

Plenumsbeiträge

Was hat sich bewährt? – Zum State of the Art bei der Behandlung von Suchterkrankungen

Monika Vogelgesang

Einleitung

„Suchtmittel wirken wie ein Vorschlaghammer auf den Menschen“ (Nestler, 2003), aber trotz der hier drastisch verdeutlichten enormen Destruktivität der Abhängigkeits-erkrankungen ist die Suchttherapie erwiesenermaßen sehr erfolgreich. Die deutschen Katamneseergebnisse der Langzeitentwöhnungstherapien bei Alkoholabhängigkeit sind ausgesprochen gut (Kluger et al., 2003), ja sogar weltweit führend (Schneider, 2000). Auch die von der BfA erhobenen sozialmedizinischen Daten nach stationärer Suchtrehabilitation belegen eindrucksvoll deren Wirksamkeit (Hummerlink & Grünbeck, 2002). Im Folgenden werden Therapieformen und -inhalte dargestellt, die sich beim Aufbau der Abstinenz klinisch bewährt haben. Klinisch noch zu wenig erprobte Vorgehensweisen werden deshalb in dieser Darstellung ebenso wenig Thema sein wie vielleicht interessante, aber randständige Bereiche der Suchttherapie.

Neurobiologische Grundlagen

Der obige Vorschlaghammervergleich mag zwar treffend sein, um die spezifische Destruktivität der Suchtmittelwirkungen zu analysieren ist es jedoch notwendig, auf grundlegende neurobiologische Mechanismen einzugehen. Diese liefern den theoretischen Hintergrund, vor dem der Erfolg der bewährten suchttherapeutischen Vorgehensweisen erklärbar wird.

Suchtmittelwirkungen auf Neurotransmitter: Alle Suchtmittel wirken in spezifischer Form auf die verschiedenen Neurotransmittersysteme (Beck, 2000). Alkohol z.B. deaktiviert unter anderem den aktivierenden Neurotransmitter Glutamat (Nille, 2000). Das hat zur Folge, dass bei einer akuten Alkoholintoxikation eine sedierende Wirkung eintritt. Mit dem Abbau des Alkohols kommt es dann zu einer Verringerung der Sedierung, bis schließlich das Ausgangsniveau wieder erreicht wird.

Anders sind die Verhältnisse bei einer chronischen Alkoholintoxikation: Eine chronische Sedierung stellt eine Gefahr für den Betroffenen dar, weil er sich in diesem Zu-

stand nicht so gut selbst versorgen oder schützen kann. Deshalb kommt es bei fortgesetzt hohem Alkoholkonsum zu dem Aufbau einer Gegenregulation. Die Zahl der Glutamatrezeptoren wird erhöht, so dass es zu einer vergrößerten zentral nervösen Aktivierung kommt. Dies hat zur Folge, dass bei gleicher Alkoholmenge eine im Vergleich zur primären Wirkung verringerte Sedierung eintritt. Positiv formuliert verträgt die Person nun mehr Alkohol, andererseits gesehen braucht sie jedoch nun größere Suchtmittelmengen, um die gleiche Wirkung wie zu Beginn des Konsums zu erzielen. Eine Toleranz bezüglich des Alkohols hat sich somit eingestellt (Meyer, 2000).

Wird dieser nicht mehr konsumiert, so braucht es eine gewisse Zeit, bis die nun überflüssig gewordene Gegenregulation wieder langsam abgebaut wird. Es gibt dementsprechend eine Phase, in der zwar einerseits die sedierende Alkoholwirkung nicht mehr vorliegt, jedoch andererseits noch passager die gegenregulative Aktivierung besteht. Im Resultat kommt es nun zu einem Überaktivierungszustand, der sich in Alkoholentzugserscheinungen wie z.B. Schwitzen, Zittern, cerebralen Krampfanfällen oder gar einem Deliriums tremens äußert. Unter fortdauernden Alkoholabstinenzbedingungen entfällt für den Organismus die Notwendigkeit einer aktivierenden Gegenregulation, so dass diese in der Regel innerhalb von wenigen Tagen reduziert und schließlich völlig aufgehoben wird. Nun ist die Phase der Entzugserscheinungen vorbei.

Die Wirkung der Suchtmittel auf die cerebralen Neurotransmittersysteme wurde beispielhaft und holzschnittartig für die Alkoholwirkung auf die Glutamatrezeptoren dargestellt. Die Situation wird zwar dadurch verkompliziert, dass Alkohol und andere Suchtmittel darüber hinausgehend noch auf weitere cerebrale Neurotransmitter wirken, die Mechanismen der Gegenregulation und Toleranzentwicklung sowie die dadurch bedingten Absetzeffekte und Entzugserscheinungen sind jedoch keine alkohol- bzw. glutamatspezifischen Phänomene, sondern letztendlich typisch für die generelle Wirkung von Suchtmitteln auf die cerebralen Neurotransmittersysteme.

Suchtmittelwirkungen auf das Reward-System: Das Reward-System, auch Belohnungssystem genannt, besteht aus verschiedensten cerebralen Bahnen, die den präfrontalen Cortex mit tieferen Hirnstrukturen verbinden. Hieran ist auch der Nucleus accumbens beteiligt. Das Dopamin ist der Neurotransmitter, dessen Wirkung in diesem System bislang am besten erforscht ist. Das Reward-System dient dazu, überlebensnotwendige Handlungen mit einem angenehmen Gefühl zu versehen und auf diese Weise zu verstärken. Hierdurch wird gewährleistet, dass die notwendigen Tätigkeiten durchgeführt und auch wiederholt werden. Hierzu zählen Aktivitäten, die im engeren Sinne der Selbsterhaltung (z.B. Essen und Trinken) sowie der Arterhaltung (Sexualität) dienen. Darüber hinausgehend reagiert das Reward-System jedoch auch auf Handlungen, die im weiteren Sinne selbsterhaltend sind, was z.B. für den sozialen und beruflichen Bereich von großer Bedeutung ist. Wann immer unsere Großhirnrinde kognitiv eine Handlung als erfolgreich, eine von uns geschaffene Situation als gelungen beurteilt, wird eine Verbindung zum Reward-System hergestellt, welches seinerseits insbesondere durch die Ausschüttung von Dopamin ein angenehmes Gefühl induziert (Schlöpfer & Burri, 2000). Als weiterer Effekt kommt

