

Vorwort der Herausgeberinnen zur 3. Auflage

Ein Jahrzehnt nach ihrer Ersterscheinung und fünf Jahre nach der überarbeiteten zweiten Auflage war es sinnvoll, die „Psychotherapie der Sucht“ erneut zu aktualisieren.

Hierbei erfolgte eine Anpassung an neue Erkenntnisse und eine kritische Auseinandersetzung mit aktuellen Themenbereichen.

Unter Beibehaltung unseres Schwerpunktes der spezifischen Behandlung von Sucht und komorbiden Störungen haben wir in dieser Auflage die psychischen Störungen mit Schnittmengen zu Suchterkrankungen expliziert und erweitert, zum Beispiel um den pathologischen PC-/Internetgebrauch.

Dies machte unter anderem eine Neuordnung unserer Kapitelfolge erforderlich.

Es war unser Bestreben, auch mit dieser Überarbeitung unserer Tradition zu folgen, jahrzehntelange Erfahrungen im Bereich der Suchttherapie mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen abzugleichen und auf dieser Basis einen differenzierten Beitrag zum Diskurs hinsichtlich einer nachhaltig erfolgreichen Psychotherapie der Sucht und angrenzender Gebiete zu leisten.

Besonders bedanken möchten wir uns bei den Autoren der einzelnen Kapitel, die die Überarbeitung ihrer Bereiche mit großem Sachverstand verfolgt haben, sowie bei unseren PatientInnen, ohne die dieses praxisorientierte Werk nicht denkbar wäre.

Münchwies, im Juni 2016

Monika Vogelgesang und Petra Schuhler

Vorwort der Herausgeberinnen

(2. Auflage)

Die guten Rückmeldungen, die wir bezüglich der ersten Auflage dieses Buches erhielten, gingen nicht selten mit der Frage einher, wieso keine Kapitel über die Komorbidität von Sucht und Angst bzw. depressiven Störungen vorlagen. Da es sich hierbei um sehr häufige Konstellationen handelt, haben wir diese Anregungen gerne aufgegriffen und die zweite Auflage entsprechend erweitert. Vor die Darstellung der Behandlung von Suchterkrankungen und spezifischen komorbiden Störungen wurde nun ein Kapitel gestellt, welches generell das Phänomen der psychischen Begleiterkrankungen bei Substanzabhängigkeit aus verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet. Darüber hinausgehend erschien es uns sinnvoll, der Traumatherapie bei SuchtpatientInnen geschlechtsübergreifend ein eigenes Kapitel zu widmen. Die Herausnahme dieses Bereiches aus dem Kapitel für frauenspezifische Behandlungsansätze schuf hier den notwendigen Raum für die Darstellung weiterer wesentlicher Aspekte. Die Adipositas nimmt in unserem Kulturkreis epidemieartig zu, gleichzeitig verbreitet sich jedoch, wegen der mangelnden Nachhaltigkeit der üblichen Behandlungskonzepte, eine resignative Haltung. Vor diesem Hintergrund besteht ein großes Interesse, mehr über den Münchwieser Therapieansatz zu erfahren, der bei bestehender gravierender Adipositas auch dann suchtherapeutische Elemente mit einschließt, wenn bei den Betroffenen keine Substanzabhängigkeit vorliegt. Auf der Grundlage der Inhalte der ersten Auflage wurde im Sinne einer umfassenderen Darstellung dieses Kapitel vollkommen neu geschrieben.

Münchwies, im Juli 2010

Monika Vogelgesang und Petra Schuhler

Vorwort der Herausgeberinnen

(1. Auflage)

Vor noch nicht allzu langer Zeit verband man noch Begriffe wie „Aufbewahrung“ oder „Aussonderung“ mit den Maßnahmen, die man Süchtigen angedeihen ließ. Die Prognose bezüglich einer hierdurch zu erzielenden Besserung des Leidens wurde gemeinhin als schlecht bis hoffnungslos eingestuft. Die Psychotherapie hatte sich sozusagen resigniert von der Sucht abgewandt.

In der jüngeren Vergangenheit hat sich bezüglich des Ansehens der Suchttherapie ein erstaunlicher Wandel vollzogen. Aus dem einstigen Problemkind wurde unversehens der Klassenprimus.

Interessanterweise führte gerade das alttradierte Misstrauen, das man dem Suchtbehandlungsbereich entgegengebracht hatte, dazu, dass man hier, lange bevor der Begriff der evidenzbasierten Medizin bekannt wurde, damit begann großangelegte, umfassende und kontinuierliche Katamneseuntersuchungen durchzuführen. Diese belegten dann die weltweit führende Effektivität der Suchttherapie in der deutschen Rehabilitation.

Die Ursachen dieses Erfolges sind sicher vor allem darin begründet, dass die Suchttherapie in der medizinischen Rehabilitation einen idealen, ihrem bio-psycho-sozialen Bedingungsgefüge entsprechenden Nährboden fand. Sie nimmt die Lebenswirklichkeit des Einzelnen, seine soziale Umwelt, die Arbeitsbedingungen, den Freizeitbereich und dort sowohl pathogene wie salutogenetische Faktoren in den Blick. Hier wurde eine Komposition differenzierter therapeutischer Vorgehensweisen eingesetzt, spezifische suchtttherapeutische Vorgehensweisen wurden elaboriert, aber auch Techniken der Allgemeinpsychotherapie wurden auf ihre Tauglichkeit für die Suchtbehandlung überprüft und angepasst.

Inzwischen ist der Austausch zwischen Psychotherapie und Suchttherapie schon lange nicht mehr einseitig. Suchttherapeutische Vorgehensweisen und Konstrukte, so z.B. gruppentherapeutische Vorgehensweisen und das Prinzip der Eigenverantwortlichkeit, haben auch andere Psychotherapiefelder bereichert.

Die Psychosomatische Fachklinik Münchwies hat seit ihrer Gründung im Jahre 1977 die Entwicklung hin zu einer hochprofessionellen, wissenschaftlich fundierten Suchttherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation mitgemacht und vielfach auch initiiert. In dem vorliegenden Band stellen langjährige MitarbeiterInnen des Hauses hier entwickelte bzw. an die Suchttherapie adaptierte Therapieverfahren vor,

die sich in der Praxis sehr gut bewährt haben. Eingeordnet in einen wissenschaftlich konzeptuellen Hintergrund leben die Beiträge aus dieser praktischen Erfahrung. Dies soll es den in der Suchttherapie Tätigen ermöglichen, die dargestellten Vorgehensweisen praktisch einzusetzen.

Das Werk erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wir entscheiden uns dafür, lieber ausgewählte Behandlungsbereiche ausführlicher darzustellen, als für eine möglichst umfassende, aber deshalb notgedrungen nur knappe Auflistung der gesamten Palette suchtherapeutischer Vorgehensweisen.

Die dargestellten Maßnahmen sind auf die Münchwieser Klientel zugeschnitten, d.h. ausreichend bis gut gebildete erwachsene Männer und Frauen aus der Mittelschicht. Insofern repräsentieren die Betroffenen soziodemographisch die Majorität der Süchtigen in Deutschland. Allerdings liegt sicher insofern eine Abweichung zu dieser „stillen Mehrheit“ der Süchtigen vor, als bei den Münchwieser Suchtpatienten ein hoher Anteil an psychischer Komorbidität zu finden ist. Dies spiegelt sich auch in den beschriebenen therapeutischen Vorgehensweisen wider.

Wir möchten darauf hinweisen, dass wir unsere Darstellung selbstverständlich nicht als starre Fixierung des Endzustandes eines Elaborationsprozesses verstehen. Wie jede gute Therapie kann auch Suchttherapie nicht statisch sein. Zukünftig werden neue Konstellationen auch weiterhin die suchtherapeutische Kreativität herausfordern. In diesem Sinne möchten wir auch Sie, verehrte Leserinnen und Leser, dazu ermutigen, unsere Konzepte nicht nur zu erproben, sondern sie auch nach den sich ergebenden Erfordernissen entsprechend weiterzuentwickeln.

Unser besonderer Dank gilt den Autorinnen und Autoren dieses Bandes, die es auf sich genommen haben, mit großem Engagement neben der mehr als zeitfüllenden klinischen Tätigkeit in unserem Hause die vorliegenden Beiträge zu verfassen.

Jörg Petry steht für die verhaltenstherapeutische Ausrichtung der Suchttherapie in der Bundesrepublik: Bereits in den 1980er Jahren erschien sein Band „Alkoholismustherapie“, der seitdem als Standardwerk der verhaltenstherapeutischen Suchttherapie gilt. In dem vorliegenden Buch gibt er Antworten auf die schwierige Frage, wie Behandlungsmotivation aufgebaut werden kann, eines der Kernprobleme der Suchttherapie. Außerdem beschäftigt er sich mit dem pathologischen Glücksspielen, das immer mehr an Virulenz in unserer Gesellschaft gewinnt und berichtet aus seiner jahrzehntenlangen Forschung und klinischen Arbeit auf diesem Gebiet.

