

obliegt es dem Therapeuten, in Auseinandersetzung mit dem Patienten, den Problemraum so übersichtlich zu gestalten, dass der Patient Entscheidungen treffen kann.

6.4.1 Entscheidungen des Patienten zur Behandlungsbedürftigkeit, Änderungsmotivation

Auch hier zeigt sich wieder eine prozesshafte Entwicklung: Anfangs steht das Vermeiden der Nachteile des Alkoholkonsums im Vordergrund und die Ziele sind noch ziemlich nebulös (glückliche Familie) oder stark vereinfacht (Führerschein wieder erwerben). Die Nachteile durch den Alkoholkonsum werden systematisch erhoben. Der Prozess der Auseinandersetzung mit den nachteiligen Folgen hat in der Regel begonnen, bevor die Patienten einen Antrag auf eine Maßnahme zur Rehabilitation gestellt haben. Im Sozialbericht, einer zwingenden Voraussetzung für die Genehmigung einer Maßnahme durch die Kostenträger, wird unter dem Punkt *Motivation zur Behandlung* Auskunft gefordert.

In den kooperierenden Beratungsstellen wird bereits häufig die *Selbstanalyse* (Schneider, 1996, siehe Anhang) eingesetzt. Wir händigen die *Selbstanalyse* auch im Vorgespräch (siehe auch die Kapitel „Vorgespräch“ und „Selbstanalyse“) aus, mit der Empfehlung, bis zum Antritt der stationären Maßnahme die *Selbstanalyse* zu bearbeiten. Die Nachteile des Trinkverhaltens, die Vorteile von Abstinenz und das Konsumverhalten insgesamt werden hier sorgfältig gesichtet.

Diese *Selbstanalyse* wird innerhalb des stationären Settings von der zuständigen Co-Therapeutin noch einmal systematisch mit dem Patienten besprochen. Wenn die *Selbstanalyse* noch nicht vollständig fertig ist, wird sie mit Hilfe der Co-Therapeutin fertig gestellt.

Im Aufnahmegespräch wird noch einmal ausdrücklich nach Problemen im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum gefragt (siehe „psych doc“ im Anhang). In der Praxis hat sich häufiger als besonders zielführend die Frage herausgestellt „Weshalb trinken Sie nicht weiter?“

Beim Bearbeiten der „Suchtkurve“ (siehe auch Kapitel „Rekonstruktion des Störungsverlaufes: Suchtkurve“), in anderer Form ursprünglich ein Teil der „Selbstanalyse“, werden noch einmal systematisch alle körperlichen, psychischen oder sozialen Nachteile des Alkoholkonsums erhoben.

Beim Erheben der Nachteile wird darauf geachtet, dass der einzelne Patient sich auch auf eine emotionale Auseinandersetzung mit den erlebten Nachteilen einlässt. Erfahrungsgemäß nimmt das Maß der emotionalen Beteiligung im Verlauf der Therapie zu. Der Patient soll aber jederzeit die Freiheit behalten, unangenehme Einzelheiten vollständig offen zu legen oder nur anzudeuten; er sollte die Möglichkeit erhalten, sein Gesicht zu wahren. Es sind keine Untersuchungen bekannt, dass ein gewissermaßen masochistisches Offenlegen aller Peinlichkeiten aus der Trinkzeit die Wahrscheinlichkeit zur Störungsbewältigung erhöht hätte; vom (sadi-schen?) Erzwingen übergroßer Offenheit, an diesem Punkt als Prädiktor für günstige Therapieergebnisse gesehen, ist ebenfalls keine Studie bekannt geworden.

Das konfrontierende Element der Auseinandersetzung mit den nachteiligen Folgen des Alkoholkonsums beschränkt sich in der Regel auf das Aufzeigen der Diskrepanz zwischen Erwünschtem und Erreichtem

„Vermutlich haben Sie sich lieb gehabt, als Sie sich mit ihrer Partnerin zusammantaten – wollten sie so viel Streit haben mit Ihrer Partnerin wegen des Schnapskonsums?“ oder „War es wirklich Ihr Ziel, Ihren körperlichen Zustand soweit zu verschlechtern?“

Die individuellen Zieldefinitionen werden im Verlauf der Therapie systematisch gefördert, unter anderem durch das „Problemlösetraining“ und den Zusammenhang zwischen individueller Wertorientierung und Schritten der Problemlösung (siehe Anhang). Dabei wird versucht, erreichbare und überprüfbare Ziele durch Patienten benennen zu lassen. Das Prinzip der Erreichbarkeit und Überprüfbarkeit wird bereits in das therapeutische Aufnahmegespräch eingeführt. Hier werden die Patienten ausdrücklich nach ihren Zielen für die gesamte Behandlung und die erste Behandlungswoche gefragt (siehe Anhang „psych doc“).

