

# SUCHT



## Aspekte des Alkoholismus

## Wir danken unseren SpenderInnen

Johann u. Edeltraud Andorfer, Peuerbach  
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien  
Beate Cerny, Wien  
Michaela Susanna Großbauer, Graz  
Doris Grossi, Wien  
Mag. Peter Humann, Pitten  
Elfriede Jilg, Bad Vöslau  
Mag.<sup>a</sup> Brigitta Kandl, Wien  
Robert Kopera, Reisenberg  
Helmut u. Gertraude Kulhanek, Kierling  
Dr. Gerhard Kunz, Ybbs  
Dr. Gert Moser, Eberau  
Dr. Gerold Obergruber, Graz  
Christiane Popp-Westphal, Neulengbach  
Dr. Ferdinand Schönbauer, Tulln  
Dr. Alfons William, Wien  
Marco Willinger, Laa an der Thaya  
  
und viele anonyme SpenderInnen



Partner des Grünen Kreises

Die Niederösterreichische Versicherung unterstützt die Arbeit des Grünen Kreises.

»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des Grünen Kreises nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

[www.noever.at](http://www.noever.at)

Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des Grünen Kreises!

## Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im Grünen Kreis verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die  
NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG  
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222  
BIC HYPNATWW  
oder fordern Sie bei  
[spenden@gruenerkreis.at](mailto:spenden@gruenerkreis.at)  
einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

[www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

## Impressum

### Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des Grünen Kreis-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtindizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins Grüner Kreis.

Das Grüner Kreis-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

**Medieninhaber:** Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

**Herausgeber:** Verein Grüner Kreis

**Geschäftsführer:** Dir. Alfred Rohrhofer

**Redaktion:** Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch [oewf]

**Eigenverlag:** Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

**Alle:** 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

**Tel.:** +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40

[redaktion@gruenerkreis.at](mailto:redaktion@gruenerkreis.at) | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)

**Layout:** Österreichisches Wirtschaftsforum

**Anzeigen:** Sirius Werbeagentur GmbH

**Druck:** Print Alliance HAV Produktions GmbH

**Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:**

Alfred Rohrhofer, Otto M. Lesch et al., Shird Schindler, Joachim Körkel, Jürgen Hoß, Martin Reker, Helmut Schöggel et al., Annett Lotzin, Human-Friedrich Unterrainer, Kurt Neuhold und KlientInnen im Grünen Kreis

**Bildquellennachweis:**

Cover: © iStock.com / wildpixel

Seite 4 (links): © Nick Mangafas

AutorInnenportraits: privat

**Gender-Hinweis:** Im Sinne einer besseren Lesbarkeit der Texte wurde von uns entweder die männliche oder weibliche Form von personenbezogenen Hauptwörtern gewählt. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung des jeweils anderen Geschlechts.

# Helfen Sie uns helfen!

»Ich heiße Hannah und ich weiß wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass ich Hilfe vom Grünen Kreis« bekomme. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um mich kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute die Suchtkranken von morgen werden.

**Geben Sie Sucht keine Chance - unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!**

Verein Grüner Kreis | NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG  
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW



# editorial



*Liebe Leserin, lieber Leser!*

*Die leichte Verfügbarkeit und die breite gesellschaftliche Akzeptanz ließen Alkohol in unseren Breiten zur Volksdroge Nummer eins werden. Schon im antiken Griechenland haben Philosophen Regeln für den Alkoholkonsum formuliert und sowohl den Missbrauch als auch die Abhängigkeit von Alkohol thematisiert. Aufgrund seiner herausragenden Bedeutung im Suchtspektrum widmen wir uns in dieser Ausgabe des SUCHT-Magazins nochmals den verschiedenen Aspekten der Diagnose und der Behandlung von Alkoholerkrankungen.*

*Als Methode zur Diagnose hat sich weltweit ein Vier-Cluster-Modell bewährt, das im einleitenden Beitrag vom Präsidenten der österreichischen Gesellschaft für Suchtmedizin ausführlich vorgestellt wird. Auf dem Gebiet der Therapie drängen die aus den USA stammende "Gemeindeorientierte Psychotherapie" sowie das "Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)" in den Fokus der Aufmerksamkeit. Schließlich wird der Einfluss der Erziehung auf die Entwicklung von Alkoholabhängigkeiten und das Dauerthema "Abstinenz vs. Kontrolliertes Trinken" zur Überwindung von Alkoholmissbrauch diskutiert.*

*Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.*

*Alfred Rohrhofer*



*Der Verein »Grüner Kreis« wünscht im Namen des gesamten Vorstandes und der Geschäftsführung allen LeserInnen, KlientInnen, MitarbeiterInnen und KooperationspartnerInnen ein frohes Fest und ein erfolgreiches Neues Jahr!*

**Dr. Robert Muhr**  
psychotherapeutischer Leiter

**Dir. Alfred Rohrhofer**  
Geschäftsführer

**Dr. Leonidas Lemonis**  
ärztlicher Leiter



# Inhalt

- 3** Editorial  
Alfred Rohrhofer
  
- 6** Abhängigkeit – von der Theorie zur Praxis  
Otto M. Lesch, Daniel König, Benjamin Vyssoki, Henriette Walter
  
- 10** Komorbiditäten bei AlkoholpatientInnen  
Shird Schindler
  
- 12** Ist kontrolliertes Trinken möglich?  
Joachim Körkel
  
- 14** Der spirituelle Weg aus der Abhängigkeit: Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker  
Jürgen Hoß
  
- 16** Unser Betreuungsangebot
  
- 18** Gemeindeorientierte Psychotherapie bei Alkoholerkrankungen  
Martin Reker
  
- 20** CBASP bei komorbidem Auftreten von chronischer Depression und Alkoholabhängigkeit  
Helmut Schöggel, Daniela V. Amberger-Otti, Martina Platzer
  
- 22** Spurensuche  
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht
  
- 24** Erziehungsstile und Alkoholabhängigkeit  
Annett Lotzin
  
- 26** Neuropsychoanalysis (NPSA) Congress 2019 in Brüssel  
Human-Friedrich Unterrainer
  
- 28** Kunst im Grünen Kreis: Trinkerpark  
Kurt Neuhold

Der Grüne Kreis dankt seinen Förderern



# Abhängigkeit – von der Theorie zur Praxis



von Otto M. Lesch  
unter Mitarbeit von:  
Daniel König  
Benjamin Vyssoki  
Henriette Walter

Suchtmittel sind primär meist pflanzlicher Natur, und sie sind sicher älter als die Menschheit. Es sind pharmakologisch wirksame Substanzen, und sie folgen damit natürlich auch den anerkannten pharmakologischen Regeln.

Die psychopharmakologischen Auswirkungen von Suchtmitteln waren immer schon bekannt, und es gab in praktisch allen Kulturen klare Regeln, in welcher Dosierung und zu welchen Zeitpunkten oder Gelegenheiten Alkohol und Tabak konsumiert werden durften, ja sogar genossen werden sollten (z. B. Rauch-Rituale bei den Indianern, vorgeschriebene Trinkgelage in der mexikanischen Kultur). Wenn man sich an diese Rituale nicht gehalten hatte, waren Alkohol- und Tabakkonsum allerdings auch immer mit schwersten Strafen bis zur Todesstrafe verbunden.

Auch Platon formulierte im 3. Jahrhundert vor Christus bereits klare Regeln zum Konsum von Suchtmitteln (Alkohol), und Plinius der Ältere (der von 23 bis 79 nach Christus lebte) spezifizierte in seinem Werk »Naturalis Historiae«, im Abschnitt Medizin und Pharmakologie, diese Regeln noch genauer. Er definierte in einer seiner Schriften bereits auch Missbrauch und gab therapeutische Empfehlungen zur Behandlung der Abhängigkeit an.

Diese Regeln zum Gebrauch von Suchtmitteln haben heute genau die gleiche Gültigkeit wie vor mehr als 2.000 Jahren. So empfahl Platon etwa, dass man im Rauschzustand weder Behandlungen noch politische Beratungen durchführen soll. Auf die Schäden für Ungeborene wies Platon ebenfalls bereits hin.

## Die Diagnose Abhängigkeit

Die Diagnose Abhängigkeit nach ICD-10 oder ICD-11 gibt für die Akutbehandlung ausreichende Informationen, aber diese Diagnose ist für eine individuelle therapeutische »lege artis«-Begleitung viel zu heterogen (Lesch, 2009). Bereits in der Einleitung zur Klassifikation nach ICD wird darauf hingewiesen, dass die Biografie, die Entwicklung der Psychopathologie und die individuelle biologische

Vulnerabilität nicht vergessen werden dürfen. Da Abhängige in ihrem Verlauf oft sehr spät in Therapie kommen, ist die Diagnose oft mit verschiedenen schweren somatischen und psychischen Folgekrankheiten vermischt.

## Ätiologie der Abhängigkeit

Die Ätiologie von Missbrauch und Abhängigkeit ist, wie schon betont, vor allem in der Vulnerabilität von Menschen zu sehen und nicht nur in den Wirkungen verschiedener Suchtmittel. Wir möchten dies anhand der Ätiologie von Diabetes mellitus als Beispiel erklären. Diabetes mellitus ist eine Erkrankung des Zuckerstoffwechsels und anderer Vulnerabilitäten (z. B. Insulinstoffwechsel). Es wurden bei Diabetes mellitus zwei Untergruppen gebildet, wobei eine dieser Gruppen vor allem durch genetische Faktoren (Zuckerstoffwechsel, Sensitivität für Insulin) bedingt ist, während in einer anderen Gruppe Umweltfaktoren, psychologische Auffälligkeiten und das metabolische Syndrom die Symptomatik bewirken und der in hohen Dosen eingenommene Zucker vom Körper nicht entsprechend verarbeitet werden kann. Zucker ist je nach Dosierung und Frequenz der Einnahme für beide Gruppen von Diabetikern eine Substanz, die gesundheitsschädlich oder sogar tödlich sein kann. Auch der rasche Entzug der Zuckerzufuhr führt bei Diabetes-mellitus-Patienten zu schweren körperlichen Störbildern, die sogar zum Tod führen können (diabetisches Koma, Grand-mal-Anfälle, vegetative Symptome, Durchgangssyndrome nach Wieck usw.).

Abhängigkeitskranke haben entweder eine genetische primäre Vulnerabilität oder diese genetische Kondition ist in sehr jungen Jahren, oft noch im Mutterleib, vor allem in den ersten Wochen der Schwangerschaft, durch Schädigungen erzeugt worden (z. B. rauchende und/oder trinkende Mütter). Schwere

psychische Traumatisierungen können zu biologischen Vulnerabilitäten führen, die genauso ätiologisch wichtig sein können wie die der primären genetischen Ausstattung. Das Suchtmittel wird dann oft als Coping-Strategie zur Bewältigung des Lebens eingenommen.

Die nach psychotherapeutischen Schulen entwickelten psychologischen Ätiologiemodelle von Suchterkrankungen erklären immer nur einen Teilaspekt der Entwicklungen, haben aber bisher zu keinem spezifischen psychotherapeutischen Vorgehen geführt. Verhaltenstherapeutische Methoden (z. B. die BRENDA-Methode), systemische Therapieangebote und auch hypnotherapeutische Verfahren basieren auf wissenschaftlichen Daten, die die Wirksamkeit nachweisen, allerdings gibt es auch in diesem Bereich sowohl negative als auch positive Studien (Hester/Miller, 2003, siehe auch: UNODC/WHO, 2016). Da Tabak und Alkohol überall leicht erhältlich sind, werden diese Suchtmittel bei verschiedensten psychischen Störungen missbraucht, und natürlich hat das Rauchen bei Kranken aus dem schizophrenen Spektrum eine andere Funktion als das Rauchen bei Menschen mit Zwangshandlungen oder Rauchen bei Impulskontrollstörungen.

### Untergruppen von Abhängigkeiten

Die Heterogenität der Abhängigkeiten ist heute unbestritten, und es ist heute weltweit anerkannt, dass eine Vier-Cluster-Lösung am ehesten den verschiedenen Ansprüchen einer Diagnose gerecht wird (Hesselbrock et al., 2006). Diese Untergruppen kann man heute bei verschiedenen Substanzabhängigen instrumentell erfassen (z. B. für Alkoholabhängige: www.lat-online.at, für Tabakabhängige: European Smoking Classification System, für Opiatabhängige: Opiat-Typologie-Fragebogen). Diese Untergruppen wurden genetisch, psychologisch, biologisch und therapeutisch validiert und haben sich in der Forschung und in der Therapie bewährt (Pombo et al., 2008, Leggio et al., 2009, Lesch et al. 2011, Vyssoki et al., 2011, Salem et al., 2014). Auch für forensische Fragestellungen werden sie in Österreich und Deutschland empfohlen (Platz, 2007).

Für die tägliche Praxis werden nun diese Untergruppen genauer beschrieben, um zu zeigen, wie wichtig die Unterschiede sind, um eine »lege artis«-Motivation und - Behandlung durchführen zu können: Die vier Gruppen wurden

durch das Begleiten von Langzeitverläufen bei Alkoholabhängigen definiert und erlauben deshalb auch, realistische Prognosen zu definieren.

Die Verläufe wurden in schlechter Verlauf (Typ 4), episodischer Verlauf (Typ 3), milder Verlauf (Typ 2) und völlig abstinenter Verlauf (Typ 1) eingeteilt. Diese Einteilung fand sich auch bei Tabakabhängigen. Bei Opiatabhängigen konnten nur Typ-4- und Typ-3-Personen definiert werden. Typ 1 und 2 konnten nicht getrennt werden. Je nach Institution kommt man wegen der Selektionsmechanismen mit unterschiedlichen Untergruppen in Kontakt (Vyssoki et al., 2010).

### Untergruppenbeschreibung

#### Untergruppe: Typ 4

Kindliche Entwicklungsstörungen (Developmental Disorders nach DSM-5, Block L1-6), biologische Schäden (z. B. Epilepsie), ausgeprägtes ADHS (WURSSkala), cyclothymes oder irritables Temperament (TEMPS-Skala), frontale Funktionsstörungen (FAB) führen zu einer sehr schwierigen psychosozialen Entwicklung, mit frühem Beginn von Suchtmittelmissbrauch mit Schul- und Lehrabbrüchen, wenig Ausbildung und oft deutlicher Armut. Diese Menschen haben mit der Behörde manchmal schon in der Kindheit zu tun, und auch später benötigen sie oft die Hilfe von AMS oder Caritas. Sie werden bei der Polizei auffällig und landen oft vor Gericht (sogenannter asozialer Verlauf). In einem repräsentativen Sample findet man bei allen Abhängigen (Tabak, Alkohol, Opiate) 24 % solche Verläufe. Alle anderen Symptome der Abhängigkeit wie Entzugserscheinungen oder affektive Störungen sind für die Therapie wesentlich weniger wichtig. Im Vordergrund stehen schwere persönliche Probleme. Kurzfristige psychiatrische Zwangshandlungen sind völlig unwirksam. Die Betroffenen brauchen Sicherheit im Wohnen, eine verlässliche finanzielle Unterstützung ohne Schikane und eine Stabilität in der Langzeitbetreuung. Trotz bester Begleitung treten immer wieder Krisen auf (mit oder ohne Suchtmittel), die dann eine rasche und suffiziente Krisenintervention brauchen (oft eine kurze sofortige stationäre Aufnahme). Im normalen Leben sind sie oft isoliert und haben keinerlei Tagesstruktur. Im Verein Struktur bieten wir dies mit großem Erfolg für diese Untergruppe an. Da sich die wesentlichen Gründe für diesen

Verlauf oft nur leicht verbessern oder gleichbleiben, benötigen die Betroffenen manchmal eine lebenslange suchtmittelspezifische Substitution (Nikotinersatz oder Vareniclin für Typ-4-Nikotinabhängige, Sodium Oxybate [Alcove] für Alkoholabhängige und Methadon für Opiatabhängige). Wenn sie länger – oft Jahre – stabil sind, wollen die meisten die Substitution reduzieren oder absetzen. Diesem Wunsch sollte man heftig widersprechen, weil nach dem Absetzen schwere Rückfälle vorprogrammiert sind. Motivation zur regelmäßigen Therapie steht im Vordergrund und Stabilität der regelmäßigen Substitution ist das Ziel. Abstinenz ist für diese Gruppe fast immer unrealistisch und nicht erreichbar.

#### Untergruppe: Typ 3

Diese Gruppe von Abhängigen bietet kein Symptom, welches die Zuordnung zum Typ 4 verlangt, es besteht oft eine bipolare Typ-2-affektive Erkrankung nach ICD-10, unabhängig von der Suchtmittelleinnahme und von Entzugssymptomen. Der episodische Verlauf spiegelt die affektive Grundstörung wider und diese hat oft bereits vor Beginn der Suchtmittelleinnahme Stimmungsschwankungen bewirkt. Nikotin und Alkohol werden z. B. als Antidepressivum eingesetzt. Suizidale Tendenzen oder Versuche können manchmal exploriert werden. Die primäre Persönlichkeit entspricht den Kriterien der Tellenbach-Persönlichkeit – leistungsorientiert, mit sich selbst nie ganz zufrieden, starre Wertvorstellungen (richtig oder falsch), lebt für die Systeme (Beruf, Familie), vernachlässigt alle eigenen Talente, um alles richtig zu machen, kann schlecht »Nein« sagen. Diese ständige Belastung führt zu biologischen Reaktionen im limbischen System und zu Störungen der Chronobiologie und damit zu affektiven Erkrankungen. Diese Gruppe benötigt eine intensive Psychotherapie und eine massive Förderung des eigenen Lebensstiles. Ohne primäre Substitution und richtige Pharmakotherapie (Antidepressiva, Phasenprophylaxe usw.) ist keine Stabilisierung zu erwarten. Da die psychotherapeutische Beziehungsarbeit mindestens zwei Jahre dauert, bis wirkliche Verbesserungen erzielt werden können, sollte die Substitution für zwei Jahre beibehalten werden und erst dann kann an eine Reduktion gedacht werden. Diese Gruppe möchte aufgrund ihrer primären Persönlichkeit sehr viel Therapie (am liebsten zwei Psychotherapien gleichzeitig und täglich ein Sportprogramm etc.)