Ernst Ott hat sich einem besonders schwierigen Bereich gewidmet, der an der Schnittstelle zwischen psychosomatischer und Suchterkrankung angesiedelt ist, der Adipositas per magna. Er hat ein Konzept entwickelt, das sich nun schon seit Jahren bewährt hat, diese schwer zu motivierende Klientel zu erreichen und das – wie seine Katamnesen

belegen – für einen beachtlichen und anhaltenden Behandlungserfolg sorgt.

Horst Baumeister stellt seine Schmerztherapie dar, die ebenfalls psychosomatische und Suchtaspekte vereint, und gibt Anregungen, wie diese Patientinnen und Patienten, deren Innenwelten oft arm geworden sind und für die nur noch das quälende Schmerzerleben zugänglich ist, gewonnen werden können für produktive neue Entwicklungen in der Selbststeuerung und in der Interaktion mit der sozialen Umwelt. Eng verwandt damit ist sein Beitrag zur Medikamentenabhängigkeit, die oft durch die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung mitbedingt ist und in ihren diagnostischen und therapeutischen Besonderheiten leider häufig vernachlässigt wird. Seine Ausführungen zu Problemen am Arbeitsplatz und deren Bezüge zu einer Suchtentwicklung greifen ein aktuelles Thema auf, das in der Suchtherapie eine zunehmend größere Rolle spielt.

Ernst Kern, ein erfahrener Psychotherapeut, diskutiert die offensichtlichen, aber leider viel zu selten berücksichtigten Verflechtungen zwischen Körper und Sucht aus entwicklungspsychologischer Perspektive.

Wolfgang Bensel vertritt mit der klientenzentrierten Psychotherapie nach Carl Rogers eine psychotherapeutische Schule, die in der suchttherapeutischen Landschaft nicht so Fuß gefasst hat, wie sie es verdient hätte mit ihrer klaren Orientierung auf die therapeutische Beziehung und auf die Selbstheilungskräfte des Menschen, die wirksam werden können, wenn man ihnen nur den nötigen Raum bereitstellt.

Peter Kagerer widmet sich seit Jahren einem ebenso vernachlässigten wie bedeutsamen Aspekt der Suchtherapie: der oft verleugneten Schwäche des Mannes in der männlichen geschlechtstypischen Rollenidentität, die in gewisser Weise zur Sucht prädisponiert.

Als notwendiges Pendant in der Diskussion der Geschlechter unter Suchtaspekten sind die Beiträge von *Monika Vogelgesang* zu sehen, die frauenspezifische Aspekte der Sucht, unter besonderer Berücksichtigung sexueller Traumatisierungen, sowie die Therapie der Essstörungen Bulimia und Anorexia nervosa bei Substanzabhängigkeit vorstellt.

Unsere Beiträge spannen einen weiten Bogen: Von einem Überblick über die Entwicklung der Suchttherapie bis zu den in der Literatur eher wenig beschriebenen imaginativen Methoden, die vor allem geeignet sind, den in dieser Hinsicht so bedürftigen Suchtkranken freudvolles Erleben wieder zugänglich zu machen. Die imaginativen Methoden sind eng verwandt mit der kognitiven Therapie. Diese werden in ihrer theoretischen Herleitung sowie der therapeutischen Anwendung eingehend dargestellt.

Außerdem wird unser Ansatz bei der Therapie aggressiver Störungen berichtet und ein Einblick in unsere Arbeit mit Suchtkranken mit komorbider Persönlichkeitsstörung gegeben, von denen nahezu jeder

zweite Abhängige betroffen ist. Mit *Bernt Schmitz* von der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim und *Andreas Jung* wurde in einem großen Evaluationsprojekt das Konzept auf den Prüfstand gestellt. Enge Bezüge zur Therapie von Persönlichkeitsstörungen hat der Beitrag zur körperorientierten Therapie der Selbstunsicherheit, die mit bindungstheoretischen Aspekten verknüpft wird. *Stefan Riedel* hat die therapeutische Arbeit in diesem Gebiet jahrelang mit vorangetrieben. Schließlich wird die Arbeit zur Therapie des schädlichen Gebrauchs von Suchtmitteln vorgestellt, einem Feld, das in unserem sonst so gut ausgebauten Suchthilfesystem vernachlässigt wird.

Wir bedanken uns herzlich bei unserer wissenschaftlichen Mitarbeiterin *Annette Wagner*, die mit unermüdlichem Eifer und großem psychologischen Sachverstand unsere wissenschaftlichen Projekte begleitet sowie bei Frau *Heike Schneider* für die Schreibarbeiten.

Dieser Band ist den Patientinnen und Patienten der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies gewidmet. Wir bewundern ihre Ausdauer, ihren Mut und ihre Kreativität im Kampf gegen das Suchtleiden und für eine zufriedene Abstinenz. Sie sind die Quelle unserer Motivation und Inspiration.

Münchwies, im Oktober 2005

Petra Schuhler und Monika Vogelgesang

I

Elemente/Aspekte der Suchttherapie

Elemente der Suchttherapie – Im Spannungsfeld zwischen Tradition und Innovation

Monika Vogelgesang

*... nicht Asche aufbewahren,
sondern eine Flamme am Brennen halten.
Jean Jaurès*

1 Entwicklung wesentlicher Elemente der Suchttherapie

In unserem westlichen Kulturkreis wurden die alkoholismusassoziierten Auffälligkeiten über weite Strecken hin im Wesentlichen als soziale und moralische Abweichungen angesehen. Lange bevor eine entsprechende medizinisch-wissenschaftliche Diagnoseentität geschaffen wurde, bemühten sich religiöse Gruppierungen, andere soziale Kontrollinstanzen sowie die Gesetzgeber darum, die Folgen der Alkoholabhängigkeit zu reduzieren. Die Palette der hier durchgeführten Interventionen reichte von entsprechenden Kirchenpredigten bis hin zu der Alkoholprohibition in den USA oder zu dem recht kreativen Vorgehen, die Löhne von Arbeitern nicht diesen selbst, sondern deren Ehefrauen auszuhändigen.

Individuelle Hilfen wurden den Betroffenen schließlich in den sogenannten Trinkerheilanstalten angeboten. Hier fanden von ihrer Sucht schwer gezeichnete und sozial vollkommen ins Abseits geratene Personen vor einem christlich motivierten Hintergrund Obdach und Nahrung. Darüber hinausgehend versuchte man, sie durch geeignete Interventionen wieder auf den richtigen Weg zu bringen. Diese Wirkfaktoren wurden unter den Begriffen Arbeit, Andacht und Abgeschiedenheit zusammengefasst.

Wesentliche Komponenten unserer modernen Suchttherapie sind auf überdauernd erfolgreiche Qualitäten dieser frühen „Trinkerheilanstalten“ zurückzuführen.

Es handelt sich hierbei insbesondere um das *Zusammenleben* in einer spezifischen und stützenden Gemeinschaft, die *Herausnahme* aus dem bisherigen suchtmittelgeprägten Lebensalltag, die Zentrierung auf Wesentliches vor einem mit neuem *Sinn* erfüllten Lebensentwurf sowie eine strukturierte, mit einer Tätigkeit ausgefüllte *Alltagsgestaltung*.

**Soziale und moralische
Abweichungen**

Trinkerheilanstalten

**Arbeit, Andacht und
Abgeschiedenheit**

**Grundlagen
der modernen
Suchttherapie**

**Selbsthilfebewegung
der Anonymen
Alkoholiker**

Eigenverantwortlichkeit

Zwar kam es schon im 19. Jahrhundert zur medizinisch-wissenschaftlichen Beschreibung von Süchten und den von ihnen Betroffenen sowie einer medizinisch-therapeutischen Beschäftigung mit diesem Thema, die Prognose der Therapie von Abhängigkeitserkrankten galt jedoch bis über weite Strecken des 20. Jahrhunderts als sehr schlecht. Vor der Erfahrung der Insuffizienz entsprechender professioneller Hilfsangebote begründeten 1935 der Chirurg Bill W. und der Börsenmakler Bob S. in den USA die Selbsthilfebewegung der Anonymen Alkoholiker, die sich rasch über den gesamten Globus ausbreitete. 1953 begann die Geschichte der AA in Deutschland mit einer Versammlung, zu der amerikanische Soldaten in München eingeladen hatten, um ihre Überzeugungen an deutsche Alkoholiker weiterzugeben (Anonyme Alkoholiker Deutschland, 1978). Die Konzepte bereicherten die professionelle Suchtbehandlung erheblich. Hier ist insbesondere der Grundsatz der Eigenverantwortlichkeit zu nennen, der bis heute die Suchttherapie wesentlich prägt.

