

Jörg Petry

### 76.1 Symptomatik und Epidemiologie

Das Störungsbild des Alkoholismus wird als ein „Abhängigkeitssyndrom“ beschrieben, das aus sieben kovariierenden Merkmalen besteht. Der früher verwendete Begriff „Kontrollverlust“ wurde durch „verminderte Kontrolle“ ersetzt (Edwards und Gross 1976). Die Merkmale sind – mit zunehmender Suchtentwicklung –:

- ein eingegengtes Trinkmuster,
- vorherrschende alkoholbezogene Verhaltensweisen,
- eine erhöhte Alkoholtoleranz,
- wiederholt auftretende Entzugserscheinungen,
- Trinken zur Vermeidung des Entzugs,
- die zunehmende Bewusstwerdung der Zwanghaftigkeit des Trinkverhaltens,
- das Wiederauftreten der beschriebenen Merkmale nach vorübergehender Abstinenz.

Die Etablierung des Krankheitsmodells Alkoholismus führte zu einer sozialpolitischen Anerkennung und einem gestiegenen Problembewusstsein in der Öffentlichkeit und so zu einer Entlastung der Betroffenen. Gleichzeitig aber besteht die Gefahr, dass Süchtige in eine

passive Rolle geraten, was sie wiederum bei der Bewältigung ihres Problems behindern kann. Dies wird als „Kontrollparadoxon“ bezeichnet, da das Krankheitsmodell ursächlich von einem Kontrollverlust bzw. einer Kontrollminderung ausgeht, während in der Behandlung eine strikte Selbstkontrolle der Abstinenz gefordert wird.

Der Alkoholismus ist eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen (Soyka und Kiefer 2008). Deutschland zählt mit einem Pro-Kopf-Verbrauch von 10,6 Litern Reinalkohol weltweit zu den Hochkonsumländern (John et al. 2019). Die häufigste Erscheinungsform des Alkoholismus ist das gewohnheitsmäßige Trinken. Nach epidemiologischen Schätzungen besteht in der Bevölkerung bei fünf Prozent ein Alkoholmissbrauch und bei drei Prozent eine Alkoholsucht (Kiefer und Kraus 2002). Männer der mittleren Altersgruppe sind überrepräsentiert, und in den unteren sozialen Schichten ist die Alkoholproblematik stärker verbreitet.

Die Frage nach dem gemeinsamen Auftreten von Alkoholismus und anderen psychiatrischen Erkrankungen lässt sich nicht eindeutig beantworten. Zwar werden im Rahmen der stationären Behandlung bei rund einem Drittel der Betroffenen zusätzliche Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, doch ist zweifelhaft, ob es sich dabei um reliable und valide Aussagen handelt. Es wird vor allem eine Beziehung zwischen Depression und Alkoholproblematik diskutiert (Foulds et al. 2015). Dabei finden sich jedoch

J. Petry (✉)  
Bielefeld, Deutschland

keine hinreichenden Belege für eine generelle psychiatrische Grunderkrankung bei Alkoholismus, sondern eher Hinweise auf ein sehr unterschiedliches Bedingungsgefüge. Bei etwa einem Viertel der behandelten Alkoholsüchtigen besteht eine zusätzliche Medikamenten- oder sonstige Rauschmittelsucht. Der überdurchschnittliche Tabakmissbrauch wird immer noch unterdiagnostiziert.

## 76.2 Verhaltenstherapeutische Ansatzpunkte und Ziele

Alkoholismus tritt in diversen Erscheinungsformen auf. Das Krankheitsmodell postuliert eine gemeinsame, verschiedene Phasen durchlaufende Entwicklung. Längsschnittstudien (Vailant 1988; Klingemann 2017) verweisen dagegen auf eine große Variabilität suchtypischer Verlaufsformen in Abhängigkeit von der Lebenssituation. Der Konsum psychoaktiver Substanzen stellt eine zielgerichtete Handlung dar, die der Bewältigung alltäglicher Lebensbedingungen dient (Schmidt-Semisch und Dollinger 2018). Die Betroffenen erleben den suchtspezifischen Lebensstil trotz aller Nachteile als funktional, da sie keine alternativen Handlungsmöglichkeiten sehen (Alexander 2011).

Die herkömmliche Psychodiagnostik des kap versucht auf dem Hintergrund des Krankheitskonzepts, die Entwicklungsgeschichte und Schwere der Alkoholsucht zu erfassen. Dabei können Screeningverfahren helfen. Ein sehr ökonomisches und für diesen Zweck brauchbares Verfahren ist der Einsatz des sog. CAGE-Fragebogens, der sich auf lediglich vier Items beschränkt.

