



Monika Vogelgesang, Petra Schuhler (Hrsg.)

# Psychotherapie der Sucht

Methoden, Komorbidität und klinische Praxis

3. erweiterte und aktualisierte Auflage





**Monika Vogelgesang, Dr. med.**

*Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Zusatzbezeichnung: Sozialmedizin, Rehabilitationswesen, Psychotherapie.*

*Abgeschlossene Ausbildungen in verhaltenstherapeutischer Einzel- und Gruppentherapie, Tiefenpsychologie und EMDR.*

*Dozentin, Supervisorin und Prüferin in Verhaltenstherapie, Lehrbeauftragte der Universität des Saarlandes, der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen und der Hochschule für Wirtschaft und Soziales in Saarbrücken.*

*Seit 2001 Chefärztin der AHG Klinik Münchwies.*

*Veröffentlichungen insbesondere aus folgenden Gebieten: Substanzabhängigkeit, interpersonelle Dependenz, Anorexie/Bulimie, pathologisches Glücksspielen, frauenspezifische Therapie.*



**Petra Schuhler, Dr. phil.**

*Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin*

*Leitende Psychologin an der AHG Klinik Münchwies, Zentrum für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Suchtmedizin.*

*Abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildungen in wissenschaftlicher Gesprächspsychotherapie bei der GwG Köln, in Verhaltenstherapie am IFKV Bad Dürkheim (Einzel- und Gruppentherapie), lehranalytische Ausbildung am DPV-Institut Heidelberg.*

*Dozentin, Lehrtherapeutin und Supervisorin an den staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten in klinischer Verhaltenstherapie beim IVV Berus, SIAP Saarbrücken und in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie beim SITP Saarland.*

*Zahlreiche Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und Buchpublikationen.*

*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: schädlicher Gebrauch von Alkohol und suchtpotenten Medikamenten, Persönlichkeitsstörungen mit komorbider Suchterkrankung, pathologischer PC-/Internet-Gebrauch, nicht-konfrontative Motivierungsstrategien.*

*Monika Vogelgesang & Petra Schuhler (Hrsg.)*

# Psychotherapie der Sucht

*Methoden, Komorbidität  
und klinische Praxis*

*3. erweiterte und aktualisierte Auflage*



PABST SCIENCE PUBLISHERS  
Lengerich

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

***Korrespondenzadresse:***

*Dr. med. Monika Vogelgesang*

*Chefärztin*

*AHG Klinik Münchwies*

*Turmstraße 50-58*

*D-66540 Neunkirchen*

*E-Mail: [mvogelgesang@ahg.de](mailto:mvogelgesang@ahg.de)*

© 2016 PABST SCIENCE PUBLISHERS · D-49525 Lengerich

Internet: [www.pabst-publishers.de](http://www.pabst-publishers.de)

E-Mail: [pabst@pabst-publishers.de](mailto:pabst@pabst-publishers.de)

Print: ISBN 978-3-95853-239-7

eBook: ISBN 978-3-95853-240-3 ([www.ciendo.com](http://www.ciendo.com))

Formatierung:  $\mu$

Druck: KM-Druck · D-64823 Groß-Umstadt

# Inhalt

Vorwort der Herausgeberinnen zur 3. Auflage .....	11
Vorwort der Herausgeberinnen (2. Auflage) .....	13
Vorwort der Herausgeberinnen (1. Auflage) .....	15

## I Elemente/Aspekte der Suchttherapie

<b>Elemente der Suchttherapie – Im Spannungsfeld zwischen Tradition und Innovation .....</b>	<b>21</b>
Monika Vogelgesang	
1 Entwicklung wesentlicher Elemente der Suchttherapie .....	21
2 Neuere bislang nicht ausreichend validierte Vorgehensweisen .....	39
3 Prävention, Motivation, Therapie schädlichen Gebrauchs und Harm-Reduction .....	43
Literatur .....	46

<b>Psychotherapie bei Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit: Motivation und Motivierung .....</b>	<b>55</b>
Jörg Petry	
1 Der Motivationsbegriff innerhalb der Suchttherapie .....	55
2 Das Konfliktmodell .....	57
3 Die motivierende Gesprächsführung .....	59
4 Das Handlungsmodell .....	62
5 Die motivierende Beratung .....	64
Literatur .....	67

<b>Psychotherapie bei Medikamentenabhängigkeit .....</b>	<b>71</b>
Horst Baumeister	
1 Problemstellung .....	71
2 Charakteristika der Medikamentenabhängigkeit .....	73
3 Diagnostik .....	79
4 Indikation und therapeutische Zielsetzung .....	80
5 Gruppeninterventionsprogramm .....	81
Literatur .....	85

<b>Frauenspezifische Aspekte der Suchttherapie .....</b>	<b>89</b>
Monika Vogelgesang	
1 Problemstellung und Epidemiologie .....	89
2 Theoriemodelle .....	89
3 Komorbidität .....	94
4 Setting .....	94
5 Frauenspezifische Gruppen in der Suchttherapie .....	94
Literatur .....	99

<b>Psychotherapie bei mannerspezifischen Aspekten der Abhängigkeitserkrankung</b> .....	103
Peter Kagerer	
1 <b>Problemstellung</b> .....	103
2 <b>Modelle</b> .....	104
3 <b>Diagnostik</b> .....	113
4 <b>Indikation</b> .....	114
5 <b>Behandlung: Mannerspezifische Gruppen in der Suchttherapie</b> .....	114
<b>Literatur</b> .....	118
<b>Arbeitsplatzprobleme und Sucht</b> .....	121
Horst Baumeister	
1 <b>Einleitung</b> .....	121
2 <b>Arbeitswelt, Sinnverstehen und Gesundheitsrisiken</b> .....	122
3 <b>Kosten des arbeitsplatzbezogenen Stresses</b> .....	124
4 <b>Stress am Arbeitsplatz und seine Folgen für Gesundheit bzw. Krankheit</b> .....	124
5 <b>Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen</b> .....	128
6 <b>Behandlungskonzept Problembewältigung am Arbeitsplatz</b> .....	132
7 <b>Zusammenfassung der therapeutischen Zielsetzungen</b> .....	137
8 <b>Integrierte psychotherapeutische Angebote</b> .....	138
9 <b>Evaluation</b> .....	138
10 <b>Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben in der Entwöhnungsbehandlung</b> .....	139
<b>Literatur</b> .....	140

## II Methodische Zugänge

<b>Kognitive Verhaltenstherapie</b> .....	145
Monika Vogelgesang	
1 <b>Das kognitive Modell der Sucht</b> .....	145
2 <b>Grundelemente der kognitiven Verhaltenstherapie bei Suchterkrankungen</b> .....	148
3 <b>Kognitive Umstrukturierung</b> .....	157
4 <b>Ausgewählte Therapietechniken</b> .....	160
5 <b>Schlussbemerkungen</b> .....	169
<b>Literatur</b> .....	170
<b>Der personenzentrierte Ansatz</b> .....	173
Wolfgang Bensele	
1 <b>Der personlichkeitstheoretische Ansatz der Gesprachpsychotherapie</b> .....	173
2 <b>Das therapeutische Vorgehen in der Suchtbehandlung</b> .....	177
3 <b>Die Bedeutung der Gruppe in der personenzentrierten Suchttherapie</b> .....	187
<b>Literatur</b> .....	191
<b>Korperorientierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen</b> .....	195
Ernst Kern	
1 <b>Der Körper in der Psychotherapie</b> .....	195
2 <b>Ein Entwicklungsmodell für körperorientierte Therapieverläufe</b> .....	197
3 <b>Suchterkrankungen als Bruche in der Selbstentwicklung</b> .....	198
4 <b>Schwerpunkte in der körperorientierten Psychotherapie von Suchterkrankungen</b> .....	201
5 <b>Schlussbemerkung</b> .....	217
<b>Literatur</b> .....	217

<b>Imaginative Verfahren in der Suchttherapie</b> .....	221
Monika Vogelgesang	
1 <b>Imagination als psychotherapeutische Technik</b> .....	221
2 <b>Anwendung imaginativer Verfahren in der Suchttherapie</b> .....	222
<b>Literatur</b> .....	239
<b>III Therapeutische Ansätze und Programme bei Sucht und psychischer Komorbidität</b>	
<b>Zur Komorbidität bei Suchterkrankungen</b> .....	241
Monika Vogelgesang	
1 <b>Einleitung</b> .....	241
2 <b>Epidemiologie</b> .....	242
3 <b>Funktionalitäten</b> .....	243
4 <b>Therapie</b> .....	245
<b>Literatur</b> .....	249
<b>Suchterkrankung mit komorbider depressiver Störung</b> .....	251
Petra Schuhler	
1 <b>Einleitung</b> .....	251
2 <b>Diagnostik depressiver Störungen</b> .....	253
3 <b>Funktionale Analyse: Suchterkrankung und depressive Störung</b> .....	254
4 <b>Das psychotherapeutische Programm bei Suchtmittelabhängigkeit mit komorbider depressiver Störung</b> .....	257
<b>Literatur</b> .....	267
<b>Suchterkrankung mit komorbider Angststörung</b> .....	271
Petra Schuhler	
1 <b>Diagnostische Kriterien und Komorbidität</b> .....	271
2 <b>Das psychotherapeutische Programm bei Suchterkrankung mit komorbider Angststörung</b> .....	273
<b>Literatur</b> .....	289
<b>Psychotherapie bei Suchterkrankung und komorbider Persönlichkeitsstörung</b> .....	291
Petra Schuhler	
1 <b>Einleitung</b> .....	291
2 <b>Krankheitsbild und psychogenetische Entwicklungsfaktoren</b> .....	293
3 <b>Diagnostik</b> .....	298
4 <b>Indikation</b> .....	300
5 <b>Kompetenzorientierung, Beziehungserfahrungen, dysfunktionale Grundannahme, maladaptive sozial-interaktive Strategie und Suchtmittelkonsum im Selbstregulationssystem: Eine Übersicht</b> .....	305
6 <b>Der Aufbau der Therapie</b> .....	309
<b>Literatur</b> .....	319
<b>Psychotherapie bei Trauma und Sucht</b> .....	323
Monika Vogelgesang	
1 <b>Traumadefinition</b> .....	323
2 <b>Symptomatik</b> .....	324
3 <b>Risikofaktoren</b> .....	324
4 <b>Epidemiologie</b> .....	325
5 <b>Zusammenhänge zwischen Traumatisierung und Substanzkonsum</b> .....	325

6	Traumaverarbeitung .....	326
7	Traumaverarbeitung und Substanzkonsum .....	329
8	Therapieationale .....	329
9	Die therapeutische Beziehung .....	330
10	Etablierung von Sicherheit .....	332
11	Ressourcenstärkung .....	333
12	Das Gruppenangebot: Traumaspezifische Stabilisierung .....	334
13	Konfrontative Elemente .....	335
14	Kognitive Therapie .....	336
15	Gruppenprogramm für Patienten mit sexuellen Gewalterfahrungen ..	337
16	Problematisierung von Schuldgefühlen .....	339
17	Exposition .....	340
18	Sport- und Bewegungstherapie .....	340
19	Forschungsprojekt .....	340
	Literatur .....	341

**Psychotherapie bei chronischer Schmerzkrankheit und Analgetikaabhängigkeit .....** 343

Horst Baumeister

1	Zur Phänomenologie chronischer Schmerzen .....	343
2	Epidemiologische Daten .....	344
3	Patientenkarrieren .....	345
4	Entstehungsbedingungen .....	346
5	Therapie .....	347
6	Zusammenfassende Schlussfolgerung .....	357
	Literatur .....	357

**Psychotherapie aggressiver Impulsdurchbrüche bei Abhängigkeitserkrankungen .....** 361

Monika Vogelgesang

1	Problemstellung .....	361
2	Behandlung: Strukturelle Merkmale des Münchwieser Gruppenprogramms für Substanzabhängige mit aggressiven Impulsdurchbrüchen .....	364
3	Zielerreichung .....	372
4	Besondere Problemstellungen .....	373
	Literatur .....	374

**IV Störungen mit Schnittmengen zur Sucht**

**Phänomenologie, Theorie und Klassifikation von psychischen Störungen mit Schnittmengen zur Sucht .....** 377

Monika Vogelgesang,

1	Einleitung .....	377
2	Diagnostische Einordnung .....	377
3	Neurobiologische Grundlagen .....	379
4	Sonderfall „schädlicher Substanzgebrauch“ .....	382
5	Störungen mit exzessivem Verhalten .....	383
6	Therapeutische Implikationen .....	387
	Literatur .....	387

**Psychotherapie bei pathologischem Glücksspielen und Abhängigkeitserkrankung .....** 389

Jörg Petry

1	Problemstellung .....	389
2	Theoretische Modelle .....	391



3 Diagnostik und Erfolgsbeurteilung .....	395
4 Indikation .....	396
5 Behandlung .....	397
6 Erfolgskontrolle .....	403
Literatur .....	405

### **Anorexia/Bulimia nervosa und Substanzabhängigkeit:**

<b>Theorie und Therapie</b> .....	411
-----------------------------------	-----

Monika Vogelgesang & Johanna Meyer-Gutknecht

1 Problemstellung, Verläufe und bevorzugte Suchtmittel bei Essstörungen .....	411
2 Theoriemodelle zur Komorbidität von Abhängigkeitserkrankungen und Anorexia nervosa/Bulimia nervosa .....	415
3 Diagnostik und Erfolgskontrolle .....	418
4 Indikation .....	419
5 Behandlung .....	419
6 Evaluationsergebnisse .....	435
Literatur .....	437

### **Adipositasbehandlung unter Beachtung**

<b>suchttherapeutischer Aspekte</b> .....	443
---	-----

Monika Vogelgesang, Manfred Gortner & Ernst Ott †

1 Einleitung .....	443
2 Definitionen .....	444
3 Epidemiologie .....	445
4 Folgen .....	445
5 Ursachen/Aufrechterhaltung .....	446
6 Therapeutische Vorgehensweisen .....	449
Literatur .....	461

### **Schädlicher Gebrauch von Alkohol und suchtpotenten Medikamenten in Abgrenzung zu Suchterkrankungen**

<b>in Diagnose und Therapie</b> .....	463
---------------------------------------	-----

Petra Schuhler

1 Einleitung .....	463
2 Diagnose des schädlichen Gebrauchs von Alkohol und suchtpotenten Medikamenten auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells .....	463
3 Entwicklung des spezifisch-differenzierenden Ansatzes in Diagnose und klinischer Exploration .....	467
4 Merkmale der Patientengruppe mit schädlichem Gebrauch von Alkohol und suchtpotenten Medikamenten .....	468
5 Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell des schädlichen Gebrauchs von Alkohol und suchtpotenten Medikamenten .....	470
6 Nicht-konfrontative Motivierungsstrategien zum Aufbau von Problemeinsicht und Veränderungsmotivation .....	473
7 Exploration der Funktionalität .....	478
8 Aufbau, Methoden und Techniken des therapeutischen Vorgehens ....	478
Literatur .....	489

### **Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch:**

<b>Diagnostische Einordnung als Beziehungs- und Verhaltensstörung und therapeutische Vorgehensweise</b> .....	493
---	-----

Petra Schuhler & Holger Feindel

1 Einleitung .....	493
2 Erscheinungsbild mit Fallvignetten .....	494
3 Diagnostische Kriterien .....	496
4 Fallbeispiele .....	498

5	Therapeutische Vorgehensweise: Spezifische Methoden und Techniken .....	502
6	Therapieelemente .....	506
7	Ausblick .....	515
	Literatur .....	515
	<b>Autorenverzeichnis .....</b>	<b>517</b>

# Vorwort der Herausgeberinnen zur 3. Auflage

Ein Jahrzehnt nach ihrer Ersterscheinung und fünf Jahre nach der überarbeiteten zweiten Auflage war es sinnvoll, die „Psychotherapie der Sucht“ erneut zu aktualisieren.

