

Frühintervention bei Alkohol- und Medikamentenmißbrauch: ein kognitiv-behaviorales Programm mit nichtkonfrontativen Motivierungsstrategien

Petra Schuhler, Horst Baumeister, Rosemarie Jahrreiss

In der Bundesrepublik existiert zwar ein gut ausgebautes Behandlungs- und Nachsorgesystem für manifest Abhängige (Arend, 1994; Petry, 1996) – für die große Gruppe der Patienten, die „nur“ Suchtmittelmißbrauch betreiben, lagen bislang aber keine gezielten und überprüften Therapieangebote vor. Das Suchthilfesystem fühlte sich nicht zuständig, wenn noch keine Abhängigkeit eingetreten war, und ist durch die (noch) ausschließliche Ausrichtung auf Abstinenz als Therapieziel für diese Menschen auch nicht geeignet. Das Gesundheitsreformgesetz 2000 sieht jedoch verstärkt präventive Suchtmaßnahmen vor, zu denen das vorliegende Programm einen Beitrag leisten kann. Anders als beispielsweise in den USA gibt es nämlich in Deutschland noch keine breit angelegten institutionalisierten Behandlungsangebote für Menschen mit ‚schädlichem Gebrauch‘ von Alkohol oder gar Medikamenten, wie die Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation ICD-10 (Dilling et al., 1994), den Suchtmittelmißbrauch nennt. Der Grundgedanke dabei ist, daß bereits Suchtmittelmißbrauch zu psychischen wie physischen Folgeschäden führen kann, auch wenn sich noch keine körperliche Abhängigkeit eingestellt hat. Eine differentielle Therapie, die sich auf die Besonderheiten des Alkohol- und vor allem Medikamentenabusus richtet, fehlte bislang. Die Fachklinik Münchwies beschäftigt sich seit über 20 Jahren mit der ‚Diagnose und Therapie solchen schädlichen Gebrauchs‘, wie es heute im ICD-10 heißt (Jahrreiss, 1985, 1990, 1998). Die langjährigen klinischen Erfahrungen liegen nun in einem Therapiemanual vor (Schuhler & Baumeister, 1999), das in einer zweijährigen Evaluationsstudie, gefördert von der LVA Rheinland-Pfalz, auf seine Wirksamkeit überprüft wurde. Aufbau und methodische Schwerpunkte des Therapieprogramms, sowie zentrale Ergebnisse der Evaluation und Katamnese werden in diesem Beitrag berichtet.

1. Ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell des Alkohol- und Medikamentenmißbrauchs

Die Mehrebenenbetrachtung eines bio-psycho-sozialen Modells (Engel, 1977) eignet sich besonders, die Rolle des Alkohol- bzw. Medikamentenmißbrauchs in der individuellen Streßbewältigungsreaktion zu verstehen. Dieses Modell verwirft das traditionelle medizinische Krankheitsmodell von einer Ursache-Wirkungs-Relation und setzt die Funktionalität in den Fokus anstelle der Kausalität. Die Funktionalität des Verhaltens wird auf drei Ebenen betrachtet: Auf der physiologisch-biologischen Ebene, auf der kognitiv-emotionalen Ebene und schließlich auf der sozial-interaktiven Verhaltensebene. Gerade der Alkohol- und Medikamentenmißbrauch hat als Streßbewältigungsstrategie funktionale Verflechtungen auf allen drei Ebenen.

2. Verhaltensanalyse und Diagnostik

Als differentialdiagnostisches Kriterium hat sich Kontrollverlust gut bewährt, um zwischen Mißbrauch und Abhängigkeit zu unterscheiden. Kontrollverlust bedeutet, daß in gewissem Sinn zwanghaft getrunken wird bzw. Medikamente eingenommen werden, d.h. eine selbstgesetzte Menge des Suchtmittels wird trotz fester Vorsätze und Absichten immer wieder überschritten. Der persönliche Entscheidungsspielraum ist so eingengt, daß nicht auf die Einnahme verzichtet werden kann. Körperliche Entzugszeichen bei Auslassen des Suchtmittels gelten als objektives und unstrittiges Merkmal der manifesten **Abhängigkeit**. Werden keine körperlichen Entzugszeichen festgestellt und kein Kontrollverlust ermittelt, wird Mißbrauch dann angenommen, wenn durch die Einnahme des Suchtmittels regelmäßig gezielt eine bestimmte Wirkung angestrebt wird, bspw. eine anregende Funktion im Sinn einer Leistungssteigerung oder eine

enthemmende Wirkung im sozialen Rahmen. Bei der Abhängigkeit kann das Suchtmittel auch im Dienst der genannten Funktionen stehen, allerdings hat der fortgesetzte Gebrauch bereits zum Kontrollverlust, zu körperlichen Entzugszeichen bei Auslassen des Suchtmittels und/oder zu Abstinenzunfähigkeit geführt.

Hat sich eine Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit entwickelt, wird sie als eigenständige chronische Erkrankung und nicht als Symptom einer anderen Störung betrachtet. Individuell unterschiedlich ausgeprägte Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung werden jedoch als wesentliche Faktoren im Bedingungsgefüge der Entstehung der Abhängigkeit und auch bei deren Aufrechterhaltung angesehen (Jahrreiss, 1993). Die Abhängigkeit selbst wird als Störung von eigenem Krankheitswert betrachtet, die ab einem bestimmten Punkt einen eigengesetzlichen Verlauf nimmt, der nicht mehr umkehrbar ist.

Der wesentliche Ertrag einer differentiellen Diagnosestellung hinsichtlich ‚Mißbrauch‘ und ‚Abhängigkeit‘ liegt in der systematischen Ableitung unterschiedlicher Therapieziele: Beim Suchtmittelmißbrauch muß **nicht** die lebenslange Abstinenz verfolgt werden, sondern die Rückkehr zum Genußtrinken im geselligen Rahmen bzw. die Medikamenteneinnahme nach ärztlicher Verordnung, wenn der Patient über tragfähige alternative Bewältigungsstrategien zu verfügen gelernt hat, die an die Stelle der unangemessenen Selbstheilungsversuche mit Suchtmitteln treten können. Dabei sollte beachtet werden, daß der Suchtmittelmißbrauch nicht von alleine „verschwindet“, wenn nur die Grundstörung, beispielsweise die Angst oder die Depression, gebessert ist. Es bedarf einer gezielten und sorgfältigen Auseinandersetzung mit dem Problemfeld „Suchtmittel“, die die Verzahnung zwischen ungünstiger Streßbewältigung und Suchtmittelmißbrauch miteinschließt (Schuhler & Jahrreiss, 1996).