es zu einer Einprägung der positiv erlebten Situation und ihrer Begleitumstände in das Gedächtnis. Wann immer im Folgenden Umstände auftauchen, die auch nur im Entferntesten an die angenehm empfundene Aktivität erinnern, erhalten diese die Funktion von Auslösetriggern, die dazu „auffordern“ diese Handlungen erneut durchzuführen. Die Wirkung der Suchtmittel besteht darin, das Reward-System sehr stark zu aktivieren, so dass sich ein angenehmes Gefühl einstellt, wie es sonst nur bei überlebensnotwendigen, erfolgreichen und gelungenen Handlungen der Fall ist. In einem logischen Umkehrschluss kommt das betroffene Individuum auf Grund dieser Erfahrungen zu der Überzeugung, das eingenommene Suchtmittel sei tatsächlich lebensnotwendig und die Person verhält sich im Folgenden dementsprechend. Nun wird das Suchtmittel zum Hauptverstärker, dem gegenüber andere, wirklich überlebensnotwendige, gelungene, sozial und beruflich wichtige Handlungen in den Hintergrund treten und vergleichsweise unwichtig werden. Mit dem Abhängigkeitsverhalten verbundene Gegebenheiten fungieren nun als im Gedächtnis fest verankerte Auslösetrigger, welche fast reflektorisch zu einem erneuten Suchtmittelkonsum führen. Der Betroffene ist im Circulus vitiosus der Abhängigkeit gefangen. Das Reward-System ist nun so umprogrammiert, dass es nicht mehr das Lebensnotwendige und Erfolg im Rahmen der Selbsterhaltung verstärkt, sondern es wird nun fast ausschließlich das Suchtverhalten verstärkt. Es wurde durch die Suchtmittelwirkung in ein System der Selbstdestruktion verwandelt.

Auch nach Absetzen des Suchtmittels und nach Abklingen der Entzugserscheinungen leidet die betroffene Person unter den Auswirkungen des im erwähnten Sinne alterierten Reward-Systems: Da nun das Suchtmittel als Hauptverstärker nicht mehr zur Verfügung steht, andere Verstärker im Rahmen der Suchterfahrung jedoch vollkommen in den Hintergrund getreten sind, befindet sich der Betroffene nun in einem Zustand des Verstärkermangels: Nichts macht mehr Freude, nichts macht mehr Spaß. Dies geht häufig mit einer depressiven, manchmal auch mit einer dysphorischen Stimmung einher. Die Fähigkeit Kraft und Erholung zu schöpfen ist verloren gegangen. Sowohl im körperlichen als auch im kognitiven, im emotionalen und im sozialen Bereich verfügt die Person in diesem Zustand über eine mangelnde Wahrnehmungsfähigkeit für all das, was nicht mit einer Suchtmittelleinnahme assoziiert ist. Denn deren Trigger standen während der aktiven Sucheinnahmezeit völlig im Vordergrund des Erlebens. Hieraus resultieren körperliche Fehlschätzungen und Fehlbelastungen sowie soziale und emotionale Inkompetenzen und im kognitiven Bereich Problemlöseinsuffizienzen. Weiterhin fallen die Betroffenen durch eine ausgeprägte Impulsivität, mangelnde Frustrationstoleranz und mangelnde Planungsfähigkeit auf. Dies ist dadurch erklärbar, dass sie im Rahmen der Auswirkungen des alterierten Reward-Systems ihr Handeln im Wesentlichen durch Suchteinnahmetrigger bestimmt reflektorisch in Richtung eines Substanzkonsums durchführten. Dies macht auch verständlich, warum der Verzicht auf sich kurzfristig einstellende positive Gefühlszustände um mittel- und langfristiger Vorteile Willen den Betroffenen fremd geworden ist.

Die Umgebung wird auf suchtmittelassoziierte Trigger hin abgescannt und bei einer diesbezüglich positiven Wahrnehmung ist die Rückfälligkeit in den Substanzkonsum

vorprogrammiert. Nach dem Rückfall fällt dann bei der Schilderung des Vorgangs auf, dass hierbei eine mangelnde Meinhaftigkeit des Erlebens vorgelegen hat („Ich weiß auch nicht, wie das passieren konnte, plötzlich stand das Bier vor mir.“). Dies ist dadurch erklärbar, dass bei der Handlung weniger stark Großhirnrindenareale beteiligt waren, welche für das Erleben der Meinhaftigkeit und der Selbstkontrolliertheit einer Handlung zuständig sind. Vielmehr waren mit dem Reward-System verbundene tiefere Hirnschichten handlungssteuernd.

Welcher Weg führt nun aus dem Teufelskreislauf des selbstdestruktiven Reagierens auf Suchtrigger heraus? Gibt es Möglichkeiten, das pathologisch veränderte Reward-System mit seinen vielfältigen negativen Auswirkungen günstig zu beeinflussen?

Suchttherapie

Auf diese grundlegenden Fragen gibt uns die Suchttherapie eine Antwort. Ihre Kernaufgabe liegt darin, im Rahmen einer Entwöhnungsmaßnahme durch die Verfügbarmachung entsprechender Lernerfahrungen neuroplastische Veränderungen zu induzieren, damit sich die pathologischen Auffälligkeiten des alterierten Reward-Systems wieder zurückbilden können.