### Der CAGE-Fragebogen

- *Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, Sie müssten Ihren Alkoholkonsum vermindern?*
- *Haben andere Personen Sie geärgert, indem sie Ihr Trinkverhalten kritisiert haben?*

- *Haben Sie jemals Schuldgefühle wegen Ihres Alkoholkonsums gehabt?*
- *Haben Sie jemals morgens als Erstes ein alkoholhaltiges Getränk getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen?*

Wird mehr als eine Frage bejaht, besteht der dringende Verdacht auf eine Alkoholproblematik.

Untersuchungen zeigen, dass mittels subjektiver Aussagen und laborchemischer Indikatoren klinisch zwischen normalem, missbräuchlichem und süchtigem Konsum unterschieden werden kann.

Für eine gezielte individuelle Therapie sind solche eindimensionalen Instrumente jedoch wenig brauchbar. Daher stehen faktorenanalytisch gewonnene mehrdimensionale Diagnostikinstrumente bereit, die neben dem eigentlichen Trinkverhalten auch damit zusammenhängende persönliche und familiäre Problembereiche erfassen. Ein Beispiel ist das Trierer Alkoholismusinventar (TAI) von Funke et al. (1987).

Im Mittelpunkt der verhaltenstherapeutisch orientierten Suchttherapie steht die genaue Erfassung der Genese und Topografie des süchtigen Verhaltens einschließlich seiner vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen sowie bisher gescheiterter Selbstkontrollversuche. Dazu liegen verhaltensanalytische Fragebögen vor (Lindemeyer und Mühlig 2019). Ein häufig eingesetztes Instrument ist die sog. Entscheidungsmatrix – mit diagnostischem wie auch therapeutischem Wert: Dabei erfassen die Betroffenen mithilfe eines Mehr-Felder-Schemas die unmittelbaren und verzögerten positiven und negativen Konsequenzen eines fortgesetzten oder wieder aufgenommenen Alkoholkonsums sowie die entsprechenden Konsequenzen einer beginnenden oder fortgesetzten Abstinenz (Abb. 76.1).

Die therapeutische Grundlage bei fortgeschrittenen Formen des Alkoholismus ist der völlige Verzicht auf den Konsum von Alkohol (Abstinenzprinzip). Dies ist jedoch nicht das eigentliche Ziel der Behandlung, vielmehr geht es

		Konsequenzen	
		Kurzfristig	Langfristig
Verhalten	Drogenkonsum	Positive Wirkungen des Alkohols:	Negative Folgen des Alkoholmissbrauchs:
	Abstinenz	Negative Erlebnisse des bei Nichttrinken:	Positive Entwicklungen bei künftiger Abstinenz:

**Abb. 76.1** Unmittelbare und verzögerte Konsequenzen des Alkoholkonsums gegenüber der Abstinenz (aus Petry 1996, S. 74; mit freundlicher Genehmigung des Beltz-Verlags, Weinheim)

darum, eine zentrale Rahmenbedingung für den Aufbau einer abstinenten Lebensweise sicherzustellen. Damit im Zusammenhang steht die immer noch kontrovers geführte Diskussion um das sog. kontrollierte Trinken (besser: reduziertes Trinken), also die Rückkehr zu sozial und körperlich unauffälligen, selbstkontrollierten Trinkformen. Die Indikation hierzu besteht, wenn es sich um eine frühe Entwicklungsphase eines Alkoholproblems handelt, die betroffene Person keine gravierenden körperlichen Schädigungen aufweist, sozial integriert ist und über entsprechende Kontrollüberzeugungen verfügt (Petry 2000). Ein Beispiel ist der narrative Ansatz, um einen Alkoholmissbrauch bei komorbiden psychischen Erkrankungen zu behandeln: Die Teilnehmenden werden anhand von Fallgeschichten mit verschiedensten Funktionen ihres Rauschmittels konfrontiert. Sie wählen zwei bis drei der geschilderten Trinksituationen, die für sie bedeutsam sind, aus.

Lediglich für diese Situationen wird Alkoholabstinenz vereinbart (Punktabstinenz) und es werden dazu alternative Bewältigungsfertigkeiten eingeübt. Hier konnte gezeigt werden, dass es bei den meisten Betroffenen möglich war, das Trinken auf gesundheitlich unschädliche Mengen zu reduzieren (Schuhler 2016).

