

Anregungen zur Verhaltenstherapie psychotroper Substanzstörungen und Verhaltenssüchte
im Rahmen des wunderbaren Rationalitätsmodells von Hans Westmeyer
und
in Übereinstimmung mit der philosophischen Orientierung
zum Verständnis der Welt des außergewöhnlichen Literaturessayisten Bernard Pivot.
Heinz C. Vollmer
März 2025

	Seite
0. Vorwort	2
I. Prävalenzquoten	3
II. Entstehungsbedingungen der Abhängigkeit	7
III. Alkoholwirkungen und Folgen	7
IV. Gesundheitspolitische Maßnahmen	9
1. Prävention	9
2. Gesetzliche Maßnahmen	10
3. Schadensminimierung	10
4. Betreuungsangebote / Behandlungsformen	10
V. Diagnostik	11
1. ICD 10, 11, DSM IV, DSM V	11
2. Klassifikationen	13
3. Labor-Verfahren	14
4. Fragebogen	15
5. Diagnostik im Rahmen der Behandlung anderer Störungen	16
VI. Rückfallmodelle	18
1. Klassische Konditionierung	18
2. Kognitives Modell	18
3. Kognitiv-Behaviorales Modell	19
4. Dynamisches Modell	20
5. Operante Konditionierung	21
6. Kontrollverlust	21
7. Gegensatz-Prozess-Theorie	21
8. Suchtgedächtnis	22
VII. Therapie	23
Ziele	23
stationär vs. ambulant	23
Interventionsebenen	23
1. Interaktionelle Ebene	24
2. Pädagogische Ebene	24
3. motivationale Ebene	24
3.1 Motivierende Gesprächsführung	24
3.2 Mini-Verhaltensanalysen	24
3.3 Entscheidungsmatrix	24
3.4 Verdeckte Kontrolle	25
4. suchtspezifische Psychotherapie	26
0. Veränderungsphasen	26
1. Verhaltensanalyse	26
2. Stimuluskontrolle	28
3. Bezugsgruppe	28
4. Ablehnungstraining	28
5. Familieninterventionen	28
6. weitere Interventionen	28
7. Interventionen ohne persönliche Erfahrung	29
Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention; CBM, AAT bzw. NKT	
neurologisches Kontrolltraining; verdeckte Sensibilisierung,	
Aversionstherapie, Gedankenstop, Expositionsbehandlung	
5. Medikamentöse Behandlung	30
6. BORA (Reha Behandlung)	30
VIII. Ergebnisse	30
1. Katamnesen	31
2. psychische Komorbidität	32
3. Prognosen	33
4. Effekte psychotherapeutischer Interventionen	36
5. Substitutionstherapie	36
IX. Literaturempfehlungen	38
X. Anhang:	40
zur Geschichte des Kokain, The lost weekend, VA nach Haynes & O'Brien, Rationalitätsmodell	
XI. zitierte Literatur	45

Vorwort

Seit mehr als 40 Jahren bin ich als wissenschaftlich arbeitender Praktiker, wie viele andere meiner Kolleg*innen, auf der Suche, wie man psychologische Therapien für Personen mit einer ICD-10 F1 Diagnose (Abhängigkeit) verbessern kann. Trotz vieler interessanter, anregender theoretischer Modelle und methodisch einfacher empirischer Studien, sind die Erfolgsquoten in dieser Zeit konstant geblieben.

Die psychologische Psychotherapieforschung zu Abhängigkeiten befindet sich in Deutschland auf einem Minimalniveau und die Ergebnisse aus angloamerikanischen Studien sind häufig nicht übertragbar.

Zur Einstimmung in das Thema sollen die Abschnitte I, II und III die zentrale Bedeutung gesundheitspolitischer Maßnahmen (IV) verdeutlichen, bevor ich ausführlich auf therapeutische Themen eingehe in den Abschnitten V, VI, VII und VIII.

Meine therapeutischen Vorgehensweisen basieren auf theoretischem Hintergrundwissen, empirischen Studien, persönlichen therapeutischen Erfahrungen, Rückmeldungen von Patient*innen und Angehörigen und Diskussionen mit Kolleg*innen, entsprechend dem Rationalitätsmodell von Westmeyer. Abstinenzquoten von durchschnittlich maximal 50 % erfordern weiterhin ein hypothesenorientiertes Vorgehen ohne allgemein verbindliche Axiome.

So kann ich auf Grund meiner Erfahrungen und meines theoretischen Hintergrundwissens nur Anregungen, und nicht mehr, für eine erfolgreiche Behandlung abhängiger Personen geben.

Nach meiner Einschätzung ist, neben der Anwendung indizierter Interventionen, die wichtigste Wirkvariable das Verhalten der Therapeut*innen. Ich meine damit authentisches, liebevolles, wissenschaftlich neugieriges Verhalten, auf Augenhöhe mit den Patient*innen, um gemeinsam Lösungen zu finden für jede einzelne abhängige Person und außerdem die therapeutische Fähigkeit, (unbewusste) Machtausübung zu vermeiden, im Kommunikationsstil flexibel zu reagieren und die Selbstregulation der Patient*innen zu fördern.

Falls Sie Inhalte aus diesem Manuskript zitieren möchten, dann bitte nur die Originalliteratur angeben, möglichst nach vorheriger Prüfung und evtl. Aktualisierung.

Falls Sie meine persönlichen Empfehlungen und Ratschläge zitieren möchten, dann bitte wie folgt:

Vollmer, H.C. (2024). Anregungen zur Verhaltenstherapie psychotroper Substanzstörungen und Verhaltenssuchte, im Rahmen des wunderbaren Rationalitätsmodells von Hans Westmeyer und in Übereinstimmung mit der philosophischen Orientierung zum Verständnis der Welt des außergewöhnlichen Literaturressayisten Bernard Pivot. Unveröffentlichtes Manuskript. Zugriff am tt.mm.jjjj unter <https://www.vollmer.site/Therapie-Empfehlungen-Sucht.pdf>

I. Prävalenzquoten

1. Deutschland

In der Rangreihe psychischer Störungen (12 Monatsdiagnose) steht die Alkoholabhängigkeit in Europa an vierter Stelle, nach den somatoformen Störungen (18,9 Mill.), den Spezifischen Phobien (18,5 Mill.) und der Major Depression (18,4 Mill.).
(Wittchen & Jacobi 2005)

Missbrauch und Abhängigkeit, 12 Monats-Prävalenz in % bei Erwachsenen von 18-64 Jahren

DSM IV	Alkohol	Cannabis	Kokain	Amphetamine	Schmerzmittel	Schlafmittel	Beruhigungsmittel	Tabak
N, gesamt	9014	9054	9055	9056	9054	9056	9055	9012
Missbrauch	3,1	0,5	0,0	0,2	8,7	0,8	0,8	--
Abhängigkeit	3,4	0,5	0,2	0,1	3,4	0,8	1,4	10,8

Pabst et al. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht, 59 (6), 321-331.

Alkoholkonsum letzte 12 Monate

	12-17 jährige	18-64 jährige
lebenslang abstinent		2,9
letzte 12 Monate abstinent	54,7	7,3
risikoarmer Konsum	37,1	72,8
riskanter Konsum	6,2	14,7
gefährlicher Konsum	2,0	2,2
Rauschtrinken (letzte 30 Tage)	20,4	26,1; Männer: 38,6, Frauen: 13,1

Angaben in %; Definitionen: Risikoarmer Konsum: Männer: 0 – 24 g; Frauen: 0 – 12 g;
Riskanter Konsum: Männer: 24 – 60 g; Frauen: 12 – 40 g; Gefährlicher Konsum: Männer: > 60 g;
Frauen: > 40 g;

Rauschtrinken: Mindestens 1 Tag mit fünf oder mehr Gläsern Alkohol bei einer Trinkgelegenheit
Geschätzte Gesamtzahl der Todesfälle durch Alkoholabhängigkeit oder –missbrauch (nach WHO):
Männer: 3.900; Frauen: 1.100.

Zit. aus: Kraus, L., Piontek, D.; Pabst, A. & Bühringer, G. (2011). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. Sucht 57 (2), 119-129.

Prävalenzquoten 18 - 64-jähriger bzw. bis 70-jähriger, (Quelle: DHS), im Jahr 2022:

Alkohol: Missbrauch ca. 1,4 Millionen, Abhängigkeit ca. 1,6 Millionen; Tabakabhängigkeit: ca. 4,4 Millionen;
Medikamentenabhängigkeit: ca. 1,5 - 1,9 Millionen;
Abhängigkeit von: Cannabis ca. 309.000; Kokain ca. 41.000; Amphetamine ca. 103.000 Personen; Opioiden: ca. 170.000 (0,3 %).

Konsum in den letzten 12 Monaten: Ecstasy ca. 1,1%; Neue psychoaktive Substanzen (NPS) ca. 0,9%.

Pathologisches und problematisches Spielverhalten: Geldautomaten, Sportwetten, Lotterien, Roulette, Poker, Spielkasino, etc.: problematisches Verhalten ca. 229.000 Personen; Abhängigkeit: ca. 200.000 Personen.

Todesfälle bedingt durch: Tabak 127.000, Alkohol: 62.000, Drogen: 1.990. (6), im Jahr 2022.

Unterschiede in den Erhebungsmethoden, den Zeiträumen, den Altersbegrenzungen gestatten nur einen sehr groben Vergleich der Zahlen.

Anzahl der Klienten pro Jahr in: Beratungsstellen > 500.000, spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser 110.000, Psychiatrische Institutsambulanzen 91.800, Substitutionsbehandlung 79.400, vollstationäre Rehabilitation 19.788 (DHS, Jahrbuch Sucht 2019, zit. nach 7).

Hauptdiagnosen bei ambulanter Behandlung 2017: Alkohol 48,3 %, Cannabinoide 18,4 %, Opioiden 13,0 %, Stimulanzien 6,1 %, Pathologisches Glücksspiel 5,9 % (DHS, 2018, zit. nach 7).

Stationäre Behandlungsfälle (einschl Akutbehandlung) wegen Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, insgesamt: 422.052, wegen: Alkohol 314.211, Opioiden 32.888, Cannabinoide 18.710, Multipler Substanzgebrauch 31.827 (Statistisches Bundesamt, zit. nach 7).

Mehr und aktuellere Informationen sind jedes Jahr neu verfügbar auf der Website der DHS:
<https://www.dhs.de/suechte/alkohol/zahlen-daten-fakten>

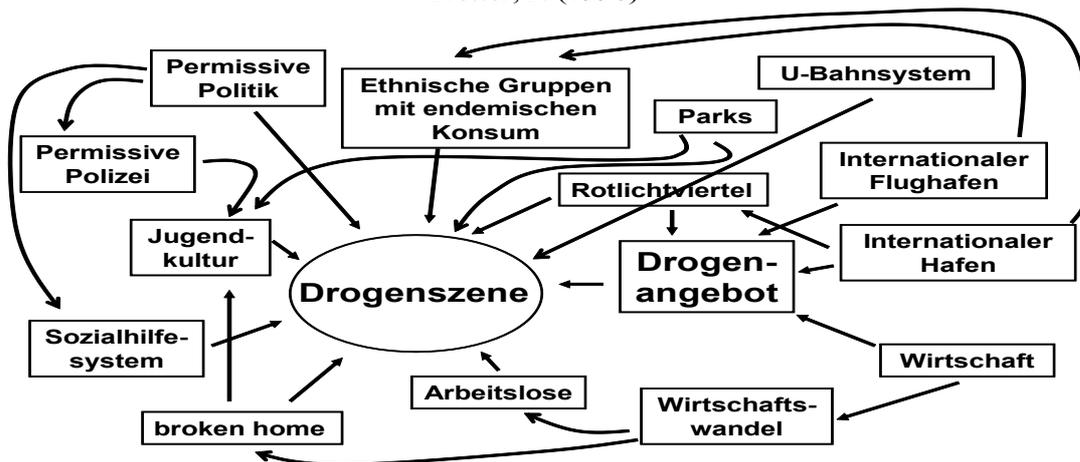
Rate der Drogenabhängigen und spezifische Merkmale der Städte

Tretter, F. (1998). Ökologie der Sucht

Merkmale	Kopenhagen	Mailand	Basel	Frankfurt	Amsterdam	Hamburg	Wien	Berlin	München
Einwohner (Million)	0,5	1,4	0,2	0,65	0,7	1,6	1,6	3,4	1,3
Gesamtzahl Drogenabh. (Tausend)	8	18	2	6	6	10	5	8	3
Rate/ Tausend Einwohner	16	13	10	9	8,5	6	3	2,5	2,3
Nationale Rate (Tausend)	2	2,5	3,5	1,6	1,4	1,6	1,3	1,6	1,6

Fördernde Faktoren für das Auftreten von Drogenkonsumenten

Tretter, F. (1998)



Tretter F. (1998). Ökologie der Sucht. Göttingen: Hogrefe.

Les ports du Nord, principale porte d'entrée de la cocaïne en Europe

Points d'accès de la cocaïne



aéroport

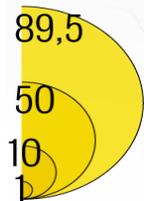


port



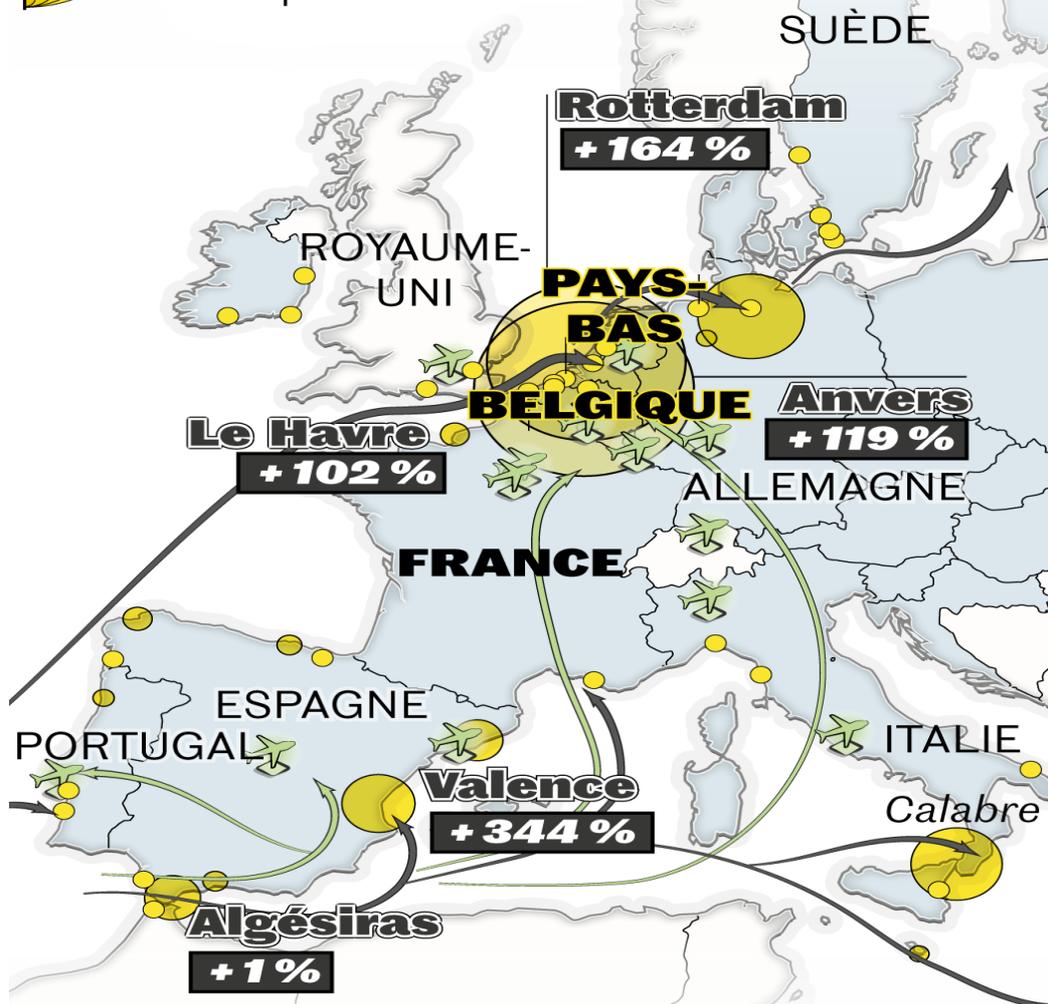
Pays membres de l'UE

Tonnes de cocaïne saisies, par port, en 2021



+ X %

Augmentation du volume de saisies en quatre ans



Sources : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, « European Drug Report 2023 » ; CSIS

Retrieved 14.5.2024 from https://www.lemonde.fr/societe/live/2024/05/14/impact-du-traffic-de-drogues-en-france-en-direct-posez-vos-questions-a-deux-journalistes-du-projet-overdose_6233139_3224.html

Die obige Tabelle und die beiden Abbildungen sollen verdeutlichen, dass die Prävalenzquote abhängig ist von u.a. der Verfügbarkeit Substanzen, der Lage eines Ortes, der Erreichbarkeit (z.B. Flug-, Schiffshafen), der

Drogenpolitik, der Kultur einer Gesellschaft, der sozialen Struktur eines Ortes, dem Sozialhilfesystem, den Preisen für psychotrope Substanzen. Daher ist ein Vergleich der Länder nicht möglich, sondern die folgende Tabelle erlaubt lediglich eine sehr flüchtige Einschätzung, inwieweit besonderer Handlungsbedarf besteht für drogenpolitische Maßnahmen.

Nach einer Internetbefragung (N = 48469) in 21 EU-Ländern im Jahr 2021 ist die Substanz mit höchster 12-Monats-Prävalenz (% der Befragten): Alkohol (94 %), Cannabis (93%), Tabak (84%), MDMA/Ecstasy (35%), Kokain (34%), Amphetamin (28%), LSD (20%), NPS (16%), etc. :
Retrieved 15.5.2024 from https://www.emcdda.europa.eu/publications/data-fact-sheets/european-web-survey-drugs-2021-top-level-findings-eu-21-switzerland_de#table1

Nach Scherz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln wurde anscheinend nicht gefragt, obwohl die Prävalenzquoten von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial wesentlich höher sind als die von Alkohol. Medikamente werden in Studien und auch in der Therapie häufiger vernachlässigt.

Zu den Medikamenten mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial gehören vorwiegend Schlaf- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine und Z-Drugs) und außerdem Schmerzmittel, mit einem hohen Abhängigkeitspotenzial wenn sie Opiode enthalten.

Weitere Informationen auf: <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/themen/medikamentenmissbrauch/> und auf: <https://www.dhs.de/suechte/medikamente>

12-Monats-Prävalenz in verschiedenen Ländern jeweils mit Jahr der Erhebung

Country	Cannabis		Cocaine		any illicit drugs		Overdose deaths	
	Year	%	Year	%	Year	%	Year	N
Austria	2020	6.3	2022	1.5	2015	6.7	2021	235
Belgium	2018	7	2018	1.4	2018	8.8	2019	168
France	2021	10.6	2017	1.6	2017	11.5	2017	417
Germany	2021	8.8	2021	1.6	2021	9.3	2021	1826
Ireland	2019	7.1	2019	2.3	2019	9	2017	235
Italy	2017	10.2	2017	1.2	2017	10.6	2021	293
Netherland	2021	10.4	2021	2.5	2021	13	2021	298
Portugal	2016	5.1	2016	0.2	2016	5.4	2020	63
Spain	2022	10.6	2022	2.4	2022	13.5	2020	774
Sweden	2021	3.3	2021	1.3	2021	3.9	2021	450

Retrieved 15.5.2024 from https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2023/drd_en

Mehr und weitere Informationen sind auf der Website von EMCDDA verfügbar, die in jährlichen Abständen aktualisiert werden.

Auch wenn man die Drogen-Todesfälle zur Anzahl der 15-64jährigen Einwohner der Länder in Beziehung setzt ist die Anzahl der Todesfälle in Deutschland erschreckend hoch.