Bei der Diagnostik des Mißbrauchsverhaltens geht es im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells um die Erfassung von direkt beobachtbaren Verhaltensweisen und der sie steuernden biographischen und situationalen Bedingungen, bei denen kognitiv-emotionale und physiologische Verhaltenselemente unterschieden werden. Dabei soll Aufschluß erlangt werden über die Richtung, in der die Bedingungen des Mißbrauchsverhaltens günstig beeinflusst werden können. Umweltbedingungen stecken den Rahmen externer Einflussfaktoren ab: Arbeitsplatzverhältnisse (Konflikte, Ressourcen, Kontrolle über Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastung,

Arbeitsplatzsicherheit), Wohnverhältnisse, familiärer Kontext, soziokulturelle Faktoren, wie beispielsweise Subkulturen, Szenen, Cliques, schließlich kritische Lebensereignisse bzw. every day hassels, also den alltäglichen Ärger. Unter aufrechterhaltenden Bedingungen werden einerseits biographische Einflüsse verstanden, die als Entwicklungsfaktoren zum Mißbrauch von Alkohol bzw. Medikamenten geführt haben, und situationale Bedingungen, die das Problemverhalten steuern. Zwischen biographischen und situationalen Steuerkomponenten gibt es natürlich vielfältige Wechselbeziehungen.

Die Verhaltensanalyse bezieht sich auf die unmittelbaren funktionalen Zusammenhänge zwischen auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren einerseits und resultierendem Verhalten andererseits. Sie gliedert den Gesamtbereich der das Verhalten und Befinden beeinflussenden Faktoren auf. Unter physiologischen Bedingungen des Mißbrauchsverhaltens werden organische Faktoren verstanden, die am Auftreten, der Aufrechterhaltung oder Ausgestaltung des mißbräuchlichen Substanzkonsums Anteil haben, beispielsweise eine hohe vegetative Sensibilität, die schnell wirkungsvolle Spannungslöser besonders dringlich erscheinen läßt.

Wenn der mißbräuchliche Konsum als Problem- und Spannungslöser im Sinne einer subjektiven Bewältigungsstrategie definiert wird, dann erscheint die Analyse der kognitiven Auslöser besonders aussichtsreich für den diagnostischen und therapeutischen Ansatz. Mehr oder weniger zutreffende gedankliche Problemlösungsaktivität, emotional positiv oder negativ getönte Bewertungen der Situation, die zuversichtliche oder skeptische Erfolgserwartung an das eigene Handeln und die attributionalen Kontrollüberzeugungen – diese kognitiv-emotionalen Prozesse – in Verbindung mit dem moderierenden Alkohol bzw. den in dem Streßverarbeitungsgefüge wirkenden Medikamenten spielen dann die Schlüsselrolle bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Mißbrauchs. Die Verhaltensanalyse als richtungsgebendes diagnostisches Instrument bringt die biologischen, kognitiv-emotionalen und Verhaltensmerkmale, die mit dem Suchtmittelkonsum verbunden sind, in einen funktionalen Zusammenhang. Eine solche Analyse sollte jeder psychotherapeutischen Arbeit vorangehen. Das diagnostische Gespräch ist der Königsweg zur Erstellung einer solchen Analyse. In einem ersten Schritt kann die Diagnosestellung aber durch Fragebogen-Screening-Verfahren angegangen werden. An der Fachklinik Münchwies wurde ein spezielles Screening-Verfahren zur Diffe-

renzung zwischen unauffälligem Konsum, Mißbrauch und Abhängigkeit entwickelt; das Münchwieser Diagnoseinventar, MDI (Schuhler & Wagner, 1999), das am Ende des Beitrags wiedergegeben ist.

3. Das gruppentherapeutische Programm

Inhalte und Methoden.

- **Innere Steuerung**
Identifikation und Modifikation von überdauernden inneren Einstellungen, die einen Substanzmißbrauch auslösen oder verstärken. Dazu gehören kognitive Grundüberzeugungen, die das Selbstbild einer Person prägen. Unangemessene Bewertungen als Denkgewohnheiten, die fest verwurzelt sind, werden modifiziert durch Techniken zur Überprüfung der Logik und Realitätsnähe der Bewertungen und durch Techniken zum Nutzen der Bewertungen (hedonistisches Kalkül).
- **Affektive Regulation**
Veränderung negativer affektiver Zustände wie Ärger, Angst, Hoffungslosigkeit, die häufig Auslöser des Suchtmittelkonsums sind bzw. deren Dämpfung durch das Suchtmittel operant den Suchtmittelkonsum verstärkt.
- **Streßbewältigung**
Erlernen kognitiver und behavioraler Techniken, die es dem Patienten erleichtern, den Suchtmittelkonsum zu reduzieren und nicht mehr funktional einzusetzen. Dazu gehört in erster Linie die Vermittlung von Streßbewältigungsstrategien (außer Suchtmittel-einsatz) und Ermittlung und Förderung der Ressourcen.
- **Einzelne kognitive Techniken**
 - Analyse der Vor- und Nachteile des Suchtmittelkonsums
 - Protokollierung der gedanklichen Steuerung,
 - Imaginationstechniken und mentales Training,
 - Veränderung der Aufmerksamkeitszentrierung,
 - Gedankenstop dysfunktionaler Kognitionen und Bewältigungsphantasien als eine Form des mentalen Trainings
 - „Hausaufgaben“, d.h. Anleitung zum systematischen Nach- oder Vorbereiten bestimmter therapeutischer Inhalte
 - Rückkoppelung und Auswertung: ggf. neue mentale Trainingsstrategien
- **Verhaltenstraining**
Kognitive Problemlösefertigkeiten und sozial kompetentes Verhalten werden im Rollenspiel trainiert, um Situationen, die

bislang mit Hilfe von Alkohol bzw. Medikamenten überstanden wurden, günstiger bewältigen zu können. Übungen zum Realitätstransfer schließen sich an.

Zu den wichtigen **Therapeutenvariablen** gehören Wertschätzung und Vertrauen in der Beziehung zum Patienten. Mit Abwehr- und Verleugnungstendenzen wird nicht-konfrontativ umgegangen. In der therapeutischen Beziehung wird angestrebt, Entdeckerfreude zu vermitteln bei der gemeinsamen Analyse der Funktionalität des Alkohol- bzw. Medikamenteneinsatzes.

Als **Erfolgskriterien** gelten das Einstellen des Suchtmittelkonsums zur Alltagsbewältigung und die Rückkehr zum Trinken im geselligen Rahmen bzw. Medikamenteneinnahme nach ärztlicher Verordnung mit strenger Indikationsstellung sowie eine günstige Entwicklung der Streßbewältigungskompetenzen und sozialen Fertigkeiten.

Zur **Erfolgsmessung** werden Einjahreskattamnesen empfohlen hinsichtlich des Einstellens des Suchtmittelmißbrauchs und die Akzeptanzmessung der therapeutischen Maßnahmen im Patientenurteil.

Rahmenbedingungen. Das Programm kann sowohl im stationären Rahmen, etwa als indikative Gruppe in einer psychosomatischen Fachklinik, als auch als ambulante Gruppe in einer psychotherapeutischen Praxis, einer Beratungsstelle oder im Betrieb durchgeführt werden. Die einzelnen Programminhalte und -methoden wurden zwar ursprünglich für die Arbeit in der Gruppe konzipiert, haben sich aber auch bei Einzelkontakten bewährt.

