

Innovative Behandlungsansätze in der Suchttherapie

Strategien und Entwicklungen aus fachlicher Sicht

Monika Vogelgesang

Vorab einige Überlegungen zur Begriffsdefinition des Themas. Die Anfrage über innovative Behandlungsansätze in der Suchttherapie zu referieren bejahte ich gerne und ohne zu zögern, insbesondere da ich die Thematik spontan als sehr interessant und spannend einschätzte.

Bei genauerer Reflektion in der Folgezeit stellte sich das Thema jedoch unvorhergesehen als recht tückisch heraus. Dies liegt in der Schwierigkeit, den Begriff des „Innovativen“ exakt in seiner inhaltlichen und zeitlichen Dimension zu erfassen. Insbesondere falls ein Entwicklungskontinuum untersucht wird, fällt es schwer festzusetzen, ab welchem Grad der Neuerung, bezogen auf welchen Zeitraum, der Begriff der Innovation anzuwenden ist.

Gestatten Sie mir an dieser Stelle zur Verdeutlichung unseres Definitionsproblems einen kleinen Ausflug in die Geschichte der Luftfahrt.

Am 19. September 1783 erhob sich der erste Heißluftballon. Er beförderte die ersten Flugpassagiere überhaupt, einen Hahn, ein Schaf und eine Ente. Wir sind uns sicher alle einig, hier kann von einer bahnbrechenden, zukunftsbestimmenden Innovation gesprochen werden. Durch die Umsetzung der Idee der Brüder Montgolfier wurde heiße Luft zum Auftrieb genutzt und so der Menschheitstraum, sich in die Lüfte zu erheben, verwirklicht.

Heute, also 218 Jahre später, ist es für uns selbstverständlich, das Flugzeug als ganz normales, effektives Transportmittel zu nutzen, ja selbst Flüge ins Weltall sind inzwischen fast eine Alltäglichkeit geworden.

Unsere heutigen Flugzeuge sind ganz sicher erstaunliche Produkte menschlicher Kreativität und Technik und doch ist hier der Begriff der Innovation weitaus schwieriger zu fassen, denn nach dem Quantensprung, der durch den ersten Ballonflug vollzogen worden war, bezieht sich das Innovative weniger auf eine einzelne spektakuläre Erfindung, sondern eher auf das Zusammenspiel einer Fülle technischer Neuerungen, deren wichtigste die Entwicklung des Düsentriebwerkes war.

Die Tatsache, Sucht als Erkrankung einzustufen und einer spezifischen Behandlung zuzuführen, stellt einen Quantensprung dar, der mit der ersten Ballonfahrt vergleichbar ist.

Die folgende Entwicklung hat zu dem derzeitigen erfolgreichen und komplexen System der Suchtkrankenhilfe geführt. Diese Entwicklung verlief nicht immer in

gleichem Tempo. Ähnlich wie in der Luftfahrt gab es Rückschläge und Entwicklungssprünge, doch von heute aus gesehen baut das meiste auf Vorangehendem auf, haben viele mit vielen kleinen Experimenten, Beobachtungsgabe, Ausdauer und Kreativität zu dem derzeitigen hohen Entwicklungsstand beigetragen.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen habe ich mich dafür entschieden, für meinen heutigen Vortrag den Begriff der Innovation unter drei Aspekten zu beleuchten. Im ersteren soll auf die Neuerungen eingegangen werden, die als Teil eines Entwicklungskontinuums die heutige Suchttherapie wesentlich bestimmen und die hauptsächlich zur Effektivität der derzeitigen Suchtbehandlung beitragen. Im zweiten Teil werden dann Innovationen betrachtet, die sich von der Idee her deutlich von den bisherigen Vorgehensweisen absetzen, sehr kreativ sind und durchaus Erfolg versprechend sein könnten, die jedoch noch kaum Eingang in die breitere Anwendung gefunden haben. Da sie alle erst kürzlich entwickelt wurden, sind sie entsprechend wissenschaftlich noch nicht ausreichend auf ihre Wirksamkeit überprüft.

Im dritten Teil wird auf interessante jüngere Entwicklungen eingegangen, die sich weniger auf den bisher fokussierten Kern der Suchttherapie, die Entwöhnung bei vorliegendem Abhängigkeitssyndrom, beziehen sondern auf wichtige, bislang jedoch als Randgebiet geltende Felder, wie Prävention, Frühintervention, Therapie des schädlichen Gebrauchs, Entgiftung und Harm-reduction.

Die folgende Darstellung ist als breite Übersicht über ein recht umfassendes Gebiet zu verstehen. Einzelne Themen können dabei leider nur kurz angesprochen werden. In den heute später stattfindenden Foren wird sicher Gelegenheit sein, auf viele Punkte näher einzugehen.