Im Jahr 2023 betrug die Anzahl drogenbedingter Todesfälle laut Bundeskriminalamt: 2227, vorwiegend im Zusammenhang mit Heroin, Kokain und Crack. Das Durchschnittsalter lag bei 41 Jahren. Retrieved 30.5.2024 from <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/zahl-der-drogentoten-in-deutschland-weiter-angestiegen/>

II. Entstehungsbedingungen der Abhängigkeit

- a. Persönlichkeit: es gibt keinen Nachweis einer Alkoholikerpersönlichkeit. Persönlichkeitsstrukturen werden als intervenierende Variable betrachtet wie Neigung zur Dissozialität, zu sensation seeking, die mit Alkoholabhängigkeit korrelieren
- b. Vererbung: ein Alkoholismusgen wurde bisher nicht gefunden, man geht von einer genetisch bedingten Alkoholunverträglichkeit aus, die bei ca. 50 % der Japaner, Chinesen und Vietnamesen vorzufinden ist, zurückzuführen auf eine biologisch schwach aktive ALDH.
- c. Spannungsreduktionshypothese: der Gebrauch von Alkohol führt zur Spannungsreduktion, Angst und Stress wird durch Alkohol bewältigt. Auch diese Hypothese ist zur Erklärung der Entstehung nicht ausreichend
- d. Herkunftsfamilie: Einstellungen der Eltern gegenüber Alkohol korrelieren mit späterem Alkoholgebrauch
- e. Alkoholabhängigkeit der Eltern
Das Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit ist bei Söhnen aus „Alkoholikerfamilien“ doppelt so hoch. Kinder aus diesen Familien zeigen häufiger folgende Störungen: hyperaktives und delinquentes Verhalten; schlechtere Schulleistungen; Ängste und Depression; geringes Selbstwertgefühl, u.a.
- f. Biologische Theorien
Psychotrope Substanzen aktivieren das Belohnungssystem. Wahrscheinlich wird die Funktion des β -Endorphin verändert, außerdem eine Kontrolle der Dopaminausschüttung im Nucleus accumbens – Nucleus caudatus.
- g. Psychodynamische Modelle
 - a. Alkoholverlangen als Ausdruck der Regression auf orale Wünsche
 - b. Suchtmittel als Objektersatz. Sucht in Zusammenhang mit negativen Selbstwertgefühlen, die kompensatorisch mit Größenfantasien verbunden sind, was zu Enttäuschungen und erneuten Minderwertigkeitsgefühlen führt
 - c. Ich-psychologische Defizite, Alkohol als Schutz gegen Angst, Schmerz und Depression
- h. Systemische Modelle
Alkoholkonsum als Versuch, die Familie oder die Partnerschaft zusammenzuhalten
- i. Verhaltenstherapeutische Modelle
Folge operanter und klassischer Konditionierungen
- j. Bio-psycho-soziales Modell**
Die verschiedenen Fachrichtungen gehen von einem Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Einflussfaktoren aus.

Mehr Informationen gut zusammengestellt auf Wikipedia: <https://de.wikipedia.org/wiki/Alkoholkrankheit#Biologie>

III. Alkoholwirkungen und Folgen

- a. Promille: 1 Promille = 1 Milliliter reiner Alkohol pro Liter Blut; ist abhängig vom Körpergewicht Geschlecht und vom Fettgewebe:
 - i. Ein Mann, der 50 kg wiegt und einen halben Liter Bier trinkt hat nach einer Stunde 0,54 Promille, würde er normalgewichtig 90 kg wiegen, so hätte er 0,32 Promille. Eine Person mit niedrigem Fettgewebe hat einen niedrigeren Blutalkoholgehalt. Es handelt sich hier um grobe Schätzwerte, da auch noch andere Faktoren Einfluss haben können
 - ii. Abbau: 0,1 – 0,15 Promille pro Stunde; wenn jemand 1,5 – 2 Liter Bier trinkt ist er nach ca. 8 Stunden wieder alkoholfrei
 - iii. Promille \approx $\frac{\text{g Ethanol}}{\text{kg} \cdot r}$ (Männer: $r=0,7$; Frauen: $r=0,6$)
 - iv. Ausnüchterungszeit: Stunden $\approx \frac{\text{Promille}}{0,1}$
 - v. (Hinweis: es handelt sich um grobe Werte unter diesem Abschnitt a mit unterschiedlichen Berechnungen aus verschiedenen Literaturquellen, also bitte nicht die Werte oben zwanghaft überprüfen. Lieber erst ein Glas Rotwein trinken und dann nachrechnen, aber sich dabei nicht der Illusion hingeben, dass Rotwein gesund ist.)

- b. Der Abbau von Alkohol über Atmung, Schweiß und Urin beträgt ungefähr 3 %, der Rest muss vom Körper umgewandelt werden, was zu ca. 20 % im Magen geschieht, aber größtenteils in der Leber. Der Abbau von Alkohol geschieht gleichmäßig mit den Enzymen ADH und ALDH. Bei 1,5 Promille dauert es ca. 10 Stunden, bis der Alkohol ganz aus dem Blut verschwunden ist. Bei hoher Alkoholgewöhnung geschieht der Abbau etwas schneller durch das Enzym MEOS.
- c. Bei durchschnittlichem Alkoholkonsum wird der Alkohol vorwiegend durch das Enzym ADH abgebaut, bei erhöhtem Alkoholkonsum kommt es zu einem vermehrten Abbau durch das Enzym MEOS. Letztere Abbaumöglichkeit ist gelernt, ein beschleunigter Abbau durch MEOS hat Einfluss auf die Toleranzsteigerung. Wenn MEOS aktiviert ist, dann wird über dieses Enzym die Hälfte bis zwei Drittel des Alkohols abgebaut. Die MEOS-Aktivität passt sich der Alkoholmenge an, im Gegensatz zu der Aktivität von ADH. Daher können starke Trinker anfangs große Mengen „vertragen“. Wird von einer solchen Person kein Alkohol mehr getrunken, dann wird die MEOS Aktivität wieder eingestellt. Sie wird aber sofort wieder aufgenommen, wenn diese Person wieder Alkohol trinkt, evtl. eine Erklärung dafür, dass diese Personen nach einer Abstinenzphase sofort wieder sehr viel trinken und auch starkes Verlangen haben.
- d. Toleranzsteigerung: es ist eine steigende Menge notwendig, um die gleichen Wirkungen zu erreichen. Anfangs nimmt bei Alkoholikern die Toleranz zu, in späteren Phasen nimmt die Toleranz häufig wieder ab, d.h. geringere Alkoholmengen führen zu Intoxikationserscheinungen
- e. Unterschiede in der Alkoholverträglichkeit sind wahrscheinlich auf das Enzym ALDH zurückzuführen. So kommt es bei einigen Bevölkerungsgruppen bereits bei geringen Alkoholmengen zu starken unangenehmen Nebenerscheinungen. Dies trifft auf ca. 50 % der Japaner, Chinesen und Vietnamesen zu.

Folgeschäden

- f. körperliche Folgeschäden: Entzugserscheinungen, Krampfanfälle, erhöhtes Krebsrisiko, verstärkte Infektanfälligkeit, sexuelle Funktionsstörungen, Gelenkschmerzen, Pankreatitis, Kardiomyopathie, Bluthochdruck, Polyneuropathie, Traumen, Fettleber, Leberentzündung, Leberzirrhose, Mangelernährung, Anämie, Gastritis, Verletzungen durch Unfälle.
- g. soziale Folgeschäden: Partnerschaftskonflikte, Schulden, Konflikte am Arbeitsplatz, Führerscheinverlust, Straftaten, Wohnungsverlust, Rückzug von Freunden, Verwahrlosung
- h. psychische Folgeschäden: aggressives Verhalten, verringertes Selbstwertgefühl, Distanzlosigkeit, Gefühlsschwankungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Gedächtnisstörungen, Depressionen Alkoholhalluzinose, Suizidalität, soziale Ängste, chronische Eifersucht
- i. Alkoholembyopathie (fetales Alkoholsyndrom)
eine der häufigsten angeborenen Schädigungen, in Deutschland ca. 2.200 pro Jahr, evtl. sogar 4.000. Folgen sind Minderwuchs, Augen-, Genital- und Nierenfehlbildungen, Herzfehler, Hyperaktivität, Intelligenzminderung, etc. Selbst bei geringem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann es zu Schädigungen kommen
- j. Exkurs: Folgen von Cannabis
vorhandene Stimmungen (positive oder negative) werden verstärkt, akustische und visuelle Sinneswahrnehmungen werden intensiviert, verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, eingeschränktes Reaktionsvermögen, eingeschränkte Fahrtüchtigkeit, erhöhter Blutdruck, Übelkeit, Augenrötung.
Regelmäßiger und/oder früher Konsum: psychische Abhängigkeit, Abhängigkeit nach ICD vom Konsummuster und anderen Risikofaktoren abhängig, „amotivationales Syndrom“ (Teilnahmslosigkeit, Verlust von Euphorie), „Scheintiefsinn“ anstatt geordnetes Denken, sozialer Rückzug, innere Leere, Antriebsmangel, Gefahr andere Drogen untergejubelt zu bekommen.

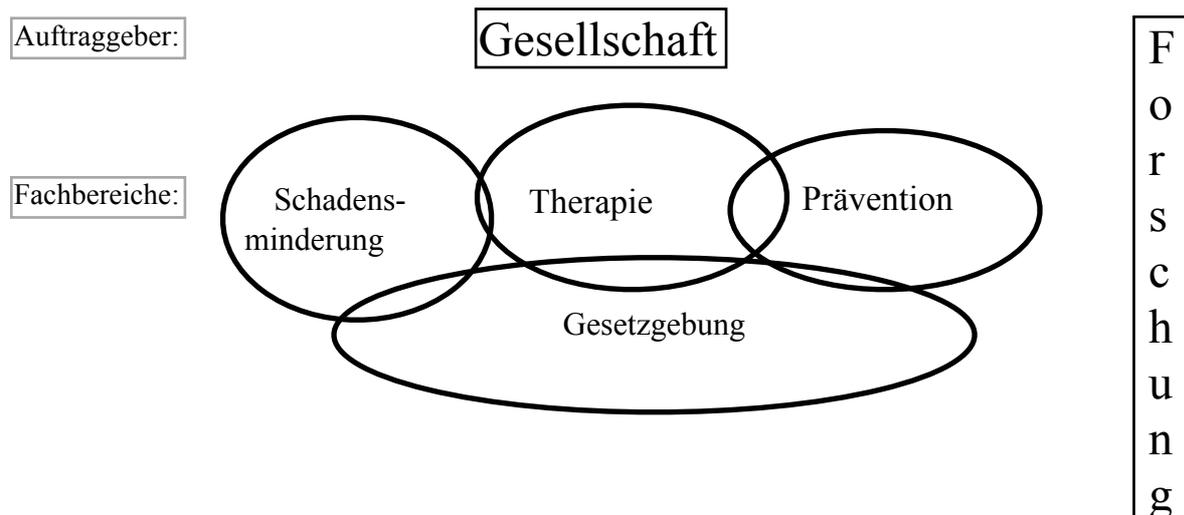
Informationen zu Wirkungen und Folgen weiterer Drogen bei www.bzga.de (sehr gute und sachliche Informationen).

IV. Gesundheitspolitische Maßnahmen

Für das Funktionieren und das Wohl einer Gesellschaft sind niedrige Prävalenzquoten psychischer Erkrankungen von zentraler Bedeutung. Die Prävalenzquote von Verhaltenssüchten und des Gebrauchs psychotroper Substanzen kann beeinflusst werden durch die vier Bereiche Prävention, Schadensminderung, Therapie und Gesetzgebung, deren Maßnahmen durch Forschungsergebnisse begründet sein sollten.

Abb. 3. **Modell einer nationalen Strategie** zur Unterstützung drogengefährdeter und -abhängiger Personen über die Reduzierung des Angebots und der Nachfrage von Drogen (Vollmer 1998, S. 70)

Abb. 1 Modell einer nationalen Strategie (8, S. 70)



Diese fünf Säulen zur Angebots- und Nachfragereduzierung psychotroper Substanzen überschneiden sich und beeinflussen sich gegenseitig. Maßnahmen und Ergebnisse der Schadensminderung haben Einfluss auf Maßnahmen und Ergebnisse der Prävention und der Therapien und umgekehrt, sowohl in positiver als auch negativer Richtung. Außerdem sind kulturell-gesellschaftliche Werte und volkswirtschaftliche Faktoren zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber regelt u.a. durch wen und in welchem Umfang Rehabilitationsmaßnahmen, Kliniken, ambulante Therapien finanziert werden, hat Einfluss auf Maßnahmen zur Schadensminimierung und Therapie, regelt Freiheit der Forschung und beeinflusst indirekt die Verfügbarkeit von Drogen durch Gesetze. (Vollmer, H.C. (1998). Wirkungen und Wirksamkeit der Therapie Drogenabhängiger. In Fachverband Sucht (Hrsg.), Suchttherapie unter Kostendruck. (S. 67-89). Geesthacht: Neuland.)

Die Schwierigkeit gesetzgeberischer Entscheidungen (z.B. Legalisierung einer Droge) lässt sich erahnen, wenn man am Beispiel Kokain betrachtet, wie profitabel der illegale Markt ist: „1 Kilo, das man für 1.000 Dollar bei kolumbianischen Drogenhändlern kauft, kann am Ende der Kette für 60.000 Dollar weiterverkauft werden, was einer Marge von über 5.000 Prozent entspricht -, die die Köpfe verdreht. Sogar die von einigen Polizisten. In einer Nacht im Juli 2014 verschwanden 48,5 Kilogramm Kokain aus den Siegeln der Pariser Kriminalpolizei auf 36, quai des Orfèvres. Der Urheber des Diebstahls? Ein Mitglied der Drogenfahndung. Die Drogen hingegen werden nie gefunden.“ (Piel, S. & Saintourens, Th. (2022). La cocaïne, star de la mondialisation et drogue phare du XXI^e siècle. Le Monde, 19.8.2022. Zugriff am 31.8.2022 unter https://www.lemonde.fr/series-d-ete/article/2022/08/19/la-cocaine-star-de-la-mondialisation-et-droque-phare-du-xxi-siecle_6138493_3451060.html)

Im Folgenden einige Beispiele für Prävention, Gesetzgebung und Schadensminderung.

1. Prävention

1.1 Ansatzmöglichkeiten

Zielgruppen: a) Bevölkerung allgemein, b) Hochrisikogruppen

Medien: a) Massenmedien, b) persönliche Vermittlung, Gesetze

Bereiche: a) Rezipienten der Massenmedien, b) Schulen, c) Betriebe, d) Krankenhäuser, e) Freizeiteinrichtungen, etc.

1.2 Private Maßnahmen (Schutzfaktoren)

- Kontrollierter Umgang mit Alkohol vermitteln
- Positive Interaktionen in der Familie

- angemessene Kontrolle über das Verhalten des Kindes, einschl. Freundeskreis
- aktive soziale Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen
- Einstellung der Eltern gegenüber psychotropen Substanzen
- Konsum der Eltern

2. gesetzliche Maßnahmen

- Preisregulierung (bei höheren Preisen kommt es zu einem Rückgang der Leberzirrhose, Reduzierung tödlicher Verkehrsunfälle und zu weniger Straftaten unter Alkohol)
- Verkaufsregulierung
- Mindestalter
- Situative Beschränkungen (z.B. BAK Grenzwerte und zufällige Alkoholkontrollen sind erfolgreich)
- Prohibition (USA 1919 – 1933, führte zu einer Reduzierung alkoholbedingter Erkrankungen, aber Erhöhung der Kriminalität bzgl. Vertrieb von Alkohol)

3. Schadensminimierung (harm reduction)

Definition:

Maßnahmen zur Unterstützung von abhängigen Personen und Personen mit schädlichem Gebrauch zur Reduzierung schädlicher Folgen für die Betroffenen selbst – die (noch) nicht bereit sind, den Konsum psychotroper Substanzen einzustellen – und für deren Angehörige, Freunde und Kollegen.

Beispiele für Schadensminimierung

- Programme zur Reduktion des Alkoholkonsums
- Methadonsubstitution
- Heroinschreibung
- Übernachtungsmöglichkeiten
- Spritzenvergabe
- Konsumräume
- Psychosoziale Begleitung

4. Betreuungsangebote

Ziele der Betreuung Abhängiger sind u.a. (in Rangreihe):

Sicherung des Überlebens,
 Behandlung von Folge und Begleiterkrankheiten,
 Motivation zur Veränderung,
 Aufbau alkoholfreier Phasen,
 Verbesserung der psychosozialen Situation,
 dauerhafte Abstinenz,
 angemessene Lebensqualität.

Charakteristisch für das deutsche Gesundheitssystem ist eine beeindruckende Vielfalt von Betreuungsangeboten für Personen mit Abhängigkeitsproblemen.

4.1 Phasen der Betreuung

- a. Kontaktphase
 - Ziele: aktuelle Krisen, Diagnose, Behandlungsbereitschaft, Motivierung, Indikation
 - Dauer: eine Woche bis mehrere Jahre
- b. Entgiftungsphase (Akutbehandlung)
 - Ziele: körperliche Entgiftung, Abstinenz, Motivierung, Indikation
 - Dauer: eine bis sechs Wochen
- c. **Entwöhnungsphase** (Postakutbehandlung)
 - Ziele der medizinischen Rehabilitation: Stärkung der Abstinenzmotivation, soziale Stabilisierung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
 - Zielsetzungen der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation:
 - die Motivation zur Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen zu fördern,
 - eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfs des Rehabilitanden zu erhalten,
 - eine Abklärung der Fähigkeiten, Fertigkeiten und der Belastbarkeit vorzunehmen,
 - erwerbsbezogene - das heißt berufsspezifische und berufsunspezifische - Förderfaktoren zu stärken,
 - Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben abzubauen und hierbei psychische und psychosoziale Teilhabebehindernisse zu berücksichtigen,
 - eine Einschätzung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten vorzunehmen sowie
 - Perspektiven zur beruflichen (Re-)Integration unter Berücksichtigung des aktuellen Arbeitsmarktes zu entwickeln.“ (DRV Bund 2016)
 - Dauer stationär: 2 – 4 Monate (Alkohol, Verhaltenssüchte); 4 – 6 Monate (Drogen)
 - Dauer ambulant: 6 Monate (Alkohol, Verhaltenssüchte); 9 Monate (Drogen)

- d. **Nachsorgephase** (Postakutbehandlung)
 - Ziele: Stabilisierung, Wiedereingliederung
 - Dauer: 3 – 6 Monate
- e. Adaption
 - Ziele: berufliche Wiedereingliederung für Patient*innen mit größeren Schwierigkeiten in diesem Bereich.
 - Dauer: nach stationärer Entwöhnungsbehandlung 2-4 Monate, Einzimmerappartement mit Kochnische, Berufspraktikum
- f. Soziotherapie
 - Ziele: Unterstützung bei sehr starken Defiziten, alkohol- oder drogenabhängige Personen in Lage versetzen Versorgungsangebote (z.B. medizinische Behandlung) in Anspruch zu nehmen, etc.
 - Dauer: stationär > 12 Monate in soziotherapeutischen Heimen

4.2 Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen: Aufbau und Stabilisierung der Abstinenz, z.B. Anonyme Alkoholiker (AA) mit ihren 12 Schritten (z.B. „wir geben zu, dass wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind und unser Leben nicht mehr meistern können“), Blaues Kreuz. Die AA wurde 1933 in den USA von zwei Alkoholikern (Bob Holbrook Smith, Bill Wilson) gegründet. In der Welt ca. 2 Millionen Mitglieder, in Deutschland ca. 23.000

V. Diagnostik

1. Diagnose nach ICD oder DSM

Aktuell wird noch die Fassung ICD-10-GM Version 2022 (2) verwendet. Psychische Störungen nach ICD-11 (3) werden vermutlich erst in 5 Jahren zur Anwendung kommen. Dort wird weiterhin unterschieden zwischen „Schädlichem Gebrauch“ und „Abhängigkeit“, d.h. die DSM V Einstufung nach Schweregrad der Abhängigkeit (leicht: 2-3 Kriterien, mittel: 4-5 Kriterien, schwer: >5 Kriterien erfüllt) (4) wurde nicht übernommen.

1.1 **Schädlicher Gebrauch** (ICD-11): Schädliches Verhaltensmuster bei Gebrauch von Alkohol

„Ein Verhaltensmuster bei Gebrauch von Alkohol, das die körperliche oder geistige Gesundheit einer Person geschädigt hat oder zu einem Verhalten geführt hat, das die Gesundheit anderer schädigt. Das Muster des Alkoholkonsums erstreckt sich über einen Zeitraum **von mindestens 12 Monaten**, wenn der Konsum **episodisch** ist, oder von **mindestens einem Monat**, wenn der Konsum **kontinuierlich** ist. Die **Gesundheitsschädigung der Person** ist auf einen oder mehrere der folgenden Punkte zurückzuführen: 1) Verhalten im Zusammenhang mit der Intoxikation; 2) direkte oder sekundäre toxische Wirkungen auf die Organe und Systeme des Körpers; oder 3) eine schädliche Art der Verabreichung. Die **Schädigung der Gesundheit anderer** umfasst jede Form von körperlicher Schädigung, einschließlich Trauma, oder psychischer Störung, die direkt auf das Verhalten im Zusammenhang mit der Alkoholintoxikation der Person zurückzuführen ist, auf die die Diagnose "Schädlicher Alkoholkonsum" zutrifft.“ (3).