Der Königsweg der Suchttherapie wie er sich inzwischen langjährig bewährt hat besteht in einer Abfolge von Motivation, qualifizierter Entgiftungs- bzw. Entzugsbehandlung, Entwöhnung, Nachsorge und Selbsthilfegruppen. Er führt zur Aufrechterhaltung einer dauerhaften Suchtmittelabstinenz und befähigt die Betroffenen dazu, ein selbstbestimmtes und zufriedenes Leben zu führen.

Motivation: Wie bereits erwähnt, hat der Substanzabhängige durch die Auswirkungen des Suchtmittels auf das Reward-System die Überzeugung gewonnen, er könne ohne Suchtmittel nicht leben. Dem steht gegenüber, dass er hin und wieder realitätsadäquat spürt, dass ihn die Substanz körperlich und seelisch zerstört. Im Rahmen der Motivationsmaßnahme wird diese sporadisch erfasste Erkenntnis gestärkt und die Überzeugung, das Suchtmittel sei lebensnotwendig wird durch kognitive Maßnahmen (Beck et al., 1997) relativiert. Damit wird eine Grundlage zu einer Entscheidung für eine Suchtmittelabstinenz geschaffen.

Motivierende Maßnahmen sollten niedrigschwellig vorgehalten werden. Es bietet sich an, dass Gegebenheiten genutzt werden, in denen Substanzabhängige zu finden sind (Weissinger, 2000), also z.B. Arztpraxen, Krankenhäuser, Betriebe, Schulen u. Ä.. Bewährt hat sich das Motivational Interviewing (Miller und Rollnick, 1999). Wesentliche Elemente sind hierbei eine unbedingte interpersonelle Wertschätzung, eine möglichst sachliche Information über Sucht und entsprechende Hilfen, eine vorsichtige, geschickte und wenig emotional aufgeladene Nachteileilverdeutlichung der Sucht sowie ein unbedingter Respekt vor der jeweiligen Entscheidung der Betroffenen. Auch wenn die abhängige Person sich gegen die Abstinenz entscheidet, soll die Beziehung weiter fortgeführt werden. Allerdings soll dann bei passender Gelegenheit ein erneuter Motivationsschritt versucht werden. Ein günstiger Zeit-

punkt hierzu liegt sicher vor, wenn der Betroffene die Selbstdestruktion der Suchtmittelwirkung wieder einmal besonders intensiv erlebt.

Qualifizierte Entgiftungs- bzw. Entzugsbehandlung

Nach Absetzen des Suchtmittels kommt es zu einer langsamen Rückbildung von dessen Wirkung und zeitlich darüber hinausgehend zu einem passageren Persistieren der Gegenregulationsmechanismen. Diese bedingen die entsprechenden Entzugserscheinungen, wie z.B. Unruhe, psychovegetative Übererregung, Schlafstörungen, Ängstlichkeit, depressiv dysphorische Stimmung, eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit etc. Die jeweils spezifischen Gegenregulationsmechanismen geben den Entzügen bei unterschiedlichen Substanzen verschiedene „Gesichter“. Die Entgiftung sollte so schonend wie möglich durchgeführt werden. Hierfür gibt es mehrere Gründe: Schwerere Entzugserscheinungen können zu cerebralen Zelluntergängen führen, „kalte Entzüge“ gehen mit einem unnötigen Leiden der Betroffenen einher und sind deshalb ethisch nicht vertretbar. Schließlich ist es bedenkenswert, dass eine die Sucht aufrecht erhaltende Lernerfahrung vermittelt wird, wenn die durch das alterierte Reward-System suggerierte irrationale Überzeugung, die Suchtmittel seien überlebensnotwendig durch das Leiden nach dem Absetzen der Suchtsubstanz unterstützt wird. Unter entsprechender medizinischer Überwachung und Therapie und ggf. passager in intensivmedizinischen Einrichtungen sollte die Entzugsbehandlung sich nach den neuesten Erkenntnissen der Organmedizin orientieren. Die Entgiftungstherapie sollte jedoch über die rein medizinische Detoxikation hinausgehen, obwohl diese selbstverständlich ihr zentrales Element darstellt (Kuhlmann et al., 2001; Reymann et al., 2002). Hierfür wurde der Begriff der qualifizierten Entgiftungs- bzw. der qualifizierten Entzugsbehandlung geprägt. Begleitend werden deshalb, je nach kognitiver Aufnahmefähigkeit und der gegebenen Situation angepasst psychoedukative Elemente eingesetzt. Hierbei stehen die Informationen über die Suchterkrankung und deren Folgen sowie über verfügbare Hilfen im Vordergrund. Aus der entzugsüberdauernden und nach den bisherigen Erkenntnissen kaum wieder erlernbaren Fähigkeit mit dem Suchtmittel langfristig unschädlich umgehen zu können, ergibt sich das Ziel einer dauerhaften Suchtmittelabstinenz. Die Motivation hierzu muss in der Entgiftung erarbeitet bzw. gefestigt werden. Hierbei hat sich die Entwöhnungstherapie bestens bewährt. Vor diesem Hintergrund werden schon während der qualifizierten Entgiftungs- bzw. Entzugsbehandlung die Betroffenen dazu motiviert, die Entwöhnungsmaßnahme einzuleiten. Die Erarbeitung einer Abstinenzentscheidung und der Bereitschaft, sich auf eine weiterführende Therapiemaßnahme einzulassen, sollte zumindest in größerem Umfang im Gruppentherapie setting erfolgen, da schon in dieser frühen Phase ein Austausch mit anderen Betroffenen viele Suchtkranke mehr überzeugt als das ausschließliche Gespräch mit professionellen Helfern. Dies spricht auch für den nun sinnvoller Weise aufzubauenden Kontakt zu Selbsthilfegruppen. Entwöhnung kann nur schlecht gegen den Widerstand der

Familie durchgeführt werden. Deshalb sollten, falls irgendwie möglich, Angehörige in die Motivation mit einbezogen werden.