Anerkennung als Krankheit

**1968: Sozialversiche-
rungsrechtliche
Anerkennung der
Sucht als Erkrankung**

Einen Entwicklungsschub in Richtung einer Professionalisierung und damit im Zusammenhang stehend eine langsame Annäherung an die Psychotherapie erfolgte im Bereich der Suchttherapie nach der sozialversicherungsrechtlichen Anerkennung der *Sucht als Erkrankung* im Jahr 1968. Im folgenden Jahrzehnt kam es zur Gründung mehrerer sich einer modernen Suchttherapie verpflichtenden Entwöhnungseinrichtungen. Hier bewährte sich ein *Behandlungsteam*, das die Verständnis-, Konzept- und Therapieformen verschiedener professioneller Gruppen zu einem vielfacettigen, höchst erfolgreichen Ganzen integrierte. Berufsgruppenspezifisch bzw. -übergreifend wurden in der Folge Psychotherapieausbildungen Standard.

**Biopsychosoziales
Verständniskonzept
der Sucht**

**Stationäre
Rehabilitation**

In der Weiterentwicklung zu dieser im praktischen Feld stattfindenden professionellen Differenzierung und Integration formulierte Feuerlein (1986) sein *biopsychosoziales Verständniskonzept* der Sucht, das bis heute Gültigkeit hat. Vor diesem Hintergrund muss es als entwicklungsförderlich angesehen werden, dass der Hauptteil der Entwöhnungstherapien in Deutschland im Rahmen der *stationären Rehabilitation* stattgefunden hat, die bezüglich der Lokalisation, Multiprofessionalität und ganzheitlichen Konzeption ideale Rahmenbedingungen für eine optimale Suchtbehandlung liefert. Der im internationalen Vergleich bezüglich der Effektivität und Qualität hohe Stand der deutschen Suchttherapie (z.B. Bachmeier et al., 2015) ist sicher auch auf diese günstigen Umstände zurückzuführen.

Die Deutsche Rentenversicherung hat Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit formuliert, die sich an evidenzbasierten Untersuchungsergebnissen und Expertenvoten orientiert. Sie gewährleisten ein hohes Niveau der Alkoholentwöhnung in Deutschland. Sie wurden

mehrfach aktualisiert und stehen im Netz: www.reha-therapiestandards-driv.de.

Als Grundvoraussetzung für das heutige therapeutische Vorgehen bei Substanzabhängigkeit hat sich in der jüngeren Vergangenheit ein *partnerschaftliches* Verständnis der therapeutischen *Beziehung* herausgebildet. Das in den Anfängen bestehende Wertigkeits- und Machtgefälle zwischen Behandler und Patient, das sich in moralisierenden Abwertungen ebenso äußern konnte wie in einer grenzüberschreitenden Überfürsorglichkeit, wurde immer weiter reduziert. Moderne Kundenorientierung kann diese in der humanistischen Tradition fundierte Entwicklung (Bensel & Fiedler, 2012) zwar um einige Facetten bereichern, aufgrund ihrer fehlenden Tiefendimension jedoch nicht vollständig ersetzen.

Ein partnerschaftliches Verständnis der therapeutischen Beziehung und der unbedingt gebotene Respekt bezüglich der Zielvorstellungen der Patienten bedeutet jedoch nicht, dass nun eine unreflektierte Übernahme aller Patientenwünsche angesagt wäre.

Die gemeinsame Erarbeitung der Zielvereinbarung ist und bleibt gerade im Suchtbereich ein wesentlicher Therapiebestandteil. In diesem Prozess ist es die Aufgabe des Therapeuten, sein Expertentum zur Motivierung des Patienten in Richtung adäquater, realistisch erreichbarer und insbesondere unschädlicher Ziele einzusetzen.

**Partnerschaftliches
Verständnis der
therapeutischen
Beziehung**

**Gemeinsame
Zielvereinbarung**

Verhaltenstherapeutische Ansätze

Essentielle Impulse bezüglich des spezifischen suchtherapeutischen Vorgehens kamen aus der Verhaltenstherapie. Zentral für ihr Verständnis von abhängigem Verhalten ist die Beobachtung, dass *süchtiges Verhalten* ganz wesentlich durch die hierdurch bewirkten *kurzfristigen positiven Konsequenzen* aufrechterhalten wird; *mittel- und langfristig* entstehen jedoch *negative Folgen*, die in einem Circulus vitiosus dann meist als (Mit-) Auslöser für erneutes Suchtverhalten fungieren.

Die Verhaltenstherapie setzt sich intensiv mit dem individuell vorliegenden Fall auseinander, ohne den Betroffenen in „Suchttypologien“ zwingen zu wollen. Hierzu unabdingbar ist die Erarbeitung der *Bedingungsanalyse* und *Lerngeschichte*. Die Analyse der Funktionalität des Suchtmittelkonsums dient der Herausarbeitung der individuellen Auslösetrigger und der aufrechterhaltenden Verstärker des Suchtmittelkonsums. Hieraus lassen sich *individuell maßgeschneiderte Therapieziele und Interventionen* ableiten, z.B. Maßnahmen zur Verbesserung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung oder der Impulskontrolle. *Konfrontationsübungen* in sensu und in vivo bereiten nach einer suchtmittelgeschützten Phase bei ausreichender Stabilität der Patienten auf den Umgang mit einer realen Versuchungssituation vor.

Die *kognitive Verhaltenstherapie* (Beck et al., 1997) hat ganz wesentliche Entwicklungsbeiträge zur Suchttherapie geliefert, indem sie die

**Kurzfristige positive
Konsequenzen**

**Langfristig negative
Folgen**

**Erarbeitung
der Bedingungsanalyse
und Lerngeschichte**

**Maßgeschneiderte
Therapieziele
und Interventionen**

Konfrontationsübungen

**Kognitive
Verhaltenstherapie**

prägende Kraft aus der Lebensgeschichte resultierender *Schemata* betonte und *kognitive Trigger*, Verstärker und *spezifische kognitive Interventionen* herausarbeitete, z.B. die Veränderung der internen Dialogstrategien bei drohender Rückfälligkeit.

Rückfallanalyse

In diesem Verständniszusammenhang sind die *Rückfallanalyse* (Marlatt & Gordon, 1985) einzuordnen und der Aufbau von Rückfallpräventionsstrategien (Margraf, 2007). Das enttabuisierende Verständnis hat seit Ausgang der 1990er Jahre auch zu einem allgemein veränderten und meist differenzierten *Umgang mit Rückfällen* geführt (Weinbrenner, 2015). Heute wird, vorbehaltlich einer weiter vorliegenden Therapiemotivation, bei erster Rückfälligkeit im Rahmen der stationären Entwöhnungstherapie falls möglich mit einem Weiterführen der Therapie unter dem Schwerpunkt einer Rückfallaufarbeitung reagiert (Lindenmeyer, 2005).

Umgang mit Rückfällen

Sporttherapie

Wirksamkeit der Sporttherapie

Die Wirksamkeit der Sporttherapie zur Behandlung der Substanzabhängigkeit konnte in mehreren Untersuchungen nachgewiesen werden. So schützt regelmäßiges Training im aeroben Bereich die weiße Hirnsubstanz vor dem ansonsten zu erwartenden Ausmaß an Alkoholschäden (Karoly et al., 2013).

Körperliches Training vermindert Entzugserscheinungen

Körperliches Training vermindert Entzugserscheinungen sowie körperliches Craving und erhöht die Abstinenzquote (Sinol et al., 2013).

Basisgruppentherapie für Abhängigkeitserkrankte

Basale Wirkfaktoren

Der besondere Erfolg der Gruppentherapie in der Entwöhnung liegt darin, dass sie basale Wirkfaktoren freisetzt, welche gerade die Abhängigkeitserkrankungen besonders günstig beeinflussen können (Vogelgesang, 2009): In einer Atmosphäre der Offenheit können sich die Betroffenen über die negativen Erfahrungen ihrer aktiven Suchtzeit austauschen und so dysfunktionale Schuld- und Schamgefühle abbauen sowie aus ihrer Vereinsamung herausfinden. Durch die Berichte von anderen können sie die eigenen Verhaltensweisen relativieren und in einem realitätsadäquaten Zusammenhang sehen.

Relativierung von Verharmlosungen bzw. Katastrophisierungen

Der gegenseitige Austausch in der Gruppe steht sowohl Verleugnungs- und Verharmlosungstendenzen als auch einer katastrophisierenden Einschätzung des Betroffenen entgegen. Dies ist deshalb besonders wichtig, weil sowohl eine bagatellisierende als auch eine zu stark schuldbesetzte Einschätzung eine Rückfälligkeit in den Suchtmittelkonsum erheblich begünstigen.

Lernen am Modell

Weiter fortgeschrittene PatientInnen fungieren in der Gruppe als positive Modelle. An ihrem Beispiel können die gruppenjüngeren PatientInnen die Bewältigungsschritte im Heilungsverlauf einer Sucht-

erkrankung beispielhaft miterleben und so in den eigenen Erfahrungsschatz integrieren.