Jede Woche entwickeln Patienten im Rahmen der Vorbereitung des wochenendlichen Realitätstrainings Ziele und benennen diese Ziele an jedem Freitag. In jeder Nachbereitung des Realitätstrainings wird die reale Annäherung an die selbst definierten Ziele überprüft. Im Rahmen der Nachbereitung wird in der Regel von den Patienten eingefordert, Ziele für die vor ihnen liegende Woche zu benennen. Am folgenden Freitag, bei der systematischen Vorbereitung des Realitätstrainings, wird wieder die tatsächliche Annäherung an die definierten Ziele erhoben.

6.4.2 Entscheidungen des Patienten zur Qualität der Störung (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch)

Wir argumentieren, dass für den Fall einer deutlich ausgeprägten Abhängigkeit, durch erneuten Konsum von Alkohol, eine Vielzahl intrapsychischer Prozesse angestoßen werden. Über Phänomene wie *Zustandsabhängiges Lernen* (siehe z.B. Grawe, 1998) werden automatisiert ablaufende Prozesse angestoßen, die außerordentlich schwer zu beobachten und zu unterbrechen sind und in der Vergangenheit regelmäßig in weiterem Alkoholkonsum gemündet hatten. Diese Gedächtnisinhalte sind vermutlich dem prozeduralen Teil des Gedächtnisses zuzuordnen. Die relevanten Gedächtnisinhalte können Selbsterlaubnisse sein oder Gedanken bzw. Gefühle oder Misserfolgserwartung oder Hoffnungslosigkeit. Weiter legen wir dar, dass die durch Alkoholkonsum angestoßenen Gedächtnisinhalte handlungsleitend werden, ohne dass weitere korrigierende Überprüfungen durch den einzelnen durchgeführt werden. Und wir formulieren eine Erfahrung aus der Lebenspraxis, dass bei fortschreitendem Alkoholkonsum die Fähigkeit zur Kontrolle des weiteren Alkoholkonsums für einen Alkoholabhängigen zunehmend schwerer wird.

Im Sinne des Lösens komplexer Probleme wird die Aufmerksamkeit auf eine notwendige Reihenfolge der Entscheidungen gerichtet: Zuerst ist ein Problem

möglichst genau zu definieren, erst im zweiten Schritt können den definierten Problemen taugliche Lösungsmöglichkeiten zugeordnet werden.

Deshalb ist es aus unserer Sicht zwingend geboten, dass jeder Patient sich ausdrücklich selbst entscheidet, ob bei ihm eine Alkoholabhängigkeit vorliegt; ob also sein Problem auf diese Weise zu definieren ist.

Die Entscheidung könnte grundsätzlich auch lauten, dass das individuelle Trinkverhalten durch „schädlichen Konsum“ (ICD-10, F 10.1) treffend beschrieben sei – oder dass es sich um einen riskanten Konsum ohne Krankheitswert im Sinne des ICD-10 handelt.

Zur Erleichterung und Unterstützung werden in diesem Therapieschritte verschiedene Hilfsmittel eingesetzt. Die „Generalklausel“ aus der Definition des ICD-10, F10.2 GM 2004 („...anhaltender Substanzkonsum trotz nachteiliger Folgen“) spielt bei dieser Entscheidung des Patienten eine besondere Rolle (siehe „Verkürzte Definition von Abhängigkeit“ im Anhang). Jeder einzelne Patient überprüft, ob es nachteiligen Folgen in den beschriebenen Bereichen gibt. Die „Selbstanalyse“, Rückmeldungen aus dem sozialen Feld und eine gemeinsame Bewertung der erlebten Nachteile vor einer Entscheidung für eine Maßnahme zur stationären Rehabilitation werden in diesen Therapieschritt besonders einbezogen. In der „Suchtkurve“ werden beispielhaft körperliche, psychische und soziale Nachteile des Alkoholkonsums benannt.

