar-

um, bei den Betroffenen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung aufrechtzuerhalten, was den Prinzipien der „Selbstmanagement-Therapie“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996) in besonderem Maße entspricht. Schneider (2001) spricht von einer Therapie der ersten Wahl bei problematischem Alkoholkonsum. Die Methoden der „Motivierenden Gesprächsführung“ (Miller, Rollnick 1999) und die therapeutischen Vorgehensweisen des transtheoretischen Konzeptes der Veränderungsstadien als spiralförmig verlaufender Motivationsprozeß (Prochaska, DiClemente, Norcoss 1997) finden ihre Grundlegung in der Selbstmanagement-Therapie.

Der Selbstkontrollbegriff birgt allerdings das Risiko, eine moralische Sichtweise von abhängigen Verhaltensgewohnheiten erneut zu begünstigen, wenn in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen wird, daß nur die Ausübung größerer Willenskraft als zentrales Selbstkontrollmodell Gültigkeit hat. Diese Annahme führt dann zur Zuschreibung einer „Charakter- und Willensschwäche“, was gesellschaftlich Ächtung und Stigmatisierungsprozesse begünstigen kann. Auch ideologische Verstrickungen können sich ergeben, wenn Menschen mit Selbstkontrolldefiziten als unterlegende, nicht der allgemeinen Norm aufgrund genetischer o.a. Bedingungen entsprechende Zeitgenossen angesehen werden. In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig, einen objektiven, nicht wertenden Beitrag zur Rolle der Selbstkontrolle im Umgang mit Alkoholproblemen zu leisten. Die Kenntnisnahme von Forschungsgrundlagen zum Selbstregulationsmodell bei Substanzabhängigkeit kann zu einer solchen Objektivierung beitragen. Dabei kann auf folgende entwicklungspsychologische Erkenntnisse zurückgegriffen werden, die für die Entwicklung von Selbstkontrollkompetenzen von zentraler Bedeutung sind:

- Belohnungsaufschub mit kognitiv vermittelnden Faktoren;
- subjektive personale Kontrolle als grundsätzliche individuelle Kondition, die ein probabilistisches Phänomen bei beeinträchtigter Kontrolle ist und nicht dem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“ gehorcht;
- Selbstbeobachtungsdefizite („inneres Scannen“) als mangelnde Sensitivität für introrezeptive Wahrnehmungen, die für die Ausübung von Selbstkontrolle relevant sind, z.B. die Diskrimination von Blutalkoholkonzentrationen im Zusammenhang mit einer Toleranzentwicklung;
- Regulation von Arousal-Prozessen durch Störungen der kognitiv-physiologischen Integration von inneren Informationen (Körperwahrnehmungen und Affekten) mit einer geringen Impulskontrolle, kurzen Aufmerksamkeitsspannen, hoher Ablenkbarkeit und einer verminderten Responsivität auf verstärkende Verhaltenskonsequenzen;

- Entwicklung von Planungs- und Problemlösungsfertigkeiten.

In der Auseinandersetzung mit dem **Krankheitskonzept Alkoholismus** konnte gezeigt werden, daß die damit verbundene Begriffsentwicklung höchst unscharf ist, mit der Folge, daß die Diagnosekriterien im international abgestimmten Rahmen ständigen Veränderungen unterworfen sind. Es kommt hinzu, daß „Alkoholismus“ mit einer hohen Stigmatisierungslast verbunden ist. Neurobiologische, psychologische, soziale und substanzbezogene Modelle zur Entwicklung riskanter Alkoholkonsumgewohnheiten haben nach gegenwärtigem Forschungsstand gemeinsam ihre Berechtigung und erklären in Verbindung miteinander jeweils spezielle Teile des Phänomens. Es ist von der Interaktion der Entstehungsbedingungen auszugehen, aufgrund der individuelle, soziale und suchtmittelbezogene Faktoren zusammenwirken. Ein Alleinerklärungsanspruch isolierter Faktoren existiert nicht. Wechselwirkungen haben eine sehr komplexe Struktur; einfache Ursache-Wirkungs-Modelle sind jedenfalls nicht tragfähig und deshalb für die Entwicklung eines psychoedukativen Interventionsansatzes nicht grundlegend. Das bio-psycho-soziale Erklärungs- und Bedingungsmodell problematischen Alkoholkonsums ist die Plattform für die PEGPAK-Programmentwicklung.

Das Krankheitskonzept Alkoholismus bietet folgende Chancen:

- deutliche Schuldentlastung auf dem Hintergrund einer historisch begründeten moralischen Diskussion,
- die Einbeziehung von körperlichen, sozialen und psychischen Begleit- und Folgebeeinträchtigungen infolge problematischer Alkoholkonsumgewohnheiten erweitert die Perspektive und erlaubt so eine vollständige und umfassende Wahrnehmung dieses Problemverhaltens.

Damit nahm dieses Krankheitskonzept auch schon sehr frühzeitig Bezug auf Risiken von problematischem Alkoholkonsum bis hin zum Phänomen von krankhafter Alkoholabhängigkeit. Der andere Pol der Diskussion um das Krankheitskonzept Alkoholismus bewegte sich nicht nur um die Ursachenerklärung des Phänomens Alkoholismus, sondern auch um angemessene therapeutische Behandlungsmöglichkeiten dieser Erkrankung. Analytisch orientierte Krankheitsmodelle oder psychodynamische Erklärungsmodelle des Phänomens Alkoholismus stützten sich sehr zentral auf ein monokausales Erklärungsmodell — auffällige Sozialationsmerkmale —, andere Erklärungsmodelle von krankhaftem Alkoholkonsum sahen möglicherweise eine sehr stark biologisch-genetische Determiniertheit. Neuere Diskussionen, zum Bei-

spiel der systemisch-familientherapeutisch orientierte Erklärungsansatz, beziehen sehr stark die Umwelt als Ursache für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Alkoholismus ein, verhaltenstheoretisch orientierte, motivationale Ansätze konzentrieren sich eher darauf, innere und äußere Bedingungen problematischer Alkoholkonsumgewohnheiten zu betrachten und zu erklären.

In der Auseinandersetzung mit dem Krankheitskonzept „Alkoholismus“ wurde der Begriff des „problematischen Alkoholkonsums“ oder „*problem drinking*“ bzw. „*problem drinker*“ als neues Paradigma für Forschung und Behandlung eingeführt. Die Definition betrifft alle Alkoholkonsumenten, für die aus dem Alkoholtrinken Probleme entstanden sind, unabhängig von der Dauer des Konsums oder der Tragweite der Folgeprobleme. Die dichotome Unterscheidung im klassifikatorischen Bereich zwischen Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit kann so aufgegeben werden, Alkoholprobleme werden als kontinuierlich bestehende Merkmale angesehen, die mit den Klassifikationen verbundenen Etikettierungen (z.B. „Alkoholiker“) können vermieden werden. Aus versorgungsbezogener Sichtweise können jeder Art von Alkoholproblemen eine spezifische Interventionsstrategie gegenübergestellt werden, das „Warten“ auf die vollständige Ausprägung eines Abhängigkeitssyndroms, das vor allem durch eine schwerwiegende körperliche Symptomatik geprägt wird, ist nicht mehr notwendig. In dieser Arbeit wird der Begriff „problematischer Alkoholkonsum“ zentral in den Mittelpunkt gestellt und grundlegend für die Entwicklung des Schulungsprogramm aufgenommen.

Die aus diesem Modell abgeleiteten **Behandlungsformen** zeigen sich vor allen Dingen im ambulanten, aber auch im teil- und stationären Setting als hochgradig wirkungsvoll, sie sind in allen Behandlungsphasen einsetzbar und vor allem im Interventionsfeld der Kurz- und Frühinterventionen erfolgreich. Damit deutet sich ein Wandel in den Behandlungsformen für Menschen mit problematischem Alkoholkonsum an. Waren die letzten Jahrzehnte überwiegend von der versorgungskonzeptionellen Dominanz vollstationärer Behandlungssysteme und Behandlungssettings dominiert, so sind nicht zuletzt unter dem Aspekt von Kostenanpassungen, dem von Effizienz und Effektivität, ambulante und teilstationäre Behandlungsformen in den Vordergrund getreten, ebenso wie Interventionen mit kürzeren Behandlungszeiten. Die stationären Behandlungsformen der letzten Jahrzehnte waren vor allem dadurch geprägt, daß sich Erfolg bzw. Mißerfolg am Kriterium der Abstinenz festmachte. In der neuen Diskussion stehen dagegen zieloffene Behandlungsformen im Vordergrund.

Heute geht man dazu über, Erfolgskontrollen an individuell vereinbarten Behandlungszielen zu messen. Der **Rückfall**, bzw. die Abstinenzbeendigung, wird dabei als Teil des Behandlungsprozesses verstanden, der konstruktiv genutzt werden kann. Die Diskussionen um die in den 1980er Jahren entwickelten, rückfallprophylaktisch orientierten Programme (Marlatt, Gordon 1985) berücksichtigen verstärkt selbstkontrollierende und eigenverantwortliche Steuerungsmöglichkeiten auf die Abstinenzzeiten und auch die Einflußnahme auf das Rückfallgeschehen selbst bzw. die grundsätzliche Möglichkeit zur Rückfallprophylaxe. Das Konzept Selbstkontrolle und Selbstregulation erlaubt es, krisenhafte Phänomene als Entwicklungschance aufzufassen. So wird Krisenprophylaxe und -management zum zentralen Element des psychoedukativen Programms.

Die suchtsbehandlungsbezogene Diskussion der letzten Jahre hat sich nicht nur auf rückfallprophylaktisch orientierte Programme ausgeweitet, sondern auch eine neue Zielgruppe von Patienten einbezogen: die, die **riskante bzw. mißbräuchliche Konsummuster** aufweisen. Sie stehen auch in der gesundheitswissenschaftlichen, epidemiologisch orientierten Diskussion zunehmend im Vordergrund. Insgesamt umfaßt diese Konsumentengruppe einschließlich der manifest Abhängigkeitserkrankten ca. 16 % der Bevölkerung. Dies bedeutet einerseits enorme gesamtgesellschaftliche Kosten im Gesundheitswesen, andererseits stellt sich auch hier die Frage, wie verhindert werden kann, daß Menschen, die riskante, mißbräuchliche Konsummuster aufweisen, in einen Prozeß der Abhängigkeitsentwicklung hineingeraten. Auch von diesem Pol aus konzentriert sich der wissenschaftliche Diskurs auf Fragestellungen der selbstbestimmten Einflußnahme auf riskante, mißbräuchlich-gesundheitsschädliche Konsummuster zur Verhinderung krankhafter Entwicklungen. Im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs werden vor allem die Begriffe „Risiko“ und „gesundheitsverträglicher Konsum“ in den Mittelpunkt gerückt. Der auf Gesundheitsverträglichkeit beruhende Ansatz zielt in erster Linie auf eine **Konsummengenreduktion**.

Man schätzt, daß in Deutschland die vielen sozialen Folgeprobleme Kosten in Höhe von 40 Milliarden DM im Jahr verursachen. Hinzu kommt, daß es wesentlich mehr diagnoserelevante Störungen infolge von Alkoholkonsum gibt als bisher angenommen. In neueren Studien zur Lebenszeitprävalenz kommt man auf 14% der Gesamtbevölkerung, die alkoholkonsumbezogenen Gesundheitsbeeinträchtigungen aufweisen. Häufig ist auch eine Komorbidität zwischen alkoholbezogenen und psychischen Störungen.

Eine Analyse der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen (Wienberg 1992, Wienberg, Driessen 2001) machte deutlich, wie

wenig die sogenannten „Problemtrinker“ durch spezielle Suchthilfen erreicht werden. Hier fehlen vor allen Dingen im sekundärpräventiven Bereich entsprechende Interventionsansätze. Diese sollten sich allerdings nicht ausschließlich dem Abstinenzziel verschreiben. Vor allem die Betroffenen selbst verfolgen selten das Ziel der Dauerabstinenz. Auch der ethische Diskurs zeigt, daß es primär um die Verfügbarkeit von Alkohol geht. Das Recht auf die individuelle freie Entscheidung bzw. Autonomie hat in unserer Gesellschaft eine herausragende Bedeutung und schließlich sind Konsum und Gebrauch von Alkohol nicht strafbar. All diese hier kurz skizzierten Problemfelder haben insgesamt zur Voraussetzung — so weit es um die Reduktion von Häufigkeit und Intensität von problematischen Konsumgewohnheiten geht —, daß es Selbststeuerungsmöglichkeiten und Selbstkontrollhandlungen in Bezug auf problematische Konsummuster geben muß.

Der neueren **gesundheitswissenschaftlichen Diskussion** geht es mittlerweile im allgemeinen nicht mehr allein um Abstinenz, sondern zentral um die Konsumreduktion und eine Darstellung der Konsumrisiken. Aus dieser Perspektive dient jeglicher Substanzkonsum dem Bestreben, mit der eigenen Lebenssituation kompetent umzugehen, und psychoaktive Substanzen, wie Alkohol, dienen der Herstellung einer individuellen Gesundheitsbalance. Versteht man Gesundheit als die produktive, immer wieder erneut betriebene Lebensbewältigung, dann zielt auch der Suchtmittelkonsum darauf, die Balance zwischen den inneren körperlichen und psychischen Bedingungen einerseits und den äußeren Lebensbedingungen andererseits in Einklang zu bringen. Natürlich bleibt es sicherlich grundlegendes Ziel, Menschen darin zu unterstützen, keinerlei psychoaktive Substanzen zu sich nehmen, weil jedweder Konsum Risiken in sich birgt. Doch geht es auch darum, bei bestehendem gewohnheitsmäßigem Konsum die Qualität und Wirkungsmenge einer psychoaktiven Substanz so zu reduzieren, daß möglichst wenige gesundheitsgefährdende körperliche und seelische Effekte eintreten. Dies setzt wiederum selbststeuernde und selbstkontrollierende individuelle Einflußnahmen auf das problematische Alkoholkonsumverhalten voraus.

Der risikofreie bzw. risikoarme, gesundheitsverträgliche Alkoholkonsum als zentrale Bestimmungsgröße der vorliegenden Arbeit steht in engem Zusammenhang mit der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion zur Salutogenese und dem damit verbundenen grundlegendem Kohärenzgefühl (Antonovsky 1997). In dieser dynamischen Betrachtungsweise spielt das Kohärenzgefühl als gesundheitsstiftender Faktor eine zentrale Rolle. Diese globale Orientierung drückt das Maß aus, in dem Menschen ein durchdringendes, andauerndes, aber dynamisches Gefühl haben, daß die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und daß die

Dinge, wie z.B. die Bewältigung von Alkoholproblemen, sich mit einer hohen Wahrscheinlichkeit so entwickeln, wie vernünftigerweise erwartet werden kann (Antonovsky 1979). Geordnete, konsistente, strukturierte und klare Informationen sind Voraussetzung für eine Vorhersagbarkeit auch bei überraschend auftretenden Stimuli. Dadurch erhält der psychoedukative Ansatz der adäquaten Informationsvermittlung seine zentrale Bedeutung.

Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit sind weitere wesentliche Komponenten dieses Ansatzes. Verstehbarkeit bezieht sich auf das Ausmaß, in welchem innere und äußere alkoholbezogene Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrgenommen werden können, Handhabbarkeit darauf, wie man wahrnimmt, ob man geeignete Ressourcen zur Bewältigung von Alkoholproblemen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von Konsumrisikosituationen ausgehen können. Die eigene Verfügung über diese Ressourcen setzt insbesondere Selbstkontrollkompetenzen voraus, die im Rahmen des Schulungsprogramms erläutert und durch praktische Übungen erfahrbar gemacht werden können. Die dritte Komponente des Kohärenzgefühls ist die Bedeutsamkeit als motivationales Element beim Umgang mit Ambivalenzen und als sinnstiftender, kognitiver Aspekt. Einige weitere Konzepte, die dem *Kohärenzgefühl* von Antonovsky allerdings ähnlich sind, haben für die vorliegende Arbeit ebenfalls eine grundlegende Bedeutung: z.B. das der *Kontrollüberzeugung* (Rotter 1966) oder der *Selbstwirksamkeit* (Bandura 1977).

In diesem Zusammenhang spielt der **Präventionsbegriff** eine zentrale Rolle. Primärpräventive Strategien zielen auf Verhinderung von gesundheitsriskantem Verhalten in der allgemeinen Bevölkerung ab. Bei sekundärpräventiven Strategien stehen Individuen im Mittelpunkt, die ein „hohes Risiko“ für gesundheitsrelevante Verhaltensprobleme entwickelt haben. Es geht dabei um Früherkennung, frühzeitige Intervention und um Selbststeuerungsmöglichkeiten. Dabei wird es, besonders für die Implementierung eines individuumzentrierten Interventionsansatzes, wichtig sein, die „Versäulung“ zwischen Prävention und Behandlung aufzulösen und eine Verknüpfung zwischen diesen Bereichen zu schaffen, die dem Umstand gerecht wird, daß Prävention und Behandlung komplementäre Interventionsbereiche sind. Leitbild hätte dabei eine ganzheitliche Sichtweise zu sein: so können zum Beispiel Alkoholprobleme auf einem Kontinuum abgebildet werden zwischen den Polen geringe bis große Problematik, einfache bis komplexe Problematik, einmalige bis verbleibende Problematik. Diese Sichtweise bedingt, daß Antworten auf unterschiedliche Graduitäten von Alkoholproblemen ebenfalls auf einem Kontinuum abzutragen wären. Für eine komplementäre Sichtweise von Prävention und Behandlung als gesundheitsbezogene Interventionsform spricht:

1. individuell ausgerichtete, sekundärpräventive Interventionen sind für das Auftreten und die Erscheinung von Alkoholproblemen in der allgemeinen Bevölkerung relevant, haben somit unmittelbare Auswirkung auf die öffentlichen Angelegenheiten (Public Health),
2. es liegen hinreichend Forschungsergebnisse zur Effektivität von individuell bezogenen Interventionen vor, z.B. Kurzinterventionen in der Primärversorgung, spezialisierte Behandlungen mit hohem individuellem Nutzen, Programme für bestimmte Zielgruppen.

