

Störungen durch Konsum von Alkohol aus personenzentrierter Sicht

Wolfgang Bensel und Hans-Jürgen Luderer

Zusammenfassung

Für das personenzentrierte Verständnis der Alkoholkonsumstörungen ist das Erleben von inneren Widersprüchen zwischen Selbstbild und Erfahrung von zentraler Bedeutung. Diese Widersprüche bezeichnete Rogers als Inkongruenzen. Das Motivational Interviewing, eine von ihren Wurzeln her suchtspezifische Anwendung und Weiterentwicklung personenzentrierter Prinzipien, spricht von Diskrepanzen.

Dabei ist es sinnvoll, zwischen zwei Gruppen von Inkongruenzquellen zu unterscheiden: Belastungen und Traumata, die in den Alkoholkonsum hineinführen (primäre Inkongruenzen) und Inkongruenzquellen in Form von körperlichen und psychosozialen Folgen (sekundäre Inkongruenzen).

Beim Motivational Interviewing steht die Auseinandersetzung mit sekundären Inkongruenzen, d. h. die Auseinandersetzung mit den Folgen des Trinkens, im Vordergrund der Therapie. Bei längeren Therapien wird die Auseinandersetzung mit früheren Belastungen und Traumata (primäre Inkongruenzquellen) zunehmend bedeutsam.

Für personenzentriert beratende und behandelnde Personen aller Berufsgruppen stellt sich vor allem die Frage: Wie ist es möglich, während des gesamten Beratungs- und Therapieprozesses empathisch, akzeptierend und kongruent gegenüber Menschen mit schweren Alkoholkonsumstörungen zu sein und zu bleiben?

Schlüsselwörter: Personenzentrierter Ansatz, motivierende Gesprächsführung, Alkoholkonsumstörung, primäre und sekundäre Inkongruenz

Summary

In order to comprehend alcohol use disorders from a person-centered perspective, it is important to recognize the internalized contradictions experienced by individuals between their self-image and their experience. Rogers termed these contradictions “incongruences”, while Motivational Interviewing, a person-centered method of facilitating change, employs the term “discrepancies”.

A useful distinction can be made between two groups of sources of incongruence: The first category comprises stress and trauma that lead to drinking (primary incongruences). The second category consists of sources of incongruence in the form of physical and psychosocial consequences of drinking (secondary incongruences).

In Motivational Interviewing, the therapeutic focus addresses secondary incongruences, that means the consequences of alcohol use. In extended person-centered interventions, addressing stress and trauma (primary sources of incongruence) assumes greater significance.

For counsellors and therapists of all professions, the fundamental question is: How empathy, acceptance, and congruence can be achieved with individuals grappling with severe alcohol use disorder and can be sustained throughout the therapeutic process?

Key words: Person-centered approach, Motivational Interviewing, Alcohol use disorder, primary and secondary incongruences

<https://doi.org/10.24989/person.v29i1.5>

Wolfgang Bensel, Diplom Sozialarbeiter (FH), Heilpraktiker für Psychotherapie, Gesprächspsychotherapeut (GwG) und Kursleiter der Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG), war von 1984 bis 2024 in der stationären Rehabilitation Suchtkranker tätig. Gemeinsam mit Dirk Fiedler ist er Herausgeber des Buches „Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen – Ein Praxishandbuch“ (GwG-Verlag, 2012). Kontakt: benselw@gmx.de

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer war von 1996 bis 2014 Chefarzt im Klinikum am Weissenhof, Weinsberg, einer Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Danach arbeitete er bis 2024 in der dortigen Institutsambulanz sowie als Ausbilder der GwG. Kontakt: hj.luderer@gmx.de

Anmerkung: Dieser Artikel basiert auf früheren Veröffentlichungen der Autoren, z. B. einem Beitrag zur personenzentrierten Therapie der Alkoholabhängigkeit in dem von Wolfgang Bensel und Dirk Fiedler im Jahr 2012 herausgegebenen Band „Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen“ (GwG-Verlag, S. 45–64). und dem Kapitel B.10 aus dem 2. Band des Lehrbuchs der personenzentrierten Psychotherapie und Beratung (Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020): Gespräche hilfreich führen – Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personenzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie, S. 331–359. Beltz-Juventa).

1. Einleitung

1.1. Definitionen

1.1.1. Störungen durch Substanzkonsum

Zu allen Zeiten und überall auf der Welt haben Menschen Substanzen mit als positiv erlebter psychotroper Wirkung konsumiert, um sich zu berauschen, ihr Wohlbefinden zu steigern oder innere Anspannung abzumildern. Zu diesen Substanzen gehören unter anderem Alkohol, Opiate und opiatähnliche Stoffe, Kokain, Halluzinogene, Amphetamine und andere Stimulanzien, Cannabis, Lösungsmittel, Beruhigungs- und Schlafmittel, Koffein und Tabak. Die Gefahren dieser Substanzen sind seit langem bekannt, und deshalb war ihr Konsum zu allen Zeiten sozialen oder rechtlichen Regeln unterworfen. Ziel dieser Regeln war und ist es, den Konsum in irgendeiner Form zu begrenzen. Die einzelnen Regelsysteme wiesen und weisen beträchtliche nationale und regionale Unterschiede auf und änderten sich im Verlauf der Zeit immer wieder. Nicht alle Regeln erfüllen diesen Zweck in gleicher Weise, und nicht allen Menschen gelingt es, diese einzuhalten. Das zieht häufig psychosoziale und gesundheitliche Folgen nach sich.

Führt Substanzkonsum zu psychischen oder körperlichen Beeinträchtigungen so spricht man von Störungen durch Substanzgebrauch oder Substanzkonsumstörungen (Disorders due to substance use, ICD-11, WHO, 2022; Substance use disorders [SUD], DSM-5, APA, 2013, S. 483 ff.). Im allgemeinen Sprachgebrauch, im Sprachgebrauch bei Planung, Organisation und Umsetzung der Versorgung und in der deutschen Übersetzung der ICD-11 (WHO, 2022) wird oft der Begriff der Suchtkrankheit verwendet.

Im DSM-5 wurde 2013 erstmals in einem diagnostischen System eine nicht substanzbezogene Störung, die Glücksspielsucht (Gambling Disorder, S. 481, S. 585 ff.) in die Gruppe der Suchtkrankheiten aufgenommen, in der ICD-11 im Jahr 2018 zusätzlich die Computerspielsucht (Gaming disorder)(WHO, 2022, Gauls, 2024).

1.1.2. Störungen durch Alkoholkonsum

Die in den meisten Ländern in Bezug auf Häufigkeit und Schwere der körperlichen und psychosozialen Folgen wichtigste Substanz ist Alkohol. Das Risiko körperlicher, psychischer und sozialer Folgen des Alkoholgebrauchs hängt von der Trinkmenge und dem Trinkmuster ab, für die sich einer Einteilung in Alkoholkonsumklassen eingebürgert hat (DGPPN, DG Sucht, 2020, S. 15 ff.).

Diese Einteilung berücksichtigt die Feststellung, dass es **keinen potenziell gesundheitsförderlichen und keinen risikofreien Alkoholkonsum** gibt, und dass auch geringe

Trinkmengen das Risiko körperlicher Krankheiten erhöhen können (DHS, 2023). **Risikoarmer Konsum** entspricht einer Trinkmenge von bis zu 24 g reinem Alkohol pro Tag für Männer und bis zu 12 g für Frauen bei mindestens zwei abstinenten Tagen pro Woche. Liegt die Trinkmenge über diesen Werten, spricht man von **riskantem Konsum** (DGPPN & DG-Sucht, 2020, S. 16, Seitz et al., 2008).

Ein riskantes Trinkmuster ist das **Rauschtrinken (Binge drinking)**, d. h. der Konsum großer Mengen von Alkohol in kurzer Zeit. Wenn psychische oder körperliche Folgen des Trinkens eingetreten sind, spricht die ICD-10 (Dilling et al., 1991, Dilling & Freiberger, 2015) von **schädlichem Gebrauch**, bei Verlust der Kontrolle über den Beginn des Konsums oder über die Trinkmenge von **Alkoholabhängigkeit**. Das DSM-5 verwendet den Begriff der Störung durch Alkoholgebrauch (Alcohol Use Disorder, AUD), wenn das Trinken zu negativen Konsequenzen für die betroffene Person geführt hat.

1.1.3 Diagnose der Alkoholabhängigkeit

Die ICD-10 nennt sechs Kriterien der Abhängigkeit: Personen mit Alkoholabhängigkeit verspüren (1) einen Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren. Dies wird als „craving“ (Verlangen) oder umgangssprachlich als „Suchtdruck“ bezeichnet. Sie können (2) Beginn, Beendigung oder Menge des Konsums nicht ausreichend steuern. Wenn sie weniger konsumieren oder den Konsum beenden, treten (3) Entzugsserscheinungen auf. Sie brauchen (4) immer größere Mengen der Substanz, um die gleiche Wirkung zu erzielen (Toleranzentwicklung), vernachlässigen (5) andere Interessen und Tätigkeiten zugunsten des Substanzkonsums, und sie konsumieren (6) trotz körperlicher, psychischer oder sozialer Folgen weiter. Für die ICD-10-Diagnose einer Alkoholabhängigkeit müssen drei dieser sechs Kriterien erfüllt sein.

Das DSM-5 (APA, 2013, S. 490 ff.) vertritt das Konzept eines kontinuierlichen Übergangs zwischen leichter und schwerer Alkoholkonsumstörung. Wenn vier von insgesamt neun Kriterien erfüllt sind, besteht eine Alkoholkonsumstörung. Deren Schweregrad wird aufgrund der Anzahl der erfüllten Kriterien bestimmt. Eine leichte Alkoholkonsumstörung entspricht dem ICD-10-Begriff des schädlichen Gebrauchs, eine moderate oder besonders eine schwere Konsumstörung dem der Abhängigkeit. Die ICD-11 behält die dichotome Unterscheidung der ICD-10 zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit bei. Die einzelnen Kriterien ähneln denen der ICD-10 oder des DSM-5, die ICD-11 sieht jedoch eine Priorisierung vor. Die Hauptkriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit umfassen (1) eingeschränkte Fähigkeit zur Kontrolle des Konsums, (2) Priorität des Konsums gegenüber anderen Aktivitäten und (3) Toleranzentwicklung, Entzugssymptome und Konsum zur Vermeidung

von Entzugssymptomen. Zwei dieser drei Kriterien müssen für die Diagnose erfüllt sein.

1.1.4. Epidemiologie der Alkoholkonsumstörung

Prävalenz: Alkoholbedingte Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen überhaupt. Sie beginnen meist in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter.

Betrachtet man alle Schweregrade der Alkoholkonsumstörung, so beträgt die 12-Monatsprävalenz (die Häufigkeit der Erkrankung in den 12 Monaten vor der Befragung der Betroffenen) bei Jugendlichen in den USA 4,5 %, bei Erwachsenen 8,5 % (APA, 2013, S. 493). Bei Männern liegt sie mit 12,4 % mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen (4,5 %). In Deutschland fanden Pabst et al. (2013) eine 12-Monats-Prävalenz von 6,5 %.

Komorbidität: Unter Komorbidität versteht man das Vorkommen mehrerer Krankheiten bei einer Person. Bei Alkoholkonsumstörungen ist Komorbidität eher die Regel als die Ausnahme. Die **kausale Verbindung** zwischen Alkoholkonsumstörung und komorbiden Störungen **kann in beide Richtungen** gehen, vor allem bei komorbiden psychischen Störungen. Diese können vor der Alkoholkonsumstörung auftreten und die Entstehung der Alkoholkonsumstörung begünstigen; andere psychische Störungen können sich aber auch infolge einer Alkoholkonsumstörung entwickeln. Möglich ist auch eine gemeinsame genetische oder psychosoziale Grundlage von Alkoholkonsumstörung und komorbiden Störungen (Castillo-Carniglia et al., 2019).

