

# Individualisierung der Behandlung Abhängigkeitskranker

## Entwicklung und Perspektiven

**Karl H. Bönner**

Die Entwicklung der Behandlung Abhängigkeitskranker ist eng verknüpft mit der sich wandelnden Sicht vom Abhängigen. Der Wandel der Konzepte von „Sucht“ wiederum ist geprägt von Ideologien, außerwissenschaftlichen Erfahrungen und empirisch abgesicherten Erkenntnissen.

Bei oberflächlicher Betrachtung scheint die Entwicklung linear zu verlaufen. Von undifferenzierten Therapiekonzepten auf der Grundlage ebenso undifferenzierter Suchtkonzepte zu individualisierten Vorgehensweisen auf der Basis ausgefeilter diagnostischer Erkenntnisse. Oberflächlich betrachtet könnte man den Eindruck gewinnen, daß wir ein Ziel erreicht haben, eine Plattform, die es nur noch auszubauen gilt.

Der Paradigmenwechsel in der Behandlung Abhängigkeitskranker in den 80er Jahren war nicht der erste und wird nicht der letzte sein.

Ich will deshalb in meinem Vortrag einen durchaus anfechtbaren Versuch unternehmen, verschiedene, zum Teil historische, Ansätze im Suchtbereich unter dem Gesichtspunkt der Individualisierung darzustellen, um zu verdeutlichen, daß der Fortschritt der Erkenntnisse zu einer Ausdifferenzierung führt, die eine Individualisierung unabdingbar macht.

Wir stehen in einer Situation, die vertikal wie horizontal durch unterschiedliche Paradigmata gekennzeichnet ist. Vertikal insofern, daß historisch ein Paradigma auf das nächste folgte, horizontal, daß wir über parallel verlaufende Paradigmata verfügen, Leitlinien also, die insbesondere die Therapie bestimmen. Daß Letzteres nicht zum therapeutischen Chaos und auch nicht zur Unwirksamkeit der therapeutischen Ansätze führt, könnte man sarkastisch deuten, daß die Paradigmata als Leitlinien unwirksam sind. Ich neige zu einer anderen Annahme, daß mindestens die Paradigmata der letzten Jahrzehnte Gemeinsamkeiten aufweisen, welche eine Wirksamkeit gewährleisten.

Da der Paradigma-Begriff in der letzten Zeit wieder in die Diskussion geraten ist, verwende ich lieber den Begriff „Ansatz“ in Anlehnung an „approach“ im Englischen.

Wenn wir in die Vergangenheit zurückschauen, dann kann man feststellen, daß die Abhängigkeit durchweg als Charakteranomalie betrachtet worden ist.

Selbst der Psychiater und Philosoph Karl Jaspers, dessen „Allgemeine Psychopathologie“ ausgesprochen fortschrittlich war, stellte noch 1923 (S. 283) fest: „Es handelt sich meistens um ursprünglich psychopathische Individuen, die erst in Folge dieser Psychopathie der ‚Sucht‘ verfielen.“

Bleuler unterscheidet noch 1949 die Alkoholiker in Willensschwache, Kraftmenschen, rohe Menschen und schließlich, als kleine Gruppe, die fröhlichen Gesellschaftsmenschen.

Unter Psychopathie wurde ein abnorme negative charakterliche Abweichung verstanden.

Deshalb sieht auch Bleuler die Hauptaufgabe in der Erziehung des Charakters, die Gewöhnung an regelmäßige Arbeit, die Entwicklung von Selbstbeherrschung, von Freude an wirklichen Leistungen, von Stolz am richtigen Orte. „Allen drei Indikationen genügt am besten die Trinkerheilstätte, deren Wesen indes nicht in einem Aufenthaltsort für Trinker besteht, sondern in dem pädagogisch-psychologischen Geschick und dem heiligen Eifer des Leiters zu seiner Sache. Der Kranke hat im Durchschnitt etwa ein Jahr auszuharren.....“

Die Heilstättenbewegung hatte sich dieser Aufgabe verschrieben, Abstinenzverbände haben in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts eine festigende Arbeit geleistet.

