

Kontrolliertes Trinken - Behandlungskonzept und Erfahrungen aus der Praxis

Horst Arend

„Die Brigg“, Beratungsstelle, Neunkirchen

Kurzfassung

Seit Beginn der 60er Jahre wird in der Theorie und Praxis der Abhängigkeitsbehandlung die Frage diskutiert, ob bei Menschen mit Alkoholproblemen nur die lebenslange Abstinenz als Therapieziel in Frage kommt oder ob nicht auch das kontrollierte Trinken ein adäquates Behandlungsziel sein kann. In dieser Arbeit werden die Grundlagen sowie die Bausteine eines verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsprogramms mit dem Ziel des Aufbaus und der Aufrechterhaltung von Selbstkontrolle in Bezug auf ein kontrolliertes Trinkverhalten dargestellt. Dabei liegt der Schwerpunkt in der symptomatischen Behandlungsphase auf der Protokollierung und Analyse der Trink- und Risikosituationen, der Festlegung eines persönlichen Trinkplans, dem Management von Alkoholkonsumauslösern und des Alkoholverlangens, dem Ablehnungstraining, dem Üben von kontrolliertem Trinkverhalten in Risikosituationen sowie auf der Bewältigung von Alkoholverlangen, Ausrutscher und Rückfall.

In der asymptomatischen Behandlungsphase erfolgt mittels Entspannungstraining, Problemlösetraining sowie Lebensstilberatung ein Auf- und Ausbau von intra- und interpersonellen Fertigkeiten.

Weiterhin wird über mehrjährige praktische Erfahrungen mit diesem Ansatz in dem ambulanten Setting einer Beratungs- und Behandlungsstelle berichtet.

Schlüsselwörter

Kontrolliertes Trinken

Verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm

Symptomatische/Asymptomatische Behandlungskomponente

Erfahrungen aus der Praxis

Beratungs- und Behandlungsstelle (ambulantes Setting)

Einleitung

Seit Beginn der 60er Jahre wird die Frage diskutiert, ob bei Menschen mit Alkoholproblemen kontrolliertes Trinken möglich ist und auch ein adäquates Therapieziel sein kann oder ob die lebenslange Abstinenz das einzig akzeptable Behandlungsziel bleiben muss (vgl. Arend, 1991, Kruse, Körkel & Schmalz, 2000).

Ausgelöst wurde diese bis heute stark emotional geführte Debatte, die auch die „Kontroverse über das kontrollierte Trinken“ genannt wird (Roizen, 1987), durch ein überraschendes Untersuchungsergebnis von Davies (1962). Er stellte nämlich fest, dass es 7 von 93

Alkoholabhängigen gelang, 7-11 Jahre nach Behandlungsende wieder „normal“ und ohne Folgeprobleme zu trinken. Der Befund von Davies repräsentierte aber auch gleichzeitig den Beginn einer sozialwissenschaftlich orientierten Forschung im Abhängigkeitsbereich mit der Hinterfragung und empirischen Überprüfung grundlegender Annahmen über die Alkoholabhängigkeit (vgl. z. B. Pattison, Sobell & Sobell, 1977, Jacobi, 1987, Arend 1994).

Während bisher die stationären Einrichtungen in Deutschland meines Wissens die Problematik der Therapiezielfrage dadurch lösten, dass sie sich auf das von den Kostenträgern vorge-

gebene Therapieziel berufen haben, entstand in der Beratungs- und Behandlungsstelle, vor allem bei jüngeren Problemtrinkern, sehr oft die Notwendigkeit, sich mit dieser Frage auseinanderzusetzen. Die theoretische Auseinandersetzung mit den vorliegenden empirischen Befunden (vgl. Arend 1991) und erste ermutigende Einzelfallverläufe führten zur Entwicklung eines verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsprogramms mit dem Ziel des Aufbaus und der Aufrechterhaltung von Selbstkontrolle in Bezug auf das Trinkverhalten.

Die Grundlagen des Therapieprogramms

Die Grundlagen für das Therapieprogramm sind Modellvorstellungen des Behandlungsprozesses (Brickman et al. 1982, Prochaska & Di Clemente, 1982), die sozial-kognitive Lerntheorie (Bandura, 1979), das kognitiv-behaviorale Rückfallmodell von Marlatt & Gordon (1985), der Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer (Kanfer et al. 1991), das interaktionelle Modell der Selbstkontrolle (Arend 1994) sowie Erfahrungen mit Behandlungsverläufen von Klienten.

Die Eigenverantwortung für die Veränderung des problematischen Trinkverhaltens

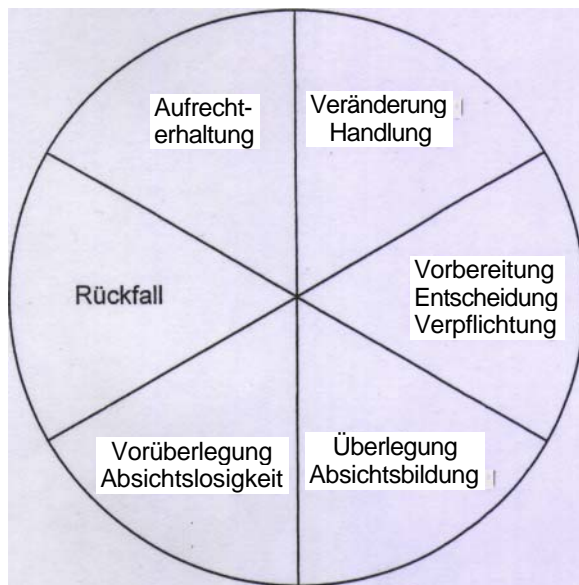
Brickman et al. (1982) haben im Rahmen einer integrativen Theorie des Helfens und Bewältigens von Problemen vier grundlegende idealtypische Modelle der Ursachens- und Veränderungsattribution bei Krankheiten und psychischen Störungen beschrieben. Sie unterscheiden in ihrem Modell die Dimension Verantwortung für die Entstehung eines Problems sowie Verantwortung für die Lösung eines Problems.

Im Problemfeld Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen kommen alle 4 Modelle zur Anwendung. Das Therapieprogramm zum kontrollierten Trinken ist dem Ausgleichsmodell zuzuordnen, weil die Person mit ihrem problematischen Alkoholkonsum nicht verantwortlich für die Entstehung des Problems gesehen wird, sehr wohl aber Verantwortung für die Lösung des Problems trägt

Verantwortung für die Ursachen des Problems	Verantwortung für die Lösung des Problems	
	Hoch	Niedrig
Hoch	Moralisches Modell	Aufklärungsmodell
Niedrig	Ausgleichsmodell	Medizinisches Modell

Abb. 1: Modelle des Helfens und Bewältigens von Problemen aufgrund unterschiedlicher Verantwortungsattributionen (nach Brickman et al. 1982)

unproblematischer Substanzkonsum



Problematischer Substanzkonsum

Abb. 2: Drehtürmodell des Veränderungsprozesses bei Substanzproblemen (nach Prochaska & Di Clemente, 1982)

Die Veränderung des problematischen Alkoholkonsums als Prozess

Genau wie man die Entstehung eines problematischen Alkoholkonsums als einen Prozess konzipiert, an dem zahlreiche biopsychosoziale Faktoren beteiligt sind (Zucker & Gombert, 1986) ist die Veränderung eines problematischen Alkoholkonsums in der Regel auch ein prozesshafter, stark personenbezogener Verlauf. Prochaska & Di Clemente (1982) haben ein Drehtürmodell des Veränderungsprozesses bei Abhängigkeiten mit 6 Phasen konzipiert, das man gut für den Bereich problematischer Substanzkonsum übernehmen kann.

