

Abschlussarbeit

zur Ausbildung zur

Psychologischen Beraterin

an den

Deutschen Paracelsus Schulen Leipzig

Thema: Alkoholabhängigkeit

Elke Wittwer

**Bortewitzer Str. 5 A
04774 Dahlen**

Matrikel-Nr. 104547 PSY / 140

Januar 2003

**Auch wenn man es nicht weiß,
hat man meist eine Wahl.
Wichtig ist die Kunst,
Alternativen zu suchen,
zu unterscheiden
und bewusst zu wählen.**

Paul Wilson

- 1. Alkohol als Droge**
- 2. Folgen übermäßigen Alkoholkonsums**
- 3. Differenzierung zwischen Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit**
- 4. Therapiemöglichkeiten**
- 5. Selbstverständnis meiner Rolle als Psychologischer Berater bei Klienten mit Alkoholproblematik**
- 6. Der Fall**
- 7. erster Eindruck von Frau B.**
- 8. Beratungsansätze**
- 9. Konkrete Beratungsschritte im Fall der Frau B.**
- 10. Ausblick**
- 11. Literatur**

1. Alkohol als Droge

Alkohol ist die Alltagsdroge Nr. 1 in Deutschland.

Etwa 3% der erwachsenen Bevölkerung über 18 Jahre sind einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit als alkoholabhängig einzustufen. Weitere 5% als Alkoholmissbraucher. Dies bedeutet, dass etwa 1,5 Millionen Bundesbürger alkoholabhängig sind und etwa 2,4 Millionen Alkohol missbräuchlich konsumieren. Da man davon ausgehen muss, dass hierzu noch eine große Anzahl von Personen kommt, die in derartigen Umfragen ihren tatsächlichen Umgang mit Alkohol verleugnen, dürfte die Zahl derer, die tatsächlich alkoholabhängig sind, weitaus höher liegen. (vgl. Lindenmeyer 1999, S.6)

Alkohol ist eine Droge, die in der Bundesrepublik durchaus salonfähig ist. Alkoholgenuss ist integrierter Bestandteil beinahe aller Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Die allgemeine Situation ist eher so, dass nicht der Genuss der Droge begründet werden muss, sondern dass eher von dem, der keinen Alkohol zu sich nimmt, immer wieder eine Begründung hierfür erwartet wird.

Nur etwa 5-10% der Erwachsenenbevölkerung trinkt überhaupt keinen Alkohol, dagegen werden etwa 50% des Alkohols in Deutschland von nur 7% der Bevölkerung konsumiert. 15,2% der männlichen und 8,4% der weiblichen Bevölkerung Deutschland weisen einen starken Alkoholkonsum auf, nehmen also durchschnittlich täglich mehr als 40g reinen Alkohol (Männer) bzw. 20g (Frauen) zu sich. (ebenda S.7)

Alkohol ist ein Genussmittel, dessen Konsum ein angenehmes geschmackliches Erlebnis sein kann. Er ist u. a. ein Instrument der Belohnung und Selbstbelohnung, Symbol für Luxus, soziales Schmiermittel, vermeintlicher Problemlöser und hilft scheinbar, Angstgefühle, Kontaktarmut und Einsamkeit zu überwinden. (vgl. Alkohol, S 7/8)

Darüber hinaus ist Alkohol jedoch auch ein Rausch- und Suchtmittel, eine Droge also, die kaum als solche erkannt wird und dadurch fester Bestandteil unseres Lebens, unserer Kultur und unserer Wirtschaft ist. (vgl. Schneider 2001, S.27/28)

„Alkohol war offenbar eine der ersten bewusstseinsverändernden Substanzen, von der unsere Vorfahren großzügigen Gebrauch machten. Unter seinem Einfluss werden manche Menschen albern, großsprecherisch, freundlich und gesprächig, andere aggressiv und gewalttätig, wieder andere ruhig und deprimiert. In kleinen Dosierungen eingenommen, wirkt Alkohol entspannend und kann die Reaktionsgeschwindigkeit eines Erwachsenen leicht verbessern. ...Größere Mengen, die in kurzer Zeit konsumiert werden, überlasten das zentrale Nervensystem.“ (Zimbardo 1988, S. 248)

2. Folgen übermäßigen Alkoholkonsums

Fortgesetzter übermäßiger Gebrauch von Alkohol, Missbrauch und Abhängigkeit ziehen eine Reihe körperlicher, sozialer und psychischer Folgeschäden nach sich, die einer Behandlung bedürfen.

Die Vielfalt von Folgeschäden einer Alkoholabhängigkeit sind bei Lindenmeyer 1999 (S.2) wie folgt dargestellt:

Trinkverhalten	Körperliche Folgeschäden	Soziale Folgeschäden	Psychische Folgeschäden
Häufige Rausche	Entzugserscheinungen	Partnerschaftskonflikte	Aggressive Entgleisung
Dosissteigerung	Krampfanfälle	Trennung/Scheidung	Verringertes Selbstwertgefühl

Toleranzsteigerung	Erhöhtes Krebsrisiko	Schulden	Selektive Wahrnehmung
Toleranzminderung	Verstärkte Infektanfälligkeit	Konflikte am Arbeitsplatz	Distanzlosigkeit
Alkoholvergiftung	Sexuelle Funktionsstörungen	Arbeitsplatzverlust	Gefühlsschwankungen
Spiegeltrinken	Gelenkschmerzen	Verlust der Fahrerlaubnis	Konzentrationschwierigkeiten
Morgendliches Trinken	Leberzirrhose	Straftaten	Gedächtnisstörungen
Umsteigen auf harte Alkoholika	Pankreatitis	Wohnungsverlust	Depression
Heimliches Trinken	Kardiomyopathie	Verwahrlosung	Delirium tremens
Trinken in Gesellschaft unter Niveau	Bluthochdruck	Rückzug von Freunden	Alkoholhalluzinose
Periodisches Trinken	Polyneuropathie	Haftstrafen	Suizidalität
Erfolglose Abstinenzversuche	Traumen		Soziale Ängste
Wiederholte Entgiftungsbehandlung	Fettleber		Eifersucht
Erfolglose Entwöhnungsbehandlung	Mangelernährung		
	Anämie		
	Gastritis		
	Knochenbrüche		

Die Grenzen zwischen dem in unserer Kultur anerkannten Gebrauch der Droge Alkohol als Genussmittel und ihrem Missbrauch sind mehr an Gesundheitsrisiken als am tatsächlichen Umgang mit Alkohol orientiert.

Missbrauch von Alkohol liegt dann vor, wenn

- zu unpassender Gelegenheit (z.B. Autofahren, Schwangerschaft, Arbeit etc.) oder
- bis zum Rausch oder
- zur Besserung einer gestörten seelischen Befindlichkeit oder
- langfristig übermäßig (täglich mehr als 40g Alkohol bei Männern, täglich mehr als 20g Alkohol bei Frauen)

getrunken wird. (vgl. Schneider 2001, S.61)

Dabei kann zwischen dem Gewohnheitstrinker und dem Problemtrinker unterschieden werden. Aus beiden Formen des Missbrauchs kann sich eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln. (Schneider 2001, S.62)

In Anlehnung an Prof. E.M. Jellinek lassen sich vier Formen einer Alkoholabhängigkeit unterscheiden:

- Konflikttrinken (Alpha-Trinker)

Die Abhängigkeit besteht darin, dass der Betroffene in ganz bestimmten Situationen zu Alkohol greift, da er über keine anderen Lösungs- oder Bewältigungsmöglichkeiten verfügt.