Viele Abhängige stammen aus Familien, in denen Bezugspersonen unter einer Sucht und/oder unter sonstigen psychischen Störungen litten. In diesem dysfunktionalen Milieu erfuhren die PatientInnen sehr häufig körperliche bzw. seelische Traumatisierungen und/oder Vernachlässigungen. Wo dies nicht der Fall war, mussten die Betroffenen doch die das eigene Selbstwertgefühl sehr stark herabsetzende Erfahrung machen, dass das Suchtmittel den abhängigen Bezugspersonen wichtiger war als sie selbst.

Andererseits waren sie auch durch die Funktionsbeeinträchtigungen der abhängigen Elternteile sehr häufig dazu gezwungen, für diese zu sorgen und Pflichten zu übernehmen, welche dem eigenen Alter und eigentlichen Entwicklungsstand noch nicht angemessen waren.

Dieses Spannungsfeld zwischen unbefriedigter kindlicher emotionaler Bedürftigkeit nach elterlicher Zuwendung auf der einen Seite sowie einer die eigene Person übergehenden Fähigkeit, vordergründig zu funktionieren, charakterisiert in vielen Fälle auch noch den erwachsenen Suchtkranken und stellt hier nicht selten den Nährboden dar für den Substanzkonsum, welcher kurzfristig sowohl ein Gefühl emotionaler Wärme als auch Entlastung bei Überforderung bietet.

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, dass die therapeutische Gruppe die Chance eröffnet, passager für den Betroffenen als „Ersatzfamilie“ zu fungieren: Hier können Respekt, Wertschätzung, Sympathie und Anteilnahme erlebt werden, welche als korrigierende zwischenmenschliche Erfahrungen fungieren und somit bewirken können, dass sich die rückfallgefährdende Spannung zwischen der kindlichen Bedürftigkeit und den auf Erwachsenenniveau funktionierenden Anteilen der Betroffenen reduziert.

Die Gruppe bildet jedoch noch in weiteren Aspekten einen korrigierenden Erfahrungskosmos: Im Gegensatz zu dem Kneipenmilieu, das bei vielen Abhängigen einen wichtigen, wenn nicht gar den wichtigsten Lebensraum darstellte, kann hier die Erfahrung einer wirklichen Kommunikation gemacht werden, bei der die Äußerungen des Betroffenen gehört, ernst genommen und auch adäquat beantwortet werden. Dies bedeutet jedoch auch, dass der Teilnehmer zu seinem Verhalten zu stehen hat und als verantwortlich dafür eingestuft wird.

Dieser gegenseitige Respekt und die Verantwortlichkeit auch für die kommunikativen Äußerungen sind die Voraussetzungen für eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der sich die Mitglieder sicher sein können, dass keine persönlichen Informationen den Binnenraum ihrer Gruppe verlassen.

Vertrauen und Offenheit sowie eine funktionierende Kommunikation bilden den Hintergrund für die Entstehung einer Arbeitsatmosphäre,

**Unbefriedigte
kindliche emotionale
Bedürftigkeit**

**Vorzeitige
Verantwortungs-
übernahme**

Spannungsfeld

**Gruppe
als „Ersatzfamilie“**

**Korrigierender
Erfahrungskosmos**

**Respekt
und Verantwortlichkeit**

**Vertrauen
und Offenheit**

in der Denken hinterfragt, Probleme analysiert sowie neues Verhalten geplant und erprobt werden kann.

Die dargestellten Wirkfaktoren einer gut funktionierenden Gruppe (instrumentelle Gruppenbedingungen) bilden unverzichtbare Voraussetzungen auch für das Funktionieren der Suchtbasistherapie.

Elemente

**Suchtmedizin ist
„Beziehungsmedizin“**

Suchtmedizin ist nach Maio (2014) „Beziehungsmedizin“. Der Aufbau einer tragfähigen und positiven Beziehung sowohl zum Gruppenleiter als auch zu den anderen Gruppenmitgliedern bildet die Grundlage der Suchtbasistherapiegruppe.

Kurze Vorstellung

Eine kurze Vorstellung aller bei dem ersten Termin eines neuen Patienten erleichtert dessen Integration. Außerdem sollten zu diesem Zeitpunkt die Gruppenregeln weitergegeben und im Rahmen einer psychoedukativen Intervention entängstigende und bezüglich der Gruppenbeteiligung motivierende Informationen gegeben werden. Wichtig ist es dabei darauf hinzuweisen, dass es keinen Selbstoffenbarungszwang in der Gruppe gibt, dass aber jegliche Problematik angesprochen werden darf. Weiterhin empfiehlt es sich, die Patienten darauf hinzuweisen, dass es zwar einerseits unerlässlich ist, aktiv am Gruppengespräch teilzunehmen, dass es aber kontraproduktiv ist, sich zu sehr unter Druck zu setzen und vor Erreichen einer adäquaten Vertrauensbasis zuviel Belastendes von sich preis zu geben.

**Kein Selbstoffen-
barungszwang**

Zielformulierung

In einem nächsten Schritt sollte jeder neue Patient dazu aufgefordert werden, ein individuelles Ziel zu formulieren, das er realistischweise mit Hilfe der Gruppe in der ihm hier zugemessenen Zeitdauer erreichen möchte.

Bilanzierung

Es sollte zu dem Gruppenritual gehören, dass jedes Mitglied vor oder bis spätestens zu Beginn der Sitzung einen stillen Abgleich macht zwischen dem bislang erreichten und dem individuell angestrebten Ziel. Auf dieser Basis soll der Patient dann entscheiden, ob er ein Thema zu Beginn der Gruppe anmelden möchte. Es ist dann die Aufgabe des Gruppentherapeuten die verschiedenen angesprochenen Themen zu integrieren bzw. eine zeitliche Aufteilung durchzuführen. Da diese Bilanzierung für viele der Betroffenen nicht einfach zu leisten ist, sollte sie in regelmäßigen Abständen beispielhaft zum expliziten Gegenstand der Sitzungen gemacht werden.

Gruppenthemen

**Integration von direkt
suchtbezogenen mit
allgemein verhaltens-
therapeutischen
Themen**

Die in der Suchtgruppentherapie anfallenden Themen können in einen direkt suchtbezogenen sowie in einen darauf aufbauenden allgemeinen verhaltenstherapeutischen Teil gegliedert werden. Zum ersten gehört die Psychoedukation über neurobiologische Grundlagen, die Diagnostik und die Therapie von Abhängigkeitserkrankungen. Die

Psychoedukation sollte zum besseren Lernerfolg weniger in Form von eigenständigen Einheiten dargeboten werden, denn als integraler Bestandteil die Suchtbasistherapiegruppe gleichsam durchweben.

Aus dem derzeitigen neurobiologischen Forschungsstand und der empirischen Datenlage wird das Abstinenzgebot bezüglich des Suchtmittelkonsums abgeleitet. Es wird von allen Gruppenmitgliedern gestützt, die nach eingetretener Substanzabhängigkeit vergeblich versucht haben „kontrolliert“ zu trinken oder Drogen zu konsumieren. Die Motivierung zum Einsatz für das Hauptziel der Suchtbehandlung, die abstinente Lebensführung, ist ein weiterer essentieller Bestandteil der Suchtgruppentherapie, denn trotz der im Abhängigenmilieu ubiquitären Erfahrung der Unfähigkeit zur Begrenzung der Suchtmittleinnahme begegnen die Suchtkranken der Vorstellung einer Enthaltsamkeit bezüglich ihres präferierten Stoffes mit vielen Widerständen, die sie jedoch nur teilweise vor anderen oder auch vor sich selbst einzugestehen wagen. Plausibler und sympathischer erscheint ihnen demgegenüber die Vorstellung, nach einer Phase der seelischen und körperlichen Rekonvaleszenz, den Suchtmittelkonsum in einem „vernünftigen Rahmen“ wieder aufzunehmen.

Es ist die Aufgabe des Gruppentherapeuten, die Sitzungen so zu strukturieren, dass die PatientInnen ihre diesbezüglichen Vorstellungen verbalisieren und zusammen mit anderen Gruppenmitgliedern diskutieren können. Denn deren Erfahrungsschatz bezüglich ihrer Unfähigkeit, „in einem vernünftigen Rahmen“ zu trinken, trägt gerade bei emotional packender Darstellung mehr zur Abstinenzmotivation der neuen Mitglieder bei als Warnungen von professioneller Seite.

Einen weiteren zentralen Anteil der Suchtgruppentherapie bildet die Analyse der Lerngeschichte sowie der zuletzt wirksamen Funktionalität des Suchtmittelkonsums. Hier gilt es Auslöser zu erkennen und für die Zukunft unwirksam zu machen sowie operante Konditionierungsprozesse aufzudecken. Anhand ihrer eigenen Geschichte sowie der Berichte Mitbetroffener erfahren die Abhängigen, dass Suchtverhalten letztendlich so gut wie immer zu kurzfristigen Verstärkungen, jedoch mittel- und langfristig zu negativen Konsequenzen führt, welche in einem Circulus vitiosus zu Auslösern für erneuten Suchtmittelkonsum werden.