1.2 **Alkoholabhängigkeit** (ICD 10): drei oder mehr Kriterien müssen erfüllt sein:

- a. starker Wunsch oder eine Art Zwang Alkohol zu trinken
- b. verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- c. körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden
- d. Nachweis einer Toleranz. Steigerung der Dosis um erwünschte Wirkung zu erreichen oder verminderte Wirkung bei gleicher Menge.
- e. fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
- f. anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen, etc.

1.3 ebenso schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit durch andere Substanzen. Im ICD-11 Entwurfsfassung (3) werden folgende Substanzen mit Kodierungen gelistet:

Cannabis; synthetische Cannabinoide; Opioiden; Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika; Kokain; Stimulanzien einschl. Amphetamine, Methamphetamine oder Methcathinone; synthetische Cathinone; Koffein; Halluzinogene; Nikotin; volatile Inhalanzien; MDMA oder verwandte Drogen einschl. MDA; Dissoziativa einschl. Ketamin oder PCP; sonstige näher bezeichnete psychoaktive Substanzen einschl. Medikamente; multiple näher bezeichnete psychoaktive Substanzen einschl. Medikamente; unbekannte oder nicht näher bezeichnete psychoaktive Substanzen; nicht-psychoaktive Substanzen.

1.4 "Störung durch multiplen Substanzgebrauch (F19.-)" nur kodieren, wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind (2).

1.5. „Verhaltenssüchte“

1.5.1 nach ICD-10: Pathologisches Spielen (F63.0) wird aktuell noch unter „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, F63“ kodiert. Andere „Verhaltenssüchte“ werden kodiert als „sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, F63.8“.

1.5.2 Verhaltenssüchte nach ICD-11, Entwurfsfassung:

a) **Pathologisches Glücksspielen**

„Die Glücksspielstörung ist durch ein anhaltendes oder wiederkehrendes Glücksspielverhalten gekennzeichnet, das online (d. h. über das Internet) oder offline auftreten kann und sich durch Folgendes äußert: 1.

Beeinträchtigung der Kontrolle über das Glücksspiel (z. B. Beginn, Häufigkeit, Intensität, Dauer, Beendigung, Kontext); 2. Zunehmende Priorität des Glücksspiels in dem Maße, dass das Glücksspiel **Vorrang vor anderen Lebensinteressen und täglichen Aktivitäten** hat; und 3. Fortsetzung oder Eskalation des Glücksspiels **trotz des Auftretens negativer Konsequenzen**. Das Glücksspielverhalten kann **kontinuierlich oder episodisch** und wiederkehrend sein. Das Spielverhalten führt zu erheblichem **Leidensdruck oder zu erheblichen Beeinträchtigungen** in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Das Glücksspielverhalten und andere Merkmale sind in der Regel über einen Zeitraum von **mindestens zwölf Monaten** zu beobachten, damit eine Diagnose gestellt werden kann, obwohl die erforderliche Dauer **verkürzt werden kann**, wenn alle diagnostischen Anforderungen erfüllt sind und die Symptome schwerwiegend sind.“ (3)

Beispiele für Glücksspiele: Geldspielautomaten, Sportwetten, Lotterien und Rubbellose, Roulette, Poker, Spiele im Spielcasino.

b) Pathologisches Spielen

„Pathologisches Spielen ist gekennzeichnet durch ein anhaltendes oder wiederkehrendes Spielverhalten („digitales Spielen“ oder „Videospiele“), das online (d. h. über das Internet) oder offline stattfinden kann und sich durch folgende Merkmale äußert: 1. **Eingeschränkte Kontrolle** über das Spielen (z. B. Beginn, Häufigkeit, Intensität, Dauer, Beendigung, Kontext); 2. Zunehmende Priorität des Spielens in dem Maße, dass das Spielen **Vorrang vor anderen Lebensinteressen** und täglichen Aktivitäten hat; und 3. Fortsetzung oder Eskalation des Spielens **trotz negativer Konsequenzen**. Das Muster des Spielverhaltens kann **kontinuierlich oder episodisch** und wiederkehrend sein. Das Spielverhalten führt zu einem **ausgeprägten Leidensdruck oder einer erheblichen Beeinträchtigung** in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Das Spielverhalten und andere Merkmale sind normalerweise über einen Zeitraum von **mindestens zwölf Monaten** zu beobachten, damit eine Diagnose gestellt werden kann, obwohl die erforderliche Dauer **verkürzt werden kann**, wenn alle diagnostischen Anforderungen erfüllt sind und die Symptome schwerwiegend sind.“ (3)

c) **Sonstige** näher bezeichnete Störungen durch **Verhaltenssüchte** werden aktuell noch unter F63.8 kodiert. Rumpf et al. (5) schlagen eine Vereinheitlichung der Begriffe für Verhaltenssüchte vor, wie Computerspielstörung, Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung, Shoppingstörung, Pornografie-Nutzungsstörung, wobei zwischen online oder offline zu unterscheiden ist.

1.6. schädlicher Gebrauch nach DSM IV: eines der folgenden Kriterien innerhalb von 12 Monaten:

- a. in Zusammenhang mit Alkohol Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause (z.B. Kinder und Haushalt nicht versorgen)
- b. wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z.B. bedienen von Maschinen)
- c. wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit Alkoholkonsum (z.B. Verhaftungen)
- d. fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch den Alkoholkonsum verursacht oder verstärkt werden (z.B. Streit mit Partner)

1.7. Störung durch Alkoholkonsum nach DSM V

Zwei der folgenden Kriterien innerhalb von 12 Monaten

- a. Alkohol häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt
- b. anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche zu verringern
- c. hoher Zeitaufwand mit Beschaffung, Konsum oder Erholung von Wirkung
- d. Craving
- e. wiederholt durch Alkohol Versagen bei wichtigen Verpflichtungen
- f. fortgesetzter Konsum trotz wiederholter sozialer Probleme durch Alkohol
- g. wichtige Aktivitäten (sozial, beruflich, Freizeit) durch Alkohol aufgegeben
- h. wiederholt Konsum in Situationen mit körperlicher Gefährdung
- i. fortgesetzter Konsum trotz Kenntnis körperlicher oder psychischer Probleme durch Alkohol
- j. Toleranzentwicklung (a) Dosissteigerung für gleichen Effekt, b) verminderte Wirkung bei gleicher Menge)
- k. Entzugssymptome (a) Entzugssyndrom, b) Konsum, um Entzugssymptome zu lindern)

Schweregrad

leicht: 2-3 Kriterien, mittel: 4-5 Kriterien, schwer: >5 Kriterien

frühremittiert: seit mindestens 3, aber weniger als 12 Monaten keines der Kriterien, außer Craving

anhaltend remittiert: zu keinem Zeitpunkt der letzten 12 Monate oder? länger keines der Kriterien, außer Craving, geschützte Umgebung berücksichtigen

2. Klassifikationen

2.1 Formen des Trinkverhaltens

- a. Konflikttrinken: in bestimmten Situationen wird Alkohol getrunken, da keine anderen Bewältigungsmöglichkeiten bestehen
- b. Rauschtrinken: trotz bester Vorsätze lediglich kleine Mengen zu trinken, schafft es der Betreffende nicht
- c. Spiegeltrinken: über den Tag verteilt wird regelmäßig Alkohol getrunken, um die Alkoholkonzentration im Blut nie unter einen bestimmten Spiegel sinken zu lassen, wegen der Entzugssymptome
- d. Periodisches Trinken: auf zwischenzeitliche Abstinenz bzw. unauffälligen Alkoholkonsum folgen Phasen eines unkontrollierten Alkoholgebrauchs

2.2 Alkoholikertypologien

Alkoholikertypologie (nach Jelinek, 1960)

Typ	Psychosoziale Probleme	Körperliche Probleme	Trinkfrequenz	Fähigkeit zu kontrolliertem Trinken
Alpha (Konflikttrinker)	+	(+)	diskontinuierlich	(+)
Beta (Gelegenheitstrinker)	(+)	(+)	diskontinuierlich	(+)
Gamma (süchtiger Trinker)	++	++	kontinuierlich, manchmal diskontinuierlich	0
Delta (Gewohnheitstrinker)	(+)	++	immer kontinuierlich	0
Epsilon (Episodische Trinker)	++	(+)	episodisch	0

Entnommen aus : M. Soyka & H. Küfner, S. 252

2.3 riskanter Konsum (z.B. Äthanol >12g (Frauen), >24g (Männer), wenn nicht nach ICD-10 schädlicher oder abhängiger Konsum vorliegt). Im ICD-11 wahrscheinlich gefährlicher Gebrauch bzw. gefährliches Glücksspielen.

3. Labor-Verfahren

3.1 Alkoholmarker

Leberenzyme

- 1) Gamma-Glutamat-Transferase (γ -GT): Diagnostische Sensitivität: 50 – 90%, Diagnostische Spezifität ca. 70 %, Normalisierung nach 2 – 5 Wochen nach Entzug
- 2) GOT Diagnostische Sensitivität: 30 – 50 %, Diagnostische Spezifität ca. 90%, Normalisierung nach 1 – 3 Wochen nach Entzug
- 3) GPT: Diagnostische Sensitivität: 20 – 45 %, Diagnostische Spezifität ca. 70%, Normalisierung nach 1 – 4 Wochen nach Entzug

Hämatologische Parameter

- 1) Mikrokorpuskuläre Volumen der Erythrozyten (MCV): Diagnostische Sensitivität: 40/70 – 96 %, Diagnostische Spezifität ca. 60-90 %, Normalisierung nach 1 – 3 Monate nach Entzug
- 2) Carbohydrat-defizientes Transferring (CDT): Diagnostische Sensitivität: 50 – 90 %, Diagnostische Spezifität ca. 90-100 %, Normalisierung nach ca. 2 Wochen nach Entzug
- 3) HDL-Cholesterin: Diagnostische Sensitivität: 50 – 90 %, Diagnostische Spezifität ?; Normalisierung nach 1 – 4 Wochen nach Entzug

Sensitivität: prozentualer Anteil positiver Befunde bei Alkoholikern

Spezifität: prozentualer Anteil negativer Befunde bei Nichtalkoholikern

Haaranalysen

Äthylglucuronid (EtG), ein Stoffwechselprodukt des Alkohols ist selbst bei einem Konsum nur einer halben Flasche Bier im Urin oder in den Haaren über bis zu 27 Stunden nachweisbar

Unter Verwendung der Parameter γ -GT, GOT, GPT, MCV, Kreatinin und Harnstoff konnten 83 % der Alkoholiker und 89 % der Nichtalkoholiker richtig identifiziert werden. Bei den Frauen konnten 88 % der Alkoholikerinnen und 90 % der Nichtalkoholikerinnen richtig identifiziert werden (zit. aus Soyka & Küfner, 2008)

3.2 Atem- und Blutalkoholmessungen

- a. Blutalkoholkonzentration
- b. Atemalkoholmessung (Werte > 0,2 Promille sind so genau, dass Blutalkoholbestimmung für die therapeutische Praxis nicht notwendig ist)

4. Fragebogen

- **AUDIT** entwickelt von der WHO (74). 10 Items bezüglich Trinkmenge, Häufigkeit, Abhängigkeitssymptomen und alkoholbedingten Schwierigkeiten in den letzten 12 Monaten. Ab einer bestimmten Punktzahl Verdacht auf alkoholbezogene Störung. (Verfügbar in Lindenmeyer 2013 (55)). Erste testtheoretische Prüfungen sind positiv (78), ersetzen aber kein diagnostisches Interview.
- Münchener Alkoholismustest (MALT) (Feuerlein, Küfner, Ringer & Antons 1979): 24 Fragen an den Probanden und 7 Fragen an den Untersucher. Die Antworten des Untersuchers werden 4fach gewichtet, die des Probanden einfach gewertet. Der Gesamtwert kann zwischen 0 bis 52 liegen. Ein Wert >11 deutet auf Alkoholabhängigkeit hin.
- IDTSA Inventory of Drug Taking Situations für Alkoholabhängige. Die Patienten schätzen ein, wie häufig sie innerhalb des letzten Jahres in ausgewählten Situationen (z.B. Einsamkeit, Freude, Stammkneipe) Alkohol getrunken haben. Die 50 Items des Fragebogens enthalten folgende Subskalen: negative Gefühlszustände, körperliche Beschwerden, Versuch kontrolliert zu trinken, angenehme Gefühlszustände, plötzliches Verlangen, interpersonelle Konflikte, Geselligkeit, soziale Verführung. (verfügbar in Lindenmeyer 2013 (56)). Testtheoretisch noch nicht ausreichend geprüft.
- **DTCQA**: dieser Fragebogen enthält die gleichen 50 Situationen und 8 Skalen wie der IDTSA. (Annis & Martin (1985), deutsche Version von Lindenmeyer 2013 (56)). Die Patienten schätzen in diesem Fragebogen ihre Abstinenzzuversicht ein, inwiefern sie sich zutrauen in ausgewählten Situationen abstinent zu leben, auf einer 10 stufigen Skala von 0 bis 100 %. Dieser Fragebogen eignet sich gut für die Verlaufsmessung, z.B. Beginn und Ende der Behandlung, aber testtheoretisch noch nicht ausreichend geprüft.
- KAZ-35 von Körkel & Schindler (76). Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht bei alkoholabhängigen Personen. Testtheoretisch noch nicht ausreichend geprüft.
- HEISA (Körkel & Schindler) Die „Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht“ (HEISA-16 und HEISA-38) erfassen die Zuversicht Drogenabhängiger in 16 bzw. 38 rückfallkritischen Situationen dem Konsum ihrer Problemdroge widerstehen zu können. (=Kompetenzüberzeugungen, Kompetenzzuversicht bzw. Selbstwirksamkeitserwartungen). Testtheoretisch noch nicht ausreichend geprüft.
- SE-AD von Domma & Vollmer (77). Selbstwirksamkeits-Erwartung für Alkohol- und Drogenabstinenz. Eine Fragebogen wie der DTCQA bei dem die Items so formuliert sind, dass sie gleichermaßen von Drogen- und Alkoholkonsumenten beantwortet werden können. Testtheoretisch noch nicht ausreichend geprüft.

**5. Diagnostik problematischer, schädlicher oder abhängiger Gebrauch im Rahmen der Behandlung anderer Störungen,
praktische, pragmatische Empfehlungen zu fünf verschiedenen Zeitpunkten: Aufnahme, Anamnese, Behandlungsbeginn, Diagnose, Therapie**

5.1 Aufnahmefragebogen (wird schriftlich beantwortet)

Beispiel: In den letzten drei Monaten, jeweils ja/nein: a) Alkoholkonsum, b) Tabak, c) Drogen, Glücksspiel.
Welche Medikamente in den letzten drei Monaten: a), b), c), d), e), f)

5.2 Anamnese

nur falls Verdacht auf problematischen Gebrauch, folgende Fragen zu Frequenz, Menge, Verlauf, eingebettet in die mündlich durchgeführte Anamnese zu Beginn der Behandlung:

5.2.1 Alkohol

1. Wann zuletzt Alkohol getrunken?, wann davor, wann davor
 1. Sorte?
 2. Menge am Tag?
2. An wie vielen Tagen der Woche/Monat/Jahr?
 1. Sorte?
 2. Menge am Tag?
3. Wann das letzte Mal betrunken gewesen?
 1. Sorten und Menge?
 2. Folgen (Kater, „Filmriss“)?
 3. Wie häufig im Monat/Jahr/Leben?
4. Wann das letzte Mal angeheitert gewesen?
 1. Sorten und Menge?
 2. Folgen (Kater, „Filmriss“)?
 3. Wie häufig im Monat/Jahr/Leben?
5. Wann mit regelmäßigem Alkohol begonnen?
 1. Sorten, Menge?
 2. an wie vielen Tagen?
6. Mehrmonatige Phasen an denen mehr Alkohol getrunken wurde?

5.2.2 Medikamente

1. Wann zuletzt Schlaf-, Beruhigungs-, Schmerzmittel, et., ?, wann davor, wann davor
 3. Sorte?
 4. Menge pro Tag?
2. An wie vielen Tagen der Woche/Monat/Jahr?
 1. Sorte?
 2. Menge pro Tag?
3. Wann das letzte Mal mehr genommen, als bisher berichtet?
 1. Sorten und Menge?
 2. Wie häufig im Monat/Jahr/Leben?
5. Wann mit regelmäßigem Gebrauch der Medikamente begonnen?
 1. Sorten, Menge?
 2. an wie vielen Tagen?

5.2.3. Drogen

welche, wann das letzte Mal? weiter wie bei 5.2.1

vorweg auf Schweigepflicht noch einmal hinweisen, da es sich um strafbares Verhalten handeln kann. Daher ist die Bereitschaft in der Regel gering, im Aufnahmefragebogen die Fragen nach Drogen zu beantworten.

5.2.4 Glücksspiel, Pathologisches Spielen und andere exzessive Verhaltensweisen (z.B. Computerspielstörung, Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung, Shoppingstörung, Pornografie-Nutzungsstörung)

Fragen ähnlich wie bei 5.2.1

5.3 Behandlungsbeginn

Alle bereits genannten Erhebungen (5.1-5.4) haben bereits einen motivierenden oder therapeutischen Effekt.

5.3.1 Cage-Test

In Anlehnung an den Cage-Test (72) könnte man je nach problematischer Verhaltensweise folgende Fragen stellen:

C - Cut down

"Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken/ weniger Medikamente/Drogen zu nehmen/ weniger zu spielen, weniger Verhalten x durchzuführen ?" oder Haben Sie das Gefühl ihren Alkohol-, Drogen-, Medikamentenkonsum, Spielverhalten, etc. zu reduzieren?

A - Annoying

"Haben Sie sich schon mal über Kritik an Ihrem Trinkverhalten, Drogen-, Medikamentenkonsum, Spielverhalten, etc. geärgert?" oder Haben Sie sich aufgeregt, wenn andere ihren Alkohol-, Drogen-, Medikamentenkonsum, Spielverhalten, etc. kritisieren?"

G - Guilty

"Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens, ihres Medikamenten-, Drogenkonsums, Spielverhalten schuldig gefühlt?" bzw. Gewissensbisse als Folge des Verhaltens gehabt?"

E - Eye opener

"Haben Sie jemals morgens zuerst Alkohol getrunken, Medikamente, Drogen genommen mit Glücksspiel begonnen, etc., um sich nervlich zu stabilisieren oder den Start in den Tag zu erleichtern, um ruhiger zu werden?"

Für die Diagnose Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol liegt die Test-Retest Reliabilität bei 0.80-0.95. Die Sensitivität liegt bei 0.71, die Spezifität bei 0.90 für die Gruppen stationäre medizinische und chirurgische Patienten, ambulante medizinische Patienten und psychiatrischen Patienten. Bei Patienten der Primärversorgung schwanken die Testwerte, bei weißen Frauen, schwangeren Frauen und Studenten sind die Werte nicht befriedigend (73)

Meine persönliche Empfehlung ist: die CAGE Fragen nur aus motivierenden oder therapeutischen Gründen verwenden und nicht zur Diagnostik.

5.3.2 Verlern-Erlern Liste

Verlern-Erlern-Liste schriftlich gemeinsam mit Patient*in erstellen.

Welche konkrete Verhaltensweisen, Gedanken und/oder Gefühle möchte der/die Patient*in reduzieren (bzw. verlernen) und welche erlernen. Einschätzung auf einer Skala von 1 - 6, wie stark der Änderungswunsch ist. Die Therapie wird mit dem Problem begonnen, bei dem ein starker Änderungswunsch vorliegt und gleichzeitig nach Therapeut*innen Einschätzung eine hohe kurzfristige Erfolgswahrscheinlichkeit, falls nicht bei einem anderen Problem wegen Selbst- oder Fremdgefährdung sofortiger Handlungsbedarf besteht. Die Verlern-Erlern-Liste gestattet eine Abschätzung der Motivation für Veränderungen in den einzelnen Bereichen.