Nicht zuletzt sollten in dieser Phase psychosoziale Hilfen bezüglich Arbeit, Wohnung, Finanzen und ähnlichen Problemereichen gewährt werden. Ansonsten können diese sich als ernst zu nehmende Hindernisse bezüglich der Durchführung einer Entwöhnungsmaßnahme erweisen. Die Ziele der Entgiftungsmaßnahme sind erreicht, falls Freiheit von Suchtmitteln und von Entzugserscheinungen besteht und eine Entwöhnungsmaßnahme eingeleitet worden ist. Es hat sich bewährt, die qualifizierte Entgiftung im stationären Setting durchzuführen. Um unnötige Reibungsverluste und therapeutische Beziehungswechsel zu vermeiden, wäre es sinnvoll, diese Maßnahme im gleichen Setting wie die nahtlos anschließende Entwöhnungsbehandlung erfolgen zu lassen. Auf Grund der unterschiedlichen Finanzierung beider Therapieangebote ist dies jedoch leider in der Regel in Deutschland noch nicht möglich.

Entwöhnung

Die Entwöhnungsbehandlung dient dazu, die selbsterhaltende Funktion des Reward-Systems wieder herzustellen. Durch Vermittlung entsprechender Lernerfahrungen, für die ein gewisses Mindestausmaß an Zeit unabdingbar notwendig ist, sollen nun lebensnotwendige und erfolgreiche Handlungen wieder verstärkt werden und suchtmittelbezogene Verhaltensweisen in den Hintergrund treten.

Positive Verstärker werden aufgebaut durch ein angenehmes, annehmendes Therapieklima, durch die schwerpunktmäßige Vermittlung von Erfolgserlebnissen, durch eine Stärkung der Ressourcen und durch den Aufbau einer adäquaten Freizeitgestaltung. Beim Aufbau positiver Verstärker haben sich imaginative Verfahren und Vorgehensweisen aus der kognitiven Verhaltenstherapie sehr gut bewährt. Grundlegend und unabdingbar ist für jeden in der Suchttherapie Tätigen der Aufbau einer positiven therapeutischen Beziehung (Beck et al., 1997). Diese ist der empirisch am besten belegte Einflussfaktor der allgemeinen Psychotherapie (Krampe et al., 2001) und stellt sozusagen den Katalysator dar, ohne den die darauf aufbauenden spezifischen Interventionen ins Leere laufen würden.

Die *Lernfelder und Ziele der Entwöhnungstherapie* orientieren sich an den Problemereichen, die aus dem alterierten Reward-System resultieren. Es geht darum, die Rekreations- und Genussfähigkeit sowie in diesem Zusammenhang die Stimmung zu verbessern. Die Wahrnehmungsfähigkeit soll bezüglich Gegebenheiten, die nicht als suchtmittelbezogene Trigger fungieren, aufgebaut werden. Vor diesem Hintergrund können dann die soziale und emotionale Kompetenz trainiert werden. Es ist wesentlich, dass verbesserte Problemlöse- und Planungsfertigkeiten etabliert werden. Die Impulskontrolle, die Frustrationsfähigkeit und das Durchhaltevermögen werden gestärkt. Ein alternatives Verhalten auf Suchtrigger wird eingeübt. Die Meinhaftigkeit des Erlebens und die Selbstkontrollfähigkeit werden wieder aufgebaut. Angesichts dieser breit gefächerten Lernfelder und Ziele der Entwöhnungstherapie wird es verständlich, warum sich multiprofessionelle und multifokale Vor-

gehensweisen bewährt haben, welche differenziert und individuell angepasst werden müssen (Schneider, 2000). Im Einzelfall werden je nach Erscheinungsbild ganz unterschiedliche Vorgehensweisen notwendig, die jedoch in einem Gesamtbehandlungsplan eingeordnet sind. Die verschiedenen Professionellen arbeiten in einem Team in Kenntnis des gegebenen Therapieplanes zwar an verschiedenen Stellen. All diese Aktivitäten dienen jedoch letztendlich der Erreichung des Oberzieles der Etablierung einer langfristigen und zufriedenen Suchtmittelabstinenz. Vor diesem Hintergrund ist die Suchttherapie letztendlich immer ganzheitlich orientiert. Die Rehabilitationstherapie bietet für das beschriebene Vorgehen ideale Bedingungen. Dies erklärt unter anderem, warum die Suchttherapie gerade in Deutschland, wo ein einzigartiges Rehabilitationssystem vorliegt, so erfolgreich ist.

Die *Elemente der Entwöhnungstherapie* setzen sich aus psychotherapeutischen Vorgehensweisen, medizinischen, sport- und körpertherapeutischen Ansätzen, der Ergo- und Soziotherapie zusammen. Bewährt hat sich die Durchführung dieser Maßnahmen im Setting der *therapeutischen Gemeinschaft*. Suchttherapie wurde dann erfolgreich, als sie begann, sich die Erfahrung eines dichten sozialen Zusammenlebens nutzbar zu machen. Hier konnte nun vor dem Mikrokosmos der therapeutischen Gemeinschaft auf die Gegebenheiten zwischenmenschlichen Miteinanders im poststationären Umfeld extrapoliert werden. Sucht macht einsam und lässt nicht nur das Selbsterleben der Betroffenen, sondern auch deren zwischenmenschliche Bezüge völlig in den Hintergrund treten, da das soziale Miteinander im Vergleich zur Suchtmittelwirkung nicht mehr als ausreichend verstärkend erlebt werden kann. Vor diesem Hintergrund führt die Substanzabhängigkeit zu massiven Defiziten der sozialen Kompetenz, welche entzugsüberdauernd eine persistierende soziale Ausgrenzung und damit auch in vielen Fällen einen beruflichen Misserfolg determinieren. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen ist es essentiell, dass im Rahmen des Miteinanderlebens in der therapeutischen Gemeinschaft ein „Du“ entstehen kann, an der Stelle, an der vorher das Suchtmittel gewesen ist.