Ich möchte nun mit den Innovationen im Rahmen eines kontinuierlichen Entwicklungsprozesses beginnen.

Auch wenn wir heute gerne über die antiquierten Trinkerheilanstalten aus der Anfangszeit der Suchttherapie schmunzeln mögen, so sollte nicht in Vergessenheit geraten, dass wesentliche Komponenten unserer modernen Suchttherapie auf überdauernd erfolgreiche Qualitäten dieses frühen Behandlungssettings zurückzuführen sind.

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.

Eine deutliche Modifizierung erfuhr die Suchtbehandlung durch Konzepte aus der Selbsthilfebewegung (Anonyme Alkoholiker Deutschland, 1978). Hier ist insbesondere der Grundsatz der Eigenverantwortlichkeit zu nennen, der bis heute die Suchttherapie wesentlich prägt.

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 Jahre 1968.

Im Laufe der Zeit wuchs ein Behandlungsteam zusammen, das die Verständnis-, Konzept- und Therapieformen verschiedener professioneller Gruppen zu einem vielschichtigen, jedoch höchst erfolgreichen Ganzen integrierte. Berufsgruppenspezifisch bzw. -übergreifend wurden im folgenden Psychotherapieausbildungen Standard.

Passend zu dieser im praktischen Feld stattfindenden professionellen Differenzierung und Integration formulierte Feuerlein (1986) sein biopsychosoziales Verständniskonzept der Sucht, das bis heute seine Gültigkeit hat.

Vor diesem Hintergrund muss es als entwicklungsbegünstigend angesehen werden, dass der Hauptteil der Entwöhnungstherapie in Deutschland im Rahmen der stationären Rehabilitation stattfindet, welche bezüglich der Lokalisation, Multi-professionalität und ganzheitlichen Konzeption ideale Rahmenbedingungen für eine optimale Suchttherapie liefert. Der im internationalen Vergleich bezüglich der Effektivität und Qualität hohe Stand der deutschen Suchttherapie ist sicher auch auf diese günstigen Umstände zurückzuführen.

Als Grundvoraussetzung für das heutige suchttherapeutische Vorgehen hat sich in der jüngeren Vergangenheit ein partnerschaftliches Verständnis der therapeutischen Beziehung herausgebildet. Das in den Anfängen bestehende Wertigkeits- und Machtgefälle zwischen Therapeut und Patient, welches 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 zwar um einige Facetten bereichern, aufgrund ihrer fehlenden Tiefendimension jedoch nicht vollständig ersetzen.

Ein modernes, partnerschaftliches Verständnis der therapeutischen Beziehung und der unbedingt gebotene Respekt bezüglich der Zielvorstellungen der Patienten bedeutet insbesondere 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.

Essentielle Impulse bezüglich des spezifischen suchttherapeutischen Vorgehens kamen aus der Verhaltenstherapie. 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, zum Beispiel Maßnahmen zur Verbesserung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung oder der Impulskontrolle.

Die kognitive Verhaltenstherapie (Beck, A. et al, 1993) hat ganz wesentliche Entwicklungsbeiträge zur Suchttherapie geliefert in dem sie die determinative Kraft aus der Lebensgeschichte resultierender Schemata betonte, kognitive Trigger und Verstärker herausarbeitete und spezifische kognitive Interventionen, zum Beispiel die Veränderung der internen Dialogstrategien bei drohender Rückfälligkeit, herausarbeitete.

In diesem Verständniszusammenhang ist die Rückfallanalyse (Marlatt, 1986) einzuordnen. Daraus resultiert der Aufbau von Rückfallpräventionsstrategien.

Konfrontationsübungen in sensu und in vivo bereiten nach einer suchtmittelgeschützten Phase bei ausreichender Stabilität der Patienten auf den Umgang mit einer realen Versuchungssituation vor.

Das enttabuisierende Verständnis von Rückfälligkeit hat in den letzten Jahren auch zu einem allgemein veränderten und meist differenzierten Umgang mit Rückfällen geführt. Heute wird bei weiter vorliegender Therapiemotivation bei erster Rückfälligkeit im Rahmen der stationären Entwöhnungstherapie in der Regel nicht mehr mit disziplinarischer Entlassung reagiert, sondern falls möglich mit einem Weiterführen der Therapie unter dem Schwerpunkt einer Rückfallaufarbeitung.

Die Einbeziehung des familiären Umfeldes hat zur systematischen Integration der Angehörigen in die Suchttherapie geführt. Derzeit gehören Angehörigenseminare, Partner- und Familiengespräche zum Standardangebot bei stationären Entwöhnungsmaßnahmen.