5.4 Diagnose

5.4.1 Weitervermittlung oder Therapiefortführung

für Fortführung ambulant oder stationär in einer nicht auf Abhängigkeiten spezialisierten Klinik ist evtl. möglich:

Patient*in kann

- abstinenz zu den vereinbarten Terminen erscheinen
- regelmäßig zu den Terminen erscheinen
- das Problemverhalten zu reduzieren (ambulante Behandlung)
- unterstützendes soziales Umfeld (ambulante Behandlung)
- während des stationären Aufenthalts abstinenz leben (stationäre Behandlung)

5.4.2. Die wichtigsten Kriterien für Diagnose Abhängigkeit von Substanz oder dem Verhalten sind für mich persönlich:

- 1) in größeren Mengen, länger als beabsichtigt
- 2) hoher Zeitaufwand
- 3) Fortsetzung trotz sozialer Probleme
- 4) Einschränkung in Freizeit, sozialen Kontakten, Beruf

5.4.3 Diagnose nach ICD oder DSM

Falls Verdacht auf schädlichen Gebrauch oder Abhängigkeit vorliegt: Therapeut*in exploriert den/die Patient*in anhand der Abhängigkeits-Kriterien des Diagnosemanuals (siehe S. 12).

Die Verwendung des Interviewleitfadens DIPS von Margraf et al. (80) kann hilfreich zur Erstellung einer Diagnose sein, als PDF verfügbar unter: <https://doi.org/10.46586/rub.172.149>

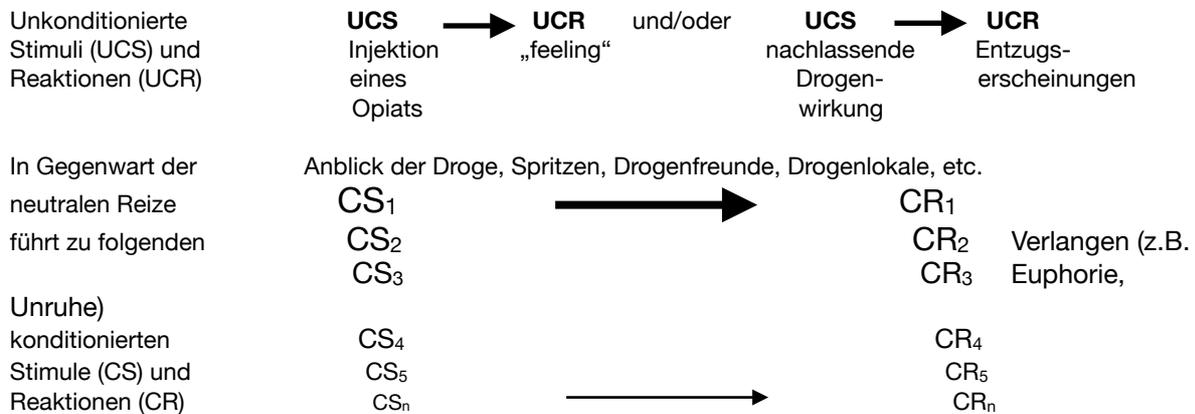
Falls keine Abhängigkeit vorliegt, ist zu unterscheiden zwischen schädlichem, riskantem oder problematischem Gebrauch, wobei eine klare Abgrenzung häufig schwierig ist.

Falls eine Abhängigkeit vorliegt, ist zu entscheiden, ob der/die Patient*in zu einer stationären Therapie motiviert werden kann. Einige Krankenkassen finanzieren zur Motivierung 10 Sitzungen. Unabhängig von der diagnostischen Klassifikation sind Vor- und Nachteile zu bedenken, wann es Sinn macht, die Diagnose dem/der Patient*in mitzuteilen.

VI. Rückfallmodelle

1. Klassische Konditionierung

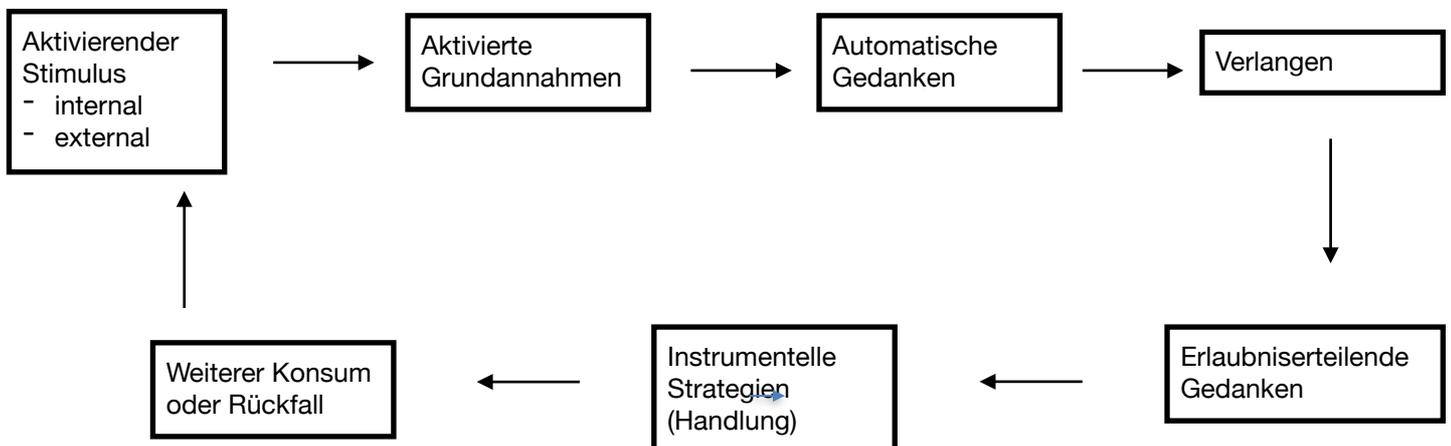
Abb. 4. Klassische Konditionierung nach I. Pavlov (1926)
Beispiel Drogenabhängigkeit (Vollmer et al. 1989)



Vollmer, H.C., Ferstl, R. & Leitner, A. (1989). Der Rückfallprozess bei Drogenabhängigen aus lerntheoretischer Sicht. In H. Watzl & R. Cohen (Hrsg.). Rückfall und Rückfallprophylaxe (S. 53-69). Berlin: Springer. Beschreibung der klassischen Konditionierung mit praktischen Beispielen auf S. 59-60 in: Vollmer, H.C. (2000). Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), Psychotherapie der Suchterkrankungen (55-70; Erklärung: S. 59-60). Stuttgart: Thieme.

2. Kognitives Modell des Rückfalls

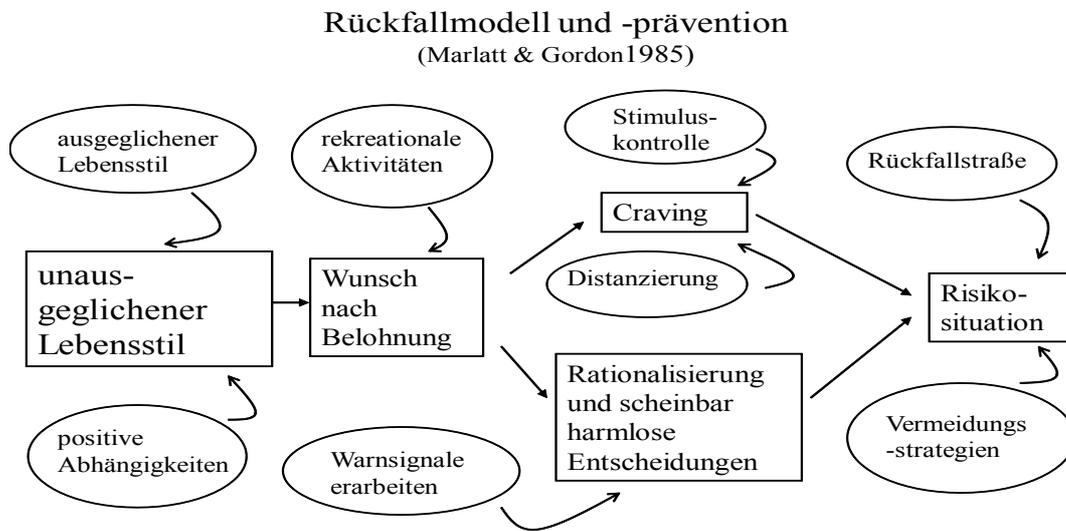
Abb. 5. Kognitives Modell des Rückfalls
(Beck et al. 1993)



Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford.

Beispiel in obiger Reihenfolge: Traurig, enttäuscht fühlen / Alkohol verbessert Stimmung / ein schöner TV Abend mit Bier / Lust auf Alkohol / ein einziges Bier wird nicht schaden / Bier an Tankstelle kaufen / Fortführung des Konsums.

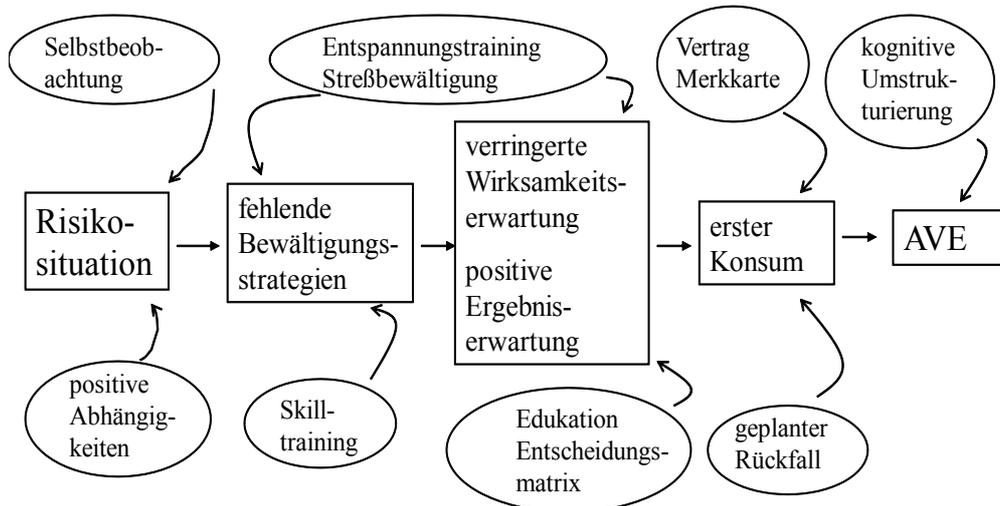
3. kognitiv-behaviorales Modell des Rückfalls; (Marlatt & George 1984)
 Abb. 6



Rückfallmodell in Rechtecken, therapeutische Interventionen in Ellipsen. Die beiden Abbildungen habe ich leicht verändert und übersetzt entnommen aus (Marlatt 1985, S. 54, 61)

Rückfallmodell und -prävention 2. Teil

Marlatt & Gordon 1985



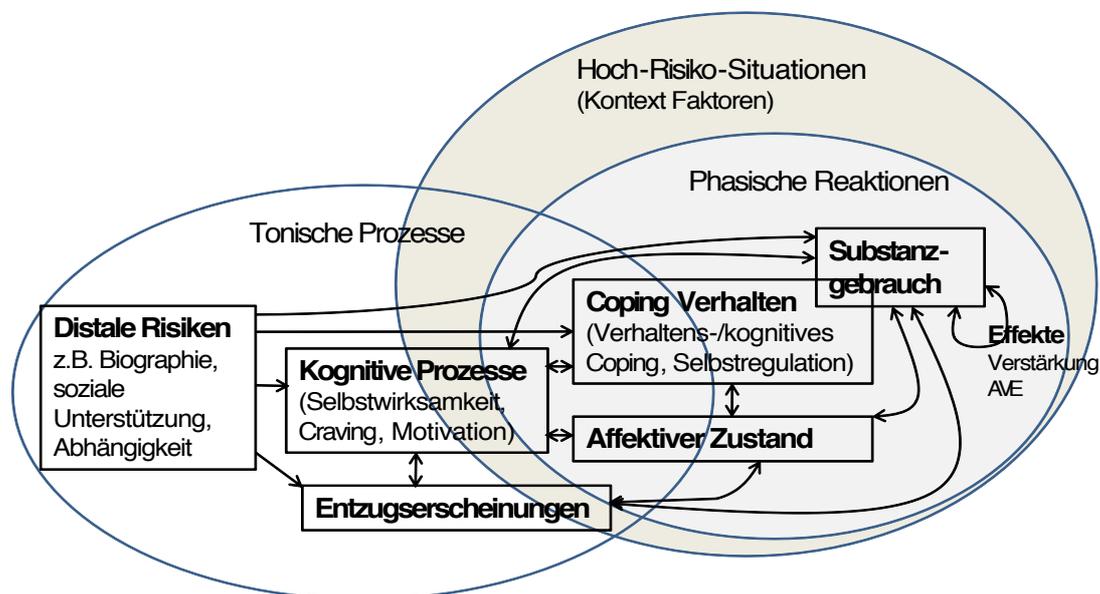
Abstinenzverletzungs-Effekt (AVE)

Nach einem lapse steigt die Wahrscheinlichkeit für weiteren Konsum, erklärbar durch a) die Kognitive Dissonanztheorie nach Festinger und/oder b) durch Gefühle der Schuld, Scham oder durch Unruhe nach dem lapse.

- a) Dissonanz zwischen Verhalten (lapse) und der Einstellung Abstinenz. In der Vergangenheit wurden Dissonanzen durch den Konsum von psychotropen Substanzen „gelöst“.
- b) Schuldgefühle wurden in der Vergangenheit durch den Konsum von psychotropen Substanzen reduziert
 20 Jahre später hat sich Marlatt aus empirischer Sicht von seinem Modell distanziert und zusammen mit Witkiewitz ein „Dynamisches Modell des Rückfalls“ vorgestellt (19, siehe auch 20, S. 1-4)

4. Dynamisches Modell des Rückfalls von Witkiewitz & Marlatt, 2007.

Abb. 7. Dynamisches Modell des Rückfalls



„Lindenmeyer (2008) kritisiert an dem „Dynamischen Modell des Rückfalls“ (Witkiewitz & Marlatt, 2004) und dem PRIME-Modell (West 2006), dass sie sich in der Nähe der AMAZ-Erkenntnis befinden, „einer Einstellung vor der bereits Erstsemester der Psychologie gewarnt werden“. AMAZ-Modelle („Alles hängt mit allem zusammen“) sind wissenschaftlich wertlos, denn diese Modelle sind empirisch nicht überprüfbar, obwohl sie die Realität gut widerspiegeln (Lindenmeyer, 2008). Neben der von Lindenmeyer kritisierten mangelnden Wissenschaftlichkeit halten wir die der Chaos-Theorie nahestehenden Modelle, trotz ihrer innovativen Ideen, aus sieben Gründen therapeutisch und wissenschaftlich für problematisch:

Für Therapeuten erlauben die Modelle keine Ableitung von Interventionen, da alles möglich ist. Sie könnten also nach Lust und Laune auswählen.

Aus den Modellen sind keine falsifizierbaren Sätze ableitbar. Rückfälle können nicht vorhergesagt werden, sie können nur nachträglich erklärt werden.

Die Modelle sind für Therapeuten in deren Praxis nicht widerlegbar. Eine Akzeptanz der Modelle bedeutet Stillstand, sie fördern keine Weiterentwicklungen, keine Verbesserungen. In der verhaltenstherapeutischen Routinebehandlung der Rehabilitation geschieht die Suche nach therapeutischen Verbesserungen in der Regel nach dem TOTE-Modell (Miller, Galanter & Pribram, 1960). Die Beliebigkeit und kombinatorische Vielzahl der ableitbaren Interventionen aus den neuen modernen Abhängigkeitsmodellen gestatten hingegen kein systematisches Vorgehen nach dem TOTE-Modell.“ (Vollmer, H.C. & Domma-Reichart, J. (2010). *Bauplan der Abstinenz III.*)

5. Operante Konditionierung

$$C = S^{D_1} \longrightarrow R_1 \longrightarrow C^+ = S^{D_2} \longrightarrow R_2 \longrightarrow C/2$$

Die operante und die klassische Konditionierung sind für mich, trotz oder wegen ihrer Einfachheit, aus verhaltenstherapeutischer Sicht weiterhin die wichtigsten Erklärungsmodelle und zentral für die Therapieplanung. Beide Modelle waren ausschlaggebend für Innovationen bei der Behandlung abhängiger Personen.

6. Kontrollverlust

Das Konstrukt Kontrollverlust wurde von Jellinek (1960) auf Grundlage einer Befragung bei Alkoholikern eingeführt und bedeutet, dass nach der Aufnahme einer geringen Menge Alkohol, zwanghaft weiter Alkohol konsumiert wird. So löst der Konsum einer Schnapspraline, einer mit Alkohol verfeinerten Soße, einer Schwarzwälder Kirschtorte unmittelbar oder auch verzögert einen intensiven Rückfall aus. Das Essen einer Schwarzwälder Kirschtorte wird bereits als Rückfall eingestuft. Wissenschaftstheoretische Kritik (Zirkeldefinition) an diesem Modell und empirische Studien, die belegten, dass ein sehr geringen Prozentsatz der Alkoholabhängigen kontrolliert trinken kann, führten zu kognitiven Theorien des Rückfalls (z.B. Marlatt 1978) und zu ersten Studien über Kontrolliertes Trinken (s. Kraemer 1982; siehe auch Körkel 2013)).

7. Gegensatz-Prozess-Theorie

Opponent-Process-Theorie bzw. Gegensatz-Prozess-Theorie (Solomon & Corbit 1978).

„Bei Darbietung eines affektiven Reizes wird vorerst der a-Prozeß aktiviert. Die Dauer, Stärke und Qualität des a-Prozesses ist der Dauer, Stärke und Qualität des Reizes direkt proportional. Die Aktivierung des a-Prozesses führt etwas zeitverzögert zur Aktivierung des gegensätzlichen b-Prozesses. Der b-Prozeß weist die umgekehrte hedonische Qualität von a auf, er hat eine längere zeitliche Latenz und langsame Refraktärzeit und steigt langsamer an. Seine Amplitude ist bei der ersten Darbietung des Verstärkers zwar proportional der Amplitude von a, aber stets kleiner als a. Beide, das Signal aus dem a-Prozeß und dem b-Prozeß werden in den Summator eingegeben, der nach Addition der beiden Signale (wobei b stets ein negatives Vorzeichen hat) den aktuellen Verlauf und die Intensität des Verstärkers und der Reaktion bestimmt. ... im Gegensatz zum a-Prozeß, der bei Wiederholung konstant bleibt, wird b durch Wiederholung verstärkt und durch Nicht-Benutzung abgeschwächt. ... Bei Drogen mit extrem positiver Wirkung während er der ersten Darbietung treten starke negative Nachschwankungen (b) auf, die nur durch neuerliche Drogeneinnahme (a) reduziert werden können, wodurch sich b weiter addiert und die Rückkehr zum neutralen Ausgangspunkt verzögert wird, damit wird die Chance, dass in diesem Zeitintervall der Nachschwankung die Droge neuerlich zugeführt wird größer ... Die Entzugssymptome (b-Prozeß) sind stets affektiv und vegetativ genau das Gegenteil der ursprünglichen positiven Zustände (a-Prozeß): wenn bei Einnahme Euphorie auftritt, folgt darauf Depression, wenn ein Gefühl der Allmacht auftrat, folgt soziale Angst etc. ... Sowohl a- als auch b-Prozeß werden an kurz vorher und gleichzeitig dargebotene Reize (z.B. Situationen der Drogenaufnahme) klassisch konditioniert. ... Der Einfluß von Erwartung, ausgelöst durch konditionierte Reize (CS) für b-Prozeß-Reaktionen wurde für so divergierende Phänomene wie Bindungssuche, Barbituratabhängigkeit und Adipositas nachgewiesen.“ Bierbaumer, N. & Schmidt, R.F. (1990). Biologische Psychologie. Berlin: Springer; S. 582)

Während ich die vorherigen Modelle meinen Patienten und Patientinnen nicht präsentiere, sondern nur einzelne Elemente individuell gemeinsam erarbeite, ist es sehr sinnvoll, wenn nicht sogar notwendig, die Gegensatz-Prozess-Theorie in einfachen Worten zu vermitteln, um die Wahrscheinlichkeit für Überdosierungen bei einem Rückfall zu minimieren.

8. Suchtgedächtnis

Dem Kontrollverlust ähnlich ist das Modell vom Suchtgedächtnis, während Jellinek von unklaren genetischen Bedingungen und physiologischen Prozesse ausging, liegen inzwischen ausgezeichnete verhaltensexperimentelle und neurobiologische Untersuchungen vor, die vermuten lassen, dass im limbischen System suchtrelevante Gedächtnisinhalte gespeichert werden.