Die Gruppentherapie ist das ideale Setting, in dem die Erfahrungen des Miteinanderlebens aufgearbeitet werden können. Hier werden neue, assertivere Fähigkeiten geplant, eingeübt und besprochen. Die Gruppe bietet das ideale Lernfeld zum Problemlöse- und Selbstwerttraining (D'Zurilla D. und Goldfried, 1971). Die Autonomie wird gefördert, da die Gruppenmitglieder gegenseitig immer wieder auch quasi therapeutische Funktionen einnehmen. Der Therapeut stellt in diesem Setting für die Patienten nicht die ausschließliche Bezugsperson dar. So wird der Gefahr entgegen gewirkt, die Suchtmittelabhängigkeit durch eine Abhängigkeit von der Person des Therapeuten auszutauschen. Dementsprechend ist die Gruppentherapie wesentlich mehr und etwas qualitativ anderes als eine „Einzeltherapie vor 11 anderen Patienten“. Sie ist die Therapieform, die sich bei der Behandlung von Suchterkrankungen am Besten bewährt hat. Die *Patientengruppe* findet ohne Therapeuten statt, wird von diesem jedoch vorbereitet und nachbesprochen. Sie dient der Vorbereitung auf den Austausch in den Selbsthilfegruppen und fördert genuin die Eigenverantwortlichkeit und Autonomie der Betroffenen.

Die *Einzeltherapie* hat jedoch auch ihren Platz in der Entwöhnungsbehandlung. So dient sie der Erstellung der individuellen Bedingungsanalyse. Hierzu wird die Lerngeschichte erhoben, wobei es um die Entstehung übergeordneter Einstellungen und um weitere maßgebliche Entwicklungsbereiche geht. Hier stehen unter anderem Fragen nach den Auswirkungen von familiären Suchterkrankungen und nach dem Vorliegen traumatisierender Erfahrungen sowie insbesondere auch nach individuellen Genesefaktoren der Suchterkrankung im Vordergrund: Was waren die Auslösebedingungen bzw. die Konsequenzen der Suchtmittleinnahme? In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig, die Verbindungen des Suchtverhaltens mit den komorbiden Symptomen herzustellen, denn diese können sowohl als Auslöser als auch als Konsequenzen des Substanzkonsums fungieren. Ausgehend von den jeweiligen Erkenntnissen werden alternative Verhaltensweisen geplant.

Neben der individuellen Bedingungsanalyse und der darauf aufbauenden spezifischen Therapieplanung bietet sich die Einzeltherapie als besonderer Schutzrahmen für Themen an, die zum gegebenen Zeitpunkt im Gruppenkontext nicht angesprochen werden können. Hier ist insbesondere die gezielte Traumatherapie zu nennen.

Die *Therapie der Komorbidität* ist im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung gleichwertig und integriert durchzuführen (Krausz et al., 2000; Wittfoot & Driessen; Moggi & Bachmann, 2000; Wuensch, 2000; Hättenschwiler et al., 2000). Durch langjährige Erfahrungen widerlegt ist sowohl die Auffassung, dass sich die Komorbidität durch eine intensive Suchttherapie gleichsam „in Luft auflöse“, wie auch die gegensätzliche Annahme, dass durch eine intensive Behandlung der Komorbidität die sekundär eingestufte Suchtsymptomatik überflüssig werde. Denn es handelt sich bei komorbiden Störungen von Suchterkrankungen um gleichgewichtige, eigenständige Erkrankungen, trotz vielfältigster Verflechtungen im Bereich der Auslösebedingungen und der Konsequenzen.

Wie ein roter Faden zieht sich die *Rückfallprophylaxe* durch die gesamte Entwöhnungstherapie. Hierzu ist die Kenntnis individueller Auslösetrigger unabdingbar, ebenso wie die Verfügbarkeit diesbezüglicher Verhaltensalternativen. Hervorgehoben werden muss die Erarbeitung individuell wirksamer „Notfallmaßnahmen“ bei Suchtdruck. Hierbei handelt es sich z.B. um Telefonanrufe bei Personen, welche in diesen Situationen zu stützenden Gesprächen bereit sind, um spannungsabbauende Verhaltensweisen wie Sport, um suchtmittleinnahmeinkompatible Handlungen (wie z.B. dem schnellen Trinken von mehreren Flaschen Mineralwasser bei Alkoholabhängigkeit) oder auch um die Verdeutlichung negativer Konsequenzen des Suchtverhaltens (wie z.B. dem Anschauen eines Photos der eigenen Person auf dem Höhepunkt der Substanzabhängigkeit). Es ist wichtig, dass auch Maßnahmen zur Verfügung stehen, die bei erfolgter Rückfälligkeit zu deren schneller Beendigung führen. Bewährt hat sich die Rückfallbearbeitung in einem nicht strafenden, verständnisvollen Rahmen unter Aufrechterhaltung der bestehenden therapeutischen Beziehung (Lubenow & Köhler, 2002). Dies ist durchaus nicht gleich zu setzen mit einer Verharmlosung der Rückfälligkeit. Falls keine Motivation zur Rückfallbearbeitung oder zur weiteren Aufrechterhaltung der Abstinenz aufzubauen ist, sollte zu dem gegebenen Zeitpunkt jedoch evtl. die stationäre Entwöhnungsmaßnahme

beendet werden. Entsprechend des vorliegenden Entwicklungszustandes des Betroffenen ist es notwendig, auf eine frühere Stufe der Suchttherapie zurück zu gehen.