Hierbei erfolgte eine Anpassung an neue Erkenntnisse und eine kritische Auseinandersetzung mit aktuellen Themenbereichen.

Unter Beibehaltung unseres Schwerpunktes der spezifischen Behandlung von Sucht und komorbiden Störungen haben wir in dieser Auflage die psychischen Störungen mit Schnittmengen zu Suchterkrankungen expliziert und erweitert, zum Beispiel um den pathologischen PC-/Internetgebrauch.

Dies machte unter anderem eine Neuordnung unserer Kapitelfolge erforderlich.

Es war unser Bestreben, auch mit dieser Überarbeitung unserer Tradition zu folgen, jahrzehntelange Erfahrungen im Bereich der Suchttherapie mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen abzugleichen und auf dieser Basis einen differenzierten Beitrag zum Diskurs hinsichtlich einer nachhaltig erfolgreichen Psychotherapie der Sucht und angrenzender Gebiete zu leisten.

Besonders bedanken möchten wir uns bei den Autoren der einzelnen Kapitel, die die Überarbeitung ihrer Bereiche mit großem Sachverstand verfolgt haben, sowie bei unseren PatientInnen, ohne die dieses praxisorientierte Werk nicht denkbar wäre.

Münchwies, im Juni 2016

**Monika Vogelgesang und Petra Schuhler**



# Vorwort der Herausgeberinnen (2. Auflage)

Die guten Rückmeldungen, die wir bezüglich der ersten Auflage dieses Buches erhielten, gingen nicht selten mit der Frage einher, wieso keine Kapitel über die Komorbidität von Sucht und Angst bzw. depressiven Störungen vorlagen. Da es sich hierbei um sehr häufige Konstellationen handelt, haben wir diese Anregungen gerne aufgegriffen und die zweite Auflage entsprechend erweitert. Vor die Darstellung der Behandlung von Suchterkrankungen und spezifischen komorbiden Störungen wurde nun ein Kapitel gestellt, welches generell das Phänomen der psychischen Begleiterkrankungen bei Substanzabhängigkeit aus verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet. Darüber hinausgehend erschien es uns sinnvoll, der Traumatherapie bei SuchtpatientInnen geschlechtsübergreifend ein eigenes Kapitel zu widmen. Die Herausnahme dieses Bereiches aus dem Kapitel für frauenspezifische Behandlungsansätze schuf hier den notwendigen Raum für die Darstellung weiterer wesentlicher Aspekte. Die Adipositas nimmt in unserem Kulturkreis epidemieartig zu, gleichzeitig verbreitet sich jedoch, wegen der mangelnden Nachhaltigkeit der üblichen Behandlungskonzepte, eine resignative Haltung. Vor diesem Hintergrund besteht ein großes Interesse, mehr über den Münchwieser Therapieansatz zu erfahren, der bei bestehender gravierender Adipositas auch dann suchtherapeutische Elemente mit einschließt, wenn bei den Betroffenen keine Substanzabhängigkeit vorliegt. Auf der Grundlage der Inhalte der ersten Auflage wurde im Sinne einer umfassenderen Darstellung dieses Kapitel vollkommen neu geschrieben.

Münchwies, im Juli 2010

**Monika Vogelgesang und Petra Schuhler**



# Vorwort der Herausgeberinnen (1. Auflage)

Vor noch nicht allzu langer Zeit verband man noch Begriffe wie „Aufbewahrung“ oder „Aussonderung“ mit den Maßnahmen, die man Süchtigen angedeihen ließ. Die Prognose bezüglich einer hierdurch zu erzielenden Besserung des Leidens wurde gemeinhin als schlecht bis hoffnungslos eingestuft. Die Psychotherapie hatte sich sozusagen resigniert von der Sucht abgewandt.

In der jüngeren Vergangenheit hat sich bezüglich des Ansehens der Suchttherapie ein erstaunlicher Wandel vollzogen. Aus dem einstigen Problemkind wurde unversehens der Klassenprimus.

Interessanterweise führte gerade das altradierte Misstrauen, das man dem Suchtbehandlungsbereich entgegengebracht hatte, dazu, dass man hier, lange bevor der Begriff der evidenzbasierten Medizin bekannt wurde, damit begann großangelegte, umfassende und kontinuierliche Katamneseuntersuchungen durchzuführen. Diese belegten dann die weltweit führende Effektivität der Suchttherapie in der deutschen Rehabilitation.

Die Ursachen dieses Erfolges sind sicher vor allem darin begründet, dass die Suchttherapie in der medizinischen Rehabilitation einen idealen, ihrem bio-psycho-sozialen Bedingungsgefüge entsprechenden Nährboden fand. Sie nimmt die Lebenswirklichkeit des Einzelnen, seine soziale Umwelt, die Arbeitsbedingungen, den Freizeitbereich und dort sowohl pathogene wie salutogenetische Faktoren in den Blick. Hier wurde eine Komposition differenzierter therapeutischer Vorgehensweisen eingesetzt, spezifische suchttherapeutische Vorgehensweisen wurden elaboriert, aber auch Techniken der Allgemeinpsychotherapie wurden auf ihre Tauglichkeit für die Suchtbehandlung überprüft und angepasst.

Inzwischen ist der Austausch zwischen Psychotherapie und Suchttherapie schon lange nicht mehr einseitig. Suchttherapeutische Vorgehensweisen und Konstrukte, so z.B. gruppentherapeutische Vorgehensweisen und das Prinzip der Eigenverantwortlichkeit, haben auch andere Psychotherapiefelder bereichert.

Die Psychosomatische Fachklinik Münchwies hat seit ihrer Gründung im Jahre 1977 die Entwicklung hin zu einer hochprofessionellen, wissenschaftlich fundierten Suchttherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation mitgemacht und vielfach auch initiiert. In dem vorliegenden Band stellen langjährige MitarbeiterInnen des Hauses hier entwickelte bzw. an die Suchttherapie adaptierte Therapieverfahren vor,

die sich in der Praxis sehr gut bewährt haben. Eingeordnet in einen wissenschaftlich konzeptuellen Hintergrund leben die Beiträge aus dieser praktischen Erfahrung. Dies soll es den in der Suchttherapie Tätigen ermöglichen, die dargestellten Vorgehensweisen praktisch einzusetzen.

Das Werk erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wir entscheiden uns dafür, lieber ausgewählte Behandlungsbereiche ausführlicher darzustellen, als für eine möglichst umfassende, aber deshalb notgedrungen nur knappe Auflistung der gesamten Palette suchtherapeutischer Vorgehensweisen.

Die dargestellten Maßnahmen sind auf die Münchwieser Klientel zugeschnitten, d.h. ausreichend bis gut gebildete erwachsene Männer und Frauen aus der Mittelschicht. Insofern repräsentieren die Betroffenen soziodemographisch die Majorität der Süchtigen in Deutschland. Allerdings liegt sicher insofern eine Abweichung zu dieser „stillen Mehrheit“ der Süchtigen vor, als bei den Münchwieser Suchtpatienten ein hoher Anteil an psychischer Komorbidität zu finden ist. Dies spiegelt sich auch in den beschriebenen therapeutischen Vorgehensweisen wider.

Wir möchten darauf hinweisen, dass wir unsere Darstellung selbstverständlich nicht als starre Fixierung des Endzustandes eines Elaborationsprozesses verstehen. Wie jede gute Therapie kann auch Suchttherapie nicht statisch sein. Zukünftig werden neue Konstellationen auch weiterhin die suchtherapeutische Kreativität herausfordern. In diesem Sinne möchten wir auch Sie, verehrte Leserinnen und Leser, dazu ermutigen, unsere Konzepte nicht nur zu erproben, sondern sie auch nach den sich ergebenden Erfordernissen entsprechend weiterzuentwickeln.

Unser besonderer Dank gilt den Autorinnen und Autoren dieses Bandes, die es auf sich genommen haben, mit großem Engagement neben der mehr als zeitfüllenden klinischen Tätigkeit in unserem Hause die vorliegenden Beiträge zu verfassen.

*Jörg Petry* steht für die verhaltenstherapeutische Ausrichtung der Suchttherapie in der Bundesrepublik: Bereits in den 1980er Jahren erschien sein Band „Alkoholismustherapie“, der seitdem als Standardwerk der verhaltenstherapeutischen Suchttherapie gilt. In dem vorliegenden Buch gibt er Antworten auf die schwierige Frage, wie Behandlungsmotivation aufgebaut werden kann, eines der Kernprobleme der Suchttherapie. Außerdem beschäftigt er sich mit dem pathologischen Glücksspielen, das immer mehr an Virulenz in unserer Gesellschaft gewinnt und berichtet aus seiner jahrzehntenlangen Forschung und klinischen Arbeit auf diesem Gebiet.

*Ernst Ott* hat sich einem besonders schwierigen Bereich gewidmet, der an der Schnittstelle zwischen psychosomatischer und Suchterkrankung angesiedelt ist, der Adipositas per magna. Er hat ein Konzept entwickelt, das sich nun schon seit Jahren bewährt hat, diese schwer zu motivierende Klientel zu erreichen und das – wie seine Katamnesen



belegen – für einen beachtlichen und anhaltenden Behandlungserfolg sorgt.

*Horst Baumeister* stellt seine Schmerztherapie dar, die ebenfalls psychosomatische und Suchtaspekte vereint, und gibt Anregungen, wie diese Patientinnen und Patienten, deren Innenwelten oft arm geworden sind und für die nur noch das quälende Schmerzerleben zugänglich ist, gewonnen werden können für produktive neue Entwicklungen in der Selbststeuerung und in der Interaktion mit der sozialen Umwelt. Eng verwandt damit ist sein Beitrag zur Medikamentenabhängigkeit, die oft durch die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung mitbedingt ist und in ihren diagnostischen und therapeutischen Besonderheiten leider häufig vernachlässigt wird. Seine Ausführungen zu Problemen am Arbeitsplatz und deren Bezüge zu einer Suchtentwicklung greifen ein aktuelles Thema auf, das in der Suchtherapie eine zunehmend größere Rolle spielt.

*Ernst Kern*, ein erfahrener Psychotherapeut, diskutiert die offensichtlichen, aber leider viel zu selten berücksichtigten Verflechtungen zwischen Körper und Sucht aus entwicklungspsychologischer Perspektive.

*Wolfgang Bense* vertritt mit der klientenzentrierten Psychotherapie nach Carl Rogers eine psychotherapeutische Schule, die in der suchttherapeutischen Landschaft nicht so Fuß gefasst hat, wie sie es verdient hätte mit ihrer klaren Orientierung auf die therapeutische Beziehung und auf die Selbstheilungskräfte des Menschen, die wirksam werden können, wenn man ihnen nur den nötigen Raum bereitstellt.

*Peter Kagerer* widmet sich seit Jahren einem ebenso vernachlässigten wie bedeutsamen Aspekt der Suchtherapie: der oft verleugneten Schwäche des Mannes in der männlichen geschlechtstypischen Rollenidentität, die in gewisser Weise zur Sucht prädisponiert.

Als notwendiges Pendant in der Diskussion der Geschlechter unter Suchtaspekten sind die Beiträge von *Monika Vogelgesang* zu sehen, die frauenspezifische Aspekte der Sucht, unter besonderer Berücksichtigung sexueller Traumatisierungen, sowie die Therapie der Essstörungen Bulimia und Anorexia nervosa bei Substanzabhängigkeit vorstellt.

Unsere Beiträge spannen einen weiten Bogen: Von einem Überblick über die Entwicklung der Suchttherapie bis zu den in der Literatur eher wenig beschriebenen imaginativen Methoden, die vor allem geeignet sind, den in dieser Hinsicht so bedürftigen Suchtkranken freudvolles Erleben wieder zugänglich zu machen. Die imaginativen Methoden sind eng verwandt mit der kognitiven Therapie. Diese werden in ihrer theoretischen Herleitung sowie der therapeutischen Anwendung eingehend dargestellt.