Durch Alkohol wird 200 x mehr Dopamin ausgeschüttet. Die Nervenzellen wehren sich gegen die Dopaminflut durch Reduzierung der Rezeptoren, was zu einer Abschwächung führt = Belohnungsdefizit = Verlangen
Alkohol und Kokain blockieren Glutamatrezeptoren = Entspannung d.h. die erregende Wirkung des Neurotransmitters Glutamat wird kurzfristig gedämpft. Daher wird mehr Glutamat ausgeschüttet. Wenn Alkoholwirkung weg, dann zu viel Glutamat = Unruhe = Alkohol trinken zur Entspannung, dann geht Kreislauf so weiter

Bei Abhängigen funktioniert die Glutamat-Regulierung nicht mehr. Der Mechanismus, der verhindert, dass bei Abstinenz zu viel Glutamat ausgeschüttet wird, funktioniert nicht mehr = Entzugserscheinungen und Krämpfe
Längerer Alkoholmissbrauch verändert das Glutamatsystem irreversibel.

Suchtgedächtnis ist unlöslich, aber Desensitivierung des Dopaminsystems ist möglich

Ebenso wie beim Kontrollverlust nach Jellinek kann nach dem Modell des Suchtgedächtnisses durch alkoholspezifische Reize aber auch durch unspezifische Reize, wie ein bestimmter Ort oder eine Stimmung, Verlangen nach der psychotropen Substanz ausgelöst werden.

VII. Therapie

0. Vorbemerkungen

a) Ziele einer Betreuung oder Therapie

Hierarchie der Therapieziele (nach Karl Mann 2002)

1. Sicherung des Überlebens
2. Behandlung von Folge und Begleiterkrankheiten
3. Förderung von Krankheitseinsicht und Motivation zur Veränderung
4. Aufbau alkoholfreier Phasen
5. Verbesserung der psychosozialen Situation
6. dauerhafte Abstinenz
7. angemessene Lebensqualität

Therapie im engeren Sinne beginnt nach meiner persönlichen Meinung ab Punkt 4.

„Alkoholabstinenz heißt beispielsweise, dass man Alkohol in keiner Form zu sich nimmt, auch nicht in kleinen Mengen oder nur einmal im Jahr. Abstinenz von Alkohol oder anderen Drogen kann man aus gesundheitlichen, persönlichen, religiösen oder weltanschaulichen Gründen sein. ... Den Begriff der Abstinenz sollte man nicht verwässern und womöglich Abstufungen einführen wie Totalabstinenz, Teilabstinenz oder Punktabstinenz.“ (Schneider 2009).

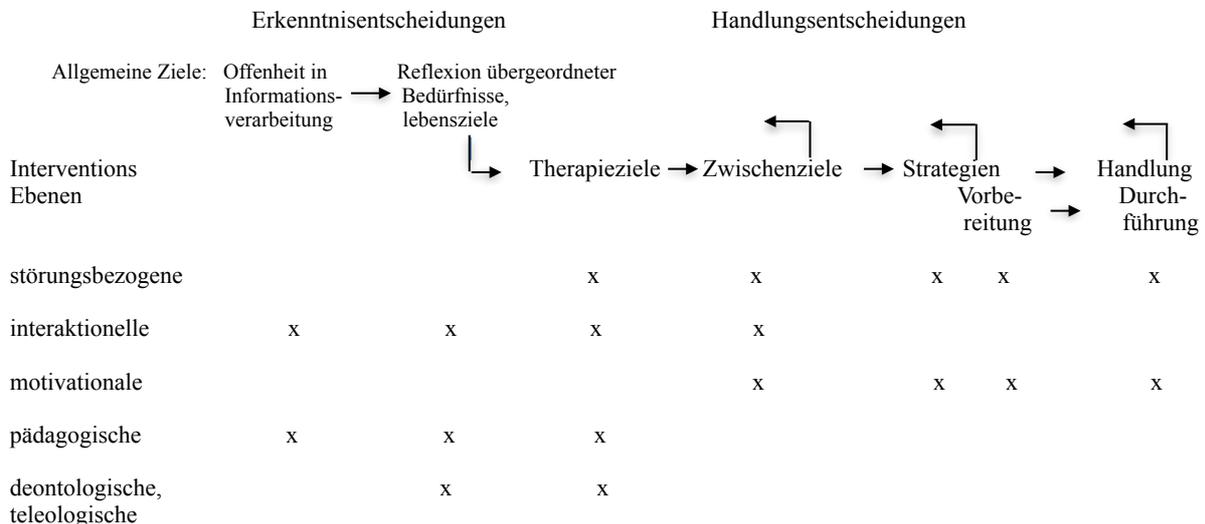
Fachkliniken zur Behandlung Alkoholabhängiger haben in der Regel als Therapieziel: Abstinenz, da durch den Konsum einer psychotropen Substanz in geringen Mengen, die Wahrscheinlichkeit für den alten exzessiven Konsum stark zunimmt und da durch Abstinenz am ehesten die Arbeitsfähigkeit und die Teilhabe an der Gesellschaft gewährleistet ist.

b) stationär vs. ambulant

Indikation für stationäre Therapie (nach Lindenmeyer 1999)

- behandlungsbedürftige Komorbiditätsstörung
- schwere kognitive Beeinträchtigung
- Therapieabbruch bei früherer ambulanter bzw. stationärer Behandlung
- wiederholte Rückfälle bei ambulanter Behandlung
- fehlendes soziales Stützsystem / mangelnde soziale Integration
- alkoholgeprägtes Umfeld
- behandlungsbedürftige körperliche Folgeerkrankungen

c) Interventionsebenen, Abb. 8



Vollmer, et al. (1999). Verhaltenstherapie mit delinquenten Abhängigen. In: R. Egg (Hrsg.), Drogenmißbrauch und Delinquenz (S. 99-138). Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle.

Auf Grund meiner Erfahrung unterscheide ich zwischen einer motivationalen und einer störungsbezogenen Ebene und einer pädagogischen und einer interaktionellen Ebene. Die beiden letzt genannten Ebenen sind besonders zu Beginn einer Behandlung wichtig und Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung.

1. Interaktionelle Ebene

1.1 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 Skript „Verhaltensanalyse - Therapieplanung“).

1.2 Therapeutischer Stil

authentisch, ehrlich, liebevoll, auf Augenhöhe, akzeptierend

2. pädagogische Ebene

„Pädagogische Maßnahmen sind bei einigen Abhängigen von Beginn an unverzichtbar und führen entgegen den Erwartungen vieler Psychotherapeut*innen zu einer ausgezeichneten therapeutischen Beziehung. Sie werden eingesetzt auf unangemessene Verhaltensweisen, die nicht durch eine psychische Erkrankung bedingt sind wie zum Beispiel wiederholtes Nicht-Erscheinen, unangemessene Kleidung, sexistische oder anzügliche Äußerungen. Die wichtigste pädagogische Maßnahme ist das verbal freundlich ausgesprochene Nicht-Akzeptieren des Verhaltens. Falls diese Maßnahme nicht ausreicht, kann eine Sanktion überlegt werden, die nachvollziehbar und zu dem unangemessenen Verhalten passend ist. Die therapeutische Herausforderung besteht in der Angemessenheit des pädagogischen Vorgehens, der Kontrolle der Einhaltung und der gleichzeitigen Reflexion interaktioneller Pläne der Beteiligten.“ (36)

3. motivationale Ebene

Menschen suchen einerseits nach therapeutischer Hilfe, aber gleichzeitig wollen sie sich nicht ändern (Freud, 1926 zit. nach 37 S. 73). Besonders bei abhängigen Personen ist die **Veränderungsmotivation** während der Behandlung schwankend und verlangt daher während der gesamten Behandlung immer wieder Unterstützung. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass die Motivation des Patient*innen nicht infrage gestellt wird. Therapeut*innen sind häufig nicht in der Lage, die Motivation ihrer Patient*innen objektiv einzuschätzen. Bei Drogenabhängigen, die sie kurz vor einem Abbruch der Behandlung als sehr motiviert einstufte hatten, gaben sie als Grund für den Abbruch mangelnde Motivation an (38).

Erfolgreiche Maßnahmen zum Aufbau und zur Stärkung von Veränderungsmotivation sind: Motivierendes Interview (39), Mini-Verhaltensanalyse, operante Konditionierung bzw. Kontingenz-Management (z.B. Gemeinde-Verstärkungs-Ansatz (40), Münz-Verstärkungsprogramm (41)) und Verdeckte Kontrolle (42).

3.1 Motivierende Gesprächsführung

Motivierendes Interview verwendet die Techniken: Empathie zeigen, Diskrepanz erzeugen (z.B. durch change talk: Nachteile des aktuellen Verhaltens, Vorteile einer Veränderung), flexibler Umgang mit Widerstand („roll with resistance“), Selbstwirksamkeit stärken, Beweisführung vermeiden, aktiv zuhören („reflective listening“) (39). Für mich bedeutet Motivierendes Interview in erster Linie, neugierig sein auf die Welt der Patient*innen, deren Entscheidungen akzeptieren und deren Selbstregulation fördern.

3.2 kleine, kurze Verhaltensanalysen

z.B. bei Exploration einer Angststörung zurückhaltend nach Alkohol oder Medikamenten fragen, so dass der/die Patient/in selbst auf funktionale Zusammenhänge kommt.

3.3 Entscheidungsmatrix

a) Entscheidungsmatrix: Abstinenz vs. Konsum / Vorteile und Nachteile

	Vorteile	Nachteile
Alkoholkonsum		
Abstinenz		

b) Entscheidungsmatrix: stationäre Therapie vs. ambulante Therapie, keine Therapie, Flucht ins Ausland, etc. / Vorteile und Nachteile

	Vorteile	Nachteile
Stationäre Therapie		
Ambulante Therapie		
keine Therapie		
??		

3.4 Verdeckte Kontrolle (Coverant Control)

Diese Intervention wurde von Homme (1965) entwickelt und ist nach therapeutischen Erfahrungen trotz ihres Alters noch sehr empfehlenswert. Empirische Evidenz liegt leider nicht vor. Das Vorgehen ist wie folgt:

- a. Sammlung von:
 - i. 5 Items: negative Folgen des Gebrauchs der psychotropen Substanz
 - ii. 5 Items: positive Folgen der Abstinenz
- b. Prüfung der Items auf persönliche Relevanz
- c. Formulierungen festlegen
- d. Lernmethode vereinbaren
 - i. Premack Prinzip
 - ii. Unregelmäßige Überprüfung
 - iii. „Konfrontation“ in der Gruppe

4. suchtspezifische Psychotherapie bzw. störungsbezogene Ebene

0. Veränderungsphasen

Die Interventionen sollten auf die Veränderungsphase in der sich die Patient*innen befinden abgestimmt sein. Falls das nicht der Fall ist, dann entsteht bei den Patient*innen Widerstand gegen eine Veränderung.

Abb. 9 Veränderungsphasen und psychologische Interventionen

Phasen:	vor der Absicht	→ Absicht	→ Vorbereitung	↔ Handlung	→	Aufrechterhaltung
I n t e r v e n t i o n e n	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • Psychotherapie • Minimalvertrag <ul style="list-style-type: none"> • mini-Verhaltensanalysen <ul style="list-style-type: none"> • vertikale Verhaltensanalyse incl. SE <ul style="list-style-type: none"> • Psycho-Edukation <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungsmatrix • Baseline <ul style="list-style-type: none"> • Motivierendes Interview • Verhaltensanalyse • Stimuluskontrolle • Rückfallprävention <ul style="list-style-type: none"> • Ablehnungstraining • achtsamkeitsbasierte RP <ul style="list-style-type: none"> • Paargespräche <ul style="list-style-type: none"> • Familien-Interventionen • NKT • Exposition 					
						<ul style="list-style-type: none"> • msApp • Auffrischung

Aktualisierte und um die Phase „Vorbereitung“ ergänzte Version (siehe 11, S. 50). Erfahrungswerte, in welcher Phase Interventionen ungefähr angewendet werden sollten. Bei Drogenabhängigen führte in einer methodisch sehr einfachen naturalistischen Studie die Berücksichtigung der Veränderungsphasen im Vergleich mit einer Kontrollgruppe zu einer Reduzierung vorzeitiger Therapiebeendigungen (12).

Die wichtigsten suchtspezifischen Interventionen sind nach meiner Erfahrung:

Verhaltensanalyse, Stimuluskontrolle, verhaltenstherapeutische Familieninterventionen, Rückfallprävention (einschl. Ablehnungstraining) und Bezugsgruppe mit suchtspezifischen Themen.

Zusätzlich ist häufig die Behandlung von ein bis zwei komorbiden psychischen Störungen oder Problemen notwendig. (s. Skript „suchtspezifische Psychotherapie“)

1. Verhaltensanalyse (ist gleichzeitig Diagnostik und kognitive Therapie (13))

1.1 Exploration: Suchtanamnese (Art der Drogen, Häufigkeit, Intensität, Beginn, soziale und berufliche Situation, Änderungen im Konsum und aktueller Konsum). Vergleichbar dem Vorgehen bei anderen Störungen. (siehe 14, 15)

1.2 Die Kunst der Exploration potenzieller funktionaler Bedingungen bei Abhängigkeiten

nicht vergleichbar dem Vorgehen bei anderen Störungen, da sehr hohe Frequenz des Problemverhaltens und mangelnde Kenntnis funktionaler Bedingungen durch operante Konditionierungen und durch Rationalisierungen (16)

1.2.1 Indikation klären (keine Verhaltensanalyse ohne Indikation)

1.2.2 aktuelle Veränderungsmotivation des Patienten klären (keine Verhaltensanalyse ohne Veränderungsmotivation)

1.2.3 Patienten vorbereiten auf Exploration, ohne inhaltliche Erklärungen, sondern nur Hinweis auf ausführliche Exploration, um die Kausalmodelle der Patient*innen zu unterlaufen

1.2.4 Abstinenzphasen sammeln (wann, wie lange, wo, Grund), notfalls Zeiten reduzierten Konsums

1.2.5 Exploration einer Abstinenzphase vereinbaren (Kriterien für Auswahl: Abstinenzdauer, wie lange zurückliegend, Grund für Abstinenz, Erinnerungsvermögen, typische Situation)

1.2.6 Exploration des „Rückfalls“ nach einer Abstinenzphase in 5 Schritten: (Die Begriffe Rückfall, lapse und relapse dabei vermeiden)

- a) Art und Intensität von lapse und relapse, sehr kurz nur R (ohne S und C), wie bei Anamnese (s. 5.2)
- b) Lebenssituation während der Abstinenzphase (Zeit, Ort, Beruf, soziale Situation, Wohnung, etc.)
- c) Tag des ersten Lapse explorieren (allgemeine Situation, Verhalten, Gedanken, Gefühle), keine Exploration von S oder C, ebenso Tag 2. lapse, etc. bis zum relapse.
- d) Kritische Situationen während der Abstinenzphase explorieren und deren erfolgreiche Bewältigung
- e) nach ersten Ideen fragen, wie lapse bzw. relapse hätte vermieden werden können und wie in Zukunft verhalten

im weiteren Verlauf der Behandlung

1.2.7 Exploration bewältigter kritischer Situationen und weitere Ideen wie Rückfall vermeiden

Falls es keine abstinente Phase seit der Abhängigkeit gibt, dann ähnliche Fragen stellen wie ab 1.2.6:

- zum Beginn des Konsum
- zum Übergang vom riskanten oder schädlichen Gebrauch zur Abhängigkeit (hier auch kausale Fragen vermeiden und die Begriffe riskanter oder schädlicher Gebrauch nicht verwenden, sondern eher, wann hat der Gebrauch zugenommen.

Außerdem den/die Patient/in Ideen entwickeln lassen, wie er/sie in potenziellen kritischen Situationen reagieren könnte und außerdem die Frage, welche potenziellen kritischen Situationen in Zukunft wie vermieden werden sollen.

Evtl. ausgewählte Items des DTCQA mit dem/der Patient/in durchgehen und den/die Patient/in Bewältigungsstrategien überlegen lassen.

Explorationsverhalten: offene Fragen, konkrete Fragen, keine Bewertungen, keine interpretierenden Fragen (z.B. wie war die Situation vor dem Rückfall), keine Fragen nach Kausalität (z.B. warum), operante Konditionierung von (unbewusst gewünschten Antworten) vermeiden, Paraphrasieren sehr zurückhaltend einsetzen, sich Zeit lassen (Exploration kann über mehrere Sitzungen gehen),

Prinzipien:

- Therapeut/in gibt keine inhaltlichen Erklärungen. Patient*in arbeitet an kausalen Erklärungen. Patient = Therapeut.
- Funktionale Zusammenhänge sind nur als Hypothesen einzustufen und werden daher für Patient*innen nicht an einer Flipchart demonstriert, d.h. nur für Therapeut*innen als Arbeitshypothesen geeignet
- Patient*in überlegt Schlussfolgerungen und Vorsätze für die Zukunft. Therapeut*in paraphrasiert und geht nach den Strategien des Motivierenden Interviews vor
- Therapeut*in fördert die Selbstregulations-Fertigkeiten der Patient*innen

Die Verhaltensanalyse ist gleichermaßen Diagnostik, Motivierung und Therapie. Sie ist für mich die wichtigste verhaltenstherapeutische Intervention.

Wissenschaftstheoretischer Hintergrund meines therapeutischen Verhaltens, zutreffend auf Diagnostik, Motivierung und Therapie, ist das Rationalitätsmodell von Hans Westmeyer (79, 81) und meine philosophische Orientierung zum Verständnis der Welt entspricht der des Literaturessayisten Bernard Pivot, den ich hier zitiere, da ich es nicht so treffend formulieren kann.

Vom Journalisten und Literaturkritiker François Busnel nach seiner Methode in seinen phantastischen Literatursendungen befragt antwortet Bernard Pivot:

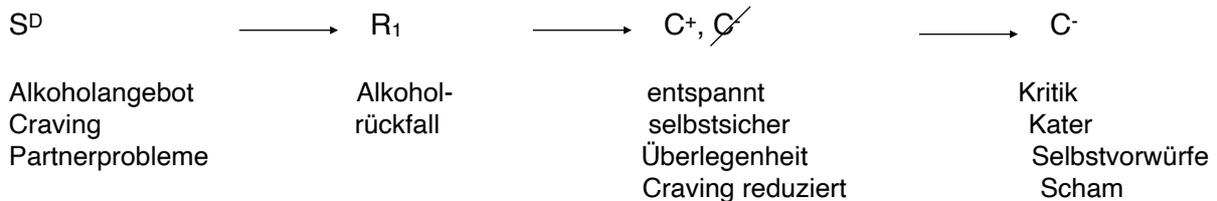
„Ich habe sogar eine fast philosophische Vorstellung von der Welt. Man sagt: „Am Anfang war das Wort.“ Aber nein, am Anfang war die Frage. Aus der Frage sind Millionen von Antworten entstanden, und aus diesen Millionen von Antworten sind weitere Fragen entstanden. Und diese Fragen brachten wiederum Milliarden von Antworten hervor. Auf diese Weise dehnt sich das Universum aus. Die Erde wird an dem Tag stillstehen, an dem aus dem, was als letzte Antwort erscheint, keine Frage mehr entsteht“ (82).

In meinen einfachen Formulierungen: Am Anfang der Therapie stehen nicht die Erklärungen, sondern die Fragen, die zu vielen Antworten führen, woraus wieder Fragen entstehen. Erst wenn keine Frage mehr entsteht, dann ist die Therapie beendet. Das wird aber nie sein, denn ich beende die Therapie, wenn Patient*in sich selbst Fragen stellen kann, in anderen Worten, wenn er oder sie die Fähigkeit zur Selbstregulation erreicht hat.

1.3 Verhaltensanalyse zur Rückfall während der Behandlung

Die Wichtigkeit der prinzipiellen Therapieplanung soll an einem Beispiel eines Rückfalls während der Behandlung verdeutlicht werden (17, S. 45):

Fallbeispiel: Herr M hat im Ausgang auf einem Fest, wo er plötzlich ziemlich starke Lust auf Alkohol bekam, 3 Bier getrunken, wodurch das Verlangen nach Alkohol abgenommen hat und er sich auf dem Fest selbstsicherer fühlte. Nach wenigen Stunden hatte Herr M Kopfschmerzen und ein schlechtes Gewissen. Er berichtete seinem Therapeuten mit Tränen in den Augen seinen Rückfall und dass es ihm schon seit Tagen schlecht geht, da unklar ist, ob sich seine Partnerin vom ihm trennen will. Der Therapeut erstellt eine Verhaltensanalyse (siehe Verhaltenskette) zu dem Rückfall, bespricht erfolgreich wie die Partnerprobleme gelöst werden können und vermittelt erfolgreich Strategien Alkohol abzulehnen; 4 Tage später bricht Herr M die Therapie ab.