Wie aus Abb. 76.1 ersichtlich ist, stehen Süchtige im abstinenorientierten Selbstheilungs- oder Behandlungsprozessen vor einem doppelten Dilemma, das den beiden Konfliktmustern selbstkontrollierten Verhaltens entspricht: Zunächst müssen die unangenehmen Konsequenzen des Alkoholentzugs sowie negative soziale Reaktionen auf die selbst auferlegte Abstinenz ertragen werden, um langfristig die Vorteile der neuen Lebensweise zu erleben (heldenhaftes Verhalten). Weiterhin müssen die Verlockungen des Rauschmittels und verbreitete soziale Trinkaufforderungen zurückgewiesen werden, um die langfristigen

Nachteile des Alkoholmissbrauchs zu vermeiden (einer Versuchung widerstehen). Die Arbeit mit der Entscheidungsmatrix hat sich hier als besonders wirksam erwiesen, da sie sowohl die Behandlungsmotivation stärkt als auch vielfältige Anregungen zum Aufbau alternativer Kompetenzen gibt. Sie sollte in dem für die Suchttherapie üblichen mehrstufigen Behandlungsprozess stets aufs Neue eingesetzt werden, da sich das Verhältnis von veränderungsfördernden und dagegen gerichteten Motiven im Behandlungsprozess immer wieder verschiebt.

Es empfiehlt sich, das Schema nicht als Papiervorlage zu präsentieren, sondern farbige Karten (grüne und rote für die Vor- und Nachteile) auf dem Boden anzuordnen, um die kurz- und langfristigen Folgen anschaulich zu machen. Die Zahl der gewählten Karten (jeweils eine bis drei) repräsentiert die Stärke der Vor- und Nachteile. Darauf aufbauend müssen die Motive, die zur Wahl eines alternativen Umgangs mit dem Alkohol geführt haben, geklärt werden. Dies erfordert eine weitergehende Ziel- und Wertklärung, auf die weiter unten eingegangen wird. Den Betroffenen müssen wissen, warum sie sich von ihrer süchtigen Lebensweise verabschieden wollen, also das Kunststück vollbringen möchten, sich wie einst der Baron von Münchhausen am eigenen Haarschopf samt Pferd aus dem Sumpf zu ziehen (Petry 1996).

### 76.3 Behandlungsplan und Einzelschritte

Charakteristisch für die Suchttherapie ist die als Breitbandtherapie bezeichnete Strategie, verschiedene Behandlungsmethoden zusammenzuführen. Der Vorteil besteht darin, die bis dahin vorherrschende Symptomzentriertheit der klassisch-verhaltenstherapeutischen Suchttherapie mit der Anwendung isolierter Einzeltechniken zu überwinden. Die gleichzeitige Anwendung psycho-, sozio-, ergo- und sporttherapeutischer Verfahren lässt sich als eklektische Polypragmasie ansehen, da es sich beim Alkoholismus um eine multifaktoriell bedingte Störung handelt. Es wird jedoch gefordert, den indikativen Wert

einzelner Behandlungskomponenten stärker zu erforschen und auf der Grundlage einer ausführlichen Verhaltensanalyse zu individuelleren Behandlungsangeboten zu gelangen.

Als therapeutische Grundstrategie der Suchttherapie gilt, dass die angestrebte Einstellung des Suchtverhaltens immer mit Angeboten zum Aufbau alternativer Stressbewältigungsfertigkeiten verbunden sein muss. Dies lässt sich dies besonders gut unter Rückgriff auf die Staudamm-Metapher (Antons et al. 1977) vermitteln, wobei der Suchtprozess mit dem System eines Staudamms verglichen wird. Das Individuum lässt sich mit der Staumauer vergleichen, die Schwachstellen aufweist und beim Versagen der üblichen Entlastungsmechanismen zusammenzubrechen droht. Das Wasser des Stausees entspricht dem Rauschmittel Alkohol, das bei normaler Funktion einen positiven Stellenwert hat, jedoch bei außergewöhnlichen Umwelteinflüssen – wie einer raschen Schneeschmelze, die sich mit dem Alltagsstress vergleichen ließe – zu einer Überlastung und Schädigung des Gesamtsystems führen kann. Vor dem Hintergrund dieses therapeutischen Bildes lassen sich sechs idealtypische Bestandteile des Therapieprozesses unterscheiden, die indes keiner starren Abfolge unterliegen:

1. Während des gesamten therapeutischen Prozesses geht es immer wieder um die Einbeziehung des oder der Süchtigen als autonome Persönlichkeit. Nähere Ausführungen in Hinblick auf die Motivationsproblematik finden sich in Abschn. 76.4.
2. Auf dieser Grundlage erfolgt die Problemdefinition und die Bedingungsanalyse (Kap. 30), wobei vor allem verhaltensanalytische Methoden einschließlich der beschriebenen Entscheidungsmatrix eingesetzt werden können.
3. Darauf aufbauend werden Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie angewendet, um suchtypische Denkfehler, irrationale Lebenseinstellungen und übergeordnete Verhaltenspläne zu modifizieren (Kap. 26). Dabei können zunächst charakteristische Mythen infrage gestellt werden – beispielsweise, wenn dem Rauschmittel aufgrund positiver Wirkungserwartungen vermeintliche gesund-

heitsfördernde Effekte zugeschrieben werden. Ebenso problematisch ist es, wenn das Selbstbild der süchtigen Person stark an das Rauschmittel gekoppelt ist. Eine verminderte Frustrationstoleranz kann daraus resultieren, dass die Betroffenen davon ausgehen, ihre alltäglichen Lebensprobleme seien ohne Alkoholkonsum nicht zu bewältigen, oder dass sie einen unangenehmen Zustand fürchten, der nach Absetzen des Alkohols eintreten könnte („discomfort anxiety“).

4. Ein wesentlicher Bestandteil des Therapieprozesses ist der Aufbau alternativer Kompetenzen. Dies betrifft vor allem die Verbesserung der Emotionsregulierung, der Problemlösekompetenz, der Selbstsicherheit, der sozial-kommunikativen Kompetenz sowie der Stressbewältigung (Kap. 18, 51, 60, 64, und 70).
5. Der Aufbau von Coping-Strategien zur Bewältigung des Suchtverlangens („craving“) ist für die Rückfallprävention zwingend (Beck et al. 1997).
6. Es kann ggf. auch erforderlich sein, zwischenzeitliche Rückfälle zu bearbeiten. Nähere Informationen zu Methoden der Rückfallprävention finden sich in Abschn. 76.4.
7. Für die dauerhafte Gesundung („recovery“) ist die Stabilisierung des neuen Selbstkonzepts als abstinente Person und die damit verbundene neue Lebensperspektive von besonderer Bedeutung. Eine Brücke dazu bildet das Engagement in einer Selbsthilfegruppe. Während dieses Entwicklungsprozesses werden Ziele und Werte geklärt sowie individuelle Lebensbedeutungen gesucht.

---

#### 76.4 Probleme und Nebenwirkungen

Als ein Kernproblem der Suchttherapie werden immer wieder die Motivationsfrage (Petry 2016) und die Abwehrmechanismen bei Süchtigen genannt. Es hat sich gezeigt, dass Süchtige vor allem bei der ersten Konfrontation mit Behandlungsangeboten zum Bagatellisieren und Externalisieren neigen; in einer wertschätzenden

therapeutischen Beziehung hingegen können sie sich öffnen. Vor diesem Hintergrund entwickelten Miller und Rollnick (1999) eine „motivierende Gesprächsführung“, die inzwischen (2002, 2015) über den Suchtbereich hinaus verallgemeinert wurde (Kap. 31). Miller erläutert dies mit der Waagemetapher, d. h. mit der Aufforderung, sich den Nutzen und die Kosten der Fortsetzung des Rauschmittelkonsums sowie den Nutzen und die Kosten einer Veränderung als Waage mit zwei im Gleichgewicht oder Ungleichgewicht befindlichen Schalen vorzustellen. Die Aufgabe der Gesprächsführung besteht darin, durch den Abbau von Widerständen die vier Gewichte in Richtung einer Veränderung zu bewegen, also beispielsweise die gesundheitliche Erholung (Veränderungsnutzen) zu betonen oder die Ängste vor sozialer Diskriminierung als Süchtiger (Veränderungskosten) abzumildern. Ein weitergehender Ansatz zur „motivierenden Beratung“ (Cox und Klinger 2011) versucht vorrangig, sorgenvolle Lebensproblematiken („current concerns“), die in Verbindung mit dem Suchtverhalten stehen, zu verändern.