Mit den vorgeschlagenen Beobachtungsdimensionen werden die Patienten vertraut gemacht. Gelegenheiten ergeben sich bei den Vorstellungsrunden (siehe Kapitel „Die Bezugsgruppe stellt sich vor“), in Kontakten mit der zugeordneten Co-Therapeutin während des Bearbeitens oder Besprechens der Selbstanalyse, im psychotherapeutischen Aufnahmegespräch und in weiteren Einzel- oder Gruppengesprächen.

6.4.3 Entscheidungen des Patienten zum zukünftigen Trinkverhalten (Abstinenz oder Kontrolliertes Trinken)

Es wird immer wieder deutlich gemacht, dass die Entscheidung zum Konsum von Alkohol ausschließlich beim Patienten liegt. Es wird eingeräumt, dass es Situationen geben kann, in denen der Konsum von Alkohol nahe liegt. Dies gilt insbesondere für Situationen, in denen früher Alkohol konsumiert wurde. Dazu können Aufenthalte in der Stammkneipe oder gesellige Zusammenkünfte ebenso gehören wie große oder kleine Familienfeiern. Ebenso wird Verständnis dafür signalisiert, dass durch bestimmte intrapsychische Bedingungen der Konsum von Alkohol mit erhöhter Wahrscheinlichkeit angestoßen wird. Dazu mögen Zustände wie Hoffnungslosigkeit oder Misserfolgserwartungen im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit stehen oder Zustände von Traurigkeit oder Einsamkeit im Zusammenhang mit gescheiterten Partnerschaften oder andere Formen des Erlebens, die für den jeweiligen Patienten typisch sind.

Die letzte Entscheidung, Alkohol zu konsumieren oder den widrigen Umständen des Lebens oder unerwünschten intrapsychischen Zuständen auf andere Weise zu begegnen, liegt nach der Argumentation des Konzeptes immer beim einzelnen

Menschen. Die grundsätzliche Entscheidungsfreiheit von Menschen wird während der gesamten stationären Behandlung immer wieder als ein besonderes Merkmal der menschlichen Existenz dargestellt; die Freiheit zum Konsum von Alkohol oder zur Abstinenz wird als ein Teilaspekt der grundsätzlichen Entscheidungsfreiheit von Menschen gesehen.

Aus der Sicht des Lösens komplexer Probleme ist es durchaus möglich, das Problem des Vorliegens einer Alkoholabhängigkeit zu akzeptieren und diesen Zustand als einen unerwünschten Ist-Zustand zu bewerten. Diesem Problem lassen sich verschiedene Lösungsmöglichkeiten zuordnen, wobei der Patient letzten Endes selbst bestimmt, inwieweit diese Lösungsmöglichkeiten zielführend sein können.

Innerhalb von therapeutischen Interventionen, die von den gesetzlichen Kostenträgern in Deutschland bezahlt werden, ist wegen der Einschränkung der *Ver einbarung Abhängigkeitserkrankungen* (2001) nur eine Entscheidung für Abstinenz zu verwirklichen.

Grundsätzlich ist dem einzelnen Patienten die Überlegung nicht abzusprechen, ob nicht gerade er vielleicht doch zu *Kontrolliertem Trinken* in der Lage sein sollte. Es werden zurzeit wohlfundierte Überlegungen diskutiert, für bestimmte Fälle der Alkoholkrankheit ein Training zum Kontrollierten Trinken einzusetzen (z.B. Körkel, 2000).

Es gilt Argumente zu sammeln, die für Abstinenz sprechen und gegen Kontrolliertes Trinken. Zuerst ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass aus dem Therapievertrag für jeden einzelnen Patienten die Verpflichtung zur Abstinenz während der gesamten Maßnahme abzuleiten ist. Es liegt außerhalb des Einflusses von Therapeuten, wie die Patienten sich nach Abschluss der therapeutischen Maßnahme (die vom gesetzlichen Kostenträger finanziert wird) verhalten werden. Das zweite Argument kann aus der individuellen Abhängigkeitsentwicklung folgen: Wenn ein Patient mit eigenen Versuchen zum *Kontrolliertem Trinken* immer wieder gescheitert ist, wäre dieser Sachverhalt aufzunehmen, systematisch zu sichten und neu zu bewerten. Hier zeigen sich häufiger Diskrepanzen zwischen Erwünschtem und Erreichtem.