Indikationsstellung. Vordringlich ist in allen Fällen eine indikationsgeleitete Zusammenstellung der Gruppe bzw. indikationsgeleitete Anwendung des Programms im Einzelfall. Das Programm ist **nicht** geeignet für suchtmittelabhängige Patienten. Deshalb muß auf eine sorgfältige Diagnosestellung geachtet werden. Dazu empfiehlt sich das Münchwieser Diagnoseinventar als Fragebogenverfahren und die beschriebene Methode der diagnostischen Gesprächsführung. Ziel der diagnostischen Abklärung ist, ‚Mißbrauch‘ in Abgrenzung zur ‚Abhängigkeit‘ festzustellen. Wenn sich bei einem Patienten oder Klienten herausgestellt hat, daß Alkohol bzw. Medikamente zwar mißbräuchlich eingesetzt wurden, aber **keine** manifeste Abhängigkeit besteht, dann ist das Therapieprogramm die geeignete Behandlungsmethode.

Gruppe und Materialien. Eine Gruppenstunde wird mit ca. 100 Minuten veranschlagt. Das Programm ist auf 12 Sitzungen konzipiert. Bewährt hat sich eine

Gruppengröße von 8-12 Teilnehmern. Als Material können die Arbeitsunterlagen aus diesem Buch verwendet werden. Sehr nützlich ist ein Overhead-Projektor und Folien der Arbeitsmaterialien, ebenso wie eine Stellwand mit Papierbögen zum Schreiben. Günstig sind Kassettenrecorder oder eine Videoanlage zur Aufzeichnung der Rollenspiele, die die Auswertung erleichtern können. Schließlich werden vier bis sechs kleine Igelbälle und eine von beiden Seiten begehbbare Stehleiter benötigt.

Aufbau. Das Therapieprogramm ist in inhaltliche und methodische Schwerpunkte gegliedert. Frühere Versionen des gruppentherapeutischen Programms dokumentieren die Entwicklung von den Anfängen bis zur heutigen Form (Schuhler & Martin, 1990; Schuhler & Jahrreiss, 1994; Schuhler, 1998).

Folgende Übersicht faßt den Aufbau der zwölf Gruppenstunden zusammen:

Aufbau des Programms

- 4.1 **Einführungsstunde**
 - 4.1.1 Einführung in Ziele, Aufbau und Methoden des Programms
 - 4.1.2 Paarinterview und Vorstellungsrunde: Stellwandbild mit Erwartungen, Problemen und Ursachenzuschreibungen der Teilnehmer
 - 4.1.3 Narrative „Der Alkohol übernimmt die Macht“ und „Der Alkohol als Seelenröster“
 - 4.1.4 Beurteilungsbogen für Patienten
- 4.2 **Zweite Sitzung**
 - 4.2.1 Einführung in das bio-psycho-soziale Verstehensmodell
 - 4.2.2 Erlebnisaktivierende Übung „Die Zitrone“
 - 4.2.3 Erlebnisaktivierende Hyperventilationsübung
Erläuterung der Arbeitsweise des vegetativen Nervensystems und der Art und Weise, wie Alkohol und Medikamente eingreifen auf der Grundlage der Übungen
 - 4.2.4 Beurteilungsbogen für Patienten
- 4.3 **Dritte Sitzung**
 - 4.3.1 Vegetative Fehlsteuerung und Regulation durch Alkohol oder Medikamente
 - 4.3.2 Erlebnisaktivierende Übung „Wie wir das vegetative Nervensystem zum Anspringen bringen können“
 - 4.3.3 Narrativ „Ein alltäglicher Fall aus der Gruppenarbeit“
 - 4.3.4 Hausaufgaben: Alkohol und Medikamente auf dem Prüfstand „Mein persönlicher Leitfaden zum Durchleuchten meines Alkohol- bzw. Medikamentenkonsums“
 - 4.3.5 Beurteilungsbogen für Patienten

- 4.4 **Vierte Sitzung**
 - 4.4.1 Hausaufgaben besprechen
 - 4.4.2 Soziale Stressoren und Entspannungsfaktoren mit erlebnisaktivierenden Paarübungen
 - 4.4.3 Bearbeitung schriftlichen Materials „Wie ich meine Mitmenschen erlebe und welche Rolle der Alkohol bzw. Medikamente dabei spielen“.
 - 4.4.4 Beurteilungsbogen für Patienten
- 4.5 **Fünfte Sitzung**
 - 4.5.1 Innere Steuerung mit erlebnisaktivierender Übung „Mein peinlichstes Erlebnis“
 - 4.5.2 Streßmodell und Entspannungsmodell
 - 4.5.3 Die Macht der Phantasie
 - 4.5.4 Stell Dir vor: Die Kräfte der Imagination.
 - 4.5.5 Beurteilungsbogen für Patienten
- 4.6 **Sechste Sitzung**
 - 4.6.1 Verdeckte Sensibilisierung
 - 4.6.2 Gelenkte Streßimagination und innere Dialoge
 - 4.6.3 Rollenspiele
 - 4.6.4 Beurteilungsbogen für Patienten
- 4.7 **Siebte Sitzung**
 - 4.7.1 Verdeckte Verstärkung
 - 4.7.2 Aufmerksamkeitslenkung
 - 4.7.3 Rollenspiele
 - 4.7.4 Beurteilungsbogen für Patienten
- 4.8 **Achte Sitzung**
 - 4.8.1 Schäden durch Alkohol bzw. Medikamente
 - 4.8.2 Problemtrinken und schädlicher Medikamentenkonsum im Gegensatz zur Abhängigkeit
 - 4.8.3 Rollenspiele
 - 4.8.4 Beurteilungsbogen für Patienten
- 4.9 **Neunte Sitzung**
 - 4.9.1 Selbstabwertung und Alkohol bzw. Medikamente
 - 4.9.2 Übung: Der Kopf ist rund, damit das Denken seine Richtung verändern kann
 - 4.9.3 Beurteilungsbogen für Patienten
- 4.10 **Zehnte Sitzung**
 - 4.10.1 Angst und Alkohol bzw. Medikamente
 - 4.10.2 Patientengeschichte ‚Angst‘
 - 4.10.3 Rollenspiele
 - 4.10.4 Hausaufgaben ‚Was denken – was fühlen – was tun‘
 - 4.10.5 Beurteilungsbogen für Patienten
- 4.11 **Elfte Sitzung**
 - 4.11.1 Hausaufgaben besprechen
 - 4.11.2 Soziale Kontaktregulation
 - 4.11.3 Rollenspiele
 - 4.11.4 Beurteilungsbogen für Patienten
- 4.12 **Zwölfte Sitzung**
 - 4.12.1 Rückblick und Ausblick mit erlebnisaktivierender Übung ‚Die Leiter‘
 - 4.12.2 Manöverkritik und Abschlusssrunde

3.1 Therapeutische Wirkfaktoren

Immer wieder während des therapeutischen Verlaufs, ob in der Gruppe oder im Einzelsetting, muß sich die Therapie auf ängstliche, aufgebrauchte oder mißtrauische Patienten einstellen, denen nichts lieber wäre, als das Thema sofort wieder fallen zu lassen, um es nie wieder aufzugreifen - sobald es um Alkohol oder Medikamente geht.