Was ist evtl. falsch gewesen am Vorgehen des Therapeuten? Oder wie würden Sie die Verhaltenskette fortführen? Auflösung auf Seite 3 in meinem Skript Verhaltensanalyse - Therapieplanung.

2. Stimuluskontrolle (16, 26)

Besonders zu Beginn der Behandlung sehr hilfreich, wenn durch die kurze Abstinenzzeit die klassisch konditionierten Reize noch starkes Verlangen auslösen. So ist es in der stationären Behandlung anfangs hilfreich, wenn der Patient nicht kritischen Situationen ausgesetzt wird (z.B. belastende Telefonate) oder in der ambulanten Therapie, der Patient nicht mehr seinen alten Weg an der Stammkneipe vorbei nimmt. Die Stimuluskontrolle sollte mit dem Patienten individuell vereinbart werden, im Stil der motivierenden Gesprächsführung.

3. suchtspezifische Bezugsgruppe (29, S. 11-14)

Themen der Gruppe sind die typischen Rückfallsituationen:

- Frustration und Wut (z.B. Ärger am Arbeitsplatz)
- weitere unangenehme emotionale Zustände (z.B. Langeweile, Einsamkeit, depressive Verstimmungen (Patient hat nichts geplant am Wochenende, schlechtes Wetter, telefonisch niemand erreichbar)
- interpersonale Versuchungssituation (z.B. direkter oder indirekter Druck durch andere Personen etwas zu trinken (alle bestellen nach dem Essen einen Cognac und schauen den Patienten fragend an)
- intrapersonale Versuchungssituation (z.B. Wunsch etwas zu trinken, ohne Kenntnis externer oder interner Auslöser (testen ob ein Glas Wein möglich ist nach erfolgreicher Therapie)
- und weitere Themen wie z.B. Vor- und Nachteile der Abstinenz, drogenbezogene Grundkognitionen, Kontrolliertes Trinken, Erfolgserlebnisse.

wenn sich Teilnehmer*innen stark im Therapiestand unterscheiden, ist das Vorgehen nach Lindenmeyer Therapie-Tools, Offene Gruppen sinnvoll (30, 31).

4. Ablehnungstraining (32, 33 S.183-186)

Standardsituationen werden vorgegeben oder individuelle Situationen mittels Verhaltensproben geübt. Zu vermittelnde Fertigkeiten: keine Ausreden verwenden, alternatives Getränk vorschlagen, Thema wechseln, Patient/in entscheidet, ob Abhängigkeit bekannt macht, notfalls Kontakt freundlich aber bestimmt beenden.

5. Verhaltenstherapeutische Familieninterventionen (34)

in Form von Paargesprächen, Familiengesprächen, Angehörigenseminar oder ohne Angehörige in Einzelsitzungen, in der Bezugsgruppe, im Kommunikationstraining, im Ablehnungstraining. Themen sind u.a. Stimuluskontrolle, familiäre Konflikte, Verhaltensvereinbarungen für alle Beteiligte, Zukunftsplanung, Informationen über Abhängigkeit, Verhalten bei (Verdacht auf) Rückfall, Notfallplan.

Die Einbeziehung Angehöriger korreliert mit Therapieerfolg (35), 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.

6. weitere Interventionen

weitere notwendige Interventionen sind in der Regel die psychotherapeutische Behandlung von ein bis zwei komorbiden psychischen Störungen oder Problemen, die medizinische Behandlung körperlicher Erkrankungen

und Probleme und außerdem eine sozialtherapeutische Betreuung. Sowohl bei der stationären Behandlung alkoholabhängiger Personen, aber besonders bei drogenabhängigen Personen sind geschlechtsspezifische Gruppen sehr hilfreich (43). Für die ambulante und stationäre Behandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation wurden Kriterien veröffentlicht, um eine hohe Qualität der Behandlung zu gewährleisten (44). Positive Erfahrungen habe ich persönlich besonders bei drogenabhängigen Personen gemacht mit der Aktivierung zu kulturellen Aktivitäten.

Zusätzliche Maßnahmen sind bei der Behandlung drogenabhängiger Personen notwendig, wenn sie in therapeutischen Gemeinschaften behandelt werden. Dazu gehören ein sehr hoher Stellenwert der Arbeitstherapie, Arbeitstherapiegruppen, Organisationsgruppen und Maßnahmen für ein gut funktionierendes interdisziplinäres therapeutisches Team (43), neben den bereits oben genannten therapeutischen Interventionen.

7. Interventionen ohne persönliche Erfahrung

Interventionen mit denen ich keine Erfahrung habe oder die ich nicht (mehr) anwende sind: Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention (45), CBM und AAT (NKT Neurologisches Kontrolltraining) (46), Expositionsbehandlung (47), Gedankenstopp (48), Verdeckte Sensibilisierung (Covert Sensitization) (49), Aversionstherapie (50; 60%, N >4.000) abstinent bei Ein-Jahres-Katamnese (51)). Kurze Informationen zu diesen Methoden unter suchtstpezifische Psychotherapie (29).

7.1 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)

7.2 CBM und AAT (NKT Neurologisches Kontrolltraining)

„Verschiedene Trainingsverfahren der sog. Cognitive Bias Modifikation (CBM) haben sich als wirksame Unterstützung in der Behandlung von Suchtmittelabhängigen erwiesen (Kakoschke et al., 2017). Sowohl ein Approach- Avoidance-Training (AAT) als auch ein Attentional Bias Training (ABT) haben als effektiv erwiesen, die Erfolgsquote von stationärer Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigen in der 1- Jahreskatamnese signifikant zu steigern (Wiers et al. 2011; Eberl et al., 2013). sonstige Interventionen, die damals erfolgreich waren, aktuell sehr selten angewandt werden

7.3 Verdeckte Sensibilisierung (Covert Sensitization)

7.4 Aversionstherapie

7.5 Gedankenstopp

7.6 Eine „Wunsch-Intervention“ vieler Verhaltenstherapeut*innen

7.6.1 Expositionsbehandlung

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) ist die Wirksamkeit der cue exposure für Abhängige nicht belegt. So heißt es in den AWMF Leitlinien: „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.

7.6.2 Eine Variante der Expositionsbehandlung, nicht zu verwechseln mit der ursprünglichen „cue exposure“ wird von Lindenmeyer et al. (1995) und von Schneider ((2009) vertreten. Bei entsprechender Indikation sind die Ergebnisse mit der Expositionsbehandlung nach Lindenmeyer und nach Schneider vielversprechend. Empirische Studien liegen noch nicht vor. Das Vorgehen ist beschrieben bei R. Schneider (2017). Die Suchtfibel (S. 343-349). Baltmansweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

5. 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.

6. BORA (Reha-Behandlung)

Für die stationäre Reha-Behandlung von abhängigen Personen, wird eine Einstufung der Problemlagen bzgl. der Arbeitswelt vorgenommen:

BORA

Erwerbsbezogene Leistungen sollen zielgerichtet an den jeweiligen Problemlagen der einzelnen Rehabilitanden ausgerichtet sein.

BORA 1: insbesondere prophylaktische Leistungen

Beispiele: Rückkehrgespräch mit dem Arbeitgeber, Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM, nach § 84 SGB IX), Stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX), Interaktionelles Kommunikations- und Konflikttraining, Klärung, wie der Rehabilitand mit seiner Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz umgehen kann

BORA 2: Maßnahmen entsprechend BORA 1

Darüber hinaus: Problembewältigung am Arbeitsplatz, Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers, Spezifische IG s, PC-Schulungskurse, Sozialberatung, Arbeitstherapie, Ergotherapie

BORA 3:

Beispiele: Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes, Bewerbungstraining, Umgang mit Ängsten und Konflikten, Assessment- und Fallmanagementverfahren, Gespräche mit dem Reha-Fachberater, Spezifische IG s, PC-Schulungskurse, Sozialberatung, Arbeitstherapie, Ergotherapie

BORA 4: Maßnahmen entsprechend BORA 3

Darüber hinaus: Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, Umgang mit Resignation, interne Belastungserprobung, Betriebspraktika, externe Belastungserprobung, Einleitung weitergehender Maßnahmen (zum Beispiel Adaption)

BORA 5:

Die Maßnahmen richten sich nach dem jeweiligen Unterstützungsbedarf.

Es kommen alle Maßnahmen der Gruppen BORA 3 und BORA 4 in Frage.

VIII Therapie-Ergebnisse

In Deutschland erfolgt die Berechnung der Abstinenzquoten häufig nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. **DGSS3** bedeutet: Abstinenzquote der katamnestic bekannten Patient*innen; **DGSS4** bedeutet: alle unbekanntes Patient*innen werden zusätzlich als rückfällig eingestuft (59). Außerdem wird unterschieden zwischen durchgehender Abstinenz nach Therapieende für einen Monat, drei Monate oder 12 Monate.

Alkoholabhängigkeit: 12-monatige durchgehende Abstinenz erreichen nach **ambulanter Therapie** 46 % (DGSS4) bzw. 69,7 % (DGSS3) der Patient*innen; nach **stationärer Therapie** 29,2 % (DGSS4) bzw. 56,2 % (DGSS3) im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (60-62). Mit einer sehr intensiven zweijährigen ambulanten Therapie wurde eine von 50 % der Patienten eine durchgehende siebenjährige Freiheit von Rückfällen erreicht, ohne Berücksichtigung von lapses (63). Nach einer ambulanten Behandlung 58 junger alkoholabhängiger Personen mit dem Ziel kontrolliertes Trinken lebten zur zwei Jahres-Katamnese (nach DGSS 4) 7 % abstinent und 26 % tranken reduziert Alkohol (64). Noch keine Daten wurden veröffentlicht zu den Programmen zum kontrollierten Trinken von J. Körkel (65).

Drogenabhängigkeit: stationäre Behandlung: 18,1 % (DGSS4); 72,0 % (DGSS3), wenigstens 30 Tage abstinent zur Ein-Jahres-Katamnese (66). Ein sehr strukturiertes stationäres Therapieprogramm im Rahmen einer Therapeutischen Gemeinschaft, erreichte eine Abstinenzquote von 37 % zur Ein-Jahres-Katamnese (67). Erste interessante Daten gibt es zu einem ambulanten Therapieprogramm für Personen mit Cannabisstörungen (68).

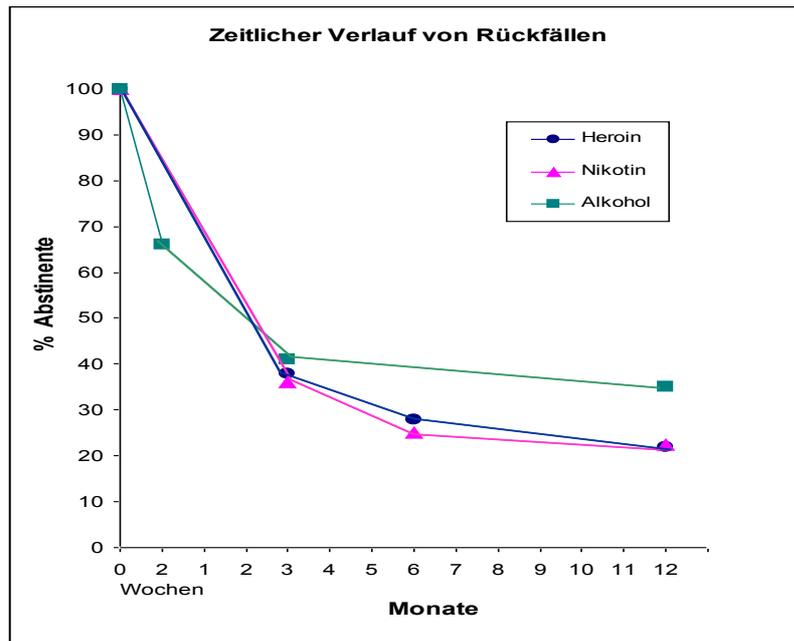
Die Studien zur Prognose der Abstinenz sind sehr widersprüchlich, insbesondere bedingt im Vergleich zu angloamerikanischen Studien durch Unterschiede in den Auswertungsmethoden (z.B. latente Klassenanalyse, Signifikanzniveau), den Erfolgsmaßen (Abstinenz, reduzierter Konsum), den Therapiezielen (Abstinenz, reduzierter Konsum), dem Zugang zur Behandlung (z.B. niedrigschwellig,) und den Therapiemerkmalen (z.B. kurze vs. lange Therapiezeiten). Erstbehandlung und Selbstwirksamkeitserwartung waren die einzigen replizierten Prognosekriterien in einer Katamnese studie zur stationären Entwöhnungsbehandlung (69). In einer anderen Katamnese studie wurde repliziert, dass nicht die Art der Substanz (Drogen oder Alkohol) sondern Geschlecht, Alter und Arbeitssituation prognostisch relevant sind (70). Je nach Alter und Geschlecht ergeben sich andere Prädiktoren, wahrscheinlich bedingt durch unterschiedliche Lebensräume der Personen (71).

Einige Beispiele für Ergebnisse

1. Katamnese-Ergebnisse

Studie	Abstinenzquote	Katamnesezeitpunkt Monate
Alkoholabhängigkeit		
stationär		
Süß 1995 (Metaanalyse)	45 %	M= 15,9
Sonntag & Künzel 2000 (Metaanalyse)	49,1 %	12
Bachmeier et al. (2018) N: 10.230 (DGSS4) bzw. 5.318 (DGSS3)	DGSS4: 29,2 %; DGSS3: 56,2 %	12 M durchgehend abstinent
ambulant		
Sonntag & Künzel 2000 (Metaanalyse)	43,6 %	
Lange et al. 2018 N: 350 (DGSS4) bzw. 231 (DGSS3)	DGSS4: 46,0 % DGSS3: 69,7 %	12 M durchgehend abstinent
Vollmer et al. 1982 (Kontrolliertes Trinken): N: 58	DGSS 4: abstinent: 7 %, KT: 26 %	24 Monate
Krampe et al. 2006 zwei Jahre ambulant, intensiv	50 %	7 Jahre durchgehend abstinent, außer lapses
Drogenabhängigkeit		
stationär		
de Jong & Bühringer 1978	37 %	12
Fischer et al. 2018 N: 1453 (DGSS4) bzw. 493 (DGSS3)	DGSS4: 14,3 % DGSS3: 47,1 %	12 M durchgehend abstinent
ambulant		
Dehmel 1989	17 %	6

DGSS4: alle katamnestic unbekannte Patienten werden als rückfällig eingestuft
 DGSS3: Abstinenzquote der katamnestic bekannten Patienten



Hunt et al. 1971

2. Psychische Komorbidität Alkoholabhängiger zu Beginn einer stationären Behandlung, N=47,541

(Bachmeier et al. 2018)

Depression F32, F33, F34.1 30,5 %

Angststörung F40, F41 5,5 %

Persönlichkeitsstörung F60, F61 11,6 %

3. Prognosekriterien

Variable	Kategorien	Abstinenz (einschl. abstinent nach Rückfall)
Geschlecht**	männlich	36,8 %
	weiblich	40,4 %
Alter**	< 41 Jahre	26,3 %
	> 40 Jahre	42,6 %
Partnerbeziehung**	keine	33,2 %
	feste Partnerschaft	42,0 %
Erwerbstätig bei Aufnahme**	erwerbstätig	47,0 %
	erwerbslos	29,0 %
	nicht erwerbstätig	40,6 %
Vorherige stationäre Entwöhnungen** (Bachmeier et al. 2018)	keine	42,4 %
	eine	36,3 %
	> 1	29,2 %
Entgiftungen** (Bachmeier et al. 2018)	keine Entgiftung	43,5 %
	eine Entgiftung	44,4 %
	> 1 Entgiftung	34,4 %
Art der Entlassung**	planmäßig	40,8 %
	nicht planmäßig	18,1 %
Nur planmäßig Entlassene: Behandlungsdauer** (N=6.737)	< 13 Wochen	37,4 %
	13 – 16 Wochen	43,0 %
	> 16 Wochen	39,6 %

aus: Bachmeier et al. 2020 N=7.826, DGSS 4, wenigstens 30 Tage abstinent zum Zeitpunkt Ein-Jahres-Katamnese;

**= $p < .01$. Sucht aktuell, (27 (1), S. 58.

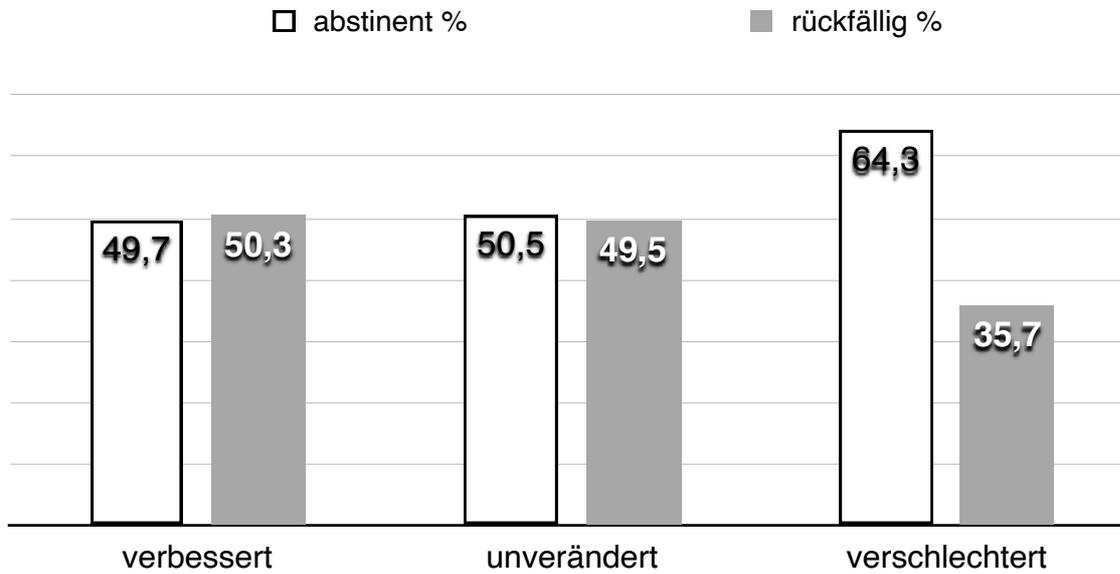
Bachmeier et al. 2018, N=10.230. Sucht aktuell, 25 (1), S. 57.

Therapie-Erfahrung	Depressivität BSI >1	Ein Jahr durchgehend abstinent DGSS3	N
nein	nein	70 %	220
nein	ja	60,2 %	108
ja	nein	52,3 %	239
ja	ja	34,8 %	227

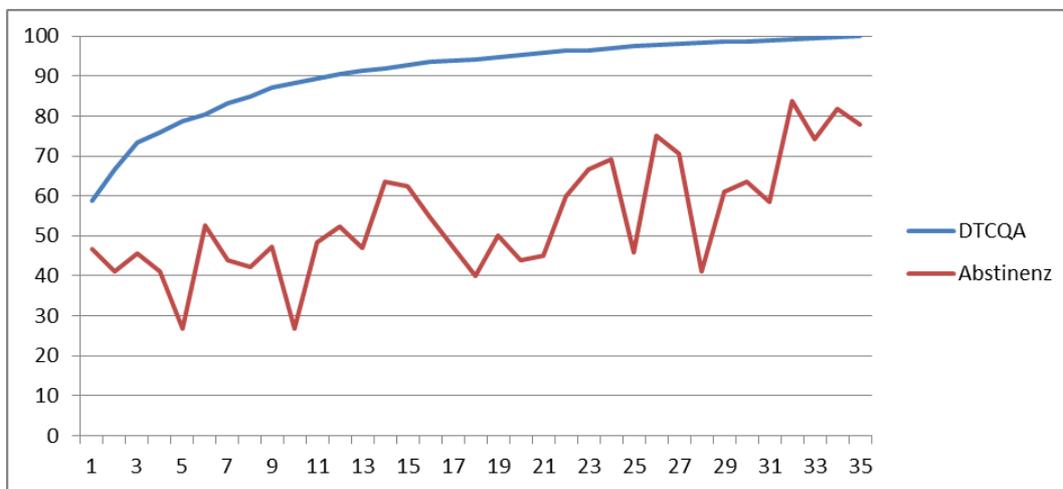
$\chi^2 = 58,005$, $N=794$, $df=3$, $p < .001$

Vollmer, H.C. & Domma-Reichart, J. (2016). Ergebnisorientierte Klassifikation Alkoholabhängiger zu Beginn einer stationären Behandlung. Sucht 62 (2), 65-72.