→ Seite 8

machen, man muss deshalb in den ersten Monaten eher bremsen. Diese Gruppe ist am Anfang leicht abstinent zu führen, aber wenn es nicht gelingt, die Symptome der affektiven Erkrankung zu verbessern, und keine psychische Lockerung mit Förderung der Eigenbedürfnisse gelingt, kommt es zu schweren Rückfällen und meist zum Therapieabbruch.

#### **Untergruppe: Typ 2 und 1**

Diese beiden Gruppen haben keine Symptome, die die Zuordnung zu Typ 4 oder 3 verlangen (keine Komorbidität mit einer affektiven Störung, keine Entwicklungsstörung). Sie erfüllen die Kriterien der Abhängigkeit nach DSM-5 (mittel bis schwer) und nach ICD-10 und ICD-11, haben aber sonst keine psychiatrisch relevante Störung.

Typ 2 und Typ 1 trennen die pharmakologischen Wirkungen des Suchtmittels wie Entzugssyndrome, Entzugsanfälle oder delirante Durchgangssyndrome. Da bei Tabakabhängigkeit das Entzugssyndrom nur schwer zu fassen ist, wurde der Fagerström-Test herangezogen: Fagerström 5 oder mehr wird Typ 1 und Fagerström unter 5 wird Typ 2 zugeordnet. Fagerström 5 oder mehr korreliert mit dem Schweregrad des Entzugssyndroms und mit dem Schweregrad von tabakbedingten Folgeschäden. Bei Alkohol ist das Entzugssyndrom gut zu fassen (z.B. mit der CIWA-Skala) und auch die Entzugsanfälle sind klar zu beschreiben. Für Alkohol liegt auch ein Computerprogramm kostenfrei in 17 Sprachen vor, das die Zuordnung zur Typologie gestattet ([www.lat-online.at](http://www.lat-online.at)). Bei Opiaten haben alle Betroffenen schwere Entzüge, weshalb die Trennung von Typ 1 und 2 nicht möglich ist.

#### **Untergruppe: Typ 2**

Wie bereits betont, zeigen diese Abhängigen nach ICD-11 oder DSM-5 keine Symptome, die die Zuordnung zu Typ 3 oder 4 verlangen. Sie zeigen auch keine schweren Entzugserscheinungen und keine Entzugsanfälle, bei Tabak haben sie einen Fagerström-Wert von 4 oder weniger. Bei dieser Gruppe werden Suchtmittel eingesetzt, um sich mehr zu trauen und um Ängste zu reduzieren. Die Betroffenen wurden in ihrer Biografie oft gekränkt und verfügen über ein sehr niederes Selbstwertgefühl, und sie fürchten sich vor weiteren Kränkungen. Sie versuchen, Konflikten aus dem Weg zu gehen, und im intoxikierten Zustand

kommt es dann oft zu überschießenden aggressiven Durchbrüchen gegen die nähere Umgebung. Dominante Partner oder dominante Eltern treffen dann meist diese Aggressionen.

In der Therapie geht es darum, den Patienten wieder ihre Würde zurückzugeben und ihre Kompetenzen zur Konfliktlösung zu verbessern. Sie müssen neue Strategien lernen, um mit Kränkungen besser umzugehen. Die Suchtmittel spielen eine untergeordnete Rolle, im Mittelpunkt steht der psychotherapeutische Prozess, wobei sich vor allem verhaltenstherapeutische und hypnotherapeutische Verfahren bewährt haben. Man kann in dieser Gruppe die langsame Reduktion des Suchtmittels durchführen und benötigt nur kurze Zeit eine Substitution. Im Langzeitverlauf kommt es oft zu milden Rückfällen, die leicht aufgefangen werden können. Man sollte sich im psychotherapeutischen Prozess durch Episoden der Einnahme nicht stören lassen. Kommt es nur zu suchtmittelspezifischen Verordnungen und zu keiner psychotherapeutischen Beziehungsarbeit, entwickelt sich meist spätestens nach fünf Jahren eine Abhängigkeit, die auch Symptome der anderen Gruppen Typ 1, 3 oder 4 aufweist (z.B. Epilepsie, Komorbidität oder schwere Entzüge).

#### **Untergruppe: Typ 1**

Diese Gruppe hat, wie schon betont, keine Symptome, die eine Zuordnung zu Typ 3 oder 4 bewirken. Sie ist durch hohe Einnahmemengen und schwere Entzugserscheinungen definiert. Die Betroffenen sind zwar pharmakologisch abhängig, haben aber keine therapie-relevante psychische Problematik. Sie sind häufig hyperthym und nach entsprechender Aufklärung leicht zu motivieren. Sie verwenden das Suchtmittel nur zur Bekämpfung der schweren Entzugssymptome. Sie rauchen sofort nach dem Aufwachen oder bereits in der Nacht, um den Nikotinspiegel zu heben, sie trinken Alkohol am Morgen, um arbeitsfähig zu werden, nehmen Opiate in regelmäßigen Abständen, um die Schmerzen und Krämpfe zu vermeiden, usw. Die Frage nach der Menge des Suchtmittels, die den Betroffenen hilft, die Entzugserscheinungen zu vermeiden, hilft, die richtige Dosierung für die Entzugsbehandlung zu finden. Erlebt der Patient, dass ihm die Entzugsbehandlung leicht erlaubt, auf sein Suchtmittel zu verzichten,

kann je nach Suchtmittel diese Therapie rasch abgesetzt werden. In der Abstinenz sind diese Abhängigen meist psychisch unauffällig. 25 % von ihnen weisen auch Merkmale von Typ-2-Patienten auf und benötigen deshalb auch das psychotherapeutische Angebot für den Typ 2. Alle anderen benötigen nur Unterstützungen zur Erhaltung der Abstinenz: pharmakologisch (z.B. Alkohol: Disulfiram und Campral) und eine Unterstützung gegen das oft weiter Suchtmittel einnehmende soziale Umfeld (z.B. AA-Gruppen). Wenn sie wieder beginnen, ihr Suchtmittel zu nehmen, steigern sie sehr rasch die Dosis und entwickeln oft schon nach Tagen wieder schwere Entzugserscheinungen.

Eine »lege artis«-Behandlung von Abhängigen ist ohne diese Unterteilung nicht möglich. Im Gegenteil benötigt man oft für eine richtige Behandlung noch mehr Informationen. Die Einhaltung der Menschenrechte, die Behandlung so früh wie möglich wird weltweit gefordert, aber – wie wir in einer Untersuchung in 46 Ländern zeigen konnten – fast nie eingehalten (siehe auch UNODC/WHO, 2016 und Lesch et al., 2011; 2. Auflage wird November 2019 erscheinen).

Nach dieser wissenschaftlichen Betrachtung möchten wir nun das Programm vorstellen, das für die Behandlung jedes Suchtkranken notwendig ist:

#### **Erstkontakt**

Man sollte den Patienten in seiner Biografie von der richtigen Stelle abholen. Die Schritte sollten der FRAMES-Methode folgen und das erste Gespräch sollte die BRENDA-Methode verwenden. In der Exploration wird nach den psychischen, biologischen und sozialen Konsequenzen gefragt, dann wird mit den Patienten die Interaktion mit den Suchtmitteln herausgearbeitet, wobei man darauf achten muss, dass die Patienten und nicht nur die Therapeuten die Zusammenhänge verstehen (was ist angenehm an der Einnahme, was ist unangenehm, keine wertenden Fragen). Empathisches Zuhören ohne Störung von außen ist die Grundlage. Dann zeigt man klar eine Reihe von Therapiezielen auf, schaut, wie diese von den Betroffenen aufgenommen werden, und einigt sich auf ein erstes realistisch erreichbares Therapieziel, welches für die Betroffenen klar und bedeutend ist, und vereinbart einen neuen Termin – am besten am nächsten Tag, aber spätestens nach



sieben Tagen, um zu sehen, ob dieses erste Therapieziel erreicht wurde. Bereits im ersten Gespräch ist der Schweregrad der Intoxikation der eingenommenen Substanzen zu erfassen und nach dem Schweregrad der befürchteten Entzugserscheinungen zu fragen. Bei Alkoholabhängigen ist der Lesch-Alkoholismustest durchzuführen ([www.lat-online.at](http://www.lat-online.at)). Mit ihm wird nicht nur die Typologie erhoben, sondern noch viele andere therapierelevante Faktoren (Alter bei Beginn der Abhängigkeit, vor oder nach dem 25. Lebensjahr – siehe Typologie von Cloninger oder Babor, familiäre genetische Belastungen: Abhängigkeiten und/oder affektive Erkrankungen in der Familie usw.). Bei den anderen Suchtmitteln sollte man zumindest nach diesen Fakten fahnden.

Am Schluss der ersten Sitzung erfassen wir mittels 10-cm-Skala den Veränderungswunsch und mit einer anderen 10-cm-Skala die Veränderungskompetenz. Wir besprechen dann, dass wir gemeinsam versuchen werden, die Veränderungskompetenz zu verbessern.

Wenn es das Setting erlaubt, objektivieren wir mittels Temps-Skala das Temperament, und mittel WURS-Skala bestimmen wir den Schweregrad des ADHS, weil diese Syndrome in der Psychotherapie berücksichtigt werden sollten.

Das erste Ziel ist meist eine regelmäßige Betreuung und die Sicherstellung von Wohnen, Essen und der Schutz vor einem oft sehr schwierigen sozialen Umfeld.

Mit diesem Vorgehen haben wir in Serbien eine Studie mit Alkoholabhängigen durchgeführt. Wir konnten beweisen, dass die Einführung der Typologie mittels [www.lat-online.at](http://www.lat-online.at) zu einer signifikanten Verbesserung der Ergebnisse (Abstinenzraten, Wiederaufnahmen) führt und durch den früheren richtigen Therapieansatz auch die Kosten für das Gesundheitssystem reduziert werden können. Wir haben zwei Jahre lang die Ergebnisse der üblichen Therapie an Alkoholabhängigen erfasst, dann das Personal in den Zentren mittels LAT geschult und dann zwei Jahre lang wieder mit der neuen Methode die Ergebnisse dokumentiert. Dann wurden vor und nach der Einführung Paare nach Alter, Geschlecht, sozialem Status, Schweregrad der Abhängigkeit gebildet und die Ergebnisse publiziert (Jakovljevic et al., 2013, 2014). Ähnliche Untersuchungen liegen jetzt auch für Bulgarien,

Deutschland und Portugal vor und sie zeigen in Bezug auf die Wiederaufnahme Ergebnisse, die unsere Studie in Serbien unterstützen.

Wenn man mit diesem Vorgehen vertraut ist, kann man bei vielen Patienten den Veränderungswunsch viel leichter verstärken und die Veränderungskompetenz verbessern, und man erlebt auch selbst sehr positive Entwicklungen, die die Freude an der Arbeit mit Abhängigen deutlich erhöhen.

## Literatur

**Hester RK, Miller WR (2003):** Handbook of Alcoholism and Treatment Approaches. Effective Alternatives – Third Edition, Allyn & Bacon.

**Hesselbrock VM, Hesselbrock MN (2006):** Are there empirically supported and clinically useful subtypes of alcohol dependence? *Addiction* 101(1):97–103.

**Jakovljevic M, Riegler A, Jovanovic M, Djordjevic N, Patek K, Lesch O, Walter H (2013):** Serbian and Austrian alcohol-dependent patients: a comparison of two samples regarding therapeutically relevant clinical features. *Alcohol Alcohol* 48(4):505–8.

**LAT software induced savings on medical costs of alcohol addicts' care—results from a matched-pairs case-control study.** *PLoS One* 7; 9(11):e111931.

**Leggio L, Kenna GA, Fenton M, Bonenfant E, Swift RM (2009):** Typologies of alcohol dependence. From Jellinek to genetics and beyond. *Neuropsychol Rev.* 19(1):115–29

**Lesch OM, Dvorak A, Hertling I, Klingler A, Kunze M, Ramskogler K, Saletu-Zylharz G, Schoberberger R, Walter H. (2004):** The Austrian Multicentre Study on Smoking: Subgroups of Nicotine Dependence and their Craving. *Neuropsychobiology* 50:78–88.

**Lesch OM, Walter H, Wetschka CH, Hesselbrock M, Hesselbrock V (2011):** Alcohol and Tobacco, Medical and Sociological Aspects of Use, Abuse and Addiction. Springer (2. Aufl. wird im November 2019 erscheinen).

**Lesch OM (2009):** Addiction in DSM V and ICD-11 state of the art, *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 77: 507–512.

**Platz W (2007):** Forensische Psychiatrie. In: Brüssow R, Gatzweiler N, Krekler W, Mehle V.: Strafverteidigung in der Praxis. 4. Auflage. Deutscher Anwalt Verlag.

**Pombo S, Reizinho R, Ismail F, Barbosa A, Figueira LM, Cardoso JMN, Lesch OM (2008):** NETER1 alcoholic 5 subtypes: Validity with Lesch four evolutionary subtypes. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 12(1):55–64.

**Salem BA, Vyssoki B, Lesch OM, Erfurth A (2014):** Lesch typology and temperament in opioid dependence: a cross-sectional study. *J Affect Disord.* 165:203–7.

**UNODC, WHO (2016):** International Standards for the Treatment of Drug Use.

**Vyssoki B, Blüml V, Gleiss A, Friedrich F, Kogoj D, Walter H, Zeiler J, Höfer P, Lesch OM, Erfurth A (2011):** The impact of temperament in the course of alcohol dependence. *J Affect Disord.* 135(1–3):177–83.

**Vyssoki B, Steindl-Munda P, Ferenci P, Walter H, Höfer P, Blüml V, Friedrich F, Kogoj D, Lesch OM (2010):** Comparison of alcohol-dependent patients at a gastroenterological and a psychiatric ward according to the Lesch alcoholism typology: implications for treatment. *Alcohol Alcohol* 45(6):534–40.

### Univ.Prof. Dr. Otto-Michael Lesch

leitete über viele Jahre den Alkoholschwerpunkt an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie.

Seit 2005 ist er Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Suchtmedizin. Im Mittelpunkt seines umfassenden wissenschaftlichen Werkes steht die Alkoholforschung, insbesondere die Definition und Untersuchung von Subgruppen der Alkoholabhängigkeit und die Untersuchung biologischer Marker.

Darüber hinaus hat sich Otto Lesch neben der medikamentösen Behandlung auch mit den sozialen Folgen und sozialen Risikofaktoren für Alkoholabhängigkeit beschäftigt. Außerdem hat er sich mit Nikotinabhängigkeit und anderen Formen Substanzgebundener Suchterkrankungen beschäftigt.

Otto Lesch hat in Wien studiert und sich in Psychiatrie mit einer nach ihm benannten Verlaufstypologie habilitiert. Er hat mehr als 300 Artikel in internationalen Journalen publiziert. Er ist seit mehreren Jahren im Editorial Board renommierter Suchtjournalen wie »Alcohol and Alcoholism« oder »Journal on Alcoholism and related Addictions« und ein international vielbeschäftigter Reviewer für Forschungsanträge und Institute ausländischer Universitäten.

### Dr. Daniel König

Univ. Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie Wien  
Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie

### Ass. Prof. PD Dr. Benjamin Nathan Vyssoki

Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapeutische Medizin  
Ambulanz für Alkoholismusgefährdete an der Univ.  
Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie Wien

### ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Henriette Walter

Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie  
Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapeutische Medizin  
Ambulanz für Alkoholismusgefährdete an der Univ.  
Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie Wien

# Komorbiditäten bei AlkoholpatientInnen



von Shird Schindler

Der Begriff psychiatrische Komorbidität im Rahmen einer Suchterkrankung beschreibt das Phänomen, dass PatientInnen an einer Abhängigkeitserkrankung leiden und zusätzlich eine weitere Störung aus dem Gebiet der psychiatrischen Diagnosen aufzuweisen haben.

## Alkoholsucht in Österreich

Die Alkoholabhängigkeit und der Alkoholmissbrauch sind in Österreich weit verbreitet: Geschätzte 340.000 ÖsterreicherInnen gelten derzeit als alkoholabhängig, nahezu jede/r vierte Erwachsene konsumiert Alkohol in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß. Obwohl die Gesamtzahl der alkoholkranken Menschen in den letzten Jahren nahezu gleich geblieben ist, nimmt der relative Anteil der Frauen deutlich zu, während der der Männer leicht sinkt. Rund 10% der

ÖsterreicherInnen erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Alkoholsucht und brauchen deshalb eine entsprechende Therapie. In der Studie »Global Burden of Diseases« nimmt Alkohol seit langem eine führende Stelle bei den Männern ein und ist nach der koronaren Herzkrankheit die Krankheit, die die zweitmeisten DALYs hat, also Jahre, die wegen einer Krankheit weniger gelebt werden, und Jahre, die mit Krankheit und Behinderung bis zum Tod gelebt werden.

Global Burden of Disease 2015: Die fünf führenden Ursachen für DALYs in Industriestaaten		
	Männer	Frauen
1	Koronare Herzkrankheit	Unipolare depressive Erkrankungen
2	Alkoholsucht	Alzheimer und Demenz
3	Unipolare depressive Erkrankungen	Diabetes mellitus
4	Diabetes mellitus	Ischämische Herzkrankheit
5	Zerebrovaskuläre Krankheiten	Zerebrovaskuläre Krankheiten

Mathers & Loncar, 2005

## Sucht und psychiatrische Komorbidität

Der Begriff psychiatrische Komorbidität im Rahmen einer Suchterkrankung beschreibt das Phänomen, dass PatientInnen an einer Abhängigkeitserkrankung leiden und zusätzlich eine weitere Störung aus dem Gebiet der psychiatrischen Diagnosen aufzuweisen haben. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema wurde erst Anfang der 90er-Jahre des vorigen Jahrhunderts intensiviert, um die Relevanz des gleichzeitigen Auftretens verschiedener Krankheitsbilder und ihre gegenseitige Verknüpfung genauer zu erforschen.

Bei der Betrachtung von Sucht und psychiatrischer Komorbidität existieren verschiedene ätiologische Krankheitsmodelle, anhand derer versucht wird, das Auftreten von mehreren psychiatrischen Störungen zur gleichen Zeit zu erklären.