Eine kausale Verbindung in beide Richtungen konnte für die Komorbidität mit anderen Substanzkonsumstörungen, unipolaren Depressionen und Angststörungen nachgewiesen werden, während Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Störungen, ADHS (Luderer, M. et al, 2019, 2021) Schizophrenien und bipolaren Störungen in der Regel der Konsumstörung vorausgehen und somit als Teilursachen anzusehen sind. Körperliche Alkoholfolgeerkrankungen sind, wie der Name sagt, Folgen des Konsums (Castillo-Carniglia et al., 2019).

Komorbide psychische Störungen werden häufig übersehen und nicht angemessen berücksichtigt. Im Vergleich zu Suchterkrankungen ohne Komorbidität ist der Verlauf in der Regel ungünstiger und der Zugang zu den Betroffenen erschwert. In jedem Fall sind Suchtkranke mit körperlicher und psychischer Komorbidität eine besondere Herausforderung für psychosoziale Fachkräfte aller Berufsgruppen.

Psychosoziale und biologische Risikofaktoren: Die Entwicklung von Störungen durch Alkohol hängt von zahlreichen psychosozialen und biologischen Faktoren ab. In Kulturen, Familien oder Kreisen, die hohen Alkoholkonsum und Rauschzustände tolerieren oder Kinder und Jugendliche zum Trinken ermutigen, treten sie häufiger auf. Schutz bieten ein gutes

soziales Klima und ein mittleres Ausmaß elterlicher Kontrolle (APA, 2013, S. 493).

Auch genetische Faktoren wurden nachgewiesen. Die Kinder alkoholkranker Eltern haben ein drei- bis vierfach erhöhtes Erkrankungsrisiko, auch wenn sie adoptiert wurden und in Familien aufwuchsen, in denen keine Alkoholprobleme bestanden (APA, 2013, S. 494). Der wichtigste Risikofaktor ist aber der Konsum. Ohne Alkoholkonsum kommt es nicht zu einer Alkoholkonsumstörung.

Da biologische, psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzkonsumstörungen eine bedeutende Rolle spielen, spricht man von einem biopsychosozialen Krankheitsmodell.

1.1.5. Vom risikoarmen Trinken über den riskanten Konsum zur Alkoholkonsumstörung

Alkoholische Getränke sind von ihrem Geschmack, aber auch von ihrer Wirkung her für viele Menschen ausgesprochen attraktiv. Nicht zuletzt aus diesen Gründen ist Alkohol aus dem Leben der meisten Gesellschaften kaum wegzudenken. Dass der Konsum, vor allem größerer Mengen, nicht unproblematisch ist, wurde in den letzten Jahrzehnten immer mehr Menschen bewusst. Der Alkoholkonsum ist zurückgegangen, in Deutschland von 14–15 l/Jahr und Person in den 1970er Jahren auf 10–11 l/Jahr seit etwa 2010 (John et al., 2022). Auch in der Arbeitswelt haben seit Jahren Regelungen zur Wahrnehmung von alkoholbezogenen Störungen ihren festen Platz, insbesondere durch Dienstvereinbarungen und gestufte Interventionsprogramme. Dies trug zu einem deutlichen Rückgang des Alkoholkonsums während der Arbeit in vielen Berufen bei.

Nach wie vor fällt es manchen Personen nicht leicht, beim Trinken das rechte Maß zu finden und beizubehalten. Ältere, aber von der Tendenz her wohl immer noch zutreffende Untersuchungsergebnisse von Antons und Schulz (1976) legen nahe, dass Menschen mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum ihre Vorstellungen vom unproblematischen Trinken ihrem eigenen Konsum anpassen. Dies entspricht der allgemeinen menschlichen Tendenz der Selbstrechtfertigung zum Vermeiden kognitiver Dissonanz (Festinger, 1957).

Menschen mit riskantem Konsum oder Rauschtrinken konsumieren oft lange ohne körperliche, psychische und soziale Nachteile. Wenn sie sich mit den ersten negativen Folgen konfrontiert sehen, versuchen sie, diese auszublenken und kritische Äußerungen Anderer als übertrieben abzutun. Später bemühen sie sich, ihren Konsum zu reduzieren, das Trinken zu verbergen oder ihr Scheitern zu rechtfertigen, um nach außen hin ein positives Bild aufrechtzuerhalten. Irgendwann stellen sie sich die Frage, wie sie aus diesem Teufelskreis herauskommen können.

Ein Konzept zur Beschreibung langsamen Erkennens der eigenen Konsumstörung ist das **transtheoretische Modell** von Prochaska und DiClemente (1982). Es geht von der Grundannahme aus, dass die Erkenntnisprozesse in mehreren Phasen ablaufen. In der Phase der Vorbesinnung oder Absichtslosigkeit (Precontemplation) ist das Problem den Betroffenen noch nicht bewusst. In der Phase der Besinnung oder Absichtsbildung (contemplation) beginnen die Betroffenen zu ahnen, dass etwas nicht stimmt und dass sich etwas ändern muss. In der Vorbereitungsphase (preparation) setzen sich die Betroffenen ernsthaft mit der Absicht auseinander, etwas zu ändern. In der Handlungsphase (action) unternehmen sie konkrete Veränderungsschritte, in der Phase des Aufrechterhaltens (maintenance) ist es ihre Aufgabe, das Erreichte zu festigen. Die Phasen laufen nicht immer geordnet nacheinander ab. Nach erneutem Konsum beginnt der Erkenntnisprozess von neuem, einzelne Phasen können übersprungen werden, und in der Regel läuft er schneller ab. Oft geht er mit emotionalen Problemen wie Scham und Schuldgefühlen einher. Diese verstärken die Abhängigkeitsdynamik und können die Entscheidung, Hilfe zu suchen, beträchtlich erschweren.

1.1.6. Folgen von Alkoholkonsumstörungen

Alkoholintoxikationen: Eine Vergiftung durch Konsum von Alkohol kann im Rahmen einer Alkoholkonsumstörung, aber auch bei ansonsten körperlich und psychisch gesunden Personen auftreten. Man unterscheidet zwischen vier Stadien. Im Stadium I (Blutalkoholkonzentration (BAK) 0,2–2,0 ‰) kann es ab einer BAK von 0,2 ‰ zu ersten Enthemmungserscheinungen kommen, ab 0,3 ‰ ist die Reaktionszeit vermindert, ab 0,8 ‰ das Gleichgewicht gestört. Im Stadium II (2,0 ‰–2,5 ‰) ist die Sprache verwaschen, der Gang unsicher, und es können Übelkeit, Erbrechen und Amnesien („Filmrisse“) auftreten. Im Stadium III (2,5 ‰–4,0 ‰) kann es zu Bewusstlosigkeit, Harn- und Stuhlinkontinenz kommen, wobei das Schmerzempfinden vermindert oder aufgehoben sein kann, im Stadium IV (> 4,0 ‰) zu Atemversagen und zum Tod. Dysarthrie und Amnesien können auch früher auftreten. Toleranz kann dazu führen, dass die Symptome erst bei höheren Promille-Zahlen eintreten. Bewusstlosigkeit in Verbindung mit Alkohol kann auch bei geringerer Promillezahl lebensgefährlich sein.

Alkoholentzugssyndrome: Typische Symptome sind Zittern, Schwitzen, Pulsschlag von >100/min, hoher Blutdruck, Unruhe, Angst und Schlafstörungen. Bei schweren Entzugssyndromen (Alkoholdelirien) kann es zusätzlich zu meist optischen Halluzinationen und zu Krampfanfällen kommen. Alkoholdelirien sind schwere, lebensgefährliche Krankheiten, die eine Krankenhausbehandlung zwingend erforderlich machen (APA, 2013, S. 499 ff.).

Körperliche Alkoholfolgekrankheiten: Alkohol beeinträchtigt die allgemeine körperliche Verfassung und schädigt zahlreiche Organe. Die betroffenen Personen klagen über einen schlechten körperlichen Allgemeinzustand, Appetitstörungen, Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall, vermehrte Schweißneigung, feuchte, kühle Hände und Füße, Schlafstörungen oder sexuelle Funktionsstörungen. Man sieht vielen Betroffenen an, dass sie vermehrt trinken. Die Gesichtshaut ist gerötet, die kleinen Blutgefäße in der Haut erweitert.

Zu den geschädigten Organen gehören neben Gehirn und Nervensystem vor allem der Magen-Darm-Trakt (Zunge, Mundhöhle, Speicheldrüsen, Speiseröhre, Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse), blutbildende Organe, Herz und Hoden. Alkoholranke sind zudem anfälliger für Infekte. Wegen der mit der Erkrankung einhergehenden Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen besteht eine vermehrte Gefahr von Unfällen bei der Arbeit oder im Straßenverkehr.

Psychische Alkoholfolgekrankheiten: Die alkoholinduzierte chronische Schädigung des Gehirns kann zu depressiven, bipolaren oder schizophrenieähnlichen Störungen führen. Zusätzlich können neurokognitive Störungen aller Schweregrade auftreten, bis hin zu schweren Gedächtnisstörungen (Korsakow-Syndrom) und Demenzen.

Psychosoziale Folgen: Personen mit Störungen durch Alkohol fallen am Arbeitsplatz durch vermehrte Fehlzeiten auf, die mittel- und langfristig zum Arbeitsplatzverlust führen können. Familienkonflikte führen zu erhöhten Scheidungsraten. Sowohl Verkehrsdelikte als auch Aggressionsdelikte sind häufig (APA, 2013, S. 496). Die Suizidgefahr ist bei Personen mit hohem Alkoholkonsum erheblich erhöht (Isaacs et al, 2022).

Todesfälle: In Deutschland waren im Jahr 2016 4,0 % aller Todesfälle bei Frauen und 9,9 % aller Todesfälle bei Männern auf Alkoholkonsum zurückzuführen (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018; John et al., 2022). Im DKFZ-Atlas (DKFZ, 2022, S. 5) wird die Zahl von 40.000 Todesfällen pro Jahr durch Alkoholkonsum genannt. Insofern geht es bei der Behandlung von Personen mit Alkoholkonsumstörungen nicht selten um Leben und Tod, durch Vergiftungen, schwere körperliche und psychische Folgeerkrankungen oder durch Suizide (APA, 2013; Behr et al., 2020, S. 336 f.).

2. Psychosoziale Beratung und Behandlung der Alkoholkonsumstörung

2.1. Therapieziele in Bezug auf das Trinkverhalten

Das Ziel der Behandlung in Bezug auf das Trinkverhalten hängt von Trinkmenge und Trinkmuster ab. Bei riskantem Konsum und auch beim schädlichen Konsum ist die Reduktion des

Konsums ein durchaus realistisches Ziel. Die einfache Empfehlung, weniger zu trinken, ist allerdings nicht ausreichend. Es zeigte sich, dass die betroffenen Personen einen bewussten und vorsichtigen Umgang mit Alkohol erst entwickeln müssen (Hrobsky, 2023).

Bei schwerer Alkoholkonsumstörung bzw. Alkoholabhängigkeit gelingt die Rückkehr zu maßvollem, kontrolliertem Trinken nur selten. Das Craving, d. h. die ungenügende Fähigkeit, den Beginn des Konsums zu steuern und der Verlust der Kontrolle über die Trinkmenge und die Beendigung des Konsums sind, vor allem bei Betroffenen mit täglichem Alkoholkonsum und einer langen Leidensgeschichte, lebenslang bestehende Symptome. Diese bilden sich in der Regel auch durch längere Abstinenz nicht zurück. Daraus leitet sich die lebenslange, vollständige Abstinenz für diese Personengruppe als wichtiger Zwischenschritt auf dem Weg zu einem stabilen, zufriedenen Leben ab (DGPPN & DG Sucht, 2020, S. 324 ff.).