Auch das berufliche Umfeld der Suchtkranken rückte zunehmend in den Blickpunkt. Indikative Gruppen zur Bewerbungsvorbereitung, Betriebsseminare, Vorbereitung von Besuchen beim Arbeitgeber, Abklärung von berufsfördernden Maßnahmen, Arbeitserprobungen, Gespräche mit Reha-Beratern und Arbeitsamt seien hier nur beispielhaft für die vielfältigen Aktivitäten in diesem Bereich genannt.

Die Diagnostik und Therapie der Co-Morbidität ist eine der wichtigsten Innovationen in Richtung einer differenzierten Suchttherapie.

Erst die Analyse der Lerngeschichte und des Bedingungsgefüges der Suchtmittel-einnahme führte zu einer adäquaten Erfassung und Gewichtung zusätzlicher psychischer Störungen, aus welchen bei Nichtbehandlung eine enorme Rückfallgefährdung erwachsen kann. Man erkannte nun, dass eine ausschließliche Fokussierung auf die Suchtmittel-einnahme und deren Verhinderung zu kurz griff. Lehrmeinung wurde, dass eine langfristige zufriedene Suchtmittelabstinenz und damit auch eine umfassende Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit nur über eine differenzierte Therapie auch der psychischen Co-Morbidität möglich ist. Hier gilt es, eine Balance und Integration von suchtherapeutischen und comorbiden Themen herzustellen.

So wurden Konzepte entwickelt, die eine umfassende Therapie von Sucht und Begleiterkrankung zum Thema hatten, zum Beispiel für substanzabhängige Patienten mit Anorexia bzw. Bulimia nervosa (Meyer-Gutknecht et al, 1998).

Eine Abgrenzung sowie eine Erfassung von Gemeinsamkeiten bezüglich nicht-stoffgebundener Süchte und hier insbesondere bezüglich des pathologischen Glücksspiels erfolgte, für dessen Behandlung es nun zu einer Empfehlungsvereinbarung

(Spitzenverbände der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger, 2001) gekommen ist.

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

Zum Ausgleich wurden im Folgenden frauenspezifische Interventionsprogramme für Substanzabhängige entwickelt (z. B. Vogelgesang, M., 1999).

Die Sucht im Alter ist ein wenig beachtetes, teilweise tabuisiertes, jedoch zunehmend an Bedeutung gewinnendes Thema, für das ebenfalls spezifische Vorgehensweisen etabliert wurden (z. B. Beutel, M. und Baumann, M. 2000).

Bislang als infaust geltende Suchtfälle sind die Zielgruppe des ALITA-Projektes (Poser, W. et al, 2000). Die ambulante Langzeitintensivtherapie für Alkoholranke erbringt bei sehr hohem therapeutischen 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.

In den letzten Jahren hat kostenökonomischer Druck allgemein zu einer Verkürzung der Verweildauern geführt, wobei insbesondere bei schwereren Suchterkrankungen mit psychischer Co-Morbidität eine untere Schwelle erreicht zu sein scheint.

Die Verkürzungen der Verweildauern konnten weitestgehend durch eine Intensivierung der Therapien aufgefangen werden, doch kann dieser Trend nicht beliebig fortgesetzt werden, da für die in der Entwöhnung stattfindenden neuroplastischen Verarbeitungs- und Umorientierungsprozesse sowie für die Kompensationsvorgänge auf Neurotransmitterebene naturgegeben gewisse Mindestverarbeitungszeiten erforderlich sind, welche sich bei dem gleichzeitigen Vorliegen comorbider Störungen deutlich verlängern können.

Der Wunsch, es sei ein Kraut gegen die Sucht gewachsen, ist uralte. Doch entsprechende Versuche waren entweder von geringem Erfolg gekrönt oder es zeigte sich, dass man den Teufel mit dem Belzebub ausgetrieben hatte, sprich, dass die vermeintlich die Sucht bekämpfende Substanz selbst suchtpotent war, wovon zum Beispiel alle, die von wohlmeinenden Hausärzten Benzodiazepine gegen ihre Alkoholabhängigkeit verschrieben bekommen haben, ein Lied singen können.

Psychiatrische Medikationen aus der Gruppe der Antidepressiva bzw. Neuroleptika können erfolgreich zur medikamentösen Therapie einer psychischen Comorbidität bzw. zur unspezifischen Spannungsreduktion eingesetzt werden und leisten so ihren Beitrag zur Reduktion von hierdurch eventuell bedingten Suchtverhaltensauslösern. Das früher uneingeschränkt geltende Verbot bezüglich so genannter „zustandsverändernder“ Mittel bei Substanzabhängigkeit wurde in den letzten 10 bis 15 Jahren erfolgreich überwunden und muss inzwischen als obsolet angesehen werden.