Zum günstigen Umgang mit der Patientenhaltung hilft ein Blick auf die therapeutische Beziehung. Typischerweise werden beim Patienten Abwehr und Verleugnung, die sich meistens als Ärger und Ablehnung gegenüber dem Therapieangebot, aber auch gegenüber der Person der Therapeuten äußern, geweckt. Seltener, aber durchaus auch vertreten ist eine Art Überanpassung, aus der heraus manche Patienten dann kritiklos scheinbar alle therapeutischen Inhalte übernehmen. Wie kann nun die therapeutische Beziehung beeinflusst werden, um den Patienten dafür zu gewinnen, sich offen mit seinem Alkohol- oder Medikamentenkonsum auseinanderzusetzen? Dabei wird das übergeordnete Ziel verfolgt, das Vermögen des Patienten zu stärken, selbstkritisch seinen Suchtmittelkonsum zu beurteilen und die Entscheidung zu treffen, künftig ohne die chemischen Helfer schwierige Situationen zu bestehen.

3.2 Die Patient-Therapeut-Beziehung

Die therapeutische Beziehung ist in besonderer Weise geprägt, wenn es um Alkohol- bzw. Medikamentenmißbrauch geht, wie am typischen Beispiel einer verhaltenstherapeutischen Arbeit mit einem Angstpatienten mit phobischer Symptomatik sichtbar wird: Der Patient wird in der Arbeit mit seinem Therapeuten gewohnt sein, daß dieser ihm hilfreich zur Seite steht, auf der Mikroebene die angstbesetzten Situationen nach auslösenden Faktoren analysiert, aufrechterhaltende Bedingungen benennt, ihm das psychophysiologische Angstmodell und dabei die Sinnhaftigkeit seiner Körperreaktion erläutert und ihn – um eine günstigere Selbststeuerung zu erreichen im Sinne eines positiven Reframing einer bislang negativen Selbstsicht – mit einem Porsche vergleicht, der höchst sensibel auf leichte Reize reagiert und nicht wie ein schwerfälliger Traktor nur mit Mühe „angeworfen“ werden kann. Dies ist eine gerne benutzte Metapher, mit der eine wünschenswerte Restrukturierung innerer überdauernder Einstellungen erreicht werden soll: von ‚Defizit und Krankheit‘ hin in Richtung Ressourcenaktivierung.

Der Therapeut erklärt ihm eine sogenannte Körpercheckliste, mit der angstauslösende Situationen quasi durch das Screening-Instrument „Check-list“ durchleuchtet und seine Körperreaktionen beobachtet werden, um zu entscheiden, ob er sich noch länger dem Angstreiz aussetzen will oder nicht. Damit soll eine kontrollierende Distanzierung von den Körperreaktionen erreicht werden, die drohen, den Patienten zu überfluten. Der Einsatz der Checklist kann also zur psycho-physiologischen Stabilisierung beitragen. Der Therapeut erarbeitet weiterhin Expositionsübungen in sensu und in vivo mit dem Patienten, d.h. er geht genau die kritischen Situationen gedanklich mit ihm durch, erarbeitet Notfallreaktionen „für den Fall daß“, begleitet ihn vielleicht sogar auf die Straße oder in das Geschäft, wenn dem Patienten die Exposition im Verhaltenstraining zu schwer wurde. Kurz: Der Therapeut handelt als stützendes und konkret Hilfestellung gebendes Objekt. Er interessiert sich sogar und vor allem für die kleinen Details – er nimmt den Patienten quasi an die Hand und geht mit ihm durch die Angst, er beschützt und erklärt die feindliche Welt – man könnte auch sagen – er hat endlich wahre und konkrete Unterstützungsqualitäten, die der Angstpatient vielleicht bislang in seiner Beziehungswelt vergeblich suchte.

Nun ändert sich die therapeutische Beziehung grundlegend, wenn dem Patienten als zentraler Problembereich sein Alkohol- und Medikamentenkonsum nicht nur aufgezeigt, sondern er sogar zu einer Verzichtleistung aufgefordert wird, nämlich sich von seinem Psychopharmakon bzw. dem Alkohol zu trennen: Er soll seine bislang sicherheitsgebenden Substanzen aufgeben. Und das entscheidende scheint zu sein: Der Patient wird mit einem bislang verleugneten Bereich seiner selbst konfrontiert, nämlich der Selbstsicht, daß er jemand ist, der mit seinen Problemen nicht mehr fertig wird und zudem – aus, wie er vielleicht meint, weiterer Schwäche – zu Alkohol oder Medikamenten gegriffen hat, um dies zu kaschieren. Als Resultat folgt eine Kränkung des Selbstwertgefühls, die mit Schuld- und Schamgefühlen verbunden ist. Der Therapeut erscheint entsprechend weniger als gute, beschützende Person, sondern als jemand Strenges, latent Vorwurfsvolles, der auf Fehler und Schwachpunkte aufmerksam macht, die nicht durch „Krankheit“ entstanden sind, sondern – wie die Patienten häufig zunächst meinen – aus Willensschwäche und Charakterdefiziten. Er wird zu einem unangenehmen Besserwisser, der über Gamma-GT-Werte Bescheid weiß, Antidepressiva von Tranquilizer unterscheiden kann und die Funktionsweise der Leber

mit einschlägigem Tenor erläutert. – So etwa dürfte das innere Bild seines Therapeuten beim Patienten zunächst gestaltet sein, wenn es um seinen Suchtmittelkonsum geht. Auch dann, wenn auf einer manifesten Ebene nicht aggressiv, vorwurfsvoll oder bestrafend mit den Patienten gesprochen wird – wird der Therapeut dennoch oft in dieser Weise erlebt. Dies kann als eine Projektion der inneren Welt der Patienten, die oft durch Selbstvorwürfe und Selbstanklagen hinsichtlich des Alkohols oder der Medikamenten geprägt ist, auf den Therapeuten, verstanden werden, wobei diese Verarbeitungsweise nicht bewußt zugänglich ist.

3.3 Die Narrative und Metaphern

Was tun in der Beziehungsgestaltung in der therapeutischen Arbeit? – Ein behutsamer Ansatz liegt in symbolhaften Geschichten, in denen im Verhalten der Hauptfigur paradigmatisch zentrale Probleme oder Zusammenhänge im Umgang mit Suchtmitteln und deren Einsatz im Alltag deutlich gemacht werden. Diese Geschichten oder eher fragmentarische Geschichten werden als *Narrative*

bezeichnet und bedeuten die bildliche, nicht-sachliche Beschreibung eines bestimmten Sachverhalts, der dem Patienten vermittelt werden soll. Dem Narrativ nah verwandt sind *Metaphern* als anschauliche Bilder oder Symbole, die kürzer als das Narrativ oft nur einen bestimmten Aspekt anschaulich und phantasieanregend einfangen und darbieten. Großen Raum nehmen Narrative vor allem in der Hypnotherapie von Erickson (1994) ein, die jedoch nicht Pate stand bei der Ausarbeitung der hier vorgestellten Narrative. Zentrale Prinzipien seines Ansatzes wie Symptomverschreibung, Benutzung des Widerstandes und der „Wechsel der Perspektive“ wurden auch entsprechend nicht angewandt, wie vielleicht vermutet werden könnte. Auch in der rational-emotiven Therapie von Ellis werden anschauliche Szenen und Geschichtsfragmente erzählt, um bestimmte Inhalte zu transportieren (Schelp et al., 1990). Die hier vorgestellte Arbeit mit Narrativen und Metaphern ist auch diesem Ansatz nicht verpflichtet. Das Beispiel erklärt vielleicht am besten, was im Rahmen des Programms unter Narrativen verstanden wird und wie diese eingesetzt werden.