Für eine Individualisierung blieb bei diesem Ansatz kein Raum.

Bleuler stellte noch apodiktisch fest, daß beim Abhängigkeitskranken von einem Komplexgeschehen im tiefenpsychologischen Sinne nicht die Rede sein könne. Er lehnte daher eine Psychotherapie ab.

Die Nachkriegsentwicklung der Psychotherapie war zunächst durch die Psychoanalyse geprägt. Die Psychoanalyse hatte mit Freud das Krankheitsmodell der inneren Medizin auf die Psychopathologie übertragen.

Petry (1998) hat deutlich aufgezeigt, daß auch in der Psychoanalyse die Paradigmata nicht einheitlich waren. Ich behaupte dennoch, daß bis zu den 60er Jahren die Abhängigkeitserkrankung von den meisten Psychotherapeuten als Symptom betrachtet wurde, das durch die Behebung der Ursachen zum Verschwinden gebracht werden könne.

Neurosen sind durch eine individuelle Lern- und Sozialgeschichte geprägt. Insofern kann man hier von Individualisierung sprechen, die sich aber nicht positiv auswirkte.

Die zweite Hälfte der 60er Jahre machte daher vielen Fachleuten den Bankrott der Psychotherapie Abhängigkeitskranker deutlich, brachte aber gleichzeitig mit dem Urteil des Bundessozialgerichtshofes von 1968, durch das Abhängigkeit zur Krankheit erklärt wurde, die rechtliche und wirtschaftliche Basis, diese Patientengruppe auch zu behandeln.

In der Folge wurden zahlreiche Fachkliniken für Abhängigkeitskranke aus dem Boden gestampft. Es gab aber kaum Vorbilder, kaum Fachleute. So knüpfte man in mancher Hinsicht an die Tradition der Heilstättenbewegung an. War man dort mindestens ein Jahr untergebracht gewesen, so wurde nun von den Leistungsträgern diese Zeit auf ein halbes Jahr bis neun Monate verkürzt mit der Möglichkeit zur Verlängerung.

Waren in den Heilstätten Kleriker, Handwerker und abstinent lebende Alkoholiker tätig gewesen, so gab es nun in den neuen Fachkliniken einen Arzt, vielleicht auch zwei Ärzte, und in vielen Einrichtungen wurden abstinent lebende Abhängigkeitskranke eingestellt und berufsbegleitend ausgebildet. Diese kamen zumeist aus Selbst-

hilfegruppen, besonders von den Anonymen Alkoholikern und waren zum Teil seit über einem Jahrzehnt abstinent. Man fand vom Operntenor bis zum Lastkraftwagenfahrer alle Berufsgruppen, die dann in zwei Jahren berufsbegleitend zu Suchtkrankentherapeuten, Sozialtherapeuten, Counselern ausgebildet wurden. Diese brachten ihre Erfahrungen mit, die Erfahrung, wie sie selbst trocken geworden waren. Ihnen waren nach ihren eigenen Vorbehandlungen die sog. Experten suspekt. Sie brachten aber einen neuen Ansatz in die Suchtkrankentherapie, der sich am besten mit dem Paradoxon der Anonymen Alkoholiker umschreiben läßt: Du kannst nichts dafür, daß du abhängig bist, aber du kannst etwas dafür, daß du trinkst.

Wenn man diese Haltung umschreiben will, dann heißt das, ganz platt gesagt: Deine vielen Problemen, die du haben magst, interessieren mich zunächst mal gar nicht. Mir geht es nur darum, daß du erkennst, daß du abhängig bist, d.h. daß du mit dem Stoff nicht umgehen kannst. Du mußt kapitulieren, also diese Erkenntnis annehmen und ein abstinentes Leben führen. Wenn du dann eine Zeitlang abstinent gelebt hast, dann können wir sehen, welche Probleme überhaupt noch vorhanden sind und die angehen.

Ich möchte diesen Ansatz, der sich als sehr erfolgreich erwies, den suchtherapeutischen Ansatz nennen. Diesen Ansatz können Sie in fast allen Konzepten der 70er und 80er Jahre wiederfinden, in den Phasen oder Stufen der stationären Behandlung.