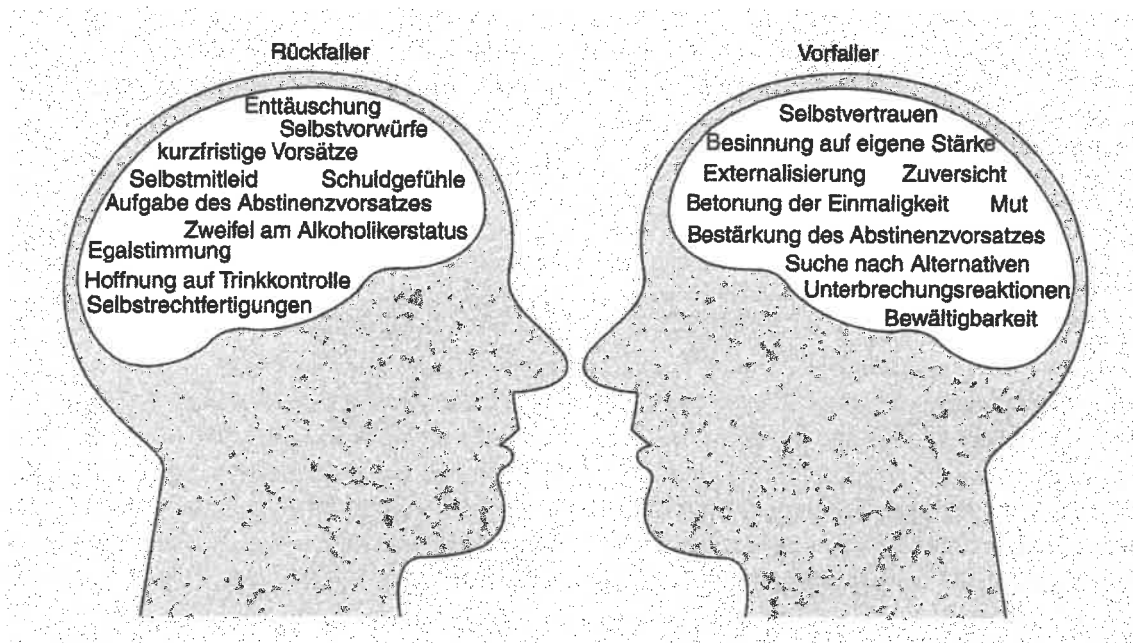
Eine andere wesentliche Problematik der Suchttherapie betrifft die Rückfallgefährdung. Im Gegensatz zu den üblichen Annahmen handelt es sich bei Alkoholsüchtigen um eine Gruppe mit eher günstiger Prognose, wenn man sie anderen chronischen Erkrankungen gegenüberstellt. Für den Verlauf typisch ist die zunehmende Stabilisierung der Abstinenz durch wiederholte Rückfallerfahrungen. Einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis und zur Bewältigung von Rückfallprozessen hat die sozial-kognitive Lerntheorie von Marlatt und Gordon (1985) geleistet. Nach diesem Konzept resultiert der Rückfall aus einem Ungleichgewicht in der Lebensgestaltung, das heißt, dass unangenehme Belastungen gegenüber befriedigenden Erfahrungen überwiegen. Daraus ergeben sich Rückfallvorläufer in Form von Rationalisierungen, dem Auftreten eines psychophysischen Verlangens nach Alkohol und nicht bewusster Vorentscheidungen, die auf suchtspezifische Risikosituationen hinauslaufen. Aus vergleichenden Untersuchungen ist zu erkennen, dass es typische Situationen gibt, in denen Personen mit verschiedensten Suchtproblemen

rückfällig werden, unter anderem unangenehme emotionale Zustände, soziale Konflikte und Anforderungen zum Konsum durch Bezugspersonen. Fehlen geeignete Bewältigungsreaktionen, besteht die Gefahr einer verminderten Selbstwirksamkeit, welche in Verbindung mit positiven Alkoholwirkungserwartungen zu erneutem Alkoholkonsum führen kann. Die schon in der sozial-kognitiven Rückfalltheorie empfohlene (Marlatt und Gordon 1985, S. 319) Entwicklung von Achtsamkeit durch Meditation zur Bewältigung des Verlangens wurde inzwischen zu einer achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention ausgebaut (Bowen et al. 2012).

Aus dem erneuten Suchtmittelkonsum nach längerer selbst gewählter Abstinenz ergibt sich der sog. Abstinenzverletzungseffekt: Es tritt eine Dissonanz zwischen eigenem Verhalten und bestehendem Selbstkonzept auf mit einer daraus folgenden schuldbehafteten Selbstattribution. Die vielfältigen und teils widersprüchlichen kognitiven Prozesse des Abstinenzverletzungssyndroms sind in der linken Hälfte von Abb. 76.2 dargestellt. In der Behandlung besteht die Möglichkeit, durch Erläuterung dissonanztheoretischer Grundannahmen – anhand von Beispielen zur

Dissonanzreduktion (z. B. nach Kaufentscheidungen) – gezielte Reattributionen (Kap. 26) anzuregen und mit Methoden der Selbstinstruktion (Kap. 35) einzuüben. Daraus kann sich ein – in der rechten Hälfte von Abb. 76.2 dargestelltes – neues kognitives Gleichgewicht ergeben, das möglicherweise zu einer positiven Verarbeitung des Rückfallprozesses mit einer daraus folgenden stabileren Abstinenz führt. Marlatt verwendet dafür den Begriff des „Vorfalls“ im Gegensatz zum „Rückfall“.

