

Suchtspezifische Psychotherapie

Heinz C. Vollmer

Oktober 2017

leicht veränderte aktualisierte Fassung September 2021

Vorbemerkung	2
Verhaltensanalyse	6
Stimuluskontrolle	10
suchtspezifische Bezugsgruppe	11
Ablehnungstraining	14
Gruppe zu Rückfall während der Therapie	15
verhaltenstherapeutische Familieninterventionen	15
Kontingenzmanagement	18
Gemeinde-Verstärkungs-Ansatz	18
psychologisches Anti-Craving	19
verdeckte Sensibilisierung	20
Selbsthilfegruppen	22
Cue Exposure	22
Expositionsbehandlung	23
achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention	25
cognitive bias modification (CBM, NKT, AAT)	25
Aversionstherapie	26
Medikamentöse Behandlung	27

Vorbemerkung

Vor oder während einer Entgiftung bzw. einem qualifizierten Entzug wird in der Regel versucht den von psychotropen Substanzen abhängigen Patienten direkt im Anschluss in eine ambulante, ganztägig ambulante, teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsbehandlung zu vermitteln, die überwiegend von der gesetzlichen Rentenversicherung finanziert wird. Das Ziel ist die dauerhafte Abstinenz und die Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit des Patienten zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft.

Nach den AWMF Leitlinien (Missel et al. 2016, Mann et al. 2017) besteht eine „klinische Konsens“-Empfehlung (KKP) für eine Entwöhnungsbehandlung mit dem Ziel dauerhafter Abstinenz im Anschluss an die Entgiftung oder den qualifizierten Entzug. Außerdem wird eine Komplexbehandlung (Kombination verschiedener Interventionen) durch ein multiprofessionelles Team empfohlen. Weitere Empfehlungen zur Entwöhnungsbehandlung sind zu finden bei Missel et al. (2016) und Mann et al. 2017).

Zu den therapeutischen Leistungen, die den Patienten während einer Entwöhnungsbehandlung angeboten werden gehören unter anderem (s. DRV 2015):

Soziotherapie, z.B. berufliche Reha, Finanzplanung, Alltagsbewältigung, Nachsorgeangebote
Ergo- und Belastungstherapie, z.B. Belastungserprobung, EDV, Bürotechnik, Arbeitsplatzbesuch
Sport- und Bewegungstherapie, z.B. Reha-Sport, Atemtherapie, Ausdauertraining
Kreativtherapie, z.B. Musik-, Kunst-, Tanz-, Theatertherapie
Schulung und Motivierung, z.B. gesunde Ernährung, Rückenschule, sozialrechtliche Information
medizinische Behandlung
Physiotherapie
und schließlich Psychotherapie.

Diese in der Welt einmaligen Therapieprogramme, in denen die oben genannten Leistungen auf jeden Patienten individuell abgestimmt werden, erlauben wegen ihrer Komplexität und Individualität keine kontrollierten Studien zur Ermittlung des Evidenzgrades einzelner Leistungen, sondern sie ermöglichen nur eine Bewertung der gesamten Therapieprogramme durch die Erhebung von 6-Monats- oder 1-Jahres-Katamnesen. Die im internationalen Vergleich sehr guten Abstinenzquoten gestatten auch aus ethischer Sicht keine Kontrollgruppen-Studien. Denn es ist nicht vertretbar, aus Forschungsgründen Patienten eine erfolgreiche Behandlung vorzuenthalten. So sind nur „klinische Konsens“-Empfehlungen möglich auf der Grundlage von Katamnesestudien, „Soll“- oder „Sollte“-Empfehlungen sind hingegen unerreichbar.

Nach meinen Erfahrungen als Psychotherapeut, Supervisor und Dozent sind alle oben genannten therapeutischen Leistungen, die von dafür qualifizierten Berufsgruppen durchgeführt werden (s. DRV Bund 2015), für Patienten hilfreich, wenn sie nach Indikation angewendet werden. Diese Aussage kann ich mir erlauben auf Hintergrund der im internationalen Vergleich sehr guten Abstinenzquoten der Entwöhnungsbehandlungen (Bachmeier 2015, Bachmeier 2017, Fischer et al. 2017, Kluger et al. 2003, Missel et al. 2014). Welche Leistung den stärksten Anteil am Therapieerfolg hat, ist nicht vorhersagbar. Die Psychotherapie ist eine von vielen hilfreichen Leistungen im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung.

Bei der Psychotherapie unterscheide ich zwischen a) ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie zur Behandlung von Komorbiditäten (Depression, Angststörungen, PTSD, etc.) und begleitender manifester Symptome (z.B. Selbstunsicherheit, Partnerprobleme, Depressivität, Aggressivität) und b) suchtspezifischer Psychotherapie zur Behandlung der Abhängigkeit. Für eine maßgeschneiderte individuelle Therapie ist der behandelnde Psychotherapeut als Case Manager zuständig, aus meiner persönlichen Sicht eine Soll-Empfehlung ohne empirische Evidenz.

Ich beschränke mich im ersten Teil meines Scripts (I) auf Interventionen der suchtspezifischen Psychotherapie zur Behandlung der Abhängigkeit, die ich auf Grundlage meiner Erfahrungen in der ambulanten und stationären Therapie bei Alkohol- und Drogenabhängigen und meiner Literaturkenntnisse durchgeführt habe. Im zweiten Teil (II) stelle ich Interventionen vor, die ich selbst nicht durchgeführt habe.

Warum sind suchtspezifische Interventionen für eine Behandlung Abhängiger so wichtig? Ich kann es nicht wissenschaftlich begründen und habe nur die folgenden Argumente:

1. Selbsthilfegruppen für Abhängige sind erfolgreich, sei es nach einer Therapie oder auch ohne eine Entwöhnungsbehandlung oder Psychotherapie
2. Suchtverhalten wird sehr stark beeinflusst von
 1. biologischen Faktoren
 2. Verhaltensgewohnheiten
3. widersprüchliche Ergebnisse zu
 1. psychischer Komorbidität (z.B. Diagnose Depression als Prädiktor für Abstinenz)
 2. psychischer Belastung (siehe Abbildung 1)

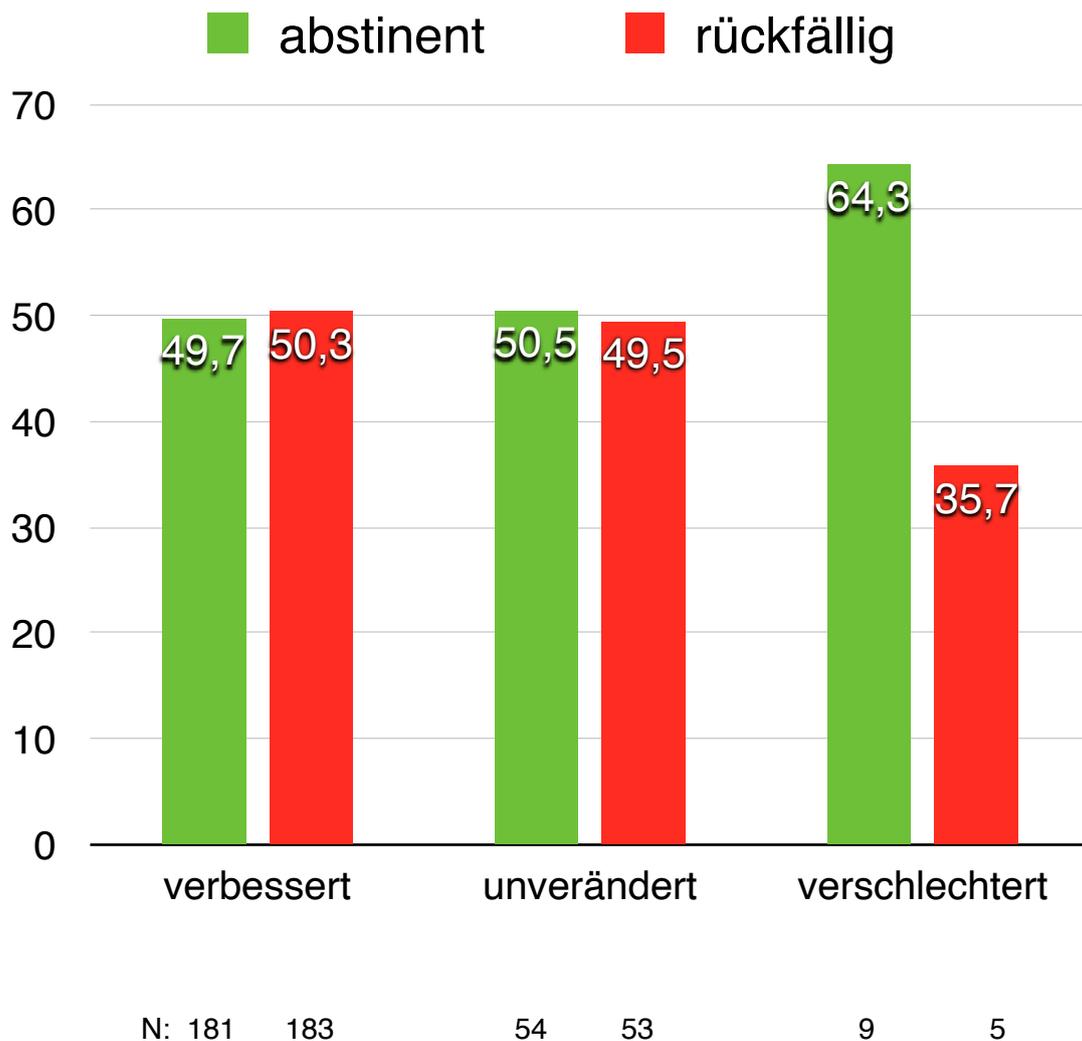


Abb. 1. Veränderung in der Psychischen Belastung (GSI) zwischen Therapiebeginn und -ende und Abstinenzquote für Patienten, die zu Therapiebeginn einen GSI-Wert hatten: GSI>T63). Die drei Gruppen im GSI verbessert, unverändert, verschlechtert unterscheiden sich nicht signifikant in ihren Abstinenzquoten.

