

Wirkfaktoren in der Suchtbehandlung – Was benötigt der Patient?

Ralf Schneider

Die Suchthilfe ist nicht auf die Behandlung manifest Abhängigkeitskranker beschränkt. Sie umfasst auch die Prävention von substanzbezogenen Störungen und die Hilfen für chronisch mehrfach geschädigte und für die mit üblichen Therapien nicht erreichbare Personen. Angesichts der immensen gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden, die unmittelbar aus dem Tabak- und Alkoholkonsum sowie häufig aus dem Konsum illegaler Drogen resultieren, ist die gesellschaftliche Bedeutung der Prävention derjenigen der Behandlung mindestens ebenbürtig. Hier soll aber nur die Rede von der Suchtbehandlung sein.

Sucht ist eine chronische Erkrankung, bei deren Entstehung genetische, gesellschaftliche, soziale, entwicklungspsychologische und persönlichkeitsbedingte Faktoren beteiligt sind. Zentral für eine dauerhafte Genesung ist die Bewältigung der psychischen Abhängigkeit. Die Behandlung der Entzugerscheinungen ist zeitlich eng begrenzt; dasselbe gilt für die meisten körperlichen Folgeerkrankungen der Sucht. Die Krankheit kann vollständig zum Stillstand gebracht, aber nicht in dem Sinne geheilt werden, dass die Person wieder in einen „Substanz-naiven“ Zustand zurückversetzt wird und anschließend beispielsweise wieder so Alkohol trinken kann, wie es unkritische Konsumenten tun, also gelegentlich, in medizinisch unbedenklichem Ausmaß und ohne Kontrollverluste.

Suchtpatienten benötigen im Prinzip dasselbe, was alle chronisch Kranken brauchen, deren Krankheit schleichend und unmerklich beginnt, weil ihre frühen Symptome nicht immer im Sinne der Diagnose eindeutig zu interpretieren sind. Solche Patienten hadern mit ihrem Schicksal, sind oft verbittert, empfinden den von der Erkrankung „erzwungenen“ Wandel ihres Lebensstils, den meistens auch das soziale Umfeld einfordert, als unzumutbar und manchmal fühlen sie sich auch dazu nicht imstande, weil sie von vielen Fehlversuchen in der Vergangenheit demoralisiert sind. Diese chronisch Kranken benötigen:

- Frühzeitige Interventionen und klare Botschaften vom medizinischen Versorgungssystem und aus ihrem sozialen Umfeld bezüglich der Störung
- Falls es der körperliche, soziale oder psychische Zustand erforderlich macht: akute Notfallmaßnahmen, Hilfen zum Überleben
- Minderung aktuellen körperlichen, sozialen und psychischen Leids
- Verständnis und Mitgefühl

- Respekt ihrer Individualität und Würdigung ihrer Fähigkeiten, Leistungen und Stärken
- Eine Sicherheit gebenden und Abstand vom bisherigen Problemverhalten schaffenden Behandlungsrahmen
- Kontakt zur Selbsthilfe, zu gleichermaßen Betroffenen
- Ermutigung und Bestärkung beim kleinsten Versuch einer Änderung
- Wissen über die Hintergründe der Erkrankung
- Entlastung und Bewältigung von Trauer, Schuld und/oder Groll
- Keine Stellung einer Diagnose, sondern eine Anleitung dazu, dass sie sich ihre Diagnose selbst „ohne wenn und aber“ stellen: Krankheitsakzeptanz
- Hilfen beim Aufbau des neuen Lebensstils (Ernährung, Bewegung, Arbeit, soziale Beziehungen usw.) = mit der Krankheit leben lernen
- Gegebenfalls Kompetenzerwerb und Stabilisierungsmaßnahmen für das Erwerbsleben und private soziale Lebensbereiche
- Rückfallprävention

Bei den Süchten kommt erstens erschwerend hinzu, dass das Fortbestehen der Krankheit nach Erreichen der Abstinenz nicht mehr durch biologische Parameter messbar und nachweisbar ist, wie beim Diabetes oder Bluthochdruck, und dass es über lange Zeiten hinweg auch nicht subjektiv spürbar ist, wie etwa bei Rheuma. Sie kann leicht in Vergessenheit geraten.