Individuell ausgerichtete, gesundheitspräventive Interventionen haben Summationseffekte hinsichtlich der **Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung (Public Health)**. Form und Inhalt dieser Interventionen in einem demokratischen Staat, in dem der Konsum von Alkohol legalisiert ist, müssen die freie Entscheidung über das eigene Konsumverhalten voraussetzen und respektieren. Dies bedeutet auf der einen Seite, daß über bestimmte Konsumrisiken möglichst sachlich informiert werden muß, und auf der anderen, daß Wahl- und Optionsmöglichkeiten bezüglich des Konsums offengehalten werden und Fertigkeiten im Umgang mit riskanten Konsumgewohnheiten erlernt werden müssen, um gesundheitsschädigendes Verhalten möglichst zu reduzieren. Die Versachlichung der gesamten Diskussion — weg von der Diskussion über ein krankhaftes Verhalten hin zu gesundheitsförderlichem Verhalten — und die Einbeziehung suchtpräventiver Maßnahmen und Interventionen für Menschen mit problematischer, riskanten und mißbräuchlichen Konsumgewohnheiten werden zunehmend relevant. Im Schulungs- und Aufklärungskontext bedeutet dies:

- möglichst sachlich über Risiken und Konsequenzen von riskanten, mißbräuchlichen und abhängigen Konsummustern aufzuklären,
- die Vermittlung von Informationen, wie Menschen selbstverantwortlich, selbststeuernd auf problematische Konsummuster Einfluß nehmen können,
- Hinweise auf Selbstkontrolle zu geben und Selbststeuerungsprinzipien bei problematischem Alkoholkonsum zu erläutern,
- auf die besonderen Bedingungen (Ambivalenz) einer Selbstkontrolle in Konfliktsituation hinzuweisen und zu diesem Thema sachliche Informationen zu geben und
- eigene, selbst gesteckte Ziele und Zielvorgaben wählen zu können.

Es geht somit um Modelle, die Problemsituationen nicht moralisierend bis hin zur Übertreibung zuspitzen, sondern sie in erster Linie sachlich, informativ und beschreibend darstellen. Diese Informationen müssen individuell angepaßt werden und sollen eine Vorstellung vermitteln, wie durch gesundheitsfördernde Verhaltensweisen problematischer Alkoholkonsum



eigenständig so beeinflusst werden kann, daß Lebensqualität und -zufriedenheit sich deutlich verbessern. Der Abbau von Mißverständnissen, Vorurteilen und Schuldgefühlen sind wichtige psychologische Komponenten dieser Informationsvermittlung und bilden den Kern des psychoedukativen Ansatzes.

Hierzu eignet sich unseres Erachtens in erster Linie ein funktionales Erklärungs- und Bedingungsmodell der Entwicklung von problematischem Alkoholkonsum, das in seiner Kernintention Selbstkontroll-, Selbststeuerungs- und Selbstmanagementstrategien zur individuellen Einflußnahme auf die Veränderung von problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten vermittelt. Ein solches Erklärungsmodell haben wir in dem theoretischen Teil dieser Arbeit „Struktur und Dynamik von problematischem Alkoholkonsum“ entwickelt und dargestellt. Es umfaßt folgende Grundannahmen:

1. Der Konsum von Alkohol ist einerseits situativ bestimmt, andererseits steuern die positiv kurzfristigen Wirkungs- und Funktionsprinzipien des Konsums dieser Substanz das Verhalten Alkohol zu trinken, was die Häufigkeit und Frequenzstärke steigern kann.
2. Toleranzentwicklung und Dosissteigerung sind integrale Bestandteile problematischer Alkoholkonsumgewohnheiten und können mit neurobiologischen Erkenntnissen erklärt werden.
3. Die langfristigen Folgen des Alkoholkonsums können jemanden veranlassen, seinen Alkoholkonsum zu verändern: dies ist die typische Situation einer konflikthaften Selbstkontrollsituation.
4. Die Selbstkontrollsituationen — kurzfristig positive Folgen des Konsums einerseits, langfristig negative Folgen des Konsums andererseits — bedingen ambivalente Grundhaltungen zur Frage der Veränderungsmotivation.
5. Motivationale Prozesse zur Veränderung sind immer als ambivalente Prozesse anzusehen, die sich in verschiedenen Phasen der Motivation — Absichtslosigkeits-, Absichtsbildungs-, Handlungs-, Aufrechterhaltungs- und eventuell Abstinenzbeendigungsphasen — einstellen können. Diese einzelnen Phasen selbstkontrollierend-selbstregulierend zu steuern ist der vornehmliche Ansatzpunkt der theoretischen Auseinandersetzung und auch die grundlegende Voraussetzung des vorgelegten psychoedukativen Gruppenprogramms.

Unseres Erachtens entspricht dieses Modell dem aktuellen Stand der oben skizzierten gesundheitswissenschaftlichen Diskussion zu diesem Thema, ist kognitiv-behavioral ausgerichtet, begreift Suchtmittelkonsum als sinnstiftend und stellt das Prinzip selbstkontrollierter Einfluß-

nahme auf ambivalente Verhaltenssituationen in den Mittelpunkt der Betrachtung problematischer Alkoholkonsumgewohnheiten. Es handelt sich um ein strukturell-dynamisches Erklärungsmodell als Ansatzpunkt für Menschen mit problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten, die diese Gewohnheiten selbstbestimmt positiv verändern wollen.

### **Psychoedukative Interventionen**

„To control a phenomenon, we must first explain it.“ (Yalom 1970, S. 221).

Ein Interventionsansatz auf der Basis dieses eben beschriebenen Bedingungs- und Veränderungsmodells stellt die Psychoedukation dar. Im Zentrum eines psychoedukativen Schulungsprogramms steht die Vermittlung von konkreten Informationen zu problematischem Verhalten, hier des Alkoholkonsums. Diese Informationen, die an die Aufnahmefähigkeit und Wahrnehmungsgewohnheiten der jeweiligen Rezipienten angepaßt werden müssen, sollen eine Vorstellung darüber vermitteln, wie durch einen risikofreien, bzw. risikoarmen, gesundheitsverträglichen Umgang mit der psychoaktiven Substanz Alkohol und der gezielten Bewältigung von gesundheitsriskanten Konsumsituationen ein individuell hohes Maß an Lebensqualität und -zufriedenheit erreicht werden kann. Gleichzeitig soll das weit verbreitete Halbwissen zum Thema Alkohol überwunden werden. Die Informationen werden den am Schulungsprogramm Beteiligten schriftlich ausgehändigt, so daß jeder die Einzelheiten genau nachlesen kann und eventuell auftretende Fragen mit den Schulungsmoderatoren klären kann. Übergeordnete Zielsetzungen der Informationsvermittlung ist die individuelle Entwicklung von Selbstmanagementfertigkeiten, indem den Beteiligten eine aktive Rolle bei der Bewältigung gesundheitsriskanter Konsumsituationen zugewiesen wird und ihnen ein Expertenstatus für den eigenen problematischen Alkoholkonsum zugebilligt wird. Mißverständnisse, Vorurteile und Schuldgefühle, die auf das mögliche Problemverhalten bezogen sind, sollen abgebaut werden, da sie sonst die Entwicklung kompetenter Coping-Strategien verhindern würden. Für die Informationsvermittlung ist es wichtig, daß die Schulungsmoderatoren als „ehrliche“ Experten wahrgenommen werden, die sich nicht scheuen, Grenzen eigenen Wissens und eigene problematische Erfahrungen zuzugeben.

Die Definition von „Psychoedukation“, die an Hornung (1998) angelehnt ist, führt aus, daß dieser methodische Ansatz eine auf den individuellen Erfahrungen der Adressaten aufbauende Vermittlung von Wissensinhalten über problematischen Alkoholkonsum beinhaltet und ein systematisches, meist lerntheoretisch fundiertes psychotherapeutisches Vorgehen der Verhaltensmodifikation einbezieht. Nach Grawe (1994) sollten die therapeutisch wirksamen Prinzi-

pien Transparenz, Strukturiertheit, Kompetenz sowie motivationale und interaktive Aspekte adäquat berücksichtigt werden. Ressourcenförderung, als wichtigster therapeutischer Faktor, zielt auf die Vermittlung von praktischen Ansätzen zur Erhöhung der Lebensqualität ab. Durch die Manualisierung des psychoedukativen Schulungsprogramms wird ein hoher Standardisierungsgrad in Form einer zeitlichen Begrenzung und einer überschaubaren Struktur erreicht und erlaubt so den Moderatoren eine unproblematische Einarbeitung, ohne zuvor langwierige psychotherapeutische Kompetenzen erwerben zu müssen. Die damit verbundene hohe Verfügbarkeit kann für eine hohe Wirksamkeit sorgen, vor allem im sekundärpräventiven Bereich. Das gewählte Gruppensetting fördert bei den Teilnehmern die Erfahrung, nicht allein mit dem Problem zu sein, hilft Ängste zu mindern und macht Hoffnung auf erfolgreiche Veränderungen. Die Teilnehmer nehmen füreinander Modellfunktionen ein, was die Entwicklung von Bewältigungsfertigkeiten fördert. Eine störungsbedingte Isolation kann aufgehoben werden, ungünstige Rollenmuster können erkannt und gegebenenfalls verändert werden. Darüber hinaus bieten Gruppensettings günstige Kosten-Nutzen-Effekte im Vergleich zu individualisierten Behandlungsstrategien.

Der Forschungsstand zur Psychoedukation in der Behandlung substanzbezogener Störungen ist derzeit noch unbefriedigend (Krausz, Farnbacher 2000). Es handelt sich allerdings um einen vielversprechenden Ansatz, der auf weitere störungsspezifische Adaptionen wartet — die vorliegende Arbeit kann dazu beitragen. Die Psychoedukation kommt u.a. als psychosoziale Intervention im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojektes zur Heroinabgabe an Drogenabhängige durch die Hamburger Gruppe um Krausz zum Einsatz (Krausz, Farnbacher 2000). In der Behandlung chronisch körperlicher Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus) und psychiatrischer Erkrankungen (z.B. psychotische Störungen) ist die psychoedukative Methode eine schon etablierte Therapieform. La Salvia (1993) weist darauf hin, daß bei substanzbedingten Störungen zentrale Ich-Funktionen im Bereich der Selbstsorge beeinträchtigt sind und dadurch wichtige „Life-Skills“ wenig entwickelt sind; diese problematische Konstellation bietet einen idealen Ansatzpunkt für psychoedukative Interventionen. La Salvia betont, daß dieser spezialisierte, aufgabenorientierte didaktische Ansatz eine notwendige Komponente in einem umfassenden Suchtbehandlungsprogramm darstellt.

Folgende inhaltliche Kriterien sind grundlegend für psychoedukative Interventionsformen bei problematischem Alkoholkonsum:

- Offenheit der Zielsetzung (Nullkonsum *oder* risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum) und der Zielgruppe (Menschen mit abhängigen Konsummuster bzw. mit riskanten Konsummustern),

- breite und flexible Durchführbarkeit in verschiedenen suchtspezifischen und suchtspezifischen Bereichen (sekundärpräventive Funktion),
- Standardisierung des Programms durch Manualisierung, damit eine hohe Realisierungschance, ohne daß die Durchführung an eine Ausbildung in einer elaborierten Therapieausrichtung als Voraussetzung gelten muß,
- überschaubarer zeitlicher Rahmen im Sinne einer „Kurzintervention“ mit meßbaren Wirkungseffekten.

### **Psychodeukatives Gruppenprogramm bei problematischem Alkoholkonsum (PEGPAK)**

Das Schulungsprogramm PEGPAK ist ein informatives Aufklärungs- und Selbstkontrollprogramm mit nachvollziehbaren und rationalen Kriterien für selbstregulierendes Verhalten bei problematischem Alkoholkonsum. Wichtige Elemente sind das gesundheitsfördernde Konzept zum Risikogebrauch der psychoaktiven Substanz Alkohol, das Modell der horizontalen Problemanalyse, der kognitive Ansatz zur Zielfindung und -aktivierung, das Prinzip der Selbstkontrolle, das Modell der phasenbezogenen Veränderungsmotivation, das Ambivalenz-Phänomen, das Selbstmanagementkonzept bezogen auf allgemeine und spezifische Konsumrisikosituationen, das Problemlösungsmodell und Ansätze zur alkoholbezogenen Krisenprophylaxe und zum Krisenmanagement.

Die für die Durchführung des Schulungsprogramms förderliche therapeutische Grundhaltung zielt auf die Selbstbestimmung und Souveränität der Programmteilnehmer, Ressourcenorientierung und Empowerment sind therapeutische Leitlinien.

Das Programm ist in einem ambulanten, suchtspezifische Setting entwickelt und überprüft worden. Bewährt hat sich die Einbeziehung von Angehörigen vor und nach der Programmdurchführung. Die Adressatengruppe sind Menschen mit problematischem Alkoholkonsum, d.h. bei Vorliegen von riskanten und hochriskant-gefährlichen Trinkmustern können Betroffene mit schädlich-mißbräuchlichen, bzw. abhängigen Mustern unter definierten Umständen miteinbezogen werden. Die indikationsbezogene Einteilung oder Unterteilung einer Programmgruppe ist nicht notwendig, weil PEGPAK zieloffen präsentiert wird und eine externe Diagnosestellung zu Programmbeginn nicht beabsichtigt ist.

Die neun Gruppentreffen dauern jeweils zwei Stunden und erstrecken über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen. Teilnahmevoraussetzung ist der Verzicht auf Alkoholkonsum vor den Gruppentreffen. Bewährt hat sich eine Gruppengröße von höchstens 15 Teilnehmern. Die kontinuierliche Beteiligung an allen Gruppentreffen ist wegen des didaktisch-thematischen Schulungsvorgehen wünschenswert. Zum Einsatz kommen für das Programm erstellte didak-

tische Materialien; Visualisierung ist die zentrale Methode zur Informationsvermittlung, z.B. durch den Einsatz von insgesamt 110 Overheadfolien. Die Teilnehmer erhalten die präsentierten Informationen zum Nachlesen in schriftlicher Form ausgehändigt. Hausaufgaben werden nach jedem Gruppentreffen aufgegeben und erläutert, vor den Treffen werden diese Aufgaben nachbesprochen. Qualitätssichernde Verfahren in Form von Fragebögen für die Teilnehmer werden kontinuierlich in das Programm integriert.

Das Schulungsprogramm ist in sieben inhaltliche Bausteine und neun zeitlich etwa gleich lange Lerneinheiten (Gruppentreffen) gegliedert:

- Einführung in das Schulungsprogramm und allgemeine Grundlagen problematischen Alkoholkonsums
- Bestimmungselemente und Folgen eines problematischen Alkoholkonsums
- Zielbestimmung und Selbstmanagement bei problematischem Alkoholkonsum
- Selbstmanagement zur Aufrechterhaltung positiv veränderten Alkoholkonsums
- Selbstmanagement in besonderen Risikosituationen
- Selbstmanagement in Problemsituationen und bei Lebensstiländerungen
- Vorgehensweisen bei Aufgabe von selbstbestimmten Zielsetzungen.

Überprüfungen von Wirksamkeit und Qualität des Schulungsprogramms PEGPAK sind durch einjährige Katamneseuntersuchungen vorzunehmen, die sich u.a. an den zentralen Kriterien: Reduzierung der gesundheitlichen, alkoholbezogenen Risiken, Zugewinn an Selbstwirksamkeit in der Bewältigung alkoholtypischer Risikosituationen und erfolgreiche alkoholbezogene Krisenprophylaxe und Krisenmanagement, orientieren.

### **Ergebnisse der Pilotstudie**

Insgesamt zeigten sich im Rahmen der Pilotstudie zur Überprüfung der Wirksamkeit und Akzeptanz von PEGPAK sowohl kurzfristig nach Programmdurchführung, als auch langfristig nach einem Jahr die theoretisch erwarteten *Effekte*, gemessen an den oben dargestellten Kriterien:

- 81,5% der Schulungsteilnehmer wiesen vor Programmbeginn hochriskante-gefährliche Alkoholkonsummuster auf, nach einem Jahr betrug dieser Anteil nur noch 14,8%. Damit kommt es zu einer deutlichen Reduzierung der gesundheitlichen, alkoholbezogenen Risiken. Risikofreie Konsummuster durch Nullkonsum erreichten insgesamt 29,6% der Teilnehmer nach einem Jahr, vor Beginn lag dieser Anteil bei 3,7%. Insgesamt konnte die wö-

chentliche Konsummenge, die Regelmäßigkeit von riskanten Konsummustern und die gelegentlich exzessiven Ausprägungen dieser Konsummuster signifikant reduziert werden. Die Verringerung alkoholbezogener Risiken zeigte sich im psychischen Bereich durch einen langfristig signifikanten Abbau von Ängstlichkeit und Depressivität.