- Rauschtrinken (Gamma-Trinker)

Die Abhängigkeit besteht darin, dass der Betroffene es trotz bester Vorsätze nicht schafft, lediglich kleinere Mengen Alkohol zu trinken. Vielmehr endet sein Trinken meist in mehr oder weniger starkem Rausch.

- Spiegeltrinken (Delta-Trinker)

Die Abhängigkeit besteht darin, dass der Betroffene über den Tag verteilt regelmäßig Alkohol trinkt, um die Alkoholkonzentration im Blut nie unter einen bestimmten „Spiegel“ sinken zu lassen, da sonst unangenehme Entzugserscheinungen auftreten.

- Periodisches Trinken (Epsilon-Trinker)

Die Abhängigkeit besteht darin, dass der Betroffene trotz zwischenzeitlicher Abstinenz oder unauffälligem Alkoholkonsum immer wieder Phasen eines heftigen und unkontrollierten Alkoholkonsums hat. Dem Betroffenen sind oft keinerlei Anlass oder Auslöser hierfür bewusst. (Lindenmayer 1999, S 5)

Prof. Dr. med. Rudolf Klußmann (in Psychosomatische Medizin 1998) diagnostiziert Alkoholabhängigkeit bei einer Einnahme von mehr als 80g reinen Alkohol täglich oder mehr als 240g wöchentlich.

3. Differenzierung zwischen Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit

Schädlicher Gebrauch von Alkohol liegt nach ICD-10 vor, wenn lediglich Schäden auf psychischen oder körperlichen Gebiet nachweisbar sind, jedoch keine Hinweise auf eine Abhängigkeit gefunden werden.

Präzisere diagnostische Kriterien für einen Alkoholmissbrauch finden sich im DSM-IV:

1. Eine Art des Alkoholkonsum, die zu einer Gesundheitsschädigung, einer sozialen Beeinträchtigung oder einer psychischen Störung führt, die gekennzeichnet ist durch das Auftreten von:
 - wiederholtem Alkoholkonsum, der zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen bei Arbeit, Haushalt oder Schule (gehäufte Abwesenheit, verminderte Leistungsfähigkeit, Vernachlässigung wesentlicher Interessen) führt,
 - wiederholtem Alkoholkonsum in Situationen, die mit besonderen Gefahren bei Alkoholkonsum verbunden sind (z.B. Autofahren, Arbeiten an laufenden Maschinen),
 - wiederholten Problemen mit Polizei und Gesetz wegen durch Alkoholkonsum verursachter Vergehen,
 - fortgesetztem Alkoholkonsum trotz wiederholter sozialer oder interpersoneller Probleme, die durch den Alkoholkonsum verursacht werden.

Die Diagnose sollte gestellt werden, wenn in den letzten 12 Monaten das Konsumverhalten zu einer dieser Folgen geführt hat.

2. Die Kriterien für eine Abhängigkeit sind noch nicht erfüllt.

(Lindenmeyer 1999, S.11)

Bei Alkoholmissbrauch ist Abstinenz kein unbedingt notwendiges Therapieziel.

Unbedingt notwendig ist jedoch die Aufklärung über langfristige Folgen des Alkoholkonsums sowie den Mechanismus einer Abhängigkeitsentwicklung. Ebenso notwendig ist die Motivation für einen maßvollen Umgang mit Alkohol. Die Bewältigung problematischer Trinksituationen muss trainiert und individuelle Veränderungsziele hinsichtlich des Alkoholkonsums erarbeitet werden.

Diagnosekriterien des Abhängigkeitssyndroms (F10.2) nach ICD-10:

Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollten zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben, falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von 12 Monaten wiederholt bestanden haben:

- 1) Starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- 2) Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- 3) Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die Substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Einnahme von Alkohol oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- 4) Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen des Alkohols: Um die ursprünglich durch geringere Alkoholmengen erreichten Wirkungen hervorzurufen sind größere Alkoholmengen erforderlich oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.
- 5) Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- 6) Anhaltender Alkoholkonsum trotz eindeutig schädlicher Folgen, deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über Art und Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.

Therapieziel bei Alkoholabhängigkeit ist lebenslange Abstinenz.

3. Therapiemöglichkeiten

Die klassische Behandlung der Alkoholabhängigkeit umfasst folgende Schritte:

1. Kontakt- und Motivationsphase

Diese Phase beginnt mit dem ersten Kontakt des Betroffenen mit einem Berater oder in einer Suchtberatungsstelle und umfasst in Zusammenarbeit mit dem Arzt alle Maßnahmen zu Motivation, Aufklärung und medizinischer und psychosozialer Diagnostik.

2. Entgiftung

Die Einweisung in eine Klinik zur Entgiftung erfolgt immer durch einen Arzt. Es gibt Kliniken, die speziell auf die Entgiftung Alkoholabhängiger spezialisiert sind, in vielen Krankenhäusern wird jedoch ebenfalls die Entgiftung durchgeführt. Die Regelbehandlungsdauer beträgt derzeit 21 Tage. Die Kosten dafür trägt die zuständige Krankenkasse.

Eine Entgiftung außerhalb der Klinik ist zwar generell möglich, birgt aber sehr große Gefahren für den Patienten (z.B. Entzugskampf) und sollte deshalb nie ohne ärztlichen Rat und Begleitung erfolgen.

3. Entwöhnung

Derzeit erfolgt eine Langzeitbehandlung der Alkoholabhängigkeit sowohl stationär als auch ambulant. Da es sich nach Auffassung des Gesetzgebers um eine Rehabilitationsmaßnahme handelt, trägt die Kosten in den meisten Fällen der gesetzliche Rentenversicherungsträger. Voraussetzung ist, dass ein ärztlicher Befundbericht die Notwendigkeit einer Alkoholentwöhnungsbehandlung bestätigt und in einem Sozialbericht, der üblicherweise von den Mitarbeitern einer anerkannten Suchtberatungsstelle verfasst wird, die Therapiebereitschaft des Patienten dokumentiert ist. Die Langzeittherapie dauert in der Regel 16 Wochen in einer stationären Einrichtung (Suchtklinik) oder ambulant 1 Jahr.

4. Nachsorge

Es dauert in der Regel mehrere Jahre, bis aus der in diesen ersten Schritten entwickelten Abstinenz eine *zufriedene* Abstinenz entwickelt wird. Für diesen Prozess sind sowohl eine therapeutische oder beratende Begleitung, ein stabiles soziales Umfeld sowie entsprechende Rückfallvermeidungsstrategien notwendig. Der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe ist empfehlenswert.

5. Selbstverständnis meiner Rolle als Psychologischer Berater bei Klienten mit Alkoholproblematik

Sowohl aus den rechtlichen Rahmenbedingungen für die Tätigkeit als Psychologischer Berater, wonach die Tätigkeit definiert ist als „Beratung bei der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstiger Zwecke außerhalb der Heilkunde“ als auch aus der Problematik Alkoholkrankheit an sich, leitet sich selbstverständlich ab, dass der Klient sowohl ärztliche, als auch psychotherapeutische Hilfe benötigt.