Viele Patienten kommen bei einer solchen Neubewertung zu dem Ergebnis, dass sie in der Vergangenheit bereits alles in ihrer Kraft liegende versucht hatten, um kontrolliert Alkohol konsumieren zu können. Eine Entscheidung für Abstinenz fällt vor diesem Hintergrund häufig leicht; der Therapeut braucht nur noch darüber zu verhandeln, wie diese Entscheidung zu verwirklichen wäre.

Wenige Patienten kommen bei der Bewertung eigener Rückfälle zu dem Ergebnis, dass es ihnen nur an einem effektiven Training zum *Kontrollierten Trinken* gemangelt habe. Mit diesen Patienten wird dann zu verhandeln sein, ob die Bewertung der Vorgeschichte einer grundsätzlichen Entscheidung für Abstinenz innerhalb der Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation entgegensteht oder nicht. Es wird auch darauf hinzuweisen sein, dass die Kostenzusage der Kostenträger an ein Mindestmaß an Erfolgsaussicht gebunden ist.

Neben dem Hinweis auf die eigenen Erlebnisse im Zusammenhang mit dem Versuch der Störungsbewältigung können die Erlebnisse von Mitgliedern der Bezugsgruppe in die Entscheidung des einzelnen Patienten einfließen. Häufig gibt es in einer Bezugsgruppe mehrere Patienten, die über längere Zeit und über eine

Karriere von Rückfällen immer wieder versucht hatten, kontrolliert zu trinken und letzten Endes mit diesen Versuchen gescheitert waren. Solche Erfahrungen sind demjenigen Patienten zugänglich zu machen, der um die Entscheidung für Abstinenz ringt. Für die Vermittlung solcher Erfahrungen sind Sitzungen der Bezugsgruppe grundsätzlich geeignet; Gespräche zwischen Patienten oder ein Austausch in Kleingruppen ohne therapeutische Moderation können in der Praxis mindestens genauso gute Ergebnisse bringen.

Wenn ein Patient sich nach ausreichender Bedenkzeit unter Würdigung aller Umstände entscheidet, auf seine Alkoholabhängigkeit mit einem besonderen Training zum *Kontrollierten Trinken* reagieren zu wollen, wären dem Patienten Wege zu einem solchen Training zu weisen und die Behandlung zu Lasten des gesetzlichen Kostenträgers zu beenden, weil das von den Kostenträgern geforderte Therapieziel *Abstinenz* nicht mehr mit ausreichender Erfolgsaussicht zu verwirklichen sein wird.

6.4.4 Unbedingte oder Bedingte Entscheidung für Abstinenz

Dieses ist eines der „Hintertürchen“, von denen Praktiker gerne sprechen, wenn sie Patienten in Unverbindlichkeiten abdriften sehen. Der Patient hat sich dann eine Möglichkeit offen gelassen, durch die er leicht wieder in sein Trinkverhalten hineinkommen kann. Gelegentlich entzündet sich eine Diskussion über die Zahl der Rückfälle nach einer stationären Reha und gipfelt dann in dem Allgemeinplatz, dass doch keiner vorhersagen könne, ob er in zehn Jahren noch abstinent sein werde. Vielleicht greift der Therapeut in solchen Diskussionen auf, dass Menschen die Gabe der Präkognition eben nicht gegeben sei. Und die Gefahr des Rückfalls wird der Therapeut natürlich als immer gegeben ansehen müssen. Möglicherweise flicht der Therapeut noch ein, dass im Vergleich zur Bewältigung anderer Krankheiten, im Falle der Alkoholabhängigkeit das eigene Verhalten und auch die eigenen Entscheidungen eine wesentlich stärkere Rolle spielen als bei der Bewältigung z.B. einer Krebserkrankung.