- Der Zugewinn an Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, gemessen durch Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit, bzw. durch allgemeine Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, konnte deutlich nachgewiesen werden. Kurzfristig erhöhten sich dabei die Werte bei sozial-externalen Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit, langfristig reduzierten sich entsprechende fatalistische Überzeugungen signifikant. Kurz- und langfristig erhöhten sich die Werte zu generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, langfristig kam es zu entsprechenden Erhöhungen beim Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und bei der generalisierten Internalität von allgemeinen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. Langfristig reduzierten sich die entsprechenden Werte bei der sozialen und fatalistischen Externalität und bei der generalisierten Externalität von allgemeinen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. Dieser deutliche Zuwachs an gesundheitsbezogenen und allgemeinen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen trägt dazu bei, daß alkoholtypische Risikosituationen effektiver bewältigt werden können. Im Bereich der alkoholkonsumbezogenen Änderungsbereitschaft zeigte sich kurz- und langfristig eine signifikante Verstärkung der handlungsorientierten Motivationslage, kurzfristig verringerte sich die Motivationslage der Absichtsbildung unter Ambivalenz. Daran wird deutlich, daß der langfristige Zugewinn an Selbstwirksamkeit eine Handlungsbereitschaft zur konkreten Veränderung alkoholbezogener Probleme begünstigen kann.
- Im Umgang mit alkoholkonsumbezogenen Risikosituationen zeigte sich ein deutlicher Kompetenzzugewinn bei den Programmteilnehmern. In den 12 Monaten nach Programmteilnahme erlebten 14,8% der Teilnehmer keine entsprechende Risikosituation. 37% der Teilnehmer konnten alkoholbezogene Risikosituationen eigenständig ohne fremde Hilfe durch den Rückgriff auf die im Schulungsprogramm vermittelten Strategien bewältigen. 44,4% der Teilnehmer mußten zusätzlich auf fremde Hilfestellungen (Selbsthilfegruppe, Ambulanz oder (teil-)stationäre Hilfen) zurückgreifen, 18,5% konnten krisenhafte Entwicklungen nicht bewältigen. Als Indikator für diesen krisenprophylaktischen Kompetenzzugewinn steht die deutliche Reduzierung der Behandlungstage im stationär-klinischen Kontext nach der Programmteilnahme: 32,3% Behandlungstageverringerung bei einem halben Jahr vor und nach PEGPAK (322 Tage insgesamt), 19,3% bei einem ganzen Jahr

vor und nach PEGPAK (222 Tage) bei den 34 Teilnehmern. Die damit verbundenen Ressourceneinsparungen sind erheblich: ca. 110.000 bzw. 160.000 DM.

Unter den Aspekten der Zielfindung und Zielaktivierung als integralem Programmbestandteil zeigte sich, daß sich 77,8% der Programmteilnehmer die Entscheidung zum risikofreien Nullkonsum vornahmen; nach einem Jahr strebten 81,5% dieses Ziel an. 22,2% nahmen sich risikoarmen, gesundheitsverträglichen Konsum vor, nach einem Jahr waren es 18,5%. Ein Teilnehmer vollzog im Zeitraum von einem Jahr einen Zielwechsel vom Nullkonsum zum risikoarmen, gesundheitsverträglichen Konsum, zwei Teilnehmer nahmen einen Zielwechsel in die andere Richtung zur Risikofreiheit vor. So nahmen nur 11,1% der Teilnehmer einen Zielwechsel im Katamnesezeitraum vor, insgesamt erscheinen die Zielorientierungen während der Programmphase als sehr stabil. Etwa 64% konnten ihre Zielsetzung Nullkonsum über ein Jahr lang aufrechterhalten, 60% hielten ihre Zielsetzung risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum aufrecht. Das zeigt, daß die Zielaktivierung über den einjährigen Zeitraum relativ stabil geblieben ist.

Die Veränderungen im Erleben und Verhalten unmittelbar nach Schulungsprogrammebeendigung im Vergleich zum subjektiven Befinden vor Beginn zeigen eine positive Tendenz auf einem statistisch signifikanten Niveau. Lebenszufriedenheit und -qualität erfahren einen deutlichen Zuwachs.

Die *Untersuchungsgruppe* mit 27 Beteiligten über den gesamten Katamnesezeitraum von einem Jahr konnte in einem suchtbehandlungsbezogenen Kontext einer psychiatrischen Fachklinik mit einem Versorgungsauftrag für eine mittlere Großstadt (Bielefeld mit 320.000 Einwohnern) gewonnen werden, schwerpunktmäßig aus ambulanten und teilstationären Behandlungssettings. Das Durchschnittsalter lag bei etwa 40 Jahren, 55,6% der Teilnehmer waren männlichen Geschlechts. Bei den angewendeten Screeningverfahren wiesen 80% dieser Gruppe Problematiken auf, die auf das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit hinwiesen. Nach Klassifikation durch ICD-9 konnten 96,3% die Diagnose Alkoholabhängigkeit, 3,7% die Diagnose Alkoholmißbrauch zugeteilt werden. Der durchschnittliche Zeitraum des regelmäßigen Alkoholkonsums betrug etwa 14 Jahre, etwa 7 Jahre im Durchschnitt lag der Zeitpunkt zurück, seitdem Beeinträchtigungen der Konsumkontrolle erfahrbar wurden.

Differentialdiagnostische Befunde weisen bei der Untersuchungsgruppe auf einen erhöhten Schweregrad der Alkoholproblematik hin, auch das Schädigungsausmaß ist im Vergleich zur Referenzgruppe stärker ausgeprägt, soziale Aspekte des Trinkens und süchtiges Trinken wei-

sen ein geringeres Ausmaß im Vergleich zur Referenzgruppe. Die Einschränkungen der Verhaltenskontrolle, negative Gefühle nach dem Trinken, psychoperzeptuelle Konsequenzen des Alkohols und Versuche der Selbstbehandlung von physiologischen Begleiterscheinungen sind stärker ausgebildet als in der Referenzgruppe, deren Werte dem TAI-Manual zu entnehmen sind.

Ein Anteil von 81,5% der Untersuchungsgruppe weist hochriskante-gefährliche Konsummuster bezogen auf die entsprechenden wöchentlichen Trinkmengen auf.

Als Folge- und Begleitprobleme des problematischen Alkoholkonsums zeigen sich ein hohes Ängstlichkeitserleben und ein hohes Ausmaß an Depressivität.

Die alkoholkonsumbezogene Änderungsmotivation zeigt eine Mischung der Motivationsstadien „Absichtsbildung“ und „Handlung“, d.h. die Personen sind sich der Alkoholprobleme bewußt und beginnen ernsthaft über ihre Lage nachzudenken, erste konkrete Veränderungspläne werden entwickelt, z.B. das Anfangen und Durchhalten mit dem PEGPAK-Programm.

Relativ hoch ausgeprägt ist die generalisierte Internalität der allgemeinen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, niedrig ausgeprägt, im Vergleich zur Referenzgruppe, sind die fatalistisch-bedingte Externalität und die generalisierte Externalität. Es liegt somit eine hohe Bereitschaft zur persönlichen Verantwortungsübernahme vor, allerdings ohne das Hinzutreten von ausgeprägten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Eine darauf bezogene Entwicklung sollte durch PEGPAK gefördert werden. Bei gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen zeigt sich eine höhere Internalität und soziale Externalität im Vergleich zur Referenzgruppe. Auch hier ergeben sich Hinweise zur Bereitschaft zur Übernahme von persönlicher Verantwortung, wenn es um gesundheitsbezogene Probleme geht. Dazu kommt eine erhöhte Bereitschaft zur Compliance, die sich auch auf die Bereitschaft zur PEGPAK-Teilnahme beziehen kann.

Zusammenfassend läßt sich die Untersuchungsstichprobe als eine relativ stark beeinträchtigte Gruppe mit schweren Alkoholproblemen beschreiben, die eine ausgeprägte Bereitschaft hat, eine aktive Haltung bei der Veränderung der Problematik einzunehmen. Im Programmverlauf zeigte sich eine relativ geringe Drop-Out-Quote (15%) und eine hohe Beteiligung an den Katamneseerhebungen.

Insgesamt muß die *Repräsentativität* der untersuchten Gruppe bezogen auf die aus den theoretischen Vorannahmen abgeleitete Zielgruppe der „*problem drinker*“ mit Einschränkungen betrachtet werden, die Problemausprägungen haben einen im Vergleich höheren Schweregrad. Die praktische Evidenz der Wirksamkeitsergebnisse läßt allerdings den Schluß zu, daß, wenn bei stärkeren Problembelastungen deutlich positive Veränderungen der alkoholbezogenen



gesundheitlichen Risiken zu verzeichnen sind, auch für geringere Problembelastungen Wirksamkeitserwartungen von PEGPAK gerechtfertigt sind.

Eine *qualitative Bewertung* des PEGPAK-Programms wurde durch die Schulungsteilnehmer vorgenommen. Viele Hinweise sprechen für eine gute Akzeptanz des Gruppenprogramms. Die Beteiligungsquote lag bei 86,9%, d.h. die kontinuierliche Teilnahme an den neun aufeinanderfolgenden Gruppentreffen war für jeden Teilnehmer nahezu sichergestellt. Die Programmelemente „Allgemeine Informationen zum problematischen Alkoholkonsum“, „Bewältigungsstrategien für Risikosituationen“ und „Verhalten der Trainer“ erfuhren sehr gute Bewertungen. Dies mag ein Hinweis sein, daß sachliche Informationsvermittlung mit geeigneten Methoden, die Vermittlung von konkreten Problembewältigungsstrategien und die geeignete Grundhaltung der Programmoderatoren wichtige Wirkfaktoren darstellen. Es besteht bei den Programmteilnehmern eine hohe Übereinstimmung darin, PEGPAK weiterzuempfehlen. Programm-Bausteine, die Lebensstiländerungen und Krisenvorbeugung, Problemlösung und Bewältigung von Angst und Depression, und die die Vermittlung des stadienförmigen Veränderungsprozesses und des Ambivalenzmodells zum Thema machten, erfuhren durch die Programmteilnehmer durchgehend sehr gute Bewertungen. Der Hinweis auf die Bedeutung des Moderatorenverhaltens weist auf die Notwendigkeit von Moderatorenschulungen hin, die Didaktikvermittlung und Grundhaltung zum Thema haben müssen.

Das gewählte quasi-experimentelle *Untersuchungsdesign* (Eigen-Warte-Kontrollgruppe) der *Pilot-Studie* genügt den strengen Kriterien einer randomisierten, kontrollierten Wirksamkeitsstudie nicht, die den wissenschaftlichen Standard für Therapiewirksamkeitsuntersuchungen darstellen. Die strikte Einhaltung des Randomisierungsprinzips ließ sich in der vorgefundenen klinischen Praxis nicht realisieren. Die Interpretation der Ergebnisse erfährt durch folgende Untersuchungskriterien deutliche Begrenzungen:

- Selektive Stichprobenauswahl,
- Versuchsleitereffekt,
- Verzicht auf Randomisierung,
- Fehlen einer Kontrollgruppe,
- relativ kleine Stichprobengröße,
- statistische Hypothesenprüfungen durch verteilungsfreie Tests,
- Skalenniveaus der verwendeten Veränderungsmaßzahlen waren eingeschränkt.

Dies sind eindeutige Nachteile in der Bewertung einer evidenzfundierte Praxis der Programmdurchführung und erfordern zukünftige Untersuchungen mit einem randomisierten, kontrollierten Design. Dennoch ist es gelungen, eine praxisfundierte Evidenz nachzuweisen.

Weiterhin lassen sich ein Bündel von Forschungshypothesen ableiten, und das war das Ziel der durchgeführten Pilot-Studie. Barkham, Mellor, Clark (2000) schlagen als optimale Therapiewirkungsforschungsstrategie vor, ein dreischrittiges Vorgehen zu wählen:

1. Überprüfung des dem Programm zugrundeliegenden theoretischen Modells und Berücksichtigung der aktuellen „Version“ des Schulungsprogramms.
2. Validierung und Messung der Effizienz des Programms durch randomisierte, kontrollierte Studien (evidenz-fundierte Praxis).
3. Überprüfung der Effektivität in der Routinepraxis (praxis-fundierte Evidenz).

Margison, Barham et al. (2000) zeigen, daß die praxisfundierte Evidenz dringend mit den Ergebnissen von experimentellen Therapiewirksamkeitsstudien ergänzt werden muß. Die PEGPAK-Überprüfung im Rahmen der Pilotstudie berücksichtigt die Schritte 1 und 3 des Strategievorschlags und hat in diesem Zusammenhang bei aller Begrenztheit ihre Berechtigung und die damit relativierte Aussagekraft.

Insgesamt sind unseres Erachtens unter den Gesichtspunkten der praxisfundierte Evidenz folgende Ergebnisse der Überprüfung von Wirksamkeit und Akzeptanz entscheidend:

- die sachliche Informationsvermittlung vor dem Hintergrund eines hochstigmatisierten Themas ist in der Durchführung gelungen,
- die Wahl- und Zieloptionen im Rahmen des Programms bewirken die Erleichterung der späteren Entscheidung für Nullkonsum und Abstinenz,
- die Konsumintensität und -frequenz nimmt bezogen auf Konsummengen deutlich ab, krisenprohylaktisches Verhalten reduziert die alkoholbezogene Problematik deutlich,
- das Programm insgesamt erfährt eine hohe Akzeptanz,
- das Programm läßt einen weitgehenden Verzicht auf gruppenbezogene Interventionen und damit verbundene Gruppendynamiken zu,
- das Programm weist einen hohen Grad von Strukturierung und Übersichtlichkeit auf, was auf hohe Akzeptanz durch die Nutzer stößt,
- die didaktische Aufarbeitung der Programminhalte wird in hohem Maße durch die Nutzer positiv bewertet,
- die im Programm vorgesehenen Aufgabenstellungen („Hausaufgaben“) führen zur Aktivierung der Teilnehmer im Sinne der Selbstmanagement-Strategie,

- das Setting mit neun jeweils zweistündigen Gruppentreffen genügt den Anforderungen einer sekundärpräventiven Strategie, die als Kurzzeitintervention zu beschreiben ist,
- die Zielgruppenoffenheit von riskanten Alkoholnutzern bis hin zu schwerstabhängigen Abhängigkeitskranken konnte nachgewiesen werden.

Insgesamt lassen die Erkenntnisse der Pilot-Studie die Formulierung von weitergehenden Forschungshypothesen für ein randomisiertes, kontrolliertes Untersuchungsdesign zu, eine praxisfundierte Evidenz des Schulungsprogramms konnte nachgewiesen werden.

Nach der zusammenfassenden Darstellung und vorläufigen Bewertung von PEGPAK ist es erforderlich, auf bisher entwickelte Interventionsansätze zur Alkoholreduktion hinzuweisen und deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu PEGPAK einzugehen.

## **7.2. Interventionsansätze zur individuellen Alkoholkonsumreduktion**

In den letzten drei Jahrzehnten kam es zur Entwicklung von suchtherapeutischen Behandlungsansätzen, die das Ziel der individuellen Konsumkontrolle, bzw. Konsumreduktion verfolgten. Beim „kontrolliertem Trinken“ geht es um die Ausrichtung des Trinkverhaltens an einen zuvor festgelegten Trinkplan, bzw. an Trinkregeln. Reinert und Bowen (1968, S. 286) definierten dieses Vorhaben erstmals wie folgt: „The controlled drinker must choose carefully and even compulsively the time, the place, and the circumstances of drinking“. Beim „normalen“ oder „natürlichen“ Trinken kann jemand ohne vorherige Trinkplanung aus der Situation heraus entscheiden, ob er Alkohol (weiter) trinkt oder nicht.

„Reduziertes“ oder „moderates“ Trinken ist ein Alkoholkonsum, der weder auf körperlicher, psychischer, familiärer, sozialer, arbeitsbezogener, finanzieller und/oder juristischer Ebene Probleme, Beeinträchtigungen oder Schädigungen nach sich zieht. Die Konsummenge orientiert sich in der Regel an wissenschaftlich begründeten Obergrenzen, z.B. durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Programme zum „kontrollierten“ oder „moderaten“ Alkoholkonsum werden in der Indikationsstellung eher für die Gruppe der „Problemtrinker“ vorgesehen, in der Regel Betroffene mit riskantem Konsummuster und/oder schädlich-mißbräuchlichem Umgang mit der psychoaktiven Substanz Alkohol. Bei vorliegender Alkoholabhängigkeit nach den Kriterien des ICD-10, bzw. DSM IV wird von dieser Indikationsstellung in den meisten Fällen abgeraten.

Petry (2000) schlägt in diesem Zusammenhang vor, den Begriff „kontrolliertes Trinken“ durch „reduzierten Alkoholkonsum“ zu ersetzen, weil die natürliche Funktion des Alkohol-

trinkens eine Kontrolleinschränkung im Sinne eines Hemmungsabbaus darstellt und im Rahmen eines sich nach und nach vollziehenden Suchtprozesses die Rückkehr zur ursprünglichen Trinkregulation nicht mehr möglich ist, zumal sich neuroplastische Veränderungen in Form eines „Suchtgedächtnisses“ entwickeln können. So kann die Begrifflichkeit „kontrolliertes Trinken“ eine disfunktionale, individuell selbstschädigende Kognition darstellen, die hilft, sich gegen die Stigmatisierung als „Suchtkranker“ zu behaupten, die letztlich aber auf diesem Wege immer wieder scheiternde Selbstkontrollversuche mit einem hohen Schädigungs- und Chronifizierungsrisiko begründen kann.

### **Darstellung von Interventionsansätzen**

Es lassen sich vier Zugangswege zur Vermittlung von Kompetenzen zur Alkoholkonsumreduktion unterscheiden:

- Selbsthilfebroschüren und -bücher
- Therapeutische Einzel- und Gruppenprogramme
- Selbsthilfegruppen
- Kurzinterventionsansätze in nicht suchtspezifischen Settings.