Ein anderer Ansatz zu einem dynamischen Rückfallpräventionsmodell (Marlatt und Witkiewitz 2005) bezieht die Störungsdauer, das Ausmaß sozialer Unterstützung und bestehende komorbide Störungen als distale Rückfalldeterminanten mit ein. Als proximale Einflussfaktoren wurden die Kompetenzen zur Bewältigung negativer Gefühle sowie situative Merkmale hinzugefügt. Damit lassen sich die auslösenden Bedingungen eines Rückfalls dieses komplexen Störungsbildes befriedigend vorhersagen. Eine begriffliche Integration dieser Vielfalt von Faktoren setzt allerdings ein Suchtverständnis voraus, das den Konsum des Alkohols als zielgerichtete Handlung begreift, die durch ein komplexes



**Abb. 76.2** Der Abstinenzverletzungseffekt und seine Überwindung (aus Petry 1996, S. 90; mit freundlicher Genehmigung des Beltz-Verlags, Weinheim)

System motivationaler Bedürfnisstrukturen und handlungskontrollierender Funktionen bestimmt wird (Schmidt-Semisch und Dollinger 2018).

Ein weiteres Kernproblem ist die Ziel- und Werteklärung im therapeutischen Prozess. Nach dem psychologischen Suchtmodell von Orford (2001) resultiert die Entscheidung, das Suchtverhalten fortzusetzen oder einzustellen, aus einer kognitiven Neubewertung („cognitive appraisal“) der Vor- und Nachteile in Bezug auf das Sinn- und Wertesystem der Betroffenen. Die Ziel- und Werteklärung bedeutet nach Kanfer et al. (2012, S. 401):

- die Aufmerksamkeit auf zielrelevante Hinweisreize lenken,
- persönliche Ziele identifizieren,
- persönlich relevante Ziele nach Prioritäten ordnen,
- Ziele und reales Handeln gegenüberstellen,
- konkrete Maßnahmen planen und umsetzen,
- die Handlungsschritte überprüfen und ggf. verändern.

Ein darüber hinausgehendes Verfahren beinhaltet die existenzielle Frage, wie und worin Menschen in ihrem Leben Sinn finden (Yalom 2010). Für den Veränderungsprozess bedeutsam sind sog. Lebensbedeutungen, also Orientierungen, die aktiv gelebt werden und nicht nur als sinngebend, sondern auch handlungsleitend erfahren wurden (Schnell 2016). Sie umfassen die empirisch gefundenen Dimensionen „Selbsttanzendenz“, „Selbstverwirklichung“, „Ordnung“ und „Wir- und Wohlgefühl“. Mittels der Kartenmethode sollen die Items des Fragebogens zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe) priorisiert werden: durch die Auswahl von fünf Karten, die der eigenen Orientierung am nächsten kommen („Ich finde es wichtig, frei und ungebunden zu sein und nehme mein Leben selbst in die Hand“ als Beispiel für Selbstverwirklichung). Aufgrund der positiven Korrelation der Sinnerfüllung mit seelischer Gesundheit werden zunächst Einseitigkeiten bei der Auswahl reflektiert, indem man sich auf nur eine Dimension beschränkt, wie etwa „Ordnung“ („Traditionen sind für mich bedeutsam und ich orientiere mich an

dem, was sich bewährt hat“). Darauf aufbauend können Dissonanzen zwischen eigenen Lebensbedeutungen und der Fortsetzung des süchtigen Lebensstils aufgespürt werden.

Aufgrund der Kritik, dass unser suchtspezifisches Versorgungssystem nur bis zu 20 Prozent aller Süchtigen erreicht, hat ein Umdenken eingesetzt. Dazu gehören die Entwicklung von Methoden zur Früherkennung, Kurzintervention, Beratung und Motivierung bei allen Ausprägungsformen alkoholbezogener Störungen (Rumpf und Hüllinghorst 2003) sowie Ansätze zur Schadensminderung (Akeret 2014).