Die Phase der Vorüberlegung ist charakterisiert durch einen problematischen Substanzkonsum, ohne dass die Person jedoch Veränderungen anstrebt. Erst im Stadium der Überlegung denkt die Person aufgrund erfahrener

negativer Konsequenzen darüber nach, gegen ihr Problem etwas zu unternehmen. Versuche weniger zu trinken sowie eine starke Ambivalenz sind kennzeichnend für diese Phase. Nicht die Überredung, sondern motivationsfördernde Maßnahmen, wie sie in dem exzellenten Buch von Miller & Rollnick (1991) beschrieben wurden, sind adäquate Interventionsstrategien für diese Phase.

Das nachfolgende Stadium der Verpflichtung und Entscheidung zur Verhaltensänderung ist sehr bedeutsam im Hinblick auf die Einübung und Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen. Die Verhaltensabsicht einer Person, d. h. ihre Entschlossenheit, Anstrengungen zur Ausföhrung des neuen Verhaltens aufzuwenden, ist nach einer Untersuchung von Jonas & Eder-Jonas (1995) ein bedeutsamer Prädiktor für das Rückfallverhalten. In der Phase der Handlung und Veränderung versucht die Person allein oder

mit fremder Hilfe eine Veränderung zu erzielen. In dem sich daran anschließenden Stadium der Aufrechterhaltung entscheidet es sich, ob die von dem Klienten aufgestellten Grenzen bezüglich des Trinkverhaltens dauerhaft eingehalten werden oder ein Ausrutscher oder Rückfall erfolgt, was der 6. und letzten Phase in diesem Modell entspricht. Im Verlauf des Veränderungsprozesses kann eine Person diese Phasen mehrfach durchlaufen, auf frühere Stadien zurückfallen und in Phasen neu einsteigen. In Veränderungsprozessen ergibt sich nur selten ein kontinuierlicher Verlauf, meistens haben Klienten Ausrutscher und Rückfälle bei dem Bemühen ein neues Verhalten zu etablieren, fangen von vorne an oder beenden sogar ihre Anstrengungen.

Die sozial-kognitive Lerntheorie

Die sozial-kognitive Lerntheorie (SKL) von Bandura (1979) wurde vor allem von Maria« (1979) und Wilson (1987) in den Bereich der Alkoholproblematik übertragen. Alkoholkonsum wird dabei als ein soziales Verhalten gesehen, das im Rahmen der psychosozialen Entwicklung einer Person vor dem jeweiligen soziokulturellen Hintergrund und den Vulnerabilitätsfaktoren einer Person gelernt wird. Die Erwartungen in Bezug auf die Alkoholeffekte, die schon im Kindesalter gelernt (Miller et al. 1990) und durch direkte Alkoholerfahrungen kaum noch verändert werden (Christiansen et al. 1985), haben dabei einen zentralen Stellenwert in der Problementwicklung. Diese Erwartungshaltungen interagieren mit den ersten direkten Alkoholerfahrungen, wobei in der ersten Phase des Konsums die direkte pharmakologische Wirkung von geringer Bedeutung ist. Neben den Erwartungshaltungen haben Modelllernen und sekundäre Verstärkerprozesse wie Lob und Anerkennung durch die Clique in der Anfangsphase des Alkoholkonsums wichtigen Einfluss. Erst im weiteren Verlauf erlebt die Person die primären Verstärkereffekte des Alkohols und es beginnt der Prozess einer komplexen Interaktion zwischen primären und sekundären Verstärkern - sowie psychologischen Erwartungseffekten, der wichtig für die Entwicklung eines normalen oder problematischen Trinkverhaltens ist (Cox 1990). Kann nämlich in der weiteren Entwicklung die Person Verstärkung fast nur noch durch Alkoholkonsum oder alkohol bezogenes Verhalten erreichen, bildet sich ein

stabiles Alkoholkonsumverhaltensmuster heraus.

Die SKL nimmt weiterhin im Rahmen eines Kompetenzmodells an, dass Defizite in der sozialen Kompetenz einer Person hoch mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Alkoholproblematik korrelieren (O'Leary et al. 1976). Junge Menschen mit einem geringen und ineffektiven Copingrepertoire für stressbesetzte Situationen setzen nach einer Experimentierphase Suchtmittel eher ein, um negative Affekte zu reduzieren und positive Affekte zu steigern. Meist beginnt der Einstieg in den Suchtmittelgebrauch in der Adoleszenz, in der zahlreiche Entwicklungsaufgaben (vgl. Havighurst 1972) zu bewältigen sind. Suchtmittelkonsum kann dann eine - wenn auch problematische - Form der Bewältigung sein und dient vor allem zur Selbstregulation der Emotionen (Hurlmann & Hesse, 1991). Wird das Stressniveau kontinuierlich hoch erlebt und liegen geringe Bewältigungskompetenzen vor, kann sich das normale Alkoholkonsumverhalten zu einem Problemverhalten entwickeln, insbesondere dann, wenn die Person erlebt, dass der Alkoholkonsum das beste und möglicherweise einzige Mittel ist, um erwünschte Zustandsveränderungen und Ziele zu erreichen. George & Marlatt (1983) sprechen hier auch von „Alkoholkompetenz“, wobei der fortgesetzte Missbrauch zur psychischen Abhängigkeit und in Verbindung mit biobehavioralen Prozessen zu einer körperlichen Abhängigkeit führen kann. Der Alkoholkonsum, der ursprünglich für die Person ein Kontroll- und Bewältigungsmittel gewesen ist, wird selbst zum Kontrollproblem und Stressfaktor.

Körperliche Abhängigkeit, Toleranzentwicklung und „Craving“, das gierige Verlangen, sind für die SKL wichtige Faktoren in der Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit (Abrams & Niaura, 1987, Siegel et al. 1988, Marlatt 1990). Abhängigkeit ist nach Auffassung der SKL jedoch mehr als ein durch biopsychosoziale Variablen erklärbarer Zustand. Abhängigkeit ist gleichsam ein Lebensstil, repräsentiert einen Erlebenszustand, für dessen Herstellung die Person keine Alternativen zu dem eingesetzten Suchtmittel sieht (Peele, 1985). Deshalb ist die Veränderung des Lebensstils eine wesentliche Komponente in dem Rückfallmodell von Marlatt & Gordon (1985) und in dem Behandlungsprogramm.

Das *kognitiv-behaviorale Rückfallmodell*

Unter Rückfall versteht Marlatt ganz allgemein den Misserfolg im Bemühen einer Person, irgendein Verhalten zu verändern. Analog zu seinen Definitionen beim Therapieziel Abstinenz kann man beim Therapieziel kontrolliertes Trinken „Ausrutscher“ oder „Fehltritt“ („lapse“ oder „slip“) definieren als den einmaligen, kurzzeitigen Alkoholkonsum über den festgesetzten Obergrenzen und außerhalb der festgelegten Trinkregeln. Von einem „ausgewachsenen Rückfall“ („full-blown relapse“) kann man dann sprechen, wenn das alte, problematische Trinkverhalten wie der hergestellt ist. Konzipiert man die Veränderung des problematischen Trinkverhaltens als einen Lernprozess, bei dem Probleme und Schwierigkeiten auftreten können, für die die Person noch keine Fertigkeiten ausgebildet hat und sie deshalb auf ihre alte Alkoholkompetenz zurückgreifen muss, so kann man den Ausrutscher als ein Ereignis sehen, das wesentliche Informationen über Auslöser sowie Defizite im Bewältigungsverhalten liefert. Der Ausrutscher ist somit kein Rückfall, sondern ein Vorfall, ein „Prolapse“. Bei konstruktiver Aufarbeitung ist er ein Schritt nach vorne in dem Entwicklungsprozess zu einem stabilen kontrollierten Trinken.