Die ersten **Selbstkontrollbroschüren und -bücher** wurden bereits in den 70er Jahren veröffentlicht, in Deutschland z.B. Heil, Jaensch (1978): „Weniger Alkohol. Ein Programm zur Selbstkontrolle.“, in den USA z.B. Miller, Munoz (1976, 1990 revidierte Fassung): „How to control your drinking. A practical guide to responsible drinking.“, in Großbritannien Heather, Robertson (1996): „Let’s drink to your health. A self-help guide to sensible drinking.“, Health Education Board for Scotland (1994) „That’s the limit. A guide to sensible drinking.“ in Kanada Sanchez-Craig (1995): „Drink wise. How to quit drinking or cut down. A self-help book.“, in der Schweiz die Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme/SFA (1996): „Alkohol und Gesundheit“ und neulich in Deutschland mit der Webseite „www.kontrolliertes-trinken.de: 10-Schritte-Programm.“ von Körkel (2001). Diese Selbsthilfeprogramme richten sich direkt an den Alkoholkonsumenten und können ohne jede professionelle Hilfestellung bearbeitet werden. Sie sind nach dem Selbstkontrollmodell der Verhaltenstherapie aufgebaut und enthalten folgende zentralen Elemente:

- Grundinformationen über Alkohol,
- Trinktagebuch,
- kurz- und längerfristige Konsummengenfestlegungen,

- Strategien zur Konsumbegrenzung,
- Selbstbelohnungssysteme der Konsumreduktion,
- alkoholfreie Freizeitgestaltung,
- allgemeine, alkoholfreie Problembewältigungsstrategien.

Heather et al. (1987) zeigen, daß bedeutsame Trinkmengenreduktionen durch diese autodidaktisch zu bearbeitenden Selbsthilfemanuale möglich sind.

Ein weiterer Interventionsansatz zur Alkoholkonsumreduktion besteht in der Kompetenzvermittlung zum kontrollierten Trinken in **therapeutischen Einzel- und/oder Gruppengesprächen**. In den USA sind es Sobell, Sobell (1993), die schon Anfang der 70er Jahre ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm entwickelt haben und sich mit dem Programm „Problem drinkers. Guided self-change treatment“ an die Gruppe der „Problemtrinker“, also Menschen mit problematischem Alkoholkonsum, richten. Harris, Miller (1990) führten unter ähnlichem Paradigma das Programm „Behavioral self-control training for problem drinkers“ ein. In Australien entwickelten Sitharthan, Kavanagh (1990) das „Controlled Drinking Program.“ In der Schweiz führt Polli et al. (1989): das „Kursprogramm kontrolliertes Trinken“ und Allemann (1997) ein Therapiemanual „Strukturierte Kurzintervention bei Alkoholpatienten. Ein Handbuch mit praktischen Übungen.“ ein. Körkel (2000) entwickelt in Deutschland das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT).“ Im Verlauf von 10 Gruppentreffen mit wöchentlicher Frequenz und je 135 Minuten Dauer werden hier die zentralen Inhalte der Selbstkontrollstrategie (s.o.) vermittelt, individuelle Veränderungspläne mit den etwa 12 Teilnehmern erarbeitet, die dann sukzessive den erreichten Fortschritten im Zeitverlauf angepaßt werden. Harris, Miller (1990) und Alden (1988) weisen in Studien mit längeren Nachuntersuchungsperioden die Wirksamkeit von entsprechenden Einzel- und Gruppenprogrammen nach.

In unsystematischer Weise und zeitlich unbegrenzt erfolgt die Aneignung des kontrollierten, moderaten, bzw. reduzierten Alkoholkonsums in entsprechenden **Selbsthilfegruppen**, wie sie z.B. von Körkel (2000) im Zusammenhang mit dem „AkT-Programm“ entwickelt werden. In den USA hat Kishline (1994) mit der Veröffentlichung „Moderate Drinking (9-Schritte-Programm)“, der Web-Seite „www.moderation.org“ und der darauf aufbauenden Selbsthilfebewegung „Moderation Management (MM)“ eine weit verzweigte Netzwerk zur Selbsthilfe mit dieser Ausrichtung geschaffen

Ein vierter Zugang zur Hinführung zu einem reduzierten Alkoholkonsum besteht in Interventionsansätzen, die **settingspezifisch** strukturiert und auch als Kurz- oder Frühinterventionen bzw. „*brief interventions*“ bezeichnet werden. Weite Verbreitung finden diese Ansätze im primärmedizinischen Bereich:

- *Allgemeinkrankenhäuser*: z.B. Kremer et al. (1998), Schuhler, Baumeister (1999): „Früherkennung und -beratung bei Alkohol- und Medikamentenproblemen im Allgemeinkrankenhaus und in der Arztpraxis.“
- *Arztpraxen*: z.B. Lorenz (1999), Scottish Health Education Group mit dem Programm von Robertson, Heather, Murray (1994): „Drink reasonably and moderately with self-control (DRAMS).“, Kremer et al. (1998), Sullivan, Flemming (1997) und Flemming et al. (1997), Schuhler, Baumeister (1999).
- *Psychosomatische Behandlung*: z.B. Schuhler, Baumeister (1999): „Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmißbrauch.“
- *Betriebliche Suchtberatung*: z.B. Schuhler, Lessel (1999): „Frühintervention bei Alkohol- und Medikamentenproblemen im Betrieb.“
- *Straßenverkehr*: z.B. Schell (1995): „Alkohol zur Bewältigung von Belastung und Beanspruchung.“
- *Familienberatung*: z.B. Lothian Regional Council — Social Work (1996): „Family and Alcohol Project.“
- *Schulischer Bereich, junge Erwachsene*: z.B. Vollmer et al. (1982): „Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung junger Alkoholabhängiger.“, Dimeff et al. (1999): „Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS). A Harm Reduction Approach.“, Schuhler, Benschel (1999): „Alkohol und Medikamentenprobleme bei Jugendlichen.“

Die dargestellten Ansätze und Programme haben sekundärpräventiven Charakter, sind zielgruppenangepaßt und auf das jeweilige nicht-suchtbehandlungsspezifische Setting bezogen entwickelt worden. Evaluationen zeigen deutliche zielorientierte Wirkungsaspekte und erreichen die Zielgruppen im beabsichtigten Umfang. Insgesamt weisen die dargestellten Programmansätze in Inhalt, Struktur und Settingbezug ein heterogenes Bild auf.

Im tertiärpräventiven Suchtbehandlungsbereich liegen ebenso spezifische Programme zur Alkoholkonsumreduktion vor: in der Foreklinik in der Schweiz haben Sontheimer (1989,

2000) und Christoffel et al. (1999) entsprechende Programme entwickelt und deren Wirksamkeit überprüft. Isbaert (1999) stellt entsprechende Programme („Brügger Modell“) in Belgien dar, Lindenmeyer (1999) ein verhaltenstherapeutisches Programm in Deutschland.

In der Wirksamkeitsüberprüfung dieser Ansätze wird deutlich, daß nur ein relativ geringer Prozentsatz der Probanden stabile kontrollierte Trinkmuster über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten kann. So erreichten in der Studie von Christoffel et al. (1999) 15% derjenigen, die das Ziel „kontrolliertes Trinken“ verfolgten, dieses in einem Katamnesezeitraum von 2 Jahren.

Diejenigen, die „Abstinenz“ anstrebten, erreichten im gleichen Zeitraum mit einem Anteil von 76% dieses Ziel. Das Abstinenzziel ist offensichtlich mit höherer Sicherheit und Stabilität aufrechtzuerhalten. Schneider (2001) weist darauf hin, daß es keine ausreichenden differentialdiagnostischen Kenntnisse gibt, für welche Teilgruppen von Menschen mit problematischem Alkoholkonsum welche Therapiezielsetzung empfohlen werden kann. Die folgende Übersicht vermittelt die Vor- und Nachteile der programmatischen Zielsetzungen:

	<b>Reduzierter Konsum</b>	<b>Abstinenzorientierung</b>
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senkt Eingangsschwelle zum Behandlungseinstieg</li> <li>• Möglicherweise näher an den Vorstellungen der Betroffenen</li> <li>• Näher an den Vorstellungen der Gesellschaft (Entstigmatisierung)</li> <li>• „Höherwertiges Ziel“, weil die Fähigkeit zur Konsumkontrolle wiederhergestellt wird</li> <li>• Unter Umständen geringeres Verlangen nach Alkoholwirkung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klar definierte, eindeutige Verhaltensvorgabe, die von Betroffenen und Außenstehenden leicht überprüfbar ist</li> <li>• Wenn erreicht, geht Abstinenz mit positiver Gesamtentwicklung einher (Zufriedenheit, Gesundheit), Generalisierungseffekt</li> <li>• Auch bei Kontrollorientierung übt Abstinenz keinen Schaden aus</li> <li>• Freisetzung von Energie, die nicht für die Kontrolle des Suchtmittelkonsums benötigt wird</li> </ul>
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur für eine begrenzte Zahl von Menschen mit abhängigen Konsummustern umsetzbar</li> <li>• Bedarf teilweise komplizierter Regelungen, Aufbau von Trinksystemen und -regeln</li> <li>• Fixierung auf die psychoaktive Substanz bleibt erhalten</li> <li>• Verzicht auf intensives Rauscherleben</li> <li>• Gesellschaftliche Permissivität gegenüber Alkohol wird über die Gesundheitsvorbeugung des Einzelnen gesetzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schreckt vor dem Eintritt in Suchtbehandlung ab</li> <li>• Für viele nicht erreichbar, besonders unter langfristiger Betrachtung</li> <li>• Entspricht nicht den allgemeinen Vorstellungen der Gesellschaft</li> </ul>

Insgesamt ist die Dichotomisierung des Zielkontextes als Problem anzusehen. Zielsetzungsprozesse, die aus der „Zielehierarchie“ von Schwoon, Krausz (1990) ableitbar sind, bieten entsprechende Problemlösungsmöglichkeiten an. Bei Vorliegen von hochfrequenten und hochquantitativen Alkoholkonsummustern kann ein Wechsel zu gelegentlich exzessiven Mustern angestrebt werden. So kann es dann zur Orientierung an regulär moderaten Trinkmustern kommen, schließlich eröffnet sich die Perspektive der Punktabstinenz i. S. von abstinenten Phasen bis hin zur dauerhaften Totalabstinenz. In diesem Zusammenhang gewinnen Interventionsansätze zum reduzierten Konsum eine bedeutsame Rolle. Das „Stepped Care“-Prinzip von Sobell, Sobell (1999) bietet dazu eine gesundheitsversorgungsorientierte Perspektive. Gesundheitsfördernde Interventionen sollen so eingesetzt werden, daß sie

- least restrictive



- least intrusive in life
- least costly
- likely to have a good outcome
- to consumer's satisfaction

sind, das heißt, daß die Zufriedenheit und Souveränität der Nutzer von gesundheitsfördernden Interventionen eine zentrale Bedeutung haben. Hierbei leisten Angebote zur Entwicklung von individuellen gesundheitsverträglichen Alkoholkonsummustern einen wichtigen Beitrag.

### **Vergleich mit dem Schulungsprogramm PEGPAK**

Das Schulungsprogramm PEGPAK unterscheidet sich in einigen Aspekten von den dargestellten Interventionen zur Alkoholkonsumreduktion: in das Programm ist die optionale Zielfindung und -aktivierung einbezogen, Selbstmanagementstrategien zu beiden Zieloptionen, also Nullkonsum oder risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum, werden integriert vermittelt; eine eindeutige Orientierung an gesundheitsverträglichen Konsumobergrenzen und Konsummitteln, wie der Verzicht auf einen Spirituosenkonsum, ist dabei allerdings grundlegend; der Programmaufbau und die inhaltliche Struktur greift auf die Methoden der Psychoedukation und des Selbstmanagementansatzes zurück.

Gemeinsamkeiten mit den dargestellten Verfahren zur Konsumreduktion liegen in der Manualisierung eines Gruppenprogramms und der Konzeptualisierung als Kurzinterventionsstrategie.

Aus der Analyse der Interventionsansätze zur individuellen Alkoholkonsumreduktion ergeben sich eine Reihe von Impulsen zur weiteren Entwicklung des Schulungsprogramms PEGPAK: Erstellung eines entsprechenden Selbsthilfemanuals, Einsatz von PEGPAK auf einer Webseite settingorientierte Anpassungen der Programmstruktur, Aufbau eines Selbsthilfenetzes.

Besonders eigenständige Merkmale von PEGPAK sind die optionale Zielfindung und -aktivierung, die integrierte Vermittlung von zielbezogenen Selbstmanagementstrategien und die elaborierte psychoedukative Methodik.

### **7.3. Änderungsansätze zum Schulungsprogramm**

Das in der vorliegenden Arbeit vorgestellte Schulungsprogramm mit sekundärpräventiver Orientierung hat als Zielgruppe die Alkoholkonsumentengruppe ins Auge gefaßt, die riskant

und mißbräuchlich Alkohol konsumiert oder einen problematischen Alkoholkonsum entwickelt hat. Im angloamerikanischen Bereich wird diese Gruppe mit dem Begriff *problem drinker* adressiert. Eine erste Pilot-Studie lieferte Hinweise, daß auch Programmteilnehmer mit der Klassifikation (ICD-9) „Alkoholabhängigkeit“ im begrenzten Maße vom Programm profitieren können und über einen Zeitraum von einem Jahr ihren anfänglich hochriskanten Alkoholkonsum auf ein gesundheitsverträgliches Niveau reduzieren können oder ohne Alkoholkonsum risikofrei leben.

Diese Erkenntnis, die sich nach der ersten „Hybridfassung“ PEGPAK I (11.11.1996 – 20.12.1996) ergab, führte zur Überarbeitung dieser Fassung mit dem Ergebnis, eine zweite PEGPAK-Version zu entwickeln, die mit PEGPAK II (20.4.1997 – 28.5.1997) und PEGPAK III (18.11.1997 – 18.12.1997) in die Praxis eingeführt worden ist. Diese Fassung wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit als Manual dargestellt. Die zweite PEGPAK-Version sollte insbesondere riskante Alkoholkonsumenten ansprechen, die geringere alkoholbezogene Problembelastungen aufweisen und weniger suchtspezifische Behandlungsvorerfahrungen hatten. Die Ergebnisse der Pilot-Studie und die Rückmeldungen zu qualitativen Programmaspekten durch die Teilnehmer zeigen, daß diese Änderungen der „Hybridfassung“ erfolgreich durchgeführt werden konnten. Sehr positiv bewertet wurden der alkoholkonsumbezogene Wissenserwerb, die Möglichkeit, zielorientierte Bewältigungsstrategien zu erlernen und das Vorgehen der Programmoderatoren. Auch das „Waage“- und „Zug“-Modell in einer didaktisch geeigneten Form erhielten positive Bewertungen durch die Teilnehmer. Eher negativ bewertet wurde die Verwendung eines Kurzfilms zu Wirkung und Einsatz von Acomprasat, einem neuen Anticravingmedikament.

Es konnte so gezeigt werden, daß PEGPAK im ambulanten Setting in der entwickelten Form mit sieben thematischen Bausteinen verteilt auf neun zweistündige Gruppentreffen effektiv ist, zumindest unter Aspekten einer praxis-fundierten Evidenz. Die Manualisierung des Programms und die Möglichkeit der Schulung von Moderatoren, die zuvor keine profunde suchtpsychotherapeutische Qualifikation nachweisen müssen, erlauben, es in vielfältigen Feldern der allgemeinen Gesundheitsversorgung einzusetzen. Um eine flexible, settingangepaßte Anwendung in diesem Kontext zu leisten, ist es denkbar, folgende Änderungen (spätere Versionen) vorzunehmen:

- ausgewählte Präsentation einzelner Bausteine,
- Integration von Programmelementen in ein umfassendes ambulantes oder (teil-)stationäres suchtspezifisches Rehabilitationsprogramm,

- Integration von Programmelementen in komplementäre suchtspezifische Versorgungsprogramme, wie ambulant betreutes Wohnen, Heime usw.,
- Integration von Programmelementen in die qualifizierte Alkoholentzugsbehandlung in Akutbehandlungseinrichtungen als Bestandteil eines Stationsprogramms oder eines Tagesklinikprogramms
- Einbeziehung des Programms in die suchtbezogene Versorgungsforschung.

Seit 1997 liegen mit entsprechenden *Programmanpassungen* diverse Erfahrungen vor: (teil-)stationäre Akutbehandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus, ambulant betreutes Wohnen, Heime für chronisch mehrfachbeeinträchtigte alkoholabhängige Menschen.

In diesen Versorgungsbereichen stellen sich auch Fragen nach gezielten Ergänzungen des PEGPAK-Programms. Die Entwicklung von „Zusatz“-Bausteinen für Menschen mit psychiatrischer Komorbidität, z.B. „Problematischer Alkoholkonsum und Psychose“, oder für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, z.B. „Problematischer Alkoholkonsum und geistige Behinderung“, stoßen auf ein vermehrtes fachliches Interesse.

Das Erkennen, Ansprechen und Behandeln alkoholbezogener Risiken und Probleme im allgemeinmedizinischen Versorgungsbereich unter sekundärpräventiver Zielsetzung rückt in den letzten Jahren immer stärker in den Vordergrund. Entsprechende Modellversuche zu Screening, Diagnostik und Kurzintervention sind in Allgemeinkrankenhäusern und Arztpraxen durchgeführt worden (Arbter, Backhaus, Bercker et al. 1999; Arbter, Backhaus, Gartmann et al. 1999; Kremer, Dormann, Wienberg, Pörksen, Wessel, Rüter 1998; Sullivan, Flemming 1997, Zweben, Flemming 1999, Körkel 2000). Mit diesen modellhaft erprobten Vorgehensweisen lassen sich „Kurzinterventionen“, wie das PEGPAK-Programm in der vorliegenden Fassung oder geeignete Anpassungen an das jeweilige Setting (spätere Versionen), ideal verknüpfen.