Eine Entscheidung, die vom Patienten schon heute zu treffen möglich wäre, könnte lauten: *Ich will mich jederzeit mit aller Kraft um Abstinenz bemühen.*

Dann kann man in der Gruppe weiterdiskutieren, was den Einzelnen hindert, eine solche Entscheidung jetzt sofort zu treffen und den zukünftigen Fährnissen des Lebens mit Einstellungen entgegenzutreten, die aus einer solchen Entscheidung folgen. Und die allermeisten Anmerkungen, die dann gemacht werden, kann man als Bedingungen verstehen, an die das Ringen um Abstinenz geknüpft ist. Praktiker kennen das: „Wenn ich erst einmal aus dieser Krise heraus bin, dann sehen wir weiter.“ oder „Wenn die Partnerin sich beruhigt hat, sieht die Welt wieder ganz anders aus.“ oder „Wenn ich erstmal wieder Arbeit habe, werde ich auch wieder zuversichtlicher sein.“ Es hat sich als nützlich erwiesen, solche bedingten Abstinenzentscheidungen offen zu legen und es dem Patienten anheim zu stellen, die Entscheidung aufrecht zu erhalten oder zu verändern.

In dem Zusammenhang kann der Hinweis nützlich sein, dass auch Therapeuten Einzelschicksale nicht vorhersehen können. Wenn Wissenschaftler Aussagen über Erfolgswahrscheinlichkeiten und Prädiktoren für Behandlungserfolge machen, sind diese Aussagen häufig bezogen auf Mengen von Probanden, aber nicht auf Einzel-

wesen. Der Hinweis auf Inhalte der Dissertation eines erfahrenen Praktikers, nämlich Zemlin (1993a, 1993b), dass möglicherweise die Motivation von Patienten ein zentraler Prädiktor wäre, kommt in solchen Diskussionen erfahrungsgemäß gut an.

Wenn ein Therapeut die Botschaft von der herausragenden Bedeutung der Motivation mit anderen Fakten oder Autoren „unterfüttert“, wird er wohl genauso erfolgreich sein. Das Prinzip ist auch in diesem Fall wieder, dass der Therapeut den Patienten von der Forderung entlastet, allein wegen seiner (therapeutischen) Amtsautorität wäre ihm, dem Therapeuten, unbedingt alles zu glauben.

Im nächsten Schritt wird auf unser „Problemlösetraining“ und die damit verbundene „Wertorientierung“ (siehe Anhang) hingewiesen. Eine vereinfachte Darstellung des motivationalen Zustandes von einzelnen Patienten sieht dann wie folgt aus:

Es liegt in der Hand eines jeden einzelnen Patienten, den Stellenwert von Abstinenz in seiner „individuellen Wertorientierung“ (auch dazu siehe im Anhang im „Problemlösetraining“) festzulegen. Eine letzte Vereinfachung kann der Therapeut sich in einer solchen Therapiesituation noch gestatten. Er kann in der Diskussion die Vermutung äußern, dass die Wahrscheinlichkeit zur Abstinenz eines jeden einzelnen Patienten umso höher sein wird, je höher der Rangplatz der Abstinenz in der individuellen Wertorientierung ist. Diese Aussage gilt jedoch nur für unbedingte Abstinenzentscheidungen.

6.4.5 Entscheidungen des Patienten zum Verändern intrapersonaler Bedingungen

Wenn nun also ein Patient sich entschieden hat, mit aller Kraft jederzeit um Abstinenz zu ringen, wären als nächstes Arbeitspunkte zu finden, bei denen er mit all seiner Kraft ansetzen kann. Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2000) sprechen von „targets“, die es zu bearbeiten gilt. Innerhalb eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells wäre zuerst zu überlegen, ob „targets“ innerhalb der biologischen, der psychischen oder der sozialen Variablen zu suchen wären. Diese Diskussion ist mit dem Patienten zu führen. Wie weiter vorne dargestellt (siehe Kapitel „Krankheitsmodell“), empfehlen sich die psychischen Bedingungen als Ansatzpunkt.