Fallbeispiel

Ein Patient, der als Dachdecker arbeitete und sich seit einem Beinbruch nicht mehr aufs Dach wagte, kam mit einer ausgeprägten agoraphobischen Störung in psychotherapeutische Behandlung. Gegen die Ängste, die sich im Krankheitsverlauf auf Autofahren und sogar aus dem Haus gehen generalisiert hatten, hatte er typischerweise Valium eingesetzt – und als seine Kollegen ihn davor warnten – beruhigte er sich mit Bier und konnte so recht und schlecht damit wieder aufs Dach. In einer Gruppenstunde haderte er wieder mit seinem Schicksal, daß ihn diese unerklärliche Angst am schlimmsten dann überfällt, wenn er sich anschickt, aufs Dach zu klettern.

Er verglich die jetzige schwierige Situation mit früher, als er als ausgesprochen einsatzfreudiger Handwerker galt, dem keine Arbeit zuviel wurde. Zunächst wurde ihm eine erklärende Intervention angeboten: „Nun, da waren wohl schon vor dem Beinbruch alle Kräfte angespannt. Sie haben immer das letzte von sich gefordert. Schließlich kam es zu einer Krise, in diesem Fall der Unfall mit dem Beinbruch und diese zusätzliche Belastung war dann nicht mehr zu verkraften. So ist es doch verständlich, daß Sie Alkohol und Medikamente eingesetzt haben, um sich in der schwierigen Situation zu helfen, schließlich beruhigen Alkohol und Medikamente ja tatsächlich.“

Auf diese nicht unvernünftige Einlassung reagierte der Patient dadurch, daß er auf seinen Arzt verwies, der ihm ursprünglich das Medikament verschrieben habe und dann meinte er aufbegehrend: „Ich muß doch meinem Arzt vertrauen können.“ Eine ganz übliche Reaktion, die gewöhnlich als Fremdschuldzuschreibung bezeichnet wird, mit der der Patient von den eigenen Anteilen ablenkt.

Statt nun mit ihm zu argumentieren, wurde dem Patienten zugestimmt, aber mit hinzugefügt, daß diese Sache an einen anderen Patienten erinnere, der als Bauarbeiter in einer Baukolonne gearbeitet hat. Bei diesem habe es eine ganz bestimmte Arbeitssituation gegeben, die ihm den Alkohol nahe gebracht hatte.

Da war folgendes passiert: Wenn Hohlblocksteine zu transportieren waren, von denen ja jeder weiß, daß sie sehr schwer sind und sich schlecht greifen lassen, wenn also zentnerweise Hohlblocksteine abgeladen werden mußten, eine Arbeit, die sich manchmal über Stunden hinzog, dann trank der Mann morgens ziemlich schnell gleich drei Bier.

Der Alkohol bewirkte, daß er auf die Handschuhe verzichten konnte, die zwar vor dem schweren, rissigen Stein schützten, mit denen man aber schlechter grei-

fen konnte. Der Alkohol dämpfte das Empfindlichkeitsgefühl an den Händen und ließ ihn kleine Risse und Schrammen gar nicht spüren. Die Arbeit ging flott von der Hand. Jeder bewunderte ihn, wie zielsicher und unverdrossen er mit den schweren unhandlichen Steinen hantierte.

Er war nicht mehr darauf angewiesen, die Hohlblocksteine langsam zu tragen und dem anderen vorsichtig in die Hand zu geben, er konnte die Steine werfen, das ging dann zack, zack.

In die Sache kam richtig Schwung und die unangenehme Arbeit mit den Hohlblocksteinen war an weniger als einem Vormittag erledigt. – Da wurde der Patient nachdenklich und meinte: „Das Bier wurde ja dann für ihn zu so einer Art Doping-Mittel. So war das bei mir auch.“ Hier wurde also die erwünschte Einsicht durch die Geschichte erreicht, die die rationale Erklärung nicht bewirken konnte.

Hier in dem Beispiel steht fast nur ein Geschichtsfragment, das aber dazu angetan ist, das faktische Wissen, daß Alkohol entspannt und dämpft, „in persönliches Wissen“ umzuwandeln, indem die Phantasie der Patienten angeregt wird (Bettelheim, 1990; Buchholz, 1993).

Die Figuren und Ereignisse gewinnen Gestalt aus der Phantasie der Patienten und nicht aus der Vorgabe des Therapeuten. Nach den kleinen Geschichten folgen typischerweise reflektierende Aussagen der Patienten, die zeigen, daß Selbstwahrnehmungsprozesse angestoßen wurden.

In den Geschichten drückt sich durchaus das Bestreben aus zu informieren und aufzuklären, aber ohne den Anspruch zu erheben, unbedingt im Recht zu sein. Sie laden dazu ein, den eigenen Anteil zu elaborieren und sich mit der eigenen Innenwelt zu beschäftigen. Bei den Narrativen spielt ein bestimmter Aspekt, der sich zwischen dem Therapeuten und dem Patienten entfaltet, eine ausschlaggebende Rolle:

In der Geschichte tauchen Menschen auf, die in den Augen der Patienten Verwerfliches tun: Sie setzen Alkohol ein, um sich besser zu fühlen, schneller arbeiten zu können und bei denen nicht klar ist, inwieweit der Alkohol schon von ihnen Besitz ergriffen hat. Dies ist aber genau das Bild, das die Patienten zu entdecken bei sich am meisten fürchten. Wenn ihnen dann solche Geschichten erzählt werden, in denen diese Menschen auftauchen, wird den Patienten die Möglichkeit gegeben, sich mit diesen „schlechten“ Seiten bei sich zu identifizieren, sie überhaupt erst einmal spürbar zu machen. Zudem werden die Geschichten vom Therapeuten erzählt, der also offenkundig diese Seiten kennt und sie durch das Erzählen in akzeptierender Weise vorstellt.

Den Patienten gelingt dadurch eher, selbst einen angstfreieren Umgang mit dem bedrohlichen Thema Suchtmittel zu finden. Sie fühlen sich in ihrer Beschämung und in ihren Ängsten verstanden

und gewürdigt, ohne daß diese ans Licht gezerrt und in einer rationalen Kälte erforscht werden.

Dreh- und Angelpunkt ist dabei, daß der Patient zu eigenen Lösungen kommt, wenn er darüber nachdenkt oder phantasiert, was die Geschichte über ihn und seine inneren Konflikte enthält, die ihm unverständlich und deshalb auch häufig unlösbar erscheinen. Vielleicht wirken die Geschichten gerade deshalb, weil die Patienten nicht wissen, wie diese ihren Reiz ausüben (Peseschkian, 1987). Das therapeutische Ziel ist dabei aber immer, zu einem reiferen Problembewußtsein zu verhelfen.

Der spielerische Aspekt ist dabei besonders wichtig: Die Geschichten versorgen den Patienten mit einem kreativen Bild, das die Vorstellungskraft anregt und durch die ein Gleichgewicht zwischen Arbeit und Spiel aufgebaut wird. Ausdauernde ernste Arbeit, beispielsweise die Beschäftigung mit Mißbrauch oder Abhängigkeit, ihre definitorischen Merkmale, die gesundheitlichen Folgen etc. kann todlangweilig und unproduktiv sein, während die Geschichten auf spielerische Weise gute Arbeitsergebnisse bewirken können.