Außerdem wird unser Ansatz bei der Therapie aggressiver Störungen berichtet und ein Einblick in unsere Arbeit mit Suchtkranken mit komorbider Persönlichkeitsstörung gegeben, von denen nahezu jeder

zweite Abhängige betroffen ist. Mit *Bernt Schmitz* von der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim und *Andreas Jung* wurde in einem großen Evaluationsprojekt das Konzept auf den Prüfstand gestellt. Enge Bezüge zur Therapie von Persönlichkeitsstörungen hat der Beitrag zur körperorientierten Therapie der Selbstunsicherheit, die mit bindungstheoretischen Aspekten verknüpft wird. *Stefan Riedel* hat die therapeutische Arbeit in diesem Gebiet jahrelang mit vorangetrieben. Schließlich wird die Arbeit zur Therapie des schädlichen Gebrauchs von Suchtmitteln vorgestellt, einem Feld, das in unserem sonst so gut ausgebauten Suchthilfesystem vernachlässigt wird.

Wir bedanken uns herzlich bei unserer wissenschaftlichen Mitarbeiterin *Annette Wagner*, die mit unermüdlichem Eifer und großem psychologischen Sachverstand unsere wissenschaftlichen Projekte begleitet sowie bei Frau *Heike Schneider* für die Schreibearbeiten.

Dieser Band ist den Patientinnen und Patienten der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies gewidmet. Wir bewundern ihre Ausdauer, ihren Mut und ihre Kreativität im Kampf gegen das Suchtleiden und für eine zufriedene Abstinenz. Sie sind die Quelle unserer Motivation und Inspiration.

Münchwies, im Oktober 2005

**Petra Schuhler und Monika Vogelgesang**

I

# Elemente/Aspekte der Suchttherapie



# Elemente der Suchttherapie – Im Spannungsfeld zwischen Tradition und Innovation

Monika Vogelgesang

... nicht Asche aufbewahren,  
sondern eine Flamme am Brennen halten.  
*Jean Jaurès*

## 1 Entwicklung wesentlicher Elemente der Suchttherapie

In unserem westlichen Kulturkreis wurden die alkoholismusassoziierten Auffälligkeiten über weite Strecken hin im Wesentlichen als soziale und moralische Abweichungen angesehen. Lange bevor eine entsprechende medizinisch-wissenschaftliche Diagnoseentität geschaffen wurde, bemühten sich religiöse Gruppierungen, andere soziale Kontrollinstanzen sowie die Gesetzgeber darum, die Folgen der Alkoholabhängigkeit zu reduzieren. Die Palette der hier durchgeführten Interventionen reichte von entsprechenden Kirchenpredigten bis hin zu der Alkoholprohibition in den USA oder zu dem recht kreativen Vorgehen, die Löhne von Arbeitern nicht diesen selbst, sondern deren Ehefrauen auszuhändigen.

Individuelle Hilfen wurden den Betroffenen schließlich in den sogenannten Trinkerheilstätten angeboten. Hier fanden von ihrer Sucht schwer gezeichnete und sozial vollkommen ins Abseits geratene Personen vor einem christlich motivierten Hintergrund Obdach und Nahrung. Darüber hinausgehend versuchte man, sie durch geeignete Interventionen wieder auf den richtigen Weg zu bringen. Diese Wirkfaktoren wurden unter den Begriffen Arbeit, Andacht und Abgeschiedenheit zusammengefasst.

Wesentliche Komponenten unserer modernen Suchttherapie sind auf überdauernd erfolgreiche Qualitäten dieser frühen „Trinkerheilstätten“ zurückzuführen.

Es handelt sich hierbei insbesondere um das *Zusammenleben* in einer spezifischen und stützenden Gemeinschaft, die *Herausnahme* aus dem bisherigen suchtmittelgeprägten Lebensalltag, die Zentrierung auf Wesentliches vor einem mit neuem *Sinn* erfüllten Lebensentwurf sowie eine strukturierte, mit einer Tätigkeit ausgefüllte *Alltagsgestaltung*.

Soziale und moralische  
Abweichungen

Trinkerheilstätten

Arbeit, Andacht und  
Abgeschiedenheit

Grundlagen  
der modernen  
Suchttherapie

**Selbsthilfebewegung  
der Anonymen  
Alkoholiker**

Zwar kam es schon im 19. Jahrhundert zur medizinisch-wissenschaftlichen Beschreibung von Süchten und den von ihnen Betroffenen sowie einer medizinisch-therapeutischen Beschäftigung mit diesem Thema, die Prognose der Therapie von Abhängigkeitserkrankten galt jedoch bis über weite Strecken des 20. Jahrhunderts als sehr schlecht. Vor der Erfahrung der Insuffizienz entsprechender professioneller Hilfsangebote begründeten 1935 der Chirurg Bill W. und der Börsenmakler Bob S. in den USA die Selbsthilfebewegung der Anonymen Alkoholiker, die sich rasch über den gesamten Globus ausbreitete. 1953 begann die Geschichte der AA in Deutschland mit einer Versammlung, zu der amerikanische Soldaten in München eingeladen hatten, um ihre Überzeugungen an deutsche Alkoholiker weiterzugeben (Anonyme Alkoholiker Deutschland, 1978). Die Konzepte bereicherten die professionelle Suchtbehandlung erheblich. Hier ist insbesondere der Grundsatz der Eigenverantwortlichkeit zu nennen, der bis heute die Suchttherapie wesentlich prägt.

**Eigenverantwortlichkeit**

**Anerkennung als Krankheit**

**1968: Sozialversiche-  
rungsrechtliche  
Anerkennung der  
Sucht als Erkrankung**

Einen Entwicklungsschub in Richtung einer Professionalisierung und damit im Zusammenhang stehend eine langsame Annäherung an die Psychotherapie erfolgte im Bereich der Suchttherapie nach der sozialversicherungsrechtlichen Anerkennung der *Sucht als Erkrankung* im Jahr 1968. Im folgenden Jahrzehnt kam es zur Gründung mehrerer sich einer modernen Suchttherapie verpflichtenden Entwöhnungseinrichtungen. Hier bewährte sich ein *Behandlungsteam*, das die Verständnis-, Konzept- und Therapieformen verschiedener professioneller Gruppen zu einem vielfacettigen, höchst erfolgreichen Ganzen integrierte. Berufsgruppenspezifisch bzw. -übergreifend wurden in der Folge Psychotherapieausbildungen Standard.

**Biopsychosoziales  
Verständniskonzept  
der Sucht**

**Stationäre  
Rehabilitation**

In der Weiterentwicklung zu dieser im praktischen Feld stattfindenden professionellen Differenzierung und Integration formulierte Feuerlein (1986) sein *biopsychosoziales Verständniskonzept* der Sucht, das bis heute Gültigkeit hat. Vor diesem Hintergrund muss es als entwicklungs-förderlich angesehen werden, dass der Hauptteil der Entwöhnungstherapien in Deutschland im Rahmen der *stationären Rehabilitation* stattgefunden hat, die bezüglich der Lokalisation, Multiprofessionalität und ganzheitlichen Konzeption ideale Rahmenbedingungen für eine optimale Suchtbehandlung liefert. Der im internationalen Vergleich bezüglich der Effektivität und Qualität hohe Stand der deutschen Suchttherapie (z.B. Bachmeier et al., 2015) ist sicher auch auf diese günstigen Umstände zurückzuführen.

Die Deutsche Rentenversicherung hat Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit formuliert, die sich an evidenzbasierten Untersuchungsergebnissen und Expertenvoten orientiert. Sie gewährleisten ein hohes Niveau der Alkoholentwöhnung in Deutschland. Sie wurden

mehrfach aktualisiert und stehen im Netz: [www.reha-therapiestandards-driv.de](http://www.reha-therapiestandards-driv.de).

Als Grundvoraussetzung für das heutige therapeutische Vorgehen bei Substanzabhängigkeit hat sich in der jüngeren Vergangenheit ein *partnerschaftliches* Verständnis der therapeutischen *Beziehung* herausgebildet. Das in den Anfängen bestehende Wertigkeits- und Machtgefälle zwischen Behandler und Patient, das sich in moralisierenden Abwertungen ebenso äußern konnte wie in einer grenzüberschreitenden Überfürsorglichkeit, wurde immer weiter reduziert. Moderne Kundenorientierung kann diese in der humanistischen Tradition fundierte Entwicklung (Bensel & Fiedler, 2012) zwar um einige Facetten bereichern, aufgrund ihrer fehlenden Tiefendimension jedoch nicht vollständig ersetzen.

Ein partnerschaftliches Verständnis der therapeutischen Beziehung und der unbedingt gebotene Respekt bezüglich der Zielvorstellungen der Patienten bedeutet jedoch nicht, dass nun eine unreflektierte Übernahme aller Patientenwünsche angesagt wäre.

Die gemeinsame Erarbeitung der Zielvereinbarung ist und bleibt gerade im Suchtbereich ein wesentlicher Therapiebestandteil. In diesem Prozess ist es die Aufgabe des Therapeuten, sein Expertentum zur Motivierung des Patienten in Richtung adäquater, realistisch erreichbarer und insbesondere unschädlicher Ziele einzusetzen.

**Partnerschaftliches  
Verständnis der  
therapeutischen  
Beziehung**

**Gemeinsame  
Zielvereinbarung**

### Verhaltenstherapeutische Ansätze

Essentielle Impulse bezüglich des spezifischen suchttherapeutischen Vorgehens kamen aus der Verhaltenstherapie. Zentral für ihr Verständnis von abhängigem Verhalten ist die Beobachtung, dass *süchtiges Verhalten* ganz wesentlich durch die hierdurch bewirkten *kurzfristigen positiven Konsequenzen* aufrechterhalten wird; *mittel- und langfristig* entstehen jedoch *negative Folgen*, die in einem Circulus vitiosus dann meist als (Mit-)Auslöser für erneutes Suchtverhalten fungieren.

Die Verhaltenstherapie setzt sich intensiv mit dem individuell vorliegenden Fall auseinander, ohne den Betroffenen in „Suchttypologien“ zwingen zu wollen. Hierzu unabdingbar ist die Erarbeitung der *Bedingungsanalyse* und *Lerngeschichte*. Die Analyse der Funktionalität des Suchtmittelkonsums dient der Herausarbeitung der individuellen Auslösetrigger und der aufrechterhaltenden Verstärker des Suchtmittelkonsums. Hieraus lassen sich *individuell maßgeschneiderte Therapieziele und Interventionen* ableiten, z.B. Maßnahmen zur Verbesserung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung oder der Impulskontrolle. *Konfrontationsübungen* in sensu und in vivo bereiten nach einer suchtmittelgeschützten Phase bei ausreichender Stabilität der Patienten auf den Umgang mit einer realen Versuchungssituation vor.

Die *kognitive Verhaltenstherapie* (Beck et al., 1997) hat ganz wesentliche Entwicklungsbeiträge zur Suchttherapie geliefert, indem sie die

**Kurzfristige positive  
Konsequenzen**

**Langfristig negative  
Folgen**

**Erarbeitung  
der Bedingungsanalyse  
und Lerngeschichte**

**Maßgeschneiderte  
Therapieziele  
und Interventionen**

**Konfrontationsübungen**

**Kognitive  
Verhaltenstherapie**

*prägende* Kraft aus der Lebensgeschichte resultierender *Schemata* betonte und *kognitive Trigger*, Verstärker und *spezifische kognitive Interventionen* herausarbeitete, z.B. die Veränderung der internen Dialogstrategien bei drohender Rückfälligkeit.

**Rückfallanalyse**

In diesem Verständniszusammenhang sind die *Rückfallanalyse* (Marlatt & Gordon, 1985) einzuordnen und der Aufbau von Rückfallpräventionsstrategien (Margraf, 2007). Das enttabuisierende Verständnis hat seit Ausgang der 1990er Jahre auch zu einem allgemein veränderten und meist differenzierten *Umgang mit Rückfällen* geführt (Weinbrenner, 2015). Heute wird, vorbehaltlich einer weiter vorliegenden Therapiemotivation, bei erster Rückfälligkeit im Rahmen der stationären Entwöhnungstherapie falls möglich mit einem Weiterführen der Therapie unter dem Schwerpunkt einer Rückfallaufarbeitung reagiert (Lindenmeyer, 2005).

**Umgang mit Rückfällen**

**Sporttherapie**

**Wirksamkeit  
der Sporttherapie**

Die Wirksamkeit der Sporttherapie zur Behandlung der Substanzabhängigkeit konnte in mehreren Untersuchungen nachgewiesen werden. So schützt regelmäßiges Training im aeroben Bereich die weiße Hirnsubstanz vor dem ansonsten zu erwartenden Ausmaß an Alkoholschäden (Karoly et al., 2013).

**Körperliches Training  
vermindert Entzugs-  
erscheinungen**

Körperliches Training vermindert Entzugserscheinungen sowie körperliches Craving und erhöht die Abstinenzquote (Sinol et al., 2013).

**Basisgruppentherapie für Abhängigkeitserkrankte**

**Basale Wirkfaktoren**

Der besondere Erfolg der Gruppentherapie in der Entwöhnung liegt darin, dass sie basale Wirkfaktoren freisetzt, welche gerade die Abhängigkeitserkrankungen besonders günstig beeinflussen können (Vogelgesang, 2009): In einer Atmosphäre der Offenheit können sich die Betroffenen über die negativen Erfahrungen ihrer aktiven Suchtzeit austauschen und so dysfunktionale Schuld- und Schamgefühle abbauen sowie aus ihrer Vereinsamung herausfinden. Durch die Berichte von anderen können sie die eigenen Verhaltensweisen relativieren und in einem realitätsadäquaten Zusammenhang sehen.

**Relativierung von  
Verharmlosungen bzw.  
Katastrophisierungen**

Der gegenseitige Austausch in der Gruppe steht sowohl Verleugnungs- und Verharmlosungstendenzen als auch einer katastrophisierenden Einschätzung des Betroffenen entgegen. Dies ist deshalb besonders wichtig, weil sowohl eine bagatellisierende als auch eine zu stark schuldbesetzte Einschätzung eine Rückfälligkeit in den Suchtmittelkonsum erheblich begünstigen.