Auch heute ist er noch in vielen Konzepten enthalten. Mit unterschiedlichen Benennungen war die Behandlung fast überall vierphasig:

- Aufnahmephase (Entgiftung, ärztliche und psychologische Diagnostik)
- Suchttherapeutische Phase (Akzeptanz der eigenen Abhängigkeit, Entschluß zur Abstinenz)
- Psychotherapeutische Phase (Behandlung weiterer Störungen)
- Realitätserprobungsphase (Kontakt zu Nachsorge/Selbsthilfegruppen, Kontakt zu Arbeitgebern, häusliche Wochenendbesuche).

10 Jahre nach dem Urteil des Bundessozialgerichtshofes läutete die Empfehlungsvereinbarung 'Stationäre Behandlung Abhängigkeitskranker' das Ende der Ära der Ex-User ein.

Neben den Vorgaben für die Ausstattung der Einrichtung wurde festgelegt, daß die Bezugstherapeuten den Berufsgruppen der Ärzte, Psychologen oder Sozialpädagogen anzugehören hätten. Auch vorher waren bereits zahlreiche Psychologen eingestellt worden, aber nun wurden die klassischen Suchtkrankentherapeuten vornehmlich durch Psychologen und schließlich auch durch Sozialpädagogen ersetzt. Diese fanden feste Zeitstrukturen vor. Angestellte und hessische Arbeiter z.B. mußten sechs Monate Behandlung über sich ergehen lassen, bei bayerischen Arbeitern reichten vier Monate, von Rentenversicherungsanstalt zu Rentenversicherungsanstalt waren die Vorgaben unterschiedlich.

Die Fachleute brachten nun ihre therapeutischen Programme mit. Sie akzeptierten jedoch auch das bereits vorliegende Paradigma. Das führte in vielen Fällen dazu, daß feste Programme eingeführt wurden, die auf die Zeitvorgaben zugeschnitten waren. Dabei hielt man sich nach wie vor in den meisten Fällen an die Stufen des

suchttherapeutischen Ansatzes. Zuweilen wurden zusätzlich therapeutische Bausteine wie Entspannungstraining, assertives Training, Ablehnungstraining etc. eingeführt. In einigen Einrichtungen – und das waren nicht die schlechtesten – wurden geradezu Therapie-Curricula erarbeitet, welche die Patientinnen und Patienten zu durchlaufen hatten.

Man sprach zwar damals von der multimodalen oder multikausalen Genese der Abhängigkeitskrankheit, aber die Vielzahl der Theorien, die angeboten wurden, hatten kaum einen Einfluß auf die Therapie.

In dieser Zeit, also in den 70er und zu Beginn der 80er Jahre, hatte sich die Indikationsfrage erst langsam gestellt. Zwar gab es seit Beginn der 70er Jahre in unserem Verband bereits zwei Fachkliniken für Kurzzeittherapie, so daß man sich um Indikatoren für eine kurz- oder langfristige Behandlung Gedanken machen mußte, aber ansonsten stellte sich lediglich die Frage bei einer langsamen Liberalisierung der Verweildauer, wann wohl eine mittelfristige Therapie von bis 4 Monaten oder eine längerfristige Therapie von 6 Monaten oder länger angesagt sei.

Anfang der 80er Jahre wuchs bei dem einen oder anderen von uns immer mehr die Erkenntnis, daß es doch wohl nicht angehen könne, daß die Rehabilitation Abhängigkeitskranker auf einen bestimmten Zeitraum fixiert sei.