Jeder Alkoholabhängige muss vor Einleitung jedweder psychotherapeutischen Maßnahmen einem Arzt vorgestellt werden, um abzuklären, ob und welche Folgeerkrankungen bestehen und behandelt werden müssen. Die medizinische Versorgung hat zunächst Priorität und meine Aufgabe als Berater besteht darin, dies dem Klienten zu vermitteln. Gegebenenfalls muss ich beim Klienten zunächst überhaupt erst die Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft entwickeln. Dazu ist eine umfangreiche Wissensvermittlung sowohl über die Krankheit an sich und ihre möglichen gesundheitlichen Folgen als auch über bestehende Therapiemöglichkeiten notwendig.

Gemeinsam mit dem Patienten geht es darum, den „Standort“ im Krankheitsverlauf der Alkoholkrankheit zu bestimmen, das Problem zu erfassen und eine ausreichende Motivation und Behandlungsbereitschaft zu entwickeln, Therapieziele zu erarbeiten und dafür die Rahmenbedingungen zu schaffen. Das bedeutet neben der Einleitung ärztlicher und therapeutischer Behandlung auch, das soziale Umfeld des Klienten gegebenenfalls mit einzubeziehen, eventuell Kontakte zu Selbsthilfegruppen Betroffener und Angehöriger herzustellen sowie Hilfestellung im Umgang mit Ämtern und Behörden zu leisten.

Voraussetzung dafür ist, dass ich als Berater wert- und vorurteilsfrei auf den Klienten zugehe.

Ich muss mir darüber im Klaren sein, dass ein Großteil der Klienten nicht aus eigener Motivation heraus die Beratung sucht, sondern häufig auf Druck von außen (Partner, Arbeitgeber etc.). Daraus leitet sich ab, dass die Angaben des Klienten den wirklichen Alkoholkonsum zunächst bagatellisieren können, zumal auf Grund des gesellschaftlich niedrigen Stellenwertes der Alkoholkrankheit Scham eine wesentliche Rolle spielt. Abbau der Schwellenangst ist daher vor allem zu Beginn der Beratung eine vordringliche Aufgabe. Das schließt ein, besonders genau zu beobachten, nonverbale Mitteilungen des Klienten zu verstehen, gegebenenfalls zu notieren, um eventuell erst zu einem späteren Zeitpunkt darauf einzugehen.

Während der nächsten beiden Schritte der Behandlung (Entgiftung und Entwöhnung) kann ich als Psychologischer Berater unterstützend und verstärkend wirken. So kann ich während der Klinikaufenthalte telefonischen Kontakt halten und Anlaufstelle für den Klienten bei den zur Langzeittherapie gehörenden Belastungsheimfahrten sein.

Während der Nachsorgephase zur Festigung der erworbenen Abstinenz geht es in meiner Arbeit vor allem um die kognitive Abstinenz-Stärkung, die Entwicklung von Rückfallvermeidungsstrategien, die Stärkung der Selbstwahrnehmung und Erhöhung des Selbstbewusstseins, die Schaffung von Alternativen zum Suchtmittelgebrauch, das Erlernen von Entspannungstechniken und die Entwicklung eines zufriedenen Lebens und seelischen Wohlbefindens ohne den Genuss von Alkohol.

In der Behandlung Alkoholabhängiger sehe ich mich als Psychologischer Berater als Bindeglied zwischen Patient und Arzt/ Psychotherapeuten, aber auch im Auftrag des Patienten zwischen ihm und Ämtern/Behörden sowie gegebenenfalls zu Angehörigen.

6. Der Fall

In die Praxis kommt die 47jährige Frau B., seit 26 Jahren verheiratet. Doch nun sei sie „am Ende“, wie sie sagt. Ihre beiden erwachsenen Kinder sind inzwischen ausgezogen, der Sohn studiert, die Tochter macht eine Schauspielausbildung. Der freiberufliche Ehemann muss häufig verreisen, manchmal auch für längere Zeit, und dann greife sie schon mal zum Glas gegen die Einsamkeit.

Sie sei das jüngste Kind ihrer Eltern, war immer das ‚Nesthäkchen‘, doch im vergangenen Jahr habe sie von ihrer verwitweten Mutter erfahren, dass sie eigentlich ein unerwünschtes Kind war.

Nach Abitur und einer kurzen Buchhändlerlehre habe sie dann mit 21 Jahren geheiratet und sofort ein Kind bekommen. Ein weiteres Kind folgte. Die ersten 10-12 Jahre der Ehe verliefen „alles in allem“ glücklich. Dann wurde ihr zugetragen, ihr Mann habe Freundinnen, meist sogar aus dem gemeinsamen Bekanntenkreis. An Sonntagvormittagen habe es immer ein „offenes Haus“ gegeben: man saß mit Freunden bei ausgiebigen Frühschoppen zusammen, alle hätten sich bestens unterhalten, und sie habe immer für das leibliche Wohl der Gäste gesorgt. An den Gesprächen über Politik und Literatur nahm sie eher passiv teil, denn „die anderen konnten viel besser darüber reden“. Doch „nach ein bisschen Alkohol“ fühlte sie sich freier und begann, auch außerhalb dieser geselligen Gelegenheiten allein zu trinken.

Das sei solange gutgegangen, bis die Putzfrau versteckte Flaschen gefunden und ihrem Ehemann davon erzählt habe. Der sei ziemlich wütend geworden und hätte sie gleich zu einem Therapeuten schicken wollen, so als ob sie Alkoholikerin wäre. Nein, das sei sie doch gar nicht! Aber ihr ganzes Leben sei ja Anpassung gewesen, und so habe sie im Lauf der Jahre aus Gefälligkeit verschiedene Therapieversuche gemacht, darunter einen von sechs Monaten in einer Suchtklinik. Es gab Rückfälle, ihr Mann sei dann für ein Jahr ausgezogen und seltsamerweise habe sie dann so gut wie nicht getrunken. Ihr Mann habe aber schon vorher jahrelang den sexuellen Verkehr verweigert und habe das auf ihren Alkoholismus geschoben. Das sei aber nur ein Vorwand, er liebe sie halt nicht mehr und vergnüge sich mit seinen Freundinnen. Nach der Trennung sei der Mann aber auf einmal in die gemeinsame Wohnung zurückgekommen; er wolle jetzt exklusiv mit ihr zusammenleben, er werde keine Freundin mehr haben, aber sie müsse den Alkoholmissbrauch endgültig aufgeben. Sie habe es versucht, aber er mache aus der kleinsten Alkoholfehne ein Drama.

7. Erster Eindruck von Frau B.

Frau B. erscheint ohne eigene Motivation vor allem auf Druck ihres Ehemannes in der Praxis. Sie ist sich ihrer eigenen Alkoholproblematik noch nicht hinreichend bewusst und bagatellisiert sowohl ihren Alkoholkonsum als auch die Wirkung der Substanz auf sich selbst. Ihre ungenauen Angaben über Trinkmenge, Häufigkeit sowie Art der konsumierten Getränke („...greife sie schon mal zum Glas...“, „...ein bisschen Alkohol“, „...kleinste Alkoholfehne.“) deuten darauf hin, dass sie wahrnimmt, ihr Trinkverhalten könne außerhalb üblicher Normen liegen, wofür sie sich schämt. Die Ansätze der Selbsterkenntnis verleugnet sie („...als ob sie Alkoholikerin wäre. Nein, das sei sie doch gar nicht!“).