**Lernen am Modell**

Weiter fortgeschrittene PatientInnen fungieren in der Gruppe als positive Modelle. An ihrem Beispiel können die gruppenjüngeren PatientInnen die Bewältigungsschritte im Heilungsverlauf einer Sucht-



erkrankung beispielhaft miterleben und so in den eigenen Erfahrungsschatz integrieren.

Viele Abhängige stammen aus Familien, in denen Bezugspersonen unter einer Sucht und/oder unter sonstigen psychischen Störungen litten. In diesem dysfunktionalen Milieu erfuhren die PatientInnen sehr häufig körperliche bzw. seelische Traumatisierungen und/oder Vernachlässigungen. Wo dies nicht der Fall war, mussten die Betroffenen doch die das eigene Selbstwertgefühl sehr stark herabsetzende Erfahrung machen, dass das Suchtmittel den abhängigen Bezugspersonen wichtiger war als sie selbst.

Andererseits waren sie auch durch die Funktionsbeeinträchtigungen der abhängigen Elternteile sehr häufig dazu gezwungen, für diese zu sorgen und Pflichten zu übernehmen, welche dem eigenen Alter und eigentlichen Entwicklungsstand noch nicht angemessen waren.

Dieses Spannungsfeld zwischen unbefriedigter kindlicher emotionaler Bedürftigkeit nach elterlicher Zuwendung auf der einen Seite sowie einer die eigene Person übergehenden Fähigkeit, vordergründig zu funktionieren, charakterisiert in vielen Fälle auch noch den erwachsenen Suchtkranken und stellt hier nicht selten den Nährboden dar für den Substanzkonsum, welcher kurzfristig sowohl ein Gefühl emotionaler Wärme als auch Entlastung bei Überforderung bietet.

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, dass die therapeutische Gruppe die Chance eröffnet, passager für den Betroffenen als „Ersatzfamilie“ zu fungieren: Hier können Respekt, Wertschätzung, Sympathie und Anteilnahme erlebt werden, welche als korrigierende zwischenmenschliche Erfahrungen fungieren und somit bewirken können, dass sich die rückfallgefährdende Spannung zwischen der kindlichen Bedürftigkeit und den auf Erwachseneniveau funktionierenden Anteilen der Betroffenen reduziert.

Die Gruppe bildet jedoch noch in weiteren Aspekten einen korrigierenden Erfahrungskosmos: Im Gegensatz zu dem Kneipenmilieu, das bei vielen Abhängigen einen wichtigen, wenn nicht gar den wichtigsten Lebensraum darstellte, kann hier die Erfahrung einer wirklichen Kommunikation gemacht werden, bei der die Äußerungen des Betroffenen gehört, ernst genommen und auch adäquat beantwortet werden. Dies bedeutet jedoch auch, dass der Teilnehmer zu seinem Verhalten zu stehen hat und als verantwortlich dafür eingestuft wird.

Dieser gegenseitige Respekt und die Verantwortlichkeit auch für die kommunikativen Äußerungen sind die Voraussetzungen für eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der sich die Mitglieder sicher sein können, dass keine persönlichen Informationen den Binnenraum ihrer Gruppe verlassen.

Vertrauen und Offenheit sowie eine funktionierende Kommunikation bilden den Hintergrund für die Entstehung einer Arbeitsatmosphäre,

**Unbefriedigte  
kindliche emotionale  
Bedürftigkeit**

**Vorzeitige  
Verantwortungs-  
übernahme**

**Spannungsfeld**

**Gruppe  
als „Ersatzfamilie“**

**Korrigierender  
Erfahrungskosmos**

**Respekt  
und Verantwortlichkeit**

**Vertrauen  
und Offenheit**

in der Denken hinterfragt, Probleme analysiert sowie neues Verhalten geplant und erprobt werden kann.

Die dargestellten Wirkfaktoren einer gut funktionierenden Gruppe (instrumentelle Gruppenbedingungen) bilden unverzichtbare Voraussetzungen auch für das Funktionieren der Suchtbasistherapie.

### Elemente

**Suchtmedizin ist  
„Beziehungsmedizin“**

Suchtmedizin ist nach Maio (2014) „Beziehungsmedizin“. Der Aufbau einer tragfähigen und positiven Beziehung sowohl zum Gruppenleiter als auch zu den anderen Gruppenmitgliedern bildet die Grundlage der Suchtbasistherapiegruppe.

**Kurze Vorstellung**

Eine kurze Vorstellung aller bei dem ersten Termin eines neuen Patienten erleichtert dessen Integration. Außerdem sollten zu diesem Zeitpunkt die Gruppenregeln weitergegeben und im Rahmen einer psychoedukativen Intervention entängstigende und bezüglich der Gruppenteilnahme motivierende Informationen gegeben werden. Wichtig ist es dabei darauf hinzuweisen, dass es keinen Selbstoffenbarungszwang in der Gruppe gibt, dass aber jegliche Problematik angesprochen werden darf. Weiterhin empfiehlt es sich, die Patienten darauf hinzuweisen, dass es zwar einerseits unerlässlich ist, aktiv am Gruppengespräch teilzunehmen, dass es aber kontraproduktiv ist, sich zu sehr unter Druck zu setzen und vor Erreichen einer adäquaten Vertrauensbasis zuviel Belastendes von sich preis zu geben.

**Kein Selbstoffen-  
barungszwang**

**Zielformulierung**

In einem nächsten Schritt sollte jeder neue Patient dazu aufgefordert werden, ein individuelles Ziel zu formulieren, das er realistischweise mit Hilfe der Gruppe in der ihm hier zugemessenen Zeitdauer erreichen möchte.

**Bilanzierung**

Es sollte zu dem Gruppenritual gehören, dass jedes Mitglied vor oder bis spätestens zu Beginn der Sitzung einen stillen Abgleich macht zwischen dem bislang erreichten und dem individuell angestrebten Ziel. Auf dieser Basis soll der Patient dann entscheiden, ob er ein Thema zu Beginn der Gruppe anmelden möchte. Es ist dann die Aufgabe des Gruppentherapeuten die verschiedenen angesprochenen Themen zu integrieren bzw. eine zeitliche Aufteilung durchzuführen. Da diese Bilanzierung für viele der Betroffenen nicht einfach zu leisten ist, sollte sie in regelmäßigen Abständen beispielhaft zum expliziten Gegenstand der Sitzungen gemacht werden.

### Gruppenthemen

**Integration von direkt  
suchtbezogenen mit  
allgemein verhaltens-  
therapeutischen  
Themen**

Die in der Suchtgruppentherapie anfallenden Themen können in einen direkt suchtbezogenen sowie in einen darauf aufbauenden allgemeinen verhaltenstherapeutischen Teil gegliedert werden. Zum ersteren gehört die Psychoedukation über neurobiologische Grundlagen, die Diagnostik und die Therapie von Abhängigkeitserkrankungen. Die

Psychoedukation sollte zum besseren Lernerfolg weniger in Form von eigenständigen Einheiten dargeboten werden, denn als integraler Bestandteil die Suchtbasistherapiegruppe gleichsam durchweben.

Aus dem derzeitigen neurobiologischen Forschungsstand und der empirischen Datenlage wird das Abstinenzgebot bezüglich des Suchtmittelkonsums abgeleitet. Es wird von allen Gruppenmitgliedern gestützt, die nach eingetretener Substanzabhängigkeit vergeblich versucht haben „kontrolliert“ zu trinken oder Drogen zu konsumieren. Die Motivierung zum Einsatz für das Hauptziel der Suchtbehandlung, die abstinente Lebensführung, ist ein weiterer essentieller Bestandteil der Suchtgruppentherapie, denn trotz der im Abhängigenmilieu ubiquitären Erfahrung der Unfähigkeit zur Begrenzung der Suchtmittelleinnahme begegnen die Suchtkranken der Vorstellung einer Enthaltbarkeit bezüglich ihres präferierten Stoffes mit vielen Widerständen, die sie jedoch nur teilweise vor anderen oder auch vor sich selbst einzugestehen wagen. Plausibler und sympathischer erscheint ihnen demgegenüber die Vorstellung, nach einer Phase der seelischen und körperlichen Rekonvaleszenz, den Suchtmittelkonsum in einem „vernünftigen Rahmen“ wieder aufzunehmen.

**Motivierung  
zur Abstinenz**

Es ist die Aufgabe des Gruppentherapeuten, die Sitzungen so zu strukturieren, dass die PatientInnen ihre diesbezüglichen Vorstellungen verbalisieren und zusammen mit anderen Gruppenmitgliedern diskutieren können. Denn deren Erfahrungsschatz bezüglich ihrer Unfähigkeit, „in einem vernünftigen Rahmen“ zu trinken, trägt gerade bei emotional packender Darstellung mehr zur Abstinenzmotivation der neuen Mitglieder bei als Warnungen von professioneller Seite.

**Austausch über  
frustrane Versuche,  
kontrolliert zu trinken**

Einen weiteren zentralen Anteil der Suchtgruppentherapie bildet die Analyse der Lerngeschichte sowie der zuletzt wirksamen Funktionalität des Suchtmittelkonsums. Hier gilt es Auslöser zu erkennen und für die Zukunft unwirksam zu machen sowie operante Konditionierungsprozesse aufzudecken. Anhand ihrer eigenen Geschichte sowie der Berichte Mitbetroffener erfahren die Abhängigen, dass Suchtverhalten letztendlich so gut wie immer zu kurzfristigen Verstärkungen, jedoch mittel- und langfristig zu negativen Konsequenzen führt, welche in einem *Circulus vitiosus* zu Auslösern für erneuten Suchtmittelkonsum werden.

**Analyse  
der Lerngeschichte**

**Kurzfristige  
Verstärkungen  
vs. langfristige  
Nachteile**

Auf dieser Erkenntnis aufbauend gilt es im Sinne der Rückfallprävention mit Hilfe des Lernfeldes der Gruppe Verhaltensstrategien zu entwickeln, welche es den Betroffenen ermöglichen, Frustrationen und andere aversive Zustände ohne Suchtmittelkonsum auszuhalten, bzw. sich durch unschädliche Verhaltensweisen (z.B. durch Entspannungsübungen, Sport, Musik etc.) zu entlasten.

**Rückfallprävention**

An diesem Punkt wird deutlich, dass die Therapie den Abhängigen nicht nur zur Abstinenz bringen, sondern weg von dysfunktionalem Verhalten und hin zu einem neuen Denk- und Lebensstil führen soll.

**Neuer Denk-  
und Lebensstil**

**Bestandteile der  
verhaltenstherapeutisch  
ausgerichteten  
Suchtgruppentherapie**

Deshalb bildet sie trotz aller Spezifika und Besonderheiten auch keine eigene Therapieschule, sondern kann in gegenseitiger Bereicherung eingebettet sein, in den Erklärungs- und Erfahrungskosmos der modernen Verhaltenstherapie. Problemlösetraining, Aufbau sozialer Kompetenzen, kognitive Umstrukturierung, sokratische Dialogführung, Entspannungsförderung, Übungen z.B. zur Konfrontation, Verhaltensplanung, Erstellung einer individuellen Wertehierarchie, die Durchführung von Hausaufgaben und viele Stichwörter mehr sind vor dem dargestellten Hintergrund zum unverzichtbaren Bestandteil der verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Suchtgruppentherapie geworden.

### **Sozialer Kontext der Abhängigkeitserkrankung**

**Direkte  
Intoxikationsfolgen**

Wie kaum eine andere Erkrankung hat die Substanzabhängigkeit gravierende Auswirkungen auf die Personen des Umfeldes der Betroffenen. Diese sind einerseits verursacht durch die direkten Intoxikationsfolgen wie Antriebssteigerung, Störung der Impulskontrolle, Aggressivität oder Lethargie. Andererseits führen auch die durch einen längerfristigen Substanzgebrauch bedingten charakterlichen und intellektuellen Veränderungen, wie z.B. die Reduktion der zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeit sowie die mangelnde Beachtung sozialer und ethischer Normen, insbesondere im Bereich der Familie, zu desaströsen Folgen.

**Charakterliche  
und intellektuelle  
Veränderungen**

**Co-Abhängigkeit**

Allerdings kann immer wieder die Beobachtung gemacht werden, dass Angehörige von Abhängigen die negativen Konsequenzen des Substanzkonsums abfangen, beziehungsweise die Betroffenen auch direkt in ihrem Suchtverhalten unterstützen, zum Beispiel indem sie ihnen Suchtmittel zukommen lassen. Dieses auf den ersten Blick schwer verständliche Phänomen ist unter dem Begriff der Co-Abhängigkeit bekannt geworden (z.B. Soyka, 2001).

**„Beziehungskittstoffe“**

Beachtet man das familiäre Umfeld von Abhängigen, so ist weiterhin von Interesse, dass es zwischenmenschliche Konfliktkonstellationen gibt, in denen das Suchtmittel die Funktion eines „Beziehungskittstoffes“ einnimmt. Es wird eingesetzt, um die beziehungsbedingten, unangenehmen emotionalen Zustände abzumildern. Wird nun in diesem sozialen Kontext auf den Einsatz des Suchtmittels verzichtet, so ist zu erwarten, dass kritische Konfliktsituationen entstehen werden, die die Aufrechterhaltung der Beziehung gefährden und ein nicht unerhebliches Rückfallpotenzial in sich bergen. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen zeigt sich, dass eine gute Suchttherapie die Bezugspersonen des Abhängigen einbeziehen sollte. So kann gewährleistet werden, dass kritische Konfliktkonstellationen und co-abhängiges Verhalten entdeckt sowie Lösungswege erarbeitet werden.

**Kritische Konflikt-  
konstellationen  
und Rückfallpotential**

**Systematische  
Integration  
der Angehörigen**

Die Beachtung *des familiären Umfeldes* hat neben der Würdigung entsprechender Inhalte in der Einzel- und Gruppentherapie zur systematischen Integration der Angehörigen in die Suchttherapie geführt.