Wer hätte voraussagen wollen, ob ein komplizierter Beinbruch in zwei, drei oder vier Wochen geheilt sei. Wieviel weniger wahrscheinlich war es, daß bei diesem komplexen Geschehen „Abhängigkeit“ der Rehabilitationszeitraum von vornherein festliegen sollte. Es war ja auch deutlich genug geworden, daß Abhängige in sehr unterschiedlicher Weise über die Abhängigkeit hinaus gestört waren. Der Gedanke an eine Individualisierung von Therapiedauer und Therapieart wurde immer stärker. Die Umsetzung dieses Gedanken mußte zur Überwindung einer Reihe von Problemen führen. So war allen Beteiligten klar, daß es nicht möglich sein würde, mit einer selektiven Indikationsstellung allein Therapiedauer und Therapieart für jeden einzelnen Patienten vorab final zu bestimmen. Sie mußte durch eine adaptive Indikationsstellung ergänzt werden. Die Entwicklung des Indikationsinstrumentariums erforderte und erfordert einen hohen Aufwand, den man sich damals noch leisten konnte. An dem Vorlauf und der Ausarbeitung der Instrumente waren zahlreiche Kollegen beteiligt, wie Waldow und Süß aus unserer Forschungsstelle, Professor Kanfer, Herr Missel, Dr. Zemlin, Herr Brauckmann usw.

Ich will Sie mit diesem geschichtlichen Überblick nicht überlasten, aber etwas ist eindeutig, daß nämlich auf die Indikationsfrage auch eine Antwort gegeben werden mußte, nämlich die indikative Therapie. Konnte in einer üblichen Fachklinik für Abhängigkeitskranke zwar die Diagnose gestellt werden, ohne besondere Auswirkungen auf die Therapie zu haben, war das bei diesem Behandlungskonzept nicht möglich. Es stellte sich schnell heraus, daß Patienten mit weiteren psychischen Störungen deutlich vertreten waren, so daß Behandlungseinheiten entwickelt werden mußten, um diese Störungen zu behandeln. Es wurde deutlich, daß mehr einzeltherapeutische Betreuung notwendig war, häufig eine Indikation für eine therapeutische Weiterbehandlung gestellt werden mußte.

Diese Feststellungen gingen überein mit Erfahrungen und Befunden anderer Kliniker und Wissenschaftler. Auch in einer bayrischen Fachklinik für Abhängigkeitskranke hatte man festgestellt, daß Patienten mit Doppeldiagnosen eine Problemkonstellation haben, die die routinemäßige Konzentration auf Sucht oder Psychosomatik in den jeweiligen Fachrichtungen nicht gerecht wird (Lieb, 1989; Hadler und Biermann, 1990). Wenn unter den Erstdiagnosen einer bayerischen Fachklinik für Abhängigkeitskranke 28,9 % neurotische Störungen, 23,7 % körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs, 13,1 % Anpassungsstörungen und 7,8 % Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden, dann wird deutlich, daß sich hier den Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen eine Aufgabe stellte, der sie sich nicht verschließen konnten.

Die EBIS-Statistik wies 1987 ein ähnliches Bild auf (Simon, 1987). Auch in psychosomatischen Kliniken zeigte sich, daß trotz offizieller Kontraindikation und darauf abgestimmter Selektionsprozesse ein hoher Anteil von Patienten mit Suchtproblemen in eine psychosomatische Einrichtung gelangte. Die Basisdokumentation Bad Dürkheim von 1986 bis 1988 wies auf, daß 15,8 % der Patienten alkoholabhängig, 9,2 % von Barbituraten und Tranquillanzien abhängig, 10,2 % andere Abhängigkeiten zeigten, so daß 35,2 % als abhängig deklariert wurden. Dazu kommen aber ganz andere Zahlen, wenn man den Mißbrauch mit berücksichtigt. 40,8 % zeigten einen Alkoholmißbrauch, 8,2 % einen Mißbrauch von Barbituraten und Tranquillanzien. Damit wurde aber etwas anderes deutlich, daß es für viele Patienten inadäquat ist, sie vor ein „Entweder/Oder“ zu stellen. Nicht nur psychosomatische Einrichtungen müssen über vielfältige Strategien im Umgang mit Patienten mit Suchtproblemen verfügen, sondern Fachkliniken für Abhängigkeitskranke brauchen Strategien für den Umgang mit Patienten die unter „psychosomatischen Störungen“ leiden.