Quelle: Vollmer, H. & Domma-Reichart, J. (2016). Psychische Belastung, Selbstwirksamkeitserwartung und Abstinenz alkoholabhängiger Patienten nach stationärer Behandlung. Suchttherapie 17, 44-47

- das beste Prognose-Kriterium für Abstinenz scheint zu sein: die abstinenzbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (Demmel, Rist & Olbrich 2001; Witkiewitz & Marlatt 2007; Vollmer & Domma-Reichart 2016), (Abb. 2)

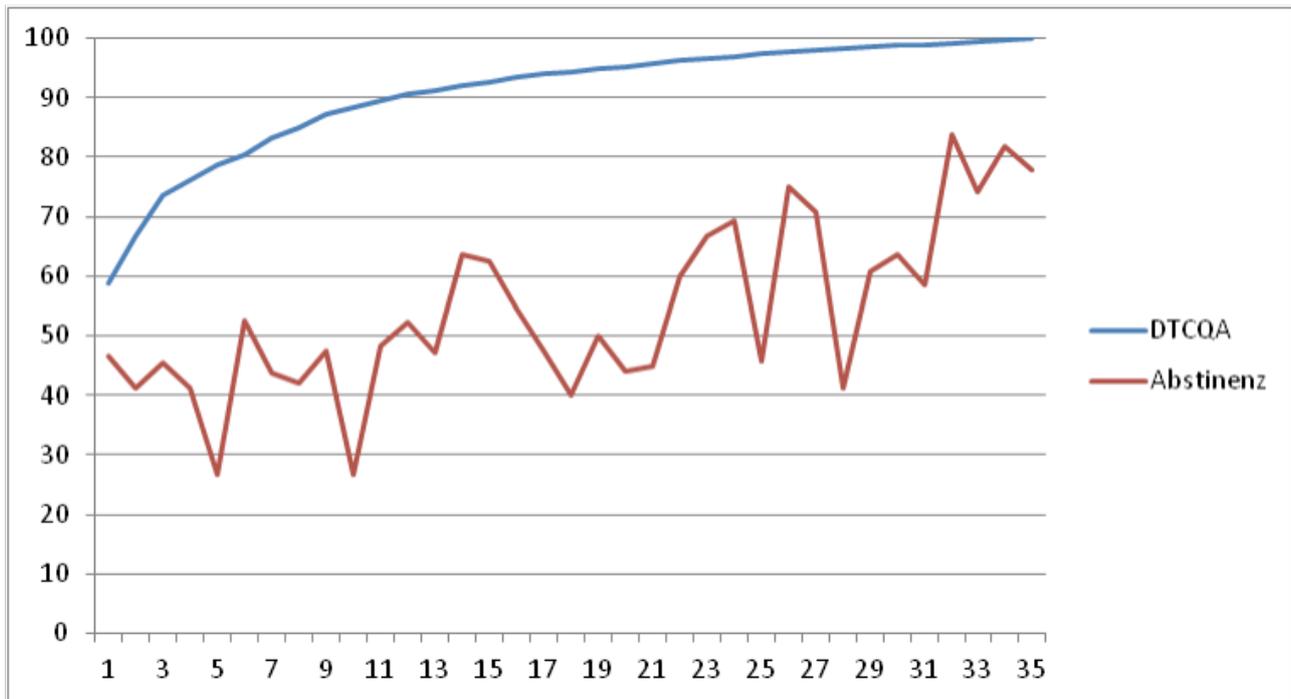


Abb. 2. Gesamtscore des DTCQA-G (0%=gar nicht sicher, 100%=ganz sicher dem Verlangen nach Alkohol zu widerstehen) und Anteil durchgehend abstinenten Patienten zur Ein-Jahres-Katamnese in Prozent, getrennt für 35 Perzentile des DTCQA-G. N=947

Vollmer & Domma-Reichart (2016). Psychische Belastung, Selbstwirksamkeitserwartung und Abstinenz alkoholabhängiger Patienten nach stationärer Behandlung. Suchttherapie; 17, 44-47

Suchtspezifische Interventionen sind nach meiner Erfahrung wirksam, wenn

- der Patient sich bereits in der Volitionsphase (nach Heckhausen 1987; Vollmer & Domma-Reichart 2010) für das angestrebte Ziel befindet (siehe Abb. 3)
- eine Indikation für die Intervention vorliegt
- der Therapeut von der Intervention überzeugt ist
- der Therapeut die Intervention richtig durchführen kann

Sind diese 4 Kriterien nicht erfüllt, dann kann die Anwendung suchtspezifischer Interventionen demotivierende Wirkung auf den Patienten haben.

Suchtspezifische Interventionen, Teil I

Die Interventionen 1 - 11 wurden von mir bei den meisten Patienten der präaktionalen und aktionalen Phase erfolgreich angewandt. Intervention 11 (covert sensitization) habe ich als sehr junger Therapeut erfolgreich bei Patienten der aktionalen Phase angewandt. Trotz fehlender Evidenzeinstufung seitens der AWMF Leitlinien (Ausnahmen: Familieninterventionen und Paargespräche sind in den Leitlinien als KKP (klinischer Konsens) eingestuft) sollten nach meinen Erfahrungen die Interventionen 1 - 12 in Therapieprogrammen angeboten werden. Eine Ausnahme ist Intervention 11, denn die muss man mögen, um sie durchzuführen.

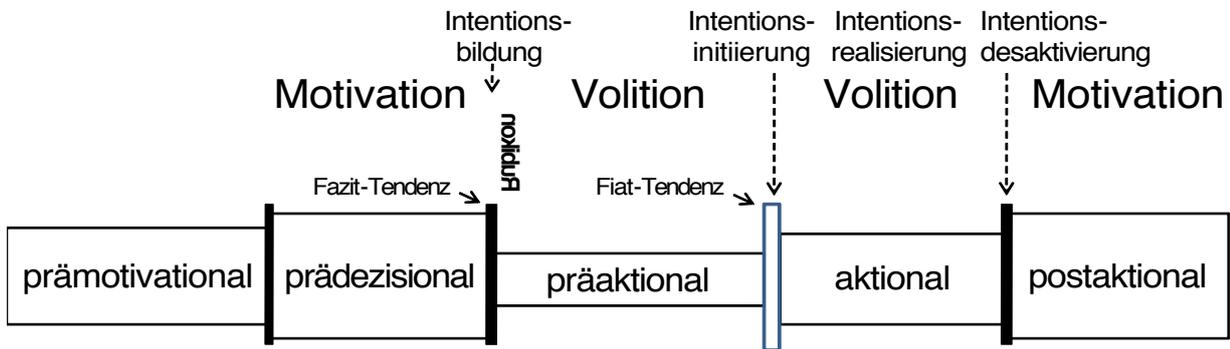


Abb. 3: Das Rubikonmodell des Handelns (nach Heckhausen, 1989; ergänzt durch die prämotivationale Phase)

1. Verhaltensanalyse

1.1 Verhaltensanalyse des Gebrauchs psychotroper Substanzen vor Beginn der Behandlung

Verhaltensanalyse (Kanfer & Saslow 1965; Schulte 1974) ist für mich die wichtigste Maßnahme der Verhaltenstherapie.

Unter Verhaltensanalyse wird hier sowohl die an den Lerntheorien orientierte Datenerhebung als auch die Auswertung der erhobenen Daten verstanden mit dem Ziel, auf Grundlage theoretischer Überlegungen konkrete therapeutische Interventionen abzuleiten. Wenn die Interpretation der Daten und die therapeutischen Schlussfolgerungen eher im Stil einer nicht-direktiven Gesprächsführung geschieht, dann handelt es sich bei der Verhaltensanalyse nicht nur um eine diagnostische sondern auch um eine therapeutische Maßnahme. Der Patient wird dadurch befähigt, selbst Verhaltensanalysen durchzuführen und Schlussfolgerungen abzuleiten. Je nach Abstinenz-Motivation des Patienten wird die verhaltensanalytische Exploration unterschiedlich umfangreich durchgeführt.

Bei vielen Patienten hat sich der Alkohol- oder Drogenkonsum verselbständigt. Auslösende Bedingungen sind kaum beim aktuellen Trinkverhalten zu identifizieren, da in allen Situationen getrunken wird. Die Analyse der aktuellen Situationen erlaubt nur die Ableitung weniger therapeutischer Interventionen, wie zum Beispiel Entgiftung, um den regelmäßigen Drogenkonsum

zu unterbrechen, Vermeidung der Orte, wo die Droge besorgt und/oder konsumiert wurde, Vermeidung allgemein belastender Situationen.

Wesentlich mehr Informationen als das aktuelle Trinkverhalten liefern die Daten der Genese, als der Konsum der Droge noch nicht automatisch ablief, sondern noch stärker von situativen Bedingungen beeinflusst wurde. Besonders der Beginn des Gebrauchs psychotroper Substanzen und der Übergang von gelegentlichem zu regelmäßigem Konsum kann Hinweise für potenzielle funktionale Rückfall-Bedingungen liefern.