Die *medizinische Therapie* dient der Behandlung von organischen Erkrankungen, die bei Substanzabhängigen zum Teil in erheblichem Umfang vorliegen (z.B. Leberzirrhose).

Die *Sporttherapie* wird zur Verbesserung der Fitness eingesetzt und dient in fließenden Übergängen zur *Körpertherapie* unter anderem auch dem Aufbau und der Balance von Selbstfürsorglichkeit und Selbstforderung. Beide blieben gleichermaßen im Rahmen des alterierten Reward-Systems unentwickelt, sind für ein erfolgreiches und zufriedenes Leben ohne Suchtmittel jedoch unabdingbar. In diesem Zusammenhang ist auch die Verbesserung der Körperwahrnehmung wesentlich. Daneben muss auf emotionalem, kognitivem und sozialem Gebiet an einer Wahrnehmungsverbesserung gearbeitet werden, denn für den Betroffenen ist es wichtig zu erfahren, dass es auch Anderes als suchtbezogene Trigger auf dieser Welt gibt.

Die *Soziotherapie* gibt Hilfen zur Selbsthilfe in den Bereichen Wohnung, Finanzen, Arbeit, Scheidungsproblemen und Fragen bezüglich des Umgangs mit Behörden. Sie bereitet die Nachsorge vor (z.B. in einer Adaptionseinrichtung oder einer therapeutischen Wohngruppe) und ist auch wesentlich im Bereich der Hilfe zur beruflichen Reintegration. Hier werden z.B. Belastungs- und Arbeitserprobungen geplant und begleitet sowie Kontakte mit dem Arbeitsamt und der Rehabilitatorin hergestellt. Die *Planung der beruflichen Reintegration* bildet ein zentrales Element der Entwöhnungstherapie (Albrecht & Friz, 2000), da in der Regel die Erwerbstätigkeit eine ganz erhebliche positive Verstärkerfunktion hat. Vor diesem Hintergrund wird es verständlich, dass Arbeitslose eine sehr viel höhere Wahrscheinlichkeit der Rückfälligkeit in den Substanzkonsum haben.

Die *Ergotherapie und Arbeitstherapie* bereitet spezifisch auf die Bewältigung beruflicher Erfordernisse vor. Im Bewerbungstraining wird die Abfassung von Bewerbungsschreiben erlernt und Bewerbungsgespräche werden im Rollenspiel vorbereitet. Eine wesentliche Bedeutung zur Vorbereitung auf die berufliche Reintegration hat die Bearbeitung berufsbezogener persönlicher Probleme mit psychotherapeutischen Maßnahmen. Wie oben bereits erwähnt, hat die Alteration des Reward-Systems bei dem Substanzabhängigen zu einem völligen Zurücktreten nicht suchtbezogener kognitiver, sozialer, körperlicher und emotionaler Erfahrungen geführt. Dies bedingt in der Regel auch erhebliche Defizite und Fehlleistungen im beruflichen Bereich. Es ist notwendig, diese zu identifizieren, ihre Auswirkungen zu analysieren, alternative Verhaltensweisen aufzuzeigen und einzuüben. Geschieht dies nicht, so ist die Gefahr groß, dass auch die besten spezifischen berufsbezogenen Hilfen vergeblich sein werden. Denn die erwähnten Defizite können dazu führen, dass der Betroffene trotz Suchtmittelabstinenz den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden kann, was häufig eine Entlassung bedingt.

Suchterkrankungen sind Familienerkrankungen (Thomasius & Schindler, 2002). Wichtig ist es deshalb, sowohl die Herkunftsfamilie als auch die gegenwärtigen Bezugspersonen in die Therapie mit einzubeziehen. Dies geschieht im ersten Falle hauptsächlich in sensu durch Imaginationsübungen. Darüber hinausgehend hat es

sich bewährt, gegenwärtige Beziehungspartner in Familienseminaren und Paargesprächen mit in die Therapie zu integrieren. Hierdurch soll die Kommunikation verbessert werden, es sollen Probleme bewältigt und neue Verhaltensweisen geplant werden.

Die Substanzabhängigkeit ist eine im ureigentlichen Sinne psychosomatische Störung, die nicht nur Körper, Geist und Psyche, sondern auch den seelisch-existentialen Bereich betrifft. Deshalb ist es notwendig in der Suchttherapie, regelmäßig auftretende Fragen bezüglich Schuld, Selbst- und Sinnfindung sowie spirituellen Bezügen zu thematisieren. Es geht darum, neue Lebensziele zu etablieren und diesbezüglich eine entsprechende Lebensplanung aufzubauen.

In der ersten Phase der stationären Entwöhnungstherapie spielt die Nichtverfügbarkeit suchtmittelbezogener Trigger eine wesentliche Rolle, damit das Suchtverhalten in den Hintergrund treten und nichtsuchtmittelbezogene Verstärker aufgebaut werden können. In der mittleren und insbesondere in der letzten Therapiephase ist es jedoch erforderlich, gestufte Konfrontationen mit Triggern, die potentiell suchtfördernd sein könnten, zu schaffen. Denn nach der Entwöhnungstherapie ist es für den Erfolg unabdingbar, dass die Übergänge zu den Bezugspersonen, zum Lebensalltag, zum Arbeitsplatz, zur Nachsorge und ggf. zur ambulanten Therapie sowie zu den Selbsthilfegruppen gelingen. Die hierarchisch aufzubauenden Konfrontationen sollen der zum gegebenen Zeitpunkt vorliegenden Stabilität der betroffenen Person angemessen sein. Überforderungen sind hierbei kontraproduktiv.