Disulfiram (Antabus) ist das erste moderne Medikament, das spezifisch gegen die Sucht eingesetzt wurde, wobei durch Erzeugung einer Nausea bei Alkoholkonsum eine Aversion gegen die Substanzwirkung aufgebaut werden sollte. Nicht nur auf Grund ethischer Bedenken gegen eine solche Vorgehensweise, sondern insbesondere auch wegen seiner Lebertoxizität und seiner eher unklaren Erfolgschancen steht der Einsatz von Disulfiram derzeit eher wieder im Hintergrund.

Dem gegenüber haben die so genannten Anticravingsubstanzen, welche direkt in den Neurotransmitterstoffwechsel eingreifen, in der jüngeren Vergangenheit an Bedeutung gewonnen (z. B. Ladewig, D. et al, 2000). Hierbei ist erwähnenswert, dass der Einsatz des Glutamatantagonisten Acamprosat (Campral) zu einer Reduktion des Suchtmittelbegehrens und damit der Rückfallgefahr nach Absetzen des Alkohols führen soll jedoch nur bei gleichzeitiger Durchführung einer Entwöhnungsmaßnahme zu einem langfristigen Erfolg im Sinne einer überdauernden zufriedenen Suchtmittelabstinenz führen kann. Die Anticravingsubstanzen haben sich insbesondere in den ersten Monaten nach dem Absetzen des Suchtmittels bewährt und sollen Entwöhnungstherapien ermöglichen und nicht etwa ersetzen.

Derzeit laufen Studien zur differentiellen Indikation von Acamprosat.

Analog zu den Anticravingsubstanzen wird von den Herstellern bei der Nikotinentwöhnung zur Reduktion des Zigarettenbegehrens der Einsatz von Zyban (Amphobutamon-HCL) empfohlen. Wegen der bei dieser Substanz vorkommenden Nebenwirkungen bis hin zu einer deutlich erhöhten Gefahr cerebraler Krampfanfälle ist jedoch nach der jüngsten Einschätzung des Bundesinstitutes für Arzneimittelsicherheit Vorsicht geboten. Der Einsatz von Zyban sollte nur unter strenger Beachtung der Anwendungseinschränkungen erwogen werden. Den besten Erfolg bei Nikotinentwöhnung hat bisher ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen in Verbindung mit dem Einsatz von Nikotinplaster oder Kaugummi.

Obwohl Rauchen die Nummer 1 unter den Süchten sowohl bezüglich der Häufigkeit als auch hinsichtlich der hierdurch bedingten Volksgesundheitsschäden ist, wurde der Tabakabhängigkeit bislang viel zu wenig suchtherapeutische Aufmerksamkeit zuteil. Es ist eine dringend anstehende Aufgabe, zukünftig auf allen Ebenen mehr gegen diese äußerst destruktive Störung zu tun.

In den letzten Jahren zeichnet sich ein Trend zur ambulanten Suchttherapie hin ab (Köhler, 2000). Sozial integrierte, nicht psychisch co-morbide Abhängige, bei welchen eine passagere Herausnahme aus ihrem alltäglichen Lebensbezug nicht erforderlich erscheint, können als erste Möglichkeit den Weg der ambulanten Entwöhnung beschreiten.

Eine stationäre Therapie ist weiterhin indiziert bei schwerer betroffenen, sozial weniger integrierten bzw. psychisch co-morbiden Abhängigen, im Falle einer Wiederholungstherapie nach Rückfälligkeit sowie bei all jenen, bei denen eine passagere Herausnahme aus dem die Sucht aufrechterhaltenden und die Rückfälligkeit begünstigenden Alltagsmilieu notwendig erscheint (Veltrup, C., 2001).

In der jüngeren Vergangenheit gehört die Durchführung einer qualifizierten Nachsorge zum zentralen Ablauf nach einer stationären Entwöhnungstherapie. Diese dient dazu, die in der intensiven stationären Phase gemachten Verhaltens- und Einstellungsänderungen zu stabilisieren sowie um Auslösereize, die sich im Lebensalltag ergeben, zu erkennen und ihnen wirksam zu begegnen.

Die poststationäre ambulante Therapie hat bei schwereren Fällen und zum Beispiel bei Comorbidität ihren Platz.

So genannte teilstationäre Therapien wurden bislang meist im tagesklinischen Bereich bei Patienten durchgeführt, die zuvor im stationären psychiatrischen Bereich behandelt wurden und die für eine übliche stationäre Entwöhnungstherapie nicht geeignet erscheinen bzw. die hier bezüglich einer solchen vorbereitet oder nachbetreut werden sollen (Kruse, G. und Massing, W., 1996). Bei Beachtung der hier geltenden selektiven Indikationskriterien können seit kurzem sozial integrierte Patienten mit ausreichender Alkoholabstinentzfähigkeit und emotionaler Stabilität eine komplett bzw. partiell teilstationäre Therapie, z.B. in der Stuttgarter Tagesklinik der Klinik Willhelmsheim, durchführen.