In dem Modell von Marlatt & Gordon stellen die Risikosituationen die Schlüsselvariablen des Rückfallgeschehens dar, wobei sie Risikosituation definieren als „any Situation that poses a threat to the individuals sense of control and increases the risk of potential relapse“ (1985, S. 37). Negative Gefühlszustände, interpersonelle Konflikte sowie sozialer Druck repräsentieren dabei nach den Untersuchungen von Marlatt bedeutsame Rückfallauslöser und entsprechend seinem Rückfallmodell wird für das Therapieziel kontrolliertes Trinken folgender Verlaufprozess angenommen (s. Abb. 3). Situative und personenbezogene Faktoren führen in einer komplexen Interaktion in einer Risikosituation zum Ausrutscher. Die sich daran anschließenden Bewertungsprozesse der Person (kognitive Dissonanz, Attributionsprozesse) sowie das vorhandene und ausgeführte Bewältigungsverhalten bestimmen, ob die Person das alte problematische Trinkverhalten wieder aufnimmt. Neben diesen Faktoren können im Rückfallgeschehen auch Konditionierungsprozesse involviert sein, d. h. dass Situationen und Stimuli, die eng mit Substanzgebrauch gekoppelt wa-

ren, plötzlich und unerwartet einen komplexen psychophysiologischen Prozess auslösen können, der mit Gier Verlangen, Suchtdruck beschrieben wird (Baker et al., 1987). Zu bedenken sind auch die Rückfälle, bei denen die Person selbst ihre Entscheidung zur Aufrechterhaltung der Veränderung schwächt, d. h. sich zum erneuten problematischen Trinken entschließt oder meint normal trinken zu können.

Der *Selbstmanagement-Ansatz und das interaktionelle Modell der Selbstkontrolle*

Das Behandlungsprogramm ist integriert in einen Selbstmanagement-Ansatz. Das bedeutet, dass der Therapeut den Klienten unterstützt und fördert, damit dieser effektive Fähigkeiten zur Selbstregulation und Selbstkontrolle entwickeln kann (Kanfer et al. 1991). Notwendig ist die aktive Beteiligung des Klienten am therapeutischen Prozess (z.B. Hausaufgaben), wobei der Therapeut stark auf den Einzelfall zentriert arbeitet. Defizite und Ressourcen werden individuell mit dem Klienten erarbeitet und konkrete Veränderungsschritte werden lösungs- und therapiezielorientiert geplant. Meistens kommen die Klienten mit einer Vorstellung von Wille und Stärke in die Therapie, sie meinen, dass „man nur richtig wollen, einen starken Willen haben muss“, um kontrolliert trinken zu können. Hinter diesem Denken steht eine statische Auffassung von Wille und Stärke, mentalistische Faktoren, die in der konkreten Risikosituation selten hilfreich für deren Bewältigung sind. Bei dem Selbstkontrollkonzept ist der Klient aktiv mit seinem Verhalten in die Situation involviert, wobei die Selbstkontrolle in einer Risikosituation gesehen wird als ein komplexer, interaktioneller und dynamischer Vorgang zwischen den Komponenten Person (körperliche und psychische Befindlichkeit), Situation (Schwierigkeitsgrad der Risikosituation) und Verhalten (Ausmaß der Bewältigungskompetenz) (s. Abb. 4). Ziel ist es, dass der Klient das alte, mentalistische Handlungsmodell, aus dem sich Verhaltensanweisungen ableiten wie: „Ich muss nur stark genug sein“, „wenn ich kontrolliert trinken will, muss ich nur wollen“, durch das interaktionelle Modell ersetzt. Der Klient lernt flexibel und angemessen aufgrund der Analyse und Einschätzung der Interaktion aus der Variablen Person (P), Situation (S) und Bewältigungsverhalten (B) zu handeln.

Sozialkognitives Rückfallmodell nach Marlatt & Gordon (1985)

Vorläuferfaktoren

Unausgewogener Lebensstil
zwischen Sollen und Wollen
Kognitive Prozesse wie
Erwartungen an die
unmittelbare, positive
Substanzwirkung
Empfindungen wie Gier, starkes
Verlangen

Risikosituation

Unangenehme Gefühle
Konflikte
Soziale Verführung /
Sozialer Druck
Positive / angenehme
Gefühle

Bewältigungsfähigkeiten

Kontrollzuversicht

Bewältigungsverhalten

Gestiegene
Selbstwirksamkeitserwartung

- Erhöhte
Kontrollzuversicht
- Gesunkene
Rückfallwahrscheinlichkeit

Kein Bewältigungsverhalten

Gesunkene
Selbstwirksamkeitserwartung

Erwartung der
Situationsbewältigung durch
erhöhte Substanzaufnahme

Missachtung der
selbstgesetzten
Konsumgrenzen

- Kognitive Dissonanz
- Verringerte
Kontrollzuversicht
- Erhöhte
Rückfallwahrscheinlichkeit

Rückfall in den alten
problematischen
Substanzkonsum

Abb. 3: Rückfallverlauf beim Therapieziel „Kontrolliertes Trinken“ entsprechend dem Modell von Marlatt & Gordon (1985)

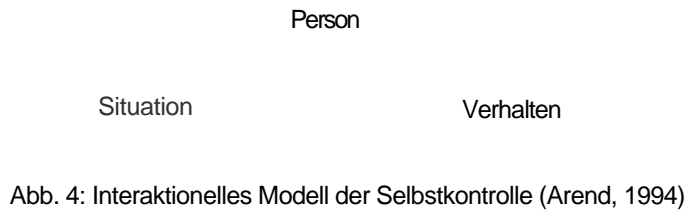


Abb. 4: Interaktionelles Modell der Selbstkontrolle (Arend, 1994)

Tab. 1: Zusammenstellung der Komponenten der Initialphase

- Intensivierung der therapeutischen Beziehung
- Vermittlung der Therapie-Rationale
- Motivationsarbeit
 - Vorstellung und Erarbeitung einer Entscheidungsmatrix
 - Übertragung der Verantwortung für die Entscheidung für das Therapieziel auf den Klienten
 - Aufzeigen einer Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit
- Biopsychosoziale Diagnostik
- Informationen über Alkohol und Alkoholkonsum

Wills & Shiffmann (1985) beschrieben drei Arten von Coping, die alle für die Aufrechterhaltung des Kontrollierten Trinkens bedeutsam sind:

Das antizipatorische Coping zielt darauf ab, das Risiko zu minimieren oder zu verhindern. Das unmittelbare Coping erfolgt in einer konkreten Risikosituation. - Das restorative Coping beinhaltet die kognitiv-affektive Bewältigung eines Ausrutschers und die Verhinderung des Rückfalls in das 'alte problematische Konsumverhalten.

Das Behandlungsprogramm

Aufbauend auf diese Grundlagen und in Anlehnung an das Prozessmodell eines Therapieverlaufs nach Kanfer & Grimm (1980) wurde das Behandlungsprogramm entwickelt. Es umfasst Erstgespräch, Initialphase, symptomatische Behandlung (der Auf- und Ausbau von Kompetenzen für das Selbstmanagement) und asymptomatische Behandlung (Auf- und Ausbau intra- und interpersoneller Fertigkeiten).

Die Initialphase

An das Erstgespräch, bei dem die Bildung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses, eine erste Abklärung der Probleme und des Anliegens des Klienten sowie Informationen über die Möglichkeiten in der Beratungs- und «handlungsstelle im Vordergrund ste-

hen, schließt sich die Initialphase an, die folgende Komponenten beinhaltet (s. Tab. 1).