An dieser Stelle sei mir ein kurzer Exkurs erlaubt. Mit fehlt hier leider die Zeit, um ausführlich über eine Semantik des Begriffes „Psychosomatik“ zu reden. Es gibt mindestens sechs unterschiedliche und weitgehend inkompatible Definitionen dieses Begriffes. Über die ersten fünf Definitionen könnten wir uns international gut verständigen, die sechste dagegen ist ein bundesrepublikanisches Spezifikum. Der Hamburger Psychiater Prof. Meyer (1986) hat es einmal eine bundesrepublikanische Tarnbezeichnung genannt. In Psychosomatischen Kliniken befinden sich nämlich in der Regel 50 % „Neurotiker“, 20 % Patienten, die an psychosozialen Folgen von somatischen, insbesondere chronischen Erkrankungen leiden, so daß allenfalls der Rest als im engeren Sinne psychosomatische Patienten zu bezeichnen wären. Psychosomatische Kliniken in der Bundesrepublik sind de facto psychotherapeutische Kliniken.

Die erweiterten Aufgaben, die den Suchtkliniken zufielen, führten dazu, daß eine Psychotherapeutisierung einsetzte, also, um in der bundesrepublikanischen Nomenklatur zu bleiben, ein psychosomatisches Paradigma sich in den Vordergrund spielte.

Die Individualisierung der Behandlung Abhängigkeitskranker erhielt einen zusätzlichen Schub durch das Rückfall-Modell Marlatts (1985).

Zwar war der Alles-oder-Nichts-Ansatz, der sich in dem Satz konkretisiert „So wenig wie man ein bißchen schwanger sein kann, so wenig kann man ein bißchen abhängig sein“, bei einer Reihe von Autoren bereits Anfang der 80er Jahre als überholt betrachtet worden, aber die Unterscheidung zwischen Lapse und Relapse, dem Straucheln und dem Rückfall in das vollständige Abhängigkeitsmuster löste einen zusätzlichen Individualisierungsschub aus, und erzwang die Aufgabe von Standardprogrammen.

Selbst Traditionalisten wie Kissin mußten akzeptieren, daß es „low dependency“-Trinker gibt und befürworteten unterschiedliche Behandlungsprogramme, die auf den Grad der Abhängigkeit zugeschnitten sind.

Behandlungsangebote können sich nicht mehr auf den chronischen Abhängigkeitskranken beschränken.

Mit dem psychosomatischen Ansatz stehen wir nun nicht etwa wieder an der gleichen Stelle wie beim Neurosen-Ansatz der 50er und 60er Jahre. Das Verständnis von psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Störungen und auch das Verständnis von Psychotherapie hat sich inzwischen doch sehr gewandelt. Dennoch tut sich ein Problem auf: Es ist eindeutig, daß wir psychische Störungen als Ursachen, Folgen und Begleitzustände von Abhängigkeitserkrankungen vorfinden.

Wir finden aber auch Abhängigkeit als Folgen und Begleitzustände von psychischen Störungen vor. Das kann uns aber so sehr den Blick verkleistern, daß wir korrelative Zusammenhänge als umfassende kausale Zusammenhänge mißverstehen in dem Sinne, als ob in jedem Falle psychische Störungen mit Abhängigkeitserkrankungen verwoben seien. Diese Unterstellung einer psychischen Störung in jedem Falle ist aber wissenschaftlich nicht gerechtfertigt. Um das Problem auf eine einfache Formel zu bringen: Ein Alkoholiker wird abhängig, weil er Alkohol trinkt. Hätte er nie Alkohol getrunken, wäre er auch nie alkoholabhängig geworden. Diese Feststellung ist banal, aber wichtig. Wir müssen uns frei halten von Vorannahmen, die es uns sonst nicht mehr erlauben, den Patienten unvoreingenommen zu betrachten.