Noch wertvollere Hinweise für die Rückfallprävention ergeben sich durch die Analyse von abstinenter Phasen und dem erneuten Beginn des Gebrauchs psychotroper Substanzen. Besonders interessant sind Abstinenzphasen, die länger als sechs Monate dauerten. Zu berücksichtigen ist, dass Patienten eine andere Definition von Abstinenz haben als Therapeuten. Aber auch sogenannte Abstinenzphasen eines Alkoholabhängigen, der in der Zeit gelegentlich Haschisch konsumiert hat, können Hinweise für funktionale Bedingungen liefern.

Bei der Exploration sollten Kausalfragen vermieden werden. Denn wenn man den Patienten fragt, wie er sich einen Tag vor dem Rückfall gefühlt hat, ob es in der Arbeit etwas Besonderes gab oder ob vier Wochen vor dem Rückfall in seiner Lebenssituation irgendetwas anders war, dann reagiert der Patient mit Antworten, die er schon häufig gegeben hat, die ihn entlasten und durch die er Schuldgefühle über seinen Drogengebrauch reduziert. Außerdem hat sich der Patient durch vorherige Gespräche mit Betreuern oder Therapeuten eine Welt geschaffen, die nicht mit der Wirklichkeit übereinstimmen muss (s. Julia Shaw (2016). Das trügerische Gedächtnis).

Bis auf die Zeit direkt vor und nach dem Rückfall, sollte so gefragt werden, als ob es gar nicht um den Drogenkonsum und die Gründe dafür geht (z.B. wie war ihre Lebenssituation im Monat Februar, was haben Sie gemacht als Sie am Dienstag aufgestanden sind). Die Fragen werden so konkret und dumm gestellt, dass der Therapeut als Theaterregisseur das Leben des Patienten auf einer Bühne nachstellen könnte. Erst zum Abschluss der Exploration kann der Patient gefragt werden, was nach seinem Eindruck Einfluss auf den Rückfall hatte, was er eventuell hätte anders machen sollen oder ob die veränderte Situation in der Woche des Rückfalls im Vergleich zu der Situation viele Wochen vor dem Rückfall einen Einfluss hatte und inwiefern sein Verhalten zu der veränderten Situation beigetragen hat.

Anschließend wird der Patient nach weiteren Schlussfolgerungen gefragt, und inwiefern er welche Schlussfolgerungen umsetzen möchte. Ein eher nicht-direktiver Gesprächsstil bei der Besprechung der Schlussfolgerungen und deren Umsetzung wirkt sich positiv auf selbstregulatorische Fähigkeiten des Patienten aus, so dass der Patient sein eigener Therapeut wird. Denn Kanfer formulierte den für eine Verhaltenstherapie wichtigen Satz „der Patient ist der Therapeut“ und ich ergänze diesen Satz, „der Therapeut ist dumm“ was das Leben und die Zukunft

des Patienten betrifft. So sollte sich der Therapeut in der Regel nicht über den Patienten stellen und glauben, er weiß es besser als der Patient.

Bei der Exploration ist zu beachten:

- zuerst Situation konkret erfragen (Monat, Tageszeit, soziale und berufliche Situation)
- danach Rückfall sehr kurz schildern lassen
- danach R (Problemverhalten) definieren (siehe nächster Abschnitt)
- danach vorausgehende und nachfolgende Bedingungen explorieren (siehe übernächster Abschnitt)
- offene Fragen
- keine Kausalfragen (warum rückfällig geworden?, was vor dem Rückfall gemacht?, sondern: wann sind Sie morgens aufgestanden, was haben Sie gemacht?, was danach?, wie ging es Ihnen?)
- sehr konkrete Fragen
- keine Bewertungen vornehmen
- Schlussfolgerungen dem Patienten überlassen (keine tollen Modelle an einer Flipchart präsentieren)
- nicht überfordern, dem Patienten Zeit lassen

R definieren:

Das Problemverhalten kann unterschiedlich umfangreich definiert werden, z.B. motorische, kognitive, physiologische Ebene. Ich bevorzuge das Problemverhalten bei Abhängigkeiten (im Unterschied zur Depression) nur auf der motorischen Ebene zu bestimmen (z.B. 1 l Bier, innerhalb von 30 Minuten getrunken) und ordne die begleitenden kognitiven, physiologischen, emotionalen Reaktionen unter vorausgehende und nachfolgende Bedingungen ein.

Die ungefähre Reihenfolge der Exploration, dargestellt auf einer Zeitachse, nachdem R_1 (Lapse) und R_2 (Relapse) definiert ist:



1: ein oder zwei Tage vor dem Lapse

2: ein oder zwei Tage nach dem Lapse

3: ein oder zwei Tage vor dem Relapse

4: ein oder zwei Tage nach dem Relapse

(obwohl es nicht einfach ist, sollten auch bei den Punkten 1-4 Kausalfragen vermieden werden)

5: Beendigung des Konsums

6: Lebenssituation während der Abstinent (nicht fragen: wie Abstinent geschafft oder was gemacht als Sie abstinent waren; sondern: was haben Sie im Monat X gemacht, mit wem zusammengelebt, was gearbeitet)

Nach Exploration der abstinenten Zeit, nach kritischen Situationen fragen und wie diese bewältigt wurden

Dann zurückhaltend fragen, was hätte anders sein sollen, was hätten Sie anders machen sollen

Der hier dargestellte zeitliche Ablauf ist nur eine grobe Vorgabe, mit der je nach Gesprächsverlauf flexibel umgegangen wird. Kausalfragen sollten vermieden werden, da die Patienten schon in anderen therapeutischen und nicht therapeutischen Gesprächen Gründe für ihren Alkoholkonsum erzählt haben, was ihnen bisher nicht geholfen hat und eher der Entlastung diene, entsprechend dem Modell der operanten Konditionierung (Schuld-, Schamreduzierung). In anderen Worten, die Patienten haben sich eine Wirklichkeit konstruiert, die nicht unbedingt mit der Realität übereinstimmt. Daher halte ich es auch für sinnvoll, sehr konkrete Fragen zu der Lebenssituation der Patienten bei den obigen Punkten der Zeitachse zu stellen.

Weitere Informationen zur Verhaltensanalyse sind zu finden unter www.vollmer.site, dort unter Scripte:

Verhaltensanalyse - Therapieplanung

Verhaltensanalyse in sieben Schritten

Verhaltensanalyse - Merkmale

1.2. Verhaltensanalyse zu einem Rückfall während der Behandlung

Wird ein Patient während der Behandlung rückfällig, dann kann sich durch die Verhaltensanalyse die Wahrscheinlichkeit einer vorzeitigen Therapiebeendigung erhöhen. Denn die Kognitionen und Antworten des Patienten werden beeinflusst durch Schuld- und Schamgefühle und durch die Interessen des Patienten (z.B. andere Patienten nicht zu verpetzen, nicht aus der Therapie entlassen zu werden). Erst wenn sich die Schuld- und Schamgefühle und die interessenrelativen Kognitionen ausreichend reduziert haben, dann ist eine Verhaltensanalyse möglich (s. Skript: Verhaltensanalyse Therapieplanung, Punkt 3). Vor der Durchführung der horizontalen Verhaltensanalyse kann eine Vertikale Verhaltensanalyse, bezogen auf das interaktionelle Verhalten vor dem Rückfall, hilfreich sein. Das heißt der Therapeut erstellt nachträglich Hypothesen, welche Pläne und Strategien den Rückfall beeinflusst haben (s. Skript: Verhaltensanalyse Therapieplanung, Punkt 2). Die Prüfung der Hypothesen kann durch sokratisches Fragen erfolgen in Kombination mit Fragen zur horizontalen Verhaltensanalyse. Im Unterschied zur Verhaltensanalyse des Gebrauchs psychotroper Substanzen vor der Therapie sollten bei Rückfällen während der Behandlung vom Patienten vorwiegend selbstregulatorische Fertigkeiten gefordert werden, sowohl in der Analyse des Rückfall als auch in den Schlussfolgerungen und der Therapieplanung.

2. Vertikale Verhaltensanalyse

Die Vertikale Verhaltensanalyse und die Ableitung des therapeutischen interaktionellen Verhaltens ist besonders hilfreich zu Beginn der Behandlung, um Widerstand zu reduzieren, insbesondere bei jungen Erwachsenen und bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (siehe Vollmer & Domma-Reichart 2012). Rückfälle können auch durch interaktionelle Pläne der Abhängigen gesteuert werden. Durch sokratischen Dialog können rückfallkritische interaktionelle Pläne dem Patienten bewusst werden. Themen sind unter anderem, welche Gefühle durch einen Rückfall bei anderen Personen ausgelöst werden, Vor- und Nachteile dieser ausgelösten Gefühle für den Patienten, Protest gegen und Zuwendung von Eltern durch den Konsum, etc.. Auch nicht-komplementäres Verhalten des Therapeuten kann Rückfälle während der Behandlung begünstigen.

3. Stimuluskontrolle

Stimuluskontrolle (Skinner 1953, Kanfer & Phillips 1970) bedeutet die Beseitigung von Stimuli (S^D), die ein unerwünschtes Verhalten auslösen, die Einführung von Stimuli, die ein erwünschtes Verhalten fördern und schließlich die Präsentation bzw. das Aufsuchen von Stimuli (S^Δ), die ein Hinweis sind, dass das unerwünschte Verhalten nicht verstärkt wird.

