

Sulz/Antoni/Hagleitner

Psychotherapie der Alkohol- abhängigkeit

Ambulante und stationäre Therapie
im Einzel- und Gruppensetting

Ein integratives Manual

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Autoren

Prof. Dr. phil. Dr. med. Serge K.D. Sulz

Serge K. D. Sulz gründete 2000 die Fachambulanz für Alkoholabhängigkeit des Centrums für Integrative Medizin (CIPM) in München. Er übertrug das Konzept der Strategisch-Behavioralen Therapie auf die Suchtbehandlung mit besonderer Betonung der Förderung der Emotionsregulation und der Gestaltung stabiler Beziehungen. Er ist Professor an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Psychotherapeutische Medizin – Psychoanalyse, als Psychologischer Psychotherapeut und als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist sein Wirken neben der Therapie von Suchtkrankheiten vor allem auf die Therapie von Angst, Zwang, Depression und somatoformen Störungen ausgerichtet.

Dipl.-Psych. Julia Antoni

1992–1998 Studium der Psychologie an der Justus-Liebig-Universität Gießen. 1996–1997 Grundausbildung in Klientenzentrierter Gesprächsführung. 1998–2001 Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit Fachrichtung Verhaltenstherapie an der JLU Gießen. Weiterbildung als Supervisorin am IFT München. 1998–2005 Therapeutin in der »salus klinik Friedberg«. 2005–2012 Einrichtungsleitung der Condrops Übergangswohngemeinschaft Eglharting. Seit 2012 leitende Psychologin der CIP Fachambulanz (früher Suchtambulanz CIPM) und des Comedicum Landshuter Allee (früher CIPM) in München. Lehrtätigkeit und Supervision für die CIP Akademie. Lehrtätigkeit und Supervision für das IFT im Rahmen der »GVS-Weiterbildung zum/r Sozialtherapeuten/in Sucht«. Lehrtätigkeit für das vfkv-Ausbildungsinstitut.

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Richard Hagleitner

1995–2000 Studium der Psychologie an der Universität Innsbruck/Österreich. 2000–2010 Promotion an der Universität Innsbruck zum Thema »Evolutionenbiologische Aspekte maskuliner und femininer Sexualstrategien«. Ab 2001 bis 2007 Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten in München und ab 2007 bis 2017 an der CIP Fachambulanz (früher CIPM Suchtambulanz) Leitung von Gruppen zur ambulanten Alkoholentwöhnung. Jetzt tätig als Psychologischer Psychotherapeut für Kinder, Jugendliche und Erwachsene am Comedicum in München. Lehrtätigkeit und Supervisor für die CIP Akademie. Ausgebildet in Pesso-Boyden-System-Psychomotor (»Pesso-Therapeut«).

Serge K. D. Sulz, Julia Antoni,
Richard Hagleitner

Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit

Ambulante und stationäre Therapie
im Einzel- und Gruppensetting –
Ein integratives Manual

Verlag W. Kohlhammer

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

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

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

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2020

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-036833-0

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-036834-7

epub: ISBN 978-3-17-036835-4

mobi: ISBN 978-3-17-036836-1

Inhalt

Vorwort	7
Einführung in das Thema Alkohol – zuerst etwas Hintergrundwissen	9
1 Einführung in den PKP-Therapieansatz der Alkoholabhängigkeit	13
1.1 Das Konzept der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) mit Therapie-/Sprechstundenkarten	13
2 PKP-Therapiemodul 1: Patientenaufnahme	18
3 Die PKP-Therapiemodule	22
4 Symptomtherapie – Säule 1 der Therapie	32
4.1 Symptomverständnis und Symptomtherapie	32
4.2 Das Motivationsstadium – von der Absichtslosigkeit zur entschiedenen Abstinenz	37
4.3 Hilfs- und Ressourcenanalyse – Wer und was kann mir wie helfen?	39
4.4 Analyse der Entstehung meiner Alkoholkrankheit	46
4.5 Verhaltensanalytisches Interview	47
4.6 Wie die Überlebensregel die Reaktionskette beeinflusst	48
4.7 Symptomtherapie – Abstinenz erhalt	50
4.8 Was hält die Alkoholkrankheit aufrecht?	55
4.9 Zielorientierung und Zielannäherung	56
4.10 Rückfallprophylaxe	58
5 Fertigkeitentraining – Aufbau von Kompetenz	61
5.1 Soziale Kompetenz und Handlungskompetenz	62
5.2 Emotionen nicht mehr vermeiden – Emotionsregulation optimieren	65
5.3 Kommunikative Kompetenz und Beziehungs-Kompetenz ...	72
5.4 Kognitive Kompetenz (Metakognition und Mentalisierungsfähigkeit) und Entscheidungskompetenz	75
5.5 Körper-Kompetenz (Entspannung, Bewegung, Ernährung, Sexualität)	76
5.6 Selbständigkeitstraining	78