Das Ende der Entwöhnungstherapie ist gekommen, wenn das Suchtmittel nicht mehr völlig das Reward-System beherrscht, wenn andere Verstärker wieder in ausreichendem Umfang verfügbar sind, wenn „ich“ und „Du“ geworden sind, wo vorher das Suchtmittel war.

Zum Setting: „Finde einen Punkt außerhalb deines Systems und du wirst in der Lage sein, es aus den Angeln zu heben“. Diese klassische Erkenntnis des Archimedes erklärt, warum das stationäre Setting so erfolgreich bei der Entwöhnungsbehandlung von Suchterkrankungen ist. Die stationäre Entwöhnung fern ab der *Circuli vitiosi*, in denen der Suchtkranke auf Grund seines alterierten Reward-Systems gefangen war, stellt den archimedischen Punkt dar, von dem aus der Betroffene in der Lage ist, sein bisheriges Leben zu analysieren, neue Ziele zu setzen sowie Veränderungen zu planen und durchzuführen. Wenn dies getan ist, kann er wieder in sein nun neu geordnetes Bezugssystem zurückkehren. In leichteren Fällen, ohne gravierende Komorbidität, ist in der jüngeren Vergangenheit die ambulante Entwöhnungstherapie verstärkt zum Einsatz gekommen. Die mittel- und langfristigen Zahlen stehen jedoch aus, anhand derer belegt werden muss, ob die ambulante Entwöhnung sich in diesen Fällen ebenso bewährt wie das stationäre Setting.

Nachsorge: Für jeden Betroffenen, der eine stationäre oder ambulante Entwöhnungstherapie durchgeführt hat, empfiehlt es sich, eine ambulante Nachsorge durchzuführen. Es geht hierbei darum, die in dem Intensivsetting der Entwöhnungstherapie gemachten Fortschritte in den Lebensalltag zu transferieren und die Stabilität auf-

recht zu erhalten, auch wenn eine Suchtmitteltriggerkonfrontation nun in einem erheblichen Umfang gegeben sein sollte. Nachsorge findet vorzugsweise gruppentherapeutisch (jedoch auch kombiniert mit Einzeltherapie) und in abklingender Frequenz in psychosozialen Beratungsstellen bzw. Ambulanzen über die Dauer von etwa 6 Monaten statt. Die ambulante Therapie kommt für kompliziertere Fälle, insbesondere bei vorliegender Komorbidität in Frage. Sie geht über ein bis zwei Jahre und wird meist im Einzelsetting durchgeführt. Besser ist jedoch auch hier eine Kombination mit Gruppentherapie. Sie wird von Beratungsstellen, niedergelassenen PsychotherapeutInnen und Ambulanzen durchgeführt.

Adaptionseinrichtungen dienen der psychosozialen Integration bei Personen ohne Arbeit und Wohnung, sie sind für die Dauer von 3 Monaten angelegt.

Der Besuch therapeutischer Wohngemeinschaften ist auf ein bis zwei Jahre konzipiert und dient Personen mit schlechter sozialer Integration als Hilfe, insbesondere wenn ein Alleinleben eine zu große Rückfallgefahr darstellen würde.

Soziotherapeutische Heime schließlich sind langjährig ausgerichtete Einrichtungen, in denen chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke, bei denen häufig erhebliche kognitive Beeinträchtigungen bestehen, Hilfen zur Bewältigung des Alltags bekommen (Steingass, 2003). Der Weg in die soziotherapeutischen Heime geht häufig eher über die Psychiatrien als über die klassischen rehabilitativen Entwöhnungseinrichtungen, da bei diesen Personen meist keine Rehabilitationsfähigkeit im rentenversicherungsrechtlichen Sinne mehr vorliegt.

Selbsthilfegruppen: Selbsthilfegruppen werden allen Abhängigen empfohlen. Sie sollten im Durchschnitt etwa einmal pro Woche über die Dauer von mindestens 5 Jahren besucht werden. Es gibt hier sehr verschiedene Angebote, unter denen die Betroffenen sich die Gruppe aussuchen können, die ihren Bedürfnissen am ehesten entgegen kommt. Die Selbsthilfegruppen bieten zahlreiche nicht suchtmittelbezogene Verstärker. Sie geben eine Freizeitstruktur ohne Alkohol, Hilfen in Krisenzeiten und zwischenmenschliche Fürsorge bei geringer Abhängigkeit von Einzelpersonen. Die Betroffenen sind selbst immer auch aktiv für die anderen Gruppenmitglieder da. Dies kann das Selbstwertgefühl erheblich steigern. Nicht zuletzt findet ein eindrucksvolles Modelllernen am Beispiel in der Abstinenz fortgeschrittenerer Gruppenmitglieder statt.

Sonderwege

Bei Personen mit einer extrem hohen Rückfälligkeit und häufigen Therapieabbrüchen ist der Königsweg, der von der Entgiftung über die Entwöhnung und Nachsorge bis hin zur dauerhaften Suchtmittelabstinenz führt zu dem gegebenen Zeitpunkt offensichtlich nicht gangbar. Hier bieten sich Sonderwege an. Einer davon ist die Harm-Reduction. Am bekanntesten ist hier bei Heroinabhängigen die Substitutionstherapie mit Methadon oder als *Ultima Ratio* mit Heroin (Uhl, 2002; Rehm & Fischer, 2000).