Stimuluskontrolle ist einer der wichtigsten Methoden zu Beginn einer Behandlung, insbesondere bei der ambulanten Behandlung. Auf Grundlage der Verhaltensanalyse wird mit dem Patienten vereinbart, welche Risikosituationen er ab sofort meiden wird.

Typische Auslöser, die vom Patienten zu Beginn der Therapie vermieden werden sollten, sind die meisten Situationen, in denen der Patient gewohnheitsmäßig Alkohol getrunken hat, wie zum Beispiel: seine Stammkneipe, der Supermarkt mit den kleinen Schnapsflaschen an der Kasse, der mit Alkohol gefüllte Kühlschrank, mit dem alkoholtrinkenden Partner fernsehen, Besuch der Schwiegermutter, belastende Telefonate. So wird mit dem Patienten anfangs vereinbart, nach der Arbeit nicht mehr an der Stammkneipe vorbeizugehen, den Supermarkt wechseln, Alkohol aus der Wohnung entfernen, mit dem Partner etwas Aktives unternehmen, Besuch der Schwiegermutter absagen oder belastende Telefonate nicht annehmen bzw. schnell und höflich beenden.

Im günstigsten Fall schlägt der Patient gegen Ende der verhaltensanalytischen Exploration vor, welche Stimuli er meiden möchte. Der Therapeut beachtet:

- dass der Patient dazu in der Lage und nicht überfordert ist,
- welche Hindernisse auftreten könnten
- dass es nicht zu einem starken Verstärkerverlust kommt
- ob Unterstützung durch andere Interventionen notwendig ist (z.B. Rollenspiele)
- ob mündliche Vereinbarungen ausreichen (mündliche Vereinbarung fördern die Selbstkontrolle)
- dass die Stimuluskontrolle zeitlich begrenzt wird

Ist das Vermeiden bestimmter Stimuli für den Patienten eine starke Überwindung, so werden gleichzeitig mit der Vereinbarung der Umsetzung der Verhaltensvorsätze Rollenspiele durchgeführt, um die Kompetenz des Patienten zu verbessern. Beispiele für notwendige Rollenspiele sind: ein Telefonat höflich beenden, ein zufälliges Treffen eines „Drogenfreundes“ sofort wieder beenden. Falls die Exploration leicht verfügbare S[△]s für den Drogengebrauch ergab, wird mit dem Patienten die Erhöhung dieser Stimuli vereinbart. Beispiele sind: Kontakt zu abstinent lebenden Freunden; Orte aufsuchen, an denen Drogengebrauch unwahrscheinlich ist.

Die Vereinbarungen werden mit dem Patienten mündlich getroffen, das Aufstellen von Verträgen ist dazu in der Regel nicht notwendig. Die Vereinbarungen sind zeitlich begrenzt, da der Patient lernen sollte, drogenfrei zu leben, wenn er Alkohol im Kühlschrank hat, wenn sein Partner Alkohol trinkt oder wenn die Schwiegermutter zu Besuch kommt.

Zur Verbesserung selbstregulatorischer Fertigkeiten sind auch in der stationären Therapie individuelle mündliche Vereinbarungen zur Stimuluskontrolle einem strikten Regelkatalog (Ausgangssperre, Kontaktsperre, etc.) vorzuziehen.

Zu beachten ist, dass dem Patienten durch die Stimuluskontrolle nicht ein zu starker Verlust an positiven Verstärkern entsteht, der Patient zum Beispiel durch Vermeiden der Drogenfreunde keine sozialen Kontakte mehr hat. Stimuluskontrolle beinhaltet daher auch den Aufbau von alternativen Verhaltensweisen, die für den Patienten verstärkend sind (siehe prinzipielle Therapieplanung im Script Verhaltensanalyse - Therapieplanung).

4. suchtspezifische Bezugsgruppe

diese Gruppe dient a) dem Erkennen von Risikosituationen und b) der Erarbeitung von Bewältigungsstrategien. Es ist keine Problemlösegruppe im klassischen Sinn, sondern die Patienten erhalten lediglich durch die Diskussion über ausgewählte Themen Anregungen für ihre Therapieziele und Lösungsmöglichkeiten zur Erreichung der Ziele.

Gruppensitzungen der suchtspezifischen Bezugsgruppe sind in unregelmäßigen Abständen sehr gut in den normalen Bezugsgruppen unterzubringen und sollten über den gesamten Therapiezeitraum verteilt sein. Der Therapeut moderiert die Gruppe, achtet darauf, dass möglichst alle Patienten beteiligt sind, dass die Patienten über sich reden und nicht über andere und dass niemand für seine Ideen kritisiert wird. Themen werden in der Regel von den Patienten in die Gruppe eingebracht. Der Therapeut achtet darauf, dass die unten genannten Themen diskutiert werden (die Themen 3, 4, 6, 7 entsprechen den typischen Rückfallsituationen von Cummings, Gordon & Marlatt 1980):

1. Themen der Patienten

die Frage nach Themenwünschen der Patienten soll die Selbstregulationsfertigkeiten der Patienten verbessern. Ein Blitzlicht ist dafür nicht geeignet, sondern neben der ganz allgemeinen Frage nach Wunschthemen halte ich unter anderem folgende Fragen für sinnvoll, falls die Patienten keine Wunschthemen haben: Überlegungen zur letzten Gruppensitzung, bewältigte Risikosituationen im letzten Monat, zukünftige Risikosituationen (z.B. Heimfahrt), aktueller Stand der Abstinenz, Verhaltensvorsätze für die nächste Woche bzw. den nächsten Monat.

2. Vor- und Nachteile der Abstinenz

beachten, dass jeder Patient nur von sich selbst berichtet, andere Meinungen kritisieren ist nicht erlaubt, sondern nur Formulierungen wie z.B. „das trifft auf mich nicht zu, sondern bei mir ...“

3. Frustration und Wut (z.B. Ärger am Arbeitsplatz)

Situationen sammeln, in denen die Patienten frustriert sind. Wie kann man sich in diesen Situationen entspannen, welche Vor- und Nachteile haben psychotrope Substanzen, Vorsätze für die Zukunft fassen

4. weitere unangenehme emotionale Zustände (z.B. Langeweile, Einsamkeit, depressive Verstimmungen (Patient hat nichts geplant am Wochenende, schlechtes Wetter, niemand ist telefonisch erreichbar, etc.), ebenso wie Punkt 3

5. drogenbezogene Grundkognitionen

was ist positiv, was negativ an zukünftigem Konsum, was an Abstinenz; was war positiv, negativ an damaligem Konsum; ausgewählte konkrete Situationen und Frage nach Gefühlen vor und nach dem Konsum (=verdeckte Frage nach Gedanken)

6. interpersonale Versuchungssituationen (z.B. direkter oder indirekter Druck durch andere Personen etwas zu trinken (alle bestellen nach dem Essen einen Schnaps und schauen den Patienten fragend an); Situationen sammeln und Gefühle in der Situation und Kognitionen dazu durch nicht-direktiven Stil erkunden

7. intrapersonale Versuchungssituationen (z.B. Wunsch etwas zu trinken, ohne Kenntnis externer oder interner Auslöser oder testen, ob ein Glas Bier nach erfolgreicher Therapie möglich ist)

8. Kontrolliertes Trinken und gelegentlicher Drogengebrauch (Vor- und Nachteile und Vorsätze)

9. Dauer der Abstinenz seit Therapiebeginn, Vor- und Nachteile der Abstinenz seit Therapiebeginn

10. Selbsthilfegruppen (Vor- und Nachteile, Vorsätze bzgl. Teilnahme)

11. sonstige Risikosituationen der Patienten

Rollenspiele sollten in dieser Gruppe eher selten durchgeführt werden, da dadurch die Diskussionsbereitschaft sinken kann und die Patienten zurückhaltend mit Lösungsideen sind, aus der Befürchtung dann ein Rollenspiel durchführen zu müssen. Die in der Gruppe gewonnenen Erkenntnisse sind für die Patienten eine Grundlage für Rollenspiele in der Gruppe Ablehnungstraining.

Bei offenen Gruppen empfiehlt sich das Vorgehen nach Lindenmeyer (2011).

(nach Lindenmeyer, J. (2011) (Hrsg.), Therapie-Tools, Offene Gruppen 1, Weinheim: Beltz.; und Lindenmeyer, J. (2011) (Hrsg.), Therapie-Tools, Offene Gruppen 2, Weinheim: Beltz.;

Lindenmeyer unterscheidet zwischen drei Modellen:

Modell 1:

- 1) Begrüßung neuer Teilnehmer
- 2) ein Schwerpunktthema
- 3) Verabschiedung ausscheidender Teilnehmer

Modell 2:

- 1) Begrüßung neuer Teilnehmer
- 2) Themen, die für 1 bis x Teilnehmer relevant sind
- 3) Verabschiedung ausscheidender Teilnehmer

Modell 3:

je nach Therapiestand sind die Teilnehmer in mehrere Gruppen mit unterschiedlichen Aufgaben und Themen aufgeteilt. Alle Patienten beteiligen sich an den Themen aller Gruppen entsprechend dem Niveau ihres Therapiestandes. Kein Patient wird mit den Themen überfordert, alle Patienten werden unterstützt, je nach Therapiestand und nach Motivation.