Zweitens fühlen sich viele Patienten bei der Vorstellung, permanent abstinent zu leben, oft wie sozial behindert, da gerade die legale Droge Alkohol in vielen gesellschaftlichen Situationen „einfach dazu gehört“.

Drittens ist es ein wesentliches Merkmal der Sucht, dass diejenigen Verhaltensweisen, die die Krankheit wieder akut ausbrechen lassen, zuerst einmal zu erheblichen Verstärkungen führen, ohne dass sehr rasch negative Konsequenzen folgen, wie es beispielsweise bei Allergien der Fall ist. Der Drogenkonsum behält also einen mit der Zeit zwar abnehmenden, aber in den meisten Fällen nie ganz verschwindenden Reiz, der vom Verstand und seinem Wissen um die zwangsläufig wieder auftretenden problematischen Folgen eines erneuten Konsums in Schach gehalten werden muss: Man muss sich immer wieder für das richtige Verhalten entscheiden, keine Behinderung oder organische Fehlfunktion nimmt dem Suchtkranken diese Entscheidung ab.

Viertens lässt sich folglich das Risiko eines Rückfalls nicht gänzlich ausschalten. Das betrifft besonders Situationen, in denen man sich emotional belastet fühlt und momentan keine Möglichkeit der Belastungsminderung durch konstruktives Verhalten sieht, Situationen, in denen einem das Wissen um die langfristigen negativen Konsequenzen vorübergehend nichts bedeutet, weil man sich beispielsweise ohnehin lebensunlustig fühlt, weil man der „ewigen Wachsamkeit und Vorsicht müde“ ist und sich wie in alten Zeiten einfach mal wieder gehen lassen möchte, oder Situationen des Hochgefühls oder großer vollbrachter Leistung, in denen man meint, „es mit der ganzen Welt aufnehmen zu können“ bzw. in denen man sich etwas Besonderes gönnen möchte. Solche Situationen sind manchmal bis kurz vorher nicht voraussehbar. Das Suchtverhalten ist nämlich mit allen seinen früheren Kontextfaktoren im so genannten „Suchtgedächtnis“ gespeichert und nicht zu löschen, von wo es situationsabhängig, aber nicht zwangsläufig subjektiv bewusst spürbar aktiviert werden kann. In wesentlich schwächerer Form kennen die meisten Menschen dieses Phänomen als Heimweh oder von plötzlich wieder auftauchenden Erinnerungen bei bestimmten Gerüchen, Musikstücken oder Bildern. Aus solchen „Rückfällen“ darf das Behandlungssystem keine Katastrophen machen, darf sie aber auch nicht bagatellisieren. Eine möglichst rasche Rückkehr zur vorangegangenen Abstinenz muss hier das Ziel sein.

Was der Suchtpatient folglich über den üblichen Bedarf anderer chronisch Erkrankter hinaus in ganz besonderem Maße benötigt, ist ein Behandlungsrahmen, der ihm hilft,

- sich frühzeitig in Behandlung zu begeben, äußere Bedingungen, die zum Kontakt mit Ärzten und Beratern motivieren
- die Tendenz zur Leugnung und Bagatellisierung zu überwinden
- die Schwere der Krankheit und ihre Bedeutung für sein weiteres Schicksal realistisch einzuschätzen
- sicher vor frühzeitig im Behandlungsverlauf auftretenden, demoralisierenden Rückfällen zu sein
- Übungen im Umgang mit Versuchungssituationen und dem Erleben von Verlangen nach der Substanz zu erhalten
- sich möglichst vollständig in das soziale Leben zu reintegrieren, insbesondere ins Erwerbsleben; im Privatleben müssen unvermeidliche Kontakte mit Konsumenten routiniert gemeistert werden, daneben sollten aber auch Kontakte mit

anderen Abstinenter aufgebaut und gepflegt werden

- nicht nur einen Lebensstil und Strategien zu entwickeln, die Rückfällen vorbeugen, sondern auch Maßnahmen für den Notfall zu trainieren (wie im Brandschutz).