Ich möchte in diesem Zusammenhang nur auf ein Beispiel verweisen, nämlich auf die Zunahme der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen in Zusammenhang mit der Abhängigkeitserkrankung. Nun läßt sich zunächst erst einmal allgemein feststellen, daß in der Psychotherapie Persönlichkeitsstörungen immer häufiger diagnostiziert werden. Vermehren sich tatsächlich die Persönlichkeitsstörungen oder ist uns durch ICD 10 die Diagnose, oder sagen wir besser das Konstrukt, „Persönlichkeitsstörungen“ vertrauter und lieber geworden? Warum kann ich mich bei meinen Patienten aus den 60er Jahren kaum an Persönlichkeitsstörungen erinnern, erlebe sie aber mit größter Häufung bei den Patienten meiner Supervisanden? Warum diagnostizierte man in einer Untersuchung aus dem Jahre 1990 (Hadler u. Biermann) noch 7,8% Persönlichkeitsstörungen, während in der Untersuchung von der Stein und Giese im Jahre 1994 34 % der Patienten, die sich einer stationären Entgiftungsbehandlung unterzogen, die Kriterien sogar der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllt haben sollen.

Diese Tendenz scheint sich zu verstärken, so daß die Gefahr besteht, daß wir es auf einmal mit einem „Persönlichkeitsstörungs-Ansatz“ zu tun bekommen. Manche

Autoren kommen noch zu einem wesentlich höheren Prozentsatz an Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Das hat durchaus praktische Konsequenzen, denn wenn auch die Prognose in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen besser geworden sein mag, sie ist immer noch miserabel genug. Mit dem Persönlichkeitsstörungs-Paradigma hätten wir dann das alte Psychopathie-Paradigma wieder eingeholt.

„...die Botschaft an den Suchtkranken mit einer ihm andiagnostizierten Persönlichkeitsstörung lautet jedoch recht eindeutig: „Du bist ziemlich unverbesserlich!“. Für den Therapeuten wäre die Konsequenz, daß er sich sagt, die Mühe lohne sich nicht, Verwahrung sei die einzig wirksame Lösung“ (Kellermann, 1994). Offenbar werden psychotoxisch bedingte Auffälligkeiten wie Impulsivität, Selbstschädigung, instabile Beziehungen, Suizidversuche oft fälschlich als Borderline-Merkmale eingestuft.

Die neuen Süchte, die stoffungebundenen Süchte können für unsere Thematik eine sehr unterschiedliche Rolle spielen, indem sie entweder den Persönlichkeitsstörungs-Ansatz bestätigen oder relativieren.

Ich kann im Rahmen dieses Vortrages nicht die Diskussion referieren, möchte aber auf zwei Ansätze verweisen. Der kürzlich verstorbene Prof. Dr. Dr. Dr. Brengelmann erklärte 1995 in Anlehnung an Gazzinga (1994), daß in jeder Kultur 5 bis 6 % der Menschen zur Abhängigkeit neigen.

Diese genetisch bedingte Vulnerabilität zur Abhängigkeit könne in der Art der Abhängigkeit variieren, die Gesamtzahl der Abhängigen bleibe aber stabil. Es gebe Gene für bestimmte psychopathologische Merkmale wie Ängste oder Zwanghaftigkeit, die spezifische Abhängigkeiten ermöglichen. Die Umwelt könne die biologische Anfälligkeit für eine Abhängigkeit lediglich in Grenzen auslösen oder hemmen.

Damit postuliert Brengelmann also eine genetisch bedingte Persönlichkeitsstörung als Ursache aller Abhängigkeiten, seien es stoffgebundene oder stoffungebundene Süchte.

Mit den neuen Süchten haben wir Pandoras Büchse geöffnet und haben nun die Eßsucht, die Eß-Brechsucht, die Magersucht, die Arbeitssucht, die Liebessucht, die Eifersucht, die Sex-Sucht, die Klau-Sucht, die Kaufsucht, die Bergsteigersucht, die Autorennsucht, die Jogging-Sucht, die Spiel-Sucht, die Gesundheitsucht, die Vitaminsucht, die Kultur-Sucht, die Sucht nach Neuem, die Sucht nach Grandiositäten, die Häkelsucht, die Kreuzworträtsel-Sucht – ich könnte so weitermachen wie in einer Litanei.

Hat Lieb (1991) nicht recht, wenn er von einer Suchtdiagnosen-Sucht spricht?