Derzeit gehören Angehörigenseminare, Partner- und Familiengespräche zum Standardangebot bei stationären Entwöhnungsmaßnahmen. Darüber hinausgehend ist die Möglichkeit der Paartherapie inzwischen Bestandteil jeder guten Alkoholentwöhnung (Crames, 2008).

### Sucht und Arbeit

Schon in den Frühzeiten der Suchttherapie war man sich einig über die Wichtigkeit der Durchführung einer geregelten Arbeit zur Aufrechterhaltung der Suchtmittelabstinenz und als Basis der sozialen Reintegration. Einfache Produktionswerkstätten, Gartenarbeit und Viehhaltung bildeten über lange Zeit die Grundlage der sich nun entwickelnden Arbeitstherapie. Diese stellte das wesentliche Element der Zeitstrukturierung während der Entwöhnungsmaßnahme dar. Die Arbeitstherapie fokussierte drei Ziele: Die Ablenkung vom Suchtmittel, eine sinnvolle Beschäftigung während der Maßnahme und die Vorbereitung auf die berufliche Tätigkeit nach der Therapie.

In den folgenden Jahren kam es jedoch zu einem tiefgreifenden Wandel der Arbeitswelt, weg von der Produktions- und Industriegesellschaft hin zu den Dienstleistungs-, Kommunikations- und Datenverarbeitungsbereichen. Eine lebenslange Anwendung des in der Ausbildung Gelernten in der gleichen beruflichen Tätigkeit stellt immer mehr die Ausnahme dar. Gefordert sind inzwischen kontinuierliches Lernen und größtmögliche Flexibilität bezüglich des Arbeitsplatzes und der Arbeitstätigkeit. Sucht man nach neuen, dem Arbeitswandel gerecht werdenden Möglichkeiten der beruflichen Reintegration, so ist es für viele Suchtpatienten weniger wichtig, spezifische Arbeitsfertigkeiten zu trainieren als vielmehr Hilfestellungen an die Hand zu bekommen, die es zukünftig ermöglichen sollen, besser mit arbeitskorrelierten, kommunikativen, sozialen, emotionalen, persönlichkeitsbedingten und existenziellen Problemen umzugehen (Schuhler, 2014).

Es ist wesentlich, dass in den verschiedensten therapeutischen Elementen einer Entwöhnungstherapie die Brücke geschlagen wird von den derzeit vorliegenden Symptomen hin zu den dadurch bedingten Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, das heißt zum Beispiel von einer zwanghaft perfektionistischen Grundhaltung hin zu einer so erlebten Mobbing-situation, die dadurch entstanden ist, dass der Patient perfektionsbedingt die für sein Team geltenden Zeitvorgaben ständig überschreitet. Darüber hinausgehend ist es unabdingbar, neues Verhalten auch anhand von Beispielen aus der persönlichen Arbeitswelt zu erproben, so kann z.B. im Rollenspiel im Rahmen des Selbstsicherheitstrainings ein Kollegen-gespräch eingeübt werden.

Neben den allgemeinen Maßnahmen der Entwöhnungstherapie sind spezifische, explizit berufsbezogene Angebote notwendig (Wiegand, 2007). So wird beispielsweise während der stationären Entwöhnungs-

**Arbeitstherapie**

**Ablenkung,  
Beschäftigung,  
Vorbereitung**

**Berufliche  
Reintegration durch  
Hilfen bzgl. arbeits-  
bezogener Probleme**

**Brückenschlag  
vom Symptom  
zu den Schwierigkeiten  
am Arbeitsplatz**

<b>Problembewältigung am Arbeitsplatz</b>	therapie die Gruppe „Problembewältigung am Arbeitsplatz“ angeboten. Hier werden Bezüge zwischen Persönlichkeitsfaktoren und individuellen beruflichen Erfahrungen hergestellt sowie Wege der Veränderung aufgezeigt. Während es bei der Klientel dieser Gruppe im Wesentlichen um Patientinnen und Patienten geht, die (noch) eine Anstellung haben, bezieht sich die Gruppe „Arbeitslosigkeit und Bewerbertraining“ auf die problematische Klientel der (Langzeit-)Arbeitslosen.
<b>Arbeitslosigkeit und Bewerbertraining</b>	Über diese Gruppenangebote hinausgehend gibt die Soziotherapie eine Vielzahl individuell zugeschnittener, wirksamer Hilfen in Richtung der beruflichen und allgemeinsozialen Rehabilitation. Der beruflichen Rehabilitationsberatung während der stationären Therapie und Wiedereingliederungsmaßnahmen in den Beruf kommt besondere Bedeutung zu, ebenso wie der Verzahnung der Schnittstelle Rehabilitation und Arbeitsvermittlung. Darüber hinausgehend können die Möglichkeiten der Ergotherapie während einer Entwöhnungsbehandlung zur beruflichen Reintegration genutzt werden.
<b>Soziotherapie</b>	Die Deutsche Rentenversicherung hat 2015 unter dem Begriff der beruflich orientierten Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) Empfehlungen hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens in der Suchtrehabilitation von PatientInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen erarbeitet.
<b>Ergotherapie</b>	
<b>BORA-Empfehlungen</b>	
	<b>Sucht und Komorbidität</b>
<b>Komorbidie Störungen</b>	Komorbidie Störungen sind bei Suchtmittelerkrankten eher die Regel als die Ausnahme (Wedekind & Havemann-Reinecke, 2009). Suchtkranke leiden deutlich häufiger als die Allgemeinbevölkerung unter Traumafolgestörungen (Blanco et al., 2013). Die Lebenszeitprävalenz für depressive Störungen ist bei sich in Behandlung befindlichen Alkoholabhängigen ca. 2,5-fach höher als in der Allgemeinbevölkerung (Schwoon, 2001). Angsterkrankungen treten bei Suchtkranken zwei- bis viermal so häufig auf wie in der Allgemeinbevölkerung (Neubauer et al., 2007). Bowden-Jones et al. (2004) fanden bei sich in Behandlung befindlichen Alkoholabhängigen eine Quote von 54% Persönlichkeitsstörungen. Auch andere psychische Störungen treten bei Suchtkranken gehäuft auf (Soyka, 2001; Wedekind & Havemann-Reinecke, 2009). Dabei gibt es unterschiedliche Verursachungsbedingungen: Der Suchtsubstanzkonsum kann zum Beispiel dazu eingesetzt werden, die Symptome von anderen psychischen Störungen kurzfristig abzumildern. So kann sich ein Mensch mit einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung unter Alkoholeinfluss kurzfristig selbstsicherer fühlen oder es können depressive Symptome durch Suchtmittelinwirkungen vorübergehend reduziert werden. Mittel- und langfristig kommt es dann jedoch, aufgrund der negativen Folgen des Substanzkonsums sowie der fehlenden
<b>Traumafolgestörungen</b>	
<b>Depressive Störungen</b>	
<b>Angsterkrankungen</b>	
<b>Persönlichkeitsstörungen</b>	
<b>Suchtsubstanzkonsum zur Symptomreduktion</b>	

Entwicklung adäquater Copingmechanismen, zu einer eher stärkeren Ausprägung der psychischen Störungen.

Die Sucht kann andererseits auch primär bestehen und sekundär zu weiteren psychischen Störungen führen, was man z.B. bei Angsterkrankungen, die in relativen Entzugssituationen ihren Ausgangspunkt nehmen, beobachten kann.

Diskutiert werden auch eine Verursachung von Sucht und psychischer Begleiterkrankung durch gemeinsame Risikofaktoren beziehungsweise Ursachen (Lorscheider & Fehr, 2009).

In der Regel findet man vielfältige Interdependenzen der verschiedenen Störungssymptome mit einer sich zirkulär aufschaukelnden Funktionalität (Vogelgesang, 2009).

Eine Suchttherapie, die ausschließlich auf die Substanzeinnahme und deren Beendigung fokussiert, greift bei Vorliegen weiterer psychischer Störungen zu kurz und reduziert letztendlich die Prognose bezüglich der zeitüberdauernden Suchtmittelabstinenz. Dies gilt aufgrund der gegenseitigen Verstärkungsprozesse auch für psychische Erkrankungen, die eindeutig sekundär nach der Manifestation der Substanzabhängigkeit aufgetreten sind. Inzwischen ist es gut belegt, dass eine Suchttherapie ohne gleichzeitige Bearbeitung der Komorbidität wesentlich geringere Chancen auf einen nachhaltigen Erfolg hat als eine integrierte Behandlung sowohl der Sucht als auch der komorbiden Störungen (z.B. Gamble et al., 2013; Winhusen et al., 2014). Preuss und Wong (2009) weisen darauf hin, dass entsprechend der Richtlinien der American Psychiatric Association bei Sucht und komorbiden psychischen Störungen ein möglichst gleichzeitiges Vorgehen empfohlen wird. Als besonders günstig werden Therapiekonzepte hervorgehoben, die spezifisch auf Doppeldiagnosen orientiert sind.

Die Diagnostik und Therapie der *Komorbidität* ist vor diesem Hintergrund eine der wichtigsten Innovationen in Richtung einer differenzierten Suchttherapie.

Hier gilt es, eine *Balance* der *Integration* von *suchttherapeutischen* und *komorbiden Themen* herzustellen. So wurden Konzepte entwickelt, die eine umfassende Therapie von Sucht und Begleiterkrankung zum Thema hatten, z.B. für substanzabhängige Patientinnen und Patienten mit Anorexia bzw. Bulimia nervosa (Meyer-Gutknecht et al., 1998).

In diesem Zusammenhang erfolgte auch eine Abgrenzung sowie eine Erfassung von Gemeinsamkeiten bezüglich „nichtstoffgebundener Süchte“ und hier insbesondere bezüglich des pathologischen Glücksspielens, für dessen Behandlung eine Empfehlung (Spitzenverbände der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger, 2001) vorliegt.

**Oder sekundäre  
Komorbidität**

**Zirkulär dynamisierte  
Interdependenzen**

**Prognose-  
verschlechterung  
durch Komorbidität**

**Komorbidität**

**Integration von  
suchttherapeutischen  
und komorbiden  
Themen**

### Differentielle Suchttherapie

#### Ausdifferenzierung des Therapieangebotes

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

#### Frauenspezifische Interventions- programme

In einer Welt, in der das Männliche meist als das Normale eingestuft wird, hat dies zu einer unreflektierten Anpassung auch der gemischtgeschlechtlichen Suchttherapie an männliche Erfordernisse geführt. Vor diesem Hintergrund wurden frauenspezifische Interventionsprogramme für Substanzabhängige entwickelt (z.B. Vogelgesang, 1999). So kann z.B. ein breit gefächertes und differenziertes frauenspezifisches Therapieangebot in ein gemischtgeschlechtliches Behandlungssetting eingebettet sein. Die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna, hat 2004 „Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen“ formuliert. Auch männliches Rollenverhalten wurde in Verbindung mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzabhängigkeit analysiert, was zu männerspezifischen Therapieansätzen geführt hat (Kagerer, 1996; Kagerer & Vogelgesang, 2003).

#### Männerspezifische Therapieansätze

Die höhere Lebenserwartung und die zunehmende soziale Isolation im Alter bei besseren monetären Verhältnissen der Senioren sind einige der Ursachen, die zu einer Zunahme des Alkoholkonsums unter älteren Menschen geführt haben. Gerade Seniorinnen werden in unverantwortlich hohem Ausmaß dauerhaft Benzodiazepine mit zum Teil langer Wirkungsdauer verschrieben, was neben der seelischen Abhängigkeit zu einer zunehmenden Invalidisierung dieser sozialen Gruppe führt (Janhsen & Glaeske, 2002). Die Sucht im Alter wurde lange zu wenig beachtet, ist jedoch ein Thema, das seit der Milleniumswende rasch an Bedeutung gewonnen hat und für das ebenfalls spezifische Vorgehensweisen etabliert wurden (z.B. Geyer, 2008; Ackermann et al., 2009). Dabei hat es sich gezeigt, dass auch in diesem Bereich weitere Differenzierungen notwendig sind. Zumindest ist zwischen den deutlich jenseits der Erwerbsaltersgrenze anzusiedelnden älteren Senioren und den meist wesentlich rüstigeren „jüngeren Alten“ zu unterscheiden, deren Lebensräume oft erheblich voneinander abweichen. Darüber hinausgehend zeigt sich immer mehr die Notwendigkeit, die spezifischen Problemfelder der Menschen ab Mitte 50 (sogenannte „Best-Ager“) zu fokussieren und auch deren Verbindungen zu einem Suchtmittelkonsum zu analysieren. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der steigenden Lebenserwartung zeichnet sich ab, dass diese Gruppe länger als die früheren Jahrgänge der Arbeitswelt zu Verfügung stehen wird.

#### Sucht im Alter

#### Spezifische Problemfelder

#### Hoher Alkoholkonsum von Jugendlichen

Gesundheitsstudien belegen einen hohen Alkoholkonsum von Jugendlichen in Deutschland (Gaertner et al., 2015). Ob der in der jüngsten Vergangenheit diskutierte Trend eines Rückgangs anhalten wird, ist unsicher. Prävention (Lindenmeyer, 2009), Beratung und Behandlung



Jugendlicher im Hinblick auf einen problematischen Substanzkonsum (Ravens-Sieberer, 2008) sind dringend erforderlich. Für manifest abhängige Jugendliche werden in manchen Entwöhnungseinrichtungen spezifische Therapieprogramme angeboten, die den besonderen Erfordernissen dieser Gruppe angepasst sind. Eine anhaltend zu wenig kritische Einstellung der Bevölkerung zu Cannabis geht mit einer Zunahme der Prävalenz des Cannabiskonsums einher (Orth et al., 2015). Im vergangenen Jahrzehnt zeigt sich in Therapie und Beratung eine zunehmende Abkehr vom süchtigen Konsum ausschließlich einer psychotropen Substanz und eine Hinwendung zum polyvalenten Substanzgebrauch, wobei klassischerweise neben Alkohol Cannabis konsumiert wird. Die Zahl der Heroinabhängigen sinkt (Hoffmann, 2015). Im Zuge dieser Entwicklung sind die Grenzen zwischen der Alkohol- bzw. Drogenentwöhnung weniger scharf umrissen als zuvor und immer mehr Alkoholentwöhnungen bieten integrierte Therapieprogramme für polyvalenten Substanzgebrauch an.