Das Therapieangebot ist hier sehr gut auf die teilstationären Erfordernisse zugeschnitten, kann jedoch nicht die in der Fachklinik möglichen hochdifferenzierten indikativen Therapieangebote machen. Modelle einer ins vollstationäre Setting integrierten teilstationären Therapie sind in Planung.

Bekannte Abhängigkeitssyndrome unterliegen einem ständigen Wandel. Neue Suchtkonstellationen im Sinne der Polytoxikomanie konfigurieren sich und neue Suchtmittel werden entwickelt bzw. kommen in Mode. So haben Crack und insbesondere Ecstasy und verwandte Stoffe zu neuen Suchtformen geführt, deren spezifische Therapie derzeit noch in der Entwicklungsphase ist (Bilke, O., 1998).

Die heute von allen Seiten geforderte evidenzbasierte Medizin wird in einigen Bereichen der Suchttherapie schon seit längerem praktiziert. Im Vergleich zu anderen Therapiemodalitäten hat man in der Suchtbehandlung relativ früh die Therapieergebnisse im Rahmen groß angelegter und standardisierter Katamneseuntersuchungen evaluiert.

Die Zusammenführung von Daten zur wissenschaftlichen Auswertung läuft hier schon viele Jahre.

Trotz seiner knappen finanziellen Ressourcen wurden im Reha-Suchtbereich immer wieder auch groß angelegte wissenschaftliche Studien durchgeführt, die den Vergleich zu universitären Untersuchungen, falls diese denn zu dieser Thematik überhaupt stattfinden, in keinsten Weise zu scheuen brauchen (z. B. Petry, 1999).

Lassen sie mich nun zu unserem nächsten Teil, den innovativen Vorgehensweisen in der Suchttherapie außerhalb des Rahmens einer kontinuierlichen Entwicklung übergehen.

Im Zusammenhang mit dem Aufbau des world wide web hat sich die Internettherapie entwickelt (z. B. Spielberg, R. und Ott, R., 1999; Sanders, R., 2000).

Hier sind die folgenden Bereiche von Bedeutung:

1. die suchtherapiespezifische Informationsbeschaffung, z. B. über Homepages bezüglich Selbsthilfegruppen und Kliniken etc.
2. Chats mit Selbstbetroffenen und Experten in unterschiedlichen Zusammensetzungen und Öffentlichkeitsgraden.
3. Austausch von E-mails mit Selbstbetroffenen und Experten im Rahmen von Beratung sowie der Internet-Therapie im engeren Sinne.
4. Die Möglichkeit der therapeutischen Nutzung von Videokonferenzen zu Einzel- oder Gruppentherapie sind technisch prinzipiell gegeben, derzeit jedoch noch nicht in breitem Umfang verfügbar. Diese audiovisuelle Simultanübertragung von Informationen hat erhebliche Vorteile im Vergleich zu Chats und E-Mails und es ist davon auszugehen, dass sie zukünftig auch für die Suchttherapie an Bedeutung gewinnen wird.
5. Auch die prinzipiell gegebenen Möglichkeiten der virtual reality werden bislang zu suchtherapeutischen Zwecken nicht genutzt, obwohl hier viele Potentiale zu sehen sind, zum Beispiel bezüglich eines Konfrontationstrainings und Ähnlichem.

Selbstverständlich kann eine technisch noch so ausgefeilte und professionelle Internet-Therapie nicht den persönlichen Kontakt und die direkte zwischenmenschliche Kommunikation ersetzen. Es können jedoch niedrigschwellig bislang unerreichbare Zielgruppen angesprochen und evtl. zu einer traditionellen Suchttherapie motiviert werden. Weiterhin kann in der poststationären Phase ohne Organisationsprobleme ein Kontakt gehalten werden.

Adäquate wissenschaftliche Untersuchungen gibt es zur Wirksamkeit der Internet-Therapie noch nicht in ausreichendem Umfang.

Aus der tierexperimentellen Pharmakotherapie stammt die so genannte Rückprägungstherapie nach Wolffgramm und Heyne (2001). Sie geht davon aus, dass durch pharmakologische Maßnahmen eine Löschung des Suchtgedächtnisses und des suchtmittelbezogenen Kontrollverlustes sowie damit einhergehend eine kausale Suchttherapie möglich ist.

Opiatabhängigen Ratten wurde eine Woche lang ein Glucocorticoid verabreicht. Dies sollte für die Rückprägung sensibilisieren. In der zweiten Woche erhielten die Ratten zusätzlich den Suchtstoff gezwungenermaßen in festgesetzter Dosierung. In der dritten Phase erhielten die Tiere nur noch das Opiat. Danach hatten angeblich alle Versuchstiere die Kontrolle über den Opiatkonsum wiedererlangt. Derzeit läuft eine diesbezügliche Studie.