Neben der Intensivierung der therapeutischen Beziehung erfolgt in dieser Phase die Vermittlung der Therapie-Rationale, d. h. die Darstellung der Grundlagen des Behandlungsprogramms in einer für den Klienten verständlichen Form. Großen Raum nimmt in diesem Behandlungsstadium die „Motivationsarbeit“ nach Miller & Rollnick (1991) ein, wobei insbesondere 3 Bereiche im Vordergrund stehen

- Vorstellung und Erarbeitung einer Entscheidungsmatrix Nachdem die Konzepte Abstinenz, kontrolliertes Trinken (Trinkverhalten wird an einem zuvor festgelegten Trinkplan und Trinkregeln ausgerichtet), normales Trinken (Person entscheidet aus der Situation heraus, ob sie Alkohol trinkt bzw. weitertrinkt oder keinen Alkohol trinkt) wird eine Entscheidungsmatrix mit folgenden Aspekten erarbeitet:
 - * Was spricht für/gegen den weiteren problematischen Alkoholkonsum?
 - * Was spricht für/gegen die Abstinenz?
 - * Was spricht für/gegen kontrolliertes Trinken?

Diese Entscheidungsmatrix kann bei dem Klienten zu einem Veränderungsentschluss führen, sie ist während des gesamten Behandlungsverlaufs veränderbar und bildet gleichsam die Basis für die Ent-

scheidung und Aufrechterhaltung von Veränderungen.

- Übertragung der Verantwortung für die Entscheidung Der Therapeut gibt dem Klienten eine klare und deutliche Rückmeldung über seine Einschätzung, überlässt dem Klienten jedoch die Entscheidungsbefugnis, solange keine Kontraindikationen für das gewählte Therapieziel vorliegen.

Die Wahl- und Entscheidungsfreiheit in der Therapiezielfrage hat sich dabei als wichtiger motivationsfördernder Faktor erwiesen. Einschränkend ist jedoch zu sagen, dass meines Erachtens eine körperliche Abhängigkeit in Form eines Entzugsyndroms eine Kontraindikation für das Therapieziel kontrolliertes Trinken darstellt. Der direkte kurzfristige positive Effekt, der infolge einer Linderung der Entzugserscheinungen eintritt, hat lerntheoretisch gesehen starke aufrechterhaltende Qualitäten (negative Verstärkung) und erhöht wegen der komplexen biobehavioralen Struktur des Entzugsyndroms (Hoffmann 1986) auch bei kontrolliertem Alkoholkonsum erheblich die Gefahr des Rückfalls in alte abhängige Konsummuster. Weitere Kontraindikationen sind körperliche Krankheiten, die sich durch weiteren Alkoholkonsum verschlimmern würden, Schwangerschaft, Anordnungen durch externe Institutionen wie Gericht, Arbeitgeber, Führerscheinstelle sowie Unverträglichkeit mit Medikamenteneinnahme.

- * Erarbeitung eines fundierten, wohl überlegten Entschlusses und Aufzeigen von Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit. Häufig erleben sich Klienten entscheidungsschwach, haben ein Bild von sich, dass sie ihre Alkoholproblematik nicht mehr selbst „in den Griff“ bekommen können. Mit Hilfe früherer Erfahrungen des Klienten versucht der Therapeut dieses Bild zu korrigieren. Ziel ist es, dass der Klient wieder an sich glaubt und erkennt, dass er selbst zu einer Veränderung beitragen und vorhandene Ressourcen nutzen kann.

Die biopsychosozialen Daten werden mit mehreren Verfahren erhoben:

- * Diagnoseerstellung nach Checkliste ICD-10
- * Münchner Alkoholismustest (Selbst- und Fremdbeurteilung, wobei zusätzlich zu den Leberenzymwerten noch um den MCV-Befund gebeten wird)

- * Verhaltensanalyse und Bedingungsanalyse
- * Trinkprotokoll
- * Kieler Änderungs Sensitive Symptomliste (KASSL) von Zielke (1979)
- * Unsicherheitsfragebogen von Ullrich deMuynck&Ullrich(1977)
- * Erfassung der sozialen Situation (Arbeit, Wohnen, Finanzen, Freizeit, Kontakte und Beziehungen) (Arend 1999)
- * Zielanalyse und Therapieplanung (zur genauen Beschreibung siehe Arend 1992,1999)

Tag	Situation	Gedanken, Erwartungen, Gefühle	Trinkverhalten	Konsequenzen
Uhrzeit	<ul style="list-style-type: none"> • anwesende Personen • Trinkart • äußere/innere Auslöser 		<ul style="list-style-type: none"> • Art und Menge des Alkohols • Art des Konsums (z.B. langsam, schnell und gierig) 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ging es mir danach? (Gedanken, Gefühle). kurzfristig, mittelfristig

Schließlich erfolgt in diesem Stadium noch eine Informationseinheit über Alkohol und Alkoholkonsum, wozu sich die Suchtfibel von Schneider (1998) ausgezeichnet eignet.

Die symptomatische Behandlung: Auf- und Ausbau von Kompetenzen zum Selbstmanagement des kontrollierten Trinkens

In der ambulanten Behandlung stellt sich die Situation meist so dar, dass der Klient, der sich zum kontrollierten Trinken verpflichtet hat, sich mit einer Vielzahl von Situationen konfrontiert sieht, die er jetzt ohne Alkoholkonsum bzw. mit reduziertem Alkoholkonsum zu bewältigen hat. Deshalb braucht er auch „Handwerkszeug“, um sein Therapieziel aufrechterhalten zu können, wobei erste Erfolge die Behandlungsmotivation weiter stabilisieren. Darum werden in dieser Phase dem Klienten Methoden und Fertigkeiten vermittelt, die es ihm ermöglichen Risikosituationen zu erkennen und zu meistern. Im Einzelnen umfasst die symptomatische Behandlung folgende Komponenten (s. Tab. 2).

Nachfolgend werden die einzelnen Komponenten nur kurz dargestellt, der interessierte Leser sei verwiesen auf Arend (1999)

Protokollierung und Analyse der Trink- und Risikosituationen

Der Klient wird angeleitet, seine Trinksituationen sowie seine Risikosituationen zu protokollieren und zu analysieren, wobei sich folgendes - an die Verhaltensanalyse angelehntes - Schema bewährt hat:

Tab. 2: Zusammenstellung der Komponenten der symptomatischen Behandlungsphase

- Protokollierung und Analyse der Trinksituationen
- Protokollierung und Analyse der Risikosituationen
- Festlegung des persönlichen Trinkplans (Kontrakt)

Das Management von Alkoholkonsumauslösern und des Alkoholverlangens

- Festlegung von Kontrollregeln
- Vermeidung schwieriger Situationen zu Behandlungsbeginn
- Stimuluskontrolle durch Rearrangement externer Stimuli
- Fremdverstärkung durch den Therapeuten und Selbstverstärkung durch den Klienten
- Management interner alkoholbezogener Auslöser durch Gedankenstopp und verdeckte Kontrolle

Ablehnungstraining

Üben von kontrolliertem Trinkverhalten in Risikosituationen

Bewältigung von Alkoholverlangen

Bewältigung von Ausrutscher und Rückfall

Zur Selbstbeobachtung haben sich dabei folgende Regeln als nützlich erwiesen:

- * Trinkprotokoll und Stift immer dabei haben
- * Jedes Getränk vor dem ersten Schluck notieren
- * Die weiteren Informationen noch in der Trinksituation oder kurz danach protokollieren
- * Nachträgliches Aufschreiben ist besser als es gar nicht zu notieren

Wird eine Abstinenzprobungsphase von 2-4 Wochen vorgeschaltet - was günstig bei einer vorliegenden Toleranzentwicklung ist - erfolgt eine Protokollierung der Risikosituationen. Dadurch ergeben sich wichtige Hinweise auf die Funktionalitäten des Alkoholkonsums.

