



Psychosomatische  
Fachklinik Münchwies

## Münchwieser Hefte

Heft Nr. 12

# Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten

Reihe Konzepte

Herausgeberin: Psychosomatische Fachklinik Münchwies  
Chefärztin  
Dr. med. Monika Vogelgesang  
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie  
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin,  
Rehabilitationswesen  
Turmstraße 50-58  
66540 Neunkirchen/Saar  
Tel. (0 68 58) 6 91- 2 15  
Fax (0 68 58) 6 91- 4 20

3. revidierte Auflage 2004  
ISSN 0946-7351

---

# Münchwieser Hefte

Heft Nr. 12

*Petra Schuhler, Annette Wagner,  
Ebba Höfer und Hans Werner*

## Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten

Behandlungskonzept  
der Psychosomatischen Fachklinik  
Münchwies

Reihe Konzepte

---

**Ansprechpartnerin**

Dr. phil. Petra Schuhler  
Tel. 06858 691-220

oder Sekretariat der Chefärztin  
Dr. med. M. Vogelgesang  
Tel. 06858 691-215

---

# Inhalt

Einleitung	5
1. Diagnostische Hinweise und Erscheinungsformen	6
2. Das gruppentherapeutische Programm	12
2.1 Therapieziele	12
2.2 Aufbau	13
3. Ergebnisse einer zweijährigen Evaluationsstudie	30
4. Therapeutische und organisatorische Rahmenbedingungen	32
5. Zuweisungskriterien für die Behandlung in der Psychosomatischen Abteilung und der Abhängigkeitsabteilung	34
Literatur	34



---

# Einleitung

Trotz der großen Gruppen einschlägig betroffener Patienten – man kann etwa von einem Viertel aller Patienten der psychosomatischen Kliniken ausgehen, die einen behandlungsbedürftigen Suchtmittelabusus betreiben – existieren kaum spezielle Diagnose- und Therapieansätze, die sich gezielt mit Suchtmittelmissbrauch beschäftigen. Dieser „blinde Fleck“ zieht sich durch die Fachliteratur, die fast durchgängig nicht zwischen Missbrauch und Abhängigkeit unterscheidet (Vogler & Revenstorf, 1978; Schwoon & Krausz, 1990; Bilitza & Schuhler, 2005; Wanke & Bühringer, 1990). Auch in der US-Forschung bleibt oft unklar, ob manifeste Alkoholabhängigkeit gemeint ist, oder aber 'problem drinkers', 'alcohol abuse' oder 'alcohol misusers' behandelt werden (Milkman & Sederer, 1990; Miller & Rollnick, 1991). Im deutschsprachigen Raum wurde in der renommierten Zeitschrift für klinische Psychologie ein Themenheft „Abhängigkeiten“ vorgelegt, in dem in ähnlicher Weise noch keine eigenständige Explikation des Suchtmittelmissbrauchs gelang (Watzl & Rockstroh, 1995). Der Suchtmittelmissbrauch fristet so trotz seiner großen Verbreitung ein Schattendasein, was um so unverständlicher ist, als andere Beschwerdebilder, von denen Patienten sehr viel seltener betroffen sind, ausführlich nach Ätiologie, Prävalenz, Diagnosekriterien und spezifischen Therapiemöglichkeiten beschrieben werden (Zielke & Sturm, 1994). Fragt man nach den Gründen für das Ausblenden des Suchtmittelmissbrauchs, stößt man zunächst darauf, dass nahezu alle psychosomatischen Fachkliniken Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen in ihren Kontraindikationslisten aufführen. Die Entscheidung, abhängige Patienten nicht im Rahmen der psychosomatischen Therapie zu behandeln, ist fraglos richtig. Möglicherweise wurden aber mit dieser Entscheidung Berührungsängste oder auch nur die Einstellung geweckt, für den Problembereich „Suchtmittel“ nicht zuständig zu sein, so dass für den Suchtmittelabusus auch keine Kompetenzen bezüglich Diagnostik und Therapie entwickelt wurden.

In der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies wurde durch die seit 1977 bestehende Koinzidenz beider Abteilungen – nämlich der Psychosomatischen Abteilung und der Suchtabteilung – unter einem Dach schon früh das Problembewusstsein für die Suchtmittelmissbraucher in der psychosomatischen Klinik geweckt. Bereits 1982 wurde ein spezifisches indikatives therapeutisches Programm für die psychosomatische Abteilung entwickelt, das aber – aus heutiger Sicht – zu sehr die Grundsätze der Abhängigkeitstherapie übernahm und sich nicht speziell auf die Gruppe der Missbraucher einstellte. Im Laufe der Jahre wurde das Konzept für den Umgang mit dieser speziellen Patientengruppe immer mehr differenziert und unterscheidet sich heute in

---

wesentlichen Punkten von den Prinzipien einer Entwöhnungsbehandlung (Schuhler & Baumeister, 1999). Die Unterschiede beginnen mit den Therapiezielen, wie beispielsweise der Abstinenz vs dem Auslassen des Suchtmittels zur Lebensbewältigung, erstrecken sich über die Therapiemethoden und enden mit den prognostischen Aussichten – die beim Suchtmittelmissbrauch günstiger zu beurteilen sind als bei der Alkoholabhängigkeit. All dies spricht dafür, Anstrengungen zu unternehmen, gerade im Bereich der Suchtmittelmissbrauchserkrankungen, differentielle Rehabilitationsmaßnahmen umzusetzen.

# 1. Diagnostische Hinweise und Erscheinungsformen

Vor der therapeutischen Zielsetzung steht die Diagnose, die im Spektrum der Suchterkrankungen besonders schwierig ist und große klinische Erfahrung verlangt.

Im ICD-10 entspricht dem Suchtmittelmissbrauch die Kategorie 'Schädlicher Gebrauch', die allerdings nur die psychische oder physische Schädigung als diagnostische Leitlinie beschreibt und auf Konsummuster und -verhalten als definitorische Merkmale ganz verzichtet:

## **F1x1 Schädlicher Gebrauch:**

- A) Deutlicher Nachweis, dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist für die körperlichen oder psychischen Probleme, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das evtl. zu Behinderungen oder negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen geführt hat.
- B) Die Art der Schädigung sollte klar bezeichnet werden können.
- C) Das Gebrauchsmuster besteht mindestens seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf.
- D) Auf die Störung treffen die Kriterien einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung, bedingt durch dieselbe Substanz, zum gleichen Zeitpunkt nicht zu (außer akute Intoxikation F1x0).

---

'Kontrollverlust' bzw. 'Kontrollminderung' bleibt im ICD-10 als definitorisches Merkmal eindeutig der Abhängigkeit vorbehalten – wie es auch unserem Verständnis entspricht. Der Begriff 'Kontrollverlust' ist schwierig zu operationalisieren und bleibt entsprechend vage und umstritten in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung. Die Formulierung 'Kontrollminderung' im ICD-10 mag als Versuch gelten, die Schwierigkeiten mit dem Begriff 'Kontrollverlust' zu umgehen. In unserer klinischen Arbeit hat sich 'Kontrollverlust' als Heuristik jedoch sehr gut bewährt, um zwischen Missbrauch und Abhängigkeit zu differenzieren. Wir verstehen darunter die Unfähigkeit, eine bestimmte selbstgewählte zu konsumierende Menge des Suchtmittels nicht zu übersteigen. Körperliche Entzugszeichen sind als Manifestation einer Abhängigkeit unstrittig. Als zweites entscheidendes Kriterium für die Abhängigkeit wird entsprechend auch der körperliche Entzug genannt:

### **F1x2 Abhängigkeitssyndrom**

- A) 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 zwölf Monaten wiederholt bestanden haben.
1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.
  2. Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, dass mehr von der Substanz konsumiert wird oder über einen längeren Zeitraum als geplant, und an erfolglosen Versuchen oder dem anhaltenden Wunsch, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
  3. Ein körperliches Entzugssyndrom (siehe F1x3) und F1x4), wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
  4. Toleranzentwicklung gegenüber den Substanzeffekten. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.

- 
5. Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
  
  6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen (siehe F1x1), deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst war oder hätte bewusst sein können.

Nach unserer Erfahrung handelt es sich bei 'Suchtmittelmissbrauch' um eine eigenständige Störung, die weder weitgehend identisch ist mit 'Abhängigkeit' noch zwingend in eine Abhängigkeit übergehen muss. Die Sichtweise, dass Missbrauch sich zur Abhängigkeit wie der 'Übergang von Gelb zu Grün im Spektrum' verhält (Vaillant, 1983, zitiert nach Schmidt, 1995), verweist auf den häufig schleichenden Übergang vom Missbrauch in die manifeste Abhängigkeit. Es ist tatsächlich oft schwer, dieses Hinübergleiten in die Abhängigkeit zu bestimmen oder gar vorherzusagen. Dies heißt aber nicht, dass es unmöglich ist, klare Merkmale für Suchtmittelmissbrauch im Unterschied zur Abhängigkeit zu benennen. Konstituierend für den Suchtmittelmissbrauch ist nach unserem Verständnis der fortgesetzte, nicht angemessene Einsatz des Suchtmittels zur Lebensbewältigung, der über Trinken im geselligen Rahmen bzw. Medikamenteneinnahme nach ärztlicher Verordnung hinausgeht. 'Nicht-angemessen' bezieht sich auf die Schädigungen, die der Patient in körperlicher, psychischer oder sozialer Hinsicht mit seinem Missbrauch riskiert. Insofern greifen DSM-III-R und ICD-10 ein wesentliches Bestimmungstück des Alkoholmissbrauchs auf. In Diagnose und Therapie sollte aber vor allem der Funktionalität des Missbrauchs Rechnung getragen werden, also der Bestimmung der genauen Dienstfunktion, die das Suchtmittel zur Lebensbewältigung übernommen hat. Je klarer die Funktionalität des Suchtmittelabusus erkennbar ist, um so deutlicher wird die Verzahnung zur psychosomatischen bzw. psychischen Erkrankung und um so gezielter können therapeutische Interventionen erfolgen.