Einen weiteren Einsatzbereich stellt die fachklinische Rehabilitation mit psychosomatischem Schwerpunkt dar, hier legten bereits Petra Schuhler und Horst Baumeister (1999) ein manualisiertes Programm zur kognitiven Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmißbrauch vor. Auch in anderen, nicht-suchtspezifischen Bereichen zur medizinischen Rehabilitation sind entsprechende psychoedukative Gruppenprogramme von praktischer Evidenz.

Das gesamte Feld der betrieblichen Suchtpräventionsarbeit bietet sich als Einsatzfeld von PEGPAK oder entsprechend angepaßter Varianten an (siehe auch: Fuchs et al. 1998). Auch in der schulischen Suchtpräventionsarbeit, bzw. in der Erwachsenenbildung (z.B. Volkshochschulen) oder im universitären Kontext (studentenbezogene Beratungsarbeit) können das

PEGPAK-Programm oder entsprechend abgewandelte Versionen angewendet werden (siehe auch: Dimeff, Baer, Kivlahan, Marlatt 1999). Weitere Einsatzmöglichkeiten deuten sich bei Polizei, Bundesgrenzschutz und Bundeswehr an. Im verkehrspsychologischen Bereich, insbesondere für die Schulung verkehrsauffälliger Kraftfahrzeugnutzer, eignet sich der PEGPAK-Ansatz (siehe auch: Schell 1995).

Eine weitere Änderungsidee besteht darin, das Programm so umzuarbeiten, daß es als Selbstlernprogramm — als ein Lesebuch in Eigenregie — oder als *download* auf einer Webseite zur allgemeinen Verfügung steht.

Es zeigt sich, daß das Schulungsprogramm PEGPAK universell einsetzbar ist, der zeitliche Aufwand für die Änderung, bzw. settingspezifische Anpassung relativ gering ist und für den Anwender keine profunde suchtpsychotherapeutische Qualifikation erforderlich ist. Dies läßt eine breite Verwendung zu, was dem sekundärpräventiven Ansatz sehr entgegenkommt.

Dennoch erscheint es notwendig, Moderatorenschulungen anzubieten, das zeigen erste Erfahrungen mit solchen Schulungen aus den Jahren 1999 und 2000. Neben einer inhaltlichen Einführung, dem konkreten Üben der Programmpräsentation, hat die Vermittlung einer geeigneten therapeutischen Grundhaltung zentrale Bedeutung. Direktive, klientenzentrierte Gesprächsführung, aktives Zuhören, angemessener Umgang mit Abwehr und Widerstand, die Einnahme einer neutralen Position zu ambivalenten Einstellungen und Gefühlen, der kreative Einsatz von didaktischen Materialien, das Herstellen einer hohen Verbindlichkeit und Verlässlichkeit, Respekt und Wertschätzung sind in diesem Zusammenhang besonders zu berücksichtigen. Hilfreich ist dabei die Vermittlung der Prinzipien der „Motivierenden Gesprächsführung“ von William Miller und Stephen Rollnick (1999). Im Rahmen dieser Moderatorenschulungen sind erste kreative Änderungen des PEGPAK-Programms erfolgt und ein Netzwerk von Kontakten zustandegekommen.

Das Schulungsprogramm PEGPAK bietet in der vorgelegten Form ausreichend Möglichkeiten für die erforderlichen Änderungen an, um eine breite Anwendung im sekundärpräventiven Sinn sicherzustellen.

#### **7.4. Perspektiven**

Das Schulungsprogramm PEGPAK kann einen sehr bedeutsamen Beitrag zur Enttabuisierung leisten und zur Versachlichung eines hochsensiblen Themas innerhalb einer Gesellschaft beitragen, die den Alkoholkonsum hochgradig toleriert und akzeptiert, aber die Abweichung von der Norm des unproblematischen Umgangs mit dieser psychoaktiven Substanz stigmatisiert. Dies trägt, wie gezeigt, maßgeblich dazu bei, daß Menschen mit problematischem Alkoholkonsum große Schwierigkeiten haben, professionelle Hilfestellungen aufzusuchen und zu nutzen. Jahrelang galt die „goldene Regel“, wer Probleme mit dem Alkohol hat, der hat lebenslang die Finger davon zu lassen und sich zuerst einer abstinenten Haltung hinzugeben. Durch eine Versachlichung der Thematik — dies ist ein zentrales Anliegen von PEGPAK — kann es möglicherweise gelingen, daß Menschen sich früher, häufiger und verbindlicher in Behandlungssysteme begeben, in denen sie vielleicht auch ohne persönliche und öffentliche Stellungnahme Informationen über problematische Alkoholkonsumgewohnheiten und deren Änderungsmöglichkeiten bekommen können. Das Programm macht den totalen Konsumverzicht zwar nicht zur Voraussetzung, gibt aber dennoch entscheidende Hinweise zu den Vorteilen der Zielsetzung von alkoholabstinenter Lebensführung. Es hält so die Zieloption offen, die als gesundheitsverträglicher, risikoarmer Konsum definiert wird, und sich am international akzeptierten Konsummengen-Risiko-Modell orientiert.

Diese letztgenannte Zielsetzung grenzt PEGPAK von den Programmen des kontrollierten Trinkens ab; es kennt keine festgelegten Trinkpläne oder Trinkregeln. PEGPAK macht in erster Linie Aussagen über Risiken von Konsummengen und empfiehlt, gesundheitsbezogene Risiken zu erkennen und zu deren Bewältigung Selbstmanagementstrategien einzusetzen. Risikofreiheit ist allein durch Nullkonsum zu erreichen. Auf diese Weise grenzt sich PEGPAK auch von den Programmen ab, die als abstinenzabhängige Programme gelten. Diese zeichnen sich dadurch aus, daß es keine Zieloptionen gibt und das Ziel der lebenslangen Abstinenz als „Königsweg“ der Behandlung gesehen wird. Diese Ausrichtung, die in Deutschland favorisiert wird, mag dazu beitragen, daß Menschen mit problematischem Alkoholkonsum nicht oder erst sehr spät spezifische Interventionen in Anspruch nehmen. PEGPAK ist jedoch nicht „zielbeliebig“ und formuliert eindeutige Grenzbereiche für die Veränderung problematischer Alkoholkonsummuster: der Verzicht auf hochprozentige Alkoholika und der mit der Trinkmengenreduktion einhergehende Verlust von intensivem Rauscherleben müssen prinzipiell akzeptiert werden.

Der Weg, der mit PEGPAK beschrritten wird, orientiert sich an sekundärpräventiven Zielsetzungen und rückt des individuelle Risikoverhalten in den Mittelpunkt. Griffith Edwards hat in

Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation WHO . (deutsch: 1997) in seiner richtungweisenden Publikation „Alkoholkonsum und Gemeinwohl“ Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung vorgestellt, und auf individuell ausgerichtete Interventionen als ein Beitrag des Gesundheitswesens hingewiesen. Leitbild dabei ist eine holistische Sichtweise, Prävention und Behandlung gelten als komplementäre Interventionsbereiche, weil Alkoholprobleme auf einem Kontinuum abgebildet werden können und die entsprechenden Interventionen der jeweiligen Ausprägung einer Alkoholproblematik angepaßt werden sollte. Die Wirksamkeit dieser globalen Strategie ist im internationalen Rahmen evident. Individuell ausgerichtete, gesundheitspräventive Interventionen, die am riskanten Alkoholkonsumverhalten ausgerichtet sind, sollten nach Edwards folgende Kriterien aufweisen:

- Für mögliche Nutzer der Intervention muß eine hohe Erreichbarkeit hergestellt werden.
- Die Kosten und die Komplexität dieser Intervention müssen im Vergleich zu spezialisierten Behandlungsformen niedriger liegen.
- Die Kapazitäten dieser Interventionen müssen Antworten für akute und langfristige Probleme bieten können.
- Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten sollte nachhaltig beeinflusst werden, frühe Problemerkennung und frühzeitiges Handeln sind dabei Leitlinien.

Diese Strategien zielen in erster Linie auf Empowerment ab, Nutzersouveränität und Selbstverantwortung sind zentrale Wertsetzungen. Das in der vorliegenden Arbeit vorgestellte Schulungsprogramm PEGPAK ist diesen Leitaussagen verpflichtet.

In einer demokratischen Gesellschaft kann es nicht oberstes gesundheitspolitisches Ziel sein, Alkoholgebrauch zu verhindern, sondern problematische Konsummuster sollten beeinflusst werden. Dazu reichen individuell-ausgerichtete sekundärpräventive Interventionen allein nicht aus, alkoholpolitische Maßnahmen sollten hinzutreten. In Anlehnung an Hurrelmann (2000) bedeutet dies:

- Der kulturell gestützte und sozial gepflegte Umgang mit der psychoaktiven Substanz Alkohol als Genußmittel sollte öffentlich propagiert werden, d.h. der verantwortungsvolle Alkoholkonsum ist zentral zu thematisieren.
- Besondere Formen der Verfügbarkeit, der Produktinformation, der Preisgestaltung und der Produktkontrolle sollte für Alkohol eingeführt werden, da es sich um ein Genußmittel handelt, das mit dem Risiko einer Mißbrauchs- und Abhängigkeitsentwicklung behaftet ist und

zu vielfältigen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen führen kann.

- Alkoholpolitik sollte integraler Bestandteil einer umfassenden Gesundheits-, Sozial- und Kulturpolitik werden, die es allen Gruppen der Bevölkerung erlaubt, ein verantwortungsvolles und gesundheitsbewußtes Leben zu führen.

Die „Europäische Charta Alkohol“ aus dem Jahr 1993 (WHO 1993) und der „Aktionsplan Alkohol“ der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) aus dem Jahre 1998 orientieren sich am Konsummengen-Risikomodell und fordern entsprechende Aufklärungsprogramme und entsprechende Schulungsmaßnahmen für Fachkräfte in verschiedenen Sektoren, um eine bessere Befähigung der Gesellschaft, mit Alkohol umzugehen, zu erreichen. Diese Maßnahmen achten die Autonomie und Souveränität von deren Nutzern, sind einfach zu erreichen und verzichten weitgehend auf Stigmatisierungen. Es bleibt zu hoffen, daß das Schulungsprogramm PEGPAK dazu einen Beitrag leistet.

## Literatur

- Agarwal, D.P. Goedde, H.W. (1987): Genetik des Alkoholismus. In: Kisker, K.P. et al (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart. Bw: Abhängigkeit und Sucht*. Berlin, S. 129–142.
- Alden, L.E. (1988). Behavioral self-management controlled-drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, S. 280–286.
- Allemann, P.I. (1997). *Strukturierte Kurzintervention bei Alkoholpatienten. Ein Handbuch mit praktischen Übungen*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- American Psychiatric Association. (1992). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Antons, K., Schulz, W. (1981). *Normales Trinken und Suchtentwicklung*. Bd. 1 (2.Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Antons, K., Schulz, W. (1987). *Normales Trinken und Suchtentwicklung*. Bd. 2 (2.Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Arbter, P.A., Backhaus, T., Bercker, D., Cimander, K.F., Gartmann, H., Götz, H., Granseyer, R., Hesse, E., Hutschenreuter, U., Kunze, H., Märtens, M., Mugele, B., Poehlke, T., Richter, G., Veltrup, C. (1999). Handlungsleitlinie zur Diagnose und Therapie von schädlichem Alkoholgebrauch und Alkoholabhängigkeit im niedergelassenen Bereich. *Der Kassenarzt*, 49/50, S. 36–45.
- Arbter, P.A., Backhaus, T., Gartmann, H., Granseyer, R., Hesse, E., Hutschenreuter, U., Kempf, H., Mann, K., Märtens, M., Poehlke, T., Veltrup, C. (1999). Kurzinterventionen bei Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 74 (3), S. 85–91.
- Arend, Horst (1994). *Alkoholismus — ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*. Weinheim: PVU.
- Arend, Horst; Antons, K. (1980). Situation und Motivation des Trinkens. In: Berger, H.; Legnaro, H.; Reuband, K. H. (Hrsg.), *Alkoholismus — Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*, Weinheim: Psychiatrie-Verlag.
- Armor, David J.; Polich, J. Michael; Stanbul, Harriet B. (1978). *Alcoholism and Treatment*, N. Y.: Wiley.
- Austin, Gregory (1982). Die europäische Drogenkrise des 16. und 17. Jahrhunderts, in Völger, G.; von Welck, K. (Hrsg.), *Rausch und Realität*, S. 115–133, Reinbeck: Rowohlt.
- Babor, T. F. (1986). Comments on Griffith Edwards' 'The Alcohol Dependence Syndrome: Concept as a stimulus to enquiry'. *British Journal of Addiction*, 81, S. 185–187.
- Bandura, A. (1977) Self-Efficacy: Toward an Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, S. 191–215.
- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, S. 122–147.
- Barbor, T.F. (1992). Nosological considerations in the diagnosis of substance use disorders. In: Glantz, M., Pikkens, R. (Eds.). *Vulnerability to drug abuse*. S. 412–421. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J. (2000). Rigour and relevance: practice-based evidence in psychological therapies. In: Barkham, M., Mellor-Clark, J. *Evidence-based Health Care in Psychological Therapies*. S. 35–47. London: Routledge.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Liese, B.S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press.
- Benedetti, C. (1952). *Die Alkoholhalluzinose*. Berlin: Springer.
- Berg, I.K., Miller, S. D. (1993). *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.



- Berger, H.; Legnaro, A.; Reuband, K.-H. (Hrsg.) (1980). *Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Bergmann, E., Horch, K. (2000). Ökonomische Bewertung von gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums. *Sucht aktuell*, 7, Nr. 2, 9/2000, S. 14–18.
- Bibb, J.L., Chambless, D.L. (1986). Alcohol use and abuse among diagnosed agoraphobics. *Behavior Research and Therapy*, 24, S. 49–58,
- Bien, T.H., Miller, W.R., Tonigan, J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, S. 315–336.
- Bohmann, M.; Sigvardsson, S.; Cloninger, C.R. (1981). Material interistance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted women. In: *Archives of General Psychiatry*, 38., S. 965–969.
- Bohmann, M.; Cloninger, C.R./v. Knorrning, A.L./Sigvardsson, S. (1984): An adoption study of somatoform disorders. III. Cross-fostering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality. *Archives of General Psychiatry*, 41., S. 872–878.
- Böning, Jobst (1994). Warum muß es ein „Suchtgedächtnis“ geben? Klinische Empirie und neurobiologische Argumente. In: *Sucht* 4/1994, S. 244–252.
- Bortz, J., Lienert, G.A. (1998). *Kurzgefaßte Statistik für die klinische Forschung*. Berlin: Springer.
- Bowker, A.H. (1948). A test for symmetry in contingency tables. *Journal of the American Statistical association*, 43, S. 572–574.
- Brady, K.T., Lydiard, R.B. (1993). The Association of Alcoholism and Anxiety. *Psychiatric Quarterly*, 64, S. 135–149.
- Brink, van den, W., (1995). Personality and Addiction. *European Addiction Research*, 1, S. 172–176.
- Brocca, P. (1866). *Traité des Tumeurs*. Paris: Asselin.
- Bronisch, T. (1985). Zur Beziehung zwischen Alkoholismus und Depression anhand eines Überblicks über empirische Studien. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 53, S. 454–468.
- Bronisch, T., (1992), Suchtkranke. In: Wedeler, M., Wolfersdorf, M., Welz, R. (Hrsg.). *Therapie bei Suizidgefährdung*. S. 199–206. Regensburg: Roderer.
- Bronisch, T., Wittchen, H.-U. (1992). Lifetime and 6-Month Prevalence of Abuse and Dependence of Alcohol in the Munich Follow-Up-Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, S. 272–282.
- Brown, S. A., Inaba, R.K., Gilin, J., Schuckit, M.A., Stewart, M.A., Irwin, M.R. (1995). Alcoholism and Affective Disorders: Clinical Course of Depressive Symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 152, S. 45–52.
- Brown, S. A., Irwin, M.R., Schuckit, M.A. (1991). Changes in anxiety among abstinent male alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, S. 55–61.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Mefert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R., Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 128, Baden-Baden: Nomos.
- BMJFFG — Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen / psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms der Bundesregierung*. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.
- Calahan, D. (1970). *Problem Drinkers: a national survey*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cadore, R.J.; Wesner, R.B. (1990). Use of adoption paradigm to elucidate the role of genes and environment and their interaction in the genesis of alcoholism. *Banbury Report* 33, S. 31–42, New York.
- Cermack, T. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence*. Minneapolis, MN: Johnson Institute.
- Christoffel, U., Sieber, M., Sontheimer, G., Meyer, T. (1999). Kontrolliertes Trinken nach stationärer Behandlung. *Bulletin der Forel-Klinik*, 2/99, S. 5–31.
- Clifford, C.A. et al. (1981). Preliminary findings from a twin study of alcohol use. Eds. Gedda, L. et al.: *Twin Research*, Vol 3, S. 47–52, New York.
- Cloninger, C.R., (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, S. 410–416.