Festlegung des persönlichen Trinkplans

Daran anschließend legt die Person ihren persönlichen Trinkplan (Konsumobergrenze pro Trinktag/pro Trinkwoche, Anzahl der konsumfreien Tage) fest und schließt darüber einen Kon-

trakt ab. In der Folge werden zur Unterstützung des Trinkplans und zur Aufrechterhaltung des Therapieziels kontrolliertes Trinken verschiedene Maßnahmen eingeführt.

Das Management von Alkoholkonsumauslösern und des Alkoholverlangens

- Festlegung von Kontrollregeln, z. B. erst ab einer bestimmten Uhrzeit, keinen/bestimmte Menge Alkohol zu Hause haben, nicht alleine, nicht mit Trinkkumpanen, nicht in der Stammkneipe, keine Spirituösen, langsam, alternierend (Alkohol, Mineralwasser) trinken, gegen den Durst grundsätzlich nichtalkoholische Getränke, alkoholfreies Bier etc.
- Vermeidung schwieriger Situationen zu Beginn der Behandlungsphase, z. B. Geburtstagsfeier, Betriebsfeier, Fasching etc. Hilfreich ist in diesem Zusammenhang auch die Metapher einer Batterie, d.,h. man muss aufpassen, dass sie nicht durch zu viele Belastungssituatio-

nen leer wird und man Kontrolle nicht mehr ausüben kann.

- Stimuluskontrolle durch Rearrangement externer Stimuli, wie z.B. Entfernung alkoholischer Getränke aus der Wohnung, Ausschalten der Werbezeiten im Fernsehen, Planung des Heimweges in einem weiten Bogen um die Stammkneipe etc., kann die Auftretenswahrscheinlichkeit des problematischen Alkoholkonsums reduzieren.
- Fremdverstärkung und Selbstverstärkung der Fortschritte des Klienten, vor allem zu Beginn für das Einhalten der Konsumgrenzen und die Durchführung des Selbstkontrollverhaltens. Neben sozialer Verstärkung können auch materielle Verstärker eingesetzt werden wie z. B. Kauf einer CD für eine bestimmte, vorher festgelegte Anzahl von Tagen mit kontrolliertem Konsum.
- Alkoholbezogene Gedanken können durch das sehr einfache und effektive Verfahren des Gedankenstopps (Taylor, 1963) unterbrochen und reduziert werden. Die Technik der verdeckten Kontrolle (Homme, 1965), liefert die Möglichkeit, dass sich der Klient mit Hilfe seiner Pro- (kontrolliertes Trinken) und Contra- (problematischer Alkoholkonsum) Karte die negativen Konsequenzen seines Problemverhaltens und die positiven Konsequenzen bei Aufrechterhaltung des kontrollierten Trinkens vergegenwärtigt. Um die Auftretenswahrscheinlichkeit solcher „Gedankenpaare“ (Pro/Contra) zu erhöhen, werden sie nach dem Premack-Prinzip (Premack, 1965) an ein anderes häufig auftretendes Verhalten gekoppelt (genauere Beschreibung der Vorgehensweise bei Arend 1999).

Ablehnungstraining

Hier erfolgt ein Aufbau von Kompetenzen zur Ablehnung eines Alkoholangebots. Bei diesem ganz spezifischen „Nein-Sagen“ werden die individuellen Ablehnungssituationen des Klienten exploriert und entsprechend der eingeschätzten Schwierigkeit hierarchisiert. Dabei ist die Ausgestaltung des ablehnenden Verhaltens auf das Trinkangebot abhängig von der Person, die den „Drink“ anbietet, wie sie ihn anbietet, wie die Person auf die Ablehnung reagiert und den Fertigkeiten des Ablehnenden. Manchmal ist ein ruhiges und mit fester Stimme geäußertes

„Nein Danke“ ausreichend, manchmal ist es hilfreich und nützlich, dass die Person von ihrem Ziel des kontrollierten Trinkens spricht, um dadurch Verständnis und Unterstützung zu erreichen.

Üben von kontrolliertem Trinkverhalten in Risikosituationen

Durch ein gezieltes Üben von Selbstkontroll- und Bewältigungsverhalten in vorher vom Klienten festgelegten Risikosituationen wird versucht das Verhaltensspektrum der Person wieder zu erweitern. Man geht davon aus, dass manche Situationen infolge von Konditionierungsprozessen starke Auslösequalitäten haben, dass ein schrittweises Herangehen an die Situation, die „graduierte Exposition“ dem Klienten Selbstkontrollmöglichkeiten belässt und er dadurch auftretende Craving-Prozesse besser bewältigen kann. So sehen beispielsweise viele junge Menschen in der Situation „Kneipe“ eine starke Versuchungssituation, in der sie oft den Verlust von Kontrolle erfahren haben. Therapieziel ist es, wie jede andere Person, allein oder mit Bekannten, ein Lokal aufsuchen zu können. Nach Art der Lokale, Uhrzeit, allein/mit Bekannten kann man beispielsweise nach Schwierigkeit abgestufte Übungssituationen entwickeln und trainieren, wodurch der Klient Selbstwirksamkeitserwartungen und Bewältigungsverhalten aufbauen kann und Sicherheit im Umgang mit dem Alkohol gewinnt (siehe Arend, 1999).

Bewältigung von Alkoholverlangen

Zur Bewältigung des Alkoholverlangens ist neben der Beobachtung und Protokollierung des Verlangens und der Situationen, in denen es auftritt, die Vermittlung eines neuen Rahmens notwendig, der dem Klienten eine kognitive Restrukturierung erlaubt. Die wichtigste Botschaft an den Klienten und dessen soziales Umfeld lautet, dass das Verlangen nach Alkohol ein ganz normaler, zu bewältigender Aspekt auf dem Weg zu einem stabilen kontrollierten Trinken ist. Verlangen kann ein Hinweiszeichen für noch fehlende Kompetenzen in stressbesetzten Situationen sein. Ablenkungstechniken, wie die Aufmerksamkeit auf die Umgebung konzentrieren, Ablenkung durch Kommunikation mit einer Person sowie die eher passive Strategie des „Verlangensurfings“ nach Marlatt & Gordon (1985) sind Mittel zur Bewältigung.