### 1. Das Trigger-Modell

Die psychische Störung wird als Folge der Abhängigkeit angesehen, wie es, zum Beispiel, bei einer drogeninduzierten

Psychose als Folge eines Cannabis- oder auch Kokainkonsums der Fall sein kann.

### 2. Drift-Hypothese

Der Substanzgebrauch ist eine Folge der psychischen Störung. PatientInnen versuchen sich durch Substanzmissbrauch selbst zu therapieren (»Selbstmedikationshypothese«). Beispiele hierfür sind der hohe RaucherInnenanteil bei SchizophreniepatientInnen, die versuchen, durch Nikotinkonsum ihre kognitiven Fähigkeiten zu verbessern (ein, wie in jüngeren Publikationen bestätigt wurde, nur äußerst kurzfristiger Effekt), oder der hohe Prozentsatz von PsychosepatientInnen mit regelmäßigem Cannabisabusus. Hier bleibt natürlich die Frage offen, ob man die Psychose als Folge des Cannabismissbrauchs ansieht (Trigger-Modell) oder ob der Substanzabusus im Rahmen eines Versuchs, sich selbst zu therapieren, vonstattengeht (Drift-Hypothese).

### 3. Dopamin-Hypothese

Sowohl der Substanzmissbrauch als auch die psychiatrische Erkrankung sind auf

eine genetische Störung zurückzuführen, die zu einem Ungleichgewicht im Dopaminhaushalt führt.

### Klassifikation der Störungen

Abhängigkeit wie auch psychiatrische Diagnosen sind in der »International Classification of Diseases«, der ICD-10, der zehnten überarbeiteten Fassung der WHO-Klassifikation, enthalten und werden ebenfalls im DSM-IV, dem »Diagnostic Statistical Manual«, vierte Revision, der American Psychiatric Association aufgelistet.

Prävalenzdaten: Es gibt viele publizierte Daten, die belegen, dass gleichzeitiges Vorkommen von Suchterkrankungen und anderen psychiatrischen Diagnosen keine Seltenheit darstellt. So konnte eine Untersuchung, die 1997 von Kessler et al. durchgeführt wurde, aufdecken, dass der Prozentsatz an PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit, die an einer zusätzlichen psychischen Störung leiden, sehr hoch ist. So wurde im Rahmen der Studie evident, dass bei 78,3% der befragten alkoholkranken Männer und bei 85% der befragten alkoholkranken Frauen eine zusätzlich psychiatrische Diagnose gestellt werden kann. Hierbei liegt der Anteil der Alkoholiker, die an einer Angststörung erkrankt sind, bei 35,8%, während bei 60,7% der Frauen mit Alkoholsucht eine Angststörung festgestellt werden kann. Betrachtet man affektive Störungen, so liegt die Prävalenz der männlichen Befragten mit Alkoholabusus bei 28,1% und die Prävalenz der weiblichen Studienteilnehmer mit gleichzeitigen Alkoholproblemen bei 53,5%.

Diese Ergebnisse zeigen auf, dass beim Vergleich zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Häufung von mehr als einer psychiatrischen Diagnose massive Unterschiede bestehen und dass im Rahmen einer individuellen Betreuung dieser PatientInnenpopulation geschlechtsspezifische Behandlungsregime von zentraler Bedeutung sind. Folgende Risikofaktoren sind gehäuft bei der Kombination von drei oder mehreren Störungen des psychiatrischen Formenkreises zu beobachten:

- Weibliches Geschlecht
- Jüngere Altersgruppe
- Niedriges Einkommen
- Geringer Bildungsstand
- Leben in der Stadt

Im Rahmen der »Seventh European Conference on Clinical Aspects and

Treatment of HIV-Infection« in Lissabon im Jahre 1997 der European AIDS Clinical Society zeigten ForscherInnen auf, dass Schizophrenie-PatientInnen zu 47% Abhängigkeitserkrankungen aufweisen, 34% die Symptome eines Alkoholabusus zeigen und bis zu 28% von anderen Substanzen abhängig sind; vor allem Nikotinabusus ist im Rahmen einer Schizophrenie-Erkrankung sehr häufig zu beobachten. Betrachtet man in weiterer Folge die Opioid-Abhängigkeit, so ist belegt, dass die Lebenszeitprävalenz einer gleichzeitig vorkommenden komorbiden Störung bei 65% liegt. 37% der PatientInnen, die opioidabhängig sind, leiden an einer Persönlichkeitsstörung, 31% haben zeitgleich eine affektive Erkrankung und 32% aller Opioidabhängigen erfüllen die diagnostischen Kriterien einer Angsterkrankung, wobei auch in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden muss, dass opioid-süchtige Frauen in erhöhtem Ausmaß von Angststörungen, Phobien und affektiven Störungen betroffen sind.

### Komorbiditäten im Speziellen bei der Alkoholsucht

#### 1) Psychiatrische Komorbiditäten

Zu den psychiatrischen Komorbiditäten beim problematischen Alkoholkonsum zählen vor allem Traumata, affektive Störungen, insbesondere Depressionen und Angststörungen, sowie Persönlichkeitsstörungen. Personen mit Demenzerkrankungen zählen zu den Risikogruppen für eine sekundäre Alkoholproblematik.

PatientInnen mit schädlichem oder abhängigem Alkoholkonsum weisen also eine hohe Prävalenz für psychiatrische Erkrankungen auf. Umgekehrt liegt bei PatientInnen mit psychischen Störungen ein im Vergleich zur Normalbevölkerung signifikant erhöhter problematischer Alkoholkonsum vor. Allerdings variieren die Angaben in den Studien aufgrund methodischer Unterschiede und Stichprobeneffekte erheblich.

In der ersten groß angelegten Komorbiditätsstudie, der »US Epidemiological Catchment Area Study (ECA)«, fand sich bei 37% der Personen mit Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Gebrauch zumindest eine komorbide psychische Störung (Regier et al.).

Im US-amerikanischen »National Comorbidity Survey (NCS)« wies knapp die Hälfte der Personen mit psychiatrischen Diagnosen einen

gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum auf, und umgekehrt bestand bei 40 bis 65% der Alkoholkranken zumindest eine psychiatrische Störung (Kessler et al.).

PatientInnen mit Schizophrenie sind in besonders hohem Maße von einer substanzbedingten Störung betroffen. Gemäß internationalen Studien, z. B. von Regier, liegt bei rund 47% der PatientInnen zusätzlich ein Substanzmissbrauch bzw. eine Abhängigkeit vor.

Schizophrene PatientInnen haben laut einer Untersuchung von Krausz im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein zehnfach erhöhtes Risiko für die Entwicklung von schädlichem oder abhängigem Alkoholkonsum.

Erklärungsmodelle für diese gehäufte Komorbidität gehen von verstärktem Substanzsuchtverhalten aus, wobei möglicherweise eine symptomlindernde, angstlösende, antidepressive Wirkung gesucht wird, oder sie gehen von einer gemeinsamen genetischen Vulnerabilität aus.

#### Lebenszeit-Komorbiditäten bei Alkoholabhängigen

Angststörungen	1-69%
Affektive Störungen	20-73%
Schizophrenie	2-8%
Einmalige psychotische Symptome, ohne dass allerdings die Kriterien für eine Schizophrenie erfüllt waren	43%
Borderline-Persönlichkeitsstörung	13-54%
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	14-53%
Suizidversuch	25-35%
Nikotinabhängigkeit	64-85%
Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit	13-29%
Drogenmissbrauch/-abhängigkeit	0,5-7,5%

Lindenmeyer, 2005

Des Weiteren ist auch bei einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) die Komorbiditätsrate sehr hoch, sie beträgt bei Abhängigkeitserkrankungen rund 30%. Daher sollten alle PatientInnen mit Substanzmissbrauch ein genaues Screening auf PTSD inklusive Psychodiagnostik erfahren. PatientInnen mit einer PTSD sollten wiederum auf das Risiko der Entwicklung einer komorbiden psychischen Störung und speziell der eines Substanzmissbrauchs hingewiesen werden.

Zusammenfassend zählen zu den häufigsten psychiatrischen Komorbiditäten bei Alkoholkrankheit die Depression und depressive Anpassungsstörungen,

→ Seite 30

# Ist kontrolliertes Trinken möglich?



von Joachim Körkel

Abstinenz ist keineswegs die einzig »logische« Möglichkeit zur Überwindung einer Alkoholabhängigkeit.

## Das Abstinenzdogma

Bis heute gilt Alkoholabstinenz in vielen Kreisen als Notwendigkeit zur Überwindung eines übermäßigen Alkoholkonsums oder einer Alkoholabhängigkeit. Hintergrund dafür ist das von Jellinek (1960) begründete »medizinische Krankheitsmodell des Alkoholismus«, das im Wesentlichen auf Erfahrungen der Anonymen Alkoholiker zurückgreift und durch vier Annahmen über das scheinbar »naturgesetzhafte Wesen« dieser Erkrankung charakterisiert ist. Erstens: Alkoholabhängige unterscheiden sich qualitativ (und nicht nur quantitativ) von Nicht-Abhängigen (»Man ist Alkoholiker oder nicht – genauso wie man schwanger ist oder nicht«). Zweitens: Alkoholabhängige müssten nach einem ersten Quantum Alkohol weitertrinken, bis kein Alkohol mehr verfügbar bzw. beschafft sei oder bis wegen zu starker Intoxikation nicht mehr getrunken werden könne (Annahme des Kontrollverlusts). Drittens: Die »wahren« Ursachen des Alkoholismus seien biologischer Natur (genetische Ausstattung, Metabolismus etc.), wohingegen psychologische und soziale Faktoren nur die Ausformung einer Alkoholabhängigkeit beeinflussten. Viertens: Kein »Alkoholiker« könne jemals wieder kontrolliert trinken (Annahme der Irreversibilität).

Diese vier Annahmen sind nach heutigem Stand der Wissenschaft nicht haltbar, denn sie sind durch wissenschaftliche Studien widerlegt oder nicht belegt (Körkel, 2014a). Abstinenz ist folglich keineswegs die einzig »logische« Möglichkeit zur Überwindung einer Alkoholabhängigkeit.

## Behandlungsansatz des kontrollierten Trinkens

Von (selbst-)kontrolliertem Trinken ist zu sprechen, wenn eine Person ihr Trinkverhalten an einem zuvor festgelegten Plan ausrichtet. Kontrolliertes Trinken bezeichnet also einen disziplinierten, geplanten und limitierten Alkoholkonsum. Auf dieses Ziel hin ausgerichtete,

verhaltenstherapeutisch angelegte Behandlungen (»Behavioral Self-Control Trainings«, BSCT) wurden bereits in den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts in Australien und den USA entwickelt und auf ihre Wirksamkeit geprüft.

Inhaltlich enthalten diese Behandlungen die folgenden Elemente:

- Bilanzierung der positiven und negativen Seiten des bisherigen Alkoholkonsums
- Aneignung von Grundinformationen über Alkohol (z. B. Inhalt einer Standardgetränkeeinheit)

Im Kern geht es in diesen Behandlungen zunächst um die Beobachtung, Registrierung und Bilanzierung des gegenwärtigen Trinkverhaltens mithilfe eines Trinktagebuchs, in das der konsumierte Alkohol eingetragen und in »Standardeinheiten« (SE) umgerechnet wird (1 SE = 20 g Ethanol, also eine Flasche Bier à 0,5 l oder 0,2 l Wein oder drei einfache Schnäpse à 2 cl). Von diesem Ausgangsniveau ausgehend, wird der Alkoholkonsum Woche für Woche an drei selbst festgelegten Zielgrößen neu ausgerichtet: dem Höchstkonsum pro Tag, dem Maximalkonsum in der gesamten Woche sowie der Anzahl alkoholfreier Tage. Zur Zielerreichung dienen das Weiterführen des Trinktagebuchs, der Einsatz persönlich passender Strategien zur Konsumbegrenzung (z.B. »vor und nach jedem alkoholischen Getränk ein großes nichtalkoholisches Getränk trinken«, »kein Alkoholkonsum vor 18 Uhr«), die Antizipation und Bewältigung von Risikosituationen (z.B. Trinkverführungen oder belastende emotionale Zustände), der Umgang mit »Ausrutschern«/»Rückfällen«, die Aktivierung alkoholfreier Formen der Freizeitgestaltung, der Erwerb von Kompetenzen zur Bewältigung von Belastungen ohne Alkohol (z.B. bei Stress, Depressionen oder Ängsten) – und die Nutzung der Unterstützung vertrauter Personen.

## Kontrolliertes Trinken als Behandlungsansatz im ambulanten Kontext

Im Rahmen einer ambulanten Behandlung (Arztpraxis, Institutsambulanz, Suchtberatungs-/behandlungsstelle etc.) kann die Befähigung zu kontrolliertem Trinken, je nach Zeitbudget, in unterschiedlicher Intensität erfolgen:

- Ohne größeren Zeitaufwand können dem Patienten ausgewählte schriftliche Unterstützungshilfen zum kontrollierten Trinken (v.a. Trinktagebuch mit Ausfüllhinweisen und Anleitung zur Festlegung wöchentlicher Konsumziele sowie Checkliste mit Reduktionsstrategien) oder – bei entsprechender Bereitschaft des Patienten – ein ausführlicheres Selbsthilfe-manual zum kontrollierten Trinken (z. B. »10-Schritte-Programm«, Körkel, 2013, 2014b) ausgehändigt/empfohlen werden. In Folgeterminen können die Umsetzung ausgewertet und das Vorgehen adaptiert werden.
- Bei größerem Zeitbudget kann eine komplette Einzel- oder Gruppenbehandlung zum kontrollierten Trinken durchgeführt werden, etwa in Form des »ambulanten Einzelprogramms zum kontrollierten Trinken« (10 Sitzungen à 50 Minuten) oder des ambulanten Gruppenprogramms zum kontrollierten Trinken« (10 Sitzungen à 135 Minuten) ([www.iss-nuernberg.de](http://www.iss-nuernberg.de)).
- Ergänzend kann das Reduktionsziel eines Patienten pharmakologisch unterstützt werden (Mann & Körkel, 2013). Nach derzeitiger Studienlage eignet sich dafür v.a. Nalmefen (Selincro®). Nalmefen ist z. B. in Deutschland seit 2014 zur Förderung der Trinkmengenreduktion bei Alkoholabhängigen zugelassen.

Inzwischen wurden 1574 Fachkräfte (Deutschland: 1362; Österreich: 258; Schweiz: 242; Rest andere Länder) in der Durchführung verhaltenstherapeutischer Behandlungen zum kontrollierten Trinken in sechstägigen Seminaren ausgebildet ([www.kontrolliertes-trinken.de](http://www.kontrolliertes-trinken.de)).

## Kontrolliertes Trinken als Behandlungsansatz im stationären Kontext

Gemäß den vorliegenden Studien streben 80-90 % der Patienten in stationärer Entgiftungsbehandlung und 32-54 % in stationärer Entwöhnungsbehandlung keine Alkoholabstinenz an (vgl. Körkel, 2014a). Diese Patienten sollten während

der stationären Behandlung mit Inhalten und Aufbau der Programme zum selbstkontrollierten Trinken und medikamentöser Reduktionsunterstützung vertraut gemacht werden. Zentrale BSCT-Programmelemente können im stationären Rahmen in »Trockenübungen« (d. h. ohne tatsächlichen Alkoholkonsum) vermittelt werden. So können Patienten z. B. die Selbstkontrollbestandteile »Trinktagebuch«, »Standardeinheiten«, (retrospektives) »Bilanzieren des Konsums« und »Tages- und Wochenziel festlegung« erlernen und somit genauer verstehen, was kontrolliertes Trinken bedeutet und wie es ambulant umgesetzt werden kann. Die reale Umsetzung des Reduktionsziels kann dann im Rahmen einer sich anschließenden ambulanten Behandlung, die mit der stationären verzahnt sein sollte, erfolgen.

Eine weitere Option besteht darin, Patienten, die keine Abstinenz anstreben, außerhalb der stationären Einrichtung zu vereinbarten Zeiten (z. B. an Wochenenden und bei Heimfahrten) Alkoholkonsum zu gestatten und diesen vor- und nachzubesprechen. Auf diese Weise können sich Patienten während (statt erst nach) der Behandlung und therapeutisch begleitet (statt auf eigene Faust) mit ihren Möglichkeiten der Konsumkontrolle auseinandersetzen und sich entweder ein wirksames Selbstkontrollverhalten aneignen oder hilfreiche Erfahrungen auf dem Weg zur Abstinenz machen.

Weitergehend ist es – wenn Haltung, Suchtverständnis, ethische Fundierung, Behandlungskonzeption und Kostenträgerschaft »stimmen« – auch möglich, kontrolliertes Trinken in einen stationären Alltag einzubetten (wie etwa im Schweizer »Wohnheim Sonnenburg«, [www.sonnenburg.ch](http://www.sonnenburg.ch)).

## Wirksamkeit kontrollierten Trinkens

Die Erfolgsquoten von Behandlungen zum kontrollierten Trinken belaufen sich auf durchschnittlich 65 %, wobei die Trinkmengenreduktion im Mittel 50 % beträgt und 10-30 % der Teilnehmer freiwillig zu Abstinenz wechseln (vgl. Körkel, 2015). Die Effekte von Reduktionsprogrammen fallen mindestens so positiv aus wie die von Abstinenzprogrammen, und eine magische, etwa biologisch vorgegebene Grenze, ab der kontrollierter Konsum unmöglich wäre, gibt es nach bisherigen Studien nicht: Alkoholabhängige profitieren von Reduktionsprogrammen ebenso

wie Missbraucher (a. a. O.). Auch die Aus-händigung eines Selbstlernmanuals zur autodidaktischen Aneignung des kontrollierten Trinkens erweist sich als wirksam (a. a. O.). Langzeitstudien demonstrieren, dass kontrolliertes Trinken über Jahre hinweg erfolgreich aufrechterhalten werden kann. All diese Ergebnisse schließen nicht aus, dass kontrolliertes Trinken für einen Teil der Alkoholabhängigen unerreichbar ist – genauso wie Abstinenz für einen anderen Teil der Abhängigen kein realistisches Ziel darstellt.