Körkel (2015) schlägt dagegen vor, es den Betroffenen unabhängig von der Schwere der Alkoholkonsumstörung zu überlassen, ob sie sich für kontrolliertes Trinken oder Abstinenz als Therapieziel entscheiden. Unter kontrolliertem Trinken versteht er einen Alkoholkonsum mit strengen Vorgaben zu Trinkzeiten und Trinkmengen. Diese Lösung sehen die meisten in der Suchttherapie tätigen Personen für die Mehrzahl der Betroffenen als nicht geeignet an. Eine Rückkehr zum vorsichtigen kontrollierten Trinken gelingt wahrscheinlich vor allem bei Betroffenen mit schädlichem Gebrauch von Alkohol oder beginnendem Verlust der Kontrolle über die Trinkmenge (Davies, 1962; Polich et al., 1982; Penderrey et al., 1982; Helzer et al., 1985), wobei die Studienergebnisse hierzu inkonsistent sind (Körkel, 2015; Henssler et al., 2021).

Abstinenz ist ein Ziel, das sich viele Betroffene, vor allem zu Beginn der Beratung oder Behandlung, nicht vorstellen können. Insofern ist es nicht sinnvoll, die Bereitschaft zur langfristigen oder gar lebenslangen Abstinenz als Voraussetzung für eine Behandlung oder als deren langfristiges Ziel vorzugeben. Bei den meisten Betroffenen entwickelt sich die Erkenntnis, dass Abstinenz im Vergleich zum kontrollierten Trinken in der Regel der leichtere und sicherere Weg zu einem zufriedenen Leben ist, nur langsam. Die meisten abstinent lebenden Menschen mit Alkoholabhängigkeit haben vorher versucht, mäßig zu trinken, und sind daran gescheitert.

Bei lange und schwer erkrankten Betroffenen stellt sich die Situation anders dar, für viele dieser Personen ist eine lebenslange Abstinenz als Therapieziel unrealistisch. Für Personen, die bereits mehrere schwere Rückfälle hinter sich haben, kann es deshalb sinnvoll sein, eine Konsumreduktion zur Verminderung der Folgekrankheiten vor allem über eine Reduktion

der Dauer der einzelnen Konsumphasen anzustreben und bei Rückfällen zeitnah mit Entzugsbehandlungen zu beginnen.

Dabei dürfen die beiden wichtigsten Therapieziele nicht aus den Augen verloren werden: Lebenserhaltung und Aufrechterhalten eines langfristigen Angebots von Beratung, Behandlung und Selbsthilfe. Wenn Betroffene sterben oder den Prozess der Beratung oder Behandlung abbrechen, ist es nicht oder nicht mehr möglich, ihnen zu helfen. Zentrale Aufgabe helfender Personen aus allen Berufsgruppen ist es deshalb, die Betroffenen bei allen Schweregraden von Substanzkonsumstörungen im therapeutischen Prozess zu halten oder ihnen eine Rückkehr in den therapeutischen Prozess zu ermöglichen, solange dies erforderlich ist. Sie sollten dabei bereit sein, zu akzeptieren, dass manche Betroffene kein Leben ohne Alkoholkonsum führen wollen. Die Bereitschaft zur Abstinenz lässt sich nicht erzwingen, und es wäre nicht personenzentriert, diesbezüglich Druck auf betroffene Personen auszuüben. Der Druck sollte von den Tatsachen ausgehen und nicht von helfenden Personen.

2.2. Phasen der Therapie

Die Behandlung Suchtkranker nach der Diagnose wird üblicherweise in vier Phasen gegliedert, die Motivationsphase, die Phase des körperlichen Entzugs, die Entwöhnungsphase und die Nachsorgephase. Bei den Phasen handelt es sich nicht um abgeschlossene Zeiträume, sondern um Prozesse, die ineinander übergehen. Gerade der Prozess der Motivation ist zu jedem Zeitpunkt der Behandlung bedeutsam. Die Motivation unterliegt meist Schwankungen, und muss immer wieder neu erarbeitet werden (s. Abschnitt 3.4.).

Die **Motivationsphase** ist eine entscheidende Phase der Therapie. In dieser Phase der Behandlung werden die Weichen für den weiteren Verlauf der Therapie gestellt, denn es geht um die Frage, ob die Betroffenen Personen in der Lage und bereit sind, ihren Alkoholkonsum in Frage zu stellen. In dieser Phase sind die meisten Betroffenen ambivalent.

Der **körperliche Entzug** erfolgt in der Regel durch sofortiges Absetzen des Alkohols und Gabe von beruhigenden, schlafanstoßenden und antiepileptisch wirkenden Medikamenten. Ein „kalter“ Entzug mit sofortiger Beendigung des Trinkens ohne medikamentöse Behandlung kann lebensgefährlich sein, vor allem bei Betroffenen mit lange bestehendem, hohem Konsum. Bei manchen Betroffenen ist ein ambulanter Entzug möglich. Dieser sollte allerdings gut vorbereitet werden und, wie jeder Entzug, unter ärztlicher Aufsicht erfolgen.

Eine **qualifizierte Entzugsbehandlung** umfasst neben dem Entzug psychotherapeutische und weitere psychosoziale Hilfen. Die Betroffenen werden motiviert, Hilfe anzunehmen, Kontakte

in das regionale Hilfesystem werden geknüpft, am besten werden sie in weiterführende Behandlungen vermittelt.

Die **Entwöhnungsphase** kann ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden und ist in Deutschland eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Vorrangiges Ziel der Psychotherapie in dieser Phase ist es, die Fähigkeit zur zufriedenen Abstinenz weiter zu fördern und die Betroffenen zu unterstützen, diese auch in die Tat umzusetzen. Die Beratung und Behandlung in der **Nachsorgephase** umfasst Hilfen beim Wiedereintritt in den Alltag, die je nach körperlicher Gesundheit, finanziellen Möglichkeiten sowie der Situation in Familie, Beruf und Freizeit sehr unterschiedlich gestaltet werden müssen. Zudem stehen alle Betroffenen jedoch vor der Frage, wie sie das Ziel der Abstinenz im Alltag erreichen wollen, wie sie mit anderen Menschen über ihren früheren und ihren jetzigen Umgang mit Alkohol sprechen sollen, und mit welchen Reaktionen sie dabei konfrontiert werden.

In der aktuellen S3-Leitlinie (DGPPN & DG Sucht, 2020, S. 324 ff.) werden Entwöhnungsphase und Nachsorgephase unter dem Begriff der Postakutbehandlung zusammengefasst.

2.3. Versorgungsorganisation

Das Versorgungssystem für Menschen mit alkoholbezogenen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz umfasst spezielle Systeme der Suchtberatung, der Suchtselbsthilfe, der suchtmmedizinischen Behandlung und der Rehabilitation. Wichtige Versorgungsaufgaben übernehmen auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Altenhilfe, Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe oder Arbeitslosenhilfe. Substanzkonsumstörungen erschweren häufig die Suche nach ambulanten Psychotherapieplätzen. Eine genaue Darstellung der Versorgungsangebote in Deutschland findet sich auf der Website der DHS (<https://www.dhs.de/suchthilfe>) und in der Dokumentation der DHS zur Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland (DHS, 2019, DGPPN, DG Sucht, 2020, S. 371 ff.). Spezialisierte Einrichtungen sind ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für suchtkranke und suchtgefährdete Menschen, Suchtkliniken und Suchtabteilungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Suchtfachkliniken und Einrichtungen der teilstationären und ambulanten Rehabilitation (<https://www.dhs.de/suchthilfe>). In Deutschland ist die stationäre Postakutbehandlung der Alkoholabhängigkeit eine Maßnahme der Medizinischen Rehabilitation, während der körperliche Entzug und die Behandlung von Alkoholfolgeerkrankungen eine Krankenkassenleistung darstellen. Der Übergang zwischen den Versorgungs-Systemen ist für Betroffene nicht einfach und oft mit Wartezeiten verbunden.

Betroffene Personen benötigen in der Regel Unterstützung bei der Einleitung psychosozialer Hilfen. Dazu zählen beispielsweise:

- Vermittlung und Einleitung einer körperlichen Entzugsbehandlung,
- Beratung bei der Suche nach einer passenden Entwöhnungsbehandlung,
- Informationen über die lokal und regional verfügbaren Selbsthilfemöglichkeiten,
- Beratung über den Umgang mit dem Arbeitgeber,
- gegebenenfalls Herstellen von Kontakten zur Schuldnerberatung
- sowie die Klärung der Notwendigkeit weiterer Hilfen.

Diese Aufgaben werden in Deutschland von Suchtberatungsstellen übernommen.¹

2.4. Ein Personenzentriertes Modell der Entwicklung von Alkoholkonsumstörungen

2.4.1. Der Inkongruenzbegriff – Ein allgemeines Modell der Persönlichkeitsentwicklung und der Entstehung psychischer Probleme und Störungen

Carl Rogers fasste im Jahr 1959 seine schon vorher skizzierten Gedanken zur Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit zusammen. Er postulierte dazu ein einziges Grundmotiv menschlichen Handelns, die „aktualisierende Tendenz“. Hierunter verstand er die generelle Tendenz des Organismus, sich so zu verhalten, dass er existieren und wachsen kann.² Wenn der Mensch lernt, seine eigene Person und ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Dingen bewusst wahrzunehmen, beginnt die aktualisierende Tendenz auch, die eigene Persönlichkeit, das Selbst, einzubeziehen.³ Damit entsteht auch das Bedürfnis nach unbedingter, d.h. nicht an bestimmte Bedingungen geknüpfter positiver Wertschätzung durch wichtige Bezugspersonen.⁴ Wenn er diese positive Wertschätzung erfährt, wird er lernen, sich selbst als Person uneingeschränkt anzunehmen und sein Erleben und Verhalten auf der Grundlage

1 <https://www.dhs.de/suchthilfe/suchtberatung>

2 Actualizing tendency. "This is the inherent tendency of the organism to develop all its capacities in ways which serve to maintain or enhance the organism ..." "It should be noted that this basic actualizing tendency is the only motive which is postulated in this theoretical system." (Rogers, 1959, S. 196)

3 Tendency toward self-actualization. "Following the development of the self-structure, this general tendency toward actualization expresses itself also in the actualization of that portion of the experience of the organism which is symbolized in the self." (Rogers, 1959, S. 196)

4 The Need for Positive Regard. "As the awareness of self emerges, the individual develops a need for positive regard. This need is universal in human beings, and in the individual, is pervasive." (Rogers, 1959, S. 223):

seiner aktualisierenden Tendenz zu bewerten. Rogers spricht in diesem Zusammenhang vom organismischen Bewertungsprozess. Selbst und Erfahrung stimmen überein.

Aus dieser Theorie der Persönlichkeitsentwicklung leitete Rogers eine Theorie zur Entstehung psychischer Probleme ab. Die Erfahrung mangelnder Akzeptanz durch Andere führt zur Selbstakzeptanz mit Vorbedingungen („Ich bin nur in Ordnung, wenn ...“). Vor diesen Aspekten der eigenen Person wird eine Person dann ihre Augen verschließen. Dadurch können bestimmte Erfahrungen nicht in das Bewusstsein gelangen und in das Selbst integriert werden. Selbst und Erfahrung sind dann nicht mehr in Übereinstimmung. Diese mangelnde Übereinstimmung bezeichnete Rogers als Inkongruenz (Luderer, 2022).

Die meisten Menschen haben in ihrem Leben in irgendeiner Form und Intensität Wertbedingungen erlebt, insofern sind diese eine wichtige Quelle des Inkongruenzerlebens. Gerd-Walter Speierer stellte sich als erster die Frage, ob es außer Wertbedingungen auch andere Quellen des Inkongruenzerlebens geben könnte, z. B. andere psychologische, aber auch soziale oder biologische Faktoren. In seinen Arbeiten zum Differentiellen Inkongruenzmodell (Speierer, 1994, 2013) schlug er eine Erweiterung des Inkongruenzbegriffs vor, die ein besseres personenzentriertes Verständnis vieler Störungen erlaubt. Er unterscheidet drei Gruppen von Inkongruenzquellen:

1. Die von Rogers beschriebenen sozialkommunikativen Inkongruenzquellen durch Wertbedingungen,
2. die lebensereignisbedingten Inkongruenzquellen (Speierer, 1994, S. 58 f.) durch spätere Belastungen und Traumata, die sich nicht in Wertbedingungen äußern, oder für die der Begriff der Wertbedingung zu schwach ist und
3. dispositionelle Inkongruenzquellen, womit biologisch vorgegebene Veranlagungen gemeint sind (Speierer, 1994, S. 54 ff.). Oft liegt eine Kombination unterschiedlicher Inkongruenzquellen vor.