Bewältigung von Ausrutscher und Rückfall

Bewältigung von Ausrutscher und Rückfall sind bedeutsame Schritte auf dem Weg zu einem stabilen kontrollierten Trinkverhalten. Dabei liegt der Fokus auf einer Restrukturierung der Kognitionen und Emotionen in Bezug auf den Ausrutscher: Der Ausrutscher ist zwar schlimm, aber keine Katastrophe; Differenzierung zwischen Ausrutscher und Rückfall; Ausrutscher als Fehler im Lernprozess; Ausrutscher als singuläres Ereignis (keine Übergeneralisierung). Für das Eintreten eines Ausrutschers werden dem Klienten folgende Verhaltensregeln vermittelt:

- * Stoppen Sie den Prozess
- * Bleiben Sie ruhig, auch wenn Sie Scham- und Schuldgefühle verspüren
- * Erneuern Sie anhand Ihrer Pro- und Contra-Karte Ihre Verpflichtung zum kontrollierten Trinken
- * Analysieren Sie die Situation, die zum Ausrutscher geführt hat
- * Handeln Sie sofort nach der Entscheidung
- * Suchen Sie Hilfe

Nicht immer gelingt es jedoch dem Klienten allein oder mit Hilfe, nach einem oder mehreren Ausrutschern, zu einem stabilen kontrollierten Konsum zurückzufinden. Er nimmt das problematische Trinkverhalten wieder auf und es können sich daraus unterschiedliche Entwicklungen ergeben:

- * Der Klient bricht die Behandlung ab, dem Therapeuten bleibt lediglich dem Klienten ein Hilfsangebot für die Zukunft zu machen.
- * Der Klient hält den Kontakt aufrecht, es erfolgt eine Begleitung der unkontrollierten Trinkphase. Dies lässt dem Therapeuten die Möglichkeit mittels motivierender Gesprächsführung konstruktiv einzuwirken.
- * Das Therapieziel wird erneut verhandelt und der Klient strebt aufgrund der gemachten Erfahrungen Abstinenz an.
- * Der Klient kommt aus der problematischen Trinkphase schnell wieder in die Nachdenkphase. Er arbeitet den Rückfall auf und nimmt einen erneuten Anlauf mit dem Vorsatz der Stabilisierung des Ziels „kontrolliertes Trinken“.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Vermittlung von Grundfertigkeiten wie Selbstbeobachtung, Selbstbewertung, Selbstverstärkung und verhaltensanalytisches Denken den Klienten

ten zum Management seines problematischen Trinkverhaltens hinführt. Es erfolgt eine aktive, eigenverantwortliche Orientierung auf die Prophylaxe des Rückfalls und die Aufrechterhaltung des kontrollierten Trinkens. Der Klient wird sensibilisiert seine Risikosituationen zu erkennen, zu analysieren und Veränderungen in die gewünschte Richtung vorzunehmen. Langsam lernt der Klient in Lösungen statt wie bisher in Problemen zu denken, sowie Verhaltensalternativen und Bewältigungsverhalten für die Alkoholkompetenz zu entwickeln.

*Die asymptotische Behandlung:
Der Auf- und Ausbau von intra- und interpersonellen Fähigkeiten*

Der Behandlungsansatz geht von der Annahme aus, dass die Person in ihrem bisherigen Leben zuwenig adäquate Fertigkeiten und Kompetenzen entwickeln konnte, um die Anforderungen und Probleme des Lebens gut bewältigen und die Verstärkungen erzielen zu können, die zu einer persönlichen Lebensqualität und Lebenszufriedenheit beitragen. Vielmehr hat der Alkoholkonsum bisher oft dazu gedient die vorhandenen Defizite und die Lebensunzufriedenheit zu verschleiern. Der eingeschränkte, kontrollierte Alkoholkonsum hat demnach zur Folge, dass die Funktionalitäten erfasst und die sichtbar gewordenen Defizite im kognitiven, emotionalen und behavioralen Bereich im Rahmen eines Kompetenzmodells aufgearbeitet werden können. Das bewirkt, dass der Klient sowohl seine intra- als auch interpersonellen Problemsituationen besser bewältigen kann und sich dadurch auch das Rückfallrisiko verringert. Aus der Erfahrung kann man sagen, dass bei jüngeren Problemtrinkern meist Defizite in beiden Kompetenzbereichen vorliegen. Insbesondere dient der Alkoholkonsum oft zur Regulierung und Bewältigung negativer Affekte, zur Steigerung positiver Emotionen, sowie zur besseren Bewältigung interpersoneller Situationen und Konflikte. Im Einzelnen umfasst die asymptotische Behandlung folgende Komponenten:

Tab. 3: Zusammenstellung der Komponenten der asymptotischen Behandlungsphase

- | |
|---|
| Entspannungstraining (ET)
Problemlösetraining (PT)
Methoden der kognitiven Restrukturierung (KR)
Selbstsicherheitstraining (ST)
Lebensstilberatung (LB) |
|---|

Nachfolgend werden die einzelnen Komponenten nur kurz skizziert, eine ausführliche Darstellung findet man bei Arend(1999).

* *Entspannungstraining (ET)*

Fehlende Kompetenzen zur Bewältigung von Stress, Spannung und Angst werden oft mit Alkohol kompensiert. Wie die Forschung gezeigt hat, ist es dabei nicht so wichtig, ob diese negativen Affekte tatsächlich durch Alkoholkonsum abgebaut werden, entscheidend ist vielmehr, dass die Person die unumstößliche Erwartung hat, dass Alkohol diese Fähigkeit besitzt (Marlatt, 1987).

Das Entspannungstraining ist nachgewiesenermaßen eine effektive Methode zur Regulation affektiv-physiologischer Erregungszustände. Die Anwendung eines Entspannungsverfahrens (z. B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, 1991) als Mittel zur Bewältigung von Stress kann auf mehreren Wegen geschehen:

- * Reduktion des allgemeinen Stressniveaus durch Einbau von Entspannungstraining in den Lebensstil
- * Reduktion von Spannung und Stress in einer spezifischen Situation durch Entspannungstraining im Sinne eines aktiven Coping Skill
- * Entspannung als Anfangszustand zum Finden einer adäquaten Problemlösungsstrategie

* *Problemlösetraining (PT)*

Eine der Grundannahmen des Problemlösetrainings besagt, dass gesundes psychisches Funktionieren zum größten Teil von der Fähigkeit abhängt, die Anforderungen einer problematischen Lebenssituation effektiv zu bewältigen. Das von D^Zurilla & Goldfried (1971) konzipierte Problemlösetraining ist ein hilfreicher Baustein in der Behandlung von Problemtrinkern, die oft nur geringe Problemlösefähigkeiten haben. Das Problemlösetraining besteht aus 5 Schritten:

- * Die Grundeinstellung: Problematische Situationen als ein Teil des Lebens akzeptieren
- * Probleme erkennen und definieren
- * Das Finden von Alternativen: Was kann ich tun?
- * Entscheidungsfindung: Abschätzung der besten Alternative
- * Überprüfung: Bei Verbesserung bzw. Lösung ist der Prozess beendet; ist das Problem nicht gelöst, erfolgt die Wahl einer neuen Alternative

Durch das Problemlösetraining lernt der Klient flexibler als bisher mit seinen alten und neuen Problemen umzugehen*, wobei sich die Grenzen der Strategie bei komplexen und fest verwurzelten problematischen Verhaltensmustern zeigen.

Methoden der kognitiven Restrukturierung (KR) (Kognitive Therapie von Beck (T976), Rational-Emotive Therapie von Ellis (1977), Selbstinstruktionstraining von Meichenbaum, (1979))

Im Vordergrund steht die Veränderung von kognitiven Faktoren wie Erwartungen, Überzeugungen und Einstellungen, vor allem in Bezug auf die Effekte des Alkohols (Alkohol als „magisches Elixier“): Alkohol macht mich sozial kompetenter, sexuell potenter, sozial erfolgreicher, entspannter etc. Weiterhin erfolgt eine Bearbeitung der „Erlaubnis erteilenden Gedanken“ (Beck et al. 1997) wie z. B.: „Wenn ich Alkohol trinke, werde ich mich besser fühlen“, „Ein Glas über meiner festgelegten Obergrenze ist doch nicht schlimm, ist doch viel weniger, als ich früher getrunken habe“, „Heute war ein schwerer Tag, da kann ich mir schon mal etwas mehr genehmigen“ etc.

Ein weiteres wichtiges Thema der kognitiven Restrukturierung ist der Aspekt der Langeweile (ist mit Alkohol automatisch etwas los?, muss das Leben eine Abfolge von Aufregungen sein? etc.), sowie der oft vorhandenen di-

chotomen Denkweise („ich bin rückfällig geworden, es war alles umsonst, es hat keinen Wert“).