Und die Geschichten tun ein übriges: Sie vermeiden nämlich den Kampf. Sie sagen dem Anderen nicht, was zu tun ist, sondern sie laden aufgrund ihrer Mehrdeutigkeit zur Neugier ein. Die Geschichten sind eine elegante Art, Kampf um die Macht zu umgehen und einzuladen zu einer gänzlich anderen Art von Interaktion zwischen Patient und Therapeut (Gans, 1993).

Dabei steht der Blick auf die therapeutische Beziehung am Anfang. Zunächst empfiehlt es sich zu untersuchen, wie die Therapeut-Patient-Beziehung durch übende und strukturierende verhaltenstherapeutische Elemente zwangsläufig geprägt wird und welche Wege dann in der Interaktion mit dem Patienten noch offen stehen, wenn ein so schwieriger Problembereich wie Suchtmittelmißbrauch erfolversprechend behandelt

werden soll. Wege, die dem Patienten zu mehr Autonomie und innerem Wachstum verhelfen, auch wenn vom Patienten Verzichtleistungen gefordert werden müssen, nämlich der Verzicht auf eine scheinbar so hilfreiche Substanz, die immer erreichbar und leicht zu haben ist, die wärmt und beruhigt. Die Geschichten haben sich vor allem im Umgang mit Widerstand und Abwehr bewährt. Sie haben einen beträchtlichen Anteil daran, daß auch in dieser schwierigen therapeutischen Arbeit etwas entsteht wie ein gesunder Drang in Richtung Wachstum, was bei den einschlägigen Patienten zunächst einmal heißen muß, Problembewußtsein zu entwickeln in eine ungeliebte Wahrheit. Damit aber dieses Risiko eingegangen wird, Neues erprobt und Veränderungen überhaupt ins Auge gefaßt werden können, muß dem Umgang mit Widerstand breiter Raum eingeräumt werden. Die Geschichten schaffen dabei im therapeutischen Prozeß zunächst einen bestimmten wünschenswerten Effekt: Sie verbreitern nämlich das Bedeutungs- und Verständnisspektrum. Wenn der Patient dadurch eine reichere Palette von Bedeutungen entdeckt, die mit dem Thema zusammenhängt, dann hat sich bereits eine aktive Umgangsweise mit der Problematik entwickelt: Die Patienten befassen sich mit einem bestimmten Problemaspekt in seiner wesentlichen Gestalt; eine komplizierte Handlung wäre nur verwirrend. Indem der Patient sich quasi mit der Geschichte herumschlägt, gewinnt er auf fast spielerischem Weg ein tieferes Verständnis von dem Problem, um das es eigentlich geht.

Wird Widerstand als ein Phänomen der Interaktion betrachtet (und nicht nur als eine Manifestation innerer Abwehrstrukturen), so erscheinen die Narrative als eine Kommunikationsstrategie, deren Funktion es sein kann, divergente Meinungen zu versöhnen. Sie können unterschiedliche Sichtweisen in einer Interpretation integrieren. Gerade die Unbestimmtheit des Fokus der Narrative läßt den Bedeutungsrahmen ungenau werden und erweitert so den assoziativen Raum, daß Dialog und Fortdenken geradezu herausfordert werden. Eine ähnlich anregende Wirkung in der therapeutischen Arbeit hat die mit dem Narrativ verwandte, behutsam wirkende Metapher, die ebenfalls eine bildliche Vorstellung eines Sachverhalts ermöglicht, aber kürzer ist. Neben Narrativen kommen im gruppentherapeutischen Programm häufig Metaphern zum Einsatz.

4. Evaluation

Zwei Jahre lang wurde an der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies eine von der LVA Rheinland-Pfalz

finanzierte Evaluations- und Katamnese-studie (Schuhler & Jahrreiss, 1996; Schuhler, Jahrreiss & Wagner, 1996) durchgeführt, die die Auswirkungen des therapeutischen Programms auf den stationären Therapieerfolg psychosomatisch Kranker mit zusätzlichen Alkohol- und/oder Medikamentenproblemen untersuchte. Die Studie prüfte, ob bei Patienten, bei denen eine Indikation für die Behandlung in der psychosomatischen Abteilung der Klinik bestand und bei denen gleichzeitig Alkohol- und Medikamentenprobleme vorhanden waren, eine beginnende oder bereits fortgeschrittene Mißbrauchsentwicklung, durch die Teilnahme an dem Programm zum Stillstand gebracht und weiterer Progredienz vorgebeugt werden konnte. Außerdem wurde die Beeinflussbarkeit körperlicher und psychischer Beschwerden durch die Teilnahme an dem Therapieprogramm geprüft, ebenso wie die der sozialen Integration und der Erwerbsfähigkeit. Im Rahmen des zweijährigen Forschungsprojekts wurde die Patientengruppe eingehend untersucht, das speziell darauf abgestimmte Programm evaluiert und eine katamnestiche Untersuchung durchgeführt.

Untersuchungsplan. Das Ziel der Studie war die Überprüfung der Programmeffektivität, die im Sinne einer differentiellen Evaluation erfolgte, nämlich als Überprüfung der innovativen Teile des Therapiekonzeptes, also des indikativen gruppentherapeutischen Programms, als Überprüfung der Umsetzung des Therapiekonzeptes in die klinische Praxis (Treatment-Implementierung) und als Analyse von Determinanten des therapeutischen Erfolgs und Mißerfolgs. Diese Zielsetzungen erforderten einen experimentellen Versuchsplan mit Randomisierung und Kontrollgruppen, die in der klinischen Praxis schwer umzusetzen sind (Wottawa & Thierau, 1990). In der Studie wurde versucht, diesen Idealstandards zu entsprechen, ohne daß Patienteninteressen und deren Anspruch auf uneingeschränkte Diagnose und Therapie berührt wurden.

Der Untersuchungsplan bot die Möglichkeit, die Wirksamkeit des indikativen Programms in Kombination mit dem üblichen Programm der psychosomatischen Abteilung im Vergleich mit der Effektivität der üblichen Behandlung in der psychosomatischen Abteilung ohne indikatives suchtmittelspezifisches Programm zu überprüfen. Darüber hinaus konnte ein Positionseffekt kontrolliert werden: Das indikative Programm wurde entweder im ersten oder zweiten Behandlungsabschnitt durchgeführt. Eine unbehandelte Kontrollgruppe wurde durch die Konstituierung einer Warte-

gruppe bereitgestellt, die zum ersten Mal drei Monate vor Klinikeintritt untersucht wurde. Bis zum Beginn der stationären Behandlung erfolgte keine durch die Klinik gelenkte Intervention. Mögliche Effekte auf die abhängigen Variablen durch die wiederholte Testung wurden in einer Retesteffektkontrollgruppe überprüft: Die Patienten dieser Gruppe durchliefen zwar das Behandlungsprogramm und nahmen auch an der indikativen Gruppe teil, waren aber nur bei Klinikentlassung an der Datenerhebung und an der Katamnesebefragung beteiligt. Hier folgt eine Auswahl aus den Ergebnissen der Studie (Schuhler & Jahrreiss, 1995).