Bensel (2003) beschrieb in einem Beitrag zur personenzentrierten Psychotherapie bei Personen mit Alkoholabhängigkeit eine Gruppe von inneren Widersprüchen, die als Folge des Konsums auftreten und bezeichnete diese als sekundäre Inkongruenzen. Innere Widersprüche, die als mögliche (Teil)ursachen des Trinkens in Frage kommen, nannte er primäre Inkongruenzen (s. hierzu auch Bensel, 2010; Bensel, 2012; Behr et al., 2020; Luderer, 2020; Luderer, 2022; Hrobsky, 2023).⁵

⁵ Swildens hatte die Begriffe der primären und sekundären Inkongruenz erstmals 1991 verwendet, allerdings in einer völlig anderen Bedeutung. Primäre Inkongruenzen sind bei ihm internalisierte Widersprüche, die als Folge von Belastungen und Traumata in der frühen Kindheit auftreten, sekundäre Inkongruenzen entstehen in späteren Lebensabschnitten (Swildens, 1991).

2.4.2. Inkongruenzen bei Personen mit Alkoholkonsumstörungen

Bei der Entwicklung von Inkongruenzerleben spielt der Alkohol eine doppelte Rolle. Zum einen überdeckt er die vor Beginn des Trinkens entstandenen Inkongruenzquellen und verhindert das Erleben von Inkongruenzen (Speierer, 2012; S. 107, Bensel, 2003, 2010, 2012; Hrobsky, 2023), zum anderen entstehen durch psychosoziale und körperliche Folgen des Trinkens innere Widersprüche, deren Erleben wiederum durch Alkohol überdeckt werden kann. Die Tendenz vieler Betroffener, das Erleben von Inkongruenzen durch Konsum zu vermeiden und aktiv zu überdecken, bestimmt deren Leben über lange Zeit. Sie versuchen, wie oben ausgeführt, vor sich und anderen ein Selbstbild aufrechtzuerhalten, das sich in den Worten „Eigentlich ist alles noch in Ordnung“ zusammenfassen lässt. Je länger die betroffene Person dieses Bild aufrechterhält, umso länger trinkt sie, umso schwerer sind die körperlichen und psychischen Folgen. Auf der anderen Seite können viele Betroffene nicht dauerhaft die Augen vor den negativen Folgen ihres Konsums verschließen. Ein zentrales Ziel personenzentrierter Beratungen und Behandlungen ist es, diese Widersprüche bewusst zu machen, indem die beratende oder behandelnde Person Inkongruenzen anspricht und gemeinsam mit der betroffenen Person herausarbeitet (Fiedler, 1998): (1) Das Erleben von Entzugssymptomen wie Zittern, Übelkeit, Niedergeschlagenheit, sowie das Auftreten von körperlichen Folgekrankheiten wie Leberschaden oder Polyneuropathie kollidiert mit dem Anspruch der Person nach körperlichem Wohlbefinden. (2) Der störungsbedingt immer wieder erlebte Verlust der Selbstkontrolle ist kränkend und widerspricht dem im Selbstkonzept verankerten Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Autonomie. (3) Die sozialen Folgen, z. B. Schulden, Verlust des Arbeitsplatzes oder familiäre Konflikte kontrastieren mit dem Selbstbild, ein guter Ehemann, Vater und Mitarbeiter, oder eine gute Mutter, Ehefrau und im Beruf kompetent und anerkannt zu sein.

Diese sekundären Inkongruenzen sind für betroffene Personen häufig ein Anlass, wieder zu konsumieren, um die negativen Gedanken und Gefühle zu überdecken. Der Teufelskreis der Abhängigkeit kann sich auf diese Weise fortsetzen.

Zusammenfassend ist das Inkongruenzerleben von Personen mit Alkoholkonsumstörungen durch folgende Charakteristika gekennzeichnet:

- Frühe sozialkommunikative Inkongruenzquellen in Form eines von Bezugspersonen durch Beispiel vermittelten unvorsichtigen Umgangs mit Alkohol
- Belastungen und Traumata in Kindheit und Jugend als lebensereignisbedingte Inkongruenzquellen,
- biologische Inkongruenzquellen durch genetisch erhöhtes Risiko der Entwicklung einer Alkoholkonsumstörung,

- Entstehen sekundärer Inkongruenzen als Folge des Konsums von Alkohol und anderen Substanzen
- Versuche, diese Inkongruenzen möglichst nicht wahrzunehmen und durch weiteren Substanzkonsum zu überdecken.

2.4.3. Unterschiede zwischen biopsychosozialen Krankheitsmodell und Inkongruenzkonzept

Das biopsychosoziale Krankheitsmodell beschreibt die Entstehung psychischer Störungen von außen. Das personzentrierte Modell der Inkongruenz hingegen lenkt den Blick auf das, was in der betroffenen Person geschieht. Wir erfahren von ihm, wie Betroffene innere Widersprüche, die Rogers „Inkongruenzen“ nennt, zunächst als diffuse Bedrohung erleben, und wie sich Inkongruenzen auflösen können, wenn die Betroffenen das erfahren, was ihnen früher gefehlt hat: von kongruenten Beziehungspersonen empathisch verstanden und vor allem ohne Vorbedingungen als Person angenommen zu werden. Ursprünglich war das von Rogers (1959) entwickelte Modell eine rein psychologische Theorie. Um mit dem biopsychosozialen Modell kompatibel zu werden, musste es um die biologische und die soziale Komponente erweitert werden.

Für das Erleben einer Störung sind jedoch nicht nur die möglichen Ursachen, sondern auch die Folgen der Störung bedeutsam. Deshalb ist es erforderlich, auch diese in Form der sekundären Inkongruenz in das personzentrierte Inkongruenzmodell einzubeziehen (Bensel, 2003; Luderer, 2020, 2022).

3. Personzentrierte Therapie der Alkoholkonsumstörung

3.1. Beziehungsaufbau und Motivation: Das Motivational Interviewing

Das in Abschnitt 1.1.5 angesprochene Phasenmodell der Motivation nach Prochaska & DiClemente (1982) trifft Aussagen zum Ablauf des Motivationsprozesses, sagt aber wenig über Möglichkeiten, ihn zu unterstützen. Mit dieser Frage setzt sich das Motivational Interviewing (Miller & Rose 2009; Miller & Moyers, 2017) auseinander, ein Ansatz der Beratung und Behandlung, der in den frühen 1980er Jahren entstand.

Der amerikanische Psychologe William R. Miller bildete im Rahmen der Vorbereitung einer Studie über Verhaltenstherapie bei Problemtrinkern neun Berater in der Technik des Selbstkontrolltrainings und in der Umsetzung von Empathie im Sinne von Rogers (1957, 1959) aus. Bei der Studie selbst schätzten drei Supervisoren sowohl die Empathie als auch die Qualität der Vermittlung der Selbstkontrolltechniken ein (Miller, Taylor & West, 1980). Zur Überraschung der Forschenden war

die Verwirklichung der Empathie für das Therapieergebnis wesentlich bedeutsamer als die Umsetzung der verhaltenstherapeutischen Technik. Die Unterschiede blieben auch zwei Jahre nach Therapiebeginn stabil (Miller & Baca, 1983).

Bei einem Seminar über verhaltenstherapeutische Techniken mit jungen Psychologinnen und Psychologen in Norwegen fiel den Teilnehmenden auf, dass Miller sich in Rollenspielen völlig anders verhielt als sie es erwartet hatten. Daraufhin begann Miller, ein neues Konzept der Gesprächsführung zu formulieren, das so anders war als das, was er bisher gelehrt hatte. Der zentrale Unterschied war die Empathie, die er im Gespräch mit Betroffenen sowohl dem „change talk“, dem von der betroffenen Person formuliertem Wunsch nach Veränderung als auch dem „sustain talk“, dem Wunsch nach Bewahren des Bestehenden entgegenbrachte.

Zu dieser Zeit war ein harter, konfrontierender Umgang mit Alkoholkranken üblich, in dem die beratenden und behandelnden Personen dem „sustain talk“ argumentativ widersprachen. Miller konnte jedoch zeigen, dass der „sustain talk“ sich abschwächte und der „change talk“ sich verstärkte, wenn er nicht aktiv in den Entscheidungsprozess der betroffenen Person eingriff. Miller bezeichnete das von ihm erstmals 1983 beschriebene Vorgehen des Motivational Interviewing als „empathic person-centered style“. Er bezog sich dabei auf zwei sozialpsychologische Modelle, die Theorie der kognitiven Dissonanz (Festinger, 1957) und die Theorie der Selbstwahrnehmung (Bem, 1967, 1972) und nur ein psychotherapeutisches Modell, die von Rogers (1957) formulierten „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ der Veränderung durch Psychotherapie.

Grundlegende Prinzipien des MI sind (Miller & Rose, 2009):

- Empathie zeigen: Eine wesentliche Aufgabe der beratenden oder behandelnden Personen besteht darin, bei den betroffenen Personen vor allem die Ambivalenz und die Tendenz zur Selbstrechtfertigung zu verstehen und zu akzeptieren.
- Diskrepanzen herausarbeiten: Alkoholkranken deuten innere Widersprüche (Inkongruenzen oder Diskrepanzen) im Gespräch meist nur ganz kurz an. Aufgabe der psychosozialen Fachkraft ist es dann, diese im Gespräch aufzugreifen und weiterzuentwickeln, ohne die betroffene Person durch eine Art Beweisführung in die Enge zu treiben.
- Mit Widerstand flexibel umgehen: Psychosoziale Fachkräfte sollen Ambivalenz und Widerstand als Symptom der Erkrankung betrachten und diesen Verhaltensweisen empathisch begegnen.
- Selbstwirksamkeit stärken: Zuversicht vermitteln, dass Veränderungen möglich sind.

1989 traf Miller in Australien Stephen Rollnick, der mit Miller das erste Lehrbuch des MI veröffentlichte (Miller & Rollnick, 1991) und sich für eine Erweiterung der Anwendungsfelder

einsetzte. Seitdem wird MI bei den unterschiedlichsten psychischen Problemen und Störungen und bei der Behandlung chronischer körperlicher Erkrankungen eingesetzt, z. B. bei der Rehabilitation von Herz- und Gefäßerkrankungen, der Diabetesbehandlung oder bei der Betreuung von Betroffenen mit Bluthochdruck. Auch außerhalb des Bereichs der Suchtbehandlung zeigte sich eine Synergie von MI und anderen Interventionen (Miller & Rose, 2009).

3.2. Inkongruenzen im Motivational Interviewing – der Begriff der Diskrepanzen

Das Ansprechen von Inkongruenzen ist ein wichtiger Bestandteil der personenzentrierten Beratung und Therapie. Das Motivational Interviewing verwendet an Stelle des Inkongruenzbegriffs den Begriff der Diskrepanzen (Miller & Rollnick, 2015, S. 285 ff.) und meint damit alle internalisierten Widersprüche aufgrund der Kluft zwischen dem gegenwärtigen und einem erstrebten Zustand. Insofern stellt sich im MI nicht die Frage, wie Diskrepanzen im Verlauf der menschlichen Entwicklung entstehen. Im MI geht es darum, Diskrepanzen zu erkennen, sie gemeinsam mit der betroffenen Person zu entdecken, anzusprechen und herauszuarbeiten („develop discrepancies“, Miller & Rose, 2009).