Maßgeblich für die Zielwahl (kontrolliertes Trinken oder Abstinenz) sollte die Entscheidung des Patienten und seine Zuversicht in die Erreichbarkeit seines Ziels sein – aus ethischen Gründen (Selbstbestimmungsrecht) und wegen der zu erwartenden Wirksamkeit.

Ein Suchthilfesystem, das daran interessiert ist, breite Teile alkoholbelasteter Menschen anzusprechen und bei einer Veränderung zu begleiten, muss deshalb unterschiedliche Behandlungsziele und differenzierte Wege zur Zielerreichung – und das heißt auch Angebote zum kontrollierten Trinken – vorhalten.

## Literatur

- Jellinek, E. M. (1960).** The disease concept of alcoholism. New Haven: Connecticut.
- Körkel, J. (2013).** 10-Schritte-Programm zum Kontrollierten Trinken. Ein Selbstlernmanual zur Alkoholtrinkmengenreduktion. Heidelberg: GK Quest Akademie.
- Körkel, J. (2014a).** Alkoholtherapie: Vom starren Abstinenzdogma zu einer patientengerechten Zielbestimmung. Suchtmedizin, 16, 211–222.
- Körkel, J. (2014b).** Kontrolliertes Trinken. So reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum. Stuttgart: Trias.
- Körkel, J. (2015).** Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. Sucht, 61, 147–174.
- Körkel, J. (2017).** Kontrolliertes Trinken. Viele Wege führen nach Rom – oder in andere schöne Städte. Sozialpsychiatrische Informationen, 47, 18–22
- Mann, K. & Körkel, J. (2013).** Trinkmengenreduktion: ein ergänzendes Therapieziel bei Alkoholabhängigen? Psychopharmakotherapie, 20, 193–198.

### Prof. Dr. Joachim Körkel

Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut  
Professor für Psychologie an der Evangelischen Hochschule Nürnberg und Leiter des Instituts für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung  
[joachim.koerkel@evhn.de](mailto:joachim.koerkel@evhn.de)  
[www.iss-nuernberg.de](http://www.iss-nuernberg.de)

# Der spirituelle Weg aus der Abhängigkeit: Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker



von Jürgen Hoß

»Religion ist für die Menschen, die Angst vor der Hölle haben. Spiritualität ist für die, die bereits in der Hölle waren.«

**S**piritualität – ein vielfältig interpretierbares Wort. In der Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker (AA) wird Spiritualität nicht gleich als Religion gesehen. Das scheint nicht unwichtig beim Verständnis, was Spiritualität meint. Beim deutschsprachigen Ländertreffen der AA 2019 war folgendes interessantes Zitat zu hören: »Religion ist für die Menschen, die Angst vor der Hölle haben. Spiritualität ist für die, die bereits in der Hölle waren.« Eine Freundin bzw. ein Freund aus der AA-Gemeinschaft hat üblicherweise die Hölle erlebt und überstanden. Gerne wird dabei auch von spirituellem Erwachen gesprochen. Das meint z. B. Ehrlichkeit zu sich selbst. Und wichtig: Spirituelles Erwachen erfolgt meist nicht als Knall, sondern täglich in kleinen Schritten.

Hier kommt die Gemeinschaft der AA ins Spiel. Spiritualität bedeutet, an dem Platz zu sein, wo man zugehörig fühlt, um diesen Platz auszufüllen. Ein solcher Platz kann in der AA-Gemeinschaft liegen. Es gibt Menschen, die

Spiritualität als den Weg der Schwäche belächeln. Das Gegenteil ist richtig. Spiritualität ist der Weg der Stärke. Sie bedeutet Mut. Und sie macht möglich, dass ein Alkoholiker, der kapitulierte, aus seiner Angst herauswachsen kann. Dabei ist jeder für sich selbst in der Gemeinschaft, offenbart sich und bringt sich ein.

Bill, einer der Gründer der AA-Gemeinschaft, formulierte es im Juli 1967 folgendermaßen: »Jährlich wenden sich zehntausende Neue an AA. Sie repräsentieren nahezu jede vorstellbare Geisteshaltung und jeden Glauben. Wir haben Atheisten und Agnostiker. Wir haben Leute fast jeder ethnischen Herkunft, Kultur und Religion. Bei AA sind wir eigentlich alle durch eine gemeinsame Leiderfahrung verbunden. Folglich sollten wir auch von vornherein jedem die volle persönliche Freiheit zugestehen, jeden Glauben, jedes Prinzip und jede Therapie zu praktizieren. Lasst uns deshalb niemanden mit unseren individuellen oder kollektiven Auffassungen bedrängen. Lasst uns stattdessen jedem den Respekt und die Liebe entgegenbringen, die jedem Menschen zusteht, wenn er den Weg zum Licht einschlägt. Lasst uns immer versuchen, einschließend statt ausschließend zu sein. Wir wollen uns daran erinnern, dass jeder Alkoholiker unter uns ein Mitglied von AA ist, solange er oder sie das sagt.«

Spiritualität und die Gemeinschaft der AA sind eng verwoben. Die Gemeinschaft bietet ein Programm, das zum Leben verhilft. Dieses Programm basiert zu wesentlichen Teilen auf der Spiritualität. Es gibt die falsche Vorstellung, dass AA eine religiöse Gemeinschaft sei. Da die AA-Gruppen oft Räume in Kirchen mieten, kann der Besuch eines AA-Meetings in einem Keller einer Kirche diesen Eindruck verstärken. Und dass man am Ende des Meetings vielleicht ein Gebet hört, mag diesen Eindruck noch verfestigen.

Zu noch nassen Zeiten gab es auch eine Art Gemeinschaft. Im »Blauen Buch« ist die Lebensgeschichte einer

Frau beschrieben, die sich einer Gemeinschaft anschloss. Diese Gemeinschaft traf sich in der Kneipe. Altbier und Apfelkorn waren angesagt und waren ein absolutes Muss, um in der Gemeinschaft dazuzugehören. Es war einfach, sich die Sorgen schönzusaußen. Der wesentliche Unterschied aber ist, dass in dieser Gemeinschaft die Spiritualität fehlte, die in der AA-Gemeinschaft eine so wesentliche Rolle spielt.

»Unser gemeinsames Wohlergehen sollte an erster Stelle stehen; die Genesung des Einzelnen beruht auf der Einigkeit der Anonymen Alkoholiker«, so sagt es die erste Tradition. Die Einigkeit der AA stellt den größten Wert der Gemeinschaft dar. Ohne diese Einigkeit würde das Herz der Gemeinschaft aufhören zu schlagen. Mancher wird fragen, ob das bedeutet, dass der Einzelne nicht viel zählt und von der Gruppe beherrscht werden soll. Das kann mit einem ganz klaren Nein beantwortet werden. Es gibt vermutlich nicht viele andere Gemeinschaften, die sich derart intensiv mit dem Einzelnen befassen. Kein Anonymer Alkoholiker kann einem anderen etwas vorschreiben. Keiner kann bestraft oder ausgestoßen werden.

Das wiederum kann zur Frage führen, ob so viel Freiheit nicht einer Anarchie gleichkomme. Auch das kann mit einem klaren Nein beantwortet werden. Wer sich näher mit der Gemeinschaft befasst, findet bald den Schlüssel zu dem scheinbaren Widerspruch. Ein Anonymer Alkoholiker muss sich an die Grundsätze der Genesung halten. Weicht er von ihnen ab, folgt die Strafe sicher und rasch. Er wird krank und stirbt.

Ich komme zurück zur Spiritualität. »Wir fassten den Entschluss, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes – wie wir ihn verstanden – anzuvertrauen.« So lautet der dritte Schritt der Anonymen Alkoholiker. Tatsächlich steht und fällt die Wirkungskraft des ganzen AA-Programmes damit, wie gut und wie ernsthaft ein Alkoholiker versucht hat, dem dritten Schritt zu folgen.

Jedem materiell und sachlich denkenden Anfänger kommt dieser Schritt schwierig vor, vielleicht sogar unmöglich. Diesem Anfänger sei gesagt, dass ein Beginn, so bescheiden er sei, schon genügt. Mag sein, dass dies alles geheimnisvoll und weit hergeholt klingt, etwa wie Einsteins Relativitätstheorie oder wie ein Lehrsatz aus der Kernphysik. So ist es aber nicht. Jeder AA, der sich der Gemeinschaft mit der Absicht angeschlossen hat, dabei zu bleiben, hat unbewusst den Anfang des dritten Schrittes gemacht.

Viele der AA verlassen sich mit der Zeit auf eine »höhere Macht«, entweder auf die kollektive Kraft von AA, auf die AA-Gruppe selbst oder auf eine sonstige Einheit, ein Konzept oder Wesen, das geholfen hat, trocken zu bleiben. Für viele war die Trockenheit ein Geschenk – freimütig gegeben und freimütig empfangen. Indem sie im AA-Programm aktiv geworden sind, haben sie besser verstanden, was Spiritualität bedeuten kann und welche Rolle sie bei der Genesung spielt. Mit der Zeit haben sie verstanden, dass sie trocken bleiben konnten und ganz unabhängig vom jeweiligen Glauben alle Aspekte der AA-Gemeinschaft genießen konnten.

Spirituelle Erfahrung in AA ist weitreichend und sehr verschieden. Für die, die mit den spirituellen Konzepten Schwierigkeiten haben, bringt die andauernde Trockenheit oft – in einer beachtenswerten und unvorhergesehenen Weise – die Erfahrung, dass sie in der Tat doch eine spirituelle Veränderung erlebt haben. Hier soll nochmals Bill, einer der Gründer der AA-Gemeinschaft zitiert werden: »Vielleicht gibt es ebenso viele Definitionen über spirituelles Erwachen, wie es Menschen gibt, die es erfahren haben. Aber sicher hat jedes echte Erlebnis dieser Art etwas mit anderen gemeinsam. Wenn ein Mann oder eine Frau ein spirituelles Erwachen erlebt hat, bedeutet das in erster Linie, dass sie fühlen oder glauben können, was vorher ohne Hilfe aus eigener Kraft nicht möglich war. Ihnen wurde das Geschenk eines neuen Bewusstseins und Lebens zuteil. Sie befinden sich jetzt auf einem Weg, von dem sie wissen, dass er zu einem Ziel führt. Ihr Leben endet nicht mehr in einer Sackgasse. Es ist auch nicht etwas, das man erdulden oder sich erkämpfen muss. Sie sind im wahrsten Sinne des Wortes umgewandelt, denn sie haben eine Kraftquelle gefunden, der sie bis jetzt aus dem Weg gegangen waren.«



### Abschließend noch ein Erfahrungsbericht eines trockenen Alkoholikers:

»Mich hat von Beginn an der 2. Schritt unseres AA-Programms besonders beschäftigt: ‚Wir kamen zu dem Glauben, dass eine Macht, größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.‘ Geistige Gesundheit wiedergeben – he, hatte ich sie denn überhaupt verloren? Oft wurde in der Gruppe der Satz gesprochen: ‚Manchen steht der Verstand im Wege.‘ Da habe ich mich in die Brust geworfen und gemeint: ‚Jetzt reden sie über mich‘ – also nichts mit Verlust der geistigen Gesundheit. Ich hatte sie noch; mein Verstand war noch funktionsfähig. Ich konnte noch zwei und zwei addieren und war als Berater für einige erfolgreiche Unternehmen tätig. Also zweiter Schritt abgehakt – traf auch mich nicht zu.

Jetzt bin ich über 30 Jahre trocken, und ich habe – so glaube ich – wie damals, aber anders den Weg in meine Spiritualität gefunden. Wieso konnte es mir nicht früher gelingen? Es ist wie mit dem ersten Schritt: Wenn ich meine alten Ansichten, meine alte Lebensweise nicht aufgabe, nicht kapituliere, habe ich keine Chance, einen neuen Weg zu gehen. Die Türe nach vorne wird erst aufgetan, wenn ich die Türe hinter mir schließe. Mein EGO, meine Überheblichkeit, meine im Grunde Nicht-Anerkennung der höheren Macht waren die Tür, die ich nicht schließen konnte. Ich konnte alles bewältigen und nur, wenn ich in die Enge getrieben wurde, wandte ich mich an Gott; aber das war nur ein Betteln – ohne Glauben.

Der Weg in die Spiritualität war ein langer Weg, und dieser Weg konnte nicht mit dem Verstand gegangen werden. Regelmäßige Gruppenbesuche, zuhören und berichten, Erfahrung, Kraft und Hoffnung teilen haben mir den Weg

in die Spiritualität geebnet. Ganz einfach ausgedrückt wie im zweiten Schritt geschrieben: ‚Wir kamen zu dem Glauben‘, mit anderen Worten: Nur die Bereitschaft führt zum Ergebnis. Mit der Bereitschaft kommt die höhere Macht ins Spiel, denn mit der Bereitschaft wird der Analytiker, der Verstand, zweitrangig.

Heute bin ich eng mit meiner höheren Macht verbunden. Sie ist in mir und auch in meinem Umfeld immer präsent. Ich schlafe abends ein und bitte sie, mir alles das für den nächsten Tag zur Verfügung zu stellen, was ich für den nächsten Tag benötige. Seit diesem Zeitpunkt geschehen täglich Wunder. Es werden mir Worte in den Mund gelegt, die ich aussprechen darf, und auch meine Hände schreiben Zeilen, die nicht aus mir, aus meinem EGO, aus meinem Verstand erwachsen sind.

Ich kämpfe nicht mehr, ich brauche nicht mehr zu kämpfen. Ich bin voller Zuversicht und von einem tiefen Glauben beseelt, dass alles das geschieht, was gut für mich ist; so wie es geschrieben steht: Dir geschehe nach deinem Glauben; dein Glaube hat dir geholfen; dein Wille geschehe; wir kamen zu dem Glauben. Das heißt aber nicht, dass mein Verstand, mein EGO jetzt auf dem Abstellgleis stehen. Nein, alles ist noch da und auch aktiv, aber Verstand und EGO haben die Herrschaft verloren. Sie sind Werkzeug meines geistigen Wesens geworden; ähnlich wie die Struktur bei den Anonymen Alkoholikern gesehen wird: ‚Die da oben führen nur das aus, was die Gemeinschaft als Ganzes entschieden hat.‘

Eine Frage bleibt bei mir im Moment unbeantwortet: War ich jemals geistig genesen? Vielleicht in den ersten zwei Jahren meines Lebens, wo alles, was ich tat und später auch aussprach, spontan geschah und mein Verstand noch nicht aufgrund seiner eigenen Erfahrungen alles analysieren konnte.«

#### Jürgen Hoss

Geboren in Neckartailfingen im Landkreis Esslingen, Deutschland  
 Grundschule, Realschule, Technisches Gymnasium und danach Studium der Informatik mit Abschluss »Staatlich geprüfter Informatiker«  
 seit 1.9.2006: Geschäftsführer des Softwarehauses »inasys GmbH«  
 Ehrenamtlich tätig in der Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker als Nichtalkoholiker seit 2014, 1. Vorsitzender der Anonymen Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V. seit 2016

# Unser Betreu

## Prävention

Suchtprävention ist dem *Grünen Kreis* ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir bieten: Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

### In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, MitarbeiterInnen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

### In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

## Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) ist gedacht für erwachsene Suchtkranke, die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese KlientInnen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach § 35 und § 39 SMG, § 50 STGB, § 173 STPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener KlientInnen (Dauer 1 bis 2 Monate) statt.

Die Betroffenen nehmen, wie alle anderen KlientInnen der Therapeutischen Gemeinschaft, am gesamten Therapieprogramm teil und werden vom jeweiligen multiprofessionellen Team begleitet. Ziele sind ein abstinentes oder ein substituiertes Leben ohne Beikonsum zu ermöglichen sowie die Stabilisierung und rasche Reintegration in ein soziales Umfeld.

## Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene je nach Bedarf individuelle Unterstützung und Begleitung. Sie erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Beratungsteams (Vorbetreuung) bzw. die MitarbeiterInnen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren. Das Beratungsteam ist in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche finden in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins *Grüner Kreis* und überall dort statt, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

### Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung
- Angehörige

## Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke und Menschen, die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein geregelter Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.





# Leistungsangebot

## Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der/des Betroffenen integriert. In unseren fünf ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

**Für Wiener KlientInnen** wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

**Für KlientInnen aller übrigen Bundesländer** beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate.

Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten KlientInnen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

## Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der Therapeutischen Gemeinschaft weiterhin genutzt werden. Die langjährigen Erfahrungen des Vereins *Grüner Kreis* mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der Therapeutischen Gemeinschaft oder in einer nahe gelegenen, vom *Grünen Kreis* angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

## Stationärer Vollentzug & Teilentzug

KlientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof.

Die Dauer der Behandlung hängt von der jeweiligen Substanz ab: Teil- oder Vollentzug Alkohol - Zeitraum ca. 14 Tage; Teil- oder Vollentzug illegale Substanzen - bis zu 8 Wochen.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen und/oder illegalen Substanzen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation kann im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug vor Ort geplant werden, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul oder ein längeres stationäres bzw. ambulantes Modul anschließt.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen KlientInnen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

## AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird KlientInnen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit zu erhalten. Die TransitmitarbeiterInnen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden KlientInnen und ExklientInnen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen FacharbeiterInnenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der KlientInnen ist nach Beendigung der TransitmitarbeiterInnenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein *Grüner Kreis* möglich.

