

# 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 Fahrunsi-

cherheit aufweist, wird bestraft. Dies gilt auch für Radfahrer. Bei 20 % der Bevölkerung liegt ein problematischer Alkoholkonsum vor. Wegen der noch anhaltenden Gehirnentwicklung sollten Jugendliche überhaupt keinen Alkohol trinken.

Unser Gesundheitssystem wird jährlich mit 40 Mrd. Euro Kosten wegen schädlichen Alkoholkonsums belastet. Hinzu kommen dreimal so hohe Kosten für die Wirtschaft wegen alkoholbedingten Produktionsausfalls (120 Mrd.). Dagegen nimmt der Staat jährlich nur drei Mrd. Euro durch Alkoholsteuern ein.

Alkoholprävention kann durch Verhältnis-Prävention geschehen (Änderung der Alkoholkonsum begünstigenden gesellschaftlichen Verhältnisse wie die Einschränkung von Alkoholwerbung, Abgabeverbote und Steuererhöhungen) oder Verhaltensprävention (Veränderung des Trinkverhaltens durch Aufklärung und Beratung) erfolgen.

Der Therapie der Alkoholabhängigkeit widmet sich dieses Buch. Allgemein herrscht auch bei Ärzten und anderen Gesundheitsberufen die Überzeugung vor, dass Alkoholabhängigkeit immer stationär behandelt werden muss. Das ist nicht der Fall. Sowohl in Fachambulanzen für Alkoholkrankte als auch in psychotherapeutischen Praxen kann die Alkoholabhängigkeit behandelt werden.

# **1 Einführung in den PKP-Therapieansatz der Alkoholabhängigkeit**

## **1.1 Das Konzept der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) mit Therapie-/Sprechstundenkarten**

Alle Beteiligten (Patienten, Hausärzte, Internisten, Chirurgen, Psychiater, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychologische Psychotherapeuten und Medizinischer Dienst der Krankenkassen) scheuen sich davor, die Notwendigkeit einer Alkoholismus-Therapie festzustellen. Oder sie ignorieren sie völlig. Das kostet unsere Gesellschaft jährlich große Summen und es kostet jährlich sehr viele Menschenleben. Dies entspricht der Grundhaltung: »Ein Trinker ist ein charakterloser Mensch und selbst schuld an seinem Schicksal. Da ist eine Krankenbehandlung nicht angezeigt.« Selbst wenn eingestanden wird, dass es sich um eine behandlungsbedürftige Krankheit handelt, wird abgewunken: »Er will sich ja nicht helfen lassen. Er gibt nicht einmal zu, süchtig zu sein. Außerdem werden ja alle rückfällig.«

Dabei kann mit niederschweligen Angeboten wie der PKP (Psychiatrische Kurz-Psychotherapie) ein Anfang gemacht werden, der mit viel Geduld immer wieder eingefädelt wird. Sie ist wie eine Angelschnur, die immer wieder ausgeworfen wird, bis der Fisch anbeißt. Allerdings mit dem gegenteiligen Ergebnis. Denn ein frühzeitiger Behandlungsbeginn kann ein Leben retten.

Unstrukturierte Arztgespräche können in systematische 20-minütige Therapie-Interventionen umgewandelt werden. Sprechstunden- bzw. Therapiekarten helfen als Fortsetzungsserie dabei, dass von Gespräch zu Gespräch thematisch der roter Faden der Therapiestrategie beibehalten wird.

Das PKP-Konzept baut auf dem *3-Säulen-Modell* der Strategischen Kurzzeittherapie (Sulz 1994, 2012c, 2017a) auf:

1. Symptomtherapie
2. Fertigkeitentraining
3. Schemaanalyse: Überlebensregel

Den flexiblen Einsatz der drei Säulen zeigt Abbildung 1.1 (► Abb. 1.1).