## 76.5 Begleit- oder Alternativbehandlungen

Ausgehend von neurobiologischen Suchtmodellen wurden inzwischen eine Reihe sog. Anti-Craving-Substanzen entwickelt und teilweise alternativ, meist jedoch ergänzend zu den psychotherapeutischen Methoden vorgeschlagen. Diese Substanzen (z. B. Acamprosat oder Nalmefen) sollen das Verlangen nach Alkohol reduzieren und somit zur Abstinenzsicherung beitragen. Die meist nur geringen Effekte (z. B. Mann et al. 2013) in den bisherigen Kontrollgruppenstudien lassen jedoch an der Kosteneffizienz zweifeln.

Alkoholsüchtige überwinden – meist im mittleren Alter – mit und ohne therapeutische Hilfe mehrheitlich ihre Suchtproblematik (Klingemann 2017). Im Anschluss an eine Behandlung kann der Besuch einer Selbsthilfegruppe vor allem im ersten Jahr die Rückfallgefährdung verringern und den Genesungsprozess fördern (Küfner 2009).

Zur Einbeziehung der Partnerin oder des Partners wurde ein Familientraining entwickelt (Meyers und Smith 2007). Es zielt darauf, die süchtige Person indirekt zu motivieren, indem vorrangig nahe Angehörige behandelt werden. Diese werden angeleitet, ihre Zu- oder Abwendung davon abhängig zu machen, ob sich die trinkende Person in nüchternem oder betrunkenem Zustand befindet. Dies kann dazu führen, dass der oder die Süchtige motiviert wird, in den Behandlungsprozess einzusteigen.

## 76.6 Wirksamkeit und Erfolgsbeurteilung

Die Effektivitätsbewertung der Verhaltenstherapie des Alkoholismus sowie spezieller verhaltenstherapeutischer Verfahren wird insgesamt dadurch erschwert, dass meist eine Breitbandtherapie praktiziert wird. Dabei sind die medizinischen Maßnahmen untrennbar verbunden mit der psychotherapeutischen Behandlung und umfangreichen soziotherapeutischen Hilfestellungen zur sozialen Wiedereingliederung. Der Gesundheitsprozess („recovery“) erstreckt sich in der Regel über fünf Jahre, bis eine stabile abstinente Lebensweise erreicht ist. Die wichtigsten Prädiktoren dafür sind sozialer Art (vor allem berufliche Stabilität vor Störungsbeginn). Die Behandlung hat im Vergleich dazu einen geringeren Einfluss auf den langfristigen Verlauf (Vaillant 1988).

Es gibt Metaanalysen zur Bewertung einzelner therapeutischer Maßnahmen (Soyka und Kufner 2008). Danach erweisen sich vor allem komplexere verhaltenstherapeutische Angebote wie Kompetenztrainings, Selbstkontrollverfahren und Stressmanagementmethoden als effektiv und kosteneffizient. Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie scheinen den behavioralen Verfahren teils überlegen zu sein, wobei die Kombination beider Ansätze bisher zu den besten Ergebnissen geführt hat (Carroll und Kiluk 2017). Die vorliegenden Befunde vergleichender Untersuchungen zur Effektivität suchttherapeutischer Maßnahmen beziehen sich allerdings vorwiegend auf den angloamerikanischen Bereich. Daher ist eine Übertragung auf den deutschsprachigen Raum aufgrund gravierender Unterschiede im Versorgungssystem kaum möglich. Bezogen auf die mittels Katamnesen evaluierte Breitbandbehandlung kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die im deutschsprachigen Raum üblichen längerfristigen, multiprofessionellen Entwöhnungsbehandlungen den amerikanischen Behandlungsangeboten (Miller et al. 2001; Bachmeier et al. 2018) deutlich überlegen sind.