5.7	Primärer Selbstmodus, sekundärer Selbstmodus und deren Integration	84
5.8	Spirituelle Kompetenz	85
6	Vom Überleben zum Leben – von der dysfunktionalen Überlebensregel zur Erlaubnis gebenden Lebensregel	86
6.1	Zentrale Bedürfnisse	87
6.2	Die zentrale Angst – Grundform der Angst	88
6.3	Dysfunktionale Persönlichkeitszüge	89
6.4	Die bisherige Überlebensregel formulieren	96
6.5	Entgegen der Überlebensregel handeln	97
6.6	Die neue Erlaubnis gebende Lebensregel	97
7	Entwicklung der Persönlichkeit	99
8	Paartherapeutische Sitzungen	106
9	Gruppentherapeutische Sitzungen	112
10	Familientherapeutische Sitzungen	115
	Literatur	117

Vorwort

Alkoholabhängigkeit ist nach der Depression die zweithäufigste psychische Erkrankung. Dennoch hat es viele Jahre gedauert, bis sie als Indikation ambulanter Psychotherapie in den Psychotherapie-Richtlinien anerkannt wurde. So wie jede PsychotherapeutIn mindestens ein Drittel depressive Patienten hat, müsste sie demnach auch mindestens ein Viertel Patienten mit Alkoholabhängigkeit in Behandlung haben. Dann wäre das erreicht, was notwendig ist, um dieser Erkrankung gerecht zu werden und den betroffenen Menschen die ihnen zustehende Hilfe zu gewährleisten. Doch dem stehen immer noch machtvolle Kräfte entgegen: Das beginnt damit, dass die Verantwortlichen im Gesundheitsbereich immer noch überzeugt sind, dass Alkoholabhängigkeit nur in einer Fachklinik behandelt werden kann. Und kein Alkoholabhängiger will in eine Suchtklinik. Es geht damit weiter, dass alkoholranke Menschen ihre sie beschämende Krankheit vertuschen wollen und auf keinen Fall freiwillig in Behandlung gehen. Sie tun das erst dann, wenn offenbar wird, dass sie ohne Behandlung den Rest dessen verlieren, was sie zum Leben brauchen. Deshalb benötigt es die koordinierte Motivationsarbeit von Hausarzt, Angehörigen und eventuell Arbeitgeber. Und zuletzt sind auch Widerstände bei den niedergelassenen PsychotherapeutInnen gegen die Behandlung dieser Menschen vorhanden. Sie mögen diese Menschen nicht. Und einen Menschen, den ich nicht mag, kann ich auch nicht erfolgreich psychotherapeutisch behandeln. Und wenn sie doch bereit sind, einen Patienten in Therapie zu nehmen, dann fehlt ihnen sowohl die störungsspezifische Therapiekompetenz als auch die Erfahrung mit diesen Patienten. Es ist nicht selten, dass ein alkoholkranker Mensch nur wegen Depression behandelt wird und seine Suchterkrankung nicht zum Thema der Therapie wird.