- 1) Begrüßung neuer Teilnehmer
- 2) mehrere Schwerpunktthemen werden bearbeitet
- 3) Verabschiedung ausscheidender Teilnehmer

Beispiele für Schwerpunktthemen nach Modell 3:

Gruppe 1 hat kritische Rückfallsituationen gesammelt

Gruppe 2 hat nachgedacht über „gute und schlechte“ Freunde

Gruppe 3 hat die Heimfahrt vorgeplant

Zum Beispiel: Von Gruppe 3 werden konkrete Planungen zur Heimfahrt erwartet, während die Anfänger-Gruppe 1 zurückhaltend Wünsche äußert für zukünftige Heimfahrten

Themen der beiden Bände von Lindenmeyer sind:

Offene Gruppen 1: Alkoholmissbrauch, Alltagsplanung, Ärger und Aggression, Bewerbungstraining, Depression, Ernährung und Gesundheit, Essstörungen, Gehirnjogging, Schmerzbewältigung, Selbstsicherheit, Weibliche Identität

Offene Gruppen 2: Alkoholabhängigkeit, Angststörungen, Arbeitstherapie, Genussstraining, Männliche Sexualität und Partnerschaft, Nachsorge, Partnerseminar, Pathologisches Glücksspiel, Raucherentwöhnung, Stress am Arbeitsplatz.

5. Ablehnungstraining

Ablehnungstraining (Chaney, Leary & Marlatt 1978) sollte nicht mit Patienten durchgeführt werden, die sich bezüglich Abstinenz in der prämotivationalen oder prädeziSIONalen Phase befinden. Für Patienten in der aktionalen Phase ist hingegen das Ablehnungstraining unverzichtbar. Im Ablehnungstraining lernen die Patienten Drogenangebote angemessen abzulehnen und Kontakte zu „Drogenfreunden“ zu beenden. Typische Situationen sind Alkoholangebote auf einem Fest, auf einer Betriebsfeier durch den Chef, auf Familienfesten und Drogenangebote durch alte „Drogenfreunde“. Je nach Region gibt es Standardsituationen wie Oktoberfeste in Bayern, Karneval in Köln, Schützenfest in Norddeutschland oder auch Alkoholkonsumenten in der Bahn bei der Rückkehr nach einer Heimfahrt zur Klinik. Neben allgemeinen und regionalen Standardsituationen für ein Ablehnungstraining empfiehlt es sich, dass die Patienten persönliche Situationen im Rollenspiel üben. Entsprechend dem Vorgehen des Personal Effectiveness Training (Lieberman et al. 1975; siehe mein Script Gruppentherapie), werden bei den Verhaltensproben unterschiedliche Strategien der Ablehnung von den Patienten erarbeitet und erprobt. Nach Beendigung des Ablehnungstrainings sollte das Verhaltensrepertoire der Patienten beinhalten:

- freundliche bis unfreundliche Ablehnung,
- Vermeiden von Ausreden,
- durch Abhängigkeit begründete und unbegründete Ablehnung,
- in der Risikosituation bleiben und die Risikosituation verlassen,
- verschiedene Strategien der Ablenkung, wie Themenwechsel, Vorschlag eines alkoholfreien Getränkes, einer alternativen Aktivität,
- Diskriminationslernen, in welcher Situation welche Verhaltensweisen angemessen sind.

Das Ablehnungstraining kann in einem Gruppenraum einer Ambulanz oder Klinik in vitro durchgeführt werden. Der Mehraufwand bei Verwendung realer Drogen oder die Durchführung des Ablehnungstrainings in einer Wirtschaft oder auf der Drogenszene hat sich nach meinen Erfahrungen nicht gelohnt. Wertvoller sind die Berichte der Patienten über erfolgreiche Bewältigungsstrategien kritischer Situationen.

6. Rückfallbesprechung in der Gruppe

Rückfälle, die vor der Therapie stattfanden, deren funktionale Bedingungen und Schlussfolgerungen für eine abstinente Zukunft werden in der suchtspezifischen Bezugsgruppe besprochen (s. vorheriger Punkt). Rückfälle während der Behandlung sollten hingegen in dieser Gruppe besprochen werden, die im Rahmen einer Bezugsgruppe oder als Extragruppe anlässlich von Rückfällen während der Therapie stattfindet. Eine Analyse eines aktuellen Rückfalls ist in der Gruppe nicht hilfreich, sondern für alle rückfälligen (R) und nicht-rückfälligen (A) Patienten hilfreiche Themen sind nach meiner Erfahrung (nicht in chronologischer Reihenfolge gelistet):

1. Patient R schildert kurz seinen Rückfall (Rationalisierungen und Beschönigungen werden vom Therapeuten liebevoll fragend korrigiert)
2. Patienten A stellen einige wenige Fragen dazu (ohne Vorwürfe)
3. Patienten A berichten wie es ihnen momentan geht. Therapeut achtet durch Nachfragen darauf, dass u.a. genannt werden:
 1. Gefühle wie Ärger, Wut etc.
 2. Gefühle wie Neid
 3. Gedanken, Gefühle selbst Drogen während der Therapie zu nehmen
 4. Gründe für Abstinenz während der Therapie
 5. Strategien in ähnlicher Situation nicht selbst rückfällig zu werden
4. Patient R schildert
 1. aktuelle Gefühle und Gedanken
 2. warum er die Therapie fortführen möchte
 3. Schlussfolgerungen aus seinem Rückfall
 4. Verhaltensvorsätze
5. Patienten A schildern
 1. Schlussfolgerungen aus dem bisher Gesagten
 2. Verhaltensvorsätze
6. Blitzlicht

7. Verhaltenstherapeutische Familieninterventionen

Die Einbeziehung Angehöriger korreliert mit Therapieerfolg (Küfner & Feuerlein 1989). Aus diesem Befund lässt sich aber nicht ableiten, dass Familieninterventionen für alle Patienten indiziert sind. Zu beachten ist außerdem, dass eine längere vorübergehende Distanzierung von Angehörigen für einige Patienten zur Aufrechterhaltung der Abstinenz sehr hilfreich sein kann (Vollmer & Krauth 2000). Besteht hingegen während und nach der Therapie

Kontakt mit Familienangehörigen, so halte ich Familieninterventionen für sehr hilfreich. Denn durch die Abstinenz des Patienten verändern sich die funktionalen Bedingungen für alle Angehörigen und es besteht die Gefahr alte Verstärkungsbedingungen wieder herzustellen, um nicht mit eigenen Problemen konfrontiert zu werden (Vollmer et al. 1993). Welche Interventionen geplant sind, sollte bereits zu Beginn der Behandlung mit dem Patienten abgesprochen werden und die Einladung zu einem Gespräch oder Seminar sollte möglichst bald erfolgen. Erst im späteren Verlauf der Behandlung ausgesprochene Einladungen an Familienangehörige sind häufig nicht mehr erfolgreich, da der Leidensdruck bei den Angehörigen nachgelassen hat und der Patient keine Validierung seiner bereits gemachten Schilderungen möchte. Je nach Indikation und Verfügbarkeit der Angehörigen sind folgende Maßnahmen sinnvoll (Vollmer & Domma 2005):

1. Verhaltensanalyse

Exploration familiärer Situationen im Rahmen der Einzeltherapie.

Situationen a) wenige Wochen vor Behandlungsbeginn, b) während abstinenter Phasen und c) vor Beginn der Abhängigkeit

- (1) Das Verhalten des Patienten steht im Mittelpunkt der Exploration, d.h. ist gleich R, das Verhalten der Angehörigen hingegen sind diskriminative Reize oder Konsequenzen
- (2) Das Verhalten einzelner Angehöriger steht im Mittelpunkt, d.h. ist gleich R, das Verhalten des Patienten, wie es vermutlich von dem Angehörigen wahrgenommen wurde, ist diskriminativer Reiz oder Konsequenz. Hier entspricht die Exploration in etwa dem zirkulären Fragen.

2. Plananalyse

Exploration von angenehmen und unangenehmen familiären Situationen vor Beginn der Abhängigkeit. Der Schwerpunkt der Exploration liegt auf Gefühle und Kognitionen des Index-Patienten in ausgewählten familiären Situationen. Ziel ist, dass der Therapeut Hypothesen zu Plänen und Motiven erstellen kann, die dem Patienten unbewusst sind und sein Verhalten steuern. Da es sich nur um Hypothesen handelt, werden dem Patienten die „Ergebnisse“ nicht mitgeteilt, sondern im sokratischen Dialog geprüft und während der gesamten Therapie, einschließlich Therapieende weiterhin als Hypothesen behandelt.

Verhaltensanalyse und Plananalyse sind sowohl diagnostische Instrumente als auch therapeutische Interventionen.

3. Einzeltherapie

Aus der Verhaltensanalyse werden Ziele und Interventionen abgeleitet zur Verbesserung familiärer Beziehungen. Außerdem werden familiäre Themen aus der

Bezugsgruppe vertieft und Themen bearbeitet mit denen die Mitpatienten überfordert wären oder die zu intim für die Gruppe sind. Individuelle Lösungen werden erarbeitet und die Umsetzung wird entsprechend dem TOTE-Modell geprüft.

4. Stimuluskontrolle

Vermeidung familiärer Situationen, die für den Patienten und/oder die Angehörigen eine Belastung darstellen und die Rückfallgefährdung erhöhen. Gelegentlich auch die Beendigung von sehr stark belasteten Beziehungen.

5. Angehörigenseminare

Ziel ist die Vermittlung von Informationen über Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen der Abhängigkeit, typische Folgen der Erkrankung für Patienten und Familie, Charakteristika und Bestandteile der Therapie, abstinenzfördernde Bedingungen, realistische Erfolgsquoten.