- *Selbstsicherheitstraining (ST)*

Klienten, die aufgrund ihres frühen Einstiegs in einen problematischen Alkoholkonsum meist geringe positive Lernerfahrungen und wenig adäquate Bewältigungskompetenz für alltägliche interpersonelle Situationen haben, besitzen meist ein geringes Selbstvertrauen, können kaum die eigene Meinung vertreten und für ihre Rechte eintreten. Sie können selten Gefühle zeigen und wenn, dann oftmals nur Aggressionen, haben eine stark erhöhte Anspannung beim Nein-Sagen, können kaum Belastungen aushalten und zeigen meist passives oder aggressives anstatt selbstsicheres Verhalten. Das Selbstsicherheitstraining umfasst die drei Verhaltensbereiche Kontakt, Kommunikation und Selbstbehauptung mit mehreren Übungen, wobei die einzelnen Schritte systematisch aufeinander aufbauen.

Es ist halbstrukturiert, d. h. die Strukturierung des Gesamtprogramms und der einzelnen Sitzungen liegt fest und der Klient füllt die Übungen inhaltlich mit seinem „Material“.

Lebensstilberatung (LB)

Der Lebensstil des Problemtrinkers und der damit verbundene „Alltagsstress“ können ein bedeutsamer Faktor im Rückfallgeschehen sein. Marlatt misst dabei der Verteilung zwischen den Dingen, die man tun muss („Shoulds“) und den Aktivitäten, die Freude machen, Zufriedenheit und Erfüllung geben („Wants“) große Bedeutung zu. Eine Hypothese besagt, dass eine Häufung von „Shoulds“ den Wunsch nach Alkoholkonsum wachsen lässt, um sich was zu holen, zu gönnen, um das Gefühl der Deprivation zu beseitigen. Die Erfahrung zeigt, dass es auf Dauer nicht ausreicht, weniger Alkohol zu trinken, sich mittelfristig gesehen dadurch eben nicht ein großes, sondern ein eher geringes Wohlbefinden einstellt. Mit Hilfe der Methode der Lebensstilreise kann man mit dem Klienten neue Wege auskundschaften, neue Dinge ausprobieren, sich überlegen, was man in sein neues, weniger alkoholbezogenes Leben einbauen kann. Dabei muss der Therapeut jedoch aufpassen, sich nicht so sehr von seinen eigenen Wert- und Zielvorstellungen leiten zu lassen.

Fünf Bereiche sind bei der Lebensstilentwicklung von Bedeutung:

- * Lebensplanung in den Bereichen Arbeit und Beruf
- * Auf- und Ausbau zufriedenstellender Kontakte und Beziehungen
- * Körperarbeit, „Body-Time-Konzept“, d.h. sich täglich für sich durch irgendeine körperliche Tätigkeit Zeit nehmen
- * Suche nach Ersatz für den problematischen Alkoholkonsum, z.B. eine Aktivität, die Spaß macht und/oder Genuss bringt
- * Lebenssinn und Spiritualität

Zusammenfassend kann man sagen, dass der Erwerb von Fertigkeiten im kognitiven, emotionalen und behavioralen Bereich dem Klienten ein erweitertes Verhaltensspektrum zur Verfügung stellt, damit er seine Risikosituationen besser bewältigen kann. Dies und ein veränderter Lebensstil ermöglichen ihm sich neue Verstärkerquellen zu erschließen, was zu einem subjektiven Empfinden von Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden führt (Abele & Becker, 1991, Vaitl, 1991).

Erfahrungen aus der Praxis

Die hier geschilderten Erfahrungen aus der Arbeit mit jüngeren Problemtrinkern stützen sich nicht auf durchgeführte kontrollierte Einzelfallstudien, sondern basieren auf der Betrachtung von Einzelfällen aus den vergangenen Jahren. Wichtig zu wissen ist, dass von der Einrichtung aus bisher keine offensive Herangehensweise an das Thema erfolgt ist, d.h. weder über Presseartikel, Jahresbericht, Leistungsbeschreibung etc. wurde das Therapieziel „Kontrolliertes Trinken“ als Behandlungsziel für Problemtrinker propagiert. Dies hat keineswegs damit zu tun, dass man dies für die Zielgruppe der jungen Problemtrinker (15 bis 30 Jahre/ohne Entzugssyndrom) nicht als ein adäquates Behandlungsziel angesehen hat, sondern vielmehr damit, dass der Begriff kontrolliertes Trinken bei vielen Betroffenen und Fachleuten selten ein differenziertes Denken, Fühlen und Verhalten hervorruft. Dies bedeutet, dass nicht speziell Personen mit der Zielsetzung kontrolliertes Trinken zu erlernen die Beratungs- und Behandlungsstelle aufsuchen, sondern vielmehr im Beratungs- und Behandlungsprozess bei der Fragestellung des Therapieziels grundsätzlich eine Zieloffenheit beim Therapeuten vorhanden ist, wenn keine Kontraindikationskriterien vorliegen.

Eine grundlegende Erfahrung mit Problemtrinkern ist, dass sie meist unter kontrolliertem Trinken das ganz normale Trinken verstehen; wie „jeder andere“, „dass man da auch mal einen trinken kann, ohne sich gleichzeitig zu besaufen“, bekommt man oft zur Antwort. Die Beschreibung des kontrollierten Trinkens, wonach ein vorher festgelegter Trinkplan mit festgelegter Obergrenze und trinkfreien Tagen erforderlich ist, schreckt ab und führt auch schon mal zu Aussagen wie: „Da kann ich ja gleich ganz aufhören“, „ein bisschen zu trinken bringt doch nichts, das ist doch viel schlimmer als gar nichts.“

Die Entscheidung und Verpflichtung zum kontrollierten Trinken erfordert in der Regel das gleiche Ausmaß an Motivationsarbeit wie beim Therapieziel Abstinenz. Die Ambivalenz ist ebenso stark, denn der Problemtrinker hat doch immer noch die Hoffnung „ganz normal“ und ohne die erlebten negativen Konsequenzen trinken zu können. Die Festlegung der Konsumobergrenzen, der trinkfreien Tage, der Konsumregeln gestaltet sich meist als schwieriger Prozess. Es kommt vor, dass sich Klienten überfordern, d.h. sich sehr rigide und enge Konsumgrenzen setzen, wenig Sensibilität für die Schwere der Aufgabe mitbringen und somit ihren Misserfolg provozieren und „planen“.

Andere hingegen wollen nur geringe Korrekturen an ihrem Trinkverhalten vornehmen, sehen kleine Veränderungen nicht als Zwischenziel, sondern schon als Endzustand. Ausrutscher und Rückfall sind beim kontrollierten Trinken in der Ambulanz ähnlich häufig vorkommende Ereignisse wie beim Therapieziel Abstinenz, wobei es in der Aufarbeitung in der Therapie keine Unterschiede gibt. Manchmal kommt es auch vor, dass ein Problemtrinker sein Therapieziel in Richtung Abstinenz verändert, weil er nämlich die Erfahrung gemacht hat, dass es sehr mühsam und schwer ist, sich an die Konsumgrenzen und Konsumregeln zu halten. Er ist selbst zu der Überzeugung gelangt, dass er mit dem Therapieziel Abstinenz zukünftig besser zurecht kommen wird. Als günstig für den Einstieg und die Motivation zur Veränderung hat sich gezeigt, dass man anfangs die Konsumgrenzen nicht vorschreibt und auch nicht zu niedrig ansetzt (wie z. B. in manchen Programmen in Anlehnung an die WHO-Standards mit täglich höchstens 20 g für Frauen und höchstens 40 g Reinalkohol für Männer). Vielmehr sollte man mit dem Klienten

Teilziele in verantwortungsvoller Weise besprechen und aushandeln mit dem Ziel, ein stabiles unproblematisches Trinkverhaltensmuster aufzubauen. Von der praktischen Erfahrung ausgehend kann man zusammenfassend sagen, dass es das kontrollierte Trinkverhalten nicht gibt, sondern jeweils klientbezogene Konsumobergrenzen mit ganz spezifischen Kontrollregeln. Kann sich der Therapeut mit dem Klienten diesen etwas „weiteren Behandlungsrahmen“ zugestehen, dann kann der Therapeut besser herausarbeiten „was der (Klient) eigentlich selbst will und sich zutraut“ (Antons-Volmerg, 1989, S. 19). Milton Erickson (1973) hat diese klientenzentrierte Grundhaltung schön beschrieben:

„Zu viele Therapeuten gehen mit einem aus zum Essen und sagen einem dann, was man bestellen soll. Ich gehe mit einem Patienten zu einem psychotherapeutischen Essen und sage: „Bestellen Sie selbst“.