**Cannabis**

**Zahl der Heroinabhängigen sinkt**

Biologische und synthetische Wirkstoffe können zu neuartigen, durchaus suchtpotenten Verbindungen führen. Eine deutliche Zunahme wird im Bereich des Handels mit synthetischen Drogen beobachtet (Hoffmann, 2015). So haben Crystal Meth und verwandte Designerdrogen zu neuen Suchtformen geführt, für die spezifische Therapieprogramme, zum Beispiel in der AHG Klinik Römheld, entwickelt wurden.

**Crystal Meth und verwandte Designerdrogen**

Obwohl Rauchen die Nummer eins unter den Süchten sowohl bezüglich der Häufigkeit als auch hinsichtlich der hierdurch bedingten Volksgesundheitsschäden ist, wurde der Tabakabhängigkeit bislang viel zu wenig spezifische suchtherapeutische Aufmerksamkeit zuteil. Trotz bestehender Notwendigkeit ist es bislang nicht möglich, eine stationäre Entwöhnungsmaßnahme unter der Hauptdiagnose einer Nikotinabhängigkeit durchzuführen, so dass die vielfältigen Tabakentwöhnungsprogramme, die derzeit im Bereich der Entwöhnungstherapie angeboten werden, sich auf die Komorbidität beziehen, die für die Betroffenen in dieser Phase naturgegeben nicht im Vordergrund steht und für die deshalb keine optimale Motivation vorliegt. Dies ist bei der Interpretation der entsprechenden Katamneseergebnisse, die deutlich weniger erfolgreich sind als zum Beispiel im Bereich der Alkoholabhängigkeit, zu berücksichtigen. Neben Differenzierungen nach Geschlecht und Alter hat sich seit Mitte der 1990er Jahre zunehmend ein Problembewusstsein bezüglich der spezifischen Erfordernisse von süchtigen MigrantInnen herausgebildet.

**Tabakabhängigkeit**

**Tabakentwöhnungsprogramme**

**Süchtige MigrantInnen**

Je nach Herkunftsland, Ethnie und religiösem Hintergrund bilden diese wiederum differente Subgruppen. Wegen ihrer zahlenmäßig starken Verbreitung wurde sowohl im Alkohol- als auch im Drogenbereich den aus der ehemaligen UdSSR stammenden Migranten besondere Aufmerksamkeit zuteil (Missel et al., 2009; Schouler-Ocak & Haasen,

2008). Im Bereich des pathologischen Glücksspiels fallen unter den MigrantInnen insbesondere Menschen mit türkischem Hintergrund auf, was zu spezifischen Überlegungen im therapeutischen Umgang mit dieser Gruppe geführt hat (Bensel, 2009).

**Langzeitarbeitslose**

Bei Suchtkranken mit chronifizierter Abhängigkeit sowie bei Langzeitarbeitslosigkeit und anderen Defiziten der sozialen Integration sinkt die Prognose bezüglich einer suchtmittelabstinenten Lebensführung. Bislang als infaust geltende Suchtfälle sind die Zielgruppe des ALITA-Projekts. Die ambulante Langzeitintensivtherapie für Alkoholranke erbringt bei sehr hohem therapeutischem und organisatorischem Aufwand bei Schwerstabhängigen, bei denen die Langzeittherapie gescheitert ist oder sinnlos erscheint, insofern positive Ergebnisse, als dass durch dieses Nachbehandlungsprogramm Rückfälle verhindert sowie Gesundheit und soziale Integration verbessert werden.

**Ambulante Langzeitintensivtherapie**

**Obdachlose**

Etwa 42% der Obdachlosen sind alkoholabhängig, 17% sind drogenabhängig (Meyer, 2009). Doch nicht erst bei manifester Wohnungslosigkeit, sondern auch in der Vorphase gilt es, die Substanzabhängigen, die in Gefahr sind, durch alle sozialen Netze zu fallen, zu erreichen. Die „Individuelle Hilfeplanung“ (Schmitt-Schäfer, 2007) ist inzwischen für Abhängige, die in Folge ihrer Erkrankung an ihrer gesellschaftlichen Teilhabe beeinträchtigt sind, ein wirksames Instrument (z.B. seit 2003 für den Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland verpflichtend).

**Individuelle Hilfeplanung**

**Rehafallbegleitung**

Der Ansatz der intensivierten Betreuung spiegelt sich auch im Konzept der Rehafallbegleitung (Deutsche Rentenversicherung, Rheinland-Pfalz, 2007), das als Forschungsprojekt sehr positive Ergebnisse gezeigt hat (Glattacker, 2013) und deshalb in das Regelangebot für die besonderen Problemfälle übernommen wurde. Hier werden Suchtpatienten mit eigentlich schlechter Prognose schon vor Beginn der Entwöhnungsmaßnahme von Therapeutinnen der Einrichtung aufgesucht, die sie während und auch nach der stationären Behandlung weiter begleiten und insbesondere bezüglich beruflicher und sozialer Problemstellungen niedrigschwellige Hilfen geben können. Ziele sind neben der Suchtmittelabstinenz eine Wiedereingliederung in den beruflichen Bereich und die Teilhabe an weiteren relevanten gesellschaftlichen Bereichen.

**Niedrigschwellige Hilfen**

**Verkürzung der Therapiedauer**

Insbesondere seit 1996 („Beschäftigungsförderungsgesetz“) hat Kostendruck zu einer *Verkürzung* der Therapiedauern geführt, wobei bei schwereren Suchterkrankungen mit psychischer Komorbidität eine untere Schwelle erreicht ist. Die Verkürzungen der Therapiedauern konnten weitgehend durch eine Intensivierung der Therapien sowie durch eine Verbesserung des Nachsorgeangebotes aufgefangen werden, doch zeigen in Abhängigkeit von der Reduktion stationärer Therapiedauern rückläufige Ergebnisqualitäten der Katamnesen (Missel, 2007), dass dieser Trend nicht beliebig fortgesetzt werden kann. Die in der Entwöhnung stattfindenden neuroplastischen Verarbeitungsprozesse erfordern

gewisse Mindestzeiten, welche sich bei dem gleichzeitigen Vorliegen komorbider Störungen deutlich verlängern können (Vogelgesang, 2009).

**Mindestzeiten**

### Medikamentöse Suchttherapie

Der Wunsch, es sei ein Kraut gegen die Sucht gewachsen, ist uralte. Doch entsprechende Versuche waren häufig entweder von geringem Erfolg gekrönt oder es zeigte sich, dass man den Teufel mit dem Belzebub ausgetrieben hatte. Denn die vermeintlich die Sucht bekämpfende Substanz (z.B. ein Benzodiazepin) war selbst suchtpotent.

**Medikamentöse Suchttherapie**

Dagegen können psychiatrische Medikationen aus der Gruppe der Antidepressiva bzw. Neuroleptika erfolgreich zur medikamentösen Therapie einer psychischen Komorbidität bzw. zur unspezifischen Spannungsreduktion eingesetzt werden und leisten so ihren Beitrag zur Reduktion von hierdurch eventuell bedingten Suchtverhaltensauslösern. Das früher uneingeschränkt geltende Verbot bezüglich sogenannter „zustandsverändernder“ Mittel bei Substanzabhängigkeit ist inzwischen obsolet.

**Psychiatrische Medikationen**

**Reduktion von Suchtverhaltensauslösern**

*Disulfiram* (Antabus) ist das erste moderne Medikament, das spezifisch gegen die Sucht eingesetzt wurde. Es hemmt kompetitiv die Alkoholdehydrogenase und führt so zu einem sukzessiven Anstieg des Alkoholabbauproduktes Acetaldehyd. Durch Erzeugung einer toxischen Reaktion (Flush-Syndrom, Hitzegefühl, starker Kopfschmerz, intensive Nausea, Tachykardie und Hypotension bis zum Kollaps) bei Alkoholkonsum soll eine Aversion gegen die Substanzwirkung aufgebaut werden. Nicht nur auf Grund ethischer Bedenken gegen eine solche Vorgehensweise, sondern insbesondere auch wegen seiner Lebertoxizität und seiner eher unklaren Erfolge (Wodarz & Ridinger, 2009) steht der Einsatz von Disulfiram derzeit im Hintergrund.

**Disulfiram**

**Aversion gegen die Substanzwirkung**

In den 1990er Jahren rückten die sogenannten *Anticravingsubstanzen* in das Blickfeld der Suchtmedizin. Diese Substanzen greifen direkt in den Neurotransmitterstoffwechsel ein (z.B. Ladewig et al., 2000). Der bekannteste Wirkstoff aus dieser Gruppe ist das *Acamprosat* (Calcium-Acetyl-Homotaurinat), ein NMDA-Rezeptorantagonist, der seit 1996 zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit in Deutschland zugelassen ist. Der theoretische Hintergrund seiner Wirkungsweise stellt sich nach Kiefer & Wiedemann (2002) wie folgt dar: Die inhibitorisch relaxierenden Alkoholeffekte werden bei regelmäßigem Alkoholgebrauch exzitatorisch gegenreguliert. Nach Absetzen des Alkohols wird diese zeitlich noch etwas anhaltende Gegenregulation in Form der Entzugssymptome wahrgenommen. Auf Grund von Konditionierungsprozessen mit alkoholeinnahmeassoziierten Umgebungsreizen kommt es auch noch nach Abklingen der Entzugssymptome bei Exposition mit den konditionierten Triggern immer wieder zu Exzitationszuständen (sogenanntes Pseudoentzugssyndrom), die subjektiv als Wunsch oder Drang wahrgenom-

**Anticravingsubstanzen**

**Acamprosat**

**Wirkungsweise**

**Pseudoentzugssyndrom**

<b>Entwöhnungsmaßnahme</b>	men werden, Alkohol zu konsumieren. Acamprosat (Campral) mindert als Glutamatmodulator die gegenregulatorische Hyperexzitation und somit den hierdurch bedingten Suchtdruck. Hierbei ist erwähnenswert, dass Acamprosat zu einer Reduktion des Suchtmittelbegehrens und damit der Rückfallgefahr nach Absetzen des Alkohols führen soll, jedoch <i>nur</i> bei <i>gleichzeitiger</i> Durchführung einer <i>Entwöhnungsmaßnahme</i> zu einem langfristigen <i>Erfolg</i> im Sinne einer überdauernden zufriedenen Suchtmittelabstinenz mitbeitragen kann. Allerdings zeigt sich nach zwei Jahrzehnten des Einsatzes, dass die Anticravingsubstanzen, trotz nur geringer Nebenwirkungen und evidentem Erfolg im Rahmen von kontrollierten Studien (Wodarz & Ridinger, 2009) als Hilfe zur Aufrechterhaltung der Abstinenz, keinesfalls zu dem ursprünglich erhofften Durchbruch in der Suchttherapie geführt haben und in nur sehr geringem Umfang eingesetzt werden. Dies könnte einerseits an der geringen Compliance der Patienten liegen, dreimal täglich mehrere Kapseln zu sich zu nehmen, und andererseits daran, dass die Effekte der Anticravingsubstanzen im klinischen Kontext sowohl für die Betroffenen selbst als auch für ihre Behandler nur wenig augenfällig sind.
<b>Anticravingsubstanzen kein Durchbruch in der Suchttherapie</b>	
<b>Compliance der Patienten</b>	
<b>Naltrexon</b>	Der Opiatantagonist <i>Naltrexon</i> wurde primär zur Unterstützung der Entwöhnungstherapie von Opiatabhängigen eingesetzt. Mittlerweile ist er jedoch auch zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit zugelassen, denn verschiedene wissenschaftliche Studien (Kiefer & Wiedemann, 2002) führten zu dem Ergebnis, dass Naltrexon zu einer Dämpfung des Alkoholcravings führen kann. Allerdings sind hier im Gegensatz zu Acamprosat keine positiven Wirkungen nachgewiesen, die über die Dauer der Verabreichung der Substanz hinausgehen. Folgende Theorie könnte die Anticravingwirkung von Naltrexon erklären: Die wiederholte Aktivierung des dopaminergen Belohnungssystems nach Alkoholaufnahme führt zur Adaption des Systems und Konditionierung auf Umgebungsreize. In Abstinenz führen alkoholassoziierte Stimuli in Antizipation der Substanzwirkung zu einer unterschwelligen Aktivierung des sensitivierten Belohnungssystems, was subjektiv als Suchtdruck wahrgenommen wird. Naltrexon mindert die Aktivierung des Belohnungssystems und damit den Suchtdruck.
<b>Anticravingwirkung</b>	
<b>Aktivierung des sensitivierten Belohnungssystems</b>	
<b>Positive Auswirkungen auf Suchtstörungen</b>	Eine von Vogelgesang (2014) durchgeführte Analyse der Publikationen zum Thema Pharmakotherapie der Sucht in internationalen Peer-Review-Journalen verlief ohne Hinweis auf eine wirklich erfolgreiche Pharmakotherapie. Bei folgenden Substanzen wurden positive Auswirkungen auf Suchtstörungen dargestellt: Acamprosat (Yahn et al., 2013), Baclofen (Brennan et al., 2013), Bloanserin (Takaki & Ujike, 2013), D-Cycloserin (Prisciandaro, 2013), Disulfiram (Mutschler et al., 2013), Doxazosin (Shorter, 2013), Fischöl (Barbadoro et al., 2013), Kudzu-Extrakt (Lukas, 2013), Modafinil (Schmaal et al., 2013), Naloxon/Buprenorphin (Dreifuss, 2013), Nalmefene (Gual et al., 2013), Naltrexon

(Del Re et al., 2013b), 5-Phosphat (Buchholz, 2013), Natriumoxybat (Del Re, 2013a), Oxytocin (Sjoerds et al., 2013), Topiramamat (Del Re, 2013a), Vareniclin (Litten et al., 2013).