Außerdem das Einüben von Kommunikation und Konfliktlösefähigkeiten, Wiederaufbau positiven Erlebens und gegenseitigen Verstehens, Kenntnis von Maßnahmen bei Rückfällen, Planung der Zeit nach der Therapie.

6. Bezugsgruppe (Gruppe der Patienten eines Therapeuten)

Plananalyse, Suchtbiographien, Berichte von Heimfahrten, Besuch von Angehörigen, etc. gestatten im Austausch mit anderen Patienten die Ableitung von Verhaltensvorsätzen bezogen auf die Partnersituation, den Kontakt zu den Eltern und zu den Kindern. Themen sind u.a. Häufigkeit und Art der Kontakte (zu Schwiegereltern), Verhalten bei Alkoholmissbrauch von Angehörigen, Drogengebrauch der Kinder, Urlaube, gemeinsame und getrennte Freizeit. Formulierung von Zielen und von Zwischenzielen ist Aufgabe des Patienten und nicht des Therapeuten, der die Gruppe moderiert und die Patienten durch nicht-direktive Gesprächsführung, sokratischen Dialog, neugieriges Hinterfragen unterstützt.

7. Kommunikationstraining

Die Patienten lernen bezogen auf familiäre Situationen Gefühle besser wahrzunehmen, diese angemessen zu äußern, auf Gefühlsäußerungen einzugehen, auf angemessene Kritik zu reagieren und flexibel mit verschiedenen familiären Situationen umzugehen.

8. Familiengespräche

Patient und ausgewählte Angehörige nehmen teil mit dem Ziel, die Kommunikation zu verbessern, belastende Konflikte zu besprechen (und evtl. zu lösen), Verhaltensvereinbarungen zu treffen, die Zukunft gemeinsam zu planen und hoch emotionale Verhaltensweisen zu reduzieren.

9. Konfliktgespräche

Patient und ein Angehöriger nimmt teil (z.B. Partner), mit dem Ziel belastende Konflikte zu lösen unter Anwendung des Leitfadens für Konfliktgespräche von Hahlweg et al. 1982.

8. Kontingenzmanagement

Kontingenzmanagement ist aus meiner Sicht eine der sehr wichtigen Interventionen während der stationären Behandlung, insbesondere bei der Behandlung von Drogenabhängigen und von Patienten mit einer Neigung zu antisozialen Verhaltensweisen. Grundlage des Kontingenzmanagements ist die operante Konditionierung. Patienten werden für angemessene Verhaltensweisen positiv verstärkt, unangemessene Verhaltensweisen werden gelöscht oder im Einverständnis mit dem Patienten kann auch eine Bestrafung vereinbart werden, die der Patient aber selbst vornimmt, in dem er z.B. auf eine angenehme Unternehmung verzichtet. Diese Intervention wird sowohl in Fremd- als auch in Selbstkontrolle angewendet, in beiden Fällen mit Einverständnis des Patienten und in Kombination mit anderen psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen. Eine Sonderform ist die Münzverstärkung, token economy (Ayllon & Azrin 1968). Der Patient erhält oder gibt sich für angemessenes Verhalten (Abstinenz) „Token“, die er später gegen natürliche Verstärker eintauschen kann. Ein wichtiges Merkmal des Kontingenzmanagements ist die bewusste und für Patienten und Therapeuten transparente Anwendung der Intervention und die vorwiegende Orientierung an positiver Verstärkung, die nicht verwechselt werden sollte mit gelegentlicher, spontaner Belohnung und Bestrafung. Kontingenzmanagement in Fremdkontrolle sollte möglichst bald übergehen in Selbstkontrolle.

Stanger et al. (2009) erreichten durch Kontingenzmanagement höhere Abstinenzquoten bei Marihuana Abhängigen, während nach Carrol et al. (2012) diese Methode bei jungen straffälligen Drogenabhängigen im Vergleich oder in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie zu keiner Verbesserung der Erfolgsquote führte. In der Studie von Kürfner et al. () zeigten sich hingegen positive Effekte auf die Abstinenzquote, wenn die Patienten für Abstinenz Gutscheine erhalten, mit denen sie in ausgewählten Geschäften Artikel für den alltäglichen Lebensbedarf kaufen können.

9. Gemeinde-Verstärkungs-Ansatz (GVA), Community-Reinforcement-Approach (CRA)

Beim Gemeinde-Verstärkungs-Ansatz handelt es sich um eine Breitband-Verhaltenstherapie zur Erhöhung von positiv verstärkenden Bedingungen für Abstinenz oder reduziertem Gebrauch psychotroper Substanzen und für abstinenzfördernde Handlungen unter Verwendung sozialer, rekreationaler, familiärer und beruflicher positiver Verstärker und unter Einbeziehung des sozialen

Umfeldes des Patienten, sei es Familie, Verwandtschaft, Beruf, Kirche, Stadtteil und andere Gemeinschaften, so daß abstinentes Verhalten belohnender wird als der Gebrauch psychotroper Substanzen.

10. psychologisches Anti-Craving

Ein kausaler Zusammenhang zwischen Craving und Rückfall besteht nach meinen Erfahrungen nicht. Es werden Patienten rückfällig, ohne vorher wahrnehmbares Craving zu berichten und es bleiben Patienten abstinent trotz starken länger anhaltendem Craving. Die Einstellung, das Craving die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöht, kann eine selbsterfüllende Prophezeiung begünstigen. Unabhängig davon, ob meine Hypothese zutrifft, sollte das Craving behandelt werden, einschließlich präventiver Interventionen. Denn es ist für den Patienten ein belastendes sehr unangenehmes Gefühl und führt bei vielen Patienten zu Misserfolgserleben bezüglich therapeutischer Fortschritte und zu Angst vor einem Rückfall. Für Patienten mit starkem andauernden Craving zu Behandlungsbeginn kann anfangs eine medikamentöse Unterstützung mit einem Anticraving-Mittel sehr hilfreich sein. Ich berichte im folgenden psychologische Vorgehensweisen, mit denen ich positive Erfahrungen gesammelt habe. In der Regel können diese Vorgehensweisen einfacher und effektiver im Rahmen der Gruppen- als der Einzeltherapie durchgeführt werden.

1. Edukation

dem Patienten wird erklärt, wie Craving auch noch Monate nach Abschluss einer erfolgreichen Therapie entstehen kann und dass unterschiedliche physiologische Reaktionen auf bekannte oder auch unbekannte Reize auftreten können, die als Entzugserscheinungen oder als Rauschzustand interpretiert werden. Craving sollte nicht verwechselt werden mit Symptomen einer Influenza.

2. Stimuluskontrolle

Auslöser für Craving werden identifiziert und mit dem Patienten Vereinbarungen getroffen die diskriminativen Reize für Craving zu vermeiden. Zusätzlich werden S^{Δ}_s für Craving gesucht und deren Häufigkeit erhöht. Beispiele: Vermeidung von TV-Krimis die im Drogenmilieu handeln; Orte, die für den Patienten entspannend sind.

3. alternative Verhaltensweisen

mit dem Patienten werden Aktivitäten vereinbart, die mit Craving unvereinbar sind oder die ihn das Craving vergessen lassen, insbesondere sportliche Aktivitäten sind geeignet.

4. Distanzierung

mit dem Patienten wird erarbeitet, wie er sich vom Craving distanzieren kann, indem er sich als Außenstehender selbst beobachtet und die Situation analysiert, in der er sich gerade befindet und wie es zu dieser Situation gekommen ist.

5. Achtsamkeitsübungen umsetzen

Übungen, die im Achtsamkeitstraining vermittelt wurden, werden umgesetzt (s. Punkt 9)

6. Exploration bei aktuellem Craving

Hat ein Patient aktuell im therapeutischen Kontakt Craving, dann empfiehlt es sich, die Konsequenzen des gewünschten Drogengebrauchs zu explorieren, sowohl die Vorteile als auch die Nachteile. Außerdem was der Patient unternehmen möchte, nachdem er die Drogen genommen hat und was er unternehmen wird, wenn er abstinent bleibt.

7. Gedankenstop

Diese Methode wurde von Taylor (1963) entwickelt. Der Patient lernt unerwünschte Gedanken zu unterbrechen, indem er zu sich selbst „stop“ sagt. Anfangs äußert der Patient in der Therapiesitzung laut und energisch „stop“, unterstützt durch körperliche Reaktionen wie sich kneifen, aufs Bein hauen oder Gummiband am Arm für kurzen Schmerzreiz. Keine empirische Evidenz dieser Intervention, meine persönliche Einschätzung: kann für einige Patienten hilfreich sein.

8. natürliche Strategien

mit den Patienten natürliche Strategien zu finden, ist für mich die wichtigste präventive Methode. Sie ist besonders gut für die Gruppentherapie geeignet. Die Patienten berichten, wie sie erfolgreich in der Vergangenheit mit Craving umgegangen sind und/oder wie sie glauben, am ehesten Craving bewältigen zu können und wie sie vermeiden können, dass es zu Craving kommt bzw. die Wahrscheinlichkeit für Craving gering halten. Eine Gruppensitzung mit diesem Thema sollte zu Beginn der Behandlung stattfinden und auch einige Wochen nach Therapiebeginn, wenn bereits während der abstinenorientierten Therapie die Patienten Erfahrung mit der Bewältigung von Craving-Situationen gesammelt haben.