„Wenn es zutrifft, daß grundsätzlich alles menschliche Interesse süchtig zu entarten vermag, dann ist jede Entartung mit geringem geistigen Aufwand als Sucht beschreibbar“ (Gaßmann, 1994).

Eine differenzierte Betrachtung des „Pathologischen Glücksspielens“ auf der Grundlage empirischer Untersuchungen finden Sie bei Petry und Jahrreis (1999).

Die gesellschaftliche Aufnahmebereitschaft neuer Süchte hat aber vielleicht einen durchaus positiven Aspekt, indem sie das unerreichbare „puritanische Ideal einer grundsätzlich abhängigkeitsfreien Existenz überwindet“ (Graßmann, 1994). Die

neuen Süchte sind sozialverträglicher und führen daher zu einer entspannteren Haltung gegenüber Abhängigkeiten.

Die Konsequenzen der von mir dargestellten Ansätze – und sie sind beileibe nicht vollständig – sind ein wenig bedrückend, denn sie haben alle etwas für sich. Ich fühle mich daher an jenen Richter erinnert, der nach dem Vortrag einer Partei dieser Recht gab, nach den Darstellungen der Gegenpartei auch dieser Recht gab und dann auf den Zuruf aus dem Publikum „Die können doch nicht Beide recht haben“ erwiderte: „Da hast Du auch recht!“

Das Komplizierte an der Situation ist, daß die Ansätze wirklich alle recht haben, aber eben nicht ausschließlich.

Natürlich haben wir unter unseren Patienten den schwer persönlichkeitsgestörten Menschen, den man früher Psychopath genannt hätte, und sicher gibt es genetische Begründungen für Abhängigkeiten und psychische Störungen. Es stimmt auch, daß psychische Störungen und soziale Belastungen Abhängigkeiten auslösen können, aber auch, daß die Abhängigkeit und die Erzielung der Abstinenz oberstes Gebot sein kann.

Die zahllosen Patienten-Merkmale, auf die wir mit Therapie-Merkmalen zu antworten hätten, summieren sich in der Kombination zu unüberschaubaren Größen. Individualisierung der Therapie ist nichts Neues und gab es bereits in der Gruppentherapie der 70er Jahre, wahrscheinlich auch schon in den Heilstätten durch den persönlichen Einsatz der Leiter und Mitarbeiter.

Unser Erkenntnisfortschritt, die Differenzierung der therapeutischen Möglichkeiten hat uns Chancen, aber auch erhebliche Probleme beschert, zumal wir viele Merkmale, die für den Therapieerfolg wichtig sind, noch gar nicht richtig messen können.

Die weitere Professionalisierung der Therapie ist bei den gewachsenen Aufgaben, der Differenzierung des Behandlungsangebots im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich unabdingbar. Das erfordert höhere Aus- und Weiterbildungsstandards für das therapeutische Personal.

Das Erfordernis einer indikationsgeleiteten Differenzierung der Therapie bedingt eine ebenso differenzierte Diagnostik von Screeningmethoden zur Früherkennung, über mehrdimensionale Schweregraddiagnostik, selektive Indikationsstellung, Erfassung der Komorbidität, Verlaufs- und Abschlußdiagnostik (Zemlin u. Missel, 1996). Individualisierte Indikationsstellung kann sich aber nicht allein auf eine reine Expertenindikation stützen, sondern muß den Patienten in die Entscheidung bei der Planung der Rehabilitation einbeziehen. Die dadurch notwendige Kundenorientierung erfordert eine Erhöhung der Servicequalität und eine Verstärkung der Orientierung an den Kundenbedürfnissen.

Jede Patientin, jeder Patient ist ein Individuum, das wir als solches annehmen müssen und nicht voreilig in eine Schublade stecken dürfen. Individualisierung von Therapieart und -dauer muß Standard sein.