# Gemeindeorientierte Psychotherapie bei Alkoholkrankungen



von Martin Reker

## Welchen Stellenwert hat Psychotherapie für alkoholranke Klienten?

Viele Therapeuten – nicht nur im Arbeitsfeld Sucht – glauben, dass es ohne sie keinen Weg zu seelischer Gesundheit und Stabilität gibt. Dass das so nicht stimmt, konnten Kollegen aus einer Lübecker Forschungsgruppe belegen. Sie befragten in einer epidemiologischen Untersuchung Menschen, die früher die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit erfüllt haben, gegenwärtig aber nicht mehr abhängig sind. Die Untersucher wollten wissen, wie sie es geschafft haben, sich vom süchtigen Konsum zu befreien. Dabei kam heraus, dass etwa zwei Drittel all dieser gesunden Personen ihr Problem ohne professionelle Hilfe bewältigt haben. Die Forschungsgruppe bezeichnet sie als »Selbsteiler«. Diese Personen gaben an, dass bestimmte neue Lebensentwicklungen verantwortlich dafür gewesen seien, dass Alkohol keinen Platz mehr in ihrem Leben gehabt habe. Typisch waren vor allem Situationen, in denen die betroffenen Personen in ihrem Leben einen Rollenwechsel vollzogen haben, also Ehepartner(in), Vater bzw. Mutter oder Arbeitnehmer geworden sind. Die betroffenen Menschen haben ihr Verhalten verändert, weil sich in ihrem Leben etwas verändert hat, sodass für den Alkohol kein Platz mehr war. Für professionelle Helfer ist das kaum vorstellbar, gilt doch jeder Therapieabbrecher eigentlich als »verloren«. Wir können aber an den Ex-Rauchern in unserem Umfeld nachvollziehen, dass auch bei diesem extrem süchtig machenden Rauschmittel die meisten Betroffenen ohne oder mit relativ wenig

therapeutischer Hilfe den Absprung schaffen. Warum dann nicht auch bei Alkohol?

Überträgt man diese Erkenntnisse in den Alltag von Suchttherapeuten, so stellt sich die Frage, ob man solche Entwicklungen therapeutisch nicht fördern kann. Muss man als Suchttherapeut immer darauf warten, bis das Schicksal den Betroffenen einen Partner, ein Kind oder eine Arbeitsstelle schenkt? Oder müsste man nicht viel aufmerksamer dafür sein, welche Lebensmöglichkeiten und -wünsche in einem Menschen stecken und was der Therapeut zu deren Verwirklichung beitragen kann?

Bevor wir uns aber mit der Frage beschäftigen wollen, wie sich Alkoholprobleme psychotherapeutisch unter Kontrolle bringen lassen, wollen wir verstehen lernen, warum es überhaupt zu einer Suchterkrankung kommt.

## Warum trinken suchtkranke Menschen?

Es ist wichtig festzuhalten, dass jedes Konsumereignis und jeder »Rückfall« einen Grund hat und aus der subjektiven Betrachtung des Betroffenen auch sinnvoll ist. Für den Behandler kommt es darauf an, diesen Sinn zu begreifen. Am besten lässt sich dieser Sinn begreifen, wenn man aus der Subjektperspektive einzelne Konsumereignisse analysiert. Manchmal findet man dann die Deutungen der Klienten bestätigt, die diese einem schon im Vorfeld gegeben haben. Manchmal ergeben sich aber auch ganz neue verborgene oder verdrängte Trinkmotive, die bisher gar nicht Thema werden konnten. Es geht dann um Themen wie Einsamkeit, Langeweile, Selbstbelohnung, Selbstbestrafung, Bekämpfung von seelischem oder körperlichem Schmerz, Selbstberuhigung, Betäubung oder Genuss. Wenn die Sinnstiftung des Substanzkonsums für den Betroffenen zu einer Balance im Leben geführt hat, selbst wenn das auf einem sehr niedrigen Niveau geschieht, so gibt es oft keine Veränderungsabsicht. Vielen dieser Menschen fehlt nach einem Leben voller Niederlagen und Enttäuschungen auch das Zutrauen, dass sie es noch einmal zu mehr Stabilität im Leben bringen könnten. Andere ahnen schon, dass das, was ihnen im aktuellen Moment Erleichterung verschafft, auf die Dauer viele negative Konsequenzen hat,

sei es für die Gesundheit, den Beruf oder die Partnerschaft. Ihnen fehlen dann oft die Kraft und die Energie, der Versuchung in der jeweiligen Situation zu widerstehen, um perspektivisch von diesem Verzicht zu profitieren. Viele suchtkranke Menschen wissen aber auch gar nicht, warum sie in der Gegenwart auf den Substanzkonsum verzichten sollen, wenn es doch nicht viel anderes Schönes gibt, was sie im weiteren Leben noch erwarten könnten. Sie sind – so würden wir sagen – nicht für Veränderung motiviert.

## Wie kann man Menschen, die nicht veränderungsmotiviert sind, für einen veränderten Umgang mit dem Substanzkonsum gewinnen?

Eigentlich ist die Antwort sehr einfach. Suchtkranke Menschen verändern ihren Umgang mit dem Suchtmittel erst, wenn ihnen deutlich wird, dass ein Leben ohne oder zumindest mit weniger Substanzkonsum für sie tatsächlich attraktiver ist als ein Leben im Rausch. Dafür brauchen diese Menschen vor allem eine Sinnstiftung. Jeder Mensch braucht einen Grund, morgens aufzustehen. Alkoholranke Menschen, die bislang jeden Tag getrunken haben, brauchen oft keinen neuen Grund zum Trinken, weil sie sich in ihrer Situation eingerichtet haben. Aber sie brauchen einen Grund, um damit aufzuhören. Welcher Grund könnte das sein? Die möglichen Motive, die Ausgangspunkt einer Veränderungsmotivation werden könnten, sind natürlich von Mensch zu Mensch verschieden. Einsame Menschen wünschen sich einen Partner, arbeitslose Menschen wünschen sich eine sinnstiftende Beschäftigung, angespannte Menschen suchen nach anderen Wegen, um Anspannung abzubauen, überlastete Menschen suchen Erholung und Raum für selbstbestimmte Tätigkeiten. Wer Menschen dabei helfen will, diese Ziele zu verwirklichen, muss sich am Leben dieser Menschen beteiligen und sich einmischen.

## Was bedeutet dann gemeindeorientierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen?

Die Gemeindepsychiatrie hat sich immer schon um die Themen Arbeit, Freizeit, Familie und soziales Umfeld bemüht. Psychotherapie in der Gemeinde setzt



Der »Therapeut« arbeitet wie ein Coach: Er macht Mut und hilft über Niederlagen hinweg.

ein methodisches Vorgehen voraus, das seine Wirksamkeit in wissenschaftlichen Untersuchungen unter Beweis gestellt hat. Diesen Anspruch vertritt der von Robert J. Meyers und Jane Ellen Smith (CASAA-Institut in Albuquerque/New Mexico) manualisierte »Community Reinforcement Approach«. In einer Konsumanalyse wird das Konsumverhalten der Betroffenen verstehbar gemacht. Mit einer Zufriedenheitsskala wird nach Motiven gesucht, die es für den Betroffenen lohnend machen könnten, auf den Substanzkonsum zu verzichten oder ihn zu reduzieren. In einer Analyse abstinenzorientierten Verhaltens werden praktizierte Verhaltensweisen erfragt, die mit dem Konsum nicht vereinbar sind. Damit wird der Blick auf die in einer Konsumgeschichte verborgenen Ressourcen des Klienten gerichtet, die verstärkt und weiter ausgebaut werden sollen. In der partnerschaftlichen Zufriedenheitsskala wird oft über die Nutzung von Disulfiram daran gearbeitet, durch Stabilisierung der Partnerschaft eine zufriedene Abstinenz zu verwirklichen. Last, but not least werden eng an den Anliegen der Klienten entlang brachliegende Fähigkeiten neu entwickelt oder weiter ausgebaut, um den Handlungsspielraum der betroffenen Personen zielgerichtet zu erweitern.

### Welche Rolle hat der Therapeut in einer gemeindeorientierten Suchttherapie?

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass die Rolle des Therapeuten in freier Wildbahn anders ist als im geschützten psychotherapeutischen Praxisraum. Der Helfer wird hier eher zum Coach und zum

Netzwerker. Es geht darum, die Betroffenen in ihrer subjektiven Wirklichkeit zu begreifen, sie also tatsächlich »da abzuholen, wo sie stehen«. Aus dieser subjektiven Wirklichkeit muss das Konsumverhalten verstanden werden, um reale Verhaltens- und Lebensalternativen zu entwickeln, die ein Leben ohne oder mit weniger Substanzkonsum auch für die Betroffenen attraktiv erscheinen lassen. Der »Therapeut« arbeitet hier eher wie ein Coach: Er macht Mut, hilft über Niederlagen hinweg, bleibt verbindlich, aber konsequent und orientiert sich an den Wünschen, aber auch an dem Vermögen und den Kräften der Betroffenen. Er unterstützt dabei, für jeden einen Platz auf der Welt zu finden, wo jemand sich gebraucht und aufgehoben fühlen kann. Jeder Mensch braucht einen Grund, morgens aufzustehen, jeder Süchtige braucht einen Grund, morgens auf Substanzkonsum zu verzichten. Viele suchtkranke Menschen können den Platz, wo sie hingehören, von sich aus nicht finden. Viele können dem Ziel, das sie gerne erreichen würden, ohne Hilfe nicht näher kommen. Deswegen ist der Therapeut des Süchtigen oft ein »Ermöglicher«. Er ist aber kein Phantast und kein Tagträumer. Der Therapeut des süchtigen Menschen muss dem Betroffenen auch immer wieder zeigen, wo die Grenzen des Erreichbaren liegen, dass das Ringen um lohnenswerte Ziele oft mit Rückschritten verbunden ist und dass es keine Garantie für das Glück gibt.

### Resümee

Es gibt immer Gründe, warum Menschen mit dem übermäßigen Alkoholkonsum

begonnen haben und warum sie den Konsum aufrechterhalten. Es braucht dann wieder Gründe, warum jemand von dieser Gewohnheit wieder ablassen soll. Wer um lohnenswerte Ziele kämpfen will, muss allerdings auch auf Kränkungen und Verlusterfahrungen gefasst sein. Insofern müssen sich die Betroffenen über eine neue Robustheit eine Frustrationstoleranz aneignen, wenn sie nicht bei jeder Niederlage wieder rückfällig werden wollen. Manchmal haben Suchtkranke es aufgegeben, Ziele wie Arbeit, Partnerschaft oder Sorgerecht anzustreben, weil sie nicht mehr das Risiko eingehen wollen, erneut zu scheitern. Hier zeigt sich, dass suchtkranke Menschen oft sehr verletzbare Menschen sind, die in Krisenzeiten niederschwellige Unterstützung benötigen, um ihre vorbestehende Stabilität nicht dauerhaft zu gefährden. In regionalen Netzwerken sollten daher nicht nur sinnstiftende Perspektiven für suchtkranke Menschen vorgehalten werden, sondern auch Krisenpläne, die über Niederlagen hinweghelfen. Gemeindeorientierte Psychotherapie hat deswegen im beschriebenen Kontext nicht nur etwas zu tun mit Strukturgebung, Verstehen, Veränderung, Grenzen und Verzicht, sondern auch mit Solidarität, Optimismus, Entstigmatisierung und Lust – auf die Arbeit mit Suchtkranken.

### Dr. Martin Reker

ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeut. Er leitet seit 1998 die Abteilung Abhängigkeits-erkrankungen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld-Bethel und ist erster Vorsitzender des Vereins für gemeindeorientierte Psychotherapie (VGP e.V.).

# CBASP bei komorbidem Auftreten von chronischer Depression und Alkoholabhängigkeit



von Helmut Schöggel  
unter Mitarbeit von:  
Martina Platzer  
Daniela V. Amberger-Otti

1984 publizierte James P. McCullough erstmals das Konzept von CBASP in der Zeitschrift *Psychiatry*. CBASP steht für Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy und stellt eine störungsspezifische, schulenübergreifende, zur spezifischen Behandlung chronisch depressiver Menschen entwickelte psychotherapeutische Methode dar.

Von chronischer Depression Betroffene empfinden sich selbst oft als Menschen hinter unüberwindbar erscheinenden Mauern. CBASP macht, neben der gezielten Bearbeitung interpersoneller Fertigkeiten, die besondere Gestaltung der Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn zum Thema, sodass, im Sinne eines aufgehobenen Neutralitätsprinzips, mithilfe speziell entwickelter therapeutischer Techniken (diszipliniertes persönliches Einlassen, interpersonelle Diskriminationsübung) neue und heilsame Beziehungserfahrungen einen wesentlichen Bestandteil der therapeutischen Arbeit bei CBASP darstellen.

Ursprünglich in erster Linie für die ambulante Therapie chronisch

Depressiver entworfen, wurde CBASP in den folgenden Jahren weiterentwickelt. Während die wissenschaftliche Evaluierung der Methode vorangetrieben wurde, konnten auch Adaptierungen zur Anwendung bei posttraumatischen Belastungsstörungen entwickelt werden und wesentliche Erfahrungen bei der Anwendung bei komorbiden Störungen wie z. B. Suchterkrankungen oder Zwangsstörungen gesammelt werden.

Im Allgemeinen kann man von einer chronischen Depression sprechen, wenn die depressive Symptomatik seit zumindest zwei Jahren besteht und in dieser Zeit keine länger als zwei Monate dauernde Remission eingetreten ist. Frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen im Sinne von emotionaler Vernachlässigung, emotionalem Missbrauch, körperlicher Misshandlung oder sexuellem Missbrauch führen häufig zu erheblichen Störungen der Lebensfreude, der Vitalität und der Beziehungsfähigkeit Betroffener. Infolge der frühen Traumatisierung entstehen Angst und interpersonelles Vermeidungsverhalten, anhaltend bis ins Erwachsenenalter.

Unter Berücksichtigung der interpersonellen Theorie von Donald Kiesler (1982) werden KlientInnen im Rahmen der CBASP-Therapie sowohl durch gezielte Bearbeitung zwischenmenschlicher Alltagssituationen als auch durch achtsame und disziplinierte Rückmeldungen über ihren interpersonellen Stimuluscharakter innerhalb der therapeutischen Beziehung aus ihrer chronischen zwischenmenschlichen Ineffektivität geführt. Ein proaktiver Umgang mit Übertragungspänomenen soll im Rahmen der interpersonellen Diskriminationsübung ermöglichen, Unterschiede zwischen der Reaktion prägender Bezugspersonen und der Therapeutin/des Therapeuten zu erkennen. So kann im Rahmen der therapeutischen Beziehung langsam eine dyadische Sicherheitszone entstehen, in der präoperatorisches Denken sich auf ein mehr operatorisches Niveau erweitern kann und so heilsame therapeutische Beziehungserfahrungen in die interpersonelle Umwelt der KlientInnen übertragen werden können.

**CBASP-Therapiekonzept an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin am LKH-Univ. Klinikum Graz**

Die Station 1b der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in Graz setzt mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy seit 2015 einen besonderen, in Österreich in dieser Form einzigartigen psychotherapeutischen Schwerpunkt. Neben dem psychotherapeutischen Konzept zur Behandlung der chronischen Depression werden auf der Station Menschen mit Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum psychischer Störungen behandelt, nur schwere psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen bilden die Ausnahme (und Betroffene werden in darauf spezialisierte Therapieeinrichtungen verwiesen).

Ein multiprofessionelles Team, bestehend aus zwei FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, die gleichzeitig zertifizierte CBASP-TherapeutInnen sind, mehreren engagierten KollegInnen in Ausbildung und unterstützt von Pflege, Ergo- und PhysiotherapeutInnen sowie PsychologInnen, betreut einzeltherapeutisch und unter Supervision wie im Gruppensetting die PatientInnen, wobei für die CBASP-Therapie maximal vier Therapieplätze gleichzeitig zur Verfügung stehen.

Die CBASP-Therapie gliedert sich in je eine ambulante Einführungs- und Nachsorgephase, den Kern der Therapie bildet ein mehrwöchiger stationärer Aufenthalt.

## **Einführungsphase (ambulant)**

- Liste prägender Bezugspersonen inkl. Prägungen
- Übertragungshypothesen
- Kiesler-Kreis

## **Stationärer Aufenthalt (hohe CBASP-Dosis)**

- CBASP-Einzeltherapie
- CBASP-orientierte Kiesler-Kreis und Ressourcengruppe
- CBASP-geschulte PsychologInnen
- CBASP-geschulte Ergo-, PhysiotherapeutInnen und Pflege
- CBASP-Gruppe, stationär

- Mentaltraining, Mal- und Gestaltungs-therapie

#### Nachsorge (ambulant)

- CBASP-Gruppe, ambulant
- Refreshing
- CBASP-Selbsthilfegruppe »CBASP advanced«

Die Indikation zur Aufnahme in das stationäre Behandlungskonzept wird im Rahmen eines ambulanten Vorgesprächs mit den PatientInnen gestellt, welches die genaue Diagnosefindung im Rahmen einer ausführlichen Anamnese zum Ziel hat. Die genaue Diagnosestellung und das frühzeitige Erkennen von Komorbiditäten (v.a. Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen) sind für die Aufnahme in das störungsspezifisch konzipierte CBASP-Therapieprogramm unabdingbare Voraussetzung.

#### CBASP und Alkohol

Depressive Erkrankungen und Alkoholabhängigkeit sind nicht nur zwei der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen – sie treten auch oft gemeinsam auf. Bis zu 50 % aller Personen mit Alkoholabhängigkeitsstörungen leiden im Laufe ihres Lebens auch an einer depressiven Episode, umgekehrt weisen Personen mit depressiven Störungen ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für alkoholbezogene Störungen auf. Auch wenn in den meisten vorliegenden Studien keine Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Depression getroffen wird und somit die Datenlage bezüglich des gemeinsamen Auftretens von Alkoholabhängigkeit und chronischer Depression nicht eindeutig ist, so ist gewiss, dass komorbide depressive Störungen mit einer schlechteren Prognose während und nach der Alkoholismusbehandlung einhergehen. Chronisch depressive alkoholabhängige Personen weisen Merkmale auf, die eine effektive und erfolgreiche Therapie erschweren können. Das hervorstechendste Merkmal chronisch depressiver alkoholabhängiger Personen ist das interpersonelle Vermeidungsverhalten. Betroffene berichten häufig über einen frühen Krankheitsbeginn, widrige Umstände im häuslichen Umfeld in jungen Jahren oder auch frühe Missbrauchserfahrungen und, damit verbunden, fehlende interpersonelle Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien. Es zeigt sich oft eine Geschichte intra- und interpersoneller Misserfolge; anhaltende Stressoren können einen schweren

Krankheitsverlauf begünstigen. PatientInnen nehmen oft eine ambivalente Haltung gegenüber Veränderung ein, der Therapieprozess ist von einem Wechsel von Erfolgen und Rückschlägen geprägt, Phasen der Stagnation sind dabei häufig.