Herausarbeiten von Diskrepanzen: Im Kapitel über das Herausarbeiten von Diskrepanzen (Miller & Rollnick, 2015, S. 285 ff.) führen die Autoren Beispiele für innere Widersprüche auf, die ausschließlich sekundären Inkongruenzen entsprechen, d. h. Folgen gesundheitsschädigenden Verhaltens. Die meisten Beispiele beziehen sich auf die Folgen des Alkoholkonsums. Diese Inhalte spielen bei allen Substanzkonsumstörungen und auch bei den nicht stoffgebundenen Süchten eine wichtige Rolle, vor allem in der Motivationsphase der Behandlung. Da das MI sich, wie oben erwähnt, als Kurzintervention versteht, ist es durchaus sinnvoll und nachvollziehbar, dass es sich überwiegend auf sekundäre Inkongruenzen konzentriert. Personen mit Substanzstörungen stellen sich die Frage, ob sie ihren Konsum ändern sollen, immer vor dem Hintergrund der Konsumfolgen.

Natürlich spielen auch primäre Inkongruenzen bei Alkoholkonsumstörungen eine bedeutsame Rolle, gerade bei Betroffenen mit schweren Belastungen und Traumata in der Vorgeschichte. In späteren Phasen der Therapie haben Betroffene in der Regel das Bedürfnis, sich auch mit der Frage zu beschäftigen, wie sie in den Konsum hineingeraten sind, und welche Rolle dabei ihr Leben vor dem Konsum spielt. In der personenzentrierten Beratung und Therapie ist es deshalb wichtig, beide Bereiche im Blick zu behalten.

Die Formulierung „Veränderung ist nur dann möglich, wenn die Menschen spüren, dass sie so akzeptiert werden, wie sie sind.“ (Miller & Rollnick, 2015, S. 289) macht die personenzentrierte Verwurzelung des MI deutlich. Miller und Rose (2009) prägten hierfür die Bezeichnung „MI Spirit“.

3.3. Erweiterung des Spektrums der Interventionen

Inzwischen erweiterten Miller, Rollnick und andere im Bereich des MI tätige Personen das Spektrum der Interventionen. Alle Interventionen ordneten sie vier Prozessen zu: Beziehungsaufbau, Fokussierung, Evokation und Planung (Miller & Rollnick, 2013, 2015). Der **Beziehungsaufbau** legt das zwischenmenschliche Fundament für den weiteren Prozess, in dem sich die betroffenen Personen als aktiv Teilnehmende erleben sollen. Voraussetzung dafür sind Empathie und Akzeptanz der helfenden Person, bei der Motivation vor allem gegenüber der Ambivalenz der Betroffenen und ihrer Tendenz zur Selbstrechtfertigung. **Fokussierung** bedeutet die Suche nach gemeinsamen Zielen. Der erste Schritt dieser Suche ist es, die Ziele der betroffenen Person nachzuvollziehen und darüber mit ihr ins Gespräch zu kommen. Die **Evokation**, d. h. der Prozess der Auseinandersetzung mit der Ambivalenz ist der Kern des MI. Bei dieser spielt das Herausarbeiten von Diskrepanzen, d. h. das Ansprechen von Inkongruenzen, eine entscheidende Rolle. Alle anderen Aspekte der Evokation – das Akzeptieren von Ambivalenz, das Fördern von change talk und das Bewahren einer neutralen Haltung – bereiten das Herausarbeiten von Diskrepanzen bzw. Inkongruenzen vor. Der Prozess der **Planung** dient der Vorbereitung von Veränderungen, die auf keinen Fall zu früh beginnen sollten. Den Weg einer Veränderung können betroffene und helfende Person erst planen, wenn sich die betroffene Person für ein bestimmtes Ziel entschieden hat.

Bei allen Prozessen spielen fünf Kernkompetenzen eine entscheidende Rolle: Offene Fragen stellen, würdigen, reflektieren, zusammenfassen sowie Informationen geben und Ratschläge erteilen (Miller & Rollnick, 2015, S. 51 ff.). Würdigen, Reflektieren und Zusammenfassen können als Teilaspekte empathischer Reaktionen verstanden werden. Informationen geben und Ratschläge erteilen werden im MI als Interventionen verstanden, die nicht lenkend, sondern unterstützend sind. Sie dürfen im MI erst dann eingesetzt werden, wenn die jeweils helfende Person weiß, dass diese von der jeweils betroffenen Person gewünscht werden (Miller & Rollnick, 2015).

Die 4. Auflage des Buchs (Miller & Rollnick, 2023) wurde umbenannt und heißt jetzt „Motivational Interviewing – Helping people change and grow“. Der Text wurde völlig neu geschrieben, die Beschreibung wurde übersichtlicher gestaltet, die Elemente des MI blieben die gleichen. Erweitert wurde

das Spektrum der Indikationen, das jetzt unter anderem allgemeine Gesundheitsversorgung, Bildungswesen, Coaching und Management umfasst. Vor allem soll der Einsatz von MI bei allen Indikationen den gesamten therapeutischen Prozess umfassen, nicht nur die ersten Schritte der Therapie (Brown & Miller, 1993; Bien, Miller & Boroughs, 1993).

Die folgende Fallvignette soll das personenzentrierte Vorgehen beim ersten Kontakt mit einer betroffenen Person erläutern. Die geschilderte Situation ist ausgesprochen typisch: ein Mann verbringt eine Nacht wegen einer Alkoholintoxikation in einem Krankenhaus, es ist offensichtlich, dass bei ihm alkoholbedingte Probleme bestehen. Die vorgeschlagenen verbalen Interventionen sind selbstverständlich nur eine von vielen möglichen Varianten.

Fallvignette

Ein 45-jähriger Fliesenleger, der wegen einer Alkoholvergiftung eine Nacht im örtlichen Krankenhaus behandelt werden musste, kommt am folgenden Tag nach entsprechendem Rat der behandelnden Ärztin und des Sozialdiensts in die Suchtberatungsstelle. Er berichtet:

„Gut, ich gebe zu, an diesem Abend war es zu viel. Aber das Gerede wegen dem Alkohol kann ich trotzdem nicht mehr hören. Mein Chef – eigentlich ist er ja ganz in Ordnung – hat mir auch schon gesagt, ich bin ein Alkoholiker und ich muss eine Therapie machen, ansonsten wirft er mich raus. Ich weiß nicht, ich halte das alles für völlig übertrieben. Gut, es stimmt, in letzter Zeit war es vielleicht etwas viel, und ich zittere etwas am Morgen, aber das ist doch kein Drama. Wenn ich eine Flasche Bier trinke, bin ich wieder fit, und ich bin ein guter Arbeiter, das hat er auch gesagt. Meine Frau sagt zwar auch, dass ich zu viel trinke, aber die regt sich sowieso wegen jedem Dreck auf.“ (Behr et al., 2020, S. 331 f.).

A. Beziehungsaufbau: Ambivalenzen ansprechen

Mögliche Gesprächseröffnung: Das Gefühl, dass alle maßlos übertreiben

Die Situation zusammenfassen

„Wenn ich das, was geschehen ist, richtig verstanden habe, kommen Sie gerade aus dem Krankenhaus. Sie sind dort behandelt worden, weil sie gestern zu viel getrunken haben, und die Mitarbeitenden dort haben Ihnen geraten, hierher zu kommen. Jetzt geht es Ihnen wieder gut, Sie sind hier in der Suchtberatungsstelle, und Sie wissen nicht so recht, was Sie hier sollen. Habe ich das richtig verstanden?“

Das Gefühl ansprechen, dass Andere die Situation viel ernster sehen als die betroffene Person.

„Alle sprechen vom Alkohol, und eigentlich haben Sie das Gefühl, dass die ganze Aufregung überzogen ist?“

B. Fokussierung

Ambivalenzen unmittelbar benennen

„Einerseits werden Sie gerade von mehreren Seiten mit Ihrem Trinkverhalten konfrontiert, andererseits sind Sie darüber genervt.“

C. Evokation (Auseinandersetzung mit der Ambivalenz)

Einzelne Diskrepanzen (Inkongruenzen) ansprechen, Antworten der betroffenen Person abwarten und darauf empathisch reagieren, aber auf keinen Fall ihre Aussagen inhaltlich bestätigen:

„Ihren Worten entnehme ich, dass es gestern dann doch zu viel war.“ Mögliche Ergänzungsfrage: „Wissen Sie, wie Sie ins Krankenhaus gekommen sind? Erinnern Sie sich, wie es Ihnen dort gegangen ist?“

„So ganz wohl fühlen Sie sich körperlich nicht. Zittern am Morgen ist ja nicht so angenehm?“

„Ihr Chef, sagen Sie, ist eigentlich in Ordnung. Und auch er macht sich Sorgen um Sie?“

Diskrepanzen zusammenfassen

„Ich höre von Ihnen, dass es derzeit in drei wichtigen Bereichen Ihres Lebens nicht wirklich rund läuft. Da sind die unangenehmen körperlichen Erfahrungen, die Sie machen. Sie waren eine Nacht wegen einer Alkoholvergiftung im Krankenhaus, Ihr Chef droht Ihnen die Kündigung an und Ihre Frau ist häufig ungehalten. Da stehen Sie ja von vielen Seiten gehörig unter Druck. Gleichzeitig möchten Sie aber den Alkoholkonsum erst einmal nicht verändern. Ich überlege, wie ich Ihnen helfen kann, auch um erst einmal etwas von dem Druck herauszunehmen. Das ist ja gerade alles sehr belastend für Sie.“

Informationen zur Diagnose anbieten

„An meinen Fragen merken Sie ja, dass ich mir, genau wie Ihr Chef, Sorgen um Sie mache. Ich frage mich, ob es Ihnen helfen würde, wenn ich aus meiner Sicht als Suchtberater versuche, Ihre Erfahrungen mit dem Alkohol einzuordnen?“ Bei entsprechender Zustimmung: „Sollen wir uns einmal den Befundbericht des Krankenhauses anschauen?“ Wenn er damit einverstanden ist und den Bericht gelesen hat: „Haben Sie Fragen zu dem was die Ärztin da geschrieben hat?“

D. Planung:

Informationen zur Therapie anbieten (nicht zu früh)

„Ich überlege mir, was Ihnen in der aktuellen Situation helfen könnte. Es gibt eine Reihe von Hilfsangeboten, die ich Ihnen gerne erst einmal vorstellen kann.“

Bei Zustimmung: Soll ich Ihnen erläutern, welche Möglichkeiten ich für Sie sehe?

3.4. *Das motivational Interviewing als wirksamste psychosoziale Einzelmaßnahme*

Gerade im Rahmen psychosozialer Behandlungen der Alkoholabhängigkeit ist es wichtig, Krankheitseinsicht und Motivation nicht nur zu Beginn, sondern auch im Verlauf der Therapie immer wieder zum Thema zu machen, in Erinnerung zu rufen, zu fördern und zu erhalten. Im Rahmen der Gesamtbehandlung – und nicht nur in der Motivationsphase – ist MI die wirksamste psychotherapeutische Einzelmaßnahme, d. h. die Einzelmaßnahme mit dem höchsten Evidenzgrad (DGPPN & DG Sucht, 2020, S. 340 ff.). Deshalb wird der Einsatz des MI in allen nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen.

3.5. *Inhalte beratender oder therapeutischer Gespräche*

Bei der Beratung und Behandlung von Personen mit Alkoholkonsumstörungen müssen helfende Personen mit Verhaltensweisen rechnen, die den Aufbau einer förderlichen Beziehung erschweren: Misstrauen, Ambivalenz, Selbstüberschätzung und Selbstrechtfertigung. Immer wiederkehrende Inhalte beratender und therapeutischer Gespräche sind Schuld- und Schamgefühle sowie die selbstkritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln (sekundäre Inkongruenzen), die Funktionalität des Alkohols (primäre Inkongruenzen) und der Umgang mit Rückfällen (Behr et al, 2020, S. 343 ff.; Fiedler, 2012; Finke, 2012).