Im Bereich der Pharmakotherapie der Sucht fallen jedoch zahlreiche und teilweise gravierende Probleme auf: Die Studien sind anfänglich deutlich erfolgreicher als später (Del Re et al., 2013b) (z.B. bei Naltrexon und Acamprosat). Die Reproduktion der Erfolge sinkt mit dem zeitlichen Abstand zum „Anfangshype“ immer weiter ab, so dass es inzwischen Studien gibt, die selbst so „altbewährte“ Substanzen wie Disulfiram keine positive Wirkung zusprechen.

Die klinische Realität wird in den stark vereinfachenden Modellen nicht selten vernachlässigt. So wird bei der Konfrontation mit potentiellen Cravingsauslösern ein durch Stress ausgelöstes Suchtmittelbegehren weit seltener in Betracht gezogen als ein Schlüsselreiz-(cue)-induziertes.

Bezüglich der Randomisierung wird nicht beschrieben, ob die beiden Gruppen sich auch hinsichtlich des relevanten Genotyps nicht unterscheiden, obwohl inzwischen Kenntnisse vorliegen, dass die gleiche Substanz bei unterschiedlichen Genotypen ganz verschiedene Wirkungen hervorrufen kann (z.B. bei dem Opioidrezeptorantagonist Naltrexon). Die teilweise sehr hohen Drop-out-Quoten werden nicht adäquat problematisiert und hinsichtlich des Gesamtergebnisses gewürdigt. Ein Rückgang der Trinktage wird als Erfolg verbucht, auch wenn die Gesamttrinkmenge pro Monat sich nicht von der Placebogruppe unterscheidet. Abstinenzquoten werden bei der Durchschnittsberechnung von „Trinkmengenreduktionen“ weder gekennzeichnet noch herausgerechnet. Langzeiteffekte der Substanz werden nicht untersucht.

Unzulässige Extrapolationen auf Suchtmortalität und -morbidity werden durchgeführt, ohne dass hierbei zum Beispiel schädliche Wirkungen der verabreichten Substanz miteinbezogen werden.

Therapie wird mit Harm-Reduction konfundiert. Die schlechten Ergebnisse nach ausschließlicher Entgiftung werden in einer unzulässigen Verallgemeinerung als mangelnder Erfolg der „Suchttherapie“ per se verbucht, unter vollständiger Negierung der hervorragenden Katamneseergebnisse nach Entwöhnung im Rahmen der Suchtrehabilitation.

Weiterhin muss kritisch angemerkt werden, dass die Medikationsstudien in aller Regel Alkoholreduktion oder Abstinenz während der Therapie als Erfolgsparameter betrachten, wohingegen die Abstinenz während der Entwöhnung als selbstverständlich eingestuft wird und der Erfolg dieser Therapie an der Abstinenz nach der Maßnahme bemessen wird.

Die Autoren pharmakotherapeutischer Arbeiten geben teilweise erhebliche Interessenskonflikte an. Immer wieder stellt sich heraus, dass pharmakologische Substanzen, die gegen die Sucht eingesetzt werden, selbst eine Suchtpotenz haben (z.B. Distaneurin, Benzodiazepine etc.).

**Gravierende Probleme**

**Teilweise sehr hohe Drop-out-Quoten**

**Unzulässige Extrapolationen**

**Kritische Anmerkung**

**Erhebliche Interessenskonflikte**

**Modafinil** Eine Substanz, die bei einer Untergruppe zu einer Reduktion des Suchtmittelkonsums führt, kann bei einer anderen Gruppe zu einer Erhöhung des Konsums führen. So kann sich unter Modafinileinnahme zum Beispiel der Alkoholkonsum bei Menschen mit geringer basaler Antwortunterdrückung auf Alkoholtrigger signifikant verstärken (Joos et al., 2013).

Besonders besorgniserregend ist, dass sowohl bei Menschen als auch im Tierversuch unter Serotoninwiederaufnahmehemmern eine Alkoholabhängigkeit induziert werden konnte (Atigari et al., 2013).

Trotz erheblicher Forschungsbemühungen ist die klinische Relevanz der Pharmakotherapie der Sucht bislang nahezu nicht vorhanden. Franck & Jayaram-Lindström (2013): „The efficacy of medications for alcohol dependence remains modest.“

### Ambulante Therapie und Nachsorge

**Trend zur ambulanten Suchttherapie**

Seit der Milleniumswende zeichnet sich ein Trend zur ambulanten Suchttherapie hin ab (Zemlin et al., 2007). *Sozial integrierte, nicht psychisch komorbide Abhängige*, bei welchen eine passagere Herausnahme aus ihren alltäglichen Lebensbezügen nicht erforderlich erscheint, können als erste Möglichkeit den Weg der ambulanten Entwöhnung beschreiten. Eine *stationäre* Therapie ist weiterhin indiziert *bei schwerer* betroffenen, sozial weniger integrierten bzw. psychisch komorbiden Abhängigen, im Falle einer Wiederholungstherapie nach Rückfälligkeit sowie falls eine passagere Herausnahme aus dem die Sucht aufrechterhaltenden und die Rückfälligkeit begünstigenden Alltagsmilieu notwendig erscheint (Veltrup, 2001).

**Stationäre Therapie**

**Differentielle Indikation**

Die Stuttgarter Tagesklinik der Fachklinik Wilhelmsheim (Zemlin et al., 2007) fokussiert mit gutem Erfolg auf sozial gut integrierte, kaum komorbide Abhängige, die zwar stabil genug für das teilstationäre Setting sind, für die jedoch eine „traditionelle“ ambulante Suchttherapie nicht ausreichend erfolgversprechend erscheint. Die Zahlen zeigen, dass die ganztägig ambulante Klientel mehr Ähnlichkeiten mit den stationären als mit den ambulanten SuchtpatientInnen aufweist. Zukünftige Forschungen sind abzuwarten, bis eindeutige Aussagen zur differentiellen Indikation für dieses Setting gemacht werden können.

**Qualifizierte Nachsorge**

Die Durchführung einer *qualifizierten Nachsorge* gehört zum zu fordernden Ablauf nach einer stationären Entwöhnungstherapie. Diese dient dazu, die in der intensiven stationären Phase gemachten Verhaltens- und Einstellungsänderungen zu stabilisieren sowie um suchtbetragene Auslösereize, die sich im Lebensalltag ergeben, zu erkennen und ihnen wirksam zu begegnen. Eine Motivierung zur und Einleitung der Suchtnachsorge gehört inzwischen zum festen Bestandteil jeder guten Entwöhnungsbehandlung. Trotz deutlichem Zuwachs der Nachsorgezahlen ist die Situation allerdings immer noch suboptimal, da ein gro-

ßer Teil der Patienten nach Entlassung dann doch keinen Gebrauch von der Nachsorgemöglichkeit macht. Die poststationäre ambulante Therapie hat bei schwereren Fällen und zum Beispiel bei Komorbidität ihren Platz.

Im Vergleich zu anderen Therapiemodalitäten hat man in der Alkohol- und Medikamentenbehandlung relativ früh die Therapieergebnisse im Rahmen groß angelegter und standardisierter Katamneseuntersuchungen evaluiert. Die Zusammenführung von Daten zur wissenschaftlichen Auswertung läuft hier schon viele Jahre, zum Beispiel über den Fachverband Sucht. Bachmeier et al. stellten 2015 die Ergebnisse der FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 dar. Erfasst wurden dabei 13.228 Patienten aus Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Die Erfolgsquote lag für alle erreichten PatientInnen, welche die Therapie ein Jahr vor der Befragung erfolgreich beendet hatten, bei 77,4%. Buschmann-Steinhage und Zollmann (2008) konnten belegen, dass die medizinische Rehabilitation Alkoholabhängiger ihren gesetzlichen Auftrag erfüllt, eine Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuschieben. Die deutlich bessere Beschäftigungsprognose der vor der Rehabilitation Erwerbstätigen spricht nach Ansicht der Autoren dafür, alles zu unternehmen, um die Betroffenen für eine Entwöhnungsbehandlung zu gewinnen, bevor sie ihren Arbeitsplatz wegen ihrer Alkoholprobleme verlieren. Katamneseuntersuchungen im Drogenbereich konnten belegen, dass auch dieser Sektor, entgegen der in den Medien gemeinhin propagierten Meinung, über bemerkenswerte Erfolge verfügt, mit Abstinenzquoten von 70,3% bei den erreichten Patienten mit planmäßiger Entlassung für den Jahrgang 2012 (Fischer et al., 2015). Trotz seiner knappen finanziellen Ressourcen wurden im Reha-Suchtbereich immer wieder auch groß angelegte wissenschaftliche Studien zur Klärung von grundsätzlichen Fragen durchgeführt, die richtungsweisende Ergebnisse erbrachten (z.B. Schuhler et al., 2000).

**Poststationäre ambulante Therapie**

**Katamneseuntersuchungen**

**77,4% Erfolgsquote der katamnestisch erreichten Patienten**

**Bessere Erwerbsprognose**

**Erfolge auch im Drogenbereich**

## 2 Neuere bislang nicht ausreichend validierte Vorgehensweisen

### Internettherapie

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

**Bislang unerreichbare Zielgruppen**

**Internetbasierte  
Behandlung  
und Beratung**

tersuchungen zur Wirksamkeit der Internet-Therapie zum Beispiel im Bereich der Suchtnachsorge.

Eine internetbasierte Behandlung und Beratung wird insbesondere für die Zeit vor und nach Ablauf der Entwöhnungstherapie sowie als add-on beschrieben. Die Ansätze sind hier recht unterschiedlich, ebenfalls die Fallzahlen, so dass die im Folgenden aufgeführten Ergebnisse in jedem Fall erst reproduziert werden müssten, um eine klare Aussagekraft zu erhalten.

Bei webbasierter Erholungsunterstützung im Rahmen einer stationären Suchttherapie war der Alkoholgebrauch nach der Behandlung umso niedriger, je höher die Zahl der Log-ins war (Klein & Anker, 2013). Unterstützende Textnachrichten nach der Behandlung waren mit höheren Abstinenzquoten vergesellschaftet. Eine Online-Selbsthilfegruppe wurde als ebenso erfolgreich beschrieben, wie eine Gruppe mit persönlicher Präsenz (Hester et al., 2013). Bei unkompliziertem Cannabisgebrauch wurde eine webbasierte Cannabisbehandlung als effektiv eingestuft (Rooke et al., 2013). Internetbasierte Interventionen werden nur als erfolgreich erachtet, wenn schädlicher Gebrauch vorliegt (vor der Schwelle zur Abhängigkeit) und die Person über eine hohe interpersonelle Sensibilität verfügt (Blankes et al., 2013). Das webbasierte Kurzalkoholinterventionsprogramm „What do you drink?“ wurde nicht als wirksam beurteilt (Voogt et al., 2013). Computersimulationsspiele führten bei alkoholabhängigen amerikanischen Veteranen zwar zu einer Verbesserung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung, nicht jedoch zu einer Verminderung der Rückfallquote (Verduin et al., 2013).

Selbstverständlich kann eine technisch noch so ausgefeilte und professionelle Internet-Therapie nicht den persönlichen Kontakt und die direkte zwischenmenschliche Kommunikation ersetzen. Es können jedoch niedrigschwellig *bislang unerreichbare Zielgruppen angesprochen* und evtl. zu einer traditionellen Suchttherapie motiviert werden. Weiterhin kann in der *poststationären* Phase ohne Organisationsprobleme ein *Kontakt* gehalten werden. Derzeit laufen verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen zur Wirksamkeit der Internet-Therapie zum Beispiel im Bereich der Suchtnachsorge.

### **Gentherapie**

**Familiäre Häufung  
der Suchterkrankungen**

Die deutliche familiäre Häufung der Suchterkrankungen ist für alle augenfällig, die sich mit der Thematik befassen. Dabei gab es immer wieder Diskussionen darüber, ob diese Auffälligkeit eher durch die Umweltbedingungen mit erhöhten psycho-sozialen Belastungen für die Kinder und einem Lernen am pathologischen Modell bedingt ist oder ob hier Erbfaktoren im Vordergrund stehen.

Inzwischen ist es unstrittig, dass Suchterkrankungen überzufällig häufig auf dem Boden verschiedener genetischer Risikofaktoren



(Rietschel et al., 2013) entstehen. Der CC-Genotyp mit dem T102C-HTR2A-Polymorphismus zum Beispiel sagt Rückfälligkeit nach Alkoholbehandlung voraus (Jakubczyk et al., 2013). Inzwischen wurden Nagerstämme gezüchtet, die erheblich schneller auf Alkoholexposition mit der Entwicklung einer Substanzabhängigkeit reagieren als dies sonst bei diesen Tieren üblich ist. Anhand dieser Züchtungen kann im Tiermodell eine Versuchssituation hergestellt werden, die eine gewisse Analogie zur genetischen Belastung bei Menschen aufweist.

Die Anlage-Umwelt-Diskussion wird durch die Erkenntnisse aus der epigenetischen Forschung entschärft: Vermehrter Alkoholkonsum führt zu verschiedenen epigenetischen Veränderungen (Chandrasekar, 2013), die ihrerseits nicht selten den Suchtmittelkonsum weiter in die Höhe treiben. Chronische Alkoholexposition führt über Veränderung der Genexpression zu zellulären Adaptionen, die sich klinisch in Substanztoleranz und -abhängigkeit äußern. Somit zeigt sich, dass nicht die angenommene Dichotomie zwischen Anlage und Umwelt vorliegt, sondern ein kompliziertes Wechselspiel zwischen beiden Bereichen mit erheblicher Interdependenz.