Ob es sich bei diesem Ansatz tatsächlich um eine wirksame Innovation handelt, kann derzeit noch nicht beurteilt werden.

Die Genterapie der Sucht ist heute noch eine Zukunftsvision. Für die familiäre Häufung der Substanzabhängigkeit sind wahrscheinlich mehrere genetische Modalitäten mit unterschiedlicher Penetranz verantwortlich. Zum Beispiel gilt es als

gesichert, dass eine vererbte mangelnde Empfindlichkeit gegenüber der Suchtmittelwirkung zu einem höheren Substanzkonsum führt und sich deshalb suchtbegünstigend auswirkt (Schmidt, L., 2000). Dies könnte im Zusammenhang mit dem Mangel an Dopamin-2-Rezeptoren stehen, welcher wohl mit einer erhöhten Suchtgefährdung einhergeht. Es gilt, die genetischen Loci, die mitverantwortlich für die Substanzabhängigkeit sind bzw. die Mechanismen, welche diese Gene aktivieren können, weiter zu spezifizieren. Welche Art der präventiven oder gar kurativen Genterapie auf dieser Grundlage dann angewandt werden könnte, ist derzeit noch unklar.

Im etwa 14 Jahre alte Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) nach Shapiro (Shapiro, 1995) wird eine alternierende Hemisphärenstimulation in Verbindung mit der Aktivierung suchtspezifischer und abstinenzhaltender neuronaler Netzwerke durchgeführt. Es dient der Katalyse neurophysiologischer Verarbeitungsprozesse und ist in der Traumatherapie, wissenschaftlich belegt, sehr erfolgreich. Für die Suchttherapie gibt es in jüngerer Vergangenheit auch einen EMDR-Modus. Ziel ist hier eine Integration von neuen rückfallalternativen Erfahrungen in cerebrale Assoziationsnetzwerke, die die Sucht bislang aufrechterhielten. Hierdurch soll unter anderem die Verfügbarkeit neuer Denk- und Verhaltensmuster auch in Suchtrisikosituationen verbessert werden. Es liegen derzeit diesbezüglich positive klinische Beobachtungen, jedoch noch keine Ergebnisse empirischer Studien vor.

Noch im Versuchsstadium ist der interessante Ansatz, die Cocainwirkung durch eine vorangegangene Gabe spezifischer Cocainantikörper zu neutralisieren (Cohen, P., 1997). Diese ab Impfung im Blut zirkulierenden Antikörper binden das Cocain bevor es seine Rezeptoren im Gehirn erreicht und machen es dadurch unwirksam. Hierdurch könnte, je nach zeitlichem Einsatz, sowohl die Ausbildung einer Abhängigkeit als auch eine Rückfälligkeit verunmöglicht werden. Um die cocainverwandten Lokalanästhetika nicht ebenfalls zu neutralisieren ist jedoch eine sehr hohe Spezifität der Antikörper erforderlich, weshalb bei dem Wunsch nach Drogenwirkung die Gefahr des Umsteigens auf eine nicht neutralisierte Substanz gegeben ist.

So viel zu den Innovationen, die thematisch nicht in der bisherigen Suchtbehandlungstradition begründet sind. Es folgen nun neuere Entwicklungen in Randbereichen der bisherigen Suchttherapie.

Die etwa 1,7 Millionen Alkoholabhängigen sollen von unserem System der Suchtkrankenhilfe und -therapie angesprochen werden. Jedoch erreichen diese spezifischen professionellen Hilfen nur einen eher geringen Teil der Betroffenen. Der größere Teil der Alkoholabhängigen wird mit vordergründig nicht suchtspezifischen Beschwerden in niedergelassenen Arztpraxen vorstellig bzw. ist in Allgemeinkrankenhäusern zu finden.

Die gesicherte Wirksamkeit von zu einer Suchttherapie motivierenden Kurzinterventionen durch Ärzte in nicht primär suchtspezifischen Bereichen ergibt sich insbesondere auch aus der Tatsache, dass die Patienten, die um medizinische Hilfe ersuchen, sich in einer kritischen und eher veränderungsbereiten Phase befinden. Insbesondere Elemente aus dem nicht-konfrontativen Motivational Interviewing nach Miller und Rollnick (1999) haben sich hierbei gut bewährt (Hapke et al, 1999; John, U., 1999).

Vor diesem Hintergrund ist es dringend notwendig, dass zukünftig mehr Ärzte, die nicht im spezifischen Bereich tätig sind, ihr Patientengut auf das Vorliegen von Merkmalen einer Abhängigkeitserkrankung screenen und dann im Sinne einer aufklärenden und motivierenden Kurzintervention tätig werden.