Bei jedem Patienten der Psychosomatischen Abteilung der Fachklinik Münchwies erfolgt auf dem Hintergrund der Diagnosekriterien eine Überprüfung, ob ein Suchtmittelabusus (oder gar eine bislang nicht festgestellte Abhängigkeit) vorliegt oder nicht. Diese Überprüfung ist Bestandteil der routinemäßigen Anamneseerhebung im Gespräch mit den Patienten und wird anhand folgenden Leitfadens erstellt:

---

## Alkoholanamnese

Übermäßiger Wunsch oder Art Zwang, Alkohol zu sich zu nehmen

Letzte Einnahme von Alkohol

Was sollte in der jüngeren Vergangenheit mit der Alkoholeinnahme bewirkt werden?

### Funktionalität

- Was sollte mit der Alkoholeinnahme bewirkt werden?
- Hier soll die Funktionalität des Alkoholkonsums beschrieben werden, also die „Dienstleistungsfunktion“, die der Alkohol für die Alltagsbewältigung übernommen hat. Prinzipiell sind Wirkungseffekte auf der gedanklichen, emotionalen, körperlichen und Verhaltensebene zu unterscheiden.

Beispiele:

Anregende Funktion, z. B. Leistungssteigerung

Enthemmende Wirkung im sozialen Rahmen

Depressionsmindernde Wirkung

Angstlösende Wirkung

Beruhigende und spannungslösende Wirkung

Schmerzmildernde Wirkung

Schlaffördernde Wirkung

Suche nach rauschähnlichen Zuständen im Dienst einer Veränderung belastender Erfahrung

Selbstsicherheitsfördernde Funktion

Sozial integrierende Funktion

Durchschnittliche Alkoholgetränkemenge pro Tag in der jüngeren Vergangenheit

Maximale Alkoholgetränkemenge pro Tag

Alkoholentzugserscheinungen

Gedächtnislücken durch Alkohol (Filmrisse)

Alkoholkonsumbezogener Kontrollverlust

Suchtbedingte Gesetzeskonflikte?

Hier ist auf diese Konflikte einzugehen, insbesondere ist zu vermerken, ob der Führerschein verloren wurde und, falls dies häufig der Fall war, wie oft.

Suchtbedingte Schulden

Suchtbedingte Selbstmordversuche

Beginn der Alkoholabhängigkeitsentwicklung

Toleranzentwicklung

Weiterer Verlauf der Suchtentwicklung

Versuche der Alkoholkonsumreduktion

Abstinenzversuche

Interessenvernachlässigung durch Alkohol?

Alkoholkonsum trotz subjektiver Selbstschädigung

Krankheitseinsicht

Abstinenzmotivation

## **Medikamentenanamnese**

Es ist eindeutig zu klären, welche Medikamente mit Suchtpotenz eingenommen wurden, auf diese bezieht sich dann die Medikamentenanamnese. Abführmittel und Entwässerungsmittel nehmen eine Sonderstellung ein, bei ihnen besteht keine direkt pharmakologisch bewirkte psychische Suchtpotenz, allerdings können diese Substanzen durch aversive Rebound-Effekte beim Absetzen auf einer körperlichen Ebene den Konsum aufrechterhalten. Eine missbräuchliche Einnahme von Abführmitteln bzw. Entwässerungstabletten ist insbesondere bei vorliegenden Essstörungen abzuklären.

### **Name der Medikamente mit Suchtpotenz**

#### **Welche Wirkung sollte durch das eingesetzte Medikament erreicht werden?**

Prinzipiell sind Wirkungseffekte auf der gedanklichen, emotionalen, körperlichen und Verhaltensebene zu unterscheiden.

Stimulierende Funktion: Antriebssteigernde Wirkung, subjektiv erlebte Leistungserhöhung

Euphorisierende Funktion: Stimmungshebende, enthemmende Wirkung

Thymoleptische Funktion: Antidepressive Wirkung

Anxiolytische Funktion: Angstlösende Wirkung bei sozialen Situations- und Leistungsängsten

Sedierende Funktion: Dämpfende, beruhigende, leicht bewusstseinsintrübende Wirkung

Analgetische Funktion: Schmerzstillende Wirkung, allgemein positive Wirkung bei körperlichen Beschwerden unterschiedlicher Art

Hypnotische Funktion: Ermüdende, schlaffördernde Wirkung

Defensive Funktion: Minderung der Selbstwahrnehmung, vergessen können  
Selbstwertstabilisierende, selbstsicherheitserhöhende Funktion: Erhöhung der Selbstsicherheit, vor allem in Bezug auf soziale Kontakte, Abbau von Hemmungen und sozialen Ängsten.

### **Toleranzentwicklung?**

#### **Problematischer Gebrauch aus Sicht des Patienten/der Patientin**

**Wird der Medikamentengebrauch als problematisch eingestuft und falls ja, ab wann?**

**Unkontrollierter Gebrauch der Medikamente?**

**Maximale Medikamenteneinnahme pro Tag**

**Durchschnittliche Medikamenteneinnahme**

**Wie kam der Patient/die Patientin an die Medikamente?**

---

Interessenvernachlässigung durch die Medikamenteneinnahme?  
Weitere Medikamenteneinnahme trotz hierdurch bedingter bewusst erlebter Nachteile?  
Körperliche Entzugserscheinungen?  
Psychische Abhängigkeitsmerkmale?  
Absetzversuche?  
Medikamentenbedingte Gesetzeskonflikte?  
Medikamentenbedingte Konflikte mit dem Arbeitgeber?  
Medikamentenbedingte Konflikte mit den Angehörigen?  
Medikamentenbedingte Schulden?  
Im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme stehende Selbsttötungsversuche?  
Letzte Medikamenteneinnahme  
Krankheitseinsicht  
Abstinenzmotivation?  
Subjektiv vorliegendes Medikamentenproblem?  
Dieser Punkt ist insbesondere dann wichtig, wenn der Patient/die Patientin sich nicht als medikamentenabhängig ansieht, jedoch durchaus in diesem Bereich ein Problem für sich sieht.  
Wenn aus professioneller Sicht zwar keine Medikamentenabhängigkeit, jedoch ein schädlicher oder riskanter Medikamentengebrauch vorliegt, der bzw. die Betroffene hier jedoch kein Problembewusstsein hat, so wird die abweichende Meinung zu der professionellen Sicht begründet.

Handelt es sich im Ergebnis der Diagnosestellung um Suchtmittelmissbrauch, nimmt der Patient an unserem speziellen indikativen Programm der Psychosomatischen Abteilung teil – handelt es sich um 'Abhängigkeit', wird die Verlegung in die Abhängigkeitsabteilung angestrebt.

## **2. Das gruppentherapeutische Programm**

### **2.1 Therapieziele**

Auf der **Verhaltensebene** wird der Abbau des Suchtmittelmissbrauchs verfolgt, d.h. Verzicht auf das Suchtmittel zur Problemlösung. Am Anfang der

---

therapeutischen Arbeit steht entsprechend eine Präzisierung der Problem-bereiche, die das Beschwerdebild bestimmen. Dazu können zum Beispiel gehören: Soziale Verhaltensdefizite, depressiver Rückzug, Angstvermeidungsverhalten mit ausgeprägter vegetativer Symptomatik, dysfunktionales Verhalten in Leistungs- und Anforderungssituationen, Störungen der Impulskontrolle, z.B. im Essverhalten.

Auf der Ebene der kognitiven und emotionalen Verarbeitung steht zunächst die Vermittlung eines Wissensmodells über Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit im Vordergrund. Besondere Bedeutung hat die Entwicklung von Einsicht in die Funktionalität des Suchtmittelkonsums und dessen Verbindung zu den körperlichen Beschwerden bzw. psychischen Beeinträchtigungen. Dabei spielt der Abbau dysfunktionaler, das narzisstische Gleichgewicht ungünstig regulierender Kognitionen eine wichtige Rolle, die depressogen wirken und durch den Einsatz von Suchtmitteln gemildert werden. Etwa gleichrangig rangiert die Veränderung einer bislang unangemessenen Affektregulation hinsichtlich Wut und Ärger und deren Steuerung durch Suchtmittel. Schließlich werden angstbesetzte Kognitionen häufig durch Suchtmittel erträglicher: Der Abbau solcher angstbesetzter Kognitionen und die Etablierung günstiger Angstbewältigungsstrategien, die bislang durch den Suchtmittelkonsum eingeschränkt waren, gehören zur wichtigen Zielsetzung des Programms. Ganz allgemein wird der Aufbau differenzierter Attributionsmuster und die Stärkung der Kontrollkompetenz verfolgt, die bisher unter Suchtmittelinfluss nur vermeintlich gestärkt wurde. Initiativreiche und aktiv zupackende Verarbeitung wird unterstützt, vor allem in Situationen, die bislang für den Patienten negativ verliefen und deren Druck durch den Einsatz von Suchtmitteln vorübergehend gemildert wurden. In dieses Spektrum gehört auch der Aufbau von Selbstverantwortung und die Beachtung der Belastungsgrenzen, die bisher durch das Suchtmittel nur verzerrt wahrgenommen werden konnten.

Schließlich wird auch auf der physiologischen Ebene angesetzt: Eine Besserung der körperlichen Beschwerden wird durch die Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells angestrebt, das Stress und Belastung im Alltag mit der inneren Verarbeitung, der Körperreaktion und der Stressreduktion durch Suchtmittel verbindet. Damit wird der Abbau einer somatischen Fixierung verfolgt und die Entwicklung von Einsicht in die Funktionalität der körperlichen Beschwerden und der Aufbau von Kontrollkompetenz über körperliche Beschwerden gefördert, die bisher durch den Einsatz von Suchtmitteln vorübergehend erträglicher wurden.

---

## 2.2 Aufbau

Einzelne Bausteine des Programms entsprechen bestimmten Problembereichen und stellen in sich abgeschlossene Einheiten dar, die je nach den Erfordernissen der Gruppenprozessentwicklung beliebig kombiniert werden können. Das Programm (Schuhler & Baumeister, 1999; Schuhler, 2003) wird in seinen Grundzügen nach Inhalt und Durchführung beschrieben.

*Im Mittelpunkt: Funktionalität.* Nach unserem Verständnis ist es unerlässlich, die innere Welt des Patienten zu verstehen, seine Bewertungen, Einstellungen, Bewältigungsstrategien und seine sozialen Bezüge, die Art und Weise wie er mit seinen Mitmenschen lebt und wie er mit sich selbst umgeht – wenn Suchtmittelmissbrauch nachhaltig zurückgedrängt werden soll. Sucht man ein Entwicklungsmodell, das zu einer solchen Grundvorstellung passt, verbieten sich Modelle der Entwicklungspsychopathologie, die einfache Vorstellungen von der Interaktion zwischen Individuum und Umweltfaktoren voraussetzen. Riegel (1976) entwickelte ein Klassifikationsschema, in das die bestehenden Entwicklungstheorien eingeordnet werden können. In diesem Modell wird dem Individuum oder der Umwelt eine aktive bzw. passive Rolle

### Schädlicher Gebrauch von Alkohol- und suchtpotenten Medikamenten

#### LEITLINIEN DES THERAPIEPROGRAMMS

- Suchtmittelkonsum wird als Bewältigungsstrategie verstanden, durch die sich der Patient in kritischen Situationen Hilfe verschaffen will. Dieser Prozeß wird vom Patienten nicht bewußt registriert.
- Gesteuert wird diese Copingstrategie durch die subjektive Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten (erscheinen beispielsweise unter Suchtmittelleinfluß besonders effizient) und der subjektiv empfundenen situativen Anforderungen (diese erscheinen leichter bewältigbar)
- Kennzeichnend für diesen Prozeß ist die Verarmung des aktiven und zupackenden Bewältigungsrepertoires.
- Im Therapieverlauf wird dieser Prozess bewußtgemacht, Einsicht in die Funktionalität aufgebaut und alternative Streßbewältigungsmöglichkeiten erarbeitet.
- Schlüsselrollen spielen häufig geringes Selbstvertrauen, eingeschränkte Beziehungsregulationsfähigkeit, defizitäre Affektsteuerung, langsames Erholungsvermögen von Streß und Druck.

---

zugeordnet. Unser Ansatz ist dem interaktiven Modell verpflichtet, das den Menschen versteht als aktiv auf seine Umwelt einwirkend, aber andererseits auch wieder von dieser aktiv beeinflusst werdend. Hierher gehört das transaktionale Stressbewältigungsmodell von Lazarus und Folkman (1984), das bei der Entwicklung unseres Programms Pate stand. Ganz allgemein wendet sich ein transaktives Modell gegen reduktionistische Sichtweisen und insbesondere dagegen, dass eine Störung als alleiniger Ausdruck biologischer, psychologischer oder soziokultureller Faktoren angesehen wird. Vielmehr wird eine Vielzahl von Faktoren in einem pathologischen Prozess postuliert, die in einer hierarchischen Ordnung gemeinsam wirken. Das Transaktionsmodell spricht dem Einzelnen eine aktive Rolle zu in dem es annimmt, dass bei Umweltfaktoren und selbst bei biologischen Einflussfaktoren, die auch bei dem Suchtmittelmissbrauch mitdiskutiert werden müssen, Aspekte wie Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und Bewertung als Mediatoren wirken.

Wir haben in unserem Verständnis von Suchtmittelmissbrauch und vor allem in den therapeutischen Interventionen, die wir entwickelt haben, das Schwergewicht darauf gelegt, Mensch und Kontext zusammen zu sehen, um die Funktionalität des Suchtmittels einzusetzen zu verstehen und durch andere günstigere funktionelle Alternativen zu ersetzen.

*Transaktionalität.* Wo kann die Transaktionalität der Alltagsbewältigung besser studiert werden als beim Alkohol- bzw. Medikamentenmissbrauch? Schließlich stellt das Suchtmittel seine bewusstseinsverändernden Möglichkeiten zur Verfügung und der Mensch, der das Suchtmittel konsumiert macht damit das, was er „braucht“, je nach Bedürfnislage und Zielorientierung, denn die Wirkung des Suchtmittels ist keineswegs festgelegt: je nach Wirkungsabsicht entfaltet sich die bewusstseinsverändernde Wirkung des Alkohols und des Psychopharmakons in einer polaren Weise, entweder eher beruhigend-dämpfend oder anregend-aufputschend.

Wir grenzen uns damit ab gegen simple Ansätze zur Trinkreduktion, die die innere Welt des Patienten ganz unberücksichtigt lassen. Aber auch gegen Auffassungen, die besagen: „Zunächst muss das Problem in der Person behoben werden, die Depression oder soziale Angst –dann gibt sich das mit dem Trinken von ganz alleine.“ Und gegen die Meinungen, die von der anderen Seite her, geltend machen: „Wenn der aufhört zu trinken oder auf sein Medikament verzichtet, dann lösen sich auch seine psychischen Probleme.“ Das Plädoyer ist klar: Die Verflechtung von Mensch und Suchtmittel, die psychische Bedeutung, die das Suchtmittel bekommen hat, die Probleme, die durch dessen Konsum gelöst werden sollen, müssen im Mittelpunkt stehen.

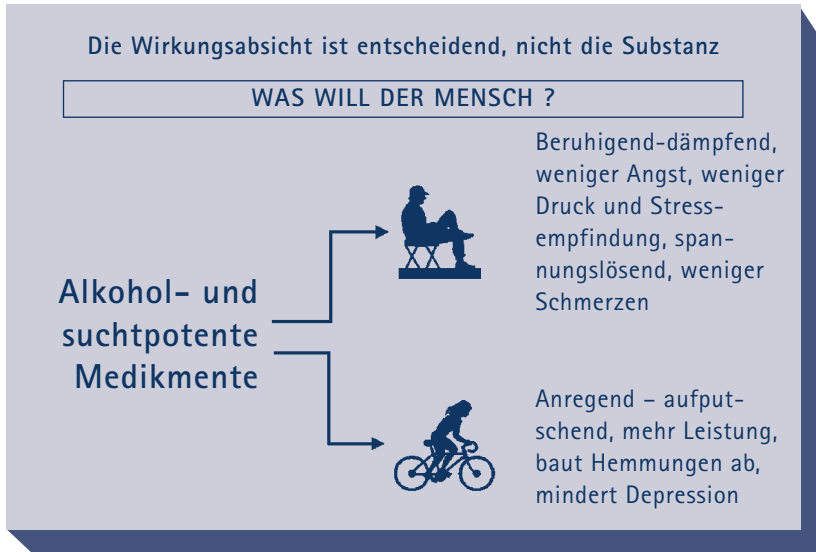


Abbildung 4: Wirkungsabsicht und Suchtmittelkonsum

*Therapeutische Zielsetzung.* Unser Programm unterscheidet sich wesentlich von den Prinzipien der Abhängigkeitsbehandlung: Die Übersicht (Abbildung 5) fasst einige wesentliche unterschiedliche Merkmale zusammen, die verdeutlichen, worum es uns in der Therapie des schädlichen Gebrauchs geht: warum dies anspruchsvoller sein muss als ein einfaches Trinkmengenreduktionsprogramm, aber nicht so umfassend wie eine Abhängigkeitstherapie (Jahrreiss, 1985).

Unser Programm richtet sich im Kern auf das Erkennen der Funktionalität des Suchtmittelkonsums für die Alltagsbewältigung. Daran schließt sich der Aufbau alternativer Bewältigungsstrategien in immer wiederkehrenden Problemsituationen an. Primäres Ziel ist das Auslassen des Suchtmittels zur Lebensbewältigung, nicht die Abstinenz. Von Anfang an wird beides in den Blick genommen: sowohl der Suchtmittelmissbrauch als auch die persönlichen Probleme. Es handelt sich um ein indikatives Programm im Rahmen der Behandlung in der psychosomatischen Abteilung. Es ist auf 12 Stunden in 6 Wochen, 2 x wöchentlich angelegt.

Ganz anders das Therapieprogramm in der Abhängigkeitsabteilung: Dort steht die Akzeptanz der Unumkehrbarkeit der Sucht im Mittelpunkt. Die Akzeptanz der Abhängigkeit für die eigene Person darauf aufbauend und eine von der

## Unterschiede in der Therapie

Psychosomatische Abteilung Schädlicher Gebrauch	Abhängigkeitsabteilung Abhängigkeitserkrankung
Erkennen der Funktionalität	Akzeptanz der Unumkehrbarkeit der Sucht
Aufbau alternativer Bewältigungsstrategien	Annahme der eigenen Person als Abhängiger
Auslassen des Suchtmittels zur Lebensbewältigung	Von der ganzen Person getragene Abstinenzentscheidung
<b>Von Anfang an beides: Suchtmittel und Person</b>	<b>Mit dieser Schwerpunktsetzung: Bearbeitung der zugrundeliegenden Persönlichkeitsdefizite</b>
Indikatives themenzentriertes Therapieprogramm (6 Wochen, 2 x pro Woche, anderthalbstündig)	Interaktionelle Gruppenpsychotherapie in der therapeutischen Wohngruppen-gemeinschaft (16 Wochen)

**Abbildung 5: Unterschiede in der Therapie bei schädlichem Gebrauch vs. Suchtmittelabhängigkeit**

ganzen Person getragene Abstinenzentscheidung. Mit dieser Schwerpunktsetzung werden die der Abhängigkeit zu Grunde liegenden Persönlichkeitsdefizite konzentriert bearbeitet. Diese anspruchsvolle Zielsetzung erfordert einen gänzlich anderen Rahmen: sie erfolgt in der interaktionellen Gruppenpsychotherapie im Rahmen der therapeutischen Wohngruppe in einem Zeitraum von 16 Wochen, wobei es auch kürzere Verweildauern gibt, abhängig von der Stabilität des sozialen und beruflichen Kontextes.

Doch kaum verläuft die Wirkungssuche so wie auf einer Karikatur (Abbildung 6), auf der ein junger Mann im ordentlichen Trenchcoat und mit Bürstenhaarschnitt den Kneipenwirt am Tresen folgendermaßen anspricht „Ich möchte mich auf Grund persönlicher Probleme in den Alkohol flüchten und man hat mir gesagt, Sie wären da für mich der richtige Ansprechpartner.“ – Das Zusammenspiel von Mensch und Umwelt unter der Moderation des Suchtmittels verläuft vielmehr undercover, verdeckt, vollzieht sich schleichend und ohne vom Menschen bewusst registriert zu werden.



Abbildung 6: Karikatur Freimut Wössner, „Möönsch“, 1992

Die Geschichte eines Patienten unserer Therapiegruppe verdeutlicht diese Zusammenhänge:

*Fallbeispiel. Er arbeitete als Zugbegleiter und war berufshalber häufig mehrere Tage von zu Hause weg. Seine Frau und seine beiden Kinder waren sein Ein und Alles, er konnte jedoch kaum seine Zuneigung und Liebe, vor allen Dingen zu seiner Frau zeigen. Dies hatte mit schwierigen Entwicklungsbedingungen zu tun: der Patient wuchs im Nachkriegsdeutschland auf, der Vater war im Krieg gefallen, die Mutter mit der Erziehung von vier Kindern überfordert. Der Junge wurde zeitweise ins Heim gegeben, es kam offenbar zu sexuellen Übergriffen durch die Heimleiterin, die Mutter wies seine Klage barsch zurück und bestrafte ihn. Von den älteren Schwestern, die mit dem kleinen Bruder, der ihnen häufig anvertraut wurde, überfordert waren, fühlte er sich vernachlässigt. Er entwickelte sich zu einem schwierigen Jugendlichen, der Macht und Stärke demonstrieren wollte und dies auch häufig tat und auf keinen Fall eine emotionale Anrührung zeigen wollte. Er wollte sich, wie er sagte, unverwundbar machen, so wie Siegfried im Drachenblut. Als er seine Frau gefunden hatte, war er innerlich überzeugt davon, jetzt doch seinen Menschen zu*

---

*haben, dem er blindlings vertrauen konnte. Wie sehr traf ihn dann die Untreue seiner Frau, die er in flagranti überraschte. Der Patient verlor die Beherrschung, randalierte, zertrümmerte die Einrichtung, verprügelte den Liebhaber seiner Frau. Von da an ging es mit ihm rasant bergab. Er stellte seine Arbeit ein, weil er nicht wollte, dass seine Frau, diese Schlampe wie er sagte, von ihm Unterhalt bezog, er landete schließlich in einem anonymen billigen Ein-Zimmer-Appartement und geriet immer mehr in die soziale Isolation. Er entwickelte Ängste, er konnte nicht mehr ohne weiteres das Haus verlassen. Besonders schlimm waren für ihn die Briefe vom Jugendamt, die ihn zur Unterhaltszahlung heranziehen wollten. Wenn ein solcher Brief ins Haus geflattert kam, trank er. Er stellte sich dann vor, unter dem Einfluss des Bieres, wie er morgen dem Sachbearbeiter vom Jugendamt die Meinung sagen würde, wie er dem den Schreibtisch abräumen würde, wie der noch so klein mit Hut werden würde und er stellte sich das alles vor unter dem Einfluß des ihn beflügelnden, kurzfristig ihn aus seiner armseligen Wirklichkeit herauskatapultierenden Alkohols wie er der Behörde Bescheid sagen würde und wie die sich bei ihm entschuldigen würde. Wunderbare Sentenzen fielen ihm ein, nicht widerlegbare Argumentationen und ein herrisches, den Sachbearbeiter beschämendes Verhalten. In Wirklichkeit ging er gar nicht zum Jugendamt, einmal wegen seiner Ängste, aber auch weil er wegen seines Katers gar nicht aus dem Bett kam. – Dieser kleine Einblick in die Tragik eines Lebens zeigt uns auf, inwiefern der Alkohol in der inneren Welt des Betroffenen eine Gestaltungskraft hat und allmählich immer mehr Besitz von dem Menschen nimmt, weil er eben genau in das ganz individuelle spezifische Gefüge zwischen Mensch, innerer Steuerung und äußeren wie inneren Anforderungen eingreift und zumindest kurzfristig für den Menschen entlastend wirkt.*

In unserem Programm wollen wir diese individuellen Aufträge, die der Betreffende dem Alkohol quasi „gibt“, entschlüsseln, dem Patienten nachvollziehbar machen und ihn dazu befähigen günstigere Einstellungs- und Verhaltensweisen zu entwickeln, die ihn in Zukunft in die Lage versetzen seine Probleme mit der Einsamkeit, mit der Angst vor Nähe oder wie das individuelle Problem auch immer heißen mag, zu lösen.

Ganz allgemein muss der Mensch Übereinstimmung zwischen sich und der Umwelt herstellen, in dem er Anforderungen sucht, die er oder sie ohne weiteres bewältigen kann oder die Fähigkeiten müssen erweitert werden, um den Anforderungen gewachsen zu sein.

Bei der Entwicklung problematischer Verhaltensweisen wie dem Suchtmittelabusus fehlen entweder die für den Menschen bewältigbaren Anforde-

---

rungen oder die ihm zur Verfügung stehenden Fähigkeiten. Allerdings erlaubt die Plastizität des Umweltfaktors eine kompensierende Regulation, wie etwa ein Rollstuhl bei einer Gehbehinderung oder das Erlernen der Blindenschrift bei Erblindung eine kompensierende Regulation einer eingeschränkten Fähigkeit ist, so ist der Suchtmittelkonsum eine kurzfristige, wenn auch untaugliche Lösung für ein Problem. Untauglich und behaftet mit vielen Risiken, aber doch zunächst ein aktiver Stressbewältigungsversuch, der für unsere Intervention große Bedeutung hat. Wir versuchen nämlich, zunächst dem auf die Spur zu kommen, wofür das Suchtmittel eingesetzt wurde, welche Dienstfunktion es in der Alltagsbewältigung übernommen hat. Dies ist nicht einfach abfragbar, sondern bedarf besonderer Anstrengungen um den Patienten überhaupt zu erreichen, seinen Blick auf das Problem zu schärfen und mit uns zu erkunden, warum und in welcher Art und Weise das Suchtmittel geholfen hat, die eigenen Probleme zumindest kurzfristig zu lösen.

Innere Steuerungsprozesse haben dabei zentrale Bedeutung: damit sind subjektive Erwartungen an die Suchtmittelwirkung gemeint, das empfundene Ausmass von Stress, die Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten in den belastenden Situationen und die damit verknüpften Affekte, die im Fall der Stressbelastung, negativ und oft unerträglich erlebt werden, wie Wut, Kränkung, Hilflosigkeit, Resignation oder Angst.

Mit diesem Blick auf die inneren kognitiv-emotionalen Prozesse eröffnen sich die produktiven therapeutischen Möglichkeiten der kognitiven Verhaltenstherapie, die gerade im Fall des schädlichen Gebrauchs von Alkohol und Medikamenten sehr gut nutzbar zu machen sind.

*Leitlinien des Therapieprogramms.* Die Leitlinien des Therapieprogramms können folgendermaßen zusammengefasst werden: Der Suchtmittelkonsum wird als untauglicher, nicht bewusst registrierter Selbstheilungsversuch verstanden. Das Suchtmittel verhilft kurzfristig zu positiv erlebten Veränderungen der inneren Welt und/oder der günstigen Verzerrung der Wahrnehmung der Umwelt. Typischerweise ergeben sich dadurch Einschränkungen in der aktiven Problembewältigung, mit der Probleme zupackend gelöst werden können. Unser Ziel ist es, diese Prozesse für den Patienten nachvollziehbar zu machen und Alternativen aufzubauen.

Selbstwertprobleme, Schwierigkeiten im sozialen Kontakt, Probleme mit Gefühlen umzugehen und mit Stress fertig zu werden, spielen in der Persönlichkeitsorganisation eine entscheidende Rolle und werden deshalb auch im Therapieprogramm besonders berücksichtigt.

---

*Aufbau des Therapieprogramms.* Im einzelnen gestaltet sich der Aufbau des 12-stündigen Programms folgendermaßen: durch psychoedukative Elemente und erlebnisaktivierende Übungen vermitteln wir ein gängiges Stressmodell, in das die Wirkungsweise von Suchtmitteln integriert ist. Nicht-konfrontative Motivierungsstrategien wie Narrative spielen dabei eine entscheidende Rolle. Wegen der enormen Bedeutung, die die soziale Welt für die Stressentstehung und -bewältigung hat, und zu deren Regulation häufig Suchtmittel eingesetzt werden, räumen wir –den technisch ausgedrückten –sozialen Stressoren einen großen Platz ein. Zentralen Stellenwert hat der Einfluss des Suchtmittels auf unsere Gedanken, Gefühle, Erwartungen und Wünsche: wir erschließen uns mit dem Patienten im Programm die Steuerungsmöglichkeiten seiner inneren Welt. Unsere zentrale Botschaft lautet:

Das Suchtmittel schleicht sich in die Person und stellt sich als Problemlöser zur Verfügung. –Unsere Lösung für den Patienten:

Diese „Dienstleistungen“ zu erkennen und Wege aufzuzeigen, wie wir uns ohne Suchtmittel günstig beeinflussen können.

Darauf aufbauend steht das zentrale Problem der Selbstwertregulation im Mittelpunkt: wie können wir unsere Haltung zu uns selbst verändern – ohne zu Suchtmitteln zu greifen.

Und das entscheidende, damit verknüpfte Problem, das uns hier wieder begegnet: wie gehen wir mit unseren Mitmenschen um? Inwiefern hat das Suchtmittel dabei eine Rolle gespielt – und gibt es Alternativen dazu?

Sucht man nun nach den protektiven Faktoren, nach den Schutzfaktoren die einer Suchtmittelmissbrauchsentwicklung entgegen stehen, so bieten sich vor allem die Ergebnisse der Bindungsforschung an, die in den letzten Jahren eine gewaltige Verbreitung, gerade im psychotherapeutischen Feld, gefunden haben. Auch wir halten die Heranziehung der Bindungstherapie für fruchtbar, nicht nur zur Erklärung der Entwicklungsbedingungen von Suchtmittelmissbrauch, sondern auch vor allem zur Entwicklung von Interventionsmaßnahmen zu seiner Zurückdrängung. Im Folgenden wird kurz auf die Grundannahmen der Bindungstherapie eingegangen und dann auf die psychotherapeutische Umsetzungen.

*Exkurs: Bindungstheoretische Grundannahmen.* Die Bindungstheorie verbindet ethologisches, entwicklungspsychologisches und klinisches Denken. Sie befasst sich mit den grundlegenden frühen Einflüssen auf die emotionale Entwicklung des Kindes und versucht, die Entstehung und Veränderung von starken gefühlsmäßigen Bindungen zwischen Individuen im gesamten menschlichen Lebenslauf zu erklären. Der Vater der Bindungstheorie, John

## Aufbau des indikativen Programms

Zwölf Gruppenstunden, 2x wöchentlich im Rahmen der Behandlung in der Psychosomatischen Abteilung

- 1-3 Stunde: Vegetative Fehlsteuerung unter Streß und Regulation durch Alkohol und suchtpotente Medikamente
- Psychoedukation und erlebnisaktivierende Übungen
  - Narrative als nicht-konfrontative Motivierungsstrategie zur Entwicklung von Veränderungsmotivation
- 4-6 Stunde: Soziale Stressoren und Entspannungsmöglichkeiten: Wie „helfen“ Alkohol und Medikamente ?
- Vermittlung eines biopsychosozialen Verstehensmodells
  - Narrative und Metaphern zur Wirkungsweise der Suchtmittel
- Der Einfluß von Alkohol und Medikamenten auf die innere Steuerung
- Imaginationsübungen zum Zusammenhang zwischen Suchtmittel und Stressbewältigung
- 7-9 Stunde: Verdeckte Verstärkung: wie macht das das Suchtmittel?
- Aufmerksamkeitslenkung
  - Aufklärung über Schäden durch Alkohol und Medikamente
  - Rollenspiele aus dem Alltag
- 10-12 Std.: Selbststabwertung und Alkohol und Medikamente: Wie kann das Denken über die eigene Person verändert werden. Soziale Kontaktregulation: der Alohohl und Medikamente als Kontakthelfer
- Methoden der kognitiven Selbststeuerung
  - Erlebnisaktivierende Methoden

Abbildung 8: Aufbau des indikativen Programms

Bowlby (1969), formulierte das Bindungssystem als primäres genetisch verankertes motivationales System, das zwischen der primären Bezugsperson und dem Säugling in gewisser biologischer Präformiertheit nach der Geburt akti-

viert wird und überlebenssichernde Funktion hat. Offensichtlich entwickelt der Säugling zu den Bezugspersonen eine sichere Bindung, die durch ihr Pflegeverhalten seine Bedürfnisse feinfühlig befriedigen. Aus vielen Interaktionserfahrungen, in denen sich Mutter und Kind voneinander trennen und wieder zusammenkommen, bildet das Kind ein inneres Arbeitsmodell heraus. Ein solches Modell ist am Anfang noch flexibel, im Entwicklungsverlauf wird es aber zunehmend stabiler und entwickelt sich zu einer psychischen Repräsentanz, der sogenannten Bindungsrepräsentation. Auszugehen ist von Kontinuität in der Bindungsqualität im Säuglingsalter bis zur Bindungsrepräsentation in der Adoleszenz, aber auch von Diskontinuitäten mit Wechseln in der Bindungsqualität. Dem Bindungsbedürfnis steht das Explorationsbedürfnis des Kindes gegenüber, das von Bowlby als antagonistisches, starkes motivationales System konzeptualisiert wurde: das Bindungssystem und das Explorationssystem entspringen entgegengesetzten Motivationen, stehen aber zueinander in Abhängigkeit. Eine sichere Bindung ist Voraussetzung dafür, dass ein Säugling seine Umwelt erforschen und sich dabei als selbst wirksam und aktiv handelnd erfahren kann. Wichtig ist, dass die Mutter sich immer wieder als sichere Basis für Rückversicherungen des Kindes zur Verfügung stellt, wenn es wegkrabbelt oder wegläuft. Kehrt das Kind von seiner Erkundung zurück, muss es sich bei der Mutter emotional angenommen fühlen. Bei Aktivierung des Bindungssystems wegen zu großer Entfernung oder wegen Angst machender Entdeckungen wird die Exploration zunehmend eingeschränkt und die räumlich-körperliche Nähe zu der Bezugsperson gesucht, die die sicherste emotionale Basis für das Kind darstellt. Sucht das Kind unter Stress nicht die Nähe der nahen Bezugsperson, kann davon ausgegangen werden, dass das Kind auf Grund schlechter Erfahrung und Zurückweisung diesen Suchimpuls aktiv unterdrückt. Die Spannung zwischen Bindung und Exploration muss immer wieder neu, wie auf einer Wippe, ausbalanciert werden, da Bindung und Exploration in Wechselwirkung stehen. Eine sichere Bindungsqualität im Säuglingsalter hat eine protektive Funktion für den Entwicklungsverlauf: prosoziale Verhaltensweisen, also die Bereitschaft für andere einzustehen und sich zu engagieren, werden, wie in vielen Längsschnittstudien nachgewiesen, dadurch gefördert und es wird eine psychische Belastbarkeit, eine Stressresistenz, erreicht (Brisch, 1999). Soweit in aller Kürze einige Grundzüge der Bindungstheorie.

Welche Bedeutung hat sie nun für unser therapeutisches Vorgehen? Wie jeder Suchttherapeut weiß, besteht zwischen Mensch und Suchtmittel eine individuelle Beziehung. Auf dem Hintergrund der Bindungstheorie kann man sich nun fragen, welche inneren Arbeitsmodelle der Mensch zu dem Suchtmittel gewissermaßen entwickelt hat: soll es besänftigen, beruhigen, anregen, er-

---

muntern, Schmerzen lindern, zum Schlafen verhelfen, vergessen lassen? Hier gibt es, bezogen auf das Suchtmittel – ebenso wie im Bindungsverhalten – zwei grundsätzliche Suchvektoren oder Wirkungsabsichten: beruhigen und dämpfen oder ermuntern und stärker machen. Wir fragen uns, ob es nicht Entsprechungen gibt zwischen Bindungsqualität des Menschen, die er im Lauf des Lebens entwickelt hat und der Wirkungsabsicht mit der er trinkt, bzw. Medikamente einnimmt? Diesen Ansatz möchten wir in der künftigen Arbeit weiter verfolgen.

*Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung.* Die Ergebnisse der Bindungsforschung ermutigen uns in unserer therapeutischen Praxis, der therapeutischen Beziehung besonderes Gewicht beizumessen. Die therapeutische Beziehung ist nämlich in besonderer Weise geprägt, wenn es um Alkohol- bzw. um Medikamentenmissbrauch geht. Dem Patienten wird ja als zentraler Problem- bereich sein Alkohol- und Medikamentenkonsum nicht nur aufgezeigt, sondern er wird sogar zu einer Verzichtleistung aufgefordert, nämlich sich von seinem Medikament bzw. dem Alkohol zu trennen. Darüber hinaus wird der Patient 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 vermeintlich weiterer Schwäche – zu Alkohol oder Medikamenten gegriffen hat, um dies zu kaschieren. Als Resultat folgt eine Kränkung des Selbstwertgefühls, die oft mit Schuld- und Schamgefühlen verbunden ist. Der Therapeut erscheint entsprechend weniger leicht 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 leicht zu einem unangenehmen Besserwisser, der über Gamma-GT-Werte Bescheid weiß, Antidepressiva von Tranquilizern unterscheiden kann und die Funktionsweise der Leber mit einschlägigem Tenor erläutert. Die immer zentral bedeutsame Beziehungsgestaltung ist in der therapeutischen Arbeit mit Patienten mit Alkohol- und Medikamentenproblemen besonders schwierig. Unsere Aufgabe ist es ja, bindungstheoretisch gesehen, allmählich andere Balancierstangen zur Verfügung zu stellen, mit denen der Patient den Drahtseilakt seines Lebens meistern soll und die bislang das Suchtmittel waren. Unsere Antwort auf die damit definierte therapeutische Anforderung liegt darin, auf konfrontative Strategien zu verzichten. Wir versuchen behutsam durch nicht-konfrontative Motivierungsstrategien, hauptsächlich durch Narrative, den Einsatz von Metaphern, durch Imaginationsübungen und eine ressourcenorientierte Vorgehensweise den Problemen gerecht zu werden. Wir wollen dem Patienten in seiner Beschämung und in seinen Ängsten verstehen und würdigen, ohne diese ans Licht zu zerren

---

und in rationaler Kälte zu erforschen. Dreh- und Angelpunkt dabei ist, dass der Patient zu eigenen Lösungen kommt. Wir versuchen uns dabei wie eine feinfühlig, gute Mutter zu verhalten, die ihr Kind behutsam an die Hand nimmt und versucht, ihm die schwierige Welt mit all ihren Klippen und Gefahren zu erläutern und ihm hilft Lösungen zu finden.

So glatt und plangemäß, wie das vielleicht klingen mag, läuft die therapeutische Arbeit in der Gruppe keineswegs ab. Die Patienten nehmen nämlich nicht freudig und kooperativ an der Gruppe teil, um mit Entdeckerfreude der Funktionalität ihres Suchtmittelkonsums auf die Spur zu kommen. Als Therapeut muss man sich auf ängstliche, aufgebrachte, misstrauische Patienten einstellen, die am liebsten sofort den Gruppenraum wieder verlassen würden, um nie wieder zurückzukommen.

Zum günstigen Umgang mit der Patientenhaltung hilft ein Blick auf die therapeutische Beziehung. Diese ist in der typischen Weise geprägt, wenn dem Patienten als zentraler Problembereich sein Alkohol- und Medikamentenkonsum aufgezeigt wird, mit der eindeutigen Tendenz, künftig auf diese Problemlöser zu verzichten. Damit sieht er sich damit konfrontiert, auf wichtige sicherheitsgebende Instanzen zu verzichten – und vielleicht kann man nachempfinden, dass sich der Patient dagegen wehrt, mehr oder minder bewusst, etwas aufzugeben, was ihm bislang doch beim Leben geholfen hat und wofür keineswegs leicht Ersatz zur Verfügung steht.

*Fallbeispiel. Der Patient, von dem oben berichtet wurde, sperrte sich lange gegen alle noch so kunstvoll ausgeführten Versuche, mit ihm die Funktionalität seines Alkoholkonsums zu erkunden. Er kam höchst widerwillig in die Gruppe, betonte, dass er den Alkohol im Griff habe, dass er nur wollen müsse und dann nichts mehr trinke und sein Wille sei sicher stärker als die therapeutischen Mätzchen. Und überhaupt sei die Therapeutin eine Frau, und von Frauen habe er die Nase voll. Die gehörten zur anderen Hälfte der Menschheit, die für ihn gestorben sei. Man möge ihn also bitte in Ruhe lassen. Es wird vielleicht deutlich, wie schwer es war und wie hoffnungslos es manchmal schien, mit dem Patienten alternative Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, für ihn als Hoffnungsträger zu erscheinen, als jemand, dem man vertrauen kann und dessen Anregungen vielversprechend erscheinen.*

*In einer Gruppenstunde wurde eine Imagination mit dem Patienten durchgeführt, die sich auf frühe Bindungserfahrungen richtete. Die Therapeutin bat die Gruppe, sich entspannt hinzusetzen, die Augen zu schließen und sich in ihrer Erinnerung ein Bild auszumalen, ein Bild aus ihrer Kindheit, das mit dem Ge-*

---

*fühl von Sicherheit verbunden ist. In dem inneren Bild sollten sie sich ausmalen, wer da war für sie, wer sie tröstete, welcher Mensch ein sicherer Hafen für sie war, an welchem Ort sie sich sicher und geborgen fühlten. In die Stille, die der Einführung in das innere Bild folgte, brach plötzlich ein stoßweise raues Krächzen, das sich wie ein raues Husten anhörte, dann aber auch wieder wie ein Schluchzen. Alle rissen die Augen auf und sahen zu dem Patienten, der da saß und in dieser eruptiven Weise weinte. – Er erzählte später, dass er schon seit vielen Jahren nicht mehr geweint habe, dass er es sich früh abgewöhnt habe, weil es einem doch nur schwach erscheinen lässt.*

*Nach und nach war es ihm möglich, von dem inneren Bild zu erzählen, das in ihm aufgestiegen war: er sah sich als kleinen Jungen, der traurig in einer Ecke in einem menschenleeren Zimmer saß. Sogar die Möbel und das Licht, das durch das Fenster fiel, erschienen ihm abweisend. In der Imagination spürte er die Verlassenheit des kleinen Jungen wieder und wie er damals schon krampfhaft versucht hatte, die Tränen zurückzuhalten. „Es war ja keiner da, der mich getröstet hätte.“, meinte er. Dieses emotional so dichte Hinabtauchen in längst vergessene und abgetan geglaubte Zeiten, habe ihn so überwältigt, dass er nach all den Jahren weinen konnte, knarrend, so wie die Scharniere einer lange nicht benutzten Tür klingen, wenn sie erstmals nach vielen Jahren wieder geöffnet werden.*

*Er schämte sich für seine Tränen, die jedoch in der therapeutischen Arbeit den Weg öffneten, endlich die Funktionalität seines Trinkens zu erkennen. Jetzt konnte er sehen, dass der Alkohol ihm zumindest für ein paar Stunden Trost und Wärme geboten hatte und ihn mit Bildern von Erfolg und Durchsetzungskraft versorgte. Es war ihm möglich, die mütterlichen Qualitäten des Alkohols zu erkennen, der ihn tröstete und Mut zusprach: „Du kannst es noch! Du kannst dich doch wehren.“ In einer Zeit als niemand mehr an ihn glaubte, zu allerletzt er, wenn er nüchtern war. Er meinte verwundert: „Dann war ja doch die ganze Zeit eine Frau bei mir, immer wenn ich getrunken habe. Und ich habe gedacht, ich hätte die Frauen aus meinen Leben verbannt.“*

Solche Erfahrungen mit Patienten stießen uns darauf, die Beziehungsqualität zwischen Suchtmittel und Mensch auf dem Hintergrund der Biographie näher zu untersuchen. Von da war es nur ein kleiner Schritt zur Bindungsforschung sensu John Bowlby, die wir mittlerweile in unsere Arbeit miteinbeziehen. Damit stehen wir nach am Anfang. Wir sind aber überzeugt davon, dass uns die bindungstheoretischen Ergebnisse helfen können, noch besser die Funktionalität des Suchtmiteleinsatzes zu verstehen und in der Therapie günstig zu beeinflussen, wenn wir uns intensiver mit den grundlegenden frühen Interaktionserfahrung auf die emotionale Entwicklung beschäftigen, die offensichtlich prägende Kraft über die Lebensspanne haben und die die gefühlsmäßigen

---

Bindungen zwischen Menschen – und wir fügen hinzu – zwischen Menschen und Suchtmitteln formen.

### Therapeutische Herausforderung: Umgang mit Widerstand und Abwehr

Für die meisten Patienten ist es eine besonders schwierige Aufgabe, sich mit dem eigenen Alkohol- und Medikamentenkonsum auseinander zu setzen. Die Bereitschaft zur Selbstexploration und der offene Umgang mit dem Problemfeld Suchtmittel muss ständig erarbeitet werden, ist aber natürlich in der Anfangsphase das zentrale Arbeitsthema. „Ich weiß nicht, warum ich hier bin.“ „Hier wird alles, was mit Alkohol oder Medikamenten zu tun hat, unheimlich hochgespielt.“ „Das ist doch normal, dass man abends sein Bierchen oder Glas Wein trinkt.“ „Ich habe höchstens mal so zum Absacken abends ein Bierchen getrunken. Wenn das problematisch sein soll, dann käme am besten ganz Deutschland hier in die Klinik.“ – sind häufig geäußerte, aufgebrachte erste Stellungnahmen der Patienten.

Die gesamte Gruppenarbeit ist auch weiterhin durch Reaktanz der Patienten geprägt, beispielsweise werden die Therapeuten öfter als sonst üblich angegriffen und Äußerungen von Unzufriedenheit sind eher an der Tagesordnung als in anderen Gruppen. Dadurch wird die therapeutische Arbeit zwar in besonderer Weise herausgefordert, kann aber auch reichhaltige Entwicklungspotenziale eröffnen.

Konfrontationen oder Appelle an Vernunft und Einsicht haben sich nicht bewährt, um Patienten dazu zu bewegen, sich mit den kränkenden und schmerzlichen Aspekten ihres Suchtmittelkonsumes auseinander zu setzen (Miller & Rollnick, 1991). Der Hauptansatz in unserer Arbeit mit Widerstand und damit an der Entwicklung von Freude an Wachstum liegt in symbolhaften Geschichten, in sogenannten Narrativen, in denen die Hauptfigur paradigmatisch zentrale Probleme oder Zusammenhänge im Umgang mit Suchtmitteln und deren Einsatz im Alltag deutlich macht.

Die Grundidee dabei ist, dass die Figuren und Ereignisse Gestalt gewinnen aus der Fantasie des Patienten (Bettelheim, 1990) und nicht aus der Vorgabe des Therapeuten.

Vielleicht wirken die Geschichten – eine ist auf der nächsten Seite wiedergegeben – gerade deshalb, weil die Patienten nicht wissen, wie diese ihren Reiz ausüben (vgl. Erickson, 1994; Gans, 1993; Peseschkian, 1979). Das therapeu-

---

## Der Alkohol als Seelentröster

Ein Vertreter für Elektrogeräte ist beruflich viel unterwegs und muß deshalb häufig in Hotels übernachten. Heute ist er schon vier Tage von zu Hause weg, hat bereits Kunden in drei verschiedenen Städten besucht und übernachtet nun in einem fremden Hotel, genau wie an den vorangegangenen Tagen. Der Tag verlief für ihn nicht sehr erfolgreich und alles hängt nun von einem wichtigen Gespräch am nächsten Morgen ab. Der Vertreter hat zu Abend gegessen, ist ein wenig in der fremden Stadt herumgelaufen und hat nun wieder etwas unschlüssig sein Hotelzimmer erreicht. Zum Schlafengehen ist es noch viel zu früh, andererseits weiß er aber auch nicht, was er noch mit seiner Zeit anfangen soll. Lange Telefongespräche nach Hause verbieten sich wegen der Kosten. Ihm ist etwas einsam zumute und er spürt das Bedürfnis nach einem Menschen, der für ihn da ist und ihm zuhört. Vielleicht würde es sogar einfach genügen, wenn er mit jemandem etwas plaudern könnte. Aber er sitzt nun einmal in dieser fremden Stadt, in dem anonymen Hotelzimmer und niemand ist für ihn da. Schließlich hat er eine Idee: Er läßt sich ein heißes Bad einlaufen und schenkt sich aus der Zimmerbar einen Whisky ein. Er steigt in die Badewanne, trinkt den Whisky und nach kurzer Zeit überkommt ihn ein angenehmes Wohlbefinden. Ihm wird warm, er streckt sich wohligh, der Alkohol tut seine Wirkung. Zusammen mit dem heißen Bad wird die entspannende Wirkung des Alkohols in diesem Fall noch verstärkt. Das Einsamkeitsgefühl verfliegt, das schwierige Gespräch morgen glaubt er, lässig bestehen zu können. Der Alkohol machte aus einer kalten und nichtssagenden Umwelt, die zudem noch mit Mißerfolg droht, eine warme und angenehme Atmosphäre. Das Suchtmittel gaukelt auf künstlichem Weg Entspannung vor. Der Vertreter merkt aber vielleicht nur die wohl-tuende Wirkung und erinnert sich das nächste Mal daran, wenn er sich einsam fühlt, unverstanden oder wenn er vor etwas Angst hat. Vielleicht wird er bald schon vorbeugend trinken, wenn es im Prinzip noch gar keine Problem-situation gibt, aber vielleicht eine entstehen könnte. In diesem Fall wird der Vertreter seine positiven Erfahrungen mit dem Alkohol generalisieren. Am Anfang half ihm der Alkohol nur beim Abschalten und beim Einschlafen, später wird er den Alkohol auch direkt vor besonders wichtigen Abschlüssen trinken, weil er glaubt, dann sicherer und überzeugender sprechen zu können. Auf der nächsten Stufe wird er den Alkohol möglicherweise brauchen, um überhaupt seinen Alltag zu überstehen. Sein geschäftlicher Erfolg, sein Einkommen, sein Selbstwertgefühl wird immer stärker mit dem Alkohol verbunden. Nach und nach übernimmt der Alkohol das Zepter und bestimmt, wie der Alltag gestaltet wird.

---

tische Ziel ist dabei aber immer, dem Patienten zu einem reiferen Problem-  
bewusstsein zu verhelfen. Dreh- und Angelpunkt ist, dass der Patient zu eigen-  
en Lösungen kommt, wenn er nachdenkt oder fantasiert, was die Geschichte  
über ihn und seine inneren Konflikte enthält. Die Geschichten schaffen im  
therapeutischen Prozess zunächst einen bestimmten wünschenswerten  
Effekt: Sie verbreitern nämlich das Bedeutungs- oder beziehungsweise  
Verständnisspektrum. Wenn die Gruppe dadurch eine reichere Palette von  
Bedeutungen entdeckt, die mit dem Thema zusammenhängt, dann hat sich  
bereits eine aktive Umgangsweise mit der Problematik entwickelt. Die  
Geschichten sind geeignet, den Kampf um die Macht zu umgehen und ein-  
zuladen zu einer gänzlich anderen Art von Interaktion zwischen Gruppe und  
Gruppentherapeut. Mittlerweile wurde eine Vielzahl von Geschichten ent-  
wickelt, die verschiedene Probleme des Suchtmittelabusus kurz und pointiert  
festhalten

---

## Der Alkohol übernimmt die Macht

Ein Junggeselle, der sehr viel und engagiert arbeitet, kann am Sonntag oft nicht so recht mit sich etwas anfangen. Er weiß eigentlich, daß der Tag zum Entspannen da ist, versteht aber eigentlich nur schlafen darunter. Er lebt alleine und hat so niemanden, dem er die Anerkennung, die er durch seinen hohen Einsatz im Beruf findet, mitteilen könnte. Am Sonntag beschließt er also, sich etwas zu gönnen, sich etwas Gutes zu tun. Er plant eine Wanderung an einem Frühlingstag und geht auch um 8.00 h los. Er hat sich ca. 10 km für den ganzen Tag vorgenommen. Da er weiß, daß irgendwo unterwegs ein Gasthaus ist, hat er sich auch keinen Proviant mitgenommen. Die ersten drei Kilometer geht es ihm noch sehr gut, er fühlt sich wohl. Die nächsten Kilometer fallen schon schwerer, die Sonne wird stärker, der Körper baut ab, Durst kommt auf. Er fragt sich immer öfter, wann wohl das Gasthaus auftaucht, in dem er etwas zu sich nehmen kann. Endlich angekommen freut er sich auf ein Bier, zusammen mit einem guten Essen. Ihm geht es wirklich sehr gut. Er hat das Gefühl, etwas für sich getan zu haben und nun wirklich eine Erfrischung zu verdienen. Weil er durstig ist, trinkt er schnell zwei Bier hintereinander. Der Alkohol wirkt und verstärkt seine gute Stimmung. Ihm wird immer leichter zumute, er genießt die Atmosphäre und das Essen. Noch hat er vor, in absehbarer Zeit wieder den Rückweg anzutreten. Doch nach dem Essen trinkt er noch ein Bier und dann bleibt er noch ein bißchen, weil es so schön ist. Schließlich bestellt er noch ein Bier, um das wunderbare Gefühl zu halten. Aber allmählich macht das Bier nicht mehr angenehm leicht ums Herz, sondern läßt ihn schläfrig und müde werden. Er schafft es schließlich nicht mehr, aufzustehen und nach Hause zu gehen. Ein Taxi wird gerufen und er fährt nach Hause. Dort trinkt er schließlich noch ein Bier und schläft ein.

Die Bilanz: Der Alkohol hat ihm den Tag gestohlen. Schon sehr früh hat das Suchtmittel angefangen zu bestimmen. Schon nach sechs Kilometer war er zumindest gedanklich mit Bier beschäftigt. In dem Gasthaus kam er schließlich nicht mehr davon los. Kurzfristig hat der Alkohol ihm angenehme Gefühle verschafft, die aber bereits am Ende des Tages vergangen waren und abgelöst wurden von einem dumpfen Gefühl der Müdigkeit.

---

### 3. Ergebnisse einer Evaluationsstudie mit Zehnjahreskatamnese

Zwei Jahre lang wurde an der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies eine Evaluations- und Katamnese studie durchgeführt, die 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, auch im Grenzbereich zur Abhängigkeit, zum Stillstand gebracht und weiterer Progredienz vorgebeugt werden konnte. Außerdem sollte die Beeinflussbarkeit körperlicher und psychischer Beschwerden durch stationäre Behandlungen geprüft werden, ebenso wie die der sozialen Integration und der Erwerbsfähigkeit. Im Rahmen des zweijährigen Forschungsprojekts wurde die Patientengruppe in der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies eingehend untersucht, ein speziell darauf abgestimmtes psychotherapeutisches stationäres Programm evaluiert und eine katamnestiche Untersuchung durchgeführt.

Das Untersuchungsdesign bot durch Kontrollgruppenpläne die Möglichkeit, die Wirksamkeit des Behandlungsangebots abzuschätzen, das in der Kombination von üblicher Behandlung in der psychosomatischen Abteilung mit einem speziell für die Patientengruppe entwickelten indikativen gruppentherapeutischen Vorgehen bestand. Außer Pre-Post-Untersuchungen bei Klinikeintritt bzw. Entlassung wurden katamnestiche Befragungen nach einem Jahr durchgeführt. Der Behandlungserfolg wurde methodisch sowohl quantitativ durch Fragebögen als auch qualitativ durch Interviews überprüft, in denen die subjektive Problemsicht der Patienten besonders stark zum Tragen kam. Als objektive Daten wurden zur Kontrolle der Arbeitsunfähigkeitszeiten die AU-Meldungen von den einzelnen Krankenkassen ein Jahr vor und ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt erhoben. Weiterhin erfolgte eine prozessorientierte Evaluation des gruppentherapeutischen Programms durch Selbstbeurteilungen der Patienten und durch Beobachtungsdaten, die von neutralen Beobachtern erhoben wurden.

**Untersuchungsplan.** Das Ziel der Studie war die Überprüfung der Programmeffektivität, die im Sinne einer differenziellen Evaluation erfolgte, nämlich als Überprüfung der innovativen Teile des Therapiekonzepts, 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 jedoch versucht, diesen Idealstandards so weit zu entsprechen, ohne dass Patienteninteressen und deren Anspruch auf uneingeschränkte Diagnose und Therapie berührt wurden.

**Ergebnisse.** Insgesamt nahmen 91 Patienten der Psychosomatischen Abteilung der Fachklinik Münchwies, 55 Männer und 36 Frauen, an dem Forschungsprojekt teil. Der Zeitpunkt der Erstmanifestation der Beschwerden liegt 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.

Zur Klärung der Abhängigkeit zwischen den Veränderungen in den suchtmittelbezogenen bzw. allgemein klinisch-psychologischen Problembereichen wie dem körperlichen Beschwerdedruck, der Depressivität, der Persönlichkeitsorganisation, Lebenszufriedenheit, der sozialen Unterstützung und Erwünschtheit einerseits und dem Einsatz eines indikativen gruppentherapeutischen Programms andererseits, das sich spezifisch auf den Suchtmittelabusus richtete, in Kombination mit dem üblichen Behandlungsprogramm der Psychosomatischen Abteilung, wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung mit den beiden Hauptfaktoren „Reihenfolge des indikativen Programms“ und „Zeitpunkt der Befragung“ durchgeführt.

Das experimentelle Design sah zwei Kontrollgruppen vor: Eine unbehandelte Wartegruppe, um die Wirksamkeit der treatments besser einschätzen zu können und eine Retestkontrollgruppe, die sich aus Patienten zusammensetzt, die zwar das Behandlungsprogramm durchliefen, aber nur nach dessen Ende an der Fragebogenuntersuchung teilnahmen. Damit konnten mögliche Effekte auf die Posttestleistung, allein durch die Bearbeitung der Fragebögen im Pretest, kontrolliert werden.

Es zeigt sich, dass Patienten, die gleich zu Beginn ihres Klinikaufenthalts am indikativen Programm teilnehmen (Experimentalgruppe 1), eine kritischere Einstellung hinsichtlich der Gefahren, die ein fortgesetzter Suchtmittel-

---

konsum mit sich bringen könnte, entwickeln als Patienten der Experimentalgruppe 2, die erst in der zweiten Hälfte ihrer stationären Behandlung am Programm teilnehmen.

**Katamnestiche Ergebnisse.** Als Erfolgskriterium galt das Auslassen des Suchtmittels zur Problem- und Lebensbewältigung. 81,3% der Patienten (61 Patienten) können als erfolgreich eingestuft werden, 18,7% (14 Patienten) haben hingegen den Suchtmittelmissbrauch nicht eingestellt.

Körperliche Beschwerden, Depressivität, Lebenszufriedenheit und die soziale Unterstützung entwickeln sich bei Patienten, die keinen Suchtmittelabusus mehr betreiben, signifikant günstiger als bei Patienten, die ihren Suchtmittelabusus nicht einstellen konnten.

Bei der Analyse der Daten zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen konnten die Daten von 75,8 % der Gesamtstichprobe berücksichtigt werden. Die Veränderungsanalyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ein Jahr vor Klinikaufnahme und ein Jahr nach Klinikentlassung von 59 Patienten zeigt, dass die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle von 2,2 auf 1,5 signifikant zurückging. Bei den Arbeitsunfähigkeitstagen gibt es einen hochsignifikanten Rückgang von 60,7 auf 18,4 Tage, die durchschnittliche Falldauer nimmt 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 an, die die statistischen Ergebnisse der Allgemeinen Krankenversicherung, der Angestellten-Krankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen ausweisen. Der ausführliche Projektbericht liegt in Buchform vor (Schuhler & Jahrreiss, 1996). In einer Zehnjahreskatamnese (Schuhler et al., 2005) wurden günstige Langzeitwirkungen nachgewiesen.

## 4.      **Therapeutische und organisatorische Rahmenbedingungen**

Die Therapie des Alkohol- und Medikamentenabusus stützt sich auf vier Säulen im Behandlungsprogramm

- den indikativen Therapiebaustein „Alkohol- und Medikamentenprobleme“

- 
- das therapeutische Bezugsgruppenmodell, das die große Klinik in überschaubare, quasi-familiäre Einheiten aufteilt (s. Therapeutisches Gesamtkonzept, Jahrreiss, 1994)
  - die körpertherapeutischen Angebote
  - die indikationsgeleiteten sport- und ergotherapeutischen Angebote

Patienten mit Suchtmittelmissbrauch profitieren davon in vierfacher Form:

- \* Die indikative Gruppe 'Alkohol- und Medikamentenprobleme' vermittelt das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell des Abusus und den Teufelskreis, wie sich durch unzureichende Coping-Strategien der Suchtmittelmissbrauch entwickelt und welche Alternativen zur Verfügung stehen. In der gruppentherapeutischen Arbeit wird den Zusammenhängen nachgespürt, die den Patienten lieber zum chemischen Helfer greifen ließen, statt sich 'menschlichen Sprungtöchern' anzuvertrauen und sich bei Freunden oder dem Partner Rat und Trost zu holen.
- \* Das dichte, therapeutisch begleitete Miteinander in der Bezugsgruppe schafft emotional bedeutsame Situationen, die sowohl für eine bedingungsanalytische Diagnostik auf der Mikroebene nutzbar gemacht werden können, als auch vielfältige Möglichkeiten der therapeutischen Intervention bieten. 12 Patienten (Männer und Frauen) bilden eine Bezugsgruppe, d.h. sie wohnen auf einem Flur mit sechs Doppelzimmern und nehmen gemeinsam an der interaktionellen Gruppenpsychotherapie teil. Die Bezugsgruppe durchläuft aber auch Teile der Ergo- und Sporttherapie gemeinsam, so dass ein erweitertes Erfahrungs- und Lernfeld entsteht, das in den gesamten therapeutischen Prozess integriert wird. Realitätsnähe statt steriler Künstlichkeit im therapeutischen Setting erleichtert Veränderungsprozesse und fördert den Transfer des Gelernten auf die poststationären Lebenswelten des Patienten, in denen sich beweisen muss, wie weit die Therapieerfolge reichen werden.
- \* Die körpertherapeutischen Angebote: Bioenergetik, konzentrierte Bewegungstherapie, Focusing, Tanztherapie bringen Gefühl einerseits und körperliche Reaktion andererseits in Einklang. Wichtig dabei ist zu lernen, Gefühle wahrzunehmen, zu differenzieren und in ihrer Bedeutung zu verstehen. Hierher gehört auch die Musiktherapie, die mit dem Medium „Musik“ neue Zugänge zu oft verschütteten Lebensquellen wie Kreativität und Ausdruckskraft schafft.

---

## 5. Zuweisungskriterien für die Behandlung in der Psychosomatischen Abteilung und der Abhängigkeitsabteilung

Die Patienten werden zugewiesen je nach Hauptdiagnose: Abhängige Patienten in die Abhängigkeitsabteilung und Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Störungen in die Psychosomatische Abteilung. Wenn bei psychosomatisch Kranken zusätzlich ein Suchtmittelabusus besteht, werden sie dennoch in der Psychosomatischen Abteilung behandelt. Dafür wurde das beschriebene Programm entwickelt. Suchtpatienten mit zusätzlicher psychosomatischer Erkrankung werden in der Suchtabteilung bei Teilnahme an zum Teil abteilungsübergreifenden indikativen Programmen behandelt.

### Literatur

- Bettelheim, B. (1990) Kinder brauchen Märchen. Stuttgart: DVA.
- Bilitza, K., Schuhler, P. (2005) Sucht. In: Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.) Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Bolwby, J. (1969) Attachment and loss. New York: Basic Books.
- Brisch, K. H. (1999) Bindungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Erickson, M.H. (1994) Die Lehrgeschichten. Salzhausen: iskopress.
- Gans, G.S. (1993) Metaphern in der Gruppentherapie. In Buchholz MB (Ed): Metaphernanalyse (S. 153 – 170). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jahrreiss, R. (1990) Therapeutisches Gesamtkonzept der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies. Eigendruck.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984) Stress, appraisal and coping. New York: Springer.

- 
- Milkman, H.B., Sederer, L.I. (1990) Treatment choices for Alcoholism and Substance Abuse. Mass.: Lexington Books.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (1991) Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press.
- Peseschkian, N. (1979) Der Kaufmann und der Papagei. Hamburg: Fischer.
- Schmidt, L.G. (1995) Diagnostische Aufgaben bei Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24 (2), 98 – 106.
- Schuhler, P. (2003) Frühzeitige Hilfe bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Psychotherapie im Dialog, 2, 184 – 187.
- Schuhler, P., Jahrreiss, R. (1996) Die Münchwies-Studie. Alkohol- und Medikamentenmissbrauch psychosomatisch Kranker: Evaluation der stationären Behandlung und Katamnese. Berlin: Westkreuz.
- Schuhler, P., Baumeister H. (1999) Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Weinheim: PVU.
- Schuhler, P., Vogelgesang, M., Wagner, A. (2005) Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Suchtpotenten Medikamenten psychosomatisch Kranker. Symposion Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Berlin BfA und DGRW.
- Schwoon, D.R., Krausz, M. (1990) Suchtkranke. Stuttgart: Enke.
- Vaillant, G.E. (1983) The natural history of alcoholism. Cambridge: Harvard University Press.
- Vogler, R.E., Revenstorf, D. (1978) . München: Urban & Schwarzenberg.
- Wanke, K., Bühringer, G. (1990) Grundstörungen der Sucht. Heidelberg: Springer.
- Watzl, H., Rockstroh, B. (Hrsg.) (1995) Zeitschrift für Klinische Psychologie Band XXIV, Themenheft Abhängigkeiten.
- Wottawa, H., Thierau, H. (1990) Lehrbuch Evaluation. Bern: Huber.
- Zielke, M., Sturm, J. (1994) Handbuch der stationären Verhaltenstherapie. Weinheim: PVU.





Die „Münchwieser Hefte“ werden von der Klinik seit 1985 herausgegeben. Im wesentlichen sind darin die Referate der jährlich stattfindenden Münchwieser Symposien niedergelegt, ein Sonderheft enthält Informationen für Angehörige von Suchtpatienten.

Neu eingeführt wurde die Reihe „Konzepte“ der Münchwieser Hefte. In dieser Reihe haben wir seit 1996 begonnen, Behandlungskonzepte einzelner Therapiebausteine, die bisher in unterschiedlicher Form und Ausführung vorlagen, zusammenzufassen.

Das Gesamtkonzept der Klinik erscheint weiterhin in der bisherigen Form, d. h. außerhalb dieser Reihe. Es kann – wie die Münchwieser Hefte und die Reihe Konzepte der Münchwieser Hefte – in der Klinik angefordert werden.

In der Reihe sind bisher erschienen:

Heft 1 – Pathologisches Glücksspielen

Heft 2 – Stationäre Rückfallprävention als Auffangbehandlung

Heft 3 – Angststörungen

Heft 4 – Der chronisch Kopfschmerzkranke

Heft 5 – Anorexia/Bulimia nervosa

Heft 6 – Adipositas permagna

Heft 7 – Sexueller Missbrauch

Heft 8 – Aggressive Störungen

Heft 9 – Frauenspezifische Therapieangebote

Heft 10 – Männerspezifische Therapieangebote

Heft 11 – Depression

Heft 12 – Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten

Heft 13 – Einführungstraining in die Psychosomatik

Heft 14 – Medikamentenabhängigkeit

Heft 15 – Behandlungskonzept „Problembewältigung am Arbeitsplatz“