Literatur

- Abele, A. & Becker, P. (Hrsg.) (1991). *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*. Weinheim: Juventa.
- Abrams, D.B. & Niaura, R.S. (1987). Social learning theory. In H.T. Blane & K.E. Leonard (Eds.). *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford Press, 1987, pp. 131-178.
- Antons-Volmerg K. (1989). Was sollte und könnte an der Therapie des Alkoholismus geändert werden? In F. Buchholz (Hrsg.). *Suchtarbeit: Utopien und Experimente*. Freiburg: Lambertus, S. 13-23.
- Arend, H. (1991). Kontrolliertes Trinken: Ein alternatives Therapiekonzept für die Behandlung von Problemtrinkern. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 4, 305-317.
- Arend, H. (1992). Klinisch-psychologische Diagnostik in der ambulanten Drogenhilfe. In A. Fett (Hrsg.). *Diagnostik in der ambulanten Suchtkrankenhilfe*. Freiburg: Lambertus, S. 105-121.
- Arend, H. (1994). *Alkoholismus - Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Arend, H. (1999). *Alkoholismus - Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*. Weinheim: Beltz Taschenbuch Verlag (2. unveränderte Auflage).
- Baker, L.H., Cooney, N.L. & Pomerleau, O.F. (1987). Craving for alcohol: Theoretical processes and treatment procedures. In: M.W. Cox (Ed.). *Treatment and prevention of alcohol problems: A resource manual*. New York: Academic Press, pp. 183-202.
- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E.K. & Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37, 368-384.
- Christiansen, B.A., Goldman, M.S. & Brown, S. A. (1985). The differential development of adolescent alcohol expectancies may predict adult alcoholism. *Addictive Behaviors*, 10, 299-306.
- Cox, W.M. (Ed.) (1990). *Why people drink. Parameters of alcohol as a reinforcer*. New York: Gardner Press.
- Davies, D.L. (1962). Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 23, 94-104.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ellis, A. (1977). *Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*. München: Pfeiffer.
- Erickson, M. (1973). In I.K. Berg & S.D. Miller. *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen*. Heidelberg: Auer, 1993, S. 69.
- George, W.H. & Maria, G.A. (1983). Alcoholism. The evolution of a behavioral perspective. In: M. Galanter (Ed.). *Recent developments in alcoholism Vol. 1*. New York: Plenum Press, pp. 105-138.
- Havighurst, R.J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: Davis McKay.
- Hoffmann, A.L. (1986). Relationship between severity of alcohol dependence and protracted alcohol withdrawal symptoms. In: A. Carmi, S. Schneider (eds.). *Drug and Alcohol*. Berlin: Springer, pp. 158-165.
- Homme, L.E. (1965). Perspectives in psychology: XXIV: Control of coverants, the operators of the mind. *The Psychological Record*, 15, 501-511.
- Hurrelmann, K. & Hesse, S. (1991). Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter. *Sucht*, 37, 240-252.
- Jacobi, G. (1987) *Mythen im Alkoholismuskonzept*. Ernährungsumschau, 34, 262-66.
- Jacobson, E. (1991). *Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis*. München: Pfeiffer.
- Jonas, K. & Eder-Jonas, R. (1995). Rückfälle Alkoholabhängiger aus Sicht der Theorie geplanten Verhaltens. In: J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.). *Sucht und Rückfall*. Stuttgart: Enke, S. 52-60.
- Kanfer, F.H. & Grimm, L.G. (1980). Managing clinical change: A process model of therapy. *Behavior Modification*, 4, 419-444.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagementtherapie*. Berlin: Springer.
- Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U. (2000). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Marlatt, G.A. (1979). Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioral analysis. In: P.C. Kendall & S.D. Holton (Eds.). *Cognitive-behavioral interventions. Theory, research and procedures*. New York: Academic Press, pp. 319-355.
- Marlatt, G.A. (1987). Alcohol, the magic elixir: Stress, expectancy, and the transformation of emotional states. In: E. Gotthel, K.A. Druley, S. Pashko & S.P. Weinstein (Eds.). *Stress and addiction*. New York: Brunner/Mazel, pp. 302-322.
- Marlatt, G.A. (1990). Cue exposure and relapse prevention in the treatment of addictive behaviors. *Addictive Behaviors*, 15, 395-399.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D.W. (1979). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München: Urban & Schwarzenberg.
- 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, 343-349.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press. Deutsche Übersetzung 1999 Freiburg: Lambertus.
- O'Leary, D.E., O'Leary, M.R. & Donovan, D.M. (1976). Social skill acquisition and psychosocial development of alcoholics: A review. *Addictive Behaviors*, 1, 111-120.
- Pattison, E.M., Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (eds) (1977). *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. New York: Springer.
- Peele, S. (Ed.) (1985). *The meaning of addiction*. Lexington: Lexington Books.
- Premack, D. (1965). Reinforcement theory. In: D. Levin (Ed.). *Nebraska Symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press, pp. 123-180.
- Prochaska, J.O. & Di Clemente, C.C. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Roizen, R. (1987). The great controlled-drinking controversy. In: M. Galanter (ed). *Recent developments in alcoholism*. New York: Plenum Press, Vol. 5, pp. 245-276.
- Schneider, R. (1998). *Die Suchtfibel*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Siegel, S., Krank, M.D. & Hinson, R.E. (1988). Anticipation of pharmacological and nonpharmacological events: Classical conditioning and addictive behavior. In S. Peele (Ed.). *Visions of addiction*. Lexington: Lexington Books, pp. 85-116.
- Taylor, J.G. (1963). A behavioral interpretation of obsessive-compulsive neurosis. *Behaviour Research & Therapy*, 1, 237-244.
- Ullrich de Mynck, R. & Ullrich, R. (1977). *Der Unsicherheitsfragebogen*. Testmanual. München: Pfeiffer.

- Vaitl, D. (1991). Lebensqualität: Ein neues Forschungsfeld in der inneren Medizin und Verhaltensmedizin. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 4, 245-249.
- Wills, TA & Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. In S. Shiffman & T.A. Wills (Eds.), *Coping and substance use*. New York: Academic Press, pp. 3-24.
- Wilson, G.T. (1987). Cognitive processes in addiction. *British Journal of Addiction*, 82, 343-353.
- Zielke, M. (1979). *Kieler änderungssensitive Symptomliste (Kassl)*. Weinheim: Beltz Test
- Zucker, RA & Gomberg, E.S. (1986). Etiology of alcoholism reconsidered: The case for biopsychosocial process. *American Psychologist*, 41, 783-793.