Ergebnisse. Insgesamt nahmen 91 Patienten der psychosomatischen Abteilung der Fachklinik Münchwies, 55 Männer und 36 Frauen, an dem Forschungsprojekt teil. Das Beschwerdebild der Patienten der Projektgruppe stellte sich komplex und vielschichtig dar. An vorderer Stelle standen bei den psychiatrischen Entlassungsdiagnosen die neurotischen Erkrankungen, in erster Linie die depressive Neurose, an zweiter Stelle standen die funktionellen Störungen, dann die längerdauernden depressiven Reaktionen und Persönlichkeitsstörungen. Unter dem Blickwinkel der organischen Erkrankungen ergaben sich ähnlich hohe Prävalenzraten bei Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems und des Skelett- und Muskelsystems wie in der Referenzgruppe. Der Zeitpunkt der Erstmanifestation der Beschwerden lag bei den Patienten der Untersuchungsgruppe knapp 7 Jahre zurück. Bei 33,3 % der Patienten erfolgten stationäre Vorbehandlungen. Die Verweildauer betrug im Durchschnitt 69 Tage. Die Entlassungen erfolgten bei allen Patienten regulär, es gab keine Behandlungsabbrüche und keine disziplinarischen Entlassungen in der Projektgruppe.

Von den 91 Projektpatienten erhielten 74 die Diagnose ‚Alkoholmißbrauch‘, 12 Patienten betrieben Medikamentenmißbrauch und 5 Patienten Alkohol- und Medikamentenmißbrauch. Fast die Hälfte der befragten Patienten hatte nach eigenen Aussagen vor Klinikaufnahme unsystematisch psychotrope Medikamente, insbesondere Tranquillizer, Antidepressiva, periphere Kombinationsanalgetika und pflanzliche Beruhigungsmittel, Neuroleptika und Amphetamine eingenommen.

Insgesamt wurden folgende alkohol- bzw. medikamentenbezogene Problem-bereiche untersucht:

- Einsicht in die Funktionalität des eigenen Alkohol- bzw. Medikamentenabusus

- Befürchtungen und Bedenken hinsichtlich des eigenen Suchtmittelkonsums
- Subjektive Einschätzung des eigenen Konsums nach den Kriterien ‚unbedenklich‘, ‚kritisch‘
- Relevantes Wissen über Alkohol- und Medikamentenmißbrauch

Ein Vergleich der Ergebnisse der unbehandelten **Kontrollgruppe** drei Monate vor Klinikeintritt und bei Behandlungsbeginn hinsichtlich der suchtmittelbezogenen Untersuchungsmerkmale zeigte keine statistisch bedeutsamen Unterschiede: Weder bei der Einschätzung der Gefahren, die ein fortgesetzter Suchtmittelmißbrauch mit sich bringen könnte, noch bei der Beurteilung der Funktionalität des Suchtmittels, wie auch hinsichtlich der Selbsteinschätzung der Suchtmittelmißbraucher ergaben sich in diesem Zeitraum signifikante Veränderungen.

Katamnestiche Ergebnisse. Als Erfolgskriterium galt das Auslassen des Suchtmittels zur Problem- und Lebensbewältigung. Da nicht alle Patienten der Ausgangsstichprobe an der Katamnese teilnahmen, lassen sich zwei verschiedene Erfolgsquoten ermitteln. Einerseits kann sich die Erfolgsbeurteilung auf alle 91 Patienten beziehen, mit der Annahme, daß alle Nicht-Teilnehmer an der Katamnese ebenso als „nicht-erfolgreich“ zu werten sind wie teilnehmende Patienten, denen das Auslassen des Suchtmittels nicht gelang. Nach dieser Berechnungsform waren 67 % (= 61 Patienten) als erfolgreich zu beurteilen, 33 % als nicht-erfolgreich (= 30 Patienten: davon 1 verstorben, 2 nicht auffindbar, 13 Verweigerer, 14 Patienten mit fortgesetztem Suchtmittelmißbrauch). Geht man andererseits davon aus, daß die Gruppe der Katamneseteilnehmer repräsentativ für die Gesamtstichprobe ist, ist es gerechtfertigt, daß auch nur die Teilnehmer in die Erfolgsbeurteilung eingehen. In diesem Fall konnten 81,3 % der Patienten (61 Patienten) als erfolgreich eingestuft werden, 18,7 % (14 Patienten) haben hingegen den Suchtmittelmißbrauch nicht eingestellt. Mit der ersten Berechnungsart wird der „wahre“ Erfolgswert vermutlich unterschätzt, die zweite Berechnungsart überschätzt das Ergebnis.

Von den 14 Patienten, denen die Einstellung des Suchtmittelabusus nicht gelang, hatte sich bei vier in der Zwischenzeit eine Abhängigkeit entwickelt, wobei sich diese vier Patienten um eine Entwöhnungsbehandlung bemüht bzw. bereits begonnen hatten. Drei weitere Patienten dieser Gruppe hatten eine ambulante Psychotherapie beantragt mit dem erklärten Ziel, auch dort weiter den

Suchtmittelmißbrauch zu bearbeiten. Ein Patient wandte sich im Jahr nach Entlassung an die Klinik und bat um Adressen von Selbsthilfegruppen. Nur zwei Patienten bagatellisierten trotz höherer Trinkmengen (bis 1,5 l Bier täglich) ihren Alkoholkonsum, alle anderen beurteilten ihren Suchtmittelkonsum problematisch und veränderungswürdig.

Als weitere abhängige Variablen wurden in der Katamnese untersucht: Subjektiv empfundener körperlicher Beschwerdedruck, Depressivität, Lebenszufriedenheit und soziale Unterstützung. In allen Bereichen zeigten sich eindeutige Zusammenhänge zwischen eingestelltem Suchtmittelmißbrauch und günstigen Entwicklungen.

Bei der Analyse der Daten zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen konnten die Leistungsdateien der jeweiligen Krankenkassen berücksichtigt werden. Die Veränderungsanalyse zeigte, daß die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle je Patient

von 2,2 auf 1,5 ein Jahr vor und nach Klinikaufnahme signifikant zurückging. Bei den Arbeitsunfähigkeitstagen gab es einen hochsignifikanten Rückgang von 60,7 auf 18,4 Tage je Patient, die durchschnittliche Falldauer nahm von 28,2 Tagen auf 12,0 Tage ebenfalls deutlich ab. Im Jahr nach Klinikentlassung gleichen sich die Arbeitsunfähigkeitszeiten der Projektpatienten damit den durchschnittlichen Krankheitstagen je Mitglied der Allgemeinen Krankenversicherung, der Angestellten-Krankenkasse und Arbeiter-Ersatzkassen (1992) an.

5. Anwendung im nicht-therapeutischen Bereich

Die vorgestellten Methoden und Techniken wurden für die stationäre Behandlung psychosomatisch Kranker mit Alkohol bzw. Medikamentenmißbrauch entwickelt und im klinisch-stationären Setting erprobt. Das Programm hat sich auch im ambulanten psychotherapeuti-

schen Setting, sowohl als Einzel- als auch als Gruppentherapie bewährt.