Unter Berücksichtigung dieser Merkmale und der Bedürfnisse von chronisch depressiven alkoholabhängigen Personen ist CBASP eine adäquate Behandlungsform für diese Gruppe von PatientInnen. CBASP ist geeignet für Personen, die eine geringe Motivation für Veränderung sowie eine chronische Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufweisen, die unter vernachlässigenden oder traumatischen Entwicklungsbedingungen aufgewachsen sind und die über wenig interpersonelle Problemlösestrategien verfügen. Durch das Anwenden motivationaler, kognitiver, behavioraler und interpersoneller Techniken sollen effektive Bewältigungsstrategien vermittelt werden. Im Verlauf sollen sich PatientInnen emotional sicher fühlen, um sich so auf die Behandlung einlassen zu können und Vermeidungs- und Trinkverhalten zu reduzieren. PatientInnen sollen befähigt werden, interpersonelle Situationen erfolgreich, ohne den Konsum von Alkohol, zu bewältigen. Zu Beginn sollten Therapieziele im Hinblick auf die depressive Symptomatik und die Lebensqualität, aber auch den Alkoholkonsum festgelegt werden. Hierbei wird ein Schadensbegrenzungsansatz (Harm Reduction Approach) angewandt, das bedeutet, dass PatientInnen während der Behandlung nicht abstinent sind bzw. Abstinenz als Ziel definieren, auch wenn diese grundsätzlich anzustreben ist. Damit können Widerstand und therapiestörendes Verhalten minimiert und die Ehrlichkeit der PatientInnen gefördert werden. Darüber hinaus geht dieser Ansatz mit zwei wichtigen Prinzipien des CBASP einher: PatientInnen bestimmen in der Therapie Sitzung das eigene Tempo und leisten Veränderungsarbeit selbst. In »hypothetischen« Analysen interpersoneller Situationen (sogenannten Situationsanalysen) werden keine unmittelbaren Veränderungen im Verhalten oder in der Interaktion verlangt, sondern nur vermittelt. Die PatientInnen werden angehalten, sich für diese realistische und erreichbare Ziele zu setzen (erwünschte Ergebnisse). Reduzierter Alkoholkonsum ist dabei oft kein isoliertes Ziel, sondern Nebeneffekt einer Änderung des Lebensstils; das Trinken soll als Verhalten gesehen werden, das entsteht, wenn in solchen Situationen

keine klaren Ziele gesetzt werden. Als Erweiterung zur klassischen CBASP-Behandlung sollten den PatientInnen Bewältigungsstrategien zur Reduktion des Alkoholkonsums bzw. bei Gedanken an Alkohol vermittelt werden. Die individuellen Bewältigungsfertigkeiten sowie das Veränderungsstadium bzw. die Bereitschaft zur Veränderung müssen von der Therapeutin/dem Therapeuten eingeschätzt und laufend beobachtet werden.

CBASP zeichnet sich zum einen durch eine strukturierte Vorgangsweise aus, andererseits kann und sollte es auf individuelle Bedürfnisse und interpersonelle Defizite zugeschnitten werden, um so bestmögliche Erfolge in der Behandlung von Personen mit chronischer Depression und Alkoholabhängigkeit zu erzielen.

Messinstrumente zur Erhebung des Veränderungsstadiums (University of Rhode Island Change Assessment), der depressiven Symptomatik (Beck Depressions-Inventar) sowie des Trinkkonsums (Timeline Followback) sollten wöchentlich angewendet werden.

#### Literatur

- Penberthy, J. K. (2013).** CBASP bei komorbidem Auftreten von chronischer Depression und Alkoholabhängigkeit. In M. Belz, F. Caspar & E. Schramm (Hrsg.), *Therapien mit CBASP* (S. 109-129). München: Urban & Fischer.
- Penberthy, J. K., Gioia, C. J., König, A., Martin, A. M., Cockrell, S. A. & Meshberg-Cohen, S. (2014).** Co-occurring chronic depression and alcohol dependence: A novel treatment approach. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 13 (2), 54-67.
- Penberthy, J. K., Khanna, S., Lynch, M., Chhabra, D., Turk, M. L., Xu, Y. & Gioia, C. (2016).** Effective Treatment for Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Persistent Depression: A Case Report. *Journal of Addiction Medicine and Therapy*, 4 (2), 1024.

#### Dr. Helmut Schöggel

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in Graz

#### Dr.<sup>in</sup> Daniela V. Amberger-Otti

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in Graz

#### Ass. Dr.<sup>in</sup> Martina Platzer

Ärztin in Ausbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in Graz

# Spurensuche

## Zum Thema Alkohol und meine Sucht

Die ersten Berührungspunkte mit Alkohol hatte ich bereits während meiner Kindheit. Mein Vater war Alkoholiker, und ich konnte mir ganz gut abschauen, was ich in gewissen Situationen tun kann, um schlimme bis scheinbar nicht auszuhaltende Gefühle schnell auf die Seite schieben zu können. Als Jugendlicher war ich ziemlich schüchtern und introvertiert. Auch in der Schule fiel es mir oft schwer, Anschluss zu finden. Als ich mit 14 meinen ersten Rausch hatte, war das wie ein Befreiungsschlag. Mir ging es zwar schlecht am nächsten Tag, aber das Gefühl, betrunken zu sein, war toll. Ich war locker, kam leicht mit Leuten in Kontakt und bekam endlich die Aufmerksamkeit, nach der ich so lange ge»sucht« hatte. Nicht dauerhaft, aber für den Moment konnte ich meine Probleme und Ängste verdrängen. Ab dann war ich eigentlich bei jeder Party besoffen und habe immer mehr vertragen. Als ich dann mit 17 alleine eine Flasche Wodka geleert habe, dachte ich zum ersten Mal: Mit mir stimmt etwas nicht. Auch Drogenkonsum wurde in weiterer Folge zum Thema. Aber ich habe immer funktioniert, deshalb wurde ich auch sehr lange nicht auf mein Verhalten angesprochen. Solange man gesellschaftsfähig ist, wird es meist toleriert oder es wird gar weggesehen. Mit 22 habe ich dann schon täglich getrunken. Untertags mehrere Biere und zum Einschlafen noch harte Getränke wie Wodka. Zu der Zeit habe ich direkt morgens angefangen zu trinken und erst vor dem Schlafengehen aufgehört. Da habe ich gemerkt, dass ich die Kontrolle verliere. Nur ein Glas trinken ging nicht, denn wenn ich aufhöre, hatte, hatte ich eine unheimliche Gier und konnte nicht mehr aufhören. Das ging bis zu meinem 27. Lebensjahr. Bis ich von meinem harten Job als Veranstaltungstechniker und Produktionsleiter und dem ungesteuerten Konsum auch während der Arbeit ein Burn-out erlitt. So »zwang« mich das Leben und mein Schicksal glücklicherweise zum ersten Mal, auf Therapie zu gehen. Ich sage bewusst glücklicherweise, da es mir die letzten Jahre immer besser geht. Die Langzeittherapie 2013 hat mir die Augen geöffnet, wie es vielleicht anders funktionieren könnte.

Das Schwierigste dabei sind nicht die körperlichen Entzugserscheinungen, sondern der seelische Wiederaufbau. Ich kannte mich nüchtern gar nicht und musste erst einmal herausfinden, wer ich bin und was ich vom Leben möchte. Leider war ich immer wieder rückfällig, aber ich habe nie aufgehört zu kämpfen. Mittlerweile bin ich mehr abstinenter als in einer Trinkphase. Das merke ich hauptsächlich an meinen Geburtstagen und z.B. an Weihnachten, das ich schon das sechste Mal in Folge nüchtern verbrachte. Ich weiß definitiv, wo ich mir Hilfe holen kann, wie z.B. von Vertrauenspersonen oder professionellen Vereinen, und reagiere bei Rückfällen sofort, um nicht zuzuwarten, bis die Katastrophe wieder perfekt ist. Jetzt, sechs Jahre später, geht es mir sehr gut und die völlige Abstinenz ist zum Greifen nahe.

Martin

## Meine Geschichte

Ich bin ein Mann mit 51 Jahren, der mit 15 Jahren schon das erste Bier trank - und es schmeckte mir. In kurzer Zeit trank ich das zweite und dritte Bier. Da ich nüchtern sehr schüchtern bin, bemerkte ich im Laufe der Zeit, dass es mit Alkohol viel leichter fällt, den Alltag zu meistern. Da ich mit Alkohol gut funktionierte und meiner Arbeit nachging, glaubte ich, es könne immer so weitergehen.

Da mein Tag dann aber schon mit einem Alkoholspiegel von sechs Bierern und vier Vierteln Rotwein anfing und dies irgendwann nicht mehr reichte, merkte ich selber, dass es nicht so weitergehen kann, denn je mehr ich konsumierte, desto mehr veränderte ich mich ins Negative. Ja, sogar der Führerschein wurde mir entzogen. Da es so nicht weitergehen konnte, beschloss ich mit meiner Freundin und meiner Schwester, Hilfe zu suchen. Der Weg ins Krankenhaus blieb mir nicht erspart.

Im Krankenhaus erging es mir so richtig schlecht, und da wurde mir klar, dass ich ein Alkoholproblem habe. Nach ein paar Tagen ging es mir wieder besser, und nach dem Krankenhausaufenthalt glaubte ich, dass ich es geschafft hatte. Aber nach ein paar Tagen trank ich stattdessen mehr Alkohol. Die Menge wurde immer mehr und meine letzte Chance war wieder der Weg ins Krankenhaus. Aber sobald es mir wieder besser ging, war der Durst nach Rotwein auch wieder da. Ich war verzweifelt, denn ich trank schon wieder - vier Liter Rotwein am Tag.

Mit meiner Gesundheit ging es bergab. Ich wog nur noch 48 Kilogramm und war dem Tode schon nahe. Der Ausweg aus der Alkoholsucht war schon aussichtslos. Da hörte ich etwas vom Grünen Kreis.

Meine Schwester und ich informierten uns und schließlich führte mich der Weg nach Schloss Johnsdorf, wo ich überraschend freundlich empfangen wurde. Das Programm der Therapie zeigte mir schon nach wenigen Wochen, dass ich mit meiner Sucht nicht alleine war. Im Einzelgespräch mit meiner Therapeutin konnte ich viel aufarbeiten. Nach 18 Monaten intensiver Therapie und viel Ausprobieren war ich wieder ein Mensch, der ohne Rückfall sagen kann: Der Weg ist das Ziel.

Ich hörte, dass es die Möglichkeit gibt, die Therapie noch zu verlängern, und weil ich merkte, dass ich noch Zeit brauche, um mein Ziel zu erreichen, führte mich mein Weg in die dauerstationäre Betreuung. Ich probiere mich noch in vielen Dingen aus, und da es mir in meiner Gruppe so gut geht, bleibe ich noch länger.

Johann

# Erziehungsstile und Alkoholabhängigkeit



von Annett Lotzin

Der elterliche Erziehungsstil trägt entscheidend dazu bei, wie selbstsicher wir als Erwachsene durch das Leben gehen und wie gut wir dafür ausgerüstet sind, auch mit belastenden Lebenssituationen erfolgreich umzugehen.

Erziehungsstile umfassen weitgehend stabile Einstellungen und Verhaltensweisen, die Eltern gegenüber ihren Kindern zeigen. Das elterliche Erziehungsverhalten wird dabei von Persönlichkeitsmerkmalen der Eltern und des Kindes, der elterlichen Paarbeziehung und der sozialen und ökonomischen Situation der Familie beeinflusst. Dabei können sich Erziehungsstile im Ausmaß an emotionaler Fürsorge bzw. Ablehnung des Kindes, aber auch hinsichtlich des Ausmaßes an Kontrolle bzw. Gewährung von Autonomie unterscheiden. Auf der Basis der zwei Dimensionen Fürsorge – Ablehnung und Kontrolle – Autonomie werden zumeist vier Typen von Erziehungsstilen unterschieden:

■ **Autoritativer Erziehungsstil:**  
»akzeptierend und kontrollierend«

Dieser Erziehungsstil zeichnet sich darin aus, dass die kindlichen emotionalen Bedürfnisse nach Zuwendung und

Fürsorge berücksichtigt werden, gleichzeitig werden jedoch auch klare Regeln und Grenzen kommuniziert, die eingehalten werden müssen. Die Missachtung dieser Regeln zieht jedoch keine unverhältnismäßig hohen Strafen nach sich. Kinder, die autoritativ erzogen wurden, zeigen ein hohes Maß an Sozialkompetenz und Kompromissbereitschaft. Durch die elterliche Grenzsetzung fühlen sie sich sicher, durch das verständnisvolle Verhalten der Eltern akzeptiert und wertgeschätzt.

■ **Autoritärer Erziehungsstil:**  
»ablehnend und kontrollierend«

Der autoritäre Erziehungsstil ist hingegen durch eine ausgeprägte elterliche Kontrolle charakterisiert. Auf die kindlichen emotionalen Bedürfnisse wird wenig eingegangen. Die aufgestellten Regeln sind streng und müssen eingehalten werden, andernfalls hat das Kind mit Bestrafung zu rechnen. Es werden häufig Bestrafung und materielle Belohnung eingesetzt. Autoritär erzogene Kinder weisen weniger Selbstsicherheit auf und zeigen schwächer ausgeprägte soziale Fertigkeiten als Kinder, die autoritativ erzogen worden sind.

■ **Permissiver Erziehungsstil:**  
»akzeptierend und vernachlässigend«

Dieser Erziehungsstil ist durch das Fehlen von Regeln und Grenzen charakterisiert. Die Eltern berücksichtigen zwar die emotionalen Bedürfnisse des Kindes, zeigen jedoch eine übermäßig hohe Toleranz gegenüber der Nichteinhaltung von Regeln und Grenzen. Die Eltern üben wenig Kontrolle über das Kind aus, bei Übertretungen von Regeln folgen wenig Konsequenzen. Kinder, die permissiv erzogen wurden, haben meist ebenfalls eine geringe Sozialkompetenz, da sie Verantwortungsbewusstsein vermeiden und Schwierigkeiten haben, sich an Regeln und Grenzen zu halten.

■ **Vernachlässigender Erziehungsstil:**  
»ablehnend und vernachlässigend«

Der vernachlässigende Erziehungsstil zeichnet sich durch Desinteresse und fehlende Kontrolle aus. Die Eltern verhalten sich gegenüber dem Kind ablehnend

und vernachlässigen die emotionalen oder sogar körperlichen Bedürfnisse des Kindes. Dieser Erziehungsstil kann dazu führen, dass Kinder einen geringen Selbstwert und eine ungünstige sozio-emotionale Entwicklung aufweisen. Vernachlässigte Kinder weisen häufig eine geringe Selbstkontrolle und geringe selbstregulative Fähigkeiten auf.

**Welche Erziehungsstile schützen, welche begünstigen eine Alkoholabhängigkeit?**

Der elterliche Erziehungsstil kann auf der einen Seite dazu beitragen, vor der Entwicklung psychischer Störungen im Erwachsenenalter zu schützen; andererseits kann er im ungünstigen Fall einen Risikofaktor für die Entwicklung von Suchterkrankungen darstellen.

Befragt man Menschen, die bereits eine Alkoholabhängigkeit entwickelt haben, erinnern diese das elterliche Erziehungsverhalten als ablehnender, kontrollierender und weniger akzeptierend im Vergleich zu Menschen, die keine Suchterkrankung entwickelt haben (Becoña et al., 2012).

Die bisherige Forschung zu Erziehungsstilen untersuchte am häufigsten den Einfluss eines autoritativen Erziehungsstils (»akzeptierend und kontrollierend«) auf die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Der autoritative Erziehungsstil scheint am besten gegen die Entwicklung von riskantem Alkoholkonsum und einer Alkoholabhängigkeit zu schützen. So berichteten junge Menschen, die den elterlichen Erziehungsstil als autoritativ einschätzten, einen geringeren Alkoholkonsum als junge Menschen, die den elterlichen Erziehungsstil als autoritär beschrieben (Calafat et al., 2014; Schucksmith et al., 1997). Ein vernachlässigender Erziehungsstil (»ablehnend und vernachlässigend«) scheint hingegen das Risiko für eine Alkoholabhängigkeit zu erhöhen.

Inwieweit der autoritäre und der permissive Erziehungsstil mit der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit zusammenhängen, ist bislang weniger gut erforscht (Becoña et al., 2012). Es gibt einzelne Hinweise darauf, dass auch ein autoritärer Erziehungsstil (»ablehnend





Vernachlässigte Kinder weisen häufig eine geringe Selbstkontrolle und geringe selbstregulative Fähigkeiten auf.

und kontrollierend») mit einem höheren Risiko für einen riskanten Alkoholkonsum und die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit einhergeht (Calafat et al., 2014; Johnson & Johnson, 2001). Andererseits gibt es auch Hinweise darauf, dass ein geringeres Maß an Kontrolle im Sinne eines permissiven Erziehungsstils sogar effektiver sein kann als eine stärkere Kontrolle, sofern der Erziehungsstil von einem hohen Ausmaß an emotionaler Fürsorge geprägt ist (Burk et al., 2011).

Insgesamt weisen die vorliegenden Befunde darauf hin, dass ein hohes Ausmaß an emotionaler Fürsorge, das die Bedürfnisse des Kindes berücksichtigt, einen Schutzfaktor gegenüber der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit darstellt. Bezüglich des Ausmaßes an Kontrolle bzw. Gewährung von Autonomie ist die Studienlage weniger eindeutig, und es ist weitere Forschung notwendig, um zu beurteilen, welches Maß an Kontrolle förderlich ist, um Suchterkrankungen vorzubeugen.

#### Wie lassen sich Erziehungsstile erfassen?

Um elterliche Erziehungsstile zu erfassen, existieren verschiedene Fragebögen, die meist retrospektiv bei erwachsenen

Personen das während ihrer Kindheit und Jugend erlebte Erziehungsverhalten erfragen. Neben Fürsorge (vs. Ablehnung) und Kontrolle (vs. Autonomie) erwiesen sich in den letzten Jahren das Bestrafungsverhalten und das Belohnungsverhalten als weitere bedeutende Dimensionen des elterlichen Erziehungsverhaltens, in welchen sich Eltern unterscheiden und mit denen sich Risikokonstellationen einschätzen lassen.