Auf dieser Erkenntnis aufbauend gilt es im Sinne der Rückfallprävention mit Hilfe des Lernfeldes der Gruppe Verhaltensstrategien zu entwickeln, welche es den Betroffenen ermöglichen, Frustrationen und andere aversive Zustände ohne Suchtmittelkonsum auszuhalten, bzw. sich durch unschädliche Verhaltensweisen (z.B. durch Entspannungsübungen, Sport, Musik etc.) zu entlasten.

An diesem Punkt wird deutlich, dass die Therapie den Abhängigen nicht nur zur Abstinenz bringen, sondern weg von dysfunktionalem Verhalten und hin zu einem neuen Denk- und Lebensstil führen soll.

**Motivierung
zur Abstinenz**

**Austausch über
frustrane Versuche,
kontrolliert zu trinken**

**Analyse
der Lerngeschichte**

**Kurzfristige
Verstärkungen
vs. langfristige
Nachteile**

Rückfallprävention

**Neuer Denk-
und Lebensstil**

**Bestandteile der
verhaltenstherapeutisch
ausgerichteten
Suchtgruppentherapie**

Deshalb bildet sie trotz aller Spezifika und Besonderheiten auch keine eigene Therapieschule, sondern kann in gegenseitiger Bereicherung eingebettet sein, in den Erklärungs- und Erfahrungskosmos der modernen Verhaltenstherapie. Problemlösetraining, Aufbau sozialer Kompetenzen, kognitive Umstrukturierung, sokratische Dialogführung, Entspannungsförderung, Übungen z.B. zur Konfrontation, Verhaltensplanung, Erstellung einer individuellen Wertehierarchie, die Durchführung von Hausaufgaben und viele Stichwörter mehr sind vor dem dargestellten Hintergrund zum unverzichtbaren Bestandteil der verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Suchtgruppentherapie geworden.

Sozialer Kontext der Abhängigkeitserkrankung

**Direkte
Intoxikationsfolgen**

Wie kaum eine andere Erkrankung hat die Substanzabhängigkeit gravierende Auswirkungen auf die Personen des Umfeldes der Betroffenen. Diese sind einerseits verursacht durch die direkten Intoxikationsfolgen wie Antriebssteigerung, Störung der Impulskontrolle, Aggressivität oder Lethargie. Andererseits führen auch die durch einen längerfristigen Substanzgebrauch bedingten charakterlichen und intellektuellen Veränderungen, wie z.B. die Reduktion der zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeit sowie die mangelnde Beachtung sozialer und ethischer Normen, insbesondere im Bereich der Familie, zu desaströsen Folgen.

**Charakterliche
und intellektuelle
Veränderungen**

Co-Abhängigkeit

Allerdings kann immer wieder die Beobachtung gemacht werden, dass Angehörige von Abhängigen die negativen Konsequenzen des Substanzkonsums abfangen, beziehungsweise die Betroffenen auch direkt in ihrem Suchtverhalten unterstützen, zum Beispiel indem sie ihnen Suchtmittel zukommen lassen. Dieses auf den ersten Blick schwer verständliche Phänomen ist unter dem Begriff der Co-Abhängigkeit bekannt geworden (z.B. Soyka, 2001).

„Beziehungskittstoffe“

**Kritische Konflikt-
konstellationen
und Rückfallpotential**

Beachtet man das familiäre Umfeld von Abhängigen, so ist weiterhin von Interesse, dass es zwischenmenschliche Konfliktkonstellationen gibt, in denen das Suchtmittel die Funktion eines „Beziehungskittstoffes“ einnimmt. Es wird eingesetzt, um die beziehungsbedingten, unangenehmen emotionalen Zustände abzumildern. Wird nun in diesem sozialen Kontext auf den Einsatz des Suchtmittels verzichtet, so ist zu erwarten, dass kritische Konfliktsituationen entstehen werden, die die Aufrechterhaltung der Beziehung gefährden und ein nicht unerhebliches Rückfallpotenzial in sich bergen. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen zeigt sich, dass eine gute Suchttherapie die Bezugspersonen des Abhängigen einbeziehen sollte. So kann gewährleistet werden, dass kritische Konfliktkonstellationen und co-abhängiges Verhalten entdeckt sowie Lösungswege erarbeitet werden.

**Systematische
Integration
der Angehörigen**

Die Beachtung *des familiären Umfeldes* hat neben der Würdigung entsprechender Inhalte in der Einzel- und Gruppentherapie zur systematischen Integration der Angehörigen in die Suchttherapie geführt.

Derzeit gehören Angehörigenseminare, Partner- und Familiengespräche zum Standardangebot bei stationären Entwöhnungsmaßnahmen. Darüber hinausgehend ist die Möglichkeit der Paartherapie inzwischen Bestandteil jeder guten Alkoholentwöhnung (Crames, 2008).

Sucht und Arbeit

Schon in den Frühzeiten der Suchttherapie war man sich einig über die Wichtigkeit der Durchführung einer geregelten Arbeit zur Aufrechterhaltung der Suchtmittelabstinenz und als Basis der sozialen Reintegration. Einfache Produktionswerkstätten, Gartenarbeit und Viehhaltung bildeten über lange Zeit die Grundlage der sich nun entwickelnden Arbeitstherapie. Diese stellte das wesentliche Element der Zeitstrukturierung während der Entwöhnungsmaßnahme dar. Die Arbeitstherapie fokussierte drei Ziele: Die Ablenkung vom Suchtmittel, eine sinnvolle Beschäftigung während der Maßnahme und die Vorbereitung auf die berufliche Tätigkeit nach der Therapie.

In den folgenden Jahren kam es jedoch zu einem tiefgreifenden Wandel der Arbeitswelt, weg von der Produktions- und Industriegesellschaft hin zu den Dienstleistungs-, Kommunikations- und Datenverarbeitungsbereichen. Eine lebenslange Anwendung des in der Ausbildung Gelernten in der gleichen beruflichen Tätigkeit stellt immer mehr die Ausnahme dar. Gefordert sind inzwischen kontinuierliches Lernen und größtmögliche Flexibilität bezüglich des Arbeitsplatzes und der Arbeitstätigkeit. Sucht man nach neuen, dem Arbeitswandel gerecht werdenden Möglichkeiten der beruflichen Reintegration, so ist es für viele Suchtpatienten weniger wichtig, spezifische Arbeitsfertigkeiten zu trainieren als vielmehr Hilfestellungen an die Hand zu bekommen, die es zukünftig ermöglichen sollen, besser mit arbeitskorrelierten, kommunikativen, sozialen, emotionalen, persönlichkeitsbedingten und existenziellen Problemen umzugehen (Schuhler, 2014).

Es ist wesentlich, dass in den verschiedensten therapeutischen Elementen einer Entwöhnungstherapie die Brücke geschlagen wird von den derzeit vorliegenden Symptomen hin zu den dadurch bedingten Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, das heißt zum Beispiel von einer zwanghaft perfektionistischen Grundhaltung hin zu einer so erlebten Mobbing-situation, die dadurch entstanden ist, dass der Patient perfektionsbedingt die für sein Team geltenden Zeitvorgaben ständig überschreitet. Darüber hinausgehend ist es unabdingbar, neues Verhalten auch anhand von Beispielen aus der persönlichen Arbeitswelt zu erproben, so kann z.B. im Rollenspiel im Rahmen des Selbstsicherheitstrainings ein Kollegengespräch eingeübt werden.

Neben den allgemeinen Maßnahmen der Entwöhnungstherapie sind spezifische, explizit berufsbezogene Angebote notwendig (Wiegand, 2007). So wird beispielsweise während der stationären Entwöhnungs-