Es gibt zwar sehr gute Fachbücher für Suchttherapeuten. Und es gibt sehr gute Ratgeber für alkoholabhängige Patienten und deren Angehörige. Es fehlt aber eine Brücke zu den »Allgemein-TherapeutInnen«, also zu denjenigen, die alle psychischen Krankheiten behandeln und nicht spezialisiert sind. Das vorliegende Buch will diese Brücke bauen. Es soll aber eine doppelte Brücke sein. Es geht auch darum, den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mehr in diese Behandlung einzubinden. Schon die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP, die die Autoren dieses Buches vor fast 15 Jahren zu entwickeln begannen, sollte Psychiater in dem Sinne einbeziehen, dass sie sofort in ihrer Sprechstunde erste systematische Therapieschritte einleiten. Dazu dienten die PKP-Sprechstundenkarten (Sulz et al. 2012a, b). Das Wort kurz ist hier weniger im Sinne von einer kleinen Zahl von Therapiesitzungen gemeint, vielmehr geht es darum, dass in einem 20 Minuten Setting in der Sprechstunde oder in der Krankenhaus-Visite die

notwendige therapeutische Intervention durchgeführt werden kann. Diese Behandlung kann deshalb auch außerhalb der sogenannten Richtlinien-Psychotherapie erfolgen.

Dieses Buch soll PsychotherapeutInnen und Psychiatern die Möglichkeit geben, qualifizierte Behandlungen der Alkoholabhängigkeit durchzuführen. Dies kann als Einzeltherapie und/oder als Gruppentherapie in der Richtlinienbehandlung oder in der Sprechstunde bzw. Visite durchgeführt werden. Eine Kleingruppe mit vier Teilnehmern kann sehr effektiv sein und die Mühe der Einzeltherapie erheblich verringern.

Das Buch enthält die State-of-the-Art-Konzepte der Alkoholismusbehandlung. Diese elementaren Interventionen werden in eine individuelle Fallkonzeption eingebunden. Zentral ist der Aufbau von Therapiemotivation, unter anderem durch die Technik der »motivierenden Gesprächsführung«. Es folgt der Balanceakt zwischen dem Eingestehen der Hilfsbedürftigkeit und der Wahrung des Selbstwertgefühls. Dieser erste Teil der Behandlung mündet in einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, die die Basis für die bevorstehende umfangreiche Arbeit ist. Affektregulierung und Steuerungsfähigkeit werden nun stufenweise entwickelt, sodass sowohl eigene Bedürfnisse befriedigt werden können, als auch ein guter Umgang mit zwischenmenschlichen Beziehungen möglich wird. Diese Entwicklungsschritte brauchen Zeit, weshalb eine Kurzzeittherapie nur der Anfang sein kann.

Inzwischen ist auch das Interesse von Fachkliniken für Alkoholabhängigkeit gewachsen. Wir werden immer wieder zu Vorträgen und Workshops eingeladen. Und es wird berichtet, dass unser Konzept von Patienten und TherapeutInnen sehr gern angenommen wird.

Wir bedanken uns bei der Lektorin des Kohlhammer-Verlags Frau Brutler für die sehr gute Betreuung und Begleitung. Und wir bedanken uns bei unseren Patienten, die uns das gelehrt haben, was wir hier weitergeben wollen.

Serge Sulz, Julia Antoni und Richard Hagleitner

im Januar 2020

Einführung in das Thema Alkohol – zuerst etwas Hintergrundwissen

Wir greifen auf die Informationen des Alkohol Atlas Deutschland 2017 zurück. Er wurde vom Deutschen Krebsforschungszentrum herausgegeben (Schaller et al. 2017).

Wir beginnen mit der Alkoholwerbung. Anders als in anderen Bereichen wird nicht mit der Qualität und den guten Eigenschaften der Produkte, also der Getränke geworben. Vielmehr handelt es sich um Image-Werbung. Es werden Fotos und Videos gezeigt, auf/in denen Menschen sich sehr wohl fühlen und der Betrachter sich identifizierend auf gleiche Weise wohl fühlen kann.

Es werden so viele Werbekanäle wie möglich benutzt: Sportveranstaltungen, Film und Fernsehen, soziale Medien. Über 500 Mio. Euro werden jährlich dafür ausgegeben.