- Clouston, T.S. (1904). *Clinical lectures on mental diseases*. London: Churchill.
- Coffey, Timothy G. (1982). "Beer Street — Gin Lane" — Aspekte des Trinkens im 18. Jahrhundert, in Völger, G.; von Welck, K. (Hrsg.), *Rausch und Realität*, S. 192–201, Reinbeck: Rowohlt.
- Cottler, L. B.; Robins, L. N.; Grant, B. F.; Blaine, J.; Towle, L. H.; Wittchen, H.-U.; Sartorius, N. (1991). The CIDI-Core Substance Abuse and Dependence Questions: Cross-Cultural and Nosological Issues. *British Journal of Psychiatry*, 159, S. 653–658.
- Cottler, L.B., Robins, L.N., Helzer, J.E. (1989). The reliability of the CICI-SAM: A comprehensive substance abuse interview. *British Journal of Addiction*, 84, S. 801–810.
- Cotton, N.S. (1979). The familial incidence of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, S. 89–116.
- Cox, W., Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, S. 168–180.
- Cranach, von, D. (1982): Drogen im alten Ägypten. In: Vögler, G., Welck, von, K. (Hrsg.). *Rausch und Realität*. S. 480–487. Reinbeck: Rowohlt.
- Czisch, P., Böser, H., Mundle, G., Plauth, I., Mann, K. (1995). Depressive Symptome im Verlauf stationärer Therapie von Alkoholkranken. *Sucht, Sonderband*, S. 80–82.
- Davies, D.L. (1962). Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 23, S. 98–104.
- DHS (1998) „Aktionsplan Alkohol“, Web-Seite: [www.dhs.de](http://www.dhs.de)
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. (1985). Processes and stages of self-change: Coping and competence in smoking behavior change. In: Shiffman, S., Wills, T.A. (Eds.). *Coping behavior and drug use*. San Diego, CA: Academic.
- DiClemente, C.C., Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, S. 217–235.
- Dimeff, L.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R., Marlatt, G.A. (1999). *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach*. New York: Guilford Press.
- Dilling, H.; Weyerer, S. (1984). Psychische Erkrankungen der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen. In: Dilling, H.; Weyerer, S.; Castell, R. (Hrsg.). *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. S. 1–121. Stuttgart: Enke.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V: Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Drake, R.E., Osher, F.C., Wallach, M.A. (1989). Alcohol use and abuse in schizophrenia: A prospective community study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, S. 408–414.
- Driessen, M., Hill, A. (1998). Persönlichkeitsstörungen und Alkoholismus. *Persönlichkeitsstörungen*, 3, S. 112–118.
- Drummond, D.C. (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *British Journal of Addiction*, 85, S. 357–366.
- Edwards, G. (1977). The alcohol dependence syndrome: Usefulness of an idea. In G. Edwards & M. Gran (Eds.), *Alcoholism. New knowledge and new responses*. London: Croom Helm. S. 136–156.
- Edwards, G.; Grant, M. (Eds.) (1977). *Alcoholism. New Knowledge and New Responses*. Baltimore: University Press.
- Edwards, G. (1986). The Alcohol Dependence Syndrome: A concept as stimulus to enquiry. *British Journal of Addiction*, 81, S. 171–183.
- Edwards G. (Ed.) (1994). *Alcohol policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.
- Edwards, G.; Gross, M.M. (1976). Alcohol dependence: Provisorial description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, S. 1058–1061.
- Edwards, G. (Hrsg.) (1997). *Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke.
- Elias, Norbert (1978). *Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und phylogenetische Untersuchungen*, 2 Bde., F. a. M.: Suhrkamp.
- Ellis, A. (1982). *Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy*. New York: Springer.

- Emrick, C.D. (1974). A Review of Psychologically Oriented Treatment of Alcoholism: I. The Use and Interrelationship of Outcome Criteria and Drinking Behavior Following Treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35 S. 523–549.
- Estrada, M. (1995). Sucht als Aspekt menschlichen Daseins. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 1/1995, S. 413–415
- Fahrenkrug, W. Hermann (1984). *Alkohol, Individuum und Gesellschaft. Zur Sozialgeschichte des Alkoholproblems in den USA*, Frankfurt a. M.: Campus-Verlag.
- Feuerlein, W. (1989). *Alkoholismus — Mißbrauch und Abhängigkeit*. Stuttgart: Thieme.
- Feuerlein, W.; Küfner, H. (1977). Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden: Eine Repräsentativerhebung in der BRD. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 224, S. 89–106.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C., Antons, K. (1979). *Münchener Alkoholisimus-Test MALT*. Weinheim: Beltz-Test.
- Feuerlein, W. (1984). *Alkoholismus — Mißbrauch und Abhängigkeit* (3. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Soyka, M. (1998). *Alkoholismus — Mißbrauch und Abhängigkeit* (5. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Fichter, M. M., (1990). *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin: Springer.
- Fiedler, P. (1995). Psychoedukative Verhaltenstherapiegruppen. Eine systematisierte Übersicht über Gruppenkonzepte und Therapiemanuale. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 15, S. 35–53.
- Finagrette, H. (1988). *Heavy Drinking. The myth of alcoholism as a disease*. Berkeley: University Press.
- Flemming, M.F., Barry, K.L., Manwell, L.B., Johnson, K., London, R. (1997). Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomised controlled trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association*, 277, S. 1039–1045.
- Fuchs, R., Reiner, L., Rummel, M. (Hrsg.) (1998). *Betriebliche Suchtprävention*. Göttingen: Hogrefe.
- Funke, W., Funke, J., Klein, M., Scheller, R. (1987). *Trierer Alkoholismusinventar (TAI)*. Göttingen: Hogrefe.
- George, D.T., Nutt, D.J., Dwyer, B.A., et al. (1990). Alcoholism and panic disorder: Is the comorbidity more than coincidence? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, S. 97–107.
- Goddwin, D.W.; Schulsinger, F./Hermansen, L./Guse, S. B./Winokar, G. (1973): Alcohol problems in adoptees raised apart from biological parents. In: *Archives of General Psychiatry*, 28, S. 238–243
- Goffmann, E. (1974). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Goldman, M. S.; Brown, S. A.; Christiansen, B. A. (1987). Expectancy theory: Thinking about drinking. In H. T. Blane; K. E. Leonard (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford Press. S. 181–226.
- Goodwin, D.W. (1976). *Is alcoholism hereditary?* New York: Guilford Press.
- Grant, B. F. (1989). DSM-III-R and ICD-10 classifications of alcohol use disorders and associated disabilities: A structural analysis. *International Review of Psychiatry*, 1, S. 21–39.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grünberger, J. (1989). Neuropsychologische Defizite bei und nach chronischem Alkoholmißbrauch. In: Schied, H.W., Heimann, H., Mayer, K. (Hrsg.). *Der chronische Alkoholismus — Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. S. 31–58. Stuttgart: Fischer.
- Gurling, H.M.; Clifftorf, C.A./Murray, R.M. (1981): Genetic contributions of alcohol dependence and its effect on brain function. In: Gedda, L./Parisi, P. et al., *Twin research*, Vol. 3: Epidemiological and clinical studies. New York: Riss, A.R., S. 77–87
- Hallmeier, R. (1986). *Weggefährte*. 1–2.
- Handmaker, N., Hester, R.K., DeLaney, H.D. (1999). Videotaped training in alcohol counseling for obstetric care practitioners: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 93, S. 213–217.

- Hapke, U., Rumpf, H.-J., John, John, U. (1996). Beratung von alkoholabhängigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus. In: DHS (Hrsg.). Alkohol, Konsum und Mißbrauch. Alkoholismus, Therapie und Hilfe. S. 345 – 354. Freiburg: Lambertus.
- Harris, K.B., Miller, W.R. (1990). Behavioral self-control training for problem drinkers: Components of efficacy. *Psychology of the Addictions*, 4, S. 82–90.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1995). Das Beck-Depressionsinventar BDI. (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Health Education Board for Scotland (1994). *That's the Limit*. Edinburgh: Woodburn House.
- Heather, Nick; Robertson, Ian (1981). *Controlled Drinking*, London: Methuen.
- Heather, N., Campion, P.D., Neville, R.G., MacCabe, D. (1987). Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice ( the DRAMS scheme). *Journal of Royal College of General Practitioners*, 37, S. 358–363.
- Heather, N., Miller, W.R, Greely, J. (1991). *Self-Control and the Addictive Behaviours*. Botany: Maxwell Macmillan Publishing.
- Heather, N., Robertson, I. (1996). *Let's drink to your health. A self-help guide to sensible drinking*. Leicester: The Psychological Society.
- Heil, K.D., Jaensch, H.U. (1978). *Weniger Alkohol. Ein Programm zur Selbstkontrolle*. Frankfurt: Fischer.
- Hell, D. (1985). Psychoorganische Syndrome bei Toxikomanen und Alkoholikern. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 136, S. 25–35.
- Helzer, J.E.; Burnam, A.; McEvoy, L. T. (1991). Alcohol abuse and dependence. In: Regier, D.A., Robins, L.N. (Eds.). *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. S. 81–115. New York: Free Press.
- Helzer, J.E., Pryzbeck, T.R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in general Population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, S. 219–224.
- Henkel, D. (1996). Alkoholismus, Arbeitslosigkeit und Armut unter Berücksichtigung der Lage in den neuen Bundesländern. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Alkohol: Konsum und Mißbrauch. Alkoholismus: Therapie und Hilfe*. S. 123–138. Freiburg: Lambertus.
- Henkel, P., Vogt, I. (Hrsg.). (1998). *Sucht und Armut*. Opladen: Leske und Budrich.
- Herbig, R. (1990). Depression und Alkoholismus. In: Schwoon, D.R., Krausz, M. (Hrsg.). *Psychiatrie und Suchtkranke — Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie*. (S. 106–116). Stuttgart: Enke.
- Herbst, K.; Kraus, L.; Scherer, K.; Schumann, J. (1995). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland — Telefonische Erhebung 1994*. München: Institut für Therapieforchung.
- Hesselbrock, M.N., Meyer, R.E., Keener, J.J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, S. 1050–1055.
- Hester, R. K. Miller, W. R. (1989). Self-control training. In: Hester, R. K., Miller, W. R. (Hrsg.). *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. S. 141–179. Elmsford, New York: Pergamon Press.
- Heyden, T.; Reinecker, H.; Schulte, D.; Sorjatz, H. (1986). *Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.), Tübingen: Steinbauer u. Ran.
- Hilge, T., Schwoon, D. (1990). Trinkmotive und Trinkmotivation. *Suchtgefahren*, 36, S. 151 –165.
- Holz, A.,Leune, J. (1998). Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: DHS (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht '99*. S. 154–174. Geesthacht: Neuland.
- Hodgins,D.C., Leigh,G., Milne, R., Gerrish; R.(1997). Drinking goal selection in behavioral self management treatment of chronic alcoholics. *Addictive Behaviors*, 22, S. 247–255.
- Hornung, W.P. (1998). *Psychoedukation und Psychopharmakotherapie. Zur Kooperation schizophrener Patienten*. Stuttgart: Schattauer.
- Horvath, T.B., Siever, L.J., Mohs, R.C., Davis, K. (1989). Organic Mental Syndromes And Disorders. In: Kaplan, H.J., Sadock, B.J. (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry/V*. S. 599–641. Vol. I. Baltimore: Williams & Wilkins.

- Hrubec, Z., Omenn, G.S. (1981): Evidence of genetic predispositions of alcoholic and psychosis: Twin concordance for alcoholism and its biological endpoints by zygosity among male veterans. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 5, S. 207–215
- Hunt, G. L., Azrin, R. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior research and Therapy*, 11, S. 91–104.
- Hunt, W. A.; Barnett, L. W.; Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs, *Journal of Studies on Alcohol*, 52, S. 253–268.
- Hurrelmann, K., Bründel, H. (1997). *Drogengebrauch — Drogenmißbrauch*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Hurrelmann, K. (2000). Legale und illegale Drogen — wie kann ihr Mißbrauch verhindert werden? *Sucht*, 46, S. 452–456.
- Huss, M. (1852). *Chronische Alkoholkrankheit oder Alkoholismus chronicus*. Leipzig: C.E.Fritze.
- Isebaert, L. (1999). Suchttherapie nach dem Brügger Modell. In: Döring-Meijer (Hrsg.) *Ressourcenorientierung — Lösungsorientierung*. S. 140–150. Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht.
- Jacobi, C.; Brand-Jacobi, J.; Marquardt, F. (1987). Die „Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS)“: Ein Verfahren zur differentiellen Erfassung der Schwere der Abhängigkeit. *Suchtgefahren*, 33, S. 23–36.
- Janis, I., Mann, L. (1997). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: Collier Macmillan.
- Jellinek, E. M. (1946). Phases in the Drinking History of Alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 7, S. 1–88.
- Jellinek, E. M. (1952). Phases of Alcohol Addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, S. 673–684.
- Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Brunswick, N. J.: Hillhouse Press.
- Jellinek, E.M. (1959). Estimating the prevalence of alcoholism: Modified values in the Jellinek formula and alternative approach. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 20, S. 261.
- John, U. (1989). Diagnostik der Alkoholabhängigkeit und psychische Abwehr. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 12 (3/4), S. 3–9.
- John, U. (1991). Psychische Abwehr als Grundmerkmal der Abhängigkeit. In: Wanke, K.; Bühringen, G. (Hrsg.): *Grundstörungen der Sucht*, S. 142–155, Berlin: Springer.
- John, U.; Veltrup, C.; Schnopfl, A.; Bunge, S.; Wetterling, T.; Dilling, H. (1992a). Entwicklung eines Verfahrens zur Erfassung von Ausprägungen der Alkoholabhängigkeit aufgrund von Selbstaussagen: Die Lübecker Alkoholabhängigkeitsskala (LAS). *Sucht*, 38, S. 291–303.
- John, U.; Schnopfl, A.; Veltrup, C.; Bunge, S.; Wetterling, T.; Dilling, H. (1992b). Sekundärmerkmale des Alkoholabhängigkeitssyndroms: Entwicklung eines diagnostischen Fragebogens. *Sucht*, 38, S. 362–370.
- Junge, B. (1993). Alkohol. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht '94*. S. 81–99. Hamburg: Neuland.
- Junge, B. (1999). Alkoholkonsum und die Folgen. In: Soyka, M. (Hrsg.). *Klinische Alkoholismusdiagnostik*. S. 15–29. Darmstadt: Steinkopff.
- Kaij, L. (1960). *Alcoholism in twins Studies on etiology and sequels of abuse of alcohol*. Stockholm: Books.
- Kanfer, F., Hagerman, S. (1981). The role of self-regulation. In: Rehm, L.P. (Ed.) *Behavior Therapy for Depression: Present status and future directions*. S. 659–686. New York: Academic Press.
- Kanfer, F. H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Kaplan, H.J., Sadock, B.J. (1989). *Comprehensive textbook of psychiatry/V. Vol Iu.II*. Baltimore: Williams & Wilkins
- Keller, D.S. (1996). Exploration in the Service of Relapse Prevention: A Psychoanalytical Contribution to Substance Abuse Treatment. In: Rotgers, F., Keller, D.S., Morgenstern, J. (Hrsg.). *Treating Substance Abuse — Theory and Technique*. S. 84–116. New York: Guilford Press.
- Khantzian, E.J., Halliday, K.S., McAuliffe, W.E. (1990). *Addiction and the vulnerable self: Modified dynamic group therapy for substance abusers*. New York: Guilford Press.
- Kielstein, Volker (1990). *Alkoholismus: Folgen, Schäden, Lösungswege*. Berlin: Verl. Tribüne.

- Kishline, A. (1994). *Moderate Drinking*. New York: Three Rivers Press.
- Klein, M. (1995). Gewalttaten unter Alkoholeinfluß: Bestandsaufnahme, Zusammenhänge, Perspektiven. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht '96*. S. 53–68. Geesthacht: Neuland.
- Klein, M., Missel, P., Brauckmann, W. (1998). Ergebnisse zum langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolg nach stationärer Abhängigkeitsrehabilitation. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 42, S. 44–50.
- Knight, R.P., (1937). The dynamics and treatment of chronic addiction. *Bulletin Menninger Clinic*, 1, S. 237–250.
- Koelsch, K. A. (1977). Die Alkoholkrankheit vom Standpunkt des Internisten. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 71, 484–487.
- Körkel, J. (1991). Der Rückfall von Alkoholabhängigen. Auf dem Wege zu einem neuen Verständnis des Rückfalls. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 23, S. 321–337.
- Körkel, J. (Hrsg.). (1996a). *Der Rückfall des Suchtkranken — Flucht in die Sucht?* Berlin: Springer.
- Körkel, J. (1996b). Rückfall muß keine Katastrophe sein. Ein Leitfaden für Abhängige und Angehörige. Wuppertal: Blaukreuz Verlag.
- Körkel, J. (2000) AkT: Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken. Grundlagen, Programmmerkmale und erste Befunde. In: Fachverband Sucht (Hrsg.). *Rehabilitation Suchtkranker — mehr als Psychotherapie*. Geesthacht: Neuland.
- Körkel, J. (2001). [www.kontrolliertes-trinken.de](http://www.kontrolliertes-trinken.de)
- Körkel, J., Kruse, G. (1997). *Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel?* Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Körkel, J., Lauer, G., Scheller, R. (Hrsg.). (1995). *Sucht und Rückfall — Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*. Stuttgart: Enke.
- Körkel, J., Schindler, C. (1999). Ziele und Zielvereinbarungen in der Suchtarbeit. In: Fachverband Sucht (Hrsg.). *Suchtbehandlung — Entscheidungen und Notwendigkeiten*. Geesthacht: Neuland.
- Korsakow, S. S. (1890). Ueber eine besondere Form psychischer Störung, combinirt mit multipler Neuritis. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 21, 669–704.
- Krampen, G. (1991) Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Göttingen: Hogrefe.
- Kraus, L.; Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht, Sonderheft 1, September 1998*. 39–48 und 65–72.
- Kraus, L., Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht, 47, Sonderheft I, September 2001*.
- Krausz, M., Müller-Thomsen (Hrsg.) (1994). *Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht*. Freiburg: Lambertus.
- Krausz, M., Farnbacher, G. (2000). Psychoedukation als psychosoziale Intervention in der Drogentherapie. *Suchttherapie*, 1, S. 83–88.
- Kremer, G., Dormann, S., Wienberg, G., Pörksen, N., Wessel, T., Rüter, E. (1998). Modellprojekt Bielefeld „Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke“. In: Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.). *Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen*. S. 8–52. Baden-Baden: Nomos.
- Kremer, G., Wienberg, G., Dormann, S., Wessel, T., Pörksen, N. (1999). Evaluation von Kurzinterventionen bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. *Sucht*, 45, S. 80–88.
- Kremer, G. (2000). Grundlagen motivierender Gesprächsführung. In: Poehlke, T., Flenker, I., Follmann, A., Rist, F., Kremer, G. (Hrsg.). *Suchtmedizinische Versorgung — Grundlagen der Behandlung*. Band 1. S. 179–209. Berlin: Springer.
- Kruse, G., Körkel, J., Schmalz, U. (2000). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Krystal, H. (1977). Aspects of affect theory. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 41, S. 1–26.