Motivierende Maßnahmen sind nicht auf kommunikative Strategien und therapeutische Techniken beschränkt, sondern sie betreffen auch die Erreichbarkeit, das öffentliche Ansehen und die Struktur der Hilfsangebote. Die Motivation fördernden Maßnahmen im engeren Sinne liegen in manualisierter Form als Techniken der Klinischen Psychologie vor. Sie sind also gut lehr- und lernbar und ihre Wirksamkeit ist wissenschaftlich nachgewiesen (Evidenzgrad I für „motivational enhancement“). Dieses therapeutische Basiskonzept sollte von allen Beratern und Behandlern angewendet werden, denn es erfüllt die Anforderungen der Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit, auf die hin alle Elemente der Behandlung überprüft werden. Konfrontation und Zwang werden allerdings noch immer wegen ihrer kurzfristigen Wirkung gelegentlich als unvermeidbares Mittel im Umgang mit Süchtigen dargestellt, aber wer Krankheits- bzw. Genesungsverläufe über lange Zeiträume verfolgen kann, weiß, dass Zwang und Druck nur zur Abwehr von unmittelbaren Gefährdungen und bestenfalls als Initialzündung für den langfristigen Veränderungsprozess dienen können. In Deutschland ist die Suchtbehandlung aufgeteilt in Akut- und Postakutbehandlung. Gewöhnlich nennt man das Entzug und Entwöhnung. Erstere fällt üblicherweise in die Zuständigkeit der Krankenkassen, Letztere als Rehabilitationsmaßnahme in die der Deutschen Rentenversicherung. Was der Patient hier braucht und wünscht, ist Nahtlosigkeit zwischen diesen beiden Behandlungsteilen (s. Statement „Zentrale Aspekte für die Weiterentwicklung des Behandlungssystems“). Neben der zeitlichen Nahtlosigkeit ist dafür ein übergreifendes Konzept der

Motivationsförderung in beiden Sektoren ausgesprochen hilfreich.

Die Entwöhnung im Rahmen der Rehabilitation kann stationär, teilstationär und ambulant erfolgen, auch in Kombination aus diesen drei Behandlungsarten. Für arbeits- und wohnungslose Rehabilitanden mit erheblichen Problemen der Reintegration kann die medizinische Rehabilitationsmaßnahme zudem in Form der Adaption fortgesetzt werden, in der ausgedehnte Arbeitserprobungen und Maßnahmen zur psychischen wie körperlichen Stabilisierung unter alltagsähnlichen Bedingungen stattfinden. Die Dauer stationärer Entwöhnungsbehandlungen liegt für Alkoholabhängige zwischen 6 und 16 Wochen, für Drogenabhängige zwischen 3 und 6 Monaten. Die erreichte individuelle Variabilität in Art, Inhalt und Dauer der Maßnahmen sollte erhalten bleiben und allen Patienten – nicht nur den Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung – ermöglicht werden. Die Praxis der letzten Jahre zeigt, dass die Patienten das benötigen.

Die formalen Voraussetzungen zur ambulanten Nachsorge oder Fortsetzung der Behandlung im Anschluss an eine stationäre sind heute gegeben. Ähnlich wie zwischen Entzug und Entwöhnung bezüglich der Motivationsförderung sollte sich zwischen Fachambulanzen und Kliniken noch mehr als bisher ein gemeinsames Konzept bezüglich evidenzbasierter Maßnahmen zur Stabilisierung und Rückfallprävention etablieren. Das könnte die Bürokratie von ansonsten tausendfach zu schließenden Einzelkooperationsverträgen überflüssig machen.