Der Einfluss auf die sozialen Bedingungen ist in der Regel relativ schwach. Den Patienten leuchtet meistens schnell ein, dass ihr eigenes Verhalten oder der Einfluss der Einrichtung jeweils zu schwach ist, um das Trinkverhalten in unserer Region zu verändern; nicht einmal in ihrer näheren Umgebung werden die Patienten das Trinkverhalten verändern können. Die Fachklinik wird solches ebenfalls nicht bewirken können. Und die Therapeuten können immer wieder darauf hinweisen, dass höchstens ein Drittel der Angehörigen so viel Interesse an der Therapie zeigt, dass sie an den immer wieder angebotenen Paar- oder Familiengesprächen teilnehmen.¹⁵

¹⁵ In der Vergangenheit wurden in der Fachklinik für Abhängigkeitsrehabilitation in der Johanna-Odebrecht-Stiftung Paar- und Familiengespräche am Tage, am Abend und an Wochenenden angeboten. Es wurden Seminarformen erprobt und flexible Termine angeboten. Letzteres hat sich als relativ erfolgreich gezeigt. Die Ausschöpfungsquote von einem Drittel der Patienten wurde bisher nicht überschritten.

Es ist auch mit den Patienten zu diskutieren, welche Effekte von Eingriffen in die Biologie, z.B. durch Medikation, zu erwarten sind. Nach unserem Wissensstand ist kein Medikament auf dem Markt, das eine dauerhafte Heilung der Störung *Alkoholabhängigkeit* verspricht. Durch jahrzehntelange Erfahrung in der Therapieforschung bezweifeln ausgewiesene Fachleute (z.B. Bühringer et. al., 2000), dass in absehbarer Zeit Medikamente mit einer solchen Potenz zur Verfügung stehen werden.

Wenn ein Patient in einer Übergangsphase zwischen Trinkzeit und abstinentem Leben glaubt, dem Suchtdruck nur mit medikamentöser Unterstützung widerstehen zu können, wird man nach sorgfältiger Abwägung aller Umstände aus medizinischer Sicht eine Medikation (z.B. das Medikament mit dem Markennamen *Campral* oder andere Medikamente mit ähnlicher Wirkrichtung auf das Empfinden) nicht verweigern. Aus psychotherapeutischer Sicht wäre eine solche Medikation grundsätzlich in das individuelle Plausible Modell zur Störungsbewältigung des einzelnen Patienten zu integrieren.

Kritischer wird der Wirkstoff *Disulfiram* gesehen. Vordergründig erscheint es einleuchtend, dass ein Patient keinen Alkohol konsumieren wird, wenn er weiß, dass ein Zusammentreffen von Alkohol und Disulfiram in seinem Körper zu heftigen Missempfindungen führen wird. Es ist hier keine Untersuchung bekannt, mit der längerfristig günstige Auswirkungen durch die Gabe von *Disulfiram* belegt wären. Die Praxis lehrt, dass Patienten das Medikament absetzen, wenn sie trinken wollen.

Etwas anders liegt der Fall bei Doppeldiagnosen¹⁶: Wenn Alkohol im Sinne einer Eigenmedikation eingesetzt wurde, um die Folgen schwerer psychischer Auffälligkeiten oder Schmerzen zu lindern, sollte eine angemessene Behandlung für diejenige Störung gefunden werden, die den Anlass zu vermehrtem Alkoholkonsum geboten hatte. Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit ist dann eng mit dem Facharzt abzustimmen, der die Behandlung der weiteren Störung steuert. Auch in diesem Fall wäre dieses Bedingungsgemenge in das individuelle Plausible Modell des einzelnen Patienten zu integrieren. Die individuellen Therapieziele würden sich aus dieser Integration beider Diagnosen in das gesamte Störungsbild ergeben. Von den allgemeinen Therapiezielen zur Verbesserung der Selbststeuerung würde auch dieser Patient profitieren.