Ebenfalls in einer veränderungsbereiten Phase befinden sich Abhängige im Stadium der körperlichen Entgiftung. Während diese früher, insbesondere im Bereich medizinischer Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern ohne spezifische motivierende Interventionen durchgeführt wurde, setzt sich inzwischen die „qualifizierte Entgiftung“ immer mehr durch, welche die Patienten während des körperlichen Entzugs für eine Entwöhnungstherapie motiviert, da ansonsten eine sehr hohe Rückfälligkeit droht und die Entgiftung nur selten in eine Entwöhnungsmaßnahme mündet (Mundle, G., 1997).

In der jüngsten Vergangenheit wurde der Begriff der forcierten Entgiftung geprägt. Es handelt sich hierbei um eine unter Vollnarkose durchgeführte Entgiftung, die für Opiatabhängige konzipiert wurde, mit dem Ziel der Reduktion des mit der Entgiftung einhergehenden Leidens, des Cravings und damit auch der hierdurch bedingten hohen Entgiftungsabbruchquote. Üblicherweise wird im Anschluss daran noch für eine Phase ein die Opiatwirkung am cerebralen Rezeptor neutralisierender Opiatantagonist verabreicht. Hierdurch soll der Übergang von Entgiftung zu psychischer Entwöhnung erleichtert werden. Dennoch ist auch hier die Rückfälligkeit immer noch relativ hoch, da die Betroffenen bei Wunsch nach Opiatwirkung häufig den oral verabreichten Opiatantagonisten absetzen. Dieses rasche Absetzen kann jedoch durch die jeweils sechswöchig wirksame Sucutangabe des Opiatantagonisten Naltrexon verhindert werden.

Götz und Partcke (2000) konnten in ihrer Untersuchung nachweisen, dass hiervon gerade die Gruppe der Opiatabhängigen sehr profitiert, die zwar einerseits abstinentmotiviert ist, andererseits hier starkes Craving jedoch alle bisherigen Abstinenz- und Entgiftungsversuche scheitern ließ.

Sie betonen, dass der Erfolg ihrer Vorgehensweise weniger auf der narkoseinduzierten Entgiftung als vielmehr auf der nicht kurzfristig reversiblen Opiatantagonisierung durch Naltrexon-Pellets beruht und dass dieses Vorgehen nicht den Ersatz einer Drogenentwöhnung darstellt, sondern diese einleiten und ermöglichen soll. Ohne psychosoziale Suchttherapie droht die extrem hohe Gefahr der Rückfälligkeit nach Absetzen der Pelletvergaben, wenn also eine Opiatwirkung wieder möglich ist.

Bezüglich der Wirksamkeit eines forcierten Alkoholentzuges gibt es bislang keine wissenschaftlich einwandfreien positiven Ergebnisse (Böhme, 2001).

Den 1,7 Millionen Alkoholabhängigen stehen 2,5 Millionen gegenüber, die die Schwelle zur Abhängigkeit zwar noch nicht überschritten haben, bei denen jedoch ein schädlicher bzw. missbräuchlicher Alkoholgebrauch vorliegt.

Weder eine therapeutische Nichtberücksichtigung auf Grund einer vermeintlichen Harmlosigkeit der Auffälligkeit noch eine simplifizierende Gleichbehandlung mit Substanzabhängigen unter einem generellen Abstinenzgebot wird dem Störungsbild des schädlichen Gebrauches mit seinen spezifischen Risiken und noch vorliegenden Kompetenzen jedoch gerecht. Notwendig ist eine spezifische Therapie des schädlichen Gebrauches.

Als wissenschaftlich nachgewiesenermaßen sehr erfolgreich und damit auch als zukunftsweisend bezüglich der Therapie des schädlichen Gebrauches hat sich der in der Psychosomatischen Abteilung der Klinik Münchwies seit vielen Jahren praktizierte Ansatz von Schuhler et al (2000) erwiesen, wobei ein nichtkonfrontatives, kognitiv verhaltenstherapeutisches Vorgehen den Betroffenen ein Verständnis von der Funktionalität ihres Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs im Sinne eines inadäquaten Problembewältigungsversuches vermittelt und dabei zu einer katamnestisch dauerhaft nachweisbaren mehrheitlichen Überwindung des Substanzmissbrauchs führt.

Zu den insgesamt 4,4 Millionen Menschen mit schädlichem bzw. abhängigem Alkoholkonsum kommen in Deutschland weitere 4,9 Millionen, welche riskanten Alkoholkonsum betreiben, der jedoch noch nicht die Kriterien des schädlichen Konsums erfüllt.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Gefahr besteht, dass dieser riskante Substanzgebrauch in schädlichen bzw. abhängigen Konsum übergeht. Deshalb sollten unbedingt schon hier sekundär präventive Maßnahmen ansetzen. Der Begriff der Frühintervention sollte um seiner Eindeutigkeit willen nach Petry (2000) eindeutig auf Maßnahmen beschränkt bleiben, welche auf diese frühe Form des problematischen Substanzgebrauchs fokussieren.