*Zuerst die Arbeit am Symptom, dann Aufbau fehlender Fertigkeiten.*

*Nur wenn die Änderungsmotivation fehlt, zur 3. Säule wechseln.*

*Und dann rasch wieder nach links wechseln. So bleibt die Therapie kurz.*

**Abb. 1.1:** Das Drei-Säulen-Therapieprinzip der PKP (Sulz 2017c, S. 124)

Dieser verhaltenstherapeutische Ansatz ist im Wesentlichen integrativ, weil er immer wieder eine systemische und eine psychodynamische Perspektive einnimmt. PKP kann im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung eingesetzt werden oder als psychiatrisches Gespräch in der Psychiatrie-Praxis, aber auch als Arztgespräch auf der Station der Klinik. Darüber eignet sie sich einerseits für die Richtlinienbehandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und andererseits als Gruppentherapie in Klinik, Praxis und in der Suchtberatungsstelle. Damit können die Leistungen in jedem Setting abgerechnet werden.

Für die Anwendung von PKP können

- a) ein Manual in Form eines A4-Ringbuchs (Sulz et al. 2012a)

oder

- b) Sprechstunden-/Therapiekarten (Sulz et al. 2012b)

zu Hilfe genommen werden.

Einige Therapieeinheiten können durch Co-Therapeuten durchgeführt werden. Obwohl ein zuverlässig verfügbarer Bezugstherapeut unverzichtbar ist, können die Therapiesequenzen an andere Therapeuten weitergegeben werden – wie bei der Stabübergabe in der Leichtathletik.

Der nächste Therapeut kann genau da fortsetzen, wo der letzte aufgehört hat bzw. wo die PKP-Gruppe aufgehört hat.

Die Reihenfolge muss nicht zwingend eingehalten werden, sondern kann ganz individuell auf den einzelnen Patienten eingestellt sein. Im Lauf der Behandlung entsteht ein Selbsthilfebuch für den Patienten, das dieser auch weiterhin für sich verwenden kann. Auch die Dokumentation der Therapie auf Therapeutenseite ist auf diese Weise gegeben.

Dieses Konzept wurde in der Suchtambulanz des Centrums für Psychosomatische Medizin CIPM (heute co-medicum) in München erarbeitet, erprobt und

wird seit vielen Jahren und weiterhin dort angewandt – heute überwiegend als Gruppentherapie.

Theoretischer Hintergrund ist die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie, die sowohl als *Störungstheorie* als auch als Therapietheorie dient.

Sie geht davon aus, dass im Vorschulalter elterlicherseits die kindlichen Grundbedürfnisse (Willkommensein, Geborgenheit, Sicherheit, Liebe, Beachtung, Verständnis, Wertschätzung, Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung, Grenzen, Fördern, Herausfordern, Vorbild, kindliche Erotik und ein Gegenüber) nicht befriedigt wurden und dass sie – die Eltern – das Kind zudem Bedrohungen aussetzten, die zu zentralen Ängsten führten (Vernichtungsangst, Trennungsangst, Kontrollverlustangst, Liebesverlustangst, Gegenaggressionsangst, Hingabeangst). Seine Frustration durfte das Kind nicht durch Wut kundtun. So war es in einer ausweglosen Situation, zumal es seine Affekte noch lange nicht steuern konnte. Es bildete eine im Erwachsenenalter dysfunktional werdende *Überlebensregel*, als implizites nicht-bewusstes motivationales Schema, das so heißen könnte:

- Nur wenn ich immer der Beste und perfekt bin,
- und wenn ich niemals Wut zeige und mich wehre,
- bewahre ich mir Willkommensein und Liebe,
- und verhindere Alleinsein und Vernichtung.

Dem Patienten wird geholfen, das Gebot und Verbot in eine Erlaubnis zu verwandeln. Denn diese Überlebensregel hat zur Symptombildung geführt. Sie hat wehrhaftes Verhalten gestoppt, zum Nachgeben gezwungen und eine *Reaktionskette* hervorgerufen, die den Griff zum Alkohol notwendig gemacht hat (Beispiel):

- Situation: Ehefrau und Schwiegereltern werten ihn massiv ab.
- Primäre Emotion: Wut
- Primärer Handlungsimpuls: Wut zeigen, wirksam wehren
- Überlebensregel verbietet das, indem sie die Folgen vor Augen führt: Liebes- und Beziehungsverlust
- Sekundäres Gefühl: Ohnmacht, Wertlosigkeit
- Vermeidungsverhalten: schluckt die Wut herunter und gibt nach
- Symptombildung: Griff zum Alkohol.