Ziel der Genthherapie ist es, durch medizinische Eingriffe in die epigenetischen Regulationsprozesse den vom „Nativzustand“ zur Alkoholabhängigkeit führenden Prozess rückgängig zu machen und dem Betroffenen so wieder einen unpathologischen Substanzkonsum zu ermöglichen. Im Tierversuch gelang es bereits, eine alkoholabhängige Maus aus dem Alkohol-Risiko-Stamm erfolgreich genetisch zu behandeln: Das Alkoholsuchtverhalten erlosch durch Wiederherstellung der mGLUR-(2)-Expression im infralimbischen Cortex durch viral vermittelten Gentransfer (Meinhardt, 2013).

Die Umsetzung dieses zweifellos sehr interessanten Ansatzes in den Bereich der Therapie der Sucht von Menschen liegt derzeit jedoch noch in weiter Ferne, da die genetischen und epigenetischen Prozesse sich mit zunehmenden Forschungserkenntnissen als erheblich komplexer erweisen als zuvor vermutet (Gorini, 2014).

## EMDR

Das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) nach Shapiro (1995) wurde für den Bereich der Traumatherapie entwickelt, erfährt aber in der jüngeren Vergangenheit zunehmend eine Ausweitung auf andere Bereiche. Hier wird eine alternierende Hemisphärenstimulation in Verbindung mit der Aktivierung suchtspezifischer und abstinenzhaltender neuronaler Netzwerke durchgeführt. Es dient der *Katalyse neurophysiologischer Verarbeitungsprozesse* und ist in der Traumatherapie, wissenschaftlich belegt, sehr erfolgreich. Für die Suchttherapie gibt es inzwischen auch einen EMDR-Modus (Hase et al., 2008). Ziel ist hier eine *Integration* von neuen *rückfallalternativen Erfahrungen* in

## Ziel der Genthherapie

## EMDR

## Katalyse neurophysiologischer Verarbeitungsprozesse

**Cerebrale Assoziationsnetzwerke** cerebrale Assoziationsnetzwerke, die die Sucht bislang aufrechterhielten. Hierdurch soll unter anderem die *Verfügbarkeit neuer Denk- und Verhaltensmuster auch in Suchtrisikosituationen* verbessert werden.

**Neuromodulation** **Neuromodulation** 2013 gab es Veröffentlichungen zu folgenden Verfahren aus dem Bereich der Neuromodulation mit recht unterschiedlichen Ergebnissen: Deep Brain Stimulation des Ncl. Accumbens führte zu einer Rückfallprävention bzgl. Heroin (Guo et al., 2013). Deep Brain Stimulation Surgery reduzierte Craving (Voges et al., 2013). Transcranielle direkte Stromstimulation verminderte zwar Craving, erhöhte jedoch die Rückfallquote (da Silva et al., 2013). Hochfrequente, repetitive transcranielle Magnetstimulation des rechten dorsolateralen und präfrontalen Cortex zeigte keinen Effekt hinsichtlich des Cravings und war einer Sham-Anwendung nicht überlegen (Heremans et al., 2013).

Um in diesem derzeit sehr heterogenen und mit viel zu geringen Fallzahlen besetzten Feld gültige Aussagen machen zu können, bedarf es weiterer Untersuchungen mit standardisiertem Design und größeren Patientengruppen.

**CBM** **Cognitive Bias Modification** Die Cognitive Bias Modification fokussiert bei der Behandlung des Alkoholismus dessen neurokognitive Defizite. Ihre partielle Rückbildung soll mit dem Ziel der Herstellung und Aufrechterhaltung von Abstinenz gefördert werden (Eberl et al., 2013).

Eberl et al. (2013) berichten über vielversprechende Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Untersuchungen, vermissen jedoch weitere Forschungen über eine Implementierung des CBM im klinischen Bereich.

Flaudias et al. (2013) stellen fest, dass Aufmerksamkeitsauffälligkeiten bei Alkoholabhängigen sich alleine durch die Entgiftung und ohne spezifische Therapie deutlich reduzieren.

Kreusch et al. (2013) fanden, dass es eine verlängerte Reaktionszeit auch bei Nichtalkoholkranken gab, wenn Alkoholbilder als No-go-Stimuli fungierten.

**Mindfulness** **Mindfulness-basierte Rückfallprävention** Obwohl Mindfulness in der Therapie derzeit ein recht populäres Thema ist, finden sich hierzu kaum systematische Untersuchungen. Yoga und Meditation werden als unterstützend in der Suchttherapie eingestuft (Khanna & Greeson, 2013).

### 3 Prävention, Motivation, Therapie schädlichen Gebrauchs und Harm-Reduction

Vom bestehenden System der Suchtkrankenhilfe und Suchttherapie sollen etwa 1,8 Mio. Alkoholabhängige angesprochen werden. Jedoch *erreichen die spezifischen professionellen Hilfen nur einen eher geringen Teil der Betroffenen*. So wurden 2009 nur bei 1,8% der Betroffenen eine stationäre oder ambulante Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt (Kraus et al., 2015). Eine Abhängigkeitsdiagnose bei niedergelassenen Ärzten erhielten etwa ein Drittel der Alkoholsüchtigen. Der größere Teil der Alkoholabhängigen wird jedoch mit vordergründig nicht suchtspezifischen Beschwerden in niedergelassenen Arztpraxen vorstellig bzw. ist in Allgemeinkrankenhäusern zu finden. Vor diesem Hintergrund ist es dringend notwendig, dass zukünftig mehr Ärzte, die nicht im suchtspezifischen Bereich tätig sind, ihr Patientengut auf das Vorliegen von Merkmalen einer Abhängigkeitserkrankung screenen und dann im Sinne einer aufklärenden und motivierenden Kurzintervention tätig werden.

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

Ebenfalls in einer veränderungsbereiten Phase befinden sich Abhängige im Stadium der körperlichen Entgiftung. Während diese früher, insbesondere im Bereich medizinischer Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern ohne spezifische motivierende Intervention durchgeführt wurde, ist es sinnvoller, die Patienten während des körperlichen Entzugs für eine Entwöhnungstherapie zu motivieren, da ohne anschließende Entwöhnung mit mehr als 90% ein sehr hohes Risiko der Rückfälligkeit droht. Dem sowohl wissenschaftlich als auch therapeutisch fundierten Desiderat einer qualifizierten Entgiftung steht die Praxis entgegen, dass oft lediglich sehr kurze Entgiftungsmaßnahmen in Akutkliniken bezahlt werden, so dass nur noch die allernotwendigsten organmedizinischen Interventionen durchgeführt werden können und für motivierende therapeutische Interventionen bei Weitem nicht genügend Zeit zur Verfügung steht (Lindenmeyer, 2002).

Zukunftsweisend sind Projekte, die auf eine Verbindung von Entgiftung und Entwöhnung im gleichen Setting abzielen, wie zum Beispiel die niedrigschwellige, über Krankenkassen finanzierte stationäre Rehaabklärung mit direkt anschließender, meist vom Rentenversicherer bezahlter, Entwöhnung (Vogelgesang, 2006) oder die Entwöhnungsbe-

**Professionelle Hilfen erreichen nur einen eher geringen Teil der Betroffenen**

**Abhängigkeitserkrankung screenen**

**Kurzinterventionen durch Ärzte in nicht primär suchtspezifischen Bereichen**

**„Qualifizierte Entgiftung“**

**Entgiftung und Entwöhnung im gleichen Setting**

**Motivationsfenster** handlung Abhängigkeitskranker mit der Möglichkeit zur Durchführung integrierter Entgiftung als stationäre Kompaktleistung (Missel, 2009). Hierbei werden die geringere Hemmschwelle der Betroffenen bezüglich einer Entgiftung sowie das in dieser Phase oft vorliegende Motivationsfenster genutzt, zur Initiierung einer im gleichen Setting und in direktem zeitlichen Anschluss stattfindenden Entwöhnung, für die sich der Betroffene leichter entscheiden kann, da er die räumliche Umgebung und das Therapiepersonal nun schon kennt.

### Schädlicher und riskanter Konsum

**Schädlicher bzw. missbräuchlicher Alkoholgebrauch** Den 3,4% Alkoholabhängigen in Deutschland stehen 3,1% gegenüber, die die Schwelle zur Abhängigkeit zwar noch nicht überschritten haben, bei denen jedoch ein schädlicher bzw. missbräuchlicher Alkoholgebrauch vorliegt (Lehner & Kepp, 2015). Weder eine therapeutische Verharmlosung der Auffälligkeit noch eine simplifizierende Gleichbehandlung mit Substanzabhängigen unter einem generellen Abstinenzgebot wird dem Störungsbild des schädlichen Gebrauchs mit seinen spezifischen Risiken und noch vorliegenden Kompetenzen jedoch gerecht. *Notwendig ist eine spezifische Therapie* des schädlichen Gebrauchs. Als wissenschaftlich nachgewiesenermaßen sehr erfolgreich und damit auch als zukunftsweisend bezüglich der Therapie des schädlichen Gebrauchs hat sich der Ansatz von Schuhler (2008) bewährt, wobei ein nichtkonfrontatives, kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen den Betroffenen ein Verständnis von der Funktionalität ihres Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs im Sinne eines inadäquaten Problembewältigungsversuches vermittelt und dabei zu einer katamnestisch dauerhaft nachweisbaren mehrheitlichen Überwindung des Substanzmissbrauchs führt.

**Spezifische Therapie des schädlichen Gebrauchs**

**Nichtkonfrontatives, kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen**

**Riskanter Substanzgebrauch**

**Sekundär präventive Maßnahmen**

**Jugendliche Strategien zu einem sinnvollen Umgang mit Alkohol**

**Vorbeugung als vornehmste ärztliche Aufgabe**

7,8% der erwachsenen Deutschen betreiben riskanten Alkoholkonsum, der jedoch noch nicht die Kriterien des schädlichen Konsums erfüllt. Es besteht die Gefahr, dass dieser riskante Substanzgebrauch in schädlichen bzw. abhängigen Konsum übergeht. Deshalb sollten *schon hier sekundär präventive Maßnahmen* ansetzen. Das Land Mecklenburg-Vorpommern setzt dabei zum Beispiel auf das in den Schulen durchgeführte Projekt „Lieber schlau als blau“ (Lindenmeyer, 2009). Es fokussiert dabei auf Jugendliche im Alter zwischen 14 und 16 Jahren und möchte Strategien zu einem sinnvollen Umgang mit Alkohol vermitteln. Da es sowohl Teenager anspricht, die schon ein riskantes Trinkverhalten aufweisen als auch auf davon (noch) nicht Betroffene abzielt, ist es im Grenzbereich zwischen der sekundären und der primären Prävention anzusiedeln.

Schon Hippokrates formulierte die Vorbeugung als die vornehmste ärztliche Aufgabe. Die typische Primärprävention bezüglich eines problematischen Suchtmittelgebrauchs sollte schon *früh, deutlich vor dem*

derzeitig üblichen Beginn des Zigarettenrauchens, durchgeführt werden. Schon in Kindergärten und Grundschulen können spielerisch *unspezifische* präventive Maßnahmen eingeführt werden, z.B. durch Kasperletheatervorstellungen. Die meisten Suchtpräventionsprogramme setzen bei etwa 11-Jährigen an und bieten neben einer allgemeinen psychohygienischen Edukation suchtspezifische, informative und erfahrungsgel leitete Interventionen an. Im Gegensatz zu dem hohen Niveau der Suchttherapie bei vorliegender Substanzabhängigkeit ist die Prävention in Deutschland bislang nicht adäquat verbreitet und im Widerspruch zu ihrer fundamentalen Wichtigkeit kaum verankert. Als wegweisend zur Überwindung dieses Defizites ist hier die Etablierung des Landesinstituts für präventives Handeln im Saarland zu nennen, das ministerienübergreifend Präventionskonzepte erprobt, evaluiert sowie darauf aufbauend in der Fläche systematisch und nachhaltig etabliert.

Kindergärten  
und Grundschulen

Prävention in  
Deutschland nicht  
adäquat verbreitet

Unter dem Begriff der *Harm-Reduction* wurden Vorgehensweisen entwickelt, welche pragmatischerweise auf eine Schadensminimierung abzielen. Die *Substitutionstherapie* bei Drogenabhängigen, klassischerweise mit Methadon, aber auch mit partiellen Opiatantagonisten wie z.B. Buprenorphin (Groß & Soyka, 1999; Hönekopp, 2001) und inzwischen auch mit Heroin, sind Beispiele für die Vorgehensweisen bei Harm-Reduction. Die Substitution mit Diamorphin vermindert nach Löbmann (2007) die Kriminalitätsrate von 78,8 auf 45,4%, weiterhin sollen die Sterblichkeit sowie die Begleiterkrankungen bei Drogenabhängigen reduziert werden und es soll deren enge therapeutische Anbindung ermöglicht werden. Falls irgend möglich, soll diese Stabilisierung immer wieder zur Motivierung in Richtung einer weiterführenden Suchttherapie mit dem Ziel der Suchtmittelabstinenz genutzt werden. Immer mehr Drogenentwöhnungen bieten ein Programm zur schrittweisen Reduktion des Substitutionsstoffes an. Allerdings droht inzwischen in der öffentlichen Diskussion aus dem Fokus zu geraten, dass die Substitution weit davon entfernt ist, ein Heilmittel hinsichtlich des Drogenkonsums darzustellen und die Entwöhnung gerät mehr und mehr aus dem Blickfeld. Die Wirkungen des chronischen Opiatkonsums wie z.B. Antriebslosigkeit und Depressionen etc. gehen auch an den Substituierten nicht spurlos vorüber. Weiterhin fehlt häufig die parallel zur Substitution geforderte psychosoziale Betreuung und eine Therapie der psychischen Komorbidität. Das immense Problem des verdeckten Beigebrauchs ist weiterhin vollkommen ungelöst.

Harm-Reduction

Substitutionstherapie

Therapeutische  
Anbindung

Auch die Bestrebungen, die *Trinkmenge* bei vorliegender Abhängigkeit zu *reduzieren*, Stichwort: sogenanntes kontrolliertes