Sekundär präventive Frühinterventionen sollten in großem Umfang auf die Risikotrinker abzielen.

Dimeff und Mitarbeiter (1999) hatten mit einem vorwiegend psychoedukativen Kurzprogramm bei einer Gruppe von Collegestudenten mit hochriskantem Alkoholkonsum sehr gute Erfolge.

Maßnahmen bezüglich eines kontrollierten oder besser reduzierten, situationsadäquaten Trinkens sollten sich auf die Gruppe mit schädlichem bzw. riskantem Gebrauch konzentrieren sowie im Rahmen der unten noch zu erwähnenden harmreduction erfolgen.

Schon Hippokrates formulierte die Vorbeugung als die vornehmste ärztliche Aufgabe. Die Primärprävention bezüglich eines problematischen Suchtmittelgebrauchs muss schon früh, deutlich vor dem derzeitigen üblichen Beginn des Zigarettenrauchens, liegen. Schon in Kindergärten und Grundschulen können spielerisch unspezifische präventive Maßnahmen eingeführt werden, z. B. durch Kasperletheatervorstellungen. Die meisten Suchtpräventionsprogramme setzen bei etwa 11-jährigen an und bie-

ten neben einer allgemein psychohygienischen Psychoedukation suchtspezifische informative und erfahrungsgeladene Interventionen an. Im Gegensatz zu dem hohen Niveau der Suchttherapie bei vorliegender Substanzabhängigkeit ist die Prävention in Deutschland bislang nicht adäquat verbreitet und im Widerspruch zu ihrer fundamentalen Wichtigkeit kaum verankert.

Nach diesem Exkurs in die Prävention möchte ich zu einem anderen Bereich übergehen, der bislang auch eher am Rande der suchttherapeutischen Bemühungen stand. Es handelt sich um spezifische Maßnahmen bei bislang nicht erfolgreich in Richtung einer zufriedenen Suchtmittelabstinenz, therapierbaren Patienten. Unter dem Begriff der harm-reduction wurden Vorgehensweisen entwickelt, welche pragmatischerweise auf eine Schadenminimierung abzielen.

Die Substitutionstherapie bei Drogenabhängigen, klassischerweise mit Methadon, in jüngerer Vergangenheit mit guten Erfolgen auch mit partiellen Opiatantagonisten wie z. B. Buprenorphin (Groß, A. und Soyka, M., 1999; Hönekopp, 2000), sind gute Beispiele für die Vorgehensweisen bei harm-reduction.

Die Drogensubstitution vermindert die Kriminalitätsrate, die Sterblichkeit sowie die Begleiterkrankungen und ermöglicht eine enge therapeutische Anbindung. Falls irgend möglich, soll diese Stabilisierung immer wieder zur Motivierung in Richtung einer weiterführenden Suchttherapie mit dem Ziel der Suchtmittelabstinenz genutzt werden.

Auch die Bestrebungen, die Trinkmenge bei vorliegender Abhängigkeit zu reduzieren, Stichwort: so genanntes kontrolliertes Trinken bei Abhängigkeit, haben ihre Berechtigung vor dem Hintergrund des harm-reduction-Ansatzes bei bisherigem Misslingen der klassischen suchttherapeutischen Ansätze.

Die Vorgehensweisen bei harm-reduction sollten inhaltlich nicht mit denen der abstinenzorientierten Therapie verwechselt werden. Bezüglich der Zielsetzung hat die der Heilung am nächsten kommende Ermöglichung einer zufriedenen Abstinenz weiterhin absolutes Primat, diese darf Patienten, bei welchen die Möglichkeit besteht dieses Ziel zu erreichen, unter keinen Umständen vorenthalten werden.

Ziel meiner breiten Darstellung war es, ein Bild von den Entwicklungszusammenhängen zu zeichnen, in denen bislang Innovationen im Suchtbereich erfolgten. Ich hoffe, ich konnte sowohl die Stärken dieser gewachsenen Struktur wie auch ihre Lücken und einige zukunftsweisende Trends darstellen.

Um auf unser ursprüngliches Beispiel aus der Fliegerei zurückzukommen denke ich, man sollte auch im Bereich der Suchttherapie weiterhin in kühner Vision die Sterne ansteuern ohne dabei das aus den Erfolgen aber auch aus den Abstürzen der Vergangenheit Gelernte außer Acht zu lassen.

Literatur

Das Literaturverzeichnis ist bei der Autorin erhältlich.

Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen

Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.

Band 25 – ISBN 3-87581-218-2

Neuland, 2002, Geesthacht