Die Substitution hat sich allerdings nur in Kombination mit psychosozialen Hilfen bewährt. Hierdurch können eine Verbesserung des Körperzustandes und der psychischen Stabilität sowie insbesondere eine Reduktion der Kriminalität erreicht werden (Güttinger, 2002; Raschke et al., 2000). Es werden z.B. die sozial sehr destruktive Beschaffungskriminalität und der gesundheitlich äußerst riskante Gebrauch schon benutzter Spritzen minimiert. Entgegen der unkritischen Aussagen in der Laienpresse ist jedoch zu betonen, dass es sich bei den substituierenden Maßnahmen nicht um eine Therapiemethode handelt, welche gleichwertig mit der abstinenzorientierten Therapie anzusehen wäre. Die eingangs beschriebenen neurobiologischen Veränderungen im Bereich der Transmitter und insbesondere auf das cerebrale Reward-System bleiben auch unter Substitutionstherapie bestehen, so dass die betroffene Person weiterhin psychisch stark alteriert und in dem Teufelskreislauf der Sucht gefangen ist. Die Maßnahmen der Harm-Reduction führen nicht zwingend in eine Sackgasse. Es sollte deshalb nichts unversucht bleiben, immer wieder durch motivierende Maßnahmen die Betroffenen dazu zu bewegen, auf den Königsweg der Suchtbehandlung in Richtung einer dauerhaften Suchtmittelabstinenz abzubiegen.

Literatur

- Albrecht, K., Friz, T. (2000). Berufsförderung bei Alkoholabhängigen: Bedeutung und Verbreitung beruflicher Förder- und Reintegrationsmaßnahmen während der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe – Bericht über eine explorative Studie. SUCHT AKTUELL, 2, 59-64.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., Liese, B. (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Beltz, Weinheim.
- Beck, T. (2000). Neurobiologische Grundlagen der Sucht. Abhängigkeiten, 3, 21-26.
- Güttinger, F., Gschwend, P., Schulte, B., Rehm, J., Uchtenhagen, A. (2002). Die Lebenssituation von Drogenabhängigen der Heroin gestützten Behandlung in der Schweiz – Eine 6-Jahres Katamnese. Sucht 48, (5), 370-378.
- Hättenschwiler, J., Pfeifer, H., Zwicker, V., Modestin, J. (2000). Dualstation der Psychiatrischen Universitätsklinik <Burgholzli> Zürich. Suchttherapie 1, 34-35.
- Hümmerlink, R., Grünbeck, P. (2002). Sozialmedizinische Prognose nach stationärer Sucht-Rehabilitation – aktuelle Auswertungen von Routinedaten der BfA. SUCHT AKTUELL, 2, 26-30.
- Heroingestützte Therapie für Opiatabhängige – weder Allheilmittel noch Teufelswerk (2000). Suchttherapie 1, 57-62.
- Kluger, H., Funke, W., Bachmeier, R., Brunger, M., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wüst, G. (2003). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2000 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige, SUCHT AKTUELL 1, 14-23.
- Krampe, H., Küfner, H., Wagner, T., Ehrenreich, H. (2001). Die Therapeutenrotation. Psychotherapeut, 46, 232-242.
- Krausz, M., Degkwitz, P., Verthein, U. (2000). Psychiatrische Komorbidität und Suchtbehandlung. Suchttherapie 1, 3-7.
- Kuhlmann, T., Summa-Lehmann, P., Reymann, G., Marcea, J. (2001). Anforderungen an eine qualifizierte Akutbehandlung Alkoholabhängiger in NRW. Suchttherapie, 2, 93-97.
- Lubenow, B., Köhler, J. (2002). Rückfallbehandlung: Vom Dogma zur Beliebigkeit? Sucht 48 (6), 431-438.
- Meyer, T. (2000). Alkoholismus: Anregungen für den therapeutischen Alltag. Abhängigkeiten, 3, 32-39.
- Miller, W., Rollnick, S. (1999). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.
- Moggi, F., Bachmann, K. (2000). Integrative Behandlung von Doppeldiagnosepatienten: Das Berner Modell. Suchttherapie, 1, 38-38.
- Nestler, E. In: Schläpfer E. u. Burri, R (2000). Das Gehirn und die Wirkung von Drogen. Abhängigkeit, 6, 5-20.
- Nille, U. (2000) Zur Neurobiologie des Alkoholismus. Abhängigkeiten, 3, 27-31.
- Raschke, P., Puschel, K., Heinemann, A. (2000). Rauschgiftmortalität und Substitutionstherapie im Hamburg (1990-1998). Suchttherapie, 1, 43-48.

- Reymann, G., Gastpar, M., Tretter, F., Hähnchen, A., Köhler, W., Poehlke, T., Wolstein, J. (2002). AWMF – Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen – Kapitel 3.2. <Akutbehandlung bei Störungen durch Opioide>. Sucht, 48 (4), 245-264.
- Schläpfer, E., Burri, R. (2000). Das Gehirn und die Wirkung von Drogen. Abhängigkeiten, 6, 5-20.
- Schneider, R. (2002). Welche Strukturqualität weisen die Behandlungssettings für Abhängigkeitserkrankungen auf und werden diese dem umfassenden Rehabilitationsansatz gerecht? SUCHT AKTUELL, 2, 69-70.
- Steingass, (2003). Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige. Geesthacht: Neuland.
- Thomasius, R., Schindler, A. (2002). Rückfälle während der Therapie – Anmerkungen aus familientherapeutischer Sicht. Sucht 48 (6), 447-450.
- Uhl, A. (2002). Heroingestützte Behandlung von Drogenabhängigkeit: Welchen Stellenwert haben die aktuellen Studien?, Sucht 48 (4), 312-314.
- Weissinger, V. (2000). Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen (erweiterte Fassung). SUCHT AKTUELL, 2, 66-69.
- Wittfoot, J., Driessen, M. (2000). Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität – ein Überblick. Suchttherapie 1, 8-15.
- Wuensch, S. (2000). Therapiezentrum Psychose und Sucht – die stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtung für Doppeldiagnosepatienten. Suchttherapie, 1, 39-39.
- D'Zurilla, T., Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. J Abnorm Psychol 78: 107-126.

Sucht macht krank! – Von der Akutmedizin zum Disease-Management
 Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.
 Band 27 – ISBN 3-87581-241-7
 Neuland, 2004, Geesthacht