Darüber hinaus wurden praxisfeldspezifische Abwandlungen des Programms erarbeitet für:

- Früherkennung und -beratung von Alkohol- und Medikamentenproblemen im Allgemeinkrankenhaus und in der Arztpraxis
- Frühintervention bei Alkohol- und Medikamentenproblemen im Betrieb
- Das Mitarbeitergespräch als Führungsaufgabe
- Alkohol- bzw. Medikamentenprobleme in der betrieblichen Sozialberatung: Beratung in der Gruppe und im Einzelgespräch
- Alkohol- und Medikamentenprobleme bei Jugendlichen

Die einzelnen Vorgehensweisen sind bei Schuhler und Baumeister (1999) beschrieben.

Münchwieser Diagnoseinventar MDI

Auf den folgenden Seiten finden Sie Aussagen zum Umgang und zur Wirkung von Alkohol und Medikamenten. Bitte geben Sie nun an, wie häufig diese Verhaltens- bzw. Wirkungsweisen bei Ihnen **in den letzten 12 Monaten** auftraten.

Beispiel:

Wenn Sie im letzten Jahr überhaupt keinen Alkohol getrunken haben, setzen Sie bitte ein Kreuz in die Spalte „nie“, wenn Sie regelmäßig mehrmals in der Woche Alkohol getrunken haben, machen Sie ein Kreuz in die Spalte „häufig“. Das Kästchen, das Sie ankreuzen ersetzt also die Pünktchen im Satz.

	nie	selten	manchmal	häufig
1. Im letzten Jahr habe ich Alkohol getrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Im letzten Jahr habe ich Schmerzmittel genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Im letzten Jahr habe ich Psychopharmaka genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn im folgenden Text von Medikamenten die Rede ist, sind **nur Psychopharmaka** (Beruhigungsmittel, angstlösende Mittel, Schlafmittel oder anregende Mittel) und **Schmerzmittel** mit Coffein oder Codein als Beimischung gemeint. Wählen Sie bitte bei jeder Frage die Antwortkategorie, die am besten auf Sie zutrifft. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wir versichern Ihnen, daß wir alle Angaben vertraulich behandeln.

	nie	selten	manchmal	häufig
1. Um besser schlafen zu können, habe ich Alkohol getrunken oder Medikamente (z.B. Beruhigungs- oder Schlafmittel) eingenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nach einigen Gläsern Alkohol oder der Einnahme von einigen Medikamenten fühlte ich mich in meinen Fähigkeiten gesteigert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vor Einladungen habe ich schnell etwas getrunken oder Medikamente eingenommen, um richtig in Stimmung zu kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe Alkohol getrunken oder Medikamente eingenommen, damit mir alles weniger bedrückend erschien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe Ausreden gebraucht, wenn ich Alkohol trank oder wenn ich Medikamente einnahm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Um mit anderen besser umgehen zu können, habe ich Alkohol getrunken oder Medikamente eingenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es gab Tage, an denen ich morgens Alkohol trank oder Medikamente einnahm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe Tricks gebraucht, um an Alkohol oder Medikamente heranzukommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	selten	manchmal	häufig
9. Es kam vor, daß ich mehr getrunken habe oder mehr Medikamente eingenommen habe, als ich eigentlich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Um meine Sorgen zu vergessen habe ich Alkohol getrunken oder Medikamente eingenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es kam vor, daß ich unruhig, zittrig oder nervös wurde, wenn die Wirkung des Alkohols oder der Medikamente nachließ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Es kam vor, daß ich daran gedacht habe, meinen Alkohol- oder Medikamentenkonsum aufzugeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wenn ich Alkohol getrunken oder Medikamente eingenommen hatte, habe ich mich anderen gegenüber ... stärker gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. In Gesellschaft habe ich heimlich zwischendurch Alkohol getrunken oder Medikamente eingenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich habe mich geärgert, wenn mich meine Familie oder meine Freunde auf meinen Alkohol- oder Medikamentenkonsum ansprachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Um mit Streß besser fertig werden zu können, habe ich Alkohol getrunken oder Medikamente eingenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich habe Alkohol getrunken oder Medikamente eingenommen, um weniger ängstlich zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich hatte ein schlechtes Gewissen, wenn ich Alkohol trank oder Medikamente einnahm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Literatur:

Arend, H. (1994). Alkoholismus – Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Bettelheim, B. (1990³). Kinder brauchen Märchen (5. Auflage). Stuttgart: DVA.

Buchholz, M.B. (Hrsg.) (1993). Metaphernanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine Science, 196, 129-136.

Erickson, M. H. (1994³). Die Lehrgeschichten. Salzhausen: iskopress.

Gans, G. S. (1993). Metaphern in der Gruppentherapie. In M.B. Buchholz (Hrsg.): Metaphernanalyse (S. 153-170). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Jahrreiss, R. (1985) Gemeinsamkeiten und notwendige Unterschiede in den Behandlungskonzepten unserer Klinik bei Abhängigkeitskranken und bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. Münchwieser Hefte, 7-17.

Jahrreiss, R. (1990) Therapeutisches Gesamtkonzept der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies. Eigendruck.

Jahrreiss, R. (1993). Wie psychotherapeutisch soll moderne Suchttherapie sein? Münchwieser Hefte, 3-15.

Jahrreiss, R. (1998). Perspektiven der modernen Suchttherapie unter Kostendruck. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht (S. 43-52). Geesthacht: Neuland.

Peseschkjan, N. (1979). Der Kaufmann und der Papagei. Hamburg: Fischer.

Petry, J. (1996³). Alkoholismustherapie (3. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Schelp, T., Malock, D., Gravemeler, R. & Meusling, U. (1990). Rational emotive Therapie als Gruppentraining gegen Streß. Bern: Huber.

Schuhler, P. (1998). Kurz- und Langzeiteffekte eines verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms auf die körperliche und psychische Symptomatik depressiver Patienten mit Alkohol- bzw. Medikamentenabusus. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 19 (1), 92-107.

Schuhler, P. & Baumeister, H. (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmißbrauch. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Schuhler, P. & Jahrreiss, R. (1996). Die Münchwies-Studie: Alkohol- und Medikamentenmißbrauch psychosomatisch Kranker. Evaluation der stationären Behandlung und Katamnese. Berlin: Westkreuz.

Schuhler, P., Jahrreiss, R. & Wagner, A. (1996). Koinzidenz von Sucht und psychosomatischer Auffälligkeit: Ergebnisse einer differentiellen Rehabilitation. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 33, 6-22.

Schuhler, P. & Martin J. (1990). Interventionsprogramm bei Alkohol- und Medikamentenproblemen. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 10, 113-118.

Schuhler, P. & Wagner, A. (1999). Ein Fragebogen zur Differenzierung zwischen unauffälligem Konsum, Mißbrauch und Abhängigkeit. In P. Schuhler & H. Baumeister: Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmißbrauch. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 24-27.

Die Autoren:

*Dr. phil. Petra Schuhler,
Leitende Psychologin
Dr. med. Horst Baumeister,
Oberarzt
Dr. med. Rosemarie Jahrreiss,
Leitende Ärztin
Psychosomatische Fachklinik
Münchwies
Turmstraße 50-58,
66540 Neunkirchen*