Betrachten wir zuerst, was bei der Aufnahme von Alkohol im Körper des Menschen geschieht. Er wird zu 80 % vom Darm und zu 20 % vom Magen aufgenommen. Wo am meisten Blut hinfließt, entfaltet sich am schnellsten die Wirkung des Alkohols: im Gehirn. Die maximale Wirkung erreicht er nach einer Stunde. Wer gut gegessen hat, spürt den Alkohol nicht so schnell. Kohlensäurehaltige Alkohol-Getränke gelangen schneller in den Blutkreislauf (Sekt). Aspirin beschleunigt ebenfalls die Alkoholaufnahme. Da der Wasseranteil im Körper von Frauen geringer ist, kommt es bei Ihnen zu höheren Alkoholkonzentrationen. Dies trifft auch auf ältere Menschen und übergewichtige Menschen zu.

5 % des Alkohols werden unverändert ausgeatmet (Alkoholfahne) oder über Nieren und Haut ausgeschieden. 5 % werden schon im Magen abgebaut, die restlichen 90 % in der Leber. Zuerst entsteht das giftige Acetaldehyd, das krebserregend sein kann. Daraus entsteht Essigsäure und Acetyl-Coenzym A als Abbauprodukte.

Viele wollen wissen, wie schnell Alkohol abgebaut wird. Das sind 0,15 Promille pro Stunde. Die Rechnungen sind nicht ganz einfach, weil im Handel der Alkoholgehalt eines Getränks in Volumen Prozent angegeben wird, während in der Medizin in Gramm und Kilogramm gemessen wird. Ein Promille ist 1 g Alkohol pro Kilogramm Blut. Bei Männern ist der Blut-Alkoholgehalt die in Gramm aufgenommene Alkoholmenge geteilt durch das 0,7-fache des Körpergewichts. Im Internet gibt Angebote zur schnellen Berechnung. Eine kleine Flasche Bier (330 ml) enthält 12,3 g Alkohol. Ein Glas Wein (100 ml) enthält 8,8 g und ein Gläschen Weinbrand (20 ml) enthält 6 g. Ein Alcopop (275 ml) enthält 12,8 g. Die angegebene Menge Bier ergibt 0,2 Promille, der Wein 0,14 Promille und der Schnaps 0,1 Promille.

Wie wirkt Alkohol im Gehirn? Das Wohlgefühl entsteht über die Bindung an Rezeptoren wie GABA-, Glutamat-, Serotonin- und Acetylcholinrezeptoren. Der Dopaminspiegel wird erhöht, wodurch vermehrt Endorphine verfügbar sind. So tritt gleichzeitig Entspannung, Stressabbau und Stimulierung ein.

Ein leichter Rauschzustand besteht ab 0,5 Promille (Sehen und Hören sind dabei schon schlechter, Risikobereitschaft und Reizbarkeit können erhöht sein).

Ein mittlerer Rauschzustand besteht ab 1,0 Promille (lustig oder niedergeschlagen; Sprache, Gleichgewicht, Reaktionsfähigkeit und Orientierung sind schlechter).

Ein starker Rausch (ab 2,5 Promille) zeigt mangelnde Ansprechbarkeit, Erbrechen, fehlende Bewegungskoordination = starkes Torkeln).

Wir unterscheiden vier Vergiftungsstadien:

- Erregung (0,2 bis 2,0 Promille = wohl gelaunt, enthemmt)
- Hypnose (über 2,0 bis 2,5 Promille = müde, schlaff, auch aggressiv)
- Narkose (über 2,5 bis 4,0 Promille = bewusstlos)
- Asphyxie (über 4,0 Promille = Koma, meist tödliche Vergiftung).

Insgesamt nennt der Alkoholatlas Minderung bis Verlust von Kritikfähigkeit, Selbstkontrolle, Gedächtnis, Reaktionsfähigkeit, Sehfähigkeit, Motorik, Gleichgewichtssinn, Orientierungssinn, Sprechfähigkeit, Enthemmung, Stimmungsschwankungen, Aggressivität, Euphorie, Betäubung, Erregung, Angst, unangemessenes Sexualverhalten (ungewollte Schwangerschaften), Unfälle, Vergewaltigungen, Straftaten, Gewalttaten.