- Krystal, H. (1978). Self-representation and the capacity of self-care. *Annual of Psychoanalysis*, 6, S. 209–246.
- Küfner, H., Feuerlein, W., Huber, M., Antons, K., Flohrschütz, T. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, S. 157–272.
- Küfner, H., Feuerlein, W. (1989). In-patient treatment for alcoholism. A multi-centre evaluation study. Berlin: Springer.
- Kuhn, T.S. (1970). *The structure of scientific revolutions (revised edition)*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kunkel, Eberhard (1987). Kontrolliertes Trinken und Abstinenz — Therapieziele bei Alkoholikern. Neue Veröffentlichungen aus den USA und Großbritannien, in: *Suchtgefahren*, 33.Jg, Heft 6, S. 389–404.
- La Salvia, T.A. (1993). Enhancing Addiction Treatment Through Psychoeducational Groups. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, S. 439–444.
- Ladewig, D. (1996). *Sucht und Suchtkrankheiten*. München: Beck.
- Lambrou, U. (1990). *Familienkrankheit Alkoholismus*. Im Sog der Abhängigkeit. Reinbeck: Rowohlt.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C.D. (1981) *Das State-Trait-Angstinventar (STAI)*. Weinheim: Beltz.
- Leeds, J., Morgenstern, J. (1996). Psychoanalytic Theories of Substance Abuse. In: Rotgers, F., Keller, D.S., Morgenstern, J.(Eds.). *Treating Substance Abuse — Theory and Technique*. S. 68–83. New York: Guilford Press.
- Legnaro, A. (1982) Ansätze zu einer Soziologie des Rausches — zur Sozialgeschichte von Rausch und Ekstase in Europa. In: Vögler, K.; von Welck (Herausgeber). *Rausch und Realität*. S. 93–114. Reinbeck: Rowohlt.
- Lehmacher, W. (1980). Simultaneous sign test for marginal homogeneity of square contingency tables. *Biometrical Journal*, 22, S. 785–798.
- Lehrl, S. (1999) *Mehrfach-Wortwahl-Intelligenztest B (MTW-B)*. Weinheim: Beltz.
- Levine, H.G. (1978). The discovery of addiction: Changing conceptions of habitual drunkenness in Amerika. In: *Journal of Studies on Alcohol*, 39, S. 143–174.
- Levine, Harry G. (1982). Die Entdeckung der Sucht — Wandel der Vorstellung über Trunkenheit in Nordamerika. In: Vögler, G.; von Welck, K. (Hrsg.), *Rausch und Realität*, S. 212–240, Reinbeck: Rowohlt.
- Lindenmeyer, J. (1996). *Lieber schlau als blau*. Informationen zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. 4., überarbeitete Auflage, München: Psychologie Verlags Union.
- Lindenmeyer, J., Florin, I. (1998). Testgütekriterien einer deutschen Version des Inventory of Drug Taking Situations (IDTSA). *Verhaltenstherapie*, 8, S. 26–37.
- Lindenmeyer, J. (1999). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Lindström, L., (1992). *Managing alcoholism: matching clients to treatments*. Oxford: University Press.
- Lisken, S. (2001). *Riskanter Konsum und Klassifikation alkoholbezogener Störungen*. Persönliche Kommunikation mit dem Autor (Universität Bielefeld, Forschungsschwerpunkt Mathematisierung).
- Lohaus, A., Schmitt, G.M. (1989) *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)*. Göttingen: Hogrefe.
- Loque, A. W. (1996). *Der Lohn des Wartens — Über die Psychologie der Geduld*, Heidelberg, Berlin, Oxford: Spektrum Akademischer Verlag
- Lorenz, G. (1999). Alkoholkrankheit: Frühintervention beim Hausarzt — realistische Erwartungen. *Sucht aktuell*, 6/2, S. 45–46.
- Lothian Regional Council — Social Work (1996). *Family and Alcohol Project*. Edinburgh.
- Ludwig, A.M., Wikler, A., Stark, L.H. (1974). The first drink: Psychobiological aspects of craving. *Archives of General Psychiatry*, 30, S. 539–547.
- Maffli, E., Wacker, H.R., Mathey, M.C. (1995). 7-Jahreskatamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der deutschen Schweiz. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Forschungsbericht Nr. 26.

- Mann, K., Buchkremer, G. (Hrsg.).(1998). Sucht — Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Ulm: G.Fischer.
- Mann, K., Petersen, D., Schied, H.W., Schroth, L.G., Heimann, H. (1990). Veränderungsmessungen bei Alkoholabhängigen. 1. Teil: Neurobiologische Befunde. In: Baumann, U., Fähndrich, E., Sieglitz, R.K., Woggon, B. (1995). Veränderungsmessungen in Psychiatrie und klinischer Psychologie. S. 99–115. München: Profil.
- Margison, F.R., Barham, M., Evans, C., Mc Garth, G., Mellor-Clark, J., Audin, K., Connel, J. (2000). Measurement and psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 177, S. 123–130.
- Marlatt, G. A.; Demming, Reid, J. B. (1973). Loss of Control Drinking in Alcoholics: An Experimental analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, S. 233–241.
- Marlatt, G.A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model of relapse. *Addiction*, 91(Suppl.), S. 37–50.
- Marlatt, G.A., George, W.H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79, S. 261–273.
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985) (Hrsg.). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral immunogenes and pathogens in health and illness. In: Hammonds, B.L., Schreirer, C.J. (Eds.). *Psychology and health*. S. 5–44. Washington D.C.: American Psychological Association.
- McCrary, B.S. , Epstein, E.E. (1996). Theoretical Bases of Family Approaches to Substance Abuse Treatment. In: Rotgers, F., Keller, D.S. , Morgenstern, J. (Eds.). *Treating Substance Abuse — Theory and Technique*. S. 117–142. New York: Guilford Press.
- McDougall, J. (1989). *Theaters of the body*. New York: Norton.
- Melgaard, B. (1993). Chronic encephalopathy and peripheral neuropathy with alcoholism. *Danish Medical Bulletin*, 40, S. 31–38.
- Meyers, R. J., Smith, J. E. (1995) *Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach*. New York: Guilford Press.
- Meyers, R. J., Smith, J. E. (1998). Working through the Concerned Significant Other. In: Miller, W. R., Heather, N. (Hrsg.). *Treating Addictive Behaviors*. S. 149–161. New York: Plenum Press.
- Miller, P. M., Smith, G. T. & Goldman, M. S. (1990). Emergence of alcohol expectancies in childhood. A possible critical period. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, S. 343–349.
- Miller, W. R. (1983). Controlled Drinking. A History and a critical Review, in: *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 44, S. 68–83.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, S 84–107.
- Miller, W.R., Hester, R.K. (1986). Inpatient Alcoholism Treatment: Who Benefits? *American Psychologist*, 41, S. 794–805.
- Miller, W.R., Brown, J.M., Simpson, T.L., Handmaker, N.S. , Bien, T.H., Luckie, L.F., Montgomery, H.A., Hester, R.K., Tonigan, J.S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In: Hester, R.K., Miller, W.R. (Eds.). *Handbook of alcohol treatment approaches. Effective alternatives*. Boston: University Press.
- Miller, W. R.; Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior*, New York, London: The Guilford Press.
- Miller, W.R, Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Miller, W.R., Sanchez, V.C. (1991). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard, G. (Ed.). *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame, IN-University of Notre Dame Press.
- Miller, W.R., Munoz, R.F. (1976). *How to control your drinking*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Miller, F.T., Tanenbaum, J.H. (1989). Drug abuse in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, S. 847–849.
- Miller, W.R., Munoz, R.F. (1990). *How to control your drinking. A practical guide to responsible drinking*. Albuquerque: University of New Mexico Press.



- Miller, W. R., Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M., Cooney, N. L. (1989) *Treating alcohol dependence. A coping skill training guide*. New York: Guilford Press.
- Morgan, T. J. (1996) *Behavioral Treatment Techniques for Psychoactive Substance use Disorders*. In: Rotgers, F., Keller, D. S., Morgenstern, J. (Hrsg.). *Treating Substance Abuse — Theory and Technique*. S. 202–240. New York: Guilford Press.
- Morgenstern, J., Leeds, J. (1993). Contemporary psychoanalytic theories of substance abuse: A disorder in search for a paradigm. *Psychotherapy*, 30, S. 194–206.
- Mulford, H. A. & Miller, D. E. (1960). Drinking in Iowa III: A Scale of Definitions of Alcohol Related to Drinking Behavior. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 21, S. 267–278.
- Murphy, G.E., Wetzel, R.D. (1990). Lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, S. 383–392.
- Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Levinson, D.F., Singh, H., Bellack, A.S., Morrison, R.L., Yadam, K.G. (1990). Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 16, S. 31–56.
- Niaura, R.S., Rohsenschow, D.J., Binkoff, J.A., Monti, P.M., Pedraza, M., Abrams, D.B. (1988). Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, S. 133–153.
- Noble, E. (1993). The genetic transmission of alcoholism: Implications for prevention. *Drug and Alcohol Review*, 12, S. 283–290.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., Cutter, H. S. G., Brown, E.D., McCourt, W.F. (1993). Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, S. 652–666.
- O'Farrell, T. J. (Hrsg.) (1993). *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*. New York: Guilford Press.
- O'Malley, S. S. et al (1992). Naltrexone and Coping Skills Therapy for Alcohol Dependence. A Controlled Study. *Archives of General Psychiatry*, 49, S. 881–887.
- Powell, B., Penick, E.L., Othmer, E., Bingham, S. F., Rice, A.S. (1982). Prevalence of additional psychiatric syndromes among male alcoholics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, S. 404–407.
- Patience, D.C., Buxton, M., Chick, J., Howlett, H., McKenna, M., Ritson, B. (1997). The SECCAT Survey: II. The Alcohol Related Problems Questionnaire as a proxy for resource costs and quality of life in alcoholism treatment. Study of socio-economic consequences and costs of alcoholism and treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 32, S. 79–84.
- Pattison, E. Mansell; Sobell, Mark B.; Sobell, Linda C. (eds.) (1977). *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*, N. Y.: Springer Publ..
- Penick, E.C., Powell, B., Othmer, E., Bingham, S. F., Rice, A.S., Liese, B.S. (1984). Subtyping Alcoholics by Coexisting Psychiatric Syndroms: Course, Family History, Outcome. In: Goodwin, K.T., van Dusen, S. A., Mednick, S. A. (Eds). *Longitudinal research in alcoholism*. S. 167–196. Boston: Kluwer-Nijhoff.
- Perrez, M., Gerbert, S. (1994). Veränderung gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens: Primäre und sekundäre Prävention. In: Schwenkmezger, P., Schmidt, L.R. (Hrsg.). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. S. 169–187. Stuttgart: Enke.
- Petry, J. (1993). *Behandlungsmotivation*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petry, J. (1996). *Alkoholismustherapie — Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien*, 3. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petry, A. (1997). Erste Erfahrungen mit Kurzinterventionen in einer Allgemeinarztpraxis. In: *Aktion Psychisch Kranke* (Hrsg.). *Innovative Behandlungsstrategien bei alkoholproblemen*. S. 79–86. Freiburg: Lambertus.
- Petry, J. (2001). Trinkkontrolle: Ideengeschichte und aktuelle Debatte. *Sucht*, 47, 4/2001, S. 233–249.
- Pfeiffer, J. (1989). Neuropathologische Aspekte chronischen Alkoholismus. In: Schied, H.W., Heimann, H., Mayer, K. (Hrsg.). *Der chronische Alkoholismus — Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. S. 103–120. Stuttgart: Fischer.

- Pickens, R.W. et al. (1991). Heterogeneity in the intertitanism of Alcoholism. A study of male and female twins. *Archives of General Psychiatry*, 48, S. 19–28.
- Poeck, K. (1990). *Neurologie*. (7 Aufl.). Berlin: Springer.
- Pohl, U., Richter, H., Bohus, M. (2000). Neuere Entwicklungen zur systematischen Überprüfung des therapeutischen Vorgehens. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (PPmP)*, 50, S. 22–28.
- Polli, E., Ketterer, H., Weber, E. (1989). Kursprogramm kontrolliertes Trinken. *Suchtprobleme und Sozialarbeit*, 57, S. 125–133.
- Polli, E. (1997). Kontrolliertes Trinken. *Eysenck-Journal: Zeitschrift für Verhaltenstherapie und Human Behavior* 1, S. 77–102.
- Powell, B., Penick, E.L., Othmer, E., Bingham, S. F., Rice, A.S. (1982). Prevalence of additional psychiatric syndromes among male alcoholics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, S. 404–407.
- Powell, J., Bradley, B., Gray, J. (1992). Classical conditioning and cognitive determinants of subjective craving for opiates: An Investigation of their relative contributions. *British Journal of Addiction*, 87, 11, S. 1133–1144.
- Preiser, G. (1982). Wein im Urteil griechischer Antike. In: Vögler, K., von Welck (Herausgeber). *Rausch und Realität*. S. 507–520, Reinbeck: Rowohlt.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, S. 276–288.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W. E. Heather, N. (Hrsg.). *Treating addictive behaviors. Progress of change*. S. 3–27. New York: Plenum Press.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1997). *Jetzt fange ich neu an*. München: Knauer.
- Project Match Research Group (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8, S. 455–474.
- Project Match Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, S. 7–29.
- Project Match Research Group (1997a). Project Match secondary a priori Hypothesis. *Addiction*, 92, S. 1671–1698.
- Rado, S. (1926). The psychic effects of intoxicants: An attempt to evolve a psychoanalytical theory of morbid cravings. *Internal Journal of Psychoanalysis*, 7, S. 396–413.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S. J., Judd, L.L., Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and other Drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, S. 2511–2518.
- Reinecker, H. (1978). *Selbstkontrolle: Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlagen, Techniken und Therapiemethode*. Salzburg: Otto Müller.
- Schneider, R. (1982). Grundfragen für die Verhaltenstherapie der Abhängigkeit. In R. Schneider (Hrsg.): *Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen* (S. 1–51). München: Gerhard Röttger/
- Reinert, R.E., Bowen, W.T. (1968). Social drinking following treatment for alcoholism. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 32, S. 280–290.
- Revenstorf, D., Metsch, H. (1986). Lerntheoretische Grundlage der Sucht. In: Feuerlein, W. (Hrsg.). *Theorie der Sucht*. S. 121–150. Berlin: Springer.
- Rheinberg, F. (1988). *Motivation*. Stuttgart: Enke.
- Richelshagen, K. (1996). *SuchtLösungen*. Freiburg: Lambertus.
- Richter, G. (1991). Alkoholabhängigkeit — ein Eisbergphänomen. *Sucht*, 37, S. 93–101.
- Rimmele, C. T. Miller, W. R., Dougher, M.J. (1989). Aversion therapies. In: Hester, R. K., Miller, W. R. (Eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. S. 124–140. Elmsford, New York: Pergamon Press.
- Rist, F., Watzl, H. (1983). Self assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. *Addictive Behaviors*, 16, S. 63–69.