In einer Replikationsstudie (Vollmer & Domma 2018) korrelierte „keine Persönlichkeitsstörung“ und „Entgiftungen >2“ mit Abstinenz; aber kein Zusammenhang mehr mit Depressivität. (Sucht, 64 (4), 197-205)



N: 181 183 54 53 9 5 !
 Patienten mit GSI>T63 zu t1 und Veränderung zu t3
 Vollmer & Domma-Reichert 2016. Psychische Belastung, Wirksamkeitserwartung und Abstinenz alkoholabhängiger Patienten. Suchttherapie 17 (1), 44-47.



Gesamtscore des DTCQA-G (0%=gar nicht sicher, 100%=ganz sicher dem Verlangen nach Alkohol zu widerstehen) und Anteil durchgehend abstinenter Patienten zur Ein-Jahres-Katamnese in Prozent, getrennt für 35 Perzentile des DTCQA-G.
 Vollmer, H.C. & Domma-Reichert, J. (2016). Psychische Belastung, Wirksamkeitserwartung und Abstinenz alkoholabhängiger Patienten. Suchttherapie 17 (1), 44-47.

Vergleich der Erfolgsquoten Alkohol- und Drogenabhängiger

	gesamte Gruppe, N=1645			parallelisierte Gruppe, N=640		
	F10.2	F11.2-F19.2 ohne F17	p	F10.2	F11.2-F19.2 ohne F17	p
reguläre Beendigung	84,5 %	75,8 %	<.001	80,3 %	78,1 %	0.495
Katamnese- Rücklauf	55,0 %	37,6 %	<.001	47,5 %	41,3 %	0.112
Abstinenz DGSS4m12	27,6 %	16,0 %	<.001	19,4 %	19,7 %	0.921
Abstinenz DGSS3m12	50,3 %	42,7 %	0.06	40,8 %	47,7 %	0,240

Vollmer, H.C. & Domma, J. (2020). Différence de réussite au traitement hospitalier entre dépendants à l'alcool et dépendants aux drogues illicites: une étude de reproductibilité. *Encéphale*, 46(2), 102-109.

Erfolgsquote Alkohol- und Drogenabhängiger getrennt für acht Gruppen

weiblich	ohne Arbeit	Alter < 30 Jahre	Gruppe	N	F10.2	F11.2-F15.2, F19.2
ja	nein	ja	1	10	20 %	20 %
ja	nein	nein	2	62	25,8 %	16,1 %
ja	ja	ja	3	22	0 %	18,2 %
ja	ja	nein	4	90	15,6 %	13,3 %
nein	nein	ja	5	22	18,2 %	18,2 %
nein	nein	nein	6	132	30,3 %	28,8 %
nein	ja	ja	7	62	9,7 %	9,7 %
nein	ja	nein	8	240	17,5 %	20,8 %

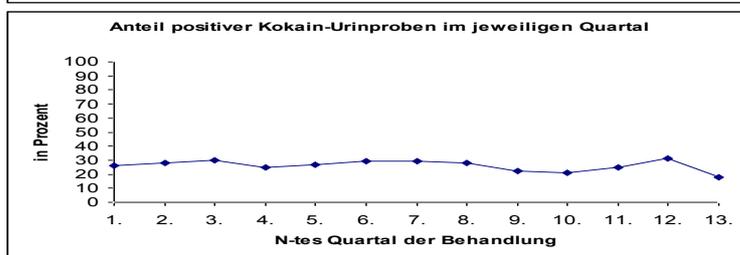
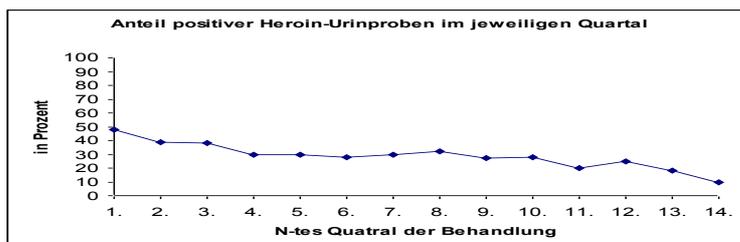
Vollmer, H.C. & Domma, J. (2020). Différence de réussite au traitement hospitalier entre dépendants à l'alcool et dépendants aux drogues illicites: une étude de reproductibilité. *Encéphale*, 46(2), 102-109.

4. Effekte psychotherapeutischer Interventionen (Miller et al. 1995)

Intervention	kumulativer Evidenz-Wert
1. Kurzintervention	+239
2. Soziales Kompetenztraining	+128
3. Motivations-Stärkung	+87
4. Gemeinde-Verstärkungs-Ansatz	+80
5. Verhaltensverträge	+73
6. Aversionstherapie	+34
7. Klientenzentrierte Therapie	+34
8. Rückfallprävention	+34
9. Selbsthilfe-Manual	+33
10. Kognitive Therapie	+22
11. Verdeckte Sensibilisierung	+18
12. Familientherapie (verhaltenstherapeutisch)	+15
13. Disulfiram	+09
14. Selbstkontrolltraining	-07
15. Systematische Desensibilisierung	-07
16. Lithium	-08
17. Familientherapie (nicht VT)	-22
18. Aversionstherapie (elektrisch)	-25
19. Hypnose	-41
20. Milieuthherapie	-41
21. psychodelische Medikation	-45
22. unspezifische Standardtherapie	-53
23. Video-Selbstkonfrontation	-77
24. medikamentöse Angstbehandlung	-79
25. Metronidazol	-102
26. Entspannungstraining	-109
27. Konfrontierende Beratung	-125
28. Psychotherapie (nicht VT)	-127
29. allgemeine Alkoholismus-Beratung	-214
30. Aufklärung/Filme	-239

Diese beeindruckende, sehr häufig zitierte Meta-Analyse (Gewichtung kontrollierter Studien bzgl. methodischer Qualität), ist nicht übertragbar auf deutsche Verhältnisse, auf Grund der hohen Qualität der therapeutischen Betreuung Abhängiger und des vielfältigen Angebots in Deutschland.
Schlussfolgerung: Bitte immer für den eigenen Tätigkeitsbereich die Originalliteratur lesen.

Ergebnisse einer Substitutionstherapie



5. Substitutionstherapie

Methadon-Substitution ohne Rehabilitation (N=218)

Katamnesezeitraum: M=175 Tage, SD=66,4, N=130

Methadon-Substitution mit ambulanter Rehabilitation (N=123)

Katamnesezeitraum: M=198 Tage, SD=68,9, N=73

abstinent von illegalen Drogen und Methadon:	0,8 %
	4,4 %
abstinent von illegalen Drogen (nur Methadongebrauch):	7,5 %
	23,4 %
abstinent von harten Drogen:	13,8 %
	43,8 %
Urinbefund negativ zur Katamnese:	15,1 %
	66,7%
Erwerbstätig (zu Beginn: 22,5 %)	24,5 %
Erwerbstätig (zu Beginn: 30,0 %)	33.3 %
Straftaten (?)	keine Veränderung
Straftaten (?) eher gering zu Beginn	keine Veränderung
Körperliche Situation (Ptn Berichte):	eher Verschlechterung
Körperliche Situation (Ptn Berichte):	keine Veränderung

Küfner et al. 1999

IX Literaturempfehlungen

- AWMF Leitlinien.** Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>
eine sehr umfangreiche, ausgezeichnete Zusammenstellung therapeutischer Methoden, einschl. Einschätzung der Evidenz. Pflichtlektüre für Personen, die in diesem Bereich arbeiten. Leider liegt bei der Evidenzbewertung der Schwerpunkt auf angloamerikanischen Studien, die sehr anregend sind, aber nicht punktgenau auf das Versorgungssystem in Deutschland übertragen werden können.
- Beck, A.T., Weight, F.D., Newmann, C.F. & Liese, B.S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford (dt. Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz 1997)
ausgezeichnete und praxisnahe Darstellung der kognitiven Therapie. Eine sehr kurze, aber ausreichende, Darstellung des Rückfallmodells bei Soyka & Kufner, S. 125
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2003). *Komorbidität. Psychose und Sucht*. Darmstadt: Steinkopf.
Sehr klare Darstellung theoretischer Modelle und ein an der Praxis orientiertes psychoedukatives Training für Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012, 5. Aufl.). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer
für mich eines der wichtigsten Bücher der letzten 30 Jahre, am Stück unlesbar, aber viele Anregungen, die den Geist der Verhaltenstherapie widerspiegeln.
- Soyka, M. & Kufner, H. (2008). *Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit* (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
ein Standardwerk für Personen, die im Bereich Alkoholabhängigkeit arbeiten
- Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2011). *Therapie-Tools. Offene Gruppen 1*. Weinheim: Beltz
Sehr viele Anregungen für offene Gruppen zu den Themen Alkoholmissbrauch, Alltagsplanung, Ärger und Aggression, Bewerbungstraining, Depression, Ernährung und Gesundheit, Essstörungen, Gehirn-Jogging, Schmerzbewältigung, Selbstsicherheit und Weibliche Identität. Nicht alles brauchbar, aber durch die Fülle der Ideen sehr empfehlenswert.
- Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2011). *Therapie-Tools. Offene Gruppen 2*. Weinheim: Beltz
Sehr viele Anregungen für offene Gruppen zu den Themen Alkoholabhängigkeit, Angststörungen, Arbeitstherapie, Genussstraining, Männliche Sexualität und Partnerschaft, Nachsorge, Partnerseminar, Pathologisches Glücksspiel, Raucherentwöhnung, Stress am Arbeitsplatz. Nicht alles brauchbar, aber durch die Fülle der Ideen sehr empfehlenswert.
- Lindenmeyer, J. (2013). *Ich bin kein Alkoholiker! Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemem*. Berlin: Springer
enthält gute praktische Empfehlungen. Im Anhang mehrere Fragebogen, wie AUDIT, IDTSA, DTCQA
- Miller, W.R. & Rollnick, St. (Hrsg.) (2002). **Motivational Interviewing**. New York: Guilford Press.
eine der wichtigsten Veröffentlichungen der letzten zwanzig Jahre mit praktischen Ratschlägen für die Gesprächsführung.
- Reinecker, H. (2015). *Verhaltensanalyse. Ein Praxisleitfaden*. Göttingen: Hogrefe
eine ausgezeichnete Beschreibung der horizontalen und vertikalen Verhaltensanalyse mit Fallbeispielen und im Vorwort eine Würdigung der wichtigen Arbeiten von Frederick Kanfer, der ganz entscheidend die Verbreitung der Verhaltenstherapie in Deutschland beeinflusst hat.
- Schneider, R. (2017) *Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit* (19. Aufl.). Schneider Verlag.
ein Klassiker der Abhängigkeitsliteratur, für Patienten leicht verständlich und kompetent geschrieben, auch für alle professionellen Helfer als Einstiegslektüre sehr empfehlenswert
- Ich vermute, für Therapeut*innen die mit abhängigen Personen arbeiten enthält mein Skript Suchtspezifische Psychotherapie unter <https://www.vollmer.site/scripte.html> am ehesten Anregungen für die Behandlung. Sehr empfehlenswert für einen Überblick sind die sehr umfangreichen AWMF Leitlinien, wie z.B. die S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen und die zur Tabakabhängigkeit.

Fachzeitschriften

- Sucht. Hogrefe Verlag. <http://econtent.hogrefe.com/loi/suc>
Suchttherapie. Thieme Verlag. www.thieme.de/fz/suchttherapie/index.html
Suchtmedizin. Ecomed Verlag: www.ecomed-meidzin.de/sj/sfp/startseite
Sucht aktuell. Fachverband Sucht. www.sucht.de
Addiction. Wiley-Blackwell. www.addictionjournal.org/
Addictive Behaviors. Elsevier. www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/471/description
Drug and Alcohol Dependence. Elsevier www.drugandalcoholdependence.com/
Jahrbuch Sucht. Geesthacht. Neuland
Dieses Buch erscheint jedes Jahr und gibt einen Überblick zu aktuellen Entwicklungen in Deutschland bzgl. Alkohol- und Drogenkonsum, Therapieangeboten, etc.

Außerdem informieren über aktuelle Entwicklungen im Internet die Fachgesellschaften und Organisationen:
DHS. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. www.dhs.de/
FVS. Fachverband Sucht www.sucht.de
GVS. Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche www.sucht.org
buss. Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. www.suchthilfe.de
fdr. Fachverband drogen und rauschmittel e.V. fdr-online.info

DBDD. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. www.dbdd.de/
EMCDDA. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. www.emcdda.europa.eu/
IFT – Institut für Therapieforschung. www.ift.de
WHO: hier erscheint jährlich der World Drug Report. www.unodc.org/wdr2019/ (demnächst: wdr2020)
AWMF Leitlinien. neben Abhängigkeiten auch Leitlinien für andere psychische Störungen. <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>

X Anhang

Anhang A

Zur Geschichte des Kokains, aus Le Monde, 2022.

„Am Morgen des 26. August 1859 beachtet im Hafen von Triest niemand das Bündel verkrüppelter Blätter, kaum 10 kg schwer, das aus dem Frachtraum des Dreimasters Novara geholt wird, unter den 26.000 exotischen Exemplaren, die von einer sagenhaften 551-tägigen Weltumsegelung mitgebracht wurden. Das Kaiserreich Österreich feiert die Rückkehr dieser wissenschaftlichen Expedition, deren Reichtümer bald in das Naturhistorische Museum in Wien einziehen werden, das derzeit in der Hauptstadt errichtet wird. Doch für den Chemiker Friedrich Wöhler ist der Blattsack, den die kaiserlichen Forscher nach unglaublichen Abenteuern in Bolivien zurückerhalten haben, viel wichtiger. Er ist ein Schatz, der in seinem Labor an der Universität Göttingen in Niedersachsen auf Herz und Nieren geprüft werden soll.

Der Wissenschaftler ruft Albert Niemann, den vielversprechendsten seiner Studenten, zu sich. Diesem 26-jährigen Schüler überträgt er die geheime Mission, die Geheimnisse des Kokablattes zu entschlüsseln.

Seine Dissertation, die bereits 1860 in der Zeitschrift Archiv der Pharmazie veröffentlicht wurde, eröffnete einen unendlichen Horizont für Experimente. In dieser Pflanze könnten die Heilmittel von morgen stecken.

Er starb am 19. Januar 1861 an einer Lungeninfektion durch das Senfgas, das er bei seinen Experimenten eingeatmet hatte. Die Akte "Kokain" liegt jedoch noch immer auf seinem Schreibtisch. Wilhelm Lossen, ein weiterer Schüler von Dr. Wöhler, übernimmt die Arbeit. Innerhalb weniger Monate bestimmt er die chemische Formel ihrer Entdeckung: $C_{17}H_{21}NO_4$. Die Kokablätter, die von den Bergbewohnern auf den Gipfeln der Anden gekaut wurden, waren nun auf ihr organisches Substrat reduziert.

Im Sommer 1883 dachte der deutsche Militärarzt Theodor Aschenbrandt sogar daran, mithilfe der Pflanze Übermenschen zu erschaffen. Während eines anstrengenden Marsches in der Hitze goss er Kokain in die Trinkflaschen von sechs erschöpften Soldaten. Die Ergebnisse zeigten einen enormen Energieschub. Effektiver und weniger schädlich, so Aschenbrandt, als Alkohol und kalter Kaffee. Er legte seine Ergebnisse in einem wissenschaftlichen Artikel dar, einem weiteren in der mittlerweile überbordenden Literatur.

Im Wiener Krankenhaus stellt der 28-jährige Neurologe Sigmund Freud all diese Schriften zusammen - vor allem die der Therapeutic Gazette, einer amerikanischen Publikation, in der die neue Substanz unermüdlich angepriesen wird. Freud ahnt, dass Kokain ihm die Anerkennung verschaffen könnte, die er verdient. Der ehrgeizige, von depressiven Episoden geplagte Freud, der unter finanziellen Problemen litt und sich von seiner Verlobten Martha Bernays entfremdet hatte, sah in der Droge einen Glücksfall.“

Simon Piel et Thomas Saintourens (2022). Les pionniers de la cocaïne sur les traces d'un produit à l'aura presque mystique. Publié le 15 août 2022 à 18h06 - Mis à jour le 16 août 2022 à 22h08. Zugriff am 31.8.2022 unter https://www.lemonde.fr/series-d-ete/article/2022/08/19/la-cocaine-star-de-la-mondialisation-et-drogue-phare-du-xxi-siecle_6138493_3451060.html

Anhang B

The Lost Weekend

Eine grobe Therapieplanung bzgl. der Film-Situation „The lost weekend“ (Billy Wilder, 1945)

S	O	R	C	
Alkohol in Wohnung	allgem. Grundkognition: ich bin überlegen Strategie: ich lasse mir nichts vorschreiben Sucht-Grundkognition: bessere Ideen durch Alkoholkonsum	1 Flasche Whiskey (C+: guter Geschmack, Wärme; verzögert C-Schuldgefühle)		Stimuluskontrolle
Geld zur Verfügung				Stimuluskontrolle
Arbeitsstörung			verdrängen der Probleme Ø	in Anlehnung an SQ3R Methode
angespannt, Leistungsdruck			Anspannung reduzieren Ø	Entspannungstraining, kogn. Umstrukturierung
Kontrolle des Bruders			verdrängen der Bevormundung Ø	Kommunikationstraining
fürsorgliche Freundin			verdrängen der Partnerprobleme Ø	Kommunikationstraining Freizeitplanung
Stammkneipe			Geborgenheit, soziale Zuwendung, C+	Alkoholfreie Kontakte aufbauen, alternative Gewohnheiten
Craving		Craving reduziert Ø	Alternativen (Sport, Freizeit, Gespräche)	
S delta: erfolgreich gearbeitet	allgem. Grundkognition: hoher Selbstwert durch berufliche Erfolge			kogn. Umstrukturierung

SQ3R (Francis P. Robinson, 1941)
Survey, Question, Read, Recite, Review

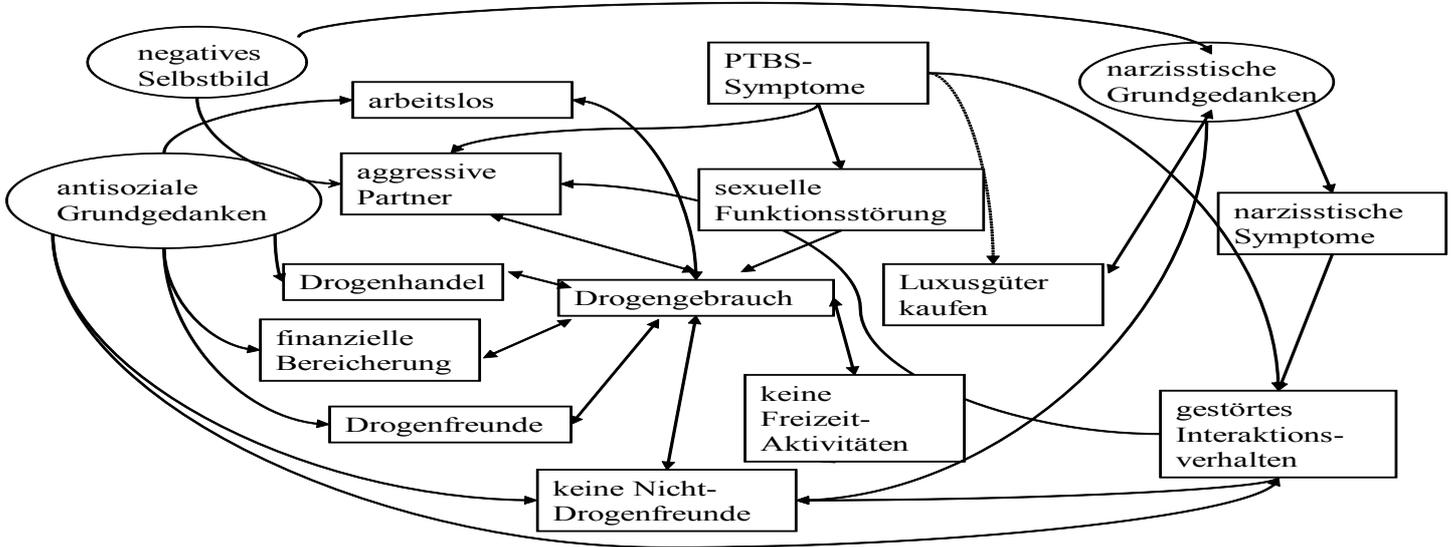
Anhang C

Beispiel für eine Problemanalyse (43, S. 408) nach dem Vorgehen von Haynes & O'Brien (83) und für den heuristischen Wert der Interventionsebenen bezogen auf Erkenntnis- und Handlungsentscheidungen (s. S. 23 oben).