Es gibt Krankheiten, die direkt durch Alkohol verursacht werden:

- Alkoholkrankheit
- Pellagra
- Pseudo-Cushing
- Polyneuropathie
- Myopathie
- Kardiomyopathie
- Gastritis
- Lebererkrankung (Fettleber, Leberzirrhose)
- Pankreatitis
- Embryopathie
- Abhängigkeit
- Entzugssyndrom.

Bei über 200 weiteren Erkrankungen erhöht Alkohol das Erkrankungsrisiko erheblich.

13.000 Krebs-Neuerkrankungen waren im Jahr 2010 auf Alkoholkonsum zurückzuführen (deutscher Alkoholatlas 2017). Vor allem besteht ein erhöhtes Risiko, an Krebs der Speiseröhre, der Leber und des Darms zu erkranken. Dies kann

durch fehlerhafte DNA-Methylierung geschehen. Auf die krebserregende Wirkung des Alkoholabbauprodukts Acetaldehyd wurde bereits hingewiesen. Indirekt über eine Beeinflussung der Hormonwirkung erhöht sich die Gefahr, an Brustkrebs zu erkranken (1,4-faches Risiko).

Hoher Alkoholkonsum der Schwangeren führt zum Fetalen Alkoholsyndrom mit lebenslangen körperlichen und psychischen Störungen für das Kind.

Bei Jugendlichen kommt es zu einer Abnahme des Gehirnvolumens und einer Verminderung der grauen Substanz (Anteriorer Cingulärer Cortex, Präfrontaler Cortex, Hippocampus, Nucleus accumbens, Kleinhirn). »Wer vor dem 15. Lebensjahr mit dem Trinken von Alkohol beginnt, hat eine viermal so hohe Wahrscheinlichkeit, abhängig zu werden als diejenigen, die erst ab 20 Jahren mit dem Trinken beginnen« (Alkoholatlas 2017, darin: Kapitel 2.6).

Somatische, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol sind nach der Herzinsuffizienz die zweithäufigste Diagnose in der Bevölkerung. 2,3 % aller Todesfälle wurden im Jahr 2012 auf Alkoholkonsum zurückgeführt.

ICD 10 definiert Alkoholabhängigkeit so:

1. Ein starkes Verlangen oder ein Zwang, Alkohol zu konsumieren
2. Schwierigkeit, Beginn, Beendigung und Menge des Konsums zu kontrollieren
3. Es sind zunehmend größere Mengen Alkohol erforderlich, um eine Wirkung zu erreichen
4. Entzugserscheinungen, wenn weniger oder kein Alkohol mehr getrunken wird
5. Trotz Folgeschäden wird der Alkoholkonsum fortgesetzt
6. Andere Interessen werden immer mehr zugunsten des Alkohols vernachlässigt.

Das abhängige Verhalten wird erlernt

- a) durch die direkten positiven wohltuenden Wirkungen (positive Verstärkung)
- b) durch das Beenden von negativen Gefühlszuständen (negative Verstärkung).

Genetische, körperliche und soziale Faktoren begünstigen die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit. Wenn ein Elternteil alkoholabhängig ist, ist das Risiko eines Kindes um das 4–5-fache erhöht.

Mäßiger und regelmäßiger Alkoholkonsum an sich macht aber nicht süchtig.

Junge Menschen und Männer allgemein werden häufiger alkoholabhängig. Die Statistik von 2012 ergab, dass es in Deutschland 1,7 Millionen Alkoholabhängige gibt. Zwei Drittel sind Männer.

Rauschtrinken (binge drinking), d. h. fünf oder mehr Gläser Alkohol pro Tag, wird für den Zeitraum der letzten 30 Tage von 37 % der erwachsenen Männer angegeben. Bei Frauen sind es 16 %. Einmal im Monat haben 20 % Frauen und 28 % der Männer einen Rausch, einmal pro Woche sind es 6 % der Frauen und 14 % der Männer. Alkohol im Straßenverkehr bleibt bis 0,5 Promille straffrei, wenn keine Fahrunsicherheit festgestellt wird. Wer mit 0,3 Promille Fahrunsicherheit