Arbeitstherapie

**Ablenkung,
Beschäftigung,
Vorbereitung**

**Berufliche
Reintegration durch
Hilfen bzgl. arbeits-
bezogener Probleme**

**Brückenschlag
vom Symptom
zu den Schwierigkeiten
am Arbeitsplatz**

Problembewältigung am Arbeitsplatz	therapie die Gruppe „Problembewältigung am Arbeitsplatz“ angeboten. Hier werden Bezüge zwischen Persönlichkeitsfaktoren und individuellen beruflichen Erfahrungen hergestellt sowie Wege der Veränderung aufgezeigt. Während es bei der Klientel dieser Gruppe im Wesentlichen um Patientinnen und Patienten geht, die (noch) eine Anstellung haben, bezieht sich die Gruppe „Arbeitslosigkeit und Bewerbertraining“ auf die problematische Klientel der (Langzeit-)Arbeitslosen.
Arbeitslosigkeit und Bewerbertraining	
Soziotherapie	Über diese Gruppenangebote hinausgehend gibt die Soziotherapie eine Vielzahl individuell zugeschnittener, wirksamer Hilfen in Richtung der beruflichen und allgemeinsozialen Rehabilitation. Der beruflichen Rehabilitationsberatung während der stationären Therapie und Wiedereingliederungsmaßnahmen in den Beruf kommt besondere Bedeutung zu, ebenso wie der Verzahnung der Schnittstelle Rehabilitation und Arbeitsvermittlung. Darüber hinausgehend können die Möglichkeiten der Ergotherapie während einer Entwöhnungsbehandlung zur beruflichen Reintegration genutzt werden.
Ergotherapie	
BORA-Empfehlungen	Die Deutsche Rentenversicherung hat 2015 unter dem Begriff der beruflich orientierten Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) Empfehlungen hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens in der Suchtrehabilitation von PatientInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen erarbeitet.
Sucht und Komorbidität	
Komorbid Störungen	Komorbid Störungen sind bei Suchtmittelerkrankten eher die Regel als die Ausnahme (Wedekind & Havemann-Reinecke, 2009). Suchtkranke leiden deutlich häufiger als die Allgemeinbevölkerung unter Traumafolgestörungen (Blanco et al., 2013). Die Lebenszeitprävalenz für depressive Störungen ist bei sich in Behandlung befindlichen Alkoholabhängigen ca. 2,5-fach höher als in der Allgemeinbevölkerung (Schwoon, 2001). Angsterkrankungen treten bei Suchtkranken zwei- bis viermal so häufig auf wie in der Allgemeinbevölkerung (Neubauer et al., 2007). Bowden-Jones et al. (2004) fanden bei sich in Behandlung befindlichen Alkoholabhängigen eine Quote von 54% Persönlichkeitsstörungen. Auch andere psychische Störungen treten bei Suchtkranken gehäuft auf (Soyka, 2001; Wedekind & Havemann-Reinecke, 2009). Dabei gibt es unterschiedliche Verursachungsbedingungen: Der Suchtsubstanzenkonsum kann zum Beispiel dazu eingesetzt werden, die Symptome von anderen psychischen Störungen kurzfristig abzumildern. So kann sich ein Mensch mit einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung unter Alkoholeinfluss kurzfristig selbstsicherer fühlen oder es können depressive Symptome durch Suchtmittelleinwirkungen vorübergehend reduziert werden. Mittel- und langfristig kommt es dann jedoch, aufgrund der negativen Folgen des Substanzenkonsums sowie der fehlenden
Traumafolgestörungen	
Depressive Störungen	
Angsterkrankungen	
Persönlichkeitsstörungen	
Suchtsubstanzenkonsum zur Symptomreduktion	

Entwicklung adäquater Copingmechanismen, zu einer eher stärkeren Ausprägung der psychischen Störungen.

Die Sucht kann andererseits auch primär bestehen und sekundär zu weiteren psychischen Störungen führen, was man z.B. bei Angsterkrankungen, die in relativen Entzugssituationen ihren Ausgangspunkt nehmen, beobachten kann.

Diskutiert werden auch eine Verursachung von Sucht und psychischer Begleiterkrankung durch gemeinsame Risikofaktoren beziehungsweise Ursachen (Lorscheider & Fehr, 2009).

In der Regel findet man vielfältige Interdependenzen der verschiedenen Störungssymptome mit einer sich zirkulär aufschaukelnden Funktionalität (Vogelgesang, 2009).

Eine Suchttherapie, die ausschließlich auf die Substanzeinnahme und deren Beendigung fokussiert, greift bei Vorliegen weiterer psychischer Störungen zu kurz und reduziert letztendlich die Prognose bezüglich der zeitüberdauernden Suchtmittelabstinenz. Dies gilt aufgrund der gegenseitigen Verstärkungsprozesse auch für psychische Erkrankungen, die eindeutig sekundär nach der Manifestation der Substanzabhängigkeit aufgetreten sind. Inzwischen ist es gut belegt, dass eine Suchttherapie ohne gleichzeitige Bearbeitung der Komorbidität wesentlich geringere Chancen auf einen nachhaltigen Erfolg hat als eine integrierte Behandlung sowohl der Sucht als auch der komorbiden Störungen (z.B. Gamble et al., 2013; Winhusen et al., 2014). Preuss und Wong (2009) weisen darauf hin, dass entsprechend der Richtlinien der American Psychiatric Association bei Sucht und komorbiden psychischen Störungen ein möglichst gleichzeitiges Vorgehen empfohlen wird. Als besonders günstig werden Therapiekonzepte hervorgehoben, die spezifisch auf Doppeldiagnosen orientiert sind.

Die Diagnostik und Therapie der *Komorbidität* ist vor diesem Hintergrund eine der wichtigsten Innovationen in Richtung einer differenzierten Suchttherapie.

Hier gilt es, eine *Balance* der *Integration* von *suchttherapeutischen* und *komorbiden Themen* herzustellen. So wurden Konzepte entwickelt, die eine umfassende Therapie von Sucht und Begleiterkrankung zum Thema hatten, z.B. für substanzabhängige Patientinnen und Patienten mit Anorexia bzw. Bulimia nervosa (Meyer-Gutknecht et al., 1998).

In diesem Zusammenhang erfolgte auch eine Abgrenzung sowie eine Erfassung von Gemeinsamkeiten bezüglich „nichtstoffgebundener Süchte“ und hier insbesondere bezüglich des pathologischen Glücksspielens, für dessen Behandlung eine Empfehlung (Spitzenverbände der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger, 2001) vorliegt.

**Oder sekundäre
Komorbidität**

**Zirkulär dynamisierte
Interdependenzen**

**Prognose-
verschlechterung
durch Komorbidität**

Komorbidität

**Integration von
suchttherapeutischen
und komorbiden
Themen**

Differentielle Suchttherapie

Ausdifferenzierung des Therapieangebotes

Neben der Beachtung der Komorbidität kam es zu einer weiteren *Ausdifferenzierung* des Therapieangebotes in anderen Bereichen, insbesondere bezüglich *Geschlecht*, *Alter* und weiteren *sozialen* Faktoren.

Frauenspezifische Interventions- programme

In einer Welt, in der das Männliche meist als das Normale eingestuft wird, hat dies zu einer unreflektierten Anpassung auch der gemischtgeschlechtlichen Suchttherapie an männliche Erfordernisse geführt. Vor diesem Hintergrund wurden frauenspezifische Interventionsprogramme für Substanzabhängige entwickelt (z.B. Vogelgesang, 1999). So kann z.B. ein breit gefächertes und differenziertes frauenspezifisches Therapieangebot in ein gemischtgeschlechtliches Behandlungssetting eingebettet sein. Die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna, hat 2004 „Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen“ formuliert. Auch männliches Rollenverhalten wurde in Verbindung mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzabhängigkeit analysiert, was zu männerspezifischen Therapieansätzen geführt hat (Kagerer, 1996; Kagerer & Vogelgesang, 2003).

Männerspezifische Therapieansätze

Die höhere Lebenserwartung und die zunehmende soziale Isolation im Alter bei besseren monetären Verhältnissen der Senioren sind einige der Ursachen, die zu einer Zunahme des Alkoholkonsums unter älteren Menschen geführt haben. Gerade Seniorinnen werden in unverantwortlich hohem Ausmaß dauerhaft Benzodiazepine mit zum Teil langer Wirkungsdauer verschrieben, was neben der seelischen Abhängigkeit zu einer zunehmenden Invalidisierung dieser sozialen Gruppe führt (Janhsen & Glaeske, 2002). Die Sucht im Alter wurde lange zu wenig beachtet, ist jedoch ein Thema, das seit der Milleniumswende rasch an Bedeutung gewonnen hat und für das ebenfalls spezifische Vorgehensweisen etabliert wurden (z.B. Geyer, 2008; Ackermann et al., 2009). Dabei hat es sich gezeigt, dass auch in diesem Bereich weitere Differenzierungen notwendig sind. Zumindest ist zwischen den deutlich jenseits der Erwerbsaltersgrenze anzusiedelnden älteren Senioren und den meist wesentlich rüstigeren „jüngeren Alten“ zu unterscheiden, deren Lebensräume oft erheblich voneinander abweichen. Darüber hinausgehend zeigt sich immer mehr die Notwendigkeit, die spezifischen Problemfelder der Menschen ab Mitte 50 (sogenannte „Best-Ager“) zu fokussieren und auch deren Verbindungen zu einem Suchtmittelkonsum zu analysieren. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der steigenden Lebenserwartung zeichnet sich ab, dass diese Gruppe länger als die früheren Jahrgänge der Arbeitswelt zu Verfügung stehen wird.