3.5.1. *Misstrauen gegenüber helfenden Personen*

Es ist nicht selbstverständlich, dass Suchtkranke den beratenden und behandelnden Fachkräften einen Vertrauensvorschuss entgegenbringen. In der Regel müssen sich diese das Vertrauen der Betroffenen erarbeiten. Vor allem zu Beginn der Beratung oder Behandlung müssen sie damit rechnen, dass diese ihre Lage nicht wahrhaben wollen, sich schämen oder aus anderen Gründen nicht die ganze Wahrheit erzählen. Psychosoziale Fachkräfte werden nicht von vorneherein als Verbündete angesehen, sondern manchmal auch als Gegner (Beck et al., 1993, S. 54 ff.). Zur Empathie und Akzeptanz beim Beziehungsaufbau gehört deshalb die Fähigkeit, Misstrauen von Seiten der Betroffenen nicht als Angriff auf die eigene Person zu verstehen.

Oft versuchen Betroffene, den eigenen Alkoholkonsum zu verbergen, vor allem bei Rückfällen. Wenn dies nicht möglich ist, versprechen sie Besserung, die aber nicht eintritt. Empathie und Akzeptanz bedeuten, diese Verhaltensweisen klar zu benennen, ohne sie den Betroffenen vorzuwerfen.

3.5.2. *Selbstüberschätzung*

Viele Betroffene fassen den Entschluss, mit dem Trinken aufzuhören und erklären, so schwer könne das doch nicht sein.

In der Regel unterliegen sie damit einem Irrtum. Empathie bedeutet in diesem Zusammenhang, sie in diesem Irrtum zu begleiten und nicht durch drängende Überzeugungsversuche Brücken abzubauen.

3.5.3. *Selbstrechtfertigung*

Manche Betroffene erklären sich und anderen Personen, warum sie trinken oder getrunken haben, wobei diese Erklärungen in der Regel den Charakter von Rechtfertigungen haben. Aufgabe helfender Personen ist es dann, die in diesen Erklärungen enthaltenen Inkongruenzen bzw. Diskrepanzen aufzuzeigen und herauszuarbeiten (Behr et al., 2020, S. 344).

3.5.4. *Schuld- und Schamgefühle*

Zu den Themen, die regelmäßig in Suchtbehandlungen auftreten, zählt die Auseinandersetzung mit Schuld- und Schamgefühlen. Häufig erfahren die Betroffenen Ablehnung von anderen, ihnen unbekannten Personen, aber auch von den eigenen Angehörigen. In zahlreichen repräsentativen Befragungen zum Stigma psychischer Erkrankungen (Kilian et al. 2021; Schomerus et al., 2011) wurde deutlich, dass viele Menschen psychisch kranken Personen mit Ablehnung oder zumindest mit Vorsicht begegnen. In den letzten dreißig Jahren ist das Ausmaß sozialer Ablehnung gegenüber Personen mit depressiven Erkrankungen geringer geworden, bei Schizophrenien hat es jedoch zugenommen. Besonders ausgeprägt und teilweise sogar ansteigend ist die Ablehnung gegenüber Betroffenen mit Substanzkonsumstörungen (Pescosolido et al., 2021). Die Ablehnung von Seiten der nächsten Bezugspersonen steht in der Regel in Zusammenhang mit ihrem von den Bezugspersonen erlebtem Verhalten, v. a. im Rausch. Das führt zu ausgeprägten Selbstvorwürfen, die nicht selten Anlass zu weiterem Konsum geben und die Aufnahme und das Aufrechterhalten von Beratungen und Behandlungen erschweren.

Angesichts dieses Teufelskreises ist es von zentraler Bedeutung, was die Betroffenen anderen Personen angetan haben, zum Thema beratender und therapeutischer Gespräche zu machen. Gerade bei diesem Thema sollte das Verhalten helfender Personen dem Prinzip der empathischen und akzeptierenden Konfrontation folgen, um die selbstkritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln und die Entwicklung der Selbstempathie zu fördern.

3.5.5. *Ambivalenz*

Viele Betroffene sind oft hin und her gerissen: einerseits wollen sie ihre Lage nicht wahrhaben („Eigentlich ist doch alles noch in Ordnung“). Sie spüren oder wissen aber andererseits, dass irgendetwas nicht stimmt. Psychosoziale Fachkräfte müssen in der Lage sein, diese Ambivalenz einerseits wahrzunehmen

und zu akzeptieren, sie aber dennoch klar anzusprechen (Behr et al., 2020, S. 331, S. 343).

Die Idee der selbstkritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Ambivalenz in Hinblick auf das Therapieziel der Abstinenz prägte und prägt auch das in den 1930er Jahren entwickelte 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker (AA). Bereits der erste Schritt betont die Machtlosigkeit gegenüber dem Suchtmittel. Der Ausstieg aus dem Kampf gegen die Sucht ist die Grundlage für die weiteren Schritte der Veränderung. Diese fokussieren eine „furchtlose innere Inventur“ sowie eine Beziehungsklärung zu dem bedeutsamen persönlichen Umfeld (Anonyme Alkoholiker, 2011). In dem Selbsthilfekonzzept der AA bildet sich die Erfahrung ab, dass nur durch eine Veränderung persönlicher Wertmaßstäbe, innerer Einstellungsmuster und zwischenmenschlicher Beziehungen eine zufriedene Abstinenz erreichbar ist. Wenn sie gelingt, bedeutet das einen Gewinn an Lebensqualität.

3.5.6. Akzeptieren der Sucht

Sucht bedeutet Kontrollverlust. Das zu akzeptieren ist in der Regel eine kränkende und schmerzliche Erfahrung für die Betroffenen. In einer neuen, veränderten Sicht des Suchtgeschehens öffnet sich allerdings der Weg für eine stabil in der Person gründende Abstinenz. Entscheidend ist, dass die betroffene Person selbst zu dieser veränderten Betrachtungsweise ihrer Symptome und des Umgangs mit ihnen findet. Folgt sie lediglich äußeren Vorgaben bzw. von anderen übernommenen und verinnerlichten Normen, setzt sie den inkongruenten Umgang mit sich fort. Er orientiert sich dann nicht an den eigenen inneren Bedürfnissen und Motiven, sondern an vorgegebenen Entwürfen. Solche „Anpassungsleistungen“ sind bei Abhängigkeitskranken eher die Regel als die Ausnahme. Aufgabe des Therapeuten ist es, die sich darin ausdrückenden Befürchtungen, Ängste sowie Bedürfnisse und Wünsche angemessen zu verdeutlichen. Gleichzeitig gilt es aber auch die Erweiterung der Autonomie des Gegenübers zu betonen und ihren Ausbau zu unterstützen.

Die Entwicklung von Einsichten, die in der Person begründet sind, braucht ihre Zeit. Sie setzen eine Grundhaltung des Therapeuten voraus, die gekennzeichnet ist durch ein „Ja zur Person und ein Nein zum Suchtmittel“ (Feselmayer & Beiglböck, 2013). So gesehen wird auch ein nach seinem Selbstverständnis personenzentriert arbeitender Therapeut nicht ohne ein Wertesystem die Suchtbehandlung durchführen. Es sei daran erinnert, dass es kein Widerspruch ist, seinen Klienten offen und ohne Wertung zu begegnen, aber gleichzeitig sich bestimmten Grundsätzen verbunden zu fühlen. Das sich im Falle der abstinenzorientierten Suchttherapie daraus ableitende Therapieziel der dauerhaften Suchtmittelfreiheit sollte allerdings

den betroffenen Personen eindeutig vermittelt werden. Ist eine abstinenzorientierte Therapie zum aktuellen Zeitpunkt nicht erreichbar, kann ein reduzierter Konsum mit niedrigerem Risiko für Folgeschäden einen zeitlich begrenzten oder auch längerfristigen Kompromiss darstellen.

3.5.7. Empathie bei aggressivem Verhalten

Manche Betroffene können aggressiv sein, vor allem, wenn sie getrunken haben. Diese Aggressionen reichen von verbaler Ausfälligkeit, Hineingeraten in und Anzetteln von Schlägereien bis hin zur Gewalt in Familien. Diese Verhaltensweisen sollten im Rahmen von Beratung und Therapie klar missbilligt werden, ohne dabei die aggressive alkoholkrankte Person als solche abzulehnen.

Vor allem bei schweren Gewalthandlungen gegenüber anderen Personen ist ein Minimum an Bereitschaft zur Selbstkritik Voraussetzung für ein empathisches Gespräch, bei dem die Gedanken und Gefühle der Gewalt ausübenden Personen im Vordergrund stehen.

3.5.8. Kein bedingungsloses Wertschätzen aller Handlungen

Ein wichtiges personenzentriertes Prinzip ist es, Gedanken, Gefühle und Wünsche betroffener Personen zu akzeptieren und Konsum als Symptom der Krankheit zu sehen. Die Regel des bedingungslosen Akzeptierens gilt aber nicht für alle Handlungen, vor allem nicht für solche, bei denen andere Personen geschädigt werden. Hierzu zählen z. B. der gemeinschaftliche Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen in Krankenhäusern und Beratungsstellen oder Aggressionshandlungen. Psychosoziale Fachkräfte sollten zudem Unterstützung beim Vertuschen von Suchtmittelkonsum oder Gesetzesverstößen verweigern. Das heißt allerdings nicht, dass diese Verhaltensweisen zum Abbruch der Beratung oder Behandlung führen müssen.

3.5.9. Die Funktionalität des Alkoholkonsums

Meist wird es erst im weiteren Verlauf der Suchtbehandlung möglich sein, die primären Inkongruenzquellen zum Thema zu machen. Dazu zählen beispielsweise Erinnerungen an psychosoziale Belastungen und Traumata vor der Entwicklung der Sucht, an den von Beziehungspersonen vorgelebten gedankenlosen Umgang mit Alkohol oder an andere schlechte Vorbilder, an geringes Selbstwertgefühl, Ängste und an depressive Symptome.

Wie bei jeder personenzentrierten Beratung und Behandlung stehen das Erkennen und Herausarbeiten der Inkongruenzen mit dem Ziel ihrer Bewältigung im Vordergrund. In diesem Zusammenhang wird es für die Person zunehmend klarer, wofür

und wogegen sie den Alkohol eingesetzt hat. Vor allem haben die Betroffenen die Möglichkeit, sich mit klarem Kopf den Belastungen und Traumata zuzuwenden, die sie vorher mit Alkohol und eventuell anderen Substanzen überdeckt haben.

3.5.10. Rückfälle erkennen und ansprechen

Ein Thema, das in jeder Suchtbehandlung Raum finden muss, sind die Erfahrungen mit und die Ängste vor Rückfällen. Wenn die betroffenen Personen Vorboten eines Rückfalls frühzeitig erkennen und auf den Umgang mit Rückfallgefahren oder Rückfällen vorbereitet sind, können sie in solchen Situationen dabei handlungsfähig bleiben. Wer sich rational und emotional für den Weg der Abstinenz entschieden hat, wird bestrebt sein, Rückfälle zu vermeiden, gleichzeitig aber auch damit rechnen solche zu erleben. Die von manchen Betroffenen vertretene Überzeugung, nach einem Rückfall sei das erneute Abgleiten in den Suchtkreislauf unvermeidlich, lähmt sie in Situationen, in denen sie durchaus noch die Möglichkeit haben, Schlimmeres zu verhindern.

Seitens der helfenden Personen ist es wichtig auf Vorboten eines Rückfalls zu achten, diese zu benennen und zu signalisieren, dass die Betroffenen drohende und erst recht eingetretene Rückfälle immer zum Thema machen sollen. Das ist nur möglich, wenn die helfenden den betroffenen Personen aufgrund eines Rückfalls keine Vorwürfe machen. Es ist immer wieder erstaunlich, wie hartnäckig sich im Erleben der Betroffenen die Einstellung hält, sie würden von ihren Therapeuten für einen Rückfall verurteilt und abgelehnt. Dazu hat sicher auch eine langjährige Behandlungspraxis beigetragen, rückfällige Betroffene sofort aus der jeweiligen therapeutischen Maßnahme zu entlassen und damit den Eindruck zu vermitteln, Rückfälle erforderten eine unmittelbare und harte Strafe.