9. Regel zur Vermeidung von Craving

bei allen einzel- oder gruppentherapeutischen Interventionen ist zur Prävention von Craving zu beachten, dass wenigstens in den letzten fünf Minuten der Therapie nicht über Drogen geredet wird, sondern eher über positive Zukunftsplanung.

11. Verdeckte Sensibilisierung (Covert sensitization)

Covert Sensitization wurde entwickelt von Cautela (1966, 1967). Da die Intervention nur in Kombination mit anderen Verfahren eingesetzt wurde, liegen keine aussagekräftigen

empirischen Studien vor. Diese Methode wird heute kaum noch angewandt. Für vereinzelte Patienten kann sie hilfreich sein.

1. Ziel: Aufbau von Vermeidungsreaktionen
2. Methode: verhaltenstherapeutische kognitive Aversionstechnik
3. Vorgehen:
 - a. Typische Trinksituation festlegen und die Verhaltensweisen in Richtung der Situation
 - b. Theoretisches Modell der Methode dem Patienten erklären
 - c. Aversive Reize sehr anschaulich beschreiben (aber keine Reize, die Auslöser für Alkoholkonsum sind)
 - d. Fluchtsituation beschreiben
 - e. Positive Verstärker definieren
4. zu beachten:
 - a. Indikation:
 - a. hohe Motivation notwendig
 - b. Verlangen als Auslöser
 - b. Kontraindikation
 - a. starke Ängste
 - b. starke psychosomatische Reaktionen
 - c. Depression
 - c. Überzeugung des Therapeuten von der Methode, ansonsten Gefahr Therapieabbruch
 - d. Positive Verstärker erhöhen
 - e. Nur in Kombination mit anderen verhaltenstherapeutischen Methoden

Beispiel Fluchtsituation

„Sie kommen abends in den Weinbauern, es ist verraucht, alle trinken Bier. Sie haben Hunger und bestellen eine Curry-Wurst. Sie sehen die großen Gläser Bier mit weißem Schaum und kriegen plötzlich unheimlich Durst und Lust auf ein kühles sprudelndes Weißbier. Sie bestellen es, ihr Mund ist schon ganz trocken von der Schärfe der Curry-Wurst und Sie lechzen nach dem Bier, da steht es vor Ihnen. Sie schauen auf das frisch gezapfte Bier, das vor Ihnen steht. Da spüren Sie plötzlich ein komisches Gefühl im Magen. Sie nehmen das Glas in die Hand, das sich kühl und feucht anfasst. Das komische Gefühl im Magen wird stärker. Im Hals verspüren sie ein Würgen. Sie führen das Bierglas zum Mund und setzen es an die Lippen. Das Würgen im Hals ist stärker geworden. Sie haben Erbrochenes im Mund, der Geschmack ist ganz widerlich. Sie halten das Bierglas noch immer in der Hand. Jetzt können Sie das Erbrochene nicht mehr zurückhalten. Sie kotzen auf den Wirtshaustisch. Das Erbrochene spritzt auf die Kleidung ihres Nachbarn. Es stinkt

ganz widerlich. Die Gäste schauen Sie verächtlich an. Sie stehen auf, verlassen den Weinbauern und kommen aus der verrauchten Luft ins Freie. Sie fühlen sich schon wieder wohler und atmen tief die frische Luft ins Freie. Sie fühlen sich wohler und atmen tief die frische Luft durch. Sie entfernen sich immer weiter vom Weinbauern in Richtung Leopoldstraße. Sie fühlen sich jetzt sehr wohl und aktiv. Sie kaufen sich eine Zeitung, setzen sich in ein Café und trinken dort einen Kaffee und sind zufrieden.“ (Vollmer, 1982, S. 154-155)

Beispiel Vermeidungssituation

„Sie kommen abends vom Büro. Sie sitzen im überfüllten Bus, draußen nieselt es, es ist kalt. Sie frieren und haben schlechte Laune. Als Sie aus dem Bus steigen, sehen Sie an der Ecke Ihre alte Stammkneipe, in der Sie früher immer Karten gespielt haben und ordentlich geschluckt haben. Sie kriegen große Lust auf ein Bier und einen Schnaps, das wird Sie anwärmen. Sie nähern sich der Kneipe, da denken Sie daran, dass Sie nichts mehr trinken wollen. Sie atmen tief durch, machen kehrt und gehen rasch nachhause. Sie sind ganz erleichtert und zufrieden, dass Sie es geschafft haben. Zuhause ist es warm und gemütlich. Sie machen sich ein gutes Abendessen, kochen sich einen Tee und fühlen sich ruhig und gut. Sie rufen eine Freundin an, mit der Sie sich für den nächsten Tag verabreden.“ (Vollmer, 1982, S. 155)

12. Selbsthilfegruppen

der Besuch von Selbsthilfegruppen sollte bereits während der ambulanten oder stationären Therapie stattfinden und sollte nicht auf später verschoben werden. Es sollte möglichst jeder Patient eine Selbsthilfegruppe wenigstens dreimal aufsuchen und dann über die weitere Teilnahme entscheiden. Besuche einer Selbsthilfegruppe werden in der Bezugsgruppe und/oder in der Einzeltherapie nachbesprochen, um den Patienten in seinem Entscheidungsprozess zu unterstützen. Dabei wird den Patienten unter anderem vermittelt, dass man, von wenigen Ausnahmen abgesehen, sich erst nach der zehnten Sitzung ein Urteil über den Wert der besuchten Selbsthilfegruppe bilden kann und dass man nicht zu stolz sein sollte zu einer Selbsthilfegruppe zurückzukehren, falls man sie fälschlicherweise vorzeitig verlassen hat (Schneider 2017).

13. Cue exposure

Zum Abschluss aus meinem Erfahrungsschatz eine Intervention mit der ich nicht erfolgreich war, eventuell sogar die Gefahr bestand, dass ich den Patienten schade.

Expositionsbehandlungen bei Abhängigen (sowohl von Alkohol als auch von illegalen Drogen) wurde erprobt von Childress et al. (1984), McLellan et al. (1986), O'Brien et al. (1990), Powell et al. (1993), Drummond et al. (1995), etc. Nach einer Metaanalyse von Conklin & Tiffany (2002) und Mellentin (2017) ist die Wirksamkeit der cue exposure für Abhängige nicht belegt.

Überzeugt davon, dass aus theoretischer Sicht cue exposure eine sehr sinnvolle Intervention ist, habe ich sie bei stationär behandelten Drogenabhängigen angewendet, sie aber nach zwei Wochen abgebrochen, da bei den Patienten das Verlangen nach Drogen und die Abbruchgefährdung zunahm. Englische auf das Thema spezialisierte Kollegen, die ich in London aufgesucht habe, berichteten im informellen Austausch gleiche Erfahrungen.

In den AWMF Leitlinien heißt es:

„Aufgrund der Datenlage kann die Exposition als Maßnahme der Postakutbehandlung derzeit nicht allgemein empfohlen werden. Bei Anwendung sollte sie nur in einer abgestimmten Kombination mit einem Training zur Erhöhung der Bewältigungskompetenz für entsprechende Risikosituationen im Alltag eingesetzt werden“ (Geyer, D.; Beutel, M.; Funke, W.; Günthner, A. Hutschenreuter, U.; Küfner, H., et al. (2006). Postakutbehandlung (S. 64). In L.G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai & W. Gabel (Hrsg.) *Evidenzbasierte Suchtmedizin*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Suchtspezifische Interventionen, Teil 2

Mit den folgenden Interventionen habe ich persönlich keine Erfahrungen, was auf keinen Fall bedeutet, dass sie nicht sehr hilfreich für Abhängige sein können.

14. Expositionsbehandlung nach Lindenmeyer und Schneider

Eine Variante der Expositionsbehandlung, nicht zu verwechseln mit der ursprünglichen „cue exposure“, wird von Lindenmeyer et al. (1995) und von Schneider (2015) vertreten. Bei entsprechender Indikation sind die Ergebnisse mit der Expositionsbehandlung nach Lindenmeyer und nach Schneider vielversprechend. Da zu dieser Methode keine empirische Forschung vorliegt, kann ich nur vermuten, dass der Unterschied zur Cue exposure darin besteht, dass nicht eine Habituation stattfindet, wodurch das Verlangen verschwindet, sondern, dass die Patienten lernen, besser mit dem Verlangen umzugehen. Nach Schneider wächst durch das Training das Selbstvertrauen der Patienten, mit kritischen Situationen umzugehen und sie geraten nicht mehr aus dem Gleichgewicht, wenn sie leichtes Verlangen spüren. Zwar schätzten 84 % der Patienten die

Expositionsbehandlung als hilfreich ein, sie unterschieden sich aber zur Ein-Jahres-Katamnese nicht in der Abstinenzquote von Patienten ohne Expositionsbehandlung (Lindenmeyer et al. 2002). Das im Folgenden beschriebene Vorgehen orientiert sich an R. Schneider (2015).