So erfasst der Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken (FEPS; Richter-Appelt et al., 2004) das Verhalten von Mutter und Vater anhand von jeweils 58 Aussagen zu den elterlichen Erziehungseinstellungen oder -praktiken. Die Aussagen werden zu vier Dimensionen des elterlichen Erziehungsstils zusammengefasst: »Fürsorge vs. Ablehnung«, »Autonomie vs. Kontrolle«, »geringe vs. hohe Bestrafung« und »geringe vs. hohe materielle Belohnung«.

Der FEPS zählt zu einem der wenigen Fragebögen, die bereits an einer Patientengruppe mit Alkoholabhängigkeit im Rahmen einer Validierungsstudie erprobt worden sind (Lotzin et al., 2012). Ziel dieser Studie war die Prüfung der Faktorenstruktur des Fragebogens bei 186 alkoholabhängigen

Patienten. Das von den Testentwicklern postulierte Strukturmodell mit den vier Faktoren Fürsorge, Autonomie, geringe Bestrafung und geringe materielle Belohnung zeigte bei Zulassung von Residualkorrelationen eine akzeptable Übereinstimmung mit den berichteten Erziehungsstilen von Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit. Die vier Faktoren wiesen zudem eine ausreichende Reliabilität sowie eine gute bis sehr gute interne Konsistenz auf. Die Faktorladungen, Trennschärfen und Schwierigkeiten der Indikatoren konnten ebenfalls als insgesamt gut bewertet werden. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass mit dem Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken das erlebte Erziehungsverhalten der eigenen Eltern bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit ausreichend valide und reliabel eingeschätzt werden kann.

#### Fazit

Es lassen sich mindestens vier Erziehungsstile unterscheiden, die einen Schutz- oder Risikofaktor für riskanten Alkoholkonsum oder eine Alkoholabhängigkeit darstellen. Zur Erfassung von Erziehungsstilen bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit ist mit dem FEPS ein

# Neuropsychanalyse (NPSA) Congress 2019 in Brüssel



von Human-Friedrich Unterrainer

Wie jedes Jahr, fand auch heuer wieder der Neuropsychanalyse Congress statt. Dieses Mal vom 18. bis 20. Juli in Brüssel. Der Ort des Geschehens war der Solbosch Campus an der Université Libre de Bruxelles, mitten im Zentrum der Stadt.

Das Thema der insgesamt zwanzigsten Ausgabe des Kongresses war dabei durchaus verlockend: »Satisfaction at Last. Neuropsychanalyse on Sex, Drive, and Enjoyment« [»Endlich Befriedigung. Neuropsychanalyse bei Sex, Trieb und Genuss«; Übersetzung: HFU]. Dementsprechend standen die Themen Lust und Sexualität im Vordergrund und wurden aus psychoanalytischer und psychotherapeutischer Perspektive beleuchtet. Als hauptsächliche Anfragen konnten dabei notiert werden: Was ist überhaupt Sex? Was ist eine erogene Zone? Wie hängen Affekte, Emotionen und Triebe mit dem sexuellen Akt zusammen? Was kann unter Lust unter psychodynamischer Perspektive verstanden werden? ... Oder aber auch: Wie kann es passieren, dass manche Menschen süchtig nach Sexualität oder Liebe werden, und wie kann ein psychotherapeutischer Umgang mit der Problematik aussehen?

Den geografischen und sprachlichen Gegebenheiten (die Nähe zu Frankreich und die französische Sprache) entsprechend wurde neben dem Werk von Sigmund Freud auch dem Werk von Jacques Lacan (französischer Psychiater und Psychoanalytiker) verstärktes Interesse zuteil. Letzterer hat ja mit der »jouissance« einen eigenen Begriff für den Genuss (engl.: »enjoyment«) geprägt, welcher vom Lustbegriff abgegrenzt und diesem gegenübergestellt werden kann. Hier ist anzumerken, dass in Lacan'scher Tradition auch sehr intensiv zur Konzeptualisierung von Suchterkrankungen gearbeitet wurde und umfangreiche Behandlungsmodelle herausgearbeitet werden konnten (Baldwin et al., 2011).

Für mich war es nun mein fünfter NPSA-Kongress und somit war es auch ein Wiedersehen mit vielen bekannten Gesichtern. Bei der NPSA-Gemeinschaft handelt es sich um ein weltweites

Netzwerk. Grundanliegen war und ist die Diskussion der Möglichkeiten und Grenzen der Verbindung neurowissenschaftlicher Forschung mit psychotherapeutischen (hier vorrangig tiefenpsychologischen) Konzepten. Einen thematischen Schwerpunkt bilden seit jeher auch die Suchterkrankungen, wobei die Verbindung zum therapeutischen Behandlungsmodell des Vereins Grüner Kreis relativ einfach hergestellt werden kann. Obwohl der Grüne Kreis auf das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft (De Leon, 2000) als Basis der Behandlung verweist bzw. explizit ein humanistisches Menschenbild vertritt, können zahlreiche Überschneidungen mit einer psychodynamischen Sichtweise von Suchterkrankungen gefunden werden (z. B. Kennard, 2004). Die Behandlung einer Suchterkrankung dauert im Normalfall viele Jahre – tiefgreifende psychodynamische Veränderungsprozesse müssen dabei in der Therapie in Gang gebracht werden.

Dem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit entsprechend ist eine (neuro)biologische wie auch eine soziale Komponente im therapeutischen Umgang mit Suchterkrankungen immer mitzudenken (Unterrainer, 2017). Dieser Haltung entsprechend werden nun seit vielen Jahren Forschungsprojekte in den Einrichtungen des Vereins Grüner Kreis in Kooperation mit unterschiedlichen universitären Instituten initiiert und es wird fortlaufend darüber auf nationalen und internationalen wissenschaftlichen Veranstaltungen berichtet. Mein diesjähriger Vortrag fokussierte auf die Rolle des Neuropeptids Oxytocin in der Suchtherapie. So konnte hier ein spannendes Experiment zum Zusammenhang von Oxytocin und Bindung bei SuchtpatientInnen im Vergleich zu einer non-klinischen Kontrollgruppe durchgeführt werden. »Sucht als Bindungsstörung«

zu begreifen, ist eine Möglichkeit, Suchterkrankungen neben den vorherrschenden lerntheoretischen und klassisch-psychoanalytischen Ansätzen zu konzeptualisieren. Der Drogenkonsum (ich verstehe hier Droge als Überbegriff für alle substanzgebundenen und ungebundenen Suchtmittel) kann dabei als dysfunktionale Form der Selbstmedikation (Khantzian, 2013) verstanden werden, um defizitäre Beziehungserfahrungen (meist) aus der frühen Kindheit zu kompensieren. Dazu korrespondierend kann man auch von einer »Bindung an eine appetitive (lustgesteuerte) Aktivität« ausgehen, »[...] welche so stark ausgeprägt ist, dass es für die Person schwierig ist, diese Aktivität zu zügeln, obwohl diese einen Schaden verursacht« (Orford, 2001). Oxytocin wiederum darf als endokrinologisches Korrelat von Bindungs- und Beziehungserfahrungen verstanden werden und findet sich dementsprechend in der Literatur oft auch als »Kuschelhormon« verniedlicht dargestellt. In der Drogentherapie intranasal (durch Nasensprays) verabreicht, zeigten sich erstaunlich positive Effekte: So konnte zum Beispiel das Wohlbefinden von SuchtpatientInnen deutlich gesteigert bzw. das Craving (Verlangen nach Drogen) deutlich verringert werden (McGregor, 2012). Unsere ersten Studien hinsichtlich der Rolle des

Oxytocins in der Suchttherapie verliefen sehr vielversprechend – die Ergebnisse konnten dementsprechend der Fachwelt sehr erfolgreich präsentiert werden (Tatzer et al., 2019).

Insgesamt gesehen liefern Konferenzenveranstaltungen wie der NPSA-Kongress immer sehr viele wertvolle Impulse für die eigene wissenschaftliche Tätigkeit. Der am Zentrum für Integrative Suchtforschung (CIAR) eingeschlagene Weg, neurowissenschaftliche Konzepte in ihrer Relation zu psychodynamischen und evolutionspsychologischen Konzepten (vor allem Bindungs- und Persönlichkeitsorganisation) im Rahmen der Therapeutischen Gemeinschaft zu untersuchen, bleibt für mich stimmig und weiter vielversprechend. Brüssel selbst bleibt wie immer eine Reise wert (vgl. Bild 2). Die Stadt beeindruckt als kultureller Schmelztiegel (mit vielen sozialen Brennpunkten) auf der einen Seite und mit geschmolzener Schokolade auf Waffel serviert auf der anderen Seite. Egal ob beruflich oder privat – ich werde sehr gerne wiederkommen.

#### Literatur

- Baldwin, Y. G., Malone, K. R. & Svolos, T. (2011).** Lacan and Addiction. An Anthology. Karnac Books  
**De Leon, G. (2000).** The Therapeutic Community:

Theory, Model, and Method. New York: Springer.  
**Kennard, D. (2004).** The therapeutic community as an adaptable treatment modality across different settings. *Psychiatric Quarterly*, 75(3), 295-307.

**Khantzian, E. J. (2013).** Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction*, 108(4), 668-669.

**McGregor, I. S. & Bowen, M. T. (2012).** Breaking the loop: oxytocin as a potential treatment for drug addiction. *Hormones and Behavior*, 61(3), 331-339.

**Orford, J. (2001).** Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 96(1), 15-31.

**Tatzer, J., Hiebler-Ragger, M., Fuchshuber, J., Trinkl, F., Kimmerle, A., Rinner, A., Buchheim, A., Schrom, S., Rinner, B., Leber, K., Pieber, T., Weiss, E. M., Kapfhammer, H. P. & Unterrainer, H.-F. (2019).** Decreased attachment-related oxytocin reactivity in poly-drug users undergoing maintenance therapy compared to healthy controls. *Frontiers in Psychiatry, Special Issue on Addiction and Attachment*, submitted.

**Unterrainer, H.-F. (2017).** Sucht als Bindungsstörung: Eine bio-psycho-sozio-spirituelle Perspektive. *Spiritual Care*, 6(1), 99-102.

#### PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Privatdozent an der Karl-Franzens-Universität bzw. Medizinischen Universität Graz;  
 Lektor an der Universität Wien;  
 Leitung des Center for Integrative Addiction Research (CIAR) im Verein Grüner Kreis



PD Human-Friedrich Unterrainer und Mag. Jürgen Fuchshuber vor dem Manneken Pis in Brüssel

# TRINKERPARK



von Kurt Neuhold

glanz & krawall, die Musiktheater-  
kombo aus Berlin, präsentierte im  
Rahmen der Musiktheatertage Wien  
die »Suchtpräventionsoper«  
TRINKERPARK.

Auf Einladung des WUK besuchte  
ich die Aufführung im Hof des Wiener  
Werkstätten- und Kulturhauses.

»Bist du krank?«, fragen die Leute irritiert, wenn man statt Wein, Aperol oder Bier ein Glas Wasser, Tee oder Saft bestellt. Nicht nur in Österreich gehört der Konsum von Alkohol einfach dazu – in der Familie oder bei jeglicher Form gesellschaftlichen Zusammenseins. Alkohol zu trinken ist erlaubt, ja es wird sogar erwartet. Sozial- und schichtspezifische Rituale bestimmen die Art des Konsumierens, Trinksprüche und Flucht-Achterl beschwören die Geselligkeit und mindern die Angst vor der Einsamkeit.

Solange sich die Trinkenden innerhalb einer gesellschaftlichen Norm bewegen, ist »alles in Ordnung«. Aus der Norm zu fallen wird jedoch sanktioniert; soziale Ausgrenzung und Schuldzuschreibungen sind die Folge. Soziale Auffälligkeit stört das Bild einer glänzenden Konsumwelt, die von Betretungs- und Aufenthaltsverboten bewacht wird. Davon können die KlientInnen des Grünen Kreises ein Lied singen. Soziale Probleme aus dem öffentlichen Raum zu verbannen, ist jedoch keine Lösung.

Der Umgang mit der Droge Alkohol ist äußerst ambivalent. Dies zeigt sich sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf persönlicher Ebene. In Österreich befasst sich eine Fülle von Gesetzen und Verordnungen mit dem Verkauf und Konsum von Alkohol, jedoch nicht mit dem Ziel, die allgemeine Verfügbarkeit von Alkohol einzuschränken, sondern man will spezifische Problem- und Gefährdungsfelder (Jugendschutz, Straßenverkehr, Arbeitswelt) gesetzlich regeln. Werbung für Alkohol unterliegt zwar gewissen Einschränkungen, ist aber grundsätzlich erlaubt.

Alkohol ist ein in unserem Kulturkreis gesellschaftlich anerkanntes Genussmittel. Er ist ein wichtiges Kulturgut und Bestandteil vieler religiöser Rituale. Das legale Genussmittel Alkohol, das jederzeit und leicht zu bekommen ist, kann jedoch leicht zur gefährlichen Droge werden. Das Geschäft mit alkoholischen Getränken und Substanzen floriert. Auch wenn sich das Konsumverhalten in der Gesellschaft verändert hat und der Alkoholkonsum seit

den 1970er-Jahren insgesamt zurückgegangen ist, ist Alkohol jene Substanz, die bei rund 10% der ÖsterreicherInnen zu einer Suchterkrankung führt. Die Grenze, wann das Genussmittel zum Suchtmittel wird, ist nicht leicht zu ziehen. Diese Problematik versucht die Berliner Theatergruppe mit der Suchtpräventionsoper TRINKERPARK zu thematisieren.

## Kein Alkohol ist auch keine Lösung. Oder doch?

Im Gespräch mit Marielle Sterra (Regie und Mini-Keyboard) und Dennis Depta (Dramaturgie, Gitarre) betonen die beiden, dass ihr Stück, dessen Produktion u. a. vom Präventionsrat Berlin-Mitte gefördert wurde, kein moralisierendes Zeigefingertheater zur Gefährlichkeit von Alkohol sein will. TRINKERPARK stellt Fragen ans Publikum, die sie sich auch selber stellen. Denn auch sie trinken regelmäßig Alkohol, manchmal gern und ausgiebig, also wäre der Apell, keinen Alkohol zu trinken, unglaubwürdig und unmoralisch.

Wer bestimmt, wie viel getrunken werden darf? Was ist zu viel? Was ist das tolerierte richtige Maß? Darauf gibt es keine klare Antwort. Diese Ambivalenz interessiert die Theaterleute und daraus haben sie TRINKERPARK entwickelt und als Roadshow inszeniert.

Protagonist der Show ist die Rausch-Family, ein verkrachter Trupp mit tiefer Verbundenheit zum Rock'n'Roll, Zirkusleben und zur Quacksalberei. Weil sie irrtümlich für eine abstinent lebende Performancegruppe gehalten wurde, bekam die Rausch-Family den Auftrag, eine Suchtpräventionsshow zu entwickeln. Mit zwei schrottreifen Bussen, schrillen Kostümen, rosa Flamingos, Livemusik – eine Synthese aus Pop, Elektro und klassischem Gesang – erzählen, tanzen, spielen und singen die DarstellerInnen den ambivalenten Umgang dreier Generationen mit Alkohol und Drogen. Sie fragen sich und das Publikum, wie ein Leben ohne Alkohol aussehen könnte, welche Gründe es gibt zu trinken oder warum man es lassen sollte. Jede Generation stellt andere Fragen und findet unterschiedliche

## Vortrag

# Alkoholabhängigkeit: Von der Theorie zur Praxis



Der Alkohol stellt nach wie vor die am weitesten verbreitete Droge in Österreich dar. Für den Erfolg einer Alkoholbehandlung spielen viele Faktoren eine Rolle. Verschiedene Aspekte der Diagnostik und Therapie werden in diesem Vortrag erläutert.

**Prof. Dr. Otto-Michael Lesch**

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Ambulanz für Alkoholgefährdete der Univ. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, AKH Wien; Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Suchtmedizin (AUSAM).

Moderation: PD DDr. Human-Friedrich Unterrainer

WISSENSCHAFT IM POOL7  
**WIP7**

**12. Dezember 2019, 19.30 Uhr**  
**POOL7 1010 Wien, Rudolfsplatz 9**

Eintritt frei | Um Anmeldung wird gebeten ☎ +43 1 523 86 54

Die Veranstaltung wird als Fort- und Weiterbildung gemäß § 33 Psychologengesetz 2013 mit insgesamt 3 Fortbildungseinheiten anerkannt.

Antworten. TRINKERPARK zeigt einen Überlebenskampf – nicht nur im Umgang mit der Droge zwischen Verklärung und Abschreckung pendelnd, auch ökonomisch und sozial versuchen die ProtagonistInnen zu bestehen. Dabei ist ihnen jedes Mittel recht, sei es durch das Bewerben einer Wunderbrille, die Rauschzustände suggeriert, oder mithilfe eines rosafarbenen Getränks, angeblich ein alkoholfreies Rauschmittel, bei dem man nüchtern bleibt. Jede und jeder versucht auf ihre/ seine Weise zu überleben, zwischen Selbsterstörung, Normerfüllung, Verzweiflung und Überwindung einer inneren Leere.

Besonders eindrucksvoll die Szene der 16-jährigen SchauspielerIn, die einen Rausch beschreibt, so wie sie sich diesen Zustand vorstellt, obwohl sie noch nie in ihrem Leben Alkohol getrunken hat. Sie fragt sich und uns, was wäre, wenn es keinen Rausch gäbe? Wäre ein Leben ohne Grenzüberschreitungen erstrebenswert?

glanz&krawall haben bei der Erarbeitung von TRINKERPARK neben

Zitaten aus Georg Büchners »Woyzeck« auch Texte verwendet, die bei schreibpädagogischen Übungen generiert wurden. Mit dieser Arbeitsweise unterstreicht die Theatergruppe ihr Anliegen, dass AkteurInnen und Zuschauende einander nahekommen; ihre Stückentwicklung erfolgt »in der Kneipe, auf der Straße, in der Psychiatrie, und sie holen Show-Formate ins Theater. Sie nageln den Guckkasten zu und mischen einen wilden Cocktail aus Klassik und Pop, denn sie machen ein Musiktheater, das etwas über die Welt erzählt, in der wir leben, und über jene, in der wir leben könnten. Dafür werden die SängerInnen von der Leine gelassen und bilden Live-Band-Allianzen mit SchauspielerInnen, PerformerInnen und MusikerInnen. Somit ist der WUK-Innenhof ein idealer Aufführungsort« (zitiert aus dem Preetext).