Spezifische Problemfelder

Hoher Alkoholkonsum von Jugendlichen

Gesundheitsstudien belegen einen hohen Alkoholkonsum von Jugendlichen in Deutschland (Gaertner et al., 2015). Ob der in der jüngsten Vergangenheit diskutierte Trend eines Rückgangs anhalten wird, ist unsicher. Prävention (Lindenmeyer, 2009), Beratung und Behandlung

Jugendlicher im Hinblick auf einen problematischen Substanzkonsum (Ravens-Sieberer, 2008) sind dringend erforderlich. Für manifest abhängige Jugendliche werden in manchen Entwöhnungseinrichtungen spezifische Therapieprogramme angeboten, die den besonderen Erfordernissen dieser Gruppe angepasst sind. Eine anhaltend zu wenig kritische Einstellung der Bevölkerung zu Cannabis geht mit einer Zunahme der Prävalenz des Cannabiskonsums einher (Orth et al., 2015). Im vergangenen Jahrzehnt zeigt sich in Therapie und Beratung eine zunehmende Abkehr vom süchtigen Konsum ausschließlich einer psychotropen Substanz und eine Hinwendung zum polyvalenten Substanzgebrauch, wobei klassischerweise neben Alkohol Cannabis konsumiert wird. Die Zahl der Heroinabhängigen sinkt (Hoffmann, 2015). Im Zuge dieser Entwicklung sind die Grenzen zwischen der Alkohol- bzw. Drogenentwöhnung weniger scharf umrissen als zuvor und immer mehr Alkoholentwöhnungen bieten integrierte Therapieprogramme für polyvalenten Substanzgebrauch an.

Cannabis

Zahl der Heroinabhängigen sinkt

Biologische und synthetische Wirkstoffe können zu neuartigen, durchaus suchtpotenten Verbindungen führen. Eine deutliche Zunahme wird im Bereich des Handels mit synthetischen Drogen beobachtet (Hoffmann, 2015). So haben Crystal Meth und verwandte Designerdrogen zu neuen Suchtformen geführt, für die spezifische Therapieprogramme, zum Beispiel in der AHG Klinik Römheld, entwickelt wurden.

Crystal Meth und verwandte Designerdrogen

Obwohl Rauchen die Nummer eins unter den Süchten sowohl bezüglich der Häufigkeit als auch hinsichtlich der hierdurch bedingten Volksgesundheitsschäden ist, wurde der Tabakabhängigkeit bislang viel zu wenig spezifische suchtherapeutische Aufmerksamkeit zuteil. Trotz bestehender Notwendigkeit ist es bislang nicht möglich, eine stationäre Entwöhnungsmaßnahme unter der Hauptdiagnose einer Nikotinabhängigkeit durchzuführen, so dass die vielfältigen Tabakentwöhnungsprogramme, die derzeit im Bereich der Entwöhnungstherapie angeboten werden, sich auf die Komorbidität beziehen, die für die Betroffenen in dieser Phase naturgegeben nicht im Vordergrund steht und für die deshalb keine optimale Motivation vorliegt. Dies ist bei der Interpretation der entsprechenden Katamneseergebnisse, die deutlich weniger erfolgreich sind als zum Beispiel im Bereich der Alkoholabhängigkeit, zu berücksichtigen. Neben Differenzierungen nach Geschlecht und Alter hat sich seit Mitte der 1990er Jahre zunehmend ein Problembewusstsein bezüglich der spezifischen Erfordernisse von süchtigen MigrantInnen herausgebildet.

Tabakabhängigkeit

Tabakentwöhnungsprogramme

Süchtige MigrantInnen

Je nach Herkunftsland, Ethnie und religiösem Hintergrund bilden diese wiederum differente Subgruppen. Wegen ihrer zahlenmäßig starken Verbreitung wurde sowohl im Alkohol- als auch im Drogenbereich den aus der ehemaligen UdSSR stammenden Migranten besondere Aufmerksamkeit zuteil (Missel et al., 2009; Schouler-Ocak & Haasen,

2008). Im Bereich des pathologischen Glücksspiels fallen unter den MigrantInnen insbesondere Menschen mit türkischem Hintergrund auf, was zu spezifischen Überlegungen im therapeutischen Umgang mit dieser Gruppe geführt hat (Bensel, 2009).

Langzeitarbeitslose

Bei Suchtkranken mit chronifizierter Abhängigkeit sowie bei Langzeitarbeitslosigkeit und anderen Defiziten der sozialen Integration sinkt die Prognose bezüglich einer suchtmittelabstinenten Lebensführung. Bislang als infaust geltende Suchtfälle sind die Zielgruppe des ALITA-Projekts. Die ambulante Langzeitintensivtherapie für Alkoholranke erbringt bei sehr hohem therapeutischem und organisatorischem Aufwand bei Schwerstabhängigen, bei denen die Langzeittherapie gescheitert ist oder sinnlos erscheint, insofern positive Ergebnisse, als dass durch dieses Nachbehandlungsprogramm Rückfälle verhindert sowie Gesundheit und soziale Integration verbessert werden.

Ambulante Langzeitintensivtherapie

Obdachlose

Etwa 42% der Obdachlosen sind alkoholabhängig, 17% sind drogenabhängig (Meyer, 2009). Doch nicht erst bei manifester Wohnungslosigkeit, sondern auch in der Vorphase gilt es, die Substanzabhängigen, die in Gefahr sind, durch alle sozialen Netze zu fallen, zu erreichen. Die „Individuelle Hilfeplanung“ (Schmitt-Schäfer, 2007) ist inzwischen für Abhängige, die in Folge ihrer Erkrankung an ihrer gesellschaftlichen Teilhabe beeinträchtigt sind, ein wirksames Instrument (z.B. seit 2003 für den Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland verpflichtend).

Individuelle Hilfeplanung

Rehafallbegleitung

Der Ansatz der intensivierten Betreuung spiegelt sich auch im Konzept der Refahallbegleitung (Deutsche Rentenversicherung, Rheinland-Pfalz, 2007), das als Forschungsprojekt sehr positive Ergebnisse gezeigt hat (Glattacker, 2013) und deshalb in das Regelangebot für die besonderen Problemfälle übernommen wurde. Hier werden Suchtpatienten mit eigentlich schlechter Prognose schon vor Beginn der Entwöhnungsmaßnahme von Therapeutinnen der Einrichtung aufgesucht, die sie während und auch nach der stationären Behandlung weiter begleiten und insbesondere bezüglich beruflicher und sozialer Problemstellungen niedrigschwellige Hilfen geben können. Ziele sind neben der Suchtmittelabstinenz eine Wiedereingliederung in den beruflichen Bereich und die Teilhabe an weiteren relevanten gesellschaftlichen Bereichen.

Niedrigschwellige Hilfen

Verkürzung der Therapiedauer

Insbesondere seit 1996 („Beschäftigungsförderungsgesetz“) hat Kostendruck zu einer *Verkürzung* der Therapiedauern geführt, wobei bei schwereren Suchterkrankungen mit psychischer Komorbidität eine untere Schwelle erreicht ist. Die Verkürzungen der Therapiedauern konnten weitgehend durch eine Intensivierung der Therapien sowie durch eine Verbesserung des Nachsorgeangebotes aufgefangen werden, doch zeigen in Abhängigkeit von der Reduktion stationärer Therapiedauern rückläufige Ergebnisqualitäten der Katamnesen (Missel, 2007), dass dieser Trend nicht beliebig fortgesetzt werden kann. Die in der Entwöhnung stattfindenden neuroplastischen Verarbeitungsprozesse erfordern

gewisse Mindestzeiten, welche sich bei dem gleichzeitigen Vorliegen komorbider Störungen deutlich verlängern können (Vogelgesang, 2009).

Mindestzeiten

Medikamentöse Suchttherapie

Der Wunsch, es sei ein Kraut gegen die Sucht gewachsen, ist uralte. Doch entsprechende Versuche waren häufig entweder von geringem Erfolg gekrönt oder es zeigte sich, dass man den Teufel mit dem Belzebub ausgetrieben hatte. Denn die vermeintlich die Sucht bekämpfende Substanz (z.B. ein Benzodiazepin) war selbst suchtpotent.

Medikamentöse Suchttherapie

Dagegen können psychiatrische Medikationen aus der Gruppe der Antidepressiva bzw. Neuroleptika erfolgreich zur medikamentösen Therapie einer psychischen Komorbidität bzw. zur unspezifischen Spannungsreduktion eingesetzt werden und leisten so ihren Beitrag zur Reduktion von hierdurch eventuell bedingten Suchtverhaltensauslösern. Das früher uneingeschränkt geltende Verbot bezüglich sogenannter „zustandsverändernder“ Mittel bei Substanzabhängigkeit ist inzwischen obsolet.

Psychiatrische Medikationen

Reduktion von Suchtverhaltensauslösern

Disulfiram (Antabus) ist das erste moderne Medikament, das spezifisch gegen die Sucht eingesetzt wurde. Es hemmt kompetitiv die Alkoholdehydrogenase und führt so zu einem sukzessiven Anstieg des Alkoholabbauproduktes Acetaldehyd. Durch Erzeugung einer toxischen Reaktion (Flush-Syndrom, Hitzegefühl, starker Kopfschmerz, intensive Nausea, Tachykardie und Hypotension bis zum Kollaps) bei Alkoholkonsum soll eine Aversion gegen die Substanzwirkung aufgebaut werden. Nicht nur auf Grund ethischer Bedenken gegen eine solche Vorgehensweise, sondern insbesondere auch wegen seiner Lebertoxizität und seiner eher unklaren Erfolge (Wodarz & Ridinger, 2009) steht der Einsatz von Disulfiram derzeit im Hintergrund.