Wenn die Entscheidung gefallen ist, dass der einzelne Patient auf sein eigenes Erleben oder Verhalten, oder auf beides Einfluss nehmen will, wäre als nächstes zu entscheiden, welche Teile der intrapsychischen Bedingungen beeinflusst werden sollen und auf welche Art und Weise diese Ansatzpunkte gefunden werden sollen. Dabei ist denkbar, dass eine hervorragende Fachfrau oder ein hervorragender Fachmann aufgrund von fachlicher Kompetenz und Berufserfahrung intrapersonale Variablen benennt, die der Veränderung bedürfen. Genauso ist es denkbar, dass ein Patient sich am Beispiel eines Vorbildes, etwa aus der Selbsthilfegruppe, orientiert und die vorgelebten Strategien seines Idols imitieren will, um die eigene Abhängigkeit zu bewältigen. Zudem ist es möglich, dass ein Patient mit festen Überzeugungen zu Änderungsbereichen in die Behandlung kommt, ohne dass wir genau wissen, auf welche Weise diese Vorstellungen entstanden sind. Anregungen zu

¹⁶ Siehe auch Moggi & Donati, 2004.

solchen Vorstellungen kommen häufiger auch aus wohl fundierten Magazinsendungen, aber auch aus dem Boulevardbereich der Medien.

Die Forschergruppe um Grawe (1994) hatte der Klärungsperspektive ein besonderes Wirkungspotenzial im Zusammenspiel mit anderen Wirkvariablen zugeschrieben. Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2000) haben diese Begründung ausdrücklich in ihre Vorstellungen zur Selbstmanagement-Therapie aufgenommen (siehe auch Kapitel „Selbstmanagement-Therapie“ und „Beziehungen Patient-Therapeut“).

In die Arbeit zur Klärung der Vorgeschichte ist der Patient intensiv einzubeziehen; er ist bei dieser Arbeit zu unterstützen (siehe auch die Aufgabengebiete von „Bezugstherapeuten“, „Co-Therapeuten“ und „Betreuern“). Das Ergebnis wird grafisch präsentiert, wegen der besseren Verständlichkeit und Darstellbarkeit, und einem Fehlerminimierungsprozess in der Bezugsgruppe unterworfen (Kapitel „Rekonstruktion des Störungsverlaufes: Suchtkurve“).

6.4.6 Rekonstruktion des Störungsverlaufes (Suchtkurve)¹⁷

Es ist grundsätzlich möglich, dem einzelnen Patienten in einer längeren Phase Gelegenheit zu geben, sein Gesicht zu wahren und möglicherweise dadurch an beschönigenden oder verharmlosenden Einschätzungen und Erklärungen festzuhalten. In dieser längeren Eingangsphase erlebt auch ein zögerlicher, besonders schamhafter oder imagebewusster Patient die Offenheit in der Bezugsgruppe. Dadurch wird er gewissermaßen mittelbar mit der eigenen verringerten Offenheit konfrontiert.

Spätestens beim Bearbeiten der „Suchtkurve“ sollten Qualität und Quantität der nachteiligen Folgen durch den Alkoholkonsum grundsätzlich offen gelegt werden, besonders peinliche Einzelheiten kann der Patient in Absprache mit seinem Therapeuten natürlich jederzeit aussparen. Mindestens der Aspekt der gestörten Selbststeuerung (Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen im ICD-10 GM 2004, 2005) sollte in der Bezugsgruppe deutlich werden.

Wenn dieser Zwischenschritt nicht gelingen sollte, wäre außerordentlich sorgfältig zu überlegen, ob die Maßnahme mit ausreichender Erfolgsaussicht (die auch dem zuständigen Kostenträger gegenüber zu begründen wäre) fortzuführen ist. Als Mittel der grafischen Darstellung des Störungsverlaufes wird die so genannte „Suchtkurve“ (siehe Anhang) eingesetzt. Es handelt sich um eine Adaption eines Vorschlags von Schneider (1996).

In der hier eingesetzten Adaption wird zuerst der Suchtmittelkonsum über den Verlauf der gesamten „Karriere“ gesichtet. Die Art des Suchtmittels, die Menge des Konsums und die Dauer der Konsumphase (Monate, Jahre) werden in den Vordruck eingetragen. Die Menge der Trinkgelegenheiten (täglich, drei- oder viermal wöchentlich, nur am Wochenende, Trinkperioden von mehreren Tagen, Wochen, Monaten) sollte markiert werden. Zudem werden Konsummuster, körperliche, psychische und soziale Nachteile benannt. Formulierungsvorschläge sind in dem Instrument vorgegeben. Die einzelnen Beobachtungsdimensionen können durch eigene Formulierungen ergänzt werden. Zu dem Verlauf des Suchtmittelkonsums wird die Abfolge

¹⁷ Siehe auch das Beispiel im Anhang.