Die Situation, die sie beschreibt, deuten darauf hin, dass Frau B. in einer deutlichen Abhängigkeit zu ihrem Mann lebt (kein eigenes Einkommen, keine eigenen Freunde, keine eigenen Hobbys). Sie verleugnet eigene Wünsche und Bedürfnisse so weit, dass sie auch dessen Freundinnen duldet, seinen Auszug aus der ehelichen Wohnung ebenso hinnahm wie seine Rückkehr. Frau B. scheint sich ihrem Mann vollkommen unterzuordnen, sie führt kein eigenes Leben, lebt sein Leben mit, bis dahin, dass sie sich seinen Wünschen fügt, gleich ob es um Therapiebesuche oder den Wegfall jedweder sexuellen Aktivitäten geht. Dies könnten Anhaltspunkte dafür sein, dass eine abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10, F60.7) vorliegt.

Aus der Beschreibung ihrer Situation spricht sehr viel Resignation und Einsamkeit, angefangen dabei, dass sie sich nur passiv an den sonntäglichen Gesprächen beteiligte, dass unterdessen die Kinder ausgezogen sind, sich selbst die Putzfrau offensichtlich eher mit ihrem Mann verbündet bis hin dazu,

dass selbst ihre Mutter mit der Aussage, sie sei ein unerwünschtes Kind gewesen, sich scheinbar gegen sie stellt.

Offensichtlich erfährt Frau B. keinerlei Fremdbestätigung und verfügt derzeit weder über Mittel noch Möglichkeiten, sich selbst Bestätigung zu verschaffen. Dieses Defizit an Selbstwertgefühl existierte bereits in den Anfangsjahren ihrer Ehe („... die anderen konnten viel besser darüber reden“). Ihre eigenen Leistungen (Abitur, Ausbildung, Erziehung der Kinder etc.) nimmt sie nicht wahr.

Die Aussage, es gab nach der Therapie in der Suchtklinik Rückfälle, sowie der Hinweis darauf, sie habe nachdem der Mann zu ihr zurückgekehrt sei, „versucht“, den Missbrauch aufzugeben, deuten darauf hin, dass sich aus dem ursprünglichen Alkoholmissbrauch eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt hat (ICD-10, F10.24). Die fünfte Stelle der Diagnose F10.24 dient der weiteren Beschreibung des möglicherweise vorliegenden Abhängigkeitssyndroms und sagt aus, dass Frau B. gegenwärtig Alkohol konsumiert.

8. Beratungsansätze

Hellhörig werden lässt mich die Aussage von Frau B., sie sei jetzt „am Ende“. Zunächst muss zweifelsfrei abgeklärt werden, dass Frau B. diese generalisierende Formulierung auf eine konkrete Problemstellung (ihren Alkoholkonsum, ihre Ehe) bezieht und sich dahinter nicht der versteckte Hinweis auf mögliche Suizidabsichten verbirgt. Hierzu ist bereits in diesem ersten Gespräch eine sehr genaue Beobachtung aller nonverbalen Botschaften, die Frau B. vermittelt, sowie sehr sensibles Nachfragen notwendig.

Gemeinsam muss ebenso abgeklärt werden, welchen konkreten Beratungsauftrag Frau B. mir erteilen will.

Da die eventuell vorliegende abhängige Persönlichkeitsstörung nicht die Folge der wahrscheinlich vorliegenden Alkoholabhängigkeit ist, sondern vielmehr der Substanzmissbrauch an die Persönlichkeitsstörung gekoppelt ist, richte ich zunächst mein Hauptaugenmerk auf Frau B.'s Alkoholproblematik.

Frau B. muss erkennen, dass Ihre Alkoholproblematik zwar sekundär aus einer Vielzahl anderer Problemstellungen entstanden, jedoch primär behandlungsbedürftig ist. Nur durch die Behandlung der Alkoholproblematik wird die Grundlage für die Aufarbeitung aller anderen Defizite bei der Verbesserung ihrer Lebensqualität geschaffen. Daher ist zunächst eine umfangreiche Diagnostik ihres schädlichen Gebrauchs von Alkohol erforderlich. Über ihren Hausarzt muss abgeklärt werden, ob und welche körperlichen Schäden primär behandlungsbedürftig sind und ob eine stationäre Entgiftung angezeigt ist.

Sie muss ihre jetzige, sie nicht befriedigende Situation als veränderbar begreifen. Dazu ist es notwendig, dass sich Frau B. als eigenständiger Mensch begreift und erkennt, dass sie in der Lage ist, eine Veränderung zu bewirken. *Selbstbewusstseinsstärkung !*

Durch eine genaue, wahrheitsgemäße Trinkanalyse, die neben Trinkmenge und Trinkverhalten auch die Wirkung der Substanz auf den Körper und die Psyche beinhaltet, kann zweifelsfrei nachgewiesen werden, ob es sich bei Frau B. um Alkoholabhängigkeit handelt und in welcher Phase der Abhängigkeitserkrankung sie sich befindet. Instrumente dafür sind besondere Fragebogen und Tests wie beispielsweise MALT, FTA, TAI, ASI, u.a..

Die Auswertung der Fragebogen und Test wird Frau B. ihre eigene Situation verdeutlichen und ihre Krankheitseinsicht fördern. Hierbei ist es notwendig, Frau B. zu bestärken, sich selbst in ihrer jetzigen Situation anzuerkennen, unter anderem indem ihr deutlich Anerkennung und Bewunderung für diesen ersten Schritt zur Veränderung gegeben wird.

Frau B. muss für eine Therapie motiviert werden. Sie muss erkennen, dass sie die Alkoholentwöhnungsbehandlung nicht für ihren Mann sondern ausschließlich für sich selbst macht. Gemeinsam muss eine Zielstellung erarbeitet werden für „das Leben danach“. Hierbei kann es hilfreich sein, zusammenzufassen, was derzeit alles noch nicht möglich ist und was zukünftig ohne

Alkohol möglich sein könnte. Dabei geht es zunächst noch nicht um die Planung konkreter Schritte sondern vorerst um die Erarbeitung einer Wunschvorstellung.

In dieser Phase ist es aus meiner Erfahrung sehr hilfreich, die Klientin mit anderen ehemaligen Betroffenen zusammenzuführen. Die Erfahrung, Menschen, die in gleicher oder ähnlicher Lage waren und diese erfolgreich verändert haben, kennen zu lernen, löst vielfach einen Motivationsschub aus. Frau B. würde dadurch anschaulich erfahren, dass Alkoholabstinenz nicht nur eine Vision ist, sondern eine realistische, lebbare Perspektive. Betroffene, die selbst eine Alkoholentwöhnungsbehandlung erlebt haben, sind in der Lage, die damit verbundenen Ängste und Befürchtungen des Klienten nachzuvollziehen und abzubauen.