Bezüglich des thematischen Ablaufs der Therapie können wir bei PKP sechs *Therapiestrategien* unterscheiden (► Abb. 1.2), die eine Rosette um das therapeutische Grundprinzip bilden (Vom Überleben zum Leben – von der Bedürfnisorientierung zur Wertorientierung):

1. Beziehung gestalten
2. Die dysfunktionale Überlebensregel entdecken und ändern
3. Achtsamkeit üben und Akzeptanz entstehen lassen
4. Symptomtherapie – Abstinenz erhalten

5. Kompetenzen und Fertigkeiten aufbauen – Selbstwirksamkeit erfahren
6. Entwicklung des Menschen fördern – Empathiefähigkeit entwickeln



**Abb. 1.2:** Die sechs Therapiestrategien der PKP (aus Sulz 2017c, S. 11)

Der Verlauf der Therapie kann in 20 implizite prozessuale *Therapieschritte* unterteilt werden (Sulz 2017c, S. 54):

#### Der Therapieprozess und seine 20 Schritte

1. Aufbau von Hoffnung und Glauben (Erwartung von Therapieerfolg)
2. Aufbau einer förderlichen Beziehung (Bedürfnisbefriedigung mit dem Ziel des Wohlbefindens und des Freisetzens von Ressourcen)
3. Aufbau von Therapiemotivation
4. Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung (Achtsamkeit, Exposition)
5. Korrektur der emotional-kognitiven Bewertungen
6. Herstellen von Akzeptanz
7. Ressourcenmobilisierung
8. Herstellen von Änderungsbereitschaft und Änderungsentscheidung
9. Loslassen, Abschied, Trauer
10. Überwinden der Angst vor Veränderung
11. Veränderung des Verhaltens und Erlebens
12. Erfahrung von Selbstwirksamkeit

- 13. Umgang mit Niederlagen
- 14. Automatisierung des neuen Verhaltens und Erlebens
- 15. Generalisierung des neuen Verhaltens und Erlebens
- 16. Selbstmanagement des Verhaltens und Erlebens
- 17. Bahnung weiterer Selbstentwicklung
- 18. Abschied, Beenden
- 19. Die Zeit nach der Therapie
- 20. Die Zukunft

Auch wenn Patient und TherapeutIn sich diese Schritte nicht bewusst machen, so bilden sie doch den Therapieprozess ab. Andererseits ist die Reflexion und Kommunikation des prozessualen Stands der Behandlung für die konstruktive Zusammenarbeit von Patient und TherapeutIn wertvoll.

## 2 PKP-Therapiemodul 1: Patientenaufnahme

Damit Arzt oder Therapeut nicht ständig zwischen mehreren Dokumentationssystemen hin und her wechseln muss, werden alle notwendigen Schritte der Alkoholismus-Behandlung abgebildet (Sulz, Antoni, Hagleitner & Spaan 2012a,b):

- Patientendaten
- Erstgespräch – Anlass der Vorstellung, Psychiatrische Vorgeschichte
  - Medikation
  - Fremdanamnese
  - Biografische Anamnese
  - Genussmittelanamnese
- Psychopathologischer Befund
  - Alkoholanamnese
  - Körper- und Entzugserscheinungen
- Testpsychologie
- Entgiftung
- Notfall- und Krisenplan – Hilfsmöglichkeiten
- Notfallaktivitäten des Patienten
- Weitere Indikationen – Psychiatrie/Psychotherapie/Psychopharmaka

Diese sollen im Folgenden beschrieben werden.

### Patientendaten

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Adresse Straße: ..... PLZ und Ort: .....  
Telefon-Nr. privat: ..... Mobil: .....  
Telefon-Nr. dienstl.: .....  
Krankenversicherung: .....  
Hausarzt Name: ..... Tel.-Nr.: .....  
Nervenarzt/Psychiater Name: ..... Tel.-Nr.: .....  
Überweisender Arzt Name: ..... Tel.-Nr.: .....

### Erstgespräch

- Anlass der Vorstellung/aktuelle Beschwerden: ...