1. Ziel: Verlangen nach Alkohol bewältigen, Aufbau einer Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit Verlangen
2. Methode: Exposition, Verlangen aushalten und erfahren, dass es wieder verschwindet
3. Vorgehen
 - a. Bereitschaft und Belastbarkeit des Patienten abklären
 - b. Information der Angehörigen über die Methode durch den Therapeuten und den Patienten
 - c. Theoretische Modell der Methode dem Patienten erklären
 - d. Abgrenzung zu „heimlichen Selbstexperimenten“
 - e. In einem für den Patienten neutralen Raum Reize präsentieren (Musik, Fernsehen, Lieblingsgetränke des Patienten, Gedanken und Stimmungen), die starkes Verlangen auslösen
 - f. Verlangen abklingen lassen
 - g. Abschlussritual, erst wenn das Verlangen vollkommen abgeklungen ist
4. zu beachten
 - a. Indikation
 - a. hohe Motivation des Patienten
 - b. Bereitschaft des Patienten zur Teilnahme an der Intervention
 - c. Verlangen als Auslöser
 - b. Kontraindikation
 - a. Geringe Belastbarkeit des Patienten
 - b. Starke Ängste
 - c. Therapeut ist von der Methode überzeugt
 - d. Therapeut hat Erfahrung mit der Methode
 - e. Positive Verstärker beachten
 - f. Nur in Kombination mit anderen verhaltenstherapeutischen Methoden
 - g. Therapiezeitpunkt beachten (z.B. nicht kurz vor dem Wochenende)
 - h. Häufige Sitzungen

Dieses Vorgehen entspricht einer Kombination von cue exposure und Copingstrategien und ist der reinen cue exposure vorzuziehen (Mellentin 2017).

15. Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention

„Achtsamkeit fördert ein Bewusst-Sein im Hier und Jetzt mit Akzeptanz und Nicht-Bewertung aller vorhandenen Erfahrungen und Sinneseindrücke. ... Achtsamkeit kann als Grundhaltung und Übung einen neuen Umgang mit Suchtmittelverlangen bzw. Craving und den daraus resultierenden emotionalen Reaktionen und teilweise sehr drängenden und impulsiven Verhaltensweisen ermöglichen. Das Ziel der achtsamkeitsbasierten Suchttherapie ist nicht mehr das Vermeiden oder Verhindern von Suchtmittelverlangen und Craving, sondern die Akzeptanz dieser unangenehmen Zustände.“ (Mundle et al. (2014). Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Sucht, 60, (1), 29-36)

Gruppensitzungen: 1. Autopilot und Rückfall, 2. Achtsame Wahrnehmung von Auslösern, 3. Achtsamkeit im Alltag, 4. Achtsamkeit in Rückfallrisikosituationen, 5. Akzeptanz und bewusstes Verhalten, 6. Ein Gedanke ist ein Gedanke ist ein Gedanke, 7. Selbstfürsorge und ausgewogener Lebensstil, 8. Soziale Unterstützung. (siehe Mundle et al. 2014, Bowen et al. 2012).

Im Vergleich mit Kontrollgruppen führte die Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention sowohl bei Alkohol- als auch bei Drogenabhängigen zu einer signifikanten Reduzierung von Drogen und justiziellen Problemen und zu einer längeren Abstinenzdauer (Bowen et al. 2014, Chiesa & Serretti 2014, Dakwar & Levin 2013, Witkiewitz et al. 2014)

16. CBM cognitive bias modification

Diese Intervention ist auch bekannt unter dem Namen NKT (neurologisches Kontrolltraining) oder AAT (Approach-Avoidance-Training). Bilder von alkoholischen Getränken werden auf dem Bildschirm mit Hilfe eines Joysticks oder durch Bewegungen auf einer Tanzmatte weggedrückt (Vermeidung) und nichtalkoholische Getränke herangezogen (Annäherung). Das Training umfasst 6-12 Sitzungen à 15 Minuten mit je ca. 200 Trainingsdurchgängen. Von 75 % der Patienten lag eine Ein-Jahreskatamnese vor. 51,2 % der Patienten der CBM Gruppe waren abstinent bzw. hatten einen Rückfall < 3 Tage. In der Kontrollgruppe waren es nur 42,7 % (N=475, einseitige Fragestellung, p=.039). Besonders ältere Patienten profitierten von dem CBM Training (Eberl et al. 2013). Eine weitere trendmäßige Verbesserung in der Abstinenzquote wurde durch eine gleichzeitige Transcraniale Elektrostimulation des dorsolateralen präfrontalen Cortex erreicht (Uyl et al. 2017). Patienten der Trainingsgruppe zeigten in einer fMRT Computer-Tomographie eine signifikant verringerte Aktivierung des medialen präfrontalen Cortex während des Trainings, was auf eine Verringerung der automatischen motivationalen Anreizwirkung im Gehirn von Alkoholabhängigen hinweist (Wiers et al. 2015). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass transkraniale Hirnstimulation

geeignet sein könnte, die Effekte stationärer Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigen zu steigern.“ (Lindenmeyer et al. 2018, zugriff am 27.6.2018 unter: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_27_reha_kolloqu.pdf).

CBM wird in den AWMF Leitlinien als KKP (Klinischer Konsens) eingestuft.

(weitere Informationen unter: www.salus-kliniken.de/lindow; dort unter der Datei Publikationen).

17. Aversionstherapie

Bei der Aversionstherapie folgt ein aversiver Reiz auf unerwünschtes Verhalten (operantes Modell) oder wird gleichzeitig mit dem unerwünschten Verhalten dargeboten (Modell der Klassischen Konditionierung).

10. Aversionskonditionierung

Die Aversionskonditionierung wurde durchgeführt mit elektrischen Reizen oder mit Mitteln, die zu Übelkeit führen (Kantorovich 1930, Voegtlin 1940). Diese Vorgehen entspricht dem Modell der Klassischen Konditionierung, denn es findet eine aversive Gegenkonditionierung statt. Die empirische Studienlage zu diesen Methoden ist sehr widersprüchlich.

Im Vergleich zu Kontrollgruppen war die Aversionstherapie (unabhängig ob elektrische oder chemische Aversion) einer Einzel- und Gruppentherapie ohne Aversion zur 6-Monatskontrolle in der Abstinenzquote überlegen, aber nicht mehr zur 12-Monats-Nachkontrolle (Smith et al 1997). Alkoholabhängige mit Therapieerfahrung und mit antisozialen Tendenzen sprechen auf chemische Aversionstherapie nicht an (Howard 2001). Fortschritte in verhaltenstherapeutischen Verfahren (z.B.

Breitbandverhaltenstherapie) und aus theoretischer Sicht starke Zweifel an dem Erfolg der Aversionskonditionierung haben dazu geführt, dass diese Methode schon seit mehreren Jahrzehnten kaum noch angewandt wird. Gegen eine Aversionskonditionierung spricht nach Ferstl & Kraemer 1976, S. 191):

1. die Erfolge sind meistens kurzfristig
2. die einfache Durchführung und kurze Dauer der Intervention verführt zu bedenkenloser Anwendung
3. es werden keine Techniken zur Problemlösung vermittelt
4. die Methode erfordert vom Patienten die Bereitschaft den aversiven Stimulus zu ertragen und verhindert eine aktive Mitarbeit des Patienten, sondern fördert seine Passivität gegenüber schwierigen Situationen

11. Alkoholaversiva

Grundlage dieser Intervention ist das operante Modell. Alkoholkonsum bei gleichzeitiger Medikation von Disulfiram oder Calciumcarbimid führt u.a. zu Pulsrasen, Übelkeit und Erbrechen und gelegentlich zu einem Kreislaufkollaps. Nachdem ein Patient bei überwachter Einnahme von Disulfiram oder Calciumcarbimid, diese Erfahrung gemacht hat, wird er solange er das Medikament nimmt keinen Alkohol mehr trinken. In dem ALITA Programm mit einer Erfolgsquote von ca. 50 % in einer 7-9 Jahres-Katamnese wurden zusätzlich psychotherapeutische Interventionen, hochfrequente individuelle Kurzgesprächskontakte, Notrufbereitschaft, Kriseninterventionen, spontane Hausbesuche, Einbeziehung von Angehörigen und soziale Reintegration angewendet. (Krampe, H., Stawicki, S., Wagner, T. et al. 2006).

Je nach Indikation kann die psychotherapeutische Suchtbehandlung medikamentös unterstützt werden, unter Berücksichtigung der Folgen für die Selbstwirksamkeitserwartung.

Medikamentöse Behandlung

- Acamprosat (Campral): ein Anti-Craving Medikament zur Reduzierung des Verlangens nach Alkohol. Viele Studien zeigen, dass die Anzahl der Rückfälle dadurch reduziert werden kann. Als Behandlungsdauer werden 12 Monate empfohlen. Es wirkt nicht bei allen Patienten und es scheint nicht zur Reduzierung von Craving zu führen
- Naltrexon: blockiert als Opiatantagonist die positive Wirkungen von Alkohol.
- Nalmefen: blockiert als Opiatantagonist die positive Wirkungen von Alkohol.
- Disulfiram: ist nur bei motivierten Patienten einsetzbar, denen die Vorstellung der aversiven Alkohol-Disulfiram-Reaktion, wenn sie Alkohol trinken sollten, hilft, abstinent zu bleiben
- Baclofen: Arzneimittel aus Gruppe der Muskelrelaxantien, z.B. für Multiple Sklerose. In Frankreich für Alkoholabhängige zugelassen.

Weitere Informationen zu suchtspezifischen Interventionen sind u.a. zu finden bei Körkel & Schindler 2003, Lindenmeyer 2011, 2016, Schneider 2017, Thomasius 2000, Tretter & Müller 2001, Witkiewitz & Marlatt 2007.

Falls Sie dieses Script zitieren möchten:

Vollmer, H.C. (2021). Suchtspezifische Psychotherapie. Verfügbar unter: www.vollmer.site/sucht-interventionen.pdf, Zugriff am: ttmjijj