Für Frau B. beinhaltet dieser Kontakt weitere Möglichkeiten. Momentan fühlt sie sich mit ihrer Alkoholproblematik ja noch als Außenseiter der Gesellschaft, begreift Alkoholismus nicht als eine Krankheit, die unabhängig von Bildungs- und sozialem Niveau auftritt. Durch den Kontakt mit anderen Betroffenen wird es ihr ermöglicht werden, sich selbst gemeinsam mit ihrer Alkoholkrankheit anzunehmen. Zusätzlich kann dieser Kontakt der ersten Schritt hinsichtlich des nach Therapie empfohlenen Anschlusses an eine Selbsthilfegruppe sein.

Zur Vorbereitung auf eine Therapie ist die Einbeziehung des sozialen Umfeldes von großer Bedeutung. Ein erster Kontakt zum Ehemann sollte erfolgen, um auch ihm zunächst Wissen über die Alkoholkrankheit und die Möglichkeiten der Therapie zu vermitteln. Idealerweise sollte er Alkoholabhängigkeit nicht als Charakterschwäche, sondern als Krankheit begreifen, deren Überwindung eine enorme Leistung des Betroffenen darstellt und entsprechende Unterstützung verdient.

Erst wenn Frau B. über entsprechende Eigenmotivation verfügt, die Langzeittherapie für sich als Grundlage weitergehender Veränderungen eingehen zu wollen, sich darüber bewusst ist, dass ihre aktive Mitarbeit notwendig ist und sie dabei auch an die Grenze ihrer psychischen Belastbarkeit gehen muss, erst wenn sie selbst an den Erfolg glauben kann und bereit ist, diesen Weg zu gehen, werden gemeinsam mit ihr die Schritte für die Beantragung einer Alkoholentwöhnungsbehandlung bei ihrem Versicherungsträger unternommen. Hierzu muss bereits abgeklärt sein, welche Art der Therapie, ambulant oder stationär, für Frau B. in Frage kommt. Es muss ein ärztlicher Befundbericht durch ihren Hausarzt erstellt und ein Sozialbericht einschließlich der Formulierung erster Therapieziele erarbeitet werden. Zusätzlich müssen die Rahmenbedingungen (Unterstützung durch den Ehemann, finanzielle Absicherung, Vorbereitung der längeren Abwesenheit bei Entscheidung für stationäre Therapie) abgeklärt werden.

Der Beginn der Alkoholentwöhnungsbehandlung in einer therapeutischen Einrichtung soll nicht als Einschnitt in das Leben der Frau B. stattfinden, sondern eingebettet sein in eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität. Ebenso bedeutet das Ende der stationären Behandlung nicht automatisch die Erreichung einer zufriedenen Abstinenz. Über die Möglichkeiten der Nachsorge soll Frau B. schon jetzt informiert sein, um ihr auch hiermit ein Stück Geborgenheit zu vermitteln.

9. Konkrete Beratungsschritte im Fall der Frau B.

Das Erstgespräch

Für die weitere Zusammenarbeit mit Frau B. ist das Erstgespräch von entscheidender Bedeutung.

Ich muss mich zunächst so zurückhaltend wie möglich verhalten, auch nonverbal meine Bereitschaft zum Zuhören signalisieren und der Klientin vermitteln, dass sie wohlwollend akzeptiert und ernst genommen wird. Daher sollte ich möglichst nur wenige, gezielte Fragen stellen, möglichst offene Fragen verwenden und zugleich nicht zu direktive, aber einladende, öffnende und auffordernde Gesten an die Klientin richten. Jede Form von Kritik, gleich ob verbal oder nonverbal muss vermieden werden.

Fragen, die sich für mich aus der Fallschilderung ergeben, sind beispielsweise:

- Was müsste sich für Sie ändern, damit Sie sich besser fühlen?
- Sicher sind Sie stolz darauf, dass Ihre Kinder sich so gut entwickelt haben und zugleich traurig, dass sie nun nicht mehr immer bei Ihnen sind. Wie intensiv ist jetzt der Kontakt?
- Sicher ist es sehr schwer für Sie, so oft allein zu sein. Wollen Sie mir mehr von Ihrem Tagesablauf erzählen?
- Fühlen Sie sich heute noch immer als „Nesthäkchen? Wie ist das Verhältnis zu Ihren Geschwistern und Ihrer Mutter heute?
- Buchhändler ist bestimmt ein interessanter Beruf, sicher lesen Sie auch heute noch sehr viel?
- Sie sagten, nach einigen Gläschen fühlten Sie sich freier, was für Getränke wurden bei den sonntäglichen Frühschoppen konsumiert nach welcher Trinkmenge fühlten Sie sich freier?
- Und heute? Können Sie mir ungefähr sagen, wie oft und wie viel Sie trinken?
- Was würden Sie sich wünschen, wie sich Ihr Mann Ihnen gegenüber verhalten sollte?

Diese und ähnliche Fragen, die in das Gespräch eingebettet werden sollen, dienen zum einen der Verdeutlichung der Situation, aber auch der Verdeutlichung meines Interesses und Einfühlungsvermögens. Sie ergeben sich aus dem Gesprächsverlauf und können als Unterstützung des Redeflusses eingesetzt werden.

Da ich mir darüber im Klaren bin, dass nur etwa 10% der Kommunikation eines Menschen auf verbale Ebene verläuft, richte ich meine Aufmerksamkeit natürlich auf die tonale, körperliche, mediale und imaginative Sprache der Frau B.. Ich nehme also wahr, inwieweit das Auftreten, die Kleidung, die Körperhaltung, die Auswahl der Sitzposition, ihr Blick und die Haltung ihrer Hände, der Klang ihrer Stimme, Sprechrhythmus und –melodie, etc. die Schilderung ihrer gegenwärtigen Situation unterstreicht.

Von ebenso großer Bedeutung sind unterstützende, positiv verstärkende Bemerkungen, wie z.B.

- Darauf können Sie richtig stolz sein....
- Ich kann mir sehr gut vorstellen, wie Sie sich da gefühlt haben, als....
- Das ist bestimmt sehr schwer gewesen,
- Ich verstehe, wie Sie sich damit fühlen....

Nachdem ich Frau B. ausreichend Raum für die Schilderung ihrer Situation gegeben habe, stehen nun folgende Aufgaben im Fordergrund:

- Ausschluss des Vorliegens einer Eigen- oder Fremdgefährdung
- Formulierung eines konkreten Beratungsauftrags
- Abklärung der Formalitäten (grober Inhaltsüberblick des für das Erreichen des Beratungszieles notwendigen Beratungsinhaltes und Zeitumfanges, Zahlungsmodalitäten etc.)

Zunächst muss ich abgeklärt haben, dass Frau B.'s Eingangsformulierung nicht auf suizidale Absichten hindeutete, sondern den Wunsch nach Veränderung Ihrer gegenwärtigen Situation ausdrücken sollte.

Ich gebe Frau B. Gelegenheit, Ihre Gefühle zu dem heutigen Gespräch zu schildern, gegebenenfalls Fragen an mich zu stellen. Ich versichere Frau B., dass sie durchaus nicht in einer ausweglosen Situation gefangen ist und dass Sie sich für ihre jetzige Situation in keiner Weise schämen muss.