»FIT FOR LIFE – Literaturpreis« 2020

Eine Textproduktion zu fördern, die etwas über die Welt erzählt, in der es als normal gilt, Alkohol zu trinken, wo man

mittrinken muss, weil es etwas zu feiern gibt, wo es üblich ist, Kummer und Sorgen mit Alkohol zu ertränken, was oft in einer Katastrophe endet – das ist ein Anliegen des »FIT FOR LIFE«-Literaturpreises. Mit diesem Preis möchten wir Menschen unterstützen, die für die Bewältigung ihres Suchtproblems oder ihrer Alkoholkrankung das literarische Schreiben entdeckt haben und nützen.

So wie in TRINKERPARK authentische Texte von Rausch, Exzess und Absturz erzählen, so beschreiben viele der bisher für den Literaturpreis eingereichten und ausgezeichneten Texte eindrucksvoll den schwierigen Umgang mit der Suchterkrankung. Der Preis wird 2020 zum dritten Mal vergeben; Einreichschluss ist der 31. Jänner 2020.

Detaillierte Informationen:  
[www.fitforlife-literatur.at](http://www.fitforlife-literatur.at)

**Kurt Neuhold, DSA**

Künstler

Leiter Kunst im Grünen Kreis

[www.gruenerkreis.at/kunst](http://www.gruenerkreis.at/kunst)

[www.gruenerkreis.at/pool7](http://www.gruenerkreis.at/pool7)

Angststörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen (23%), substanzungebundene Süchte, bipolare affektive Störungen und Schizophrenie. In Österreich wurden in einer Untersuchung mit Alkoholkranken am häufigsten Depressionen, Angsterkrankungen und affektive Störungen als Komorbiditäten diagnostiziert.

	m	w	gesamt
Schweres depressives Syndrom	33%	38%	36%
Generalisierte Angststörung	14%	36%	25%
Panikstörung	10%	30%	20%
PTSD	6%	24%	15%
Esstörungen	0%	14%	7%
Zwangsstörungen	0%	2%	1%

Scheibenbogen & Feselmayer, 2008

Ähnlich wie bei anderen psychiatrischen Erkrankungen bedeutet eine komorbide Alkoholkrankung bei affektiven Störungen eine geringere Therapieadhärenz sowie ein schlechteres Ansprechen auf die pharmakologische Therapie. Der Krankheitsverlauf ist durch schnellere Rückfälle und häufigere Episoden gekennzeichnet und langfristig mit einem niedrigen psychosozialen Adaptationsniveau sowie erhöhten Raten an Suizidalität und Fremdaggression verbunden. Darüber hinaus bewirkt sie eine vermehrte Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Institutionen.

Die Diagnostik psychiatrischer Komorbiditäten sollte außerhalb der Exazerbationsphasen der Alkoholkrankheit (Phasen des exzessiven Konsums, Entzugssyndrom) unter Einsatz von standardisierten Screeninginstrumenten erfolgen. Sie soll Relevanz für die aktuelle Behandlungsphase der Alkoholabhängigkeit haben und auch die Einschätzung des Risikos einer Exazerbation z. B. bei einem Abstinenzversuch berücksichtigen.

Die Therapie der psychiatrischen Erkrankungen bei AlkoholpatientInnen soll parallel zur Alkoholtherapie durchgeführt werden und den jeweiligen spezifischen Richtlinien entsprechen. Die üblichen Dosierungsstandards der Psychopharmaka können mit Ausnahme von Benzodiazepinen eingehalten werden.

Bei psychiatrischen PatientInnen sollte die Erhebung des Alkoholkonsums in nicht suchtspezifischen psychiatrischen Settings erfolgen. Dies gilt insbesondere bei chronischen PatientInnen mit Schizophrenie oder bipolaren affektiven Störungen sowie bei PatientInnen unter Opioid-Erhaltungstherapie, bei denen per se ein hohes Risiko für Alkoholabusus besteht.

Bei psychiatrischen PatientInnen, bei denen eine Alkoholkrankheit diagnostiziert wurde, sollte in der Psychoedukation das Prinzip des risikofreien Alkoholkonsums Berücksichtigung finden.

Schizophrenie	47%
Bipolare affektive Psychosen	56%
Major Depression	27%
Angsterkrankungen	24%
Persönlichkeitsstörungen	84%

Regier et al., 1990

## 2) Somatische Komorbiditäten

Chronischer Alkoholkonsum kann zu einem breiten Spektrum somatischer Erkrankungen und Komplikationen führen. Es gibt praktisch kein Organsystem, das nicht durch problematischen Genuss geschädigt werden kann. Zwischen Konsum und dem Risiko für Organschäden besteht eine kausale Dosis/Zeit-Wirkungsbeziehung: Je mehr und je länger Alkohol konsumiert wird, desto höher ist das Risiko (Corrao et al.). Darüber hinaus sind auch Umweltfaktoren und genetische Prädisposition an der Entstehung einer alkoholischen Organerkrankung beteiligt.

Bis zu 75% der AlkoholikerInnen, die sich einer stationären Entwöhnung unterziehen, leiden an Alkoholfolgeerkrankungen. Bei 29% der Männer und 9% der Frauen, die in ein Allgemeinkrankenhaus eingewiesen werden, ist eine alkoholassoziierte Erkrankung der Grund für die Einweisung. Besonders betroffen sind Erwachsene im mittleren Alter (35 bis 55 Jahre).

Zu den häufigsten internistischen Komplikationen zählen Erkrankungen von Speiseröhre, Magen, Darm, Leber und Bauchspeicheldrüse. Weiters sind Alkoholranke überproportional von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzrhythmusstörungen),

Krebserkrankungen, Stoffwechselstörungen, toxischem Knochenödem, Muskelatrophie und Erkrankungen des Nervensystems (Polyneuropathie) betroffen. Bei AlkoholpatientInnen konnte eine doppelt so hohe Prävalenz eines metabolischen Syndroms beobachtet werden wie bei der Normalbevölkerung (30,6% versus 16%). Zudem weisen diese PatientInnen neben einem hohen Blutdruck auch alkoholabhängige pathologische Störungen des Glukose- und Lipidstoffwechsels auf.

Die häufigsten Folgeerkrankungen bei Alkoholabhängigkeit sind Lebererkrankungen. Nahezu alle Alkoholabhängigen weisen eine Fettleber auf, einige entwickeln eine alkoholische Hepatitis und bis zu 20% eine Leberzirrhose, die wiederum zu einem hepatozellulären Karzinom (HCC) führen kann. Eine dekompensierte Leberzirrhose und das HCC sind bei langjährigem Alkoholkonsum die häufigsten Todesursachen.

Für alkoholinduzierte Karzinome existiert keine Schwellendosis, bis zu der auch ein moderater Alkoholkonsum zu keiner Erhöhung des Krebsrisikos führt. Demnach ist jeder noch so niedrige Alkoholkonsum mit einem signifikant erhöhten Krebsrisiko verbunden. Der gesundheitsfördernde Effekt von leichtem/moderatem Alkoholkonsum in Hinblick auf Senkung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität konnte in manchen Beobachtungsstudien zwar gezeigt werden, ist jedoch Gegenstand einer grundsätzlichen Debatte.

Zudem besteht wahrscheinlich eine Rückkopplung zwischen den somatischen Auswirkungen und neurobiologischen Prozessen (hormonelle Störungen, Neurotransmitterstörungen, Zytokine, Neurodegeneration und Neuroregeneration). Ätiologisch steht die direkte toxisch-metabolische Wirkung von Alkohol im Vordergrund, wobei auch sekundäre Prozesse wie z. B. hormonelle Störungen, eine chronische Aktivierung des Immunsystems sowie eine Beeinträchtigung des Mikrobioms diskutiert werden.

Viele somatische Erkrankungen sind aber unter Dauerabstinenz oder nach Reduktion des Alkoholkonsums rückgängig. Nichtsdestotrotz müssen Komorbiditäten im therapeutischen Prozess Berücksichtigung finden und entsprechend behandelt werden (Schadenslinderung,

Motivation, Selbstwahrnehmung, realistische Planung der sozialen und beruflichen Rehabilitation bei reduzierter Leistungsfähigkeit).

**Risiko für somatische Erkrankungen in Abhängigkeit der täglich konsumierten Menge an reinem Alkohol (n=116.706 Patienten, 156 Studien)**

	25g	50g	100g
Hypertension	1,43	2,04	4,15
KHK	0,81	0,87	1,13
Ischämischer Schlaganfall	0,90	1,17	4,37
Hämorrhagischer Schlaganfall	1,19	1,82	4,70
Magengeschwür	0,98	0,97	0,93
Leberzirrhose	2,90	7,13	26,52
Chronische Pankreatitis	1,34	1,78	3,19
Verletzungen und Gewalt	1,12	1,26	1,58
<i>Neoplasmen</i>			
Mundhöhle und Rachen	1,86	3,11	6,45
Speiseröhre	1,39	1,93	3,59
Kehlkopf	1,43	2,02	3,86
Dickdarm	1,05	1,10	1,21
Enddarm	1,09	1,19	1,42
Leber	1,19	1,40	1,81
Brust	1,25	1,55	2,41

modifiziert nach Corrao et. al, 2004

Zusammenfassend gibt es bei allen Suchterkrankungen und im Besonderen bei der Alkoholkrankheit viele Komorbiditäten – neben den bekannten psychiatrischen auch viele somatische. Eine Reduktion des Alkoholkonsums und besonders eine Phase ohne Alkoholkonsum zeigen in der Regel positive

Effekte auch auf die Komorbiditäten, im Besonderen gilt dies für die somatischen Komorbiditäten der Leber und der Bauchspeicheldrüse. Bei psychiatrischen Komorbiditäten ist es bedauerlicherweise nicht so, dass eine adäquate Behandlung der Komorbidität (z. B. Depression) dafür sorgt, dass die Alkoholkrankheit verschwindet. Daher sollte das Augenmerk immer auf die Suchtkrankheit und die jeweilige Komorbidität gelegt werden.

**Literatur**

**Alkoholkrankheit – State of the Art 2013, Konsensus-Statement unter der Ägide der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) und Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGPB) (2013).** Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Nr. 28.

**Corrao G., Bagnardi V., Zambon A., La Vecchia C. (2004).**

A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev Med* 38(5): 613–9.

**Kampfhammer H. P. (2004).**

Alkohol und Depression in der Konsultation-Liaison-Psychiatrie. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 5(3): 30–36.

**Kasper S., Haller R., Haring C. (2007).**

Substanzbezogene Störungen und psychiatrische Erkrankungen. Konsensus Statement 2007 – State of the Art. *Clinicum neuropsychy Sonderausgabe.*

**Kessler R. C., Crum R. M., Warner L. A., Nelson C. B., Schulenberg J., Antony J. C. (1997).**

Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol

abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 54: 313–21.

**Krausz M., Mass R., Haasen C., Gross J. (1996).** Psychopathology in patients with schizophrenia and substance abuse: a comparative clinical study. *Psychopathology* 29(2): 95–103.

**Lindenmeyer J. (2005).**

Alkoholabhängigkeit (Reihe Fortschritte der Psychotherapie). Göttingen, Hogrefe, 2. überarbeitete Auflage.

**Mathers C. D., Loncar D. (2005).**

Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002–2030: data sources, methods and results. Evidence and Information for Policy Working Paper Evidence and Information for Policy World Health Organization.

**Regier D. A., Farmer M. E., Rae D. S. et al. (1990).** Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264(19): 2511–8.

**Rehm J., Taylor B., Patra J. (2006).**

Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European region 2002. *Addiction* 101: 1086–1095.

**Scheibenbogen O., Feselmayer S. (2008).** Komorbide Störungen in der Suchtbehandlung. *Psychopraxis* 4.

**Soyka M. (2013).**

Evidenzbasierte Therapie der Alkoholkrankheit. *Neuropsychy* 03: 17–23.

**Prim. Dr. Shird-Dieter Schindler**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Vorstand des Zentrums für Suchtkranke und Station für forensische Akutpsychiatrie und Begutachtung Baumgartner Höhe, Otto-Wagner-Spital

→ Seite 25

psychometrisch geprüfter Fragebogen verfügbar, mit dem elterliche Erziehungsstile retrospektiv eingeschätzt werden können.

**Referenzen**

**Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J. R. & Secades-Villa, R. (2012).** Parental styles and drug use: A review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(1), 1–10.

**Burk, L. R., Armstrong, J. M., Goldsmith, H. H., Klein, M. H., Strauman, T. J., Costanzo, P. & Essex, M. J. (2011).** Sex, temperament, and family context: How the interaction of early factors differentially predict adolescent alcohol use and are mediated by proximal adolescent factors. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(1), 1.

**Calafat, A., García, F., Juan, M., Becoña, E. &**

**Fernández-Hermida, J. R. (2014).** Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 185–192.

**Johnson, P. B. & Johnson, H. L. (2001).** Reaffirming the power of parental influence on adolescent smoking and drinking decisions. *Adolescent & Family Health.*

**Lotzin, A., Kriston, L., Richter-Appelt, H., Leichsenring, I., Ramsauer, B. & Schäfer, I. (2012).** Dimensionen elterlicher Erziehungsstile bei alkoholabhängigen Patienten: Erste Befunde zum Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken (FEPS). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie.*

**Montgomery, C., Fisk, J. E. & Craig, L. (2008).** The effects of perceived parenting style on the propensity for illicit drug use: The importance of parental warmth and control. *Drug and Alcohol Review*, 27, 640–649.

**Richter-Appelt, H., Schimmelmann, B. G. & Tiefensee, J. (2004).** Questionnaire on parental attitudes and rearing practices (FEPS). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54(1), 23–33.

**Schucksmith, J., Glendinning, A. & Hendry, L. (1997).** Adolescent drinking behaviour and the role of family life: A Scottish perspective. *Journal of Adolescence*, 20, 85–101.

**Dr.<sup>in</sup> Annett Lotzin**

Dipl.-Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg ([www.zis-hamburg.de](http://www.zis-hamburg.de)) der Arbeitsgruppe Trauma und Stressforschung. Dozentin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychotraumatologie Hamburg (ZEP) und der Medical School Hamburg (MSH).

# ROT WEISS ROT

**AUS VIER  
WIRD EINS.**

AV+ASTORIA. AGENSKETTERL. GRASL FAIRPRINT. SCHREIER & BRAUNE.



**PRINT ALLIANCE**

PRINTED IN AUSTRIA

## Beratungs- & Betreuungsteam

### Wien

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)  
Tel.: +43 (0)664 3840827  
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at  
Mag.<sup>a</sup> Mirjam Ohr MA (W)  
Tel.: +43 (0)664 8111021  
mail: mirjam.ohr@gruenerkreis.at  
Sonja Kriegner, BA (Justiz)  
Tel.: +43 (0)664 8111018  
mail: sonja.kriegner@gruenerkreis.at  
Marina Lanver BA, MA (Justiz)  
Tel.: +43 (0)664 1809709  
mail: marina.lanver@gruenerkreis.at

### Niederösterreich, Burgenland

Marianne Weigl, DSA (Most-, Wald- und Weinviertel)  
Tel.: +43 (0)664 2305312  
mail: marianne.weigl@gruenerkreis.at  
Gabriele Stumpf (NÖ, B)  
Tel.: +43 (0)664 8111676  
gabriele.stumpf@gruenerkreis.at  
Harald Berger (Justizanstalten Krems und St. Pölten)  
Tel.: +43 (0)664 8111671  
mail: harald.berger@gruenerkreis.at

### Oberösterreich

Pamela Harringer, BA  
Tel.: +43 (0) 664 811 1007  
mail: pamela.harringer@gruenerkreis.at  
Elisabeth Schnitzer, BA  
Tel.: +43 (0) 664 811 1024  
elisabeth.schnitzer@gruenerkreis.at

### Steiermark

Benedikt Huber, MA  
Tel.: +43 (0)664 8111041  
benedikt.huber@gruenerkreis.at

Lisa-Marie Leitner, BA  
Tel.: +43 (0)664 8111023  
lisa.leitner@gruenerkreis.at

### Kärnten, Osttirol

Thomas Liegl, BA  
Tel.: +43 (0)664 384 0280  
thomas.liegl@gruenerkreis.at

### Salzburg

Pamela Harringer, BA  
Tel.: +43 (0) 664 811 1007  
mail: pamela.harringer@gruenerkreis.at

### Tirol, Vorarlberg

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA  
Tel.: +43 (0)664 8111675  
susanne.fessler@gruenerkreis.at

### Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren

**Wien**  
1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103  
Tel.: +43 (0)1 5269489 | Fax: +43 (0)1 5269489-40  
mail: ambulanzen.wien@gruenerkreis.at

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11  
Tel.: +43 (0)1 710 74 44 | Fax: +43 (0)1 710 74 44-22  
mail: ambulanzen.wien@gruenerkreis.at

### Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14  
Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721  
ambulanzen.wienerneustadt@gruenerkreis.at

### Graz

8020 Graz, Sterngasse 12  
Tel.: +43 (0)316 760196 | Fax: +43 (0)316 760196-40  
mail: ambulanzen.graz@gruenerkreis.at

### Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3  
Tel.: +43 (0)463 590126 | Fax: +43 (0)463 590127  
mail: ambulanzen.klagenfurt@gruenerkreis.at

### Linz

4020 Linz, Sandgasse 11  
Tel.: +43 (0)664 8111024 | Fax: +43 (0)732 650275-40  
mail: ambulanzen.linz@gruenerkreis.at

## Beratung & Hilfe

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)



grüner kreis