Aber unabhängig von solchen weiteren Entwicklungen gilt schon heute: Kein Suchtbehandlungssystem der Welt kann im Bereich der Alkoholismusbehandlung so gute Ergebnisse vorweisen wie das deutsche. Vor allem die Wirksamkeit der stationären Rehabilitation ist nicht nur durch einzelne wissenschaftliche Studien, sondern auch durch eine breite Datenbasis

aus der allgemeinen Versorgung von Leistungsträgern und Leistungserbringern gesichert (s. Statement P. Missel: „Wirksamkeit der Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Empirische Ergebnisse“). Man darf davon ausgehen, dass sich diese Ergebnisse für die neueren integrativen Therapien aus stationären, teilstationären, ambulanten und adaptiven Modulen bestätigen oder sogar noch verbessern lassen.

Die postakute Suchttherapie im Rahmen der Rehabilitation ist aber eine Komplexbehandlung, die stets nebeneinander etliche Maßnahmen mit dem Ziel einer Besserung somatischer, psychischer und sozialer Störungen beinhaltet. Gemäß den international gültigen wissenschaftlichen Standards lässt sich die differentielle Wirksamkeit einer solchen Behandlungsform u.a. deshalb nicht mit hohem Evidenzgrad beweisen, weil hierfür nach Zufall verteilte Gruppen inklusive einer Gruppe ohne Behandlung gebildet werden müssten, was in der Krankenversorgung unmöglich ist.

Wir befinden uns also in der absurd erscheinenden Situation, dass der deutschen Suchthilfe einzelne evidenzbasierte Methoden wegen ihrer wissenschaftlichen Fundierung als Behandlungsalternative vorgeschlagen werden, deren Wirksamkeit geringer ist als der durchschnittliche Ergebnisstandard in Deutschland. Mit einem solche Wechsel wäre den Patienten wohl zuletzt gedient, denn für diese gilt an erster Stelle: „Was nichts (oder weniger) bewirkt, das hat verwirkt!“

Ansprechpartner:

Ralf Schneider
Vorstandsvorsitzender des Fachverbandes Sucht e.V.
Direktor der salus klinik Friedrichsdorf
Landgrafenplatz 1
61381 Friedrichsdorf/Taunus
Tel.: 06172 - 950-100
Fax: 06172 - 950-133
E-Mail: r.schneider@salus-friedrichsdorf.de

Literaturhinweise

Lamprecht, F. (Hrsg.): Praxisbuch EMDR - Modifizierungen für spezielle Anwendungsgebiete, Stuttgart 2006, ISBN 3-608-89001-7, 22,00 €

Die EMDR-Methode stellt mittlerweile eine effektive Behandlungsmöglichkeit für traumatisierte Menschen dar. Der Sammelband beschäftigt sich mit der Übertragung der Methode auf andere Anwendungsgebiete wie Depressionen, Ängste, psychosomatische Schmerzen, dissoziative Störungen oder Suchtverhalten. Ein Therapeutführer mit spezifischen Behandlungsangeboten rundet den Sammelband ab.

Prior, M.: Beratung und Therapie optimal vorbereiten, Heidelberg 2006, ISBN 3-89670-530-X, 14,95 €

Der Autor zeigt in diesem Buch, wie man in einem Telefonat von 10-15 Minuten eine positive und zuversichtliche Erwartungshaltung bereits vor dem ersten offiziellen Gesprächstermin herstellen kann gemäß dem Motto: „Wer eine Therapie oder eine Beratung mit dem ersten offiziellen Gesprächstermin beginnen lässt, hat das Beste versäumt.“ Präsentiert wird eine Vielzahl nützlicher Ideen, die kurz, präzise und fundiert sind.

Weidenmann, B.: Handbuch Active-Training - Die besten Methoden für lebendige Seminare, Weinheim und Basel 2006, ISBN 3-407-36440-7, 39,90 €

Das Buch wendet sich an Seminarleiter, welche aktivierende Methoden einsetzen wollen, um Teilnehmer in Bewegung zu versetzen. Alle vorgestellten 80 Methoden sind praxisfreundlich, verlangen kaum Vorbereitung und nehmen maximal 30 Minuten in Anspruch. Angegeben sind für jede Methode jeweils Materialien, Situationen, Ablauf, Chancen und Risiken sowie besondere Tipps und Varianten.