Sie erhält einen groben Überblick über Notwendigkeit, Inhalt und Umfang einer Alkoholentwöhnung sowie meiner beraterischen Tätigkeit einschließlich der Kostenfrage, falls sie sich für diesen Weg entscheidet, wobei ich ihr zugleich verdeutliche, dass eine Zusammenarbeit mit einem Arzt und Suchttherapeuten erforderlich ist. Ich mache ihr deutlich, dass, falls Entzugserscheinungen auftreten, eine Entgiftung notwendig sein wird, die unter ärztlicher Kontrolle erfolgen sollte.

Frau B. soll dieses erste Gespräch zunächst einige Tage auf sich wirken lassen, gegebenenfalls mit vertrauten Personen darüber sprechen und sich darüber im Klaren werden, ob sie bereit ist, den aufgezeigten Weg zu gehen und aktiv mitzugestalten. Wir vereinbaren einen Termin, bis zu dem sie mir ihre Entscheidung mitteilen soll.

Falls Frau B. sich für eine weitergehende Beratung entscheidet, ergeben sich folgende weitere Beratungsschritte:

Das zweite Beratungsgespräch

Ich bringe gegenüber Frau B. meine Anerkennung darüber, dass sie nun bereit ist, ihre Alkoholproblematik zu verändern, zum Ausdruck und versichere ihr, dass ich ihr durch unsere gemeinsame Arbeit Halt und Unterstützung geben werde.

Zunächst fasse ich ihre Beschreibung ihres „Ist-Zustandes“ zusammen und versichere mich dabei durch entsprechendes Nachfragen (Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie...?, Bitte unterbrechen Sie mich, falls ich etwas missverstanden habe!) über die Richtigkeit meines Verständnisses ihrer Situation. Zugleich erkundige ich mich nach ihren jetzigen Trinkgewohnheiten.

Ich erfasse ihre persönlichen Daten, um die Klientenkartei, die ich bereits im Erstgespräch provisorisch (Name, Adresse, Telefonnummer) angelegt habe, zu ergänzen.

Der Beratungsvertrag, der Vereinbarungen über Beratungsumfang, Höhe des Honorars sowie Zahlungsmodalitäten enthält, wird abgeschlossen.

Ich habe mich entschieden, die Beratung durch eine Metapher zu unterstützen, die ich gemeinsam mit Frau B. während der gesamten Dauer der Beratungstätigkeit vervollständigen werde und die uns über den gesamten Zeitraum begleitet. Als Einstieg in das heutige Gespräch entwickle ich vor Frau B. das Grundgerüst der Metapher. Ich habe mich auf die Ausbildung der Klientin als Buchhändlerin und ihre damit verbundenen Kenntnisse der literarischen Gattung Fabeln stützend, dafür entschieden, diese Metapher in der Tierwelt anzusiedeln.

Das Grundgerüst dieser Metapher könnte folgendermaßen aussehen:

Ein kleines graues Häschen und ein wunderschöner, kluger Pfau lebten gemeinsam als Ehepaar. Das Häschen war klein und glaubte, nur mit seinem Partner, dem großen, schönen, klugen Pfau Beachtung zu finden. Es hatte sein eigenes Häschenleben aufgegeben, denn es glaubte, nur mit dem Pfau an seiner Seite könne es glücklich sein. Doch jeden Tag wurde dem Häschen bewusst, dass der Pfau viel klüger und viel schöner war als es selbst. Bei jedem großes Fest im Lande, fühlte sich das Häschen wieder besonders klein und bedeutungslos und beobachtete traurig, wie sehr der Pfau im Mittelpunkt stand, es selbst jedoch kaum beachtet wurde. Doch das Häschen beobachtete noch etwas anderes. Der Schmerz über die eigene scheinbare Bedeutungslosigkeit war nicht mehr ganz so stark, je länger das Fest dauerte. Mit jedem Gläschen des hervorragenden Pflaumenweins, das es trank, fühlte es sich nicht mehr so allein, ja es wurde sogar mutiger, beteiligte sich an den Gesprächen der Tiere, wurde eines von ihnen und war nicht mehr allein. Dieses Gefühl war so schön, dass das Häschen es sich schon bald auch außerhalb der Feste wünschte. Und so trank es immer öfter Pflaumenwein, auch wenn es ganz allein war. Der Pfau war jedoch darüber sehr erzürnt und machte dem Häschen Vorhaltungen. Und wieder musste das Häschen erkennen, dass es den Ansprüchen des Pfaus wohl niemals genügen würde, dass keiner es lieb haben konnte. Das Häschen war schon ganz verzweifelt, als es eines Nachts einen Traum hatte:

Wieder war ein Fest im Walde. Gemeinsam mit dem Pfau machte es sich auf den Weg. Am Festplatz angekommen, verstummten die Gespräche und die Aufmerksamkeit aller Tiere richtete sich auf das ankommende Paar. Nur leise Stimmen waren zu hören: „Seht, da kommt der Hase, und seht, da ist ja auch der Pfau. Sie ergänzen sich prima, die beiden.“, „Der Hase und der Pfau leben jetzt gleichberechtigt zusammen!“, „Das Hase hat erkannt, dass es nicht möglich ist, aus einem kleinen Häschen einen Pfau zu machen und dass das auch gar nicht nötig ist!“, „ Aus dem Häschen ist ein Hase geworden und genau das ist es, was der Pfau wollte, einen klugen, weichen, kuscheligen Hasen an seiner Seite!“, „Der Hase braucht nun keinen Pflaumenwein mehr zu trinken, um sich gut zu fühlen, denn er ist stolz darauf, ein Hase zu sein!“, „ Ein ganz besonderer Hase mit einem Pfau an seiner Seite!“

Als das Häschen erwachte, war es ganz verwirrt von diesem Traum. Oder war es doch nicht nur ein Traum?

Dieser Grundansatz der Metapher soll es Frau B. erleichtern, ihre derzeitige Situation besser zu analysieren und zu verstehen sowie eine Zielvorstellung zu entwickeln. Im Laufe der weiteren Beratungssituation soll immer wieder Bezug auf diese Metapher genommen werden. Personen, die im weiteren Weg der Frau B. eine Rolle spielen, können mit eingebaut werden, die Zielstellung

konkretisiert und die Lösungswege ausgebaut werden. Außerdem kann die Metapher jeweils in den einzelnen Beratungsgesprächen zur Standortbestimmung eingesetzt werden.

Über die Metapher führe ich Frau B. zu der Erkenntnis, das zunächst die Alkoholproblematik behandlungsbedürftig ist.

Zur Verdeutlichung führe ich mit ihr einen vereinfachten Befragungstest durch. Hierzu entscheide ich mich zunächst für den Selbsttest zur Alkoholgefährdung der WHO, der einschließlich einer Auswertung u.a. im Internet unter der Adresse <http://www.mpu-test.de/who-test.htm> veröffentlicht ist. Die Beantwortung der 10 Fragen soll Frau B. dazu veranlassen, ihren eigenen Alkoholkonsum kritisch zu überprüfen und zu erkennen, wie kritisch ihr Trinkverhalten ist.

Ich informiere sie über Alkoholmissbrauch, Abhängigkeit und Folgeerkrankungen sowie Behandlungsmöglichkeiten und vereinbare, dass sie bei ihrem Hausarzt einen Untersuchungstermin wahrnimmt.

Als unterstützende Maßnahme empfehle ich Frau B., Autogenes Training zu erlernen.

„Der grundlegende Vorgang des AT ist die Abänderung vegetativer Funktionen, die weiter zu einer Kontrolle des emotionalen Lebens und damit zu einer *Selbstkontrolle* im innerpsychischen und sozialen Bereich führt. Diese wiederum ermöglicht eine freiere *Selbstbestimmung*, Selbstverfügung und damit zusammenhängend ein spontanes, sachbezogenes und partnergerechtes Verhalten: das bedeutet ein Höchstmaß an menschlicher *Autonomie*. (Hoffmann 1981, S 473)

Als „Hausaufgabe“ veranlasse ich Frau B., sich zunächst ein Tagebuch anzulegen, das ihr selbst Aufschluss über ihr Trinkverhalten geben soll und das folgende Kriterien beinhalten sollte:

- Menge und Art des Getränkes
- Zeitpunkt des Trinkens
- Situation zu Beginn des Trinkens
- Gefühl bei Trinkbeginn
- Verändertes Gefühl nach dem Trinken

Zum Ende dieser und auch jeder weiteren Beratungseinheit gebe ich der Klientin sowohl positive Rückmeldungen zum Verlauf der bisher begonnenen Veränderung als auch Zuversicht für den weiteren Verlauf mit auf den Weg. Wöchentliche Gespräche werden vereinbart.

Das dritte Beratungsgespräch

Dieses Gespräch beginnt wie auch jedes andere Beratungsgespräch mit der Frage nach der Befindlichkeit, Besonderheiten seit dem letzten Gespräch sowie Fragen zur Erledigung der jeweiligen Hausaufgabe, in diesem Fall nach dem Trinktagebuch sowie nach dem Verlauf des Arztbesuches.

Hauptaugenmerk in diesem Gespräch soll die Erarbeitung konkreter Zielstellungen sein.

Wieder unter Zuhilfenahme der Metapher soll Frau B. zunächst ihre Vorstellungen äußern, was sich ändern müsste, damit sie sich wohlfühlen würde.

Frau B. soll sich gedanklich auf einen Zeitpunkt in ihrer Zukunft konzentrieren. (Ich würde sie auf den Tag ihres 50. Geburtstages orientieren, da ich davon ausgehe, dass diese Drei-Jahres-Frist ein realistischer Zeitraum für das Erreichen einer stabilen Abstinenz ist.) Sie soll sich nun auf einem Zettel mindestens 20 Dinge notieren, die ihr Leben an diesem Tag beschreiben, wenn es dann so ist, wie sie es sich wünscht.

„Heute ist mein 50. Geburtstag. Ich bin....., habe....., fühle......“

Diese große Anzahl ist notwendig, um Frau B. dazu zu zwingen, sich intensiver und detaillierter mit ihren Zielen auseinander zu setzen. Es ist damit zu rechnen, dass Frau B. versuchen wird, die Aufgabe nicht vollständig auszuführen. Hier bedarf es einer sensiblen Führung und Ermunterung. Die vollständige Fertigstellung dieses Briefes an sich selbst ist als Leistung entsprechend zu würdigen und dient nun dazu, eine konkrete zeitliche und inhaltliche Planung vorzunehmen.

Zunächst werden die einzelnen Punkte der Liste einem bzw. mehreren Gesamtzielen zugeordnet:

Bsp.	Beschreibung:	Gesamtziel:
	Freunde feiern mit mir.	Abstinenz Selbstwertgefühl Lebensqualität
	Ich bin gesund.	Abstinenz

Frau B. soll daraus erkennen, dass die Erreichung einer abstinenten Lebensweise Voraussetzung für alle weiteren Veränderungen ist. Dieses Hauptziel wird nun untergliedert in verschiedene Teilschritte, die konkrete terminliche Vereinbarungen enthalten. Realistisch erscheint mir, weitere 4-6 wöchentliche Gesprächstermine wahrzunehmen, um Therapiebereitschaft und Motivation für eine Therapie zu schaffen, sowie alle Maßnahmen für die Beantragung der Alkoholentwöhnungsbehandlung zu treffen.

Auch dieses Gespräch endet mit einer wertschätzenden Zusammenfassung und einem positiven Ausblick, sowie dem Hinweis, das Trinktagebuch fortzusetzen.

Beratungsgespräche wöchentlich, idealer Weise bis zum Beginn einer Entwöhnungsbehandlung

Die folgenden Beratungsgespräche dienen der Stabilisierung der Klientin, der Einleitung und Durchführung der Entgiftung, der Erarbeitung von Maßnahmen, einen Rückfall zu vermeiden sowie der Motivierung für eine Entwöhnungsbehandlung und deren Beantragung. Derzeit gibt es in unserem Territorium noch keine von den Rentenversicherungsträgern anerkannte Möglichkeit der ambulanten Alkoholentwöhnungsbehandlung. Zudem ist weder Frau B. an sich noch ihr soziales Umfeld stabil genug für diese Form der Therapie, daher orientiere ich sie auf eine stationäre Behandlung in einer Suchtklinik.

Die Einbeziehung des Ehemanns in dieser Phase der Beratung ist sinnvoll, da dessen Unterstützung während der Therapie und danach bedeutungsvoll ist. Es sollte zumindest ein gemeinsames Gespräch stattfinden, um ihm die Notwendigkeit der Behandlung zu vermitteln sowie organisatorische Fragen abzuklären. Ideal wäre natürlich seine Mitwirkungsbereitschaft.

Nach der Entgiftung könnte statt des Trinktagebuchs ein „Gefühlstagebuch“ geführt werden. Zur Stärkung der Selbstwahrnehmung sollten vor allem auch positive Befindlichkeiten notiert werden.

Insgesamt sollte eine Vielzahl von Methoden zur Anwendung kommen, die vor allem eine aktive Mitarbeit der Klientin erfordern. Die Metapher soll regelmäßig zum Einsatz kommen, sowohl als Mittel des Ausdruckes der Befindlichkeit als auch um die Zielstellung immer wieder zu verdeutlichen. Der Situation entsprechend, kann sie erweitert und konkretisiert werden.

Bis zum Beginn der AEB ein Beratungsgespräch wöchentlich bis 14-tägig

Nach Abschicken des Antrags auf eine Alkoholentwöhnungsbehandlung dauert bis zur Bewilligung der Maßnahme einige Wochen. Diese Zeit soll genutzt werden, konkret auf die Behandlung vorzubereiten, die Motivation aufrecht zu erhalten und konkrete Fragen zur Therapie zu klären.

Ein Kontakt mit anderen Betroffenen kann hergestellt werden, um auftretende, die Therapie betreffende Ängste abzubauen.

Während AEB Kontakt nach Bedarf

Während des Aufenthalts in der Klinik halte ich regelmäßig telefonischen Kontakt zu Frau B. und biete ihr zugleich einen Anlaufpunkt für die Belastungsheimfahrt.

Nach der AEB

Nach der Alkoholentwöhnungsbehandlung sollten Beratungsgespräche zunächst im wöchentlichen Rhythmus, später 14-tägig bis monatlich erfolgen. Der Zeitpunkt der Vergrößerung der Abstände richtet sich nach dem Grad der Stabilität der Klientin und ihren Bedürfnissen.

Neben der eingangs beschriebenen Abstinenzfestigung innerhalb ihres sozialen Umfeldes einschließlich der kognitive Abstinenz-Stärkung, der Vertiefung von Rückfallvermeidungsstrategien, die Stärkung der Selbstwahrnehmung und Erhöhung des Selbstbewusstseins geht es nun in den Gesprächen vor allem Alternativen zum Suchtmittelgebrauch, das Vertiefen von Entspannungstechniken und die Entwicklung eines zufriedenen Lebens und seelischen Wohlbefindens ohne den Genuss von Alkohol.

Auch hier sollte wieder die Metapher zum Einsatz kommen, um Frau B. zu verdeutlichen, wie weit sie auf dem Weg vom Häschen zum Hasen gekommen ist. Entsprechend der durch die Therapie erreichten Veränderungen wird eine erneute Ist-Ziel-Analyse erarbeitet, anhand derer sich weitere Beratungsnotwendigkeit einschätzen lässt.

Meine Aufgabe endet dann, wenn Frau B. sich in ihrer neuen Rolle als abstinent lebende Alkoholikerin wohl fühlt und kein Beratungsbedarf mehr besteht.

10. Ausblick

Vor Frau B. liegt ein langer Weg, den sie allein und ohne Hilfe nicht bewältigen kann. Die Entwöhnung vom Alkohol und in ihrem Fall die Erreichung einer lebenslangen Abstinenz ist dabei als unverzichtbare Voraussetzung für alle anderen Veränderungen anzusehen.

Frau B. muss sich darüber im Klaren sein, dass Alkoholabstinenz nicht zwangsläufig zur Verbesserung ihrer Lebensqualität führt und dass dieser in die Wege geleitete Prozess der Alkoholentwöhnung sich nicht verselbständigen wird.

Frau B. wird sich immer wieder mit der Tatsache, dass sie alkoholkrank ist, auseinandersetzen müssen. Zum Einen wird sie in ihrem weiteren Leben immer wieder mit der Thematik Alkohol konfrontiert werden, indirekt, da sie in Zukunft mehr Sorgfalt auf die Auswahl ihrer Lebensmittel und deren Zubereitung legen muss, und direkt, da sie immer wieder auf ihre Abstinenz angesprochen werden wird. Sie wird sich entscheiden müssen, in Zukunft entweder Ausflüchte für ihr Nicht-Trinken zu finden oder sich als trockener Alkoholiker zu erkennen geben. Frau B. muss sich demzufolge intensiv mit ihrem Umfeld auseinandersetzen und für ihr Verhalten entsprechende Strategien entwickeln.

Zum Zweiten sollte Frau B. sich darüber im Klaren sein, dass sowohl während der Dauer der Alkoholentwöhnungsbehandlung als auch daran anschließend immer wieder Situationen eintreten können, in denen sie rückfällig werden könnte oder rückfällig wird. Ein Schwerpunkt der gemeinsamen Arbeit muss daher neben der Erarbeitung konkreter Rückfallvermeidungsstrategien zum Beispiel unter der Zuhilfenahme von Rollenspielen auch die Entwicklung eines Konzeptes für das Verhalten bei eingetretenem Rückfall sein.

Frau B.'s Suchtproblematik entstand aus einer Vielzahl anderer Problemstellungen und Alkohol diente als Mittel der Ersatzbefriedigung. Nun zu lösende Problematiken sind unter anderem:

- Was dient statt Alkohol als Mittel gegen die Einsamkeit?
- Wie soll der Gefahr einer Suchtverlagerung entgegengewirkt werden?

- Wie soll sich das Verhältnis zum Ehemann entwickeln?
- Wodurch kann aus der abhängigen Beziehung eine gleichberechtigte Beziehung werden?
- Wie soll sich das Verhältnis zu ihren Kindern entwickeln?
- Welche Rolle in ihrem Leben spielen ihre Mutter und ihre Geschwister?
- Wie kann sie ihre Zeit unabhängig von ihrer Familie ausfüllen (Berufstätigkeit, Hobbys, eigener Freundeskreis, gemeinnützige Tätigkeit)?
- Was ist notwendig, damit sie selbst ihr Leben als lebenswert erkennt?

Frau B. wird erst dann zufrieden abstinent leben können, wenn sie mit sich selbst und ihrem Umfeld in Einklang lebt.

Für keinen ist es zu früh oder zu spät, für die Gesundheit der Seele zu sorgen.

Epikur

11. Literatur

Alkohol Tascheninfo	NICOL-Verlag im Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD e.V., 1996
Alkohol-Test	Selbsttest zur Alkoholgefährdung (WHO) Internetadresse: http://www.mpu-test.de/who-test.htm
Cameron-Bandler, Gordon, Lebeau	Musterlösungen, Lösungsmuster für alltägliche Probleme, Junfermann Verlag Paderborn 1992
De Shazer, Steve	Wege der erfolgreichen Kurztherapie, Klett-Cotta, 1999
Dorrmann, Wolfram	Suizid, Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2002
Großer Praxis- Leitfaden	Verband Freier Psychotherapeuten und Psychologischer Berater e.V., 2000
Hautzinger, Martin	Fortschritte der Psychotherapie, Manuale für die Praxis, Band 4, Depression Hogrefe, Verlag für Psychologie Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1998

- Hoffmann, Bernt Handbuch des autogenen Trainings,
Deutscher Taschenbuchverlag GmbH & Co. KG, 1981
- ICD-10 Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen
Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle 2001
- Jahrbuch Sucht 2000 Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht, 1999
- Klußmann, Rudolf Psychosomatische Medizin, Ein Kompendium für alle medizinischen
Teilbereiche, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1998
- Klußmann, Rudolf Psychotherapie
Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York, 2000
- Lindenmeyer, Johannes Fortschritte der Psychotherapie, Manuale für die Praxis, Band 6,
Alkoholabhängigkeit Hogrefe, Verlag für Psychologie Göttingen, Bern,
Toronto, Seattle, 1998
- Mohl, Alexa Das Metaphern-Lernbuch, Geschichten und Anleitungen aus der
Zauberwerkstatt, Junfermann Verlag Paderborn, 1998
- Phasen der
Alkoholsucht NICOL-Verlag im Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen
Werk der EKD e.V., 1999
- Pschyrembel Wörterbuch Naturheilkunde, Walter de Gruyter Berlin New York, 2000
- Schneider, Ralf Die Suchtfibel, Schneider Verlag Hohengehren GmbH, 2001
- Stahl, Thies Triffst du ´nen Frosch unterwegs..., NLP für die Praxis
Junfermann Verlag Paderborn, 1993
- Stumm/Pritz Wörterbuch der Psychotherapie, Springer-Verlag Wien, 2000
- Tewes, Wildgrube Psychologie-Lexikon, Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, 1999
- Zimbardo, Philip G. Psychologie
Springer-Verlag Berlin Heidelberg , 1995