Disulfiram

Aversion gegen die Substanzwirkung

In den 1990er Jahren rückten die sogenannten *Anticravingsubstanzen* in das Blickfeld der Suchtmedizin. Diese Substanzen greifen direkt in den Neurotransmitterstoffwechsel ein (z.B. Ladewig et al., 2000). Der bekannteste Wirkstoff aus dieser Gruppe ist das *Acamprosat* (Calcium-Acetyl-Homotaurinat), ein NMDA-Rezeptorantagonist, der seit 1996 zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit in Deutschland zugelassen ist. Der theoretische Hintergrund seiner Wirkungsweise stellt sich nach Kiefer & Wiedemann (2002) wie folgt dar: Die inhibitorisch relaxierenden Alkoholeffekte werden bei regelmäßigem Alkoholgebrauch exzitatorisch gegenreguliert. Nach Absetzen des Alkohols wird diese zeitlich noch etwas anhaltende Gegenregulation in Form der Entzugssymptome wahrgenommen. Auf Grund von Konditionierungsprozessen mit alkoholeinnahmeassoziierten Umgebungsreizen kommt es auch noch nach Abklingen der Entzugssymptome bei Exposition mit den konditionierten Triggern immer wieder zu Exzitationszuständen (sogenanntes Pseudoentzugssyndrom), die subjektiv als Wunsch oder Drang wahrgenom-

Anticravingsubstanzen

Acamprosat

Wirkungsweise

Pseudoentzugssyndrom

Entwöhnungsmaßnahme	men werden, Alkohol zu konsumieren. Acamprosat (Campral) mindert als Glutamatmodulator die gegenregulatorische Hyperexzitation und somit den hierdurch bedingten Suchtdruck. Hierbei ist erwähnenswert, dass Acamprosat zu einer Reduktion des Suchtmittelbegehrens und damit der Rückfallgefahr nach Absetzen des Alkohols führen soll, jedoch <i>nur</i> bei <i>gleichzeitiger</i> Durchführung einer <i>Entwöhnungsmaßnahme</i> zu einem langfristigen <i>Erfolg</i> im Sinne einer überdauernden zufriedenen Suchtmittelabstinenz mitbeitragen kann. Allerdings zeigt sich nach zwei Jahrzehnten des Einsatzes, dass die Anticravingssubstanzen, trotz nur geringer Nebenwirkungen und evidentem Erfolg im Rahmen von kontrollierten Studien (Wodarz & Ridinger, 2009) als Hilfe zur Aufrechterhaltung der Abstinenz, keinesfalls zu dem ursprünglich erhofften Durchbruch in der Suchttherapie geführt haben und in nur sehr geringem Umfang eingesetzt werden. Dies könnte einerseits an der geringen Compliance der Patienten liegen, dreimal täglich mehrere Kapseln zu sich zu nehmen, und andererseits daran, dass die Effekte der Anticravingssubstanzen im klinischen Kontext sowohl für die Betroffenen selbst als auch für ihre Behandler nur wenig augenfällig sind.
Anticravingssubstanzen kein Durchbruch in der Suchttherapie	
Compliance der Patienten	
Naltrexon	Der Opiatantagonist <i>Naltrexon</i> wurde primär zur Unterstützung der Entwöhnungstherapie von Opiatabhängigen eingesetzt. Mittlerweile ist er jedoch auch zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit zugelassen, denn verschiedene wissenschaftliche Studien (Kiefer & Wiedemann, 2002) führten zu dem Ergebnis, dass Naltrexon zu einer Dämpfung des Alkoholcravings führen kann. Allerdings sind hier im Gegensatz zu Acamprosat keine positiven Wirkungen nachgewiesen, die über die Dauer der Verabreichung der Substanz hinausgehen. Folgende Theorie könnte die Anticravingwirkung von Naltrexon erklären: Die wiederholte Aktivierung des dopaminergen Belohnungssystems nach Alkoholaufnahme führt zur Adaption des Systems und Konditionierung auf Umgebungsreize. In Abstinenz führen alkoholassoziierte Stimuli in Antizipation der Substanzwirkung zu einer unterschwelligen Aktivierung des sensitivierten Belohnungssystems, was subjektiv als Suchtdruck wahrgenommen wird. Naltrexon mindert die Aktivierung des Belohnungssystems und damit den Suchtdruck.
Anticravingwirkung	
Aktivierung des sensitivierten Belohnungssystems	
Positive Auswirkungen auf Suchtstörungen	Eine von Vogelgesang (2014) durchgeführte Analyse der Publikationen zum Thema Pharmakotherapie der Sucht in internationalen Peer-Review-Journalen verlief ohne Hinweis auf eine wirklich erfolgreiche Pharmakotherapie. Bei folgenden Substanzen wurden positive Auswirkungen auf Suchtstörungen dargestellt: Acamprosat (Yahn et al., 2013), Baclofen (Brennan et al., 2013), Bloanserin (Takaki & Ujike, 2013), D-Cycloserin (Prisciandaro, 2013), Disulfiram (Mutschler et al., 2013), Doxazosin (Shorter, 2013), Fischöl (Barbadoro et al., 2013), Kudzu-Extrakt (Lukas, 2013), Modafinil (Schmaal et al., 2013), Naloxon/Buprenorphin (Dreifuss, 2013), Nalmefene (Gual et al., 2013), Naltrexon

(Del Re et al., 2013b), 5-Phosphat (Buchholcz, 2013), Natriumoxybat (Del Re, 2013a), Oxytocin (Sjoerds et al., 2013), Topiramat (Del Re, 2013a), Vareniclin (Litten et al., 2013).

Im Bereich der Pharmakotherapie der Sucht fallen jedoch zahlreiche und teilweise gravierende Probleme auf: Die Studien sind anfänglich deutlich erfolgreicher als später (Del Re et al., 2013b) (z.B. bei Naltrexon und Acamprosat). Die Reproduktion der Erfolge sinkt mit dem zeitlichen Abstand zum „Anfangshype“ immer weiter ab, so dass es inzwischen Studien gibt, die selbst so „altbewährte“ Substanzen wie Disulfiram keine positive Wirkung zusprechen.

Gravierende Probleme

Die klinische Realität wird in den stark vereinfachenden Modellen nicht selten vernachlässigt. So wird bei der Konfrontation mit potentiellen Cravingsauslösern ein durch Stress ausgelöstes Suchtmittelbegehren weit seltener in Betracht gezogen als ein Schlüsselreiz-(cue)-induziertes.

Bezüglich der Randomisierung wird nicht beschrieben, ob die beiden Gruppen sich auch hinsichtlich des relevanten Genotyps nicht unterscheiden, obwohl inzwischen Kenntnisse vorliegen, dass die gleiche Substanz bei unterschiedlichen Genotypen ganz verschiedene Wirkungen hervorrufen kann (z.B. bei dem Opioidrezeptorantagonist Naltrexon). Die teilweise sehr hohen Drop-out-Quoten werden nicht adäquat problematisiert und hinsichtlich des Gesamtergebnisses gewürdigt. Ein Rückgang der Trinktage wird als Erfolg verbucht, auch wenn die Gesamttrinkmenge pro Monat sich nicht von der Placebogruppe unterscheidet. Abstinenzquoten werden bei der Durchschnittsberechnung von „Trinkmengenreduktionen“ weder gekennzeichnet noch herausgerechnet. Langzeiteffekte der Substanz werden nicht untersucht.

Teilweise sehr hohe Drop-out-Quoten

Unzulässige Extrapolationen auf Suchtmortalität und -morbidity werden durchgeführt, ohne dass hierbei zum Beispiel schädliche Wirkungen der verabreichten Substanz miteinbezogen werden.

Unzulässige Extrapolationen

Therapie wird mit Harm-Reduction konfundiert. Die schlechten Ergebnisse nach ausschließlicher Entgiftung werden in einer unzulässigen Verallgemeinerung als mangelnder Erfolg der „Suchttherapie“ per se verbucht, unter vollständiger Negierung der hervorragenden Katamneseergebnisse nach Entwöhnung im Rahmen der Suchtrehabilitation.

Kritische Anmerkung

Weiterhin muss kritisch angemerkt werden, dass die Medikationsstudien in aller Regel Alkoholreduktion oder Abstinenz während der Therapie als Erfolgsparameter betrachten, wohingegen die Abstinenz während der Entwöhnung als selbstverständlich eingestuft wird und der Erfolg dieser Therapie an der Abstinenz nach der Maßnahme bemessen wird.

Die Autoren pharmakotherapeutischer Arbeiten geben teilweise erhebliche Interessenskonflikte an. Immer wieder stellt sich heraus, dass pharmakologische Substanzen, die gegen die Sucht eingesetzt werden, selbst eine Suchtpotenz haben (z.B. Distaneurin, Benzodiazepine etc.).

Erhebliche Interessenskonflikte