## Literatur

- Akeret, R. (2014). Schadensminderung. *Suchtmagazin*, 14(2), 4–7.
- Alexander, B. K. (2011). *The globalization of addiction: A study in poverty of the spirit* (2. Aufl.). Oxford (UK): Oxford University Press.
- Antons, K., Antons-Brandt, V., Schulz, W., & Weiß, H. (1977). Ein Modell für das Entstehen von süchtigem Alkoholismus. In K. Antons & W. Schulz (Hrsg.), *Normales Trinken und Suchtentwicklung* (Bd. 2, S. 245–275). Göttingen: Hogrefe.
- Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., et al. (2018). *Basisdokumentation 2018 – Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit* (S. 7–29). Bonn: Fachverband Sucht.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz.
- Bowen, S., Lhawla, N., & Marlatt, G. A. (2012). *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit: Das MBRP-Programm*. Weinheim: Beltz.
- Carroll, K. M., & Kiluk, B. D. (2017). Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychology of Addictive Behavior*, 31(8), 847–861.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (Hrsg.). (2011). *Handbook of motivational counseling* (2. Aufl.). Chichester: Wiley.
- Edwards, G., & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058–1061.
- Finzen, A. (2018). *Normalität: Die ungezähmte Kategorie in Psychiatrie und Gesellschaft*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Foulds, J. A., Adamsin, S. J., Boden, J. M., Williman, J. A., & Mulder, R. T. (2015). Depression in patients with alcohol use disorders: Systematic review and meta-analysis of outcomes for independent and substance-influenced disorder. *Journal of Affective Disorders*, 1(185), 47–59.
- Funke, W., Funke, J., Klein, M., & Scheller, R. (1987). *Trierer Alkoholismusinventar (TAI)*. Göttingen: Hogrefe.
- John, U., Hanke, M., Fryer-Adam, J., Baumann, S., & Meyer, C. (2019). Alkohol. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2019* (S. 36–51). Lengerich: Pabst.
- Kanfer, F. H., Reineker, H., & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Klingemann, H. (2017). *Sucht: Selbstheilung ist möglich*. Lengerich: Pabst.
- Kufner, H. (2009). *Die Zeit danach: Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten für Betroffene nach Entwöhnung und Selbsthilfe* (9. Aufl.). Hohengehren: Schneider Verlag.



- Küfner, H., & Kraus, C. (2002). Serie: Alkoholismus – Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus. *Deutsches Ärzteblatt*, 99(4), A-936/B-782/C-729.
- Lindemeyer, J., & Mühlig, S. (2019). *Therapie-Tools Alkohol- und Tabakabhängigkeit*. Weinheim: Beltz.
- Mann, K., Bradström, A., Torup, L., Gual, A., & von den Brink, W. (2013). Extending the treatment options in alcohol dependence: A randomized controlled study of as-needed nalmeffene. *Biological Psychology*, 73(8), 706–713.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Hrsg.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Marlatt, G. A., & Wietkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems. In G. A. Marlatt & D. M. Donovan (Hrsg.), *Relapse prevention* (S. 1–44). New York: Guilford.
- Meyers, R. J., & Smith, J. E. (2007). *CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999, 2002, 2015). *Motivierende Gesprächsführung*. (1.–3. Aufl.) Freiburg: Lambertus.
- Miller, W. R., Walters, S. T., & Bennett, M. E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2), 211–220.
- Orford, J. (2001). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. Chichester (UK): John Wiley.
- Petry, J. (1996). *Alkoholismustherapie: Gruppentherapeutische Motivierungsprogramme* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz/PVU.
- Petry, J. (2000). Trinkkontrolle: Ideengeschichte und aktuelle Debatte. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 32, 253–269.
- Petry, J. (2016). Psychotherapie bei Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit: Motivation und Motivierung. In M. Vogelgesang & P. Schuhler (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht* (3. Aufl., S. 55–70). Lengerich: Pabst.
- Rumpf, H. J., & Hüllinghorst, R. (2003). *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Freiburg: Lambertus.
- Schmidt-Semisch, H., & Dollinger, B. (2018). Sozialwissenschaftliche Perspektiven auf Drogen und Sucht. In M. von Heyden, H. Jungabele, & T. Majic (Hrsg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 33–40). Berlin: Springer.
- Schnell, T. (2016). *Psychologie des Lebenssinns*. Berlin: Springer.
- Schuhler, P. (2016). Schädlicher Gebrauch von Alkohol und suchtpotenten Medikamenten in Abgrenzung zu Suchterkrankungen in Diagnose und Therapie. In M. Vogelgesang & P. Schuhler (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht* (3. Aufl., S. 463–492). Lengerich: Pabst.
- Soyka, M. (2015). Zur Problematik der Schweregradeinteilung für Suchterkrankungen im neuen DSM-5. In O. Schmid & T. Müller (Hrsg.), *Sucht – Genuss und Therapie* (S. 109–116). Lengerich: Pabst.
- Soyka, M., & Küfner, H. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit* (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Tretter, F. (2020). „Bio-psycho-soziales Modell“ – Steckbrief und Perspektive. In C. Rummel & R. Gaßmann (Hrsg.), *Sucht: Bio-psycho-sozial* (S. 13–24). Stuttgart: Kohlhammer.
- Vaillant, G. E. (1988). What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? *British Journal of Addiction*, 83, 1147–1157.
- Yalom, I. D. (2010). *Existenzielle Psychotherapie* (2. Aufl.). Bergisch Gladbach: Verlag Andreas Kohlhaage.