Wir fühlten uns erschlagen von den vielen Problemen der drogenabhängigen Patientin mit in jeder Sitzung wechselnden Themen.

Eine an mehreren Behandlungszielen strukturiert vorgehende Behandlung war erst möglich, als wir alle Probleme der Patientin in einer Supervisionssitzung auf kleine unterschiedliche Karteikärtchen (je nach Abstraktionsgrad: Rechtecke, Raute, Kreis) schrieben, diese auf dem Fußboden verteilten und anschließend versuchten, sie nach Zusammenhängen zu ordnen. Erst durch die in der Abbildung dargestellten funktionalen Zusammenhänge, erkannten wir unter welcher starken Belastung die Patientin stand und konnten Ideen entwickeln, wie wir der Patientin helfen können. Hilfreich war auch unser Modell der Erkenntnis- und Handlungsentscheidungen (s. S. 23), da je nach Problem ein Wechsel zwischen den verschiedenen Ebenen notwendig war. Ebenso wie bei unserem Vorgehen bei der Auswertung der Verhaltensanalyse, bei den Rückfallmodellen, bei den Plananalysen haben wir dieses Modell der Patientin nicht „übergestülpt“, sondern sind entsprechend unserer philosophischen Orientierung sokratisch fragend vorgegangen, um unsere Hypothesen kontinuierlich zu überprüfen entsprechend dem TOTE Modell von Miller, Galanter & Pribram (1960) (84), (s. Skript Verhaltensanalyse - Therapieplanung, und (15, 81)). Am Anfang der Behandlung stehen nicht die Erklärungen, sondern die Fragen (S. 27).

Funktionale Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und Problemen



Vollmer, H.C. & Krauth, J. (2001). Therapie der Drogenabhängigkeit. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), Psychologische Therapie der Sucht (S. 395-438). Göttingen: Hogrefe

Rationalitätsmodell

nach Westmeyer 1987

Beantwortung diagnostischer oder therapeutischer Fragestellungen
(z.B. welche Interventionen nach einem Rückfall während der Behandlung)

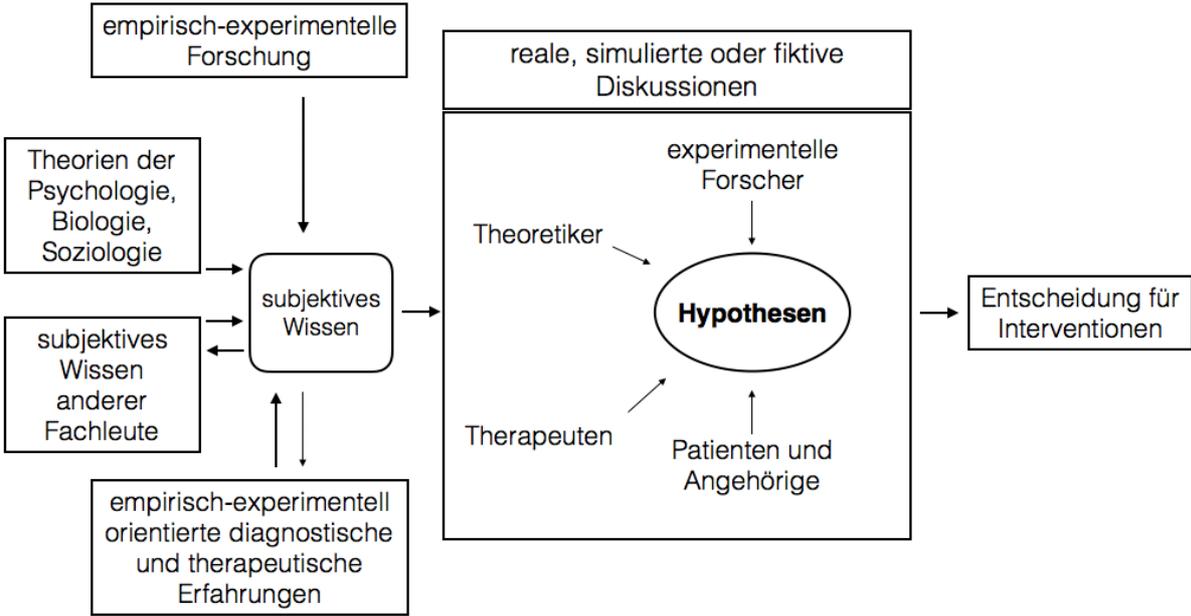


Abbildung aus: Vollmer, H.C. (1993) Therapie als kontinuierlicher Entscheidungsprozess. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H.C. Vollmer (Hrsg). Eingrenzung und Ausgrenzung. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht. S. 87

Anhang D

Mein Anspruch ist,

dass Psycholog*innen, die sich in der Halbzeit der
Psychotherapeut*innen-Ausbildung befinden,
nach meinem zweitägigen Seminar,
unter Supervision
Personen mit einer Diagnose ICD-10 F1 oder F63.0
erfolgreich behandeln können,
eine Erfolgsquote zwischen 30 - 60 % erreichen.

Um dieses Ziel zu erreichen,
werde ich Anregungen geben,
und nicht mehr als Anregungen:
- für therapeutische Strategien
und ich werde:
- über eigene Fehler berichten
- im Seminar Fehler provozieren

Zusammenhang zwischen Therapeut*innen-Verhalten und Ergebnis

■ positiv:
■ negativ:

Verhalten Therapeut*in:



langfristiges Ergebnis, DGSS4:

30 - 60 %



Ergebnisse, siehe Seite: 30 - 35

XI zitierte Literatur

Diese Liste ist noch nicht komplett und wird demnächst überarbeitet

- (1) Soyka, M. & Küfner, H. (2008). Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- (2) ICD-10-GM Version 2022. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/block-f10-f19.htm>
- (3) ICD-11, Entwurfsfassung. Verfügbar unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- (4) APA (2015). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe
- (5) Rumpf, H-J. et al. (2021). Vereinheitlichung der Bezeichnung für Verhaltenssüchte. *Sucht* 67 (4), 181-185.
- (6) DHS, Verfügbar unter: <https://www.dhs.de/suechte>
- (7) Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2019). Drogen- und Suchtbericht 2019. Zugriff am 24.8.2022 unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/drogen-und-suchtbericht-2019-1688896>
- (8) Vollmer, H.C. (1998). Wirkungen und Wirksamkeit der Therapie Drogenabhängiger. In Fachverband Sucht (Hrsg.), Suchttherapie unter Kostendruck. (S. 67-89). Geesthacht: Neuland.
Verfügbar unter:
[hl=de&as_sdt=0%2C5&q=Wirkungen+und+Wirksamkeit+der+Therapie+Drogenabhängiger&btnG=](https://www.vollmer.de/de&as_sdt=0%2C5&q=Wirkungen+und+Wirksamkeit+der+Therapie+Drogenabhängiger&btnG=)
- (9) Piel, S. & Saintourens, Th. (2022). La cocaïne, star de la mondialisation et drogue phare du XXI^e siècle. *Le Monde*, 19.8.2022. Zugriff am 31.8.2022 unter https://www.lemonde.fr/series-d-ete/article/2022/08/19/la-cocaine-star-de-la-mondialisation-et-drogue-phare-du-xxi-siecle_6138493_3451060.html
- (10) deepl Übersetzer: www.deepl.com
- (11) Vollmer, H.C. (1988). Die Behandlung Suchtkranker aus der Sicht der Verhaltenstherapie. In Heigl-Evers, A., Vollmer, H.C., Helas, I., Knischewski, E. (Hrsg). *Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Behandlung von Abhängigkeitskranken - Wege zur Kooperation?* (38-51). Kassel: Nicol Verlag
- (12) Vollmer, H. C., Ferstl, R., Ellgring, H. (1992). Individualized behavior therapy for drug addicts. In G. Bühringer, Platt, J.J. (Ed.), *Drug addiction treatment research* (pp. 333-352). Malabar: Krieger.
- (13) Schulte, D. (1974). Der diagnostisch-therapeutische Prozeß in der Verhaltenstherapie. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 60-73). München: Urban & Schwarzenberg.
- (14) Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1974) Verhaltenstheoretische Diagnostik. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 24-59). München: Urban & Schwarzenberg.
- (15) Schulte, D. (1974). Ein Schema für Diagnose und Therapieplanung in der Verhaltenstherapie. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 75-104). München: Urban & Schwarzenberg.
- (16) Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: The Free Press.
- (17) Vollmer, H.C. (1997). Selbstregulationsprozesse in ihrer Dynamik und Vernetzung als therapeutische Wirkvariablen. In A. Heigl-Evers, I. Helas, H.C. Vollmer (Hrsg.). *Die Person des Therapeuten in der Behandlung Suchtkranker* (S. 28-63). Göttingen Vandenhoeck & Ruprecht.
- (18) Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. Malabar: Krieger.
- (19) Witkiewitz, K. & Marlatt, G.A. (2007a). Overview of relapse prevention. In K. Witkiewitz & G.A. Marlatt (Eds.), *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (pp. 3-17). Amsterdam: Elsevier.
- (20) Vollmer, H.C. & Domma-Reichart, J. (2010). *Bauplan der Abstinenz III*. Zugriff am 31.8.2022, verfügbar unter <https://www.vollmer.site/bauplan-abstinenz.pdf>

- (21) Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. et al. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.
- (22) Vollmer, H.C. (2000). Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen (55-70)*. Stuttgart: Thieme.
- (23) Vollmer, H.C., Ferstl, R., Leitner, A. (1989). Der Rückfallprozess bei Drogenabhängigen aus lerntheoretischer Sicht. In H. Watzl & R. Cohen (Hrsg.) *Rückfall und Rückfallprophylaxe (S. 53-69)*. Berlin: Springer.
- (24) Jellinek, E.M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*, New Haven: Hillhouse.
- (25) Solomon, R. L., & Corbit, J. D. (1974). An opponent-process theory of motivation: I. Temporal dynamics of affect. *Psychological Review*, *81*(2), 119–145. <https://doi.org/10.1037/h0036128>
- (26) Goldiamond, I. (1965). Self-control procedures in personal behavior problems. *Psychological Reports*, *17*, 851-868
- (27) Grawe, K. (1980). Die diagnostisch-therapeutische Funktion der Gruppeninteraktionen in verhaltenstherapeutischen Gruppen. In: K. Grawe (Hrsg.) *Verhaltenstherapie in Gruppen (S. 88-223)*. München : Urban & Schwarzenberg.
- (28) Janis, I.L. & Mann, L. (1977). *Decision making*. New York. The Free Press.
- (29) Vollmer, H.C. (2017). Suchtspezifische Psychotherapie. Verfügbar unter <https://www.vollmer.site/sucht-interventionen.pdf>
- (30) Lindenmeyer, J., Hrsg. (2021a). *Therapietools Gruppentherapie (Vol. 2)*. Weinheim: Beltz.
- (31) Lindenmeyer, J., Hrsg. (2021b). *Therapietools Gruppentherapie (Vol. 1)*. Weinheim: Beltz.
- (32) Cummings, C., Gordon, J.R. & Marlatt, G.A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. In W.R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors (pp. 291-321)*. New York: Pergamon Press.
- (33) Vollmer, H. (1982). Verhaltenstherapeutische Standardmethoden für die Behandlung junger Alkoholabhängiger. In H. Vollmer & S. Kraemer (Hrsg.). *Ambulante Behandlung junger Alkoholabhängiger (S. 109-196)*. München: Gerhard Röttger.
- (34) Vollmer, H.C. & Domma, J. (2005). Verhaltenstherapie. In R. Thomasius & U.J. Küstner (Hrsg.). *Familie und Sucht (S. 135-145)*. Stuttgart: Schattauer.
- (35) Kufner, H., Feuerlein, W. (1989). *In-patient-treatment for alcoholism. A multi-centre evaluation study*. Berlin: Springer.
- (36) Vollmer, H.C. & Domma-Reichart, J. (2012). Drogenabhängigkeit: Die ausgegrenzte Sucht. *Psychotherapie im Dialog*, *13* (4), 36-38.
- (37) Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012, 5. Aufl.). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer
- (38) Vollmer, H.C. (1989). Motivation und Willensstärke im Urteil opiatabhängiger Patienten und deren Therapeuten. *Suchtgefahren*, *35*, 281-288.
- (39) Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing*. New York: Guilford.
- (40) Meyers, R.J. & Miller, W.R. (2001). *A community reinforcement approach to addiction treatment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (41) Ayllon, T., Azrin, N.H. (1968) *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- (42) Homme, L.E. Contiguity Theory and Contingency Management. *Psychological Record* *16*, 233–241 (1966). <https://doi.org/10.1007/BF03393664>

- (43) Vollmer, H.C. & Krauth, J. (2001). Therapie bei Drogenabhängigkeit. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 395-438). Göttingen: Hogrefe.
- (44) DRV Bund (2016). Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Retrieved from https://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_rehatherapiestandards/Alkohol/rts_alkohol_download.pdf?__blob=publicationFile&v=18
- (45) Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, G.A. (2012). Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Weinheim: Beltz
- (46) Rinck, M., Wiers, R. W., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2018). Relapse prevention in abstinent alcoholics by cognitive bias modification: Clinical effects of combining approach bias modification and attention bias modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(12), 1005–1016. <https://doi.org/10.1037/ccp0000321>
- (47) Conklin, C. A., & Tiffany, S. T. (2002). Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction, 97*(2), 155-167.
- (48) Rimm, D. & Masters, J. (1974) *Behavior Therapy: techniques and empirical findings*. New York Academic Press.
- (49) Cautela, J.R. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports, 20*(2):459-68. doi: 10.2466/pr0.1967.20.2.459.
- (50) Voegtlin, W. L., & Lemere, F. (1942). The treatment of alcohol addiction: a review of the literature. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 2*, 717–803.
- (51) Lemere, F. & Voegtlin, W.L. (1950). An evaluation of the aversion treatment of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 11*, 199-204.
- (52) Böning, J. (2002). Neuropsychobiologische Aspekte des Suchtgedächtnisses und ihre Bedeutung für störungsspezifische Therapiekonzepte. In A. Heigl-Evers, I. Helas, H.C. Vollmer, U. Büchner (Hrsg.). *Therapie bei Sucht und Abhängigkeiten* (S. 29-45). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- (53) AWMF S3-Leitlinie (2020). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-0011_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf
- (54) Feuerlein, W., Kufner, H., Ringer, C. Antons-Volmerg, K. (1999). *Münchener Alkoholismus-Test*. Göttingen: Beltz
- (55) Lindenmeyer J. (2013). *Ich bin kein Alkoholiker! Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemen*. Berlin: Springer
- (56) Lindenmeyer, J. & Brandes, C. (2003). Deutsche Version des drug taking confidence questionnaire für Alkoholabhängige. In J. Lindenmeyer (2013). *Ich bin kein Alkoholiker! Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemen* (S. 154-157). Berlin: Springer.
- (57) Vollmer, H. C. & Domma, J. (2018). Selbstwirksamkeitserwartung, psychische Belastung und Therapieerfahrung als Prädiktoren der Abstinenz nach stationärer Behandlung - eine Replikationsstudie. *Sucht, 64*(4), 197-205. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000551>
- (58) AWMF Leitlinien zu Tabakabhängigkeit (2021). Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-0061_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf S. 243
- (59) DGS Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht 47*: Sonderheft 2
- (60) Lange, N., Neeb, K., Parusel, F., Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R. et al. (2018). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese der Entlassjahrgangs 2015 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell, 25*(1), 87-94.
- (61) Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Funke, W., & Kemmann, D., et al. (2019). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2016 von Fachkliniken

für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 26(1), 34-50. Retrieved from https://www.sucht.de/files/pdf/sucht_aktuell/2019-1/Katamnese%20Alkohol_Medikament%20EJ%202016.pdf

(62) Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Funke, W., Kemmann, D., Kersting, S., Klein, T., et al. (2021). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2018 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 21(1), 69-83.

(63) Krampe, H. et al. (2006). Follow-up of 180 alcoholic patients for up to 7-years after outpatient treatment: impact of alcohol deterrents on outcome. *Alcoholism, Clinical & Experimental Research* 30 (19), 86-95. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00013.x>

(64) Vollmer, H. et al. (1982). Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung junger Alkoholabhängiger. In H. Vollmer & S. Kraemer (Hrsg.). *Ambulante Behandlung junger Alkoholabhängiger* (S. 45-78) München: Röttger.

(65) Körkel, J. (2021) *Kontrolliertes Trinken. So reduzieren sie ihren Alkoholkonsum*, TRIAS, Stuttgart: Thieme, ISBN 978-3432112794.

(66) Kemmann, D. et al. (2022). Effektivität der stationären abstinenz- orientierten Drogenrehabilitation FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2019 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. *Sucht Aktuell* 22 (1), 52-59.

(67) De Jong, R. & Henrich, G. (1978). Ergebnisse eines stationären Programms zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger: Katamnesen nach einem bzw. zwei Jahren. In R. de Jong & G. Bühringer (Hrsg.). *Ein verhaltenstherapeutisches Steufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen* (S. 281-310). München: Röttger.

(68) Hoch, E. & Preuss, U.W. (2021). Cannabis, Cannabinoide und Cannabiskonsumstörungen. *Suchttherapie* 22 (4), 201-216. DOI: 10.1055/a-1226-2504. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0847-9296.pdf>

(69) Vollmer, H.C. & Domma, J. (2018). Selbstwirksamkeitserwartung, psychische Belastung und Therapieerfahrung als Prädiktoren der Abstinenz nach stationärer Behandlung - eine Replikationsstudie. *Sucht* 64 (4), 197-205.

(70) Vollmer, H. C. & Domma, J. (2020). Différence de réussite au traitement hospitalier entre dépendants à l'alcool et dépendants aux drogues illicites: une étude de reproductibilité. *L'Encéphale*, 46(2), 102-109. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.09.008>

(71) Vollmer, H.C. & Domma, J. (2021). Alters- und geschlechtsspezifische Prädiktoren für Abstinenz. *Sucht* 67 (3), 131-141.

(72) Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE Questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening Instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131:1121-3.

(73) Dhalla, S. & Kopec, J.A. (2007). The CAGE Questionnaire for alcohol misuse: A Review of reliability and validity studies. *Clinical and Investigative Medicine* 30 (1), 33-41. DOI: 10.25011/cim.v30i1.447

(74) Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G., & World Health Organization. (2001). *AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care* (No. WHO/MSD/MSB/01.6 a). World Health Organization.

(75) Körkel, J., Schindler, C., & Hannig, J. (1998). Die Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit (HEISA-16 und HEISA-38). *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version, 2.*

(76) Körkel J, Schindler C. Der „Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit (KAZ-35). Frankfurt Swets/Wien; Dr. Schuhfried 2000

(77) Domma, J. & Vollmer, H.C. SE-AD. (2015). Selbstwirksamkeits-Erwartung für Alkohol- und Drogenabstinenz. Salus Klinik, Hürth. Unveröffentlicht.

(78) Horváth, Z., Nagy, L., Koós, M., Kraus, S. W., Demetrovics, Z., Potenza, M. N., ... & Böthe, B. (2023). Psychometric properties of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) across cross-cultural subgroups, genders, and sexual orientations: Findings from the International Sex Survey (ISS). *Comprehensive psychiatry*, 127, 152427.

- (79) Westmeyer, H. (1987): Möglichkeiten der Begründung therapeutischer Entscheidungen. In: Caspar, F. (Hrsg.), *Problemanalyse in der Psychotherapie*. dgvt-Verlag, Tübingen, 20-31.
- (80) Margraf, J., Cwik, J. C., Suppiger, A. & Schneider, S. (2017). DIPS Open Access: Diagnostic Interview for Mental Disorders. [DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen.] Bochum: Mental Health Research and Treatment Center, Ruhr-Universität Bochum. Doi: 10.13154/rub.100.89.
- (81) Vollmer, H.C. (1993). Therapie als kontinuierlicher Entscheidungsprozess. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H.C. Vollmer (Hrsg.), *Eingrenzung und Ausgrenzung* (67-100). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- (82) Bernard Pivot dans L'Émission spéciale Bernard Pivot. La grande librairie (S16) de 8.5.2024 sur France 5 (de 1.02.00 à 1.05.00). Zugriff am 28.5.2024: <https://www.france.tv/france-5/la-grande-librairie/5988240-speciale-bernard-pivot.html>
- (83) Haynes, S.N. & O'Brien, W.H. (1999). Principles and practice of behavioral assessment. Kleiwer Academic Press.
- (84) Miller, G.A., Galanter, E. & Pribram, K.H. (1960). Plans and the structure of behavior. New York: Holt, Rinehart & Winston.