3.5.11. Rückfälle als Anlass zum Abbruch der Beratung oder Behandlung von Seiten der Institution

In Kliniken wurden Patienten früher oft bereits nach dem ersten kurzen Rückfall „disziplinarisch“ entlassen. Diese Praxis wurde in den vergangenen Jahren geändert. Zum einen wird der Begriff der disziplinarischen Entlassung zunehmend kritisch gesehen, weil eine Klinik ein Ort der Behandlung und nicht der Disziplinierung ist. Zum anderen brauchen die Betroffenen nach einem Rückfall besondere Unterstützung, um das Geschehnis schnell beenden zu können. Schließlich verstärkt eine „Strafmaßnahme“ wie die „disziplinarische“ Entlassung die Tendenz der Betroffenen, sich die Rückfälle vorzuwerfen. Das wiederum kann zum nächsten Rückfall führen.

Auf der anderen Seite sollen Kliniken so weit als möglich suchtmittelfreie Räume sein. Wiederholte Rückfälle können dort Risiken für andere Betroffene darstellen und so das Klima

des Bemühens um das gemeinsame Ziel der Abstinenz gefährden. Dies scheint bei opiatabhängigen Patienten noch ausgeprägter zu sein als bei anderen Suchtkranken. Deshalb wird die Behandlung bei dieser Gruppe von Betroffenen oft schon beim ersten Rückfall auf Veranlassung der Klinik beendet. Viele Kliniken bieten aber Wiederaufnahmetermine an.

Bei ambulanten Beratungen und Behandlungen ist es wesentlich besser möglich, Rückfälle zu akzeptieren, da andere Betroffene hierdurch nicht gefährdet werden. Hier gilt die oben angesprochene Regel, Betroffene nicht fallen zu lassen und den Kontakt bei Rückfällen nicht abbrechen zu lassen.

3.5.12. Empathie gegenüber Angehörigen

Angehörige leiden unter trinkenden Familienmitgliedern auf verschiedene Weise (Behr et al, 2020, S. 346; Heinz, 2012). Alkoholranke Väter oder Mütter nehmen nicht mehr am Familienleben teil. Sie fallen als Ehepartner und als Elternteil in vielerlei Hinsicht aus. Eines der Kinder, oft die älteste Tochter, übernimmt einen Teil der Elternrolle, obwohl eigentlich sie selbst elterliche Zuwendung und Sorge benötigt.

Alkoholranke Väter werden nicht selten gewalttätig gegenüber Frau und Kindern. Die Mütter sind dann oft hilflos und versuchen, trinkende Väter gegenüber Außenstehenden zu schützen. Wenn Kinder die Aggressionshandlungen des eigenen Vaters miterleben oder selbst zu Opfern werden, leben sie in ständiger Angst vor weiterer Gewalt.

In dieser Situation ist nicht nur empathische Zuwendung erforderlich. Die betroffenen Angehörigen benötigen konkrete Hilfen wie z. B. die Möglichkeit, in einem Frauen- und Kinderschutzhaus unterzukommen und Beratung über die weiteren Möglichkeiten zu erhalten.

Es muss jedoch damit gerechnet werden, dass die von familiärer Gewalt betroffenen Frauen nach einer gewissen Zeit wieder zu ihren Männern zurückkehren und das Leben weitergeht wie zuvor. Für psychosoziale Fachkräfte ist es oft nicht leicht, das hinzunehmen und die betroffenen Familien auch weiterhin empathisch zu begleiten, wenn diese es wünschen.

3.5.13. Weitere Elemente der Beratung und Therapie

Körperpsychotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie: Die meisten Therapien arbeiten mit dem Medium der Sprache. Körperpsychotherapeutische Modelle (Kern, 2012) lenken den Blick der Betroffenen auf ihren Körper, Kunst- und Musiktherapie auf die Wahrnehmung und Gestaltung mit optischen und akustischen Mitteln (DGPPN, DG Sucht, 2020, S. 328, 354 ff.). Sie können die Möglichkeit eines nichtsprachlichen Zugangs zum Erleben der betroffenen Personen eröffnen.

Psychoedukation im Einzel- und Gruppensetting, Einbeziehung von Informationen in die Behandlung: Die

Grundidee der Psychoedukation bei Alkoholkranken ist es, die Betroffenen über die Alkoholkonsumstörung zu informieren, gemeinsam mit den Betroffenen ein sinnvolles Krankheitskonzept zu entwickeln und die Bereitschaft zur Veränderung auf der Basis gemeinsam erarbeiteten Wissens zu fördern.

Bei alkoholgefährdeten Personen haben pädagogische Vorgehensweisen, die sich an diesen Gedanken orientieren, unter anderem in der Präventionsarbeit eine lange Tradition. Ein Beispiel hierfür sind die zahlreichen Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) und die Merkblätter der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS).

Informationsvermittlung in Gruppen ist seit langem ein Element der Beratung und Behandlung Suchtgefährdeter und Suchtkranker. Betroffene beziehen Sachinformationen jedoch häufig nicht auf sich und ihr Leben. Deshalb ist es sinnvoll, den Sachthemen von Psychoedukationsgruppen systematisch Inhalte emotionalen Erlebens zuzuordnen. Dabei werden gerade solche Erfahrungen angesprochen, die die Betroffenen nicht wahrhaben wollen und deren sie sich schämen. Luderer (2016) schlug u. a. folgende Kombinationen vor:

- Sachinhalt: Normales Trinken, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit. Emotionale Inhalte: Erleben von Craving („Suchtdruck“), Selbstrechtfertigung.
- Sachinhalt: Alkoholwirkung, Alkoholrausch. Emotionaler Inhalt: Verhalten im Rausch (Rückzug, Aggression), positive Rauscherfahrungen.
- Sachinhalt: Körperliche Alkoholfolgeerkrankungen. Emotionaler Inhalt: Umgang mit dem eigenen Körper.
- Sachinhalt: Rückfälle. Emotionale Inhalte: Umgang mit Versuchungssituationen, Erleben von Suchtdruck, Vermeiden von Rückfällen, Verhalten bei drohendem Rückfall, Verhalten bei beginnendem Rückfall. Gefahr der Selbstüberschätzung oder des Nicht-wahrhaben-Wollens eines drohenden oder beginnenden Rückfalls.

Die emotionalen Inhalte helfen den Betroffenen, sich aktiv an den Psychoedukationsgruppen zu beteiligen und ihr Erleben später in Psychotherapiegruppen und Einzelgespräche einzubringen (Luderer, 2016).

Andere Formen der Gruppenarbeit in der Suchttherapie:

Bei der Beratung und Behandlung von Substanzkonsumstörungen spielt die Gruppenarbeit auch außerhalb der Psychoedukation eine zentrale Rolle. Dabei gibt es kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppen mit dem Ziel einer Veränderung von Denk- und Verhaltensmustern, und Gruppen, bei denen die Teilnehmenden die Möglichkeit haben, in freier Form ihr Leben mit dem Alkohol und ihr Leben vor Beginn des übermäßigen Trinkens zu thematisieren.

Die freieren Formen von Gruppen arbeiten mit den Wirkfaktoren des interaktionellen Prozesses von gleichermaßen

betroffenen Individuen, die sich gegenseitig unterstützen. Dadurch können sie dazu beitragen, die Entwicklung von konstruktiven Einstellungen und Grundhaltungen, die der Bewältigung der Suchterkrankung förderlich sind, zu unterstützen. Die therapeutische Situation kann sowohl ein Abbild als auch ein Übungsfeld für die Situationen des realen Lebens werden (Bensel, 2012, 2003). Durch die Rückmeldungen der anderen Teilnehmenden erfährt das einzelne Gruppenmitglied eine intensive Spiegelung der eigenen Einstellungen, Kompetenzen und Defizite. Die therapeutische Gruppe ist somit ein Erfahrungsfeld für das Selbst in der sozialen Interaktion. Neben dieser effektiven und von hoher Echtheit und Verbindlichkeit gekennzeichneten Selbsterfahrung bietet sich die Gruppe auch als Erprobungsraum für neue oder in den Hintergrund geratene soziale Fähigkeiten des Einzelnen an.

Über das Erleben mitfühlenden Verstehens durch andere Teilnehmende oder idealerweise durch die Gruppe als Ganzes, kommt das personenzentrierte Therapieprinzip der Empathie auf tiefgreifende und besonders eindrückliche Weise zum Ausdruck. Gleiches bewirkt die in der Regel zu beobachtende solidarische, gegenseitige Hilfestellung innerhalb der therapeutischen Gruppe. Von zentraler Bedeutung ist schließlich auch die Möglichkeit sich mit anderen, gleichermaßen Betroffenen identifizieren zu können und zu erkennen dass es anderen ebenso geht. Yalom (1995) spricht in diesem Zusammenhang von der Erfahrung der „Universalität des Leidens“ und erfasst damit einen grundlegenden Wirkfaktor von Therapie aber auch von Selbsthilfegruppen im Bereich der Suchttherapie. Das Gefühl, bei gleichermaßen Betroffenen angekommen zu sein, sich für sein Verhalten und seine Erkrankung nicht rechtfertigen zu müssen, zu erfahren, dass andere Teilnehmende das verstehen, was andere nur schwer oder gar nicht begreifen können, bedeutet eine intensive Erfahrung von Wertschätzung und Akzeptanz (Bensel, 2003, 2012).

Voraussetzung für förderliche Entwicklungsbedingungen ist jedoch eine spezifische Atmosphäre innerhalb der Gruppe. Hierbei ist die leitende Person gefordert, ein entsprechendes Gruppenklima aktiv gestaltend in die Wege zu leiten, d. h. einen Prozess zu gestalten, der Achtsamkeit, Einfühlungsvermögen und Authentizität gegenüber dem Einzelnen und der Gemeinschaft betont. Diese Haltung sollte Modell sein für den Umgang der Teilnehmenden miteinander, sodass eine der Gemeinschaft inhärente, wachstumsfördernde Energie frei werden kann. Konstruktive Gruppenprozesse dieser Art werden von den Teilnehmenden gewöhnlich auch als solche wahrgenommen und äußern sich in dem Erleben, in der jeweiligen Gemeinschaft gut aufgehoben zu sein. Das macht ihnen Mut, jene Seiten zum Ausdruck bringen, die sie anderen gegenüber bisher verborgen haben. Rogers (1970, S. 51) sieht die zentralen Aufgaben

der Gruppenleitung („facilitator“) darin, gegenüber den einzelnen Gruppenmitgliedern positiv zugewandt, empathisch und kongruent zu sein und vor allem Sicherheit zu vermitteln („I wish very much to make the climate psychologically safe for the individual.“). Dies gilt auch und besonders für Gruppen von Personen mit Substanzkonsumstörungen.

4. Fazit

In dem vorliegenden Beitrag wird zunächst das Störungsbild der Alkoholkonsumstörung dargestellt und dabei Trinkmuster, Epidemiologie, Komorbidität und die Entwicklung vom vermehrten Trinken bis hin zum Abhängigkeitssyndrom thematisiert. Dabei wurde das Bemühen der Betroffenen aufgezeigt, zunächst vor den sich langsam einstellenden Folgen des Konsums die Augen zu verschließen und das Bild aufrechtzuhalten, alles sei noch in Ordnung.

Die Darstellung der Folgen des Alkoholkonsums verdeutlicht, auf welche Weise Alkoholkonsumstörungen Lebensqualität für Betroffene und Angehörige sowie eigene Lebensjahre kosten.