Ich habe eine Tour d'horizon versucht, in der Hoffnung, wesentliche Ansätze aufzuzeigen, die verdeutlichen, wie wichtig Individualisierung der Behandlung Abhängigkeitskranker ist. Individualisierung ist nicht alles, denn natürlich sind viele Probleme bei vielen Abhängigkeitskranken identisch, unsere Patienten unterscheiden sich aber auch so sehr, daß wir uns nicht auf Standardverfahren fixieren kön-

nen. Vor zwei Wochen sah ich den Antrag einer Einrichtung auf Aufnahme in den Fachverband Sucht. In dem Konzept wurde in einem Satz genau beschrieben, warum ein Abhängigkeitskranker abhängig ist.

Ich hoffe wir sind so weit, daß wir uns von solchen Pauschalen distanzieren können. Wir müssen das Individuum durch eine indikative Diagnostik erfassen, wir müssen mit dem Individuum einen Therapieplan verhandeln, der auf das Individuum ausgerichtet ist.

## Literatur

- Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1949
- Bönnner, K.H.; Waldow, M. (Hrsg.): Indikation und individualisierte Verweildauer in der stationären Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger, Marburg 1987
- Bönnner, K.H.: Kriterien für Indikationsstellung, Therapiedauer und Erfolgskontrolle in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, in: Bönnner/Waldow 1987 (s.o.) S. 43-68
- Brengelmann, J.C.: Effektives und ineffektives Spielverhalten, in: Homo ludens V, München-Salzburg 1995, S. 16-35
- Dorsch, F.: Psychologisches Wörterbuch, Bern/Stuttgart/Wien 1982
- Gaßmann, R.: Süchte in Deutschland, Neuere Entwicklungen aus sozialwissenschaftlicher Sicht, in: Sucht, 4/1994, S. 281-283
- Gazzaniga, M.S.: Nature's Mind, London 1994
- Hadler, P./Biermann, M.: Sucht und Psychosomatik, in: Praxis der Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 10,1990
- Jaspers, Karl: Allgemeine Psychopathologie, Berlin 1923
- Kanfer, F.H.: Indikation unterschiedlicher Behandlungsdauern in der stationären Therapie von Alkoholabhängigen, in: Bönnner/Waldow 1987 (s.o.) S. 69-102
- Kellermann, B.: Wann hört ihr endlich auf mit der Modediagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“, in: Sucht, 6, 1994, S. 441-442
- Kuhn, T.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, Frankfurt 1967
- Lieb, H.: Was der Patient vereint, soll der Therapeut nicht trennen, in: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 6,1989, S.98-106
- Lieb, H.: Was ist Heilung? Zu den paradigmatischen Grundannahmen von Sucht und Psychosomatik, in: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 10, 1990
- Lieb, H.: Süchtig nach Suchtdiagnosen?, in: Sucht, 6/1991, S. 409-414
- Marlatt, G.A.: Relapse prevention, in: G.A. Marlatt u. J.R. Gordon (eds.), Relapse prevention, New York 1985, S. 3-70
- Meyer, A.-E.: Einführung in die Geschichte und Versorgungsstruktur der psychosomatischen Medizin, in: Schriftenreihe GPT e.V. Bd. XXI, Düsseldorf 1986
- Simon, R.: Jahresstatistik 1987 von stationären Einrichtungen für die Suchtkrankenilfe, IFT-Berichte, Bd. 48, München 1987
- Süß, H.-M./Waldow, M.: Modelle zur indikationsgeleiteten Variation der Behandlungsdauer in der stationären Therapie von Alkoholabhängigen. Z.f. Klin.P. Psych. Psychother. 34, 325-334, 1986
- Von der Stein, B./Podoll, K.: Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Patienten mit chronischem Alkoholismus, in: Sucht, H.2, 1994, S. 99-106
- Zielke, M. et al.: Basisdokumentation Psychosomatik, in: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 11, 1991
- Zemlin, U.: Indikationskriterien für ambulante oder stationäre Therapie, in: Fachverband Sucht (Hrsg.): Ambulante und stationäre Suchttherapie, Geesthacht 1993
- Zemlin, U.; Missel, P.: Perspektiven für die Rehabilitation von Abhängigkeitskranken, in: LVA Rheinprovinz Mitteilungen, 9/1996, S. 406-414

## Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen / Fachverband Sucht e.V. - Geesthacht :

Neuland, 2000

(Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 23)

ISBN 3-87581-201-8