- Ritson, B. (1997). Frühe Interventionen in der primären Gesundheitsversorgung. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.). Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. S. 27–41. Freiburg: Lambertus.
- Robbins, S. J., Ehrmann, R.N. (1992). Designing studies of drug conditioning in humans. *Psychopharmacology*, 106, 143–153.
- Robertson, I. (1986). A modest statistical phenomenon of little theoretical coherence. Comments on Griffith Edward 'The alcohol Dependence Syndrome: Concept as a stimulus to enquiry'. *British Journal of Addiction*, 81, S. 190–193.
- Robertson, I., Heather, N., Murray, A. (1994). *Your Drinking and Your Health*. 1: How much do you drink. 2: Cutting down.. 3: Breaking the habit — Coming off. 4: Keeping going. Edinburgh: Scottish Health Education Group.
- Rommelspacher, H. (1998). Welche neurobiologischen Mechanismen erklären Aspekte süchtigen Verhaltens? In: Mann, K., Buchkremer, G. (Hrsg.). *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. S. 41–52. Ulm: Fischer.
- Ross, H.E., Glaser, F.B., Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, S. 1023–1031.
- Rost, W.D. (1990). *Psychoanalyse des Alkoholismus*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external locus of control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, (1, whole No. 609).
- Roy, A. (1993). Risk Factors for Suicide Among Adult Alcoholics. *Alcohol, Health & Research World*, 17 S. S. 133–136.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Hill, A., John, U (1997). Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, S. 894–898.
- Sanchez-Craig, M. (1995). *Drink wise. How to quit drinking or cut down. A self-help book*. (Second edition, revised). Toronto: Addiction Research Foundation.
- Sanchez-Craig, M., Davila, R., Cooper, G. (1996). A Self-Help Approach for High-Risk Drinking: Effect of an Initial Assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, S. 694–700.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G. (1987). WHO-Collaborative project on identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Report on Phase I. — Development of a screening instrument. S. 1–99. Geneva: WHO, Division of Mental Health.
- Schell, A. (1995). *Alkohol zur Bewältigung von Belastung und Beanspruchung*. Köln und Bonn: Verlag TÜV Rheinland/Deutscher Psychologen Verlag.
- Schivelbusch, W. (1981). *Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft. Eine Geschichte der Genußmittel*. München: Hanser.
- Schmidt, L. (1993). *Alkoholkrankheit und Mißbrauch*, 3. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt, G. (1992). Rückfälle von als suchtkrank diagnostizierten Patienten aus systemischer Sicht. In: Körkel, J. (Hrsg.). *Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht?* (S. 173–213). Berlin: Springer.
- Schneider, R. (1982). Grundfragen für die Verhaltenstherapie der Abhängigkeit. In R. Schneider (Hrsg.): *Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen*. S. 1–51. München: Gerhard Röttger.
- Schneider, R. (1998). *Die Suchtfibel* (11. Auflage). Baltmannsweiler: Röttger-Schneider.
- Schneider, R. (2001). Kontrolle ist gut, Abstinenz ist besser — Anmerkungen zum „Kontrollierten Trinken“. *Sucht aktuell*, 8, Nr. 2, 9/200, S. 34–44.
- Schneider, W., Schulz, W., Rienas, S. (1991). Hirnorganische Beeinträchtigungen prognostisch ungünstiger Patienten im Suchtbereich des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Königslutter. Königslutter: Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen.
- Scholz, E. (1989). Alkoholschäden an peripheren Nerven und Kleinhirn. In: Schied, H.W., Heimann, H., Mayer, K. (Hrsg.). *Der chronische Alkoholismus — Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. S. 141–154. Stuttgart: Fischer.
- Schuckit, M.A. (1989). Alcoholism: An introduction. In: Schuckit, M.A. (Ed.). *Drug and alcohol abuse*. S. 45–55. New York: Plenum.

- Schuhler, P., Baunmeister, H. (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmißbrauch. Diagnostik, Behandlung, Frühintervention. S. 9–126. Weinheim: Psychologische Verlags Union.
- Schuhler, P., Lessel, E. (1999). Frühintervention bei Alkohol- und Medikamentenproblemen im Betrieb. In: Schuhler, P., Baumeister, H. (s.o.) S. 127–132. Weinheim: Psychologische Verlags Union.
- Schuhler, P., Bensele, W. (1999). Alkohol- und Medikamentenprobleme bei Jugendlichen. In: Schuhler, P., Baumeister, H. (s.o.) S. 133–148. Weinheim: Psychologische Verlags Union.
- Schulte, W., Tölle, R. (1979). Psychiatrie. (5. erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. Zeitschrift für klinische Psychologie, 4, S. 374–393.
- Schulz, W., Mauthe, J.H., Sündermann, S. (1989). Der alkoholische Eifersuchtschwahn. Psychomed, 1, S. 273–275.
- Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme (SFA) (1996). Alkohol und Gesundheit. Lausanne: SFA.
- Schwoon, D.R. (1992). Motivation — ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: Wienberg, G. (Hrsg.). Die vergessene Mehrheit — Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. S. 170–182. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schwoon, D.R., Krausz, M. (1990). Suchtkranke — Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke.
- Seitz, H.K.; Lieber, C.S.; Simanoski, U.A. (1995) (Hrsg.). Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig, Heidelberg.
- Shaw, S. (1979). A critique of the concept of the alcohol dependence syndrome. British Journal of Addiction, 74, S. 339–348.
- Shazer, de, S. (1989). Wege zur erfolgreichen Kurzzeittherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sher, K.J., (1991). Children of alcoholics: A Critical Appraisal of Theory and Research. Chicago: University Press.
- Siegel, S. (1983). Classical conditioning, drug tolerance and drug dependence. In: Israel, Y., Glaser, F., Kalant, H., Popham, R., Schmidt, W., Smart, R., (Hrsg.). Research advances in alcohol and drug problems (Vol. 7). S. 224–232. New York: Plenum Press.
- Siegrist, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.
- Single, E., Wortley, S. (1993). Drinking in various settings as it relates to demographic variables and level of consumption: Findings from a national survey in Canada. Journal of Studies on Alcohol, 54, S. 590–599
- Sisson, R. W., Azrin, R. H. (1989). The community reinforcement approach. In: Hester, R. K., Miller, W. R. (Hrsg.). Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives. S. 242–258. Elmsford, New York: Pergamon Press.
- Sitharthan, T., Kavanagh, D.J. (1990). Role of self-efficacy in predicting outcomes from a programme for controlled drinking. Drug and Alcohol Dependence, 27, S. 87–94.
- Skinner, H. A.; Horn, J. L. (1984). Alcohol Dependence Scale (ADS). User's Guide. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Sklar, G.B., Turner, A.T. (1999). DTC-Questionnaire. Addiction, 94, 489–493.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C. (1973). Individualized behavior therapy for alcoholics. Behavior Therapy, 4, S. 49–72.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C. (1976). Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results. Behavior Research and Therapy, 14, S. 195–215.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C. (1993). Problem drinkers. Guided self-change treatment. New York: Guilford.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C. (1999). Stepped care for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services. In: Tucker, J.A., Donovan, D.M., Marlatt, G.A. (Eds.). Changing addictive behavior. Bridging clinical and public health strategies. S. 331–343. New York: Guilford.
- Solomon, R.L. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation: The cost of pleasure and the benefits of pain. American Psychologist, 35, S. 691–712.
- Sonneck, G. (1991). Sucht und Suizid. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 14, S. 101–105.

- Sontheimer, G. (1989). Abstinenz oder Kontrolliertes Trinken aus Sicht der Forel-Klinik. Suchtprobleme und Sozialarbeit, 3, S. 121–124.
- Sontheimer, G. (2000). Kontrolliertes Trinken als Therapiewunsch vieler Menschen mit Alkoholproblemen. Bulletin der Forel-Klinik, 2, Teil II, S. 65–80.
- Soyka, Michael (1997). Alkoholismus. Eine Krankheit und Therapie. Stuttgart.
- Soyka, M. (1989). Die Alkoholhalluzinose. Nervenheilkunde, 8, S. 128–133.
- Soyka, M., Zugs, G. (1989). Zur differentialdiagnostischen Abgrenzung der Alkoholhalluzinose von den Schizophrenien. Nervenheilkunde, 8, S. 121–127.
- Spode, H. (1993). Die Macht der Trunkenheit. Opladen: Leske und Ludewig. Springer.
- Steingass, H.P. (1994). Kognitive Funktionen Alkoholabhängiger. Hamburg: Neuland.
- Stetter, F., Schoon, M., Taubert, S., Wegener, C., Mann, K., Heimann, H. (1990). Veränderungsmessungen bei Alkoholabhängigen. 2. Teil: Faktoren- und Varianzanalyse neurobiologischer Ergebnisse. In: Baumann, U., Fähndrich, R.K., Sieglitz, B., Woggon, B. (Hrsg.). Veränderungsmessung in Psychiatrie und klinischer Psychologie. S. 119–132. München: Profil.
- Stockwell, T. R.; Hodgson, R. J.; Edwards, G.; Taylor, C.; Rankin, H. (1979). The Development of a Questionnaire to Measure Severity of Alcohol Dependence. British Journal of Addiction, 78, S. 79–87.
- Stolleis, Michael (1982). Von dem greulichen Laster der Trunkenheit — Trinkverbote im 16. und 17. Jahrhundert. In: Völker, G.; von Welck, K. (Hrsg.), Rausch und Realität. S. 177–179, Reinbeck: Rowohlt.
- Süß, H.M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie von Alkoholabhängigen. Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau, 46, S. 248–266.
- Sullivan, E. Flemming, M. (1997). A guide to substance abuse services for primary care clinicians. (Treatment improvement protocol Series 24). Rockville, MD, US Department of Health and Human Services.
- Sutker, P.B., Allain, A.N., (1998). Issues in personality conceptualisation of addictive behaviors. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 12, S. 172–182.
- Tacitus, P. C. (1998/1971). Germania. Stuttgart: Reclam.
- Tarter, R.E. (1980). Brain damage in chronic alcoholics: A review of the psychological evidence. In: Richter, D. (Ed.). Addiction and Brain Damage. S. 267–297. London: Croom Helm.
- Tarter, R.E., Alterman, A.T., Edwards, K.L. (1985). Vulnerability to alcoholism in man: A behavior-genetic perspective. Journal of Studies on Alcoholism, 46, S. 329–356.
- Tarter, R.E., Vanyukov, M. (1994). Alcoholism: A developmental disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, S. 1096–1107.
- Test, M.A., Wallisch, L.S., Allness, D.J., Ripp, K. (1989). Substance use in young adults with schizophrenic disorders. Schizophrenia Bulletin, 15, S. 465–476.
- Topel, H. (1985). Biologische Aspekte der Alkoholkrankheit. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 8, S. 33–40.
- Tress, W.; Schepank, H. (1990). Zur Epidemiologie psychogener Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. In: Schmidt, M. (Hrsg.). Fortschritte in der psychiatrischen Epidemiologie. S. 75–87. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.
- Trojan, A. (1980). Epidemiologie des Alkoholkonsums in der BRD. Suchtgefahren, 26, S. 1–17.
- Tversky, A., Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. Science, 211, S. 453–458.
- Victor, M., Lauren, R. (1978). Neurological complications of alcohol abuse: Epidemiological aspects. In: Schoenberg (Ed.). Advances in Neurology. S. 603–617. New York: Raven Press.
- Vogel-Sprott, M. (1995). The psychobiology of conditioning, reinforcement and craving. In: Tabakoff, B., Hoffmann, P.L. (Eds.). Biological aspects of alcoholism. S. 225–244. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- Vollmer, H., Kraemer, S., Schneider, R., Feldhege, F.-J., Schulze, B., Krauthan, G. (1982). Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung junger Alkoholabhängiger. In: Vollmer, H., Kraemer, S. (Hrsg.). Ambulante Behandlung junger Alkoholabhängiger. München: C. Röttger.

- von Kranach, D. (1982). Drogen im alten Ägypten. In: Vögler, K.; von Welck (Herausgeber). Rausch und Realität. S. 480–487. Reinbeck: Rowohlt.
- Wanke, K.; Bühringer, G. (1991) (Hrsg.). Grundstörungen der Sucht, Berlin: Springer Verlag.
- Watzl, H. (1991). Überlegungen zur Verhaltenstherapie der Alkoholabhängigkeit — Vorurteile, Probleme, Lösungsversuche. *Verhaltenstherapie*, 1, S. 301–306.
- Watzl, H. (1996). Zur Geschichte des Alkohols. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Alkohol: Konsum und Mißbrauch. Alkoholismus: Therapie und Hilfe. S. 13–30. Freiburg: Lambertus.
- Weber, Max (1980). *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie.* Fünfte, revidierte Auflage besorgt von Johannes Winkelmann, Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck).
- Weber, Max (1972). *Die protestantische Ethik*, Hamburg: Siebenstern Taschenbuchverlag.
- Wegscheider, S. (1981). *Another chance: Hope and health for the alcoholic family.* Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Weinbrenner, W. (1990). Das rechte Maß. Risikofaktor Alkohol, *Das Handbuch für Gesunde und Gefährdete*, München: Ehrenwirth
- Welz, R. (1992). Definition, Suizidmethoden, Epidemiologie und Formen der Suizidalität. In: Wedler, M., Wolfersdorf, M., Welz, R. (Hrsg.). *Therapie der Suizidgefährdung.* Regensburg: Roderer.
- Wernicke, C. (1874). *Der Aphasische Symptomencomplex.* Breslau: Schletter.
- West, R. (1989). The psychological basis of alcoholism. *International Review of Psychiatry*, 1, S. 71–80.
- Westermeyer, J., Tucker, P., Nugent, S. (1995). Comorbid Anxiety Disorder among Patients with Substance Abuse Disorders. *American Journal on Addictions*, 4, S. 97–106.
- Wetterling, T., Veltrup, C., Junghanns, K. (1996): Craving — ein ausreichend fundiertes Konzept? In: *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 64, S. 142–152
- Wienberg, G. (1992). Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der BRD — ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg, G. (Hrsg.). *Die vergessene Mehrheit.* S. 12–60. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg, G. (Hrsg.) (1995) *Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren oder schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis (PEGASUS).* Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Wienberg, G., Driessen, M. (2001). *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit — innovative Konzepte in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wieser, S.; Feuerlein, W. (1976). Über die Prävalenz des Alkoholismus (Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit) im Bundesland Bremen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 44, S. 447–461.
- Wilcken, S., Rochow, M. (2000). *Rückfallprävention bei Alkoholismus.* Bern: Huber.
- Wilcoxon, F. (1945). Individual comparisons by ranking methods. *Biometrics*, 1, S. 80–83.
- Wilson-Schaefer, A. (1986). *Co-Abhängigkeit. Die Sucht hinter der Sucht.* München: Heyne
- Wing, J. K.; Babor, T.; Brugha, J.; Burke, J.; Cooper, J. E.; Giel, R.; Jablensky, A.; Regier, A.; Satorius, N. (1990). SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47, S. 589–593.
- Winokur, G. (1979). Alcoholism and Depression in the same Family. In: Goodwin, D.W., Erickson, C.K. (Eds.). *Alcoholism and Affective Disorders.* S. 49–56. New York: SP Medical&Scientific Books.
- Winter, E. (1991). Alkoholismus im Sozialismus der DDR — Versuch eines Rückblickes. *Sucht*, 37, S. 71–85.
- Wittchen, H.-U.; Essau, C. A.; Zerssen, D.; v. Krieg, C. J.; Hecht, H. (1992). Lifetime and 6-Month Prevalence of Mental Disorders in the Munich Follow-Up study (MSF). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 247–258.
- Wittchen, H.-U.; Perkonig, A. (1996). Epidemiologie psychischer Störungen. Grundlagen, Häufigkeiten, Risikofaktoren und Konsequenzen. In: Ehlers, A.; Hahlweg, K. (Hrsg.). *Klinische Psychologie, Bd.1: Grundlagen klinischer Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie.* S. 23–50. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U.; Saß, H.; Zaudig, M.; Koehler, K. (1989). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen — DSM-III-R.* Weinheim: Beltz.

- Wittchen, H.-U.; Semler, G. (1991). Composite International Diagnostic Interview — CIDI — Interviewheft. Weinheim: Beltz PVU.
- Wittchen, H.-U.; Zaudig, M.; Schramm, E.; Spengler, P.; Mombour, W.; Klig, J.; Horn, R. (1990). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID). Weinheim: Beltz.
- Wittchen, H.-U., Essaz, C.A., Zerksen, D., v.Krieg, C.J., Hecht, H. (1992). Lifetime and 6-Month Prevalence of Mental Disorders in the Munich Follow-Up study (MSF). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, S. 247–258.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Schramm, E., Spengler, P., Mombour, W., Klig, J., Horn, R. (1990). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID). Weinheim: Beltz.
- Wohlfahrt, R. (1992). Sucht und Rückfall als Ausdruck narzistischer Störungen. In: Körkel, J. (Hrsg.). *Der Rückfall des Suchtkranken — Flucht in die Sucht?* S. 149–172. Berlin: Springer.
- Wohlfahrt, R., Schneider, D. (1999). Psychoedukatives Training zur Verbesserung der Selbsthilfefähigkeiten von Menschen mit Epilepsie. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Wolfersdorf, M., Wedler, H., Welz, R. (1992). Diagnostik von Suizidalität. In: Wedler, H., Wolfersdorf, M., Welz, R. (Hrsg.). Regensburg: Roderer.
- Wolfgang, J. (1998). Die Bedeutung der Grundlagenforschung für die Behandlung von Abhängigen. In: Mann, K., Buchkremer, G. (Hrsg.). *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie.* S. 3–18. Ulm: Fischer.
- World Health Organisation (WHO). (1992). Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry Interview and Manual. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (WHO). (Hrsg.) (1993). European Alcohol Action Plan. EUR/ICP/ADA 035. Copenhagen: WHO
- Wurmser, L. (1984). The role of superego conflicts in substance abuse and their treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, S. 227–258.
- Wurmser, L. (1985). Denial and split identity: Timely issues in the psychoanalytic psychotherapy of compulsive drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, S. 89–96.
- Yalom, I.D. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy.* New York: Basic Books Inc.
- Zeiler, J. (1990). *Schizophrenie und Alkohol. Zur Psychopathologie schizophrener Bewältigungsstile.* Berlin: Springer.
- Zeiler, J. (1991). Mißbrauch psychoaktiver Stoffe bei Schizophrenien. *Sucht*, 37, S. 229-239.
- Zielke, M., Mehnert-Kopf, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV).* Göttingen: Hogrefe.
- Zucker, R.A., Gomberg, E.S. (1986). Ethology of alcoholism reconsidered: the case of biopsychosocial process. *American Psychologist*, 41, S. 783–791.
- Zweben, A., Fleming, M.F. (1999). Brief interventions for alcohol and drug problems. In: Tucker, J.A., Donovan, D.M., Marlatt, G.A. (Eds.). *Changing addictive behavior. Bridging clinical and public health strategies,* S. 251–282. New York: Guilford.