Bei der Darstellung von Beratung und Therapie wurden Therapieziele, Motivationsprozesse und das Erleben von inneren Widersprüchen (Inkongruenzen) zwischen Selbstbild und Erfahrung diskutiert. Dabei ist es sinnvoll, zwischen zwei Gruppen von Inkongruenzquellen zu unterscheiden: Belastungen und Traumata, die in den Alkoholkonsum hineinführen (primäre Inkongruenzen), und Folgen des vermehrten Trinkens, wie z. B. Probleme in der Familie, bei der Arbeit, bei sozialen Kontakten und nicht zuletzt das Erleben körperlicher Folgen (sekundäre Inkongruenzen). Betroffene neigen dazu, das Erleben primärer und sekundärer Inkongruenzen durch Alkoholkonsum zu unterdrücken, d. h. die Augen vor den früheren Problemen und vor den Folgen des Trinkens zu verschließen.

Inhalte beratender und therapeutischer Gespräche können viele Bereiche umfassen: Misstrauen der Betroffenen gegenüber helfenden Personen, Ambivalenz gegenüber Veränderungen, Selbstüberschätzung, Selbstrechtfertigung sowie Schuld- und Schamgefühle. Schließlich wurde die Empathie gegenüber Angehörigen, den Umgang mit Rückfällen und weitere Elemente der Therapie angesprochen. Insgesamt wurde in dieser Arbeit aufgezeigt, wie es möglich ist, gegenüber Personen mit schweren Alkoholkonsumstörungen empathisch, akzeptierend und kongruent zu sein und zu bleiben.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing. Deutsch: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Hogrefe.
- Anonyme Alkoholiker (Hrsg.) (2011). *Anonyme Alkoholiker – Ein Bericht über die Genesung alkoholkranker Männer und Frauen*. Marktoberdorf: Schnitzlerdruck.
- Antons K. & Schulz, W. (1976). *Normales Trinken und Suchtentwicklung*. Bd. 1. Hogrefe.
- Bachmeier, R.; Feindel, H.; Herder, F.; Kemmann, D.; Kersting, S.; Lange, N.; Medenwaldt, J.; Mielke, D.; Missel, P.; Premper, V.; Schneider, B.; Strie, M.; Verstege, R.; Kreutler, A. & Weissinger, V. (2017). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell* (1), 53–69.
- Beck, A. T.; Wright, F. D.; Newman, C. F. & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. The Guilford Press.
- Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020). Störungen durch Alkohol und andere psychotrope Substanzen. In: Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020). *Gespräche hilfreich führen. Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen*, S. 331–359. Beltz-Juventa.
- Bem, D. J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review* 74, 183–200.
- Bem, D. J. (1972). *Self-perception theory*. In: Berkowitz, L. (ed.). *Advances in experimental social psychology*, Vol. 6. Academic Press
- Bensel, W. & Fiedler, D. (2012): *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. GwG-Verlag, S. 211–234.
- Bensel, W. (2003). Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 34, 67–74.
- Bensel, W. (2010). Der gesprächspsychotherapeutische Ansatz. In: Vogelgesang, M. & Schuhler, P.: *Psychotherapie der Sucht*. Pabst Science Publishers, S. 73–91.
- Bensel, W. (2012). Die personenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. In: Bensel, W. & Fiedler, D. (Hrsg.). *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. GwG-Verlag, S. 45–64.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Borouh, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21(4), 347–356. <https://doi.org/10.1017/S135246580001167X>
- Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7(4), 211–218. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.7.4.211>
- Castillo-Carniglia, A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., & Cerdá, M. (2019). Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry*, 6(12), 1068–1080. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30222-6)
- Davies, D. L. (1962). Normal drinking in alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 23, 94–104.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-SUCHT) (2020). *Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. Version: Dezember 2020. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html>, Abgerufen am 26.05.2024.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2019). *Jahrbuch Sucht 2019*. Pabst Science Publishers.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2022). *Jahrbuch Sucht 2022*. Pabst Science Publishers, S. 33–51.

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2023). *Das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen: Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol*. <https://alkoholpolitik.de/component/jdownloads/?task=download.send&id=439:empfehlungen-zum-umgang-mit-alkohol&catid=4&m=0&Itemid=101>
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2022). Alkoholatlas Deutschland 2022. https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/Buecher_und_Berichte/2022_Alkoholatlas-Deutschland-2022_Auf-einen-Blick.pdf
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2015). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper*. 8. überarbeitete Auflage. Hogrefe.
- Dilling, H.; Mombour, M. & Schmidt, M.H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber.
- Feselmayer, S. & Beiglböck, W. (2013). Personenzentrierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 4, 270–276.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Fiedler, D. (1998). Psychische Störungen durch Alkohol und ihre gesprächspsychotherapeutische Behandlung. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 29, 108–118.
- Fiedler, D. (2012). Ein personenzentriertes Störungs- und Interventionsmodell bei Suchtproblemen. In: Bense, W. & Fiedler, D.: *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. GwG-Verlag, S. 65–81.
- Finke, J. (2012). Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie der Alkoholabhängigkeit. In: Bense, W. & Fiedler, D. (Hrsg.). *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. GwG-Verlag, S. 83–102.
- Gauls, F. (2012). Der personenzentrierte Ansatz in der Behandlung des pathologischen Glücksspielens. In: Bense, W. & Fiedler, D.: *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. GwG-Verlag, S. 211–234.
- Gauls, F. (2025). Glücksspielsucht und Computerspielsucht aus personenzentrierter Sicht. *Person* 29, S. 58–71.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 392, 1015–1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- Heinz, A.M. (2012). Die Arbeit mit Angehörigen im Kontext einer Suchtberatungsstelle aus personenzentrierter Sicht. In: Bense, W. & Fiedler, D. (Hrsg.). *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. GwG-Verlag.
- Helzer, J.E., Robins, L.N., Taylor, J.R., Carey, K., Miller, R.H., Combs-Orme, T., & Farmer, A. (1985). The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. *The New England journal of medicine*, 312 (26), 1678–1682. <https://doi.org/10.1056/NEJM198506273122605>
- Henssler, J., Müller, M., Carreira, H., Bschor, T., Heinz, A. & Baethge, C. (2021). Controlled drinking—non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*, 116: 1973–1987. <https://doi.org/10.1111/add.15329>
- Hrobosky, C. (2023). „Kein Alkohol ist auch keine Lösung“. Kontrolliertes Trinken aus Personenzentrierter Perspektive. *Person* 27, S. 103–113
- Isaacs, J. Y., Smith, M. M., Sherry, S. B., Seno, M., Moore, M. L., & Stewart, S. H. (2022). Alcohol use and death by suicide: A meta-analysis of 33 studies. *Suicide & life-threatening behavior*, 52(4), 600–614. <https://doi.org/10.1111/sltb.12846>
- John, U., Hanke, M., Freyer-Adam, J., Baumann, S. & Meyer, C. (2022). *Alkohol*. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2022*. Pabst Science Publishers. S. 33–51.
- Kern, E. (2012). Personenzentrierte Körperpsychotherapie bei Suchterkrankungen. In: Bense, W. & Fiedler, D. (Hrsg.). *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M. C.; Anthony, J. C., Graaf, R. Demyttenaere, K.; Gasquet, I., Girolamo, G. Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A.; Levinson, D.; Medina Mora, M. E.; Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J.; Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B. E., Berglund, P., Gruber, M. J., Petukhova, M., Chatterji, S. & Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 6, 168–176.
- Kilian, C., Manthey, J., Carr, S. Hanschmidt, F., Jürgen Rehm, J., Speerforck, S. & Schomerus, G. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 45, 899–911. <https://doi.org/10.1111/acer.14598>
- Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, 61 (3), 147–174.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Sucht-gefahren* 34, 157–171.
- Luderer, H. J. (2016). Psychoedukation bei Alkoholabhängigkeit. In: Bäuml, J., Behrendt, B., Henningsen, P. & Pitschel-Walz, G.: *Handbuch der Psychoedukation* (S. 110–121). Schattauer.
- Luderer, H. J. (2020). Diagnosen stellen und dabei personenzentriert sein. *Person* 24 (1), 16–28.
- Luderer, H. J. (2022). Carl Rogers und sein Beitrag zur Entwicklung von Beratung und Psychotherapie. Schwerpunkt: Carl R. Rogers zum 120. Geburtstag. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 53 (3), 6–12.
- Luderer, M., Kiefer, F., Reif, A., & Moggi, F. (2019). ADHS bei erwachsenen Patienten mit Substanzkonsumstörungen. *Der Nervenarzt*, 90(9), 926–931. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0779-2>
- Luderer, M., Ramos Quiroga, J. A., Faraone, S. V., Zhang James, Y., & Reif, A. (2021). Alcohol use disorders and ADHD. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 128, 648–660. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.010>
- Mann, K.F., Diehl, A., Hein, J. et al. (2012). Alkoholabhängigkeit. In: Vorderholzer U, Hohagen F (Hrsg.). *Therapie psychischer Erkrankungen*. Elsevier, S. 22–36.
- Merikangas, H. R. & McClair, V. L. (2012). Epidemiology of substance use disorders. *Human Genetics* 131, 779–789.
- Miller W. R., Baca L. M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy* 14, 441–448.
- Miller W. R., Taylor C. A., West J. C. (1980). Focused versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 590–601.
- Miller, W. R. & Moyers, T. B. (2017). Motivational interviewing and the clinical science of Carl Rogers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 757–766. <https://doi.org/10.1037/ccp000179>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press, New York 1991.
- Miller, W. R. & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist* 64, 527–537.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). Motivational Interviewing. Helping people change. Guilford. Deutsch: Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung*, 3. Auflage. Lambertus.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2023). *Helping people change and grow, fourth edition*. Guilford.

- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2024). Why Motivational Interviewing Is a Person-Centered Approach. *Sucht* 70, Nr. 2, Published Online: 9 Apr 2024 Doi: <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000862>
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht* 59(6), 321–331.
- Pendery, M. L., Maltzman, I. M. & West, R. J. (1982). Controlled Drinking by Alcoholics? New Findings and a Reevaluation of a Major Affirmative Study. *Science* 217, 169–175. DOI: 10.1126/science.7089552Henssler et al., 2021).
- Pescosolido, B. A., Halpern-Manners, A., Luo, L. & Perry, B. (2021). *Trends in Public Stigma of Mental Illness in the US, 1996–2018*. JAMA Netw Open 4(12):e2140202. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.40202
- Polich, J. M., Armor, D. J. & Braker, H. B. (1980). Patterns of alcoholism over four years. *Journal of Studies on Alcohol* 41, 397.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). The transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19, 276–288.
- Rogers C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21, 95–103.
- Rogers C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework. In: Koch, S. (Hrsg.). *Psychology: A Study of a Science Vol. 3*. New York (Mc Graw-Hill), S 184–256. Deutsch: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. GwG, 1987.
- Rogers, C. R. (1970). *On Encounter Groups*. Harper and Row.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G. & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and Alcoholism* 46, 105–112.
- Schomerus, G., Schindler, S., Sander, C., Baumann, E., & Angermeyer, M. C. (2022). Changes in mental illness stigma over 30 years – Improvement, persistence, or deterioration? *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 65(1), e78. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2337>
- Seitz, H. K., Bühringer, G., & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. *Jahrbuch Sucht*, 7, 205–209.
- Shaw, G. K., Waller, S., Latham, C. J., Dunn, G. & Thomson, A. D. (1997). Alcoholism: a longterm follow-up study of participants in an alcohol treatment program. *Alcohol and Alcoholism* 32(4), 527–535.
- Speierer, G. W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM)*. Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung. Asanger.
- Speierer, G. W. (2012). Das Differentielle Inkongruenzmodell in der Suchtkrankenbehandlung. In: Bensel, W., Fiedler, D.: *Personzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. Köln: GwG-Verlag, S. 103–144.
- Speierer, G. W. (2013). *Die Differenzierung der Inkongruenz als Ansatz für Beratung*. In: Gahleitner, S., Maurer, I., Ploil, E. O. & Straumann, U. (Hrsg.): *Personzentriert beraten: alles Rogers ?* Beltz Juventa, S. 81–98.
- WHO (Hrsg.) (2022). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>. Deutsch (Entwurfssfassung): *ICD-11 Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken (MMS)* (Version: 2024-01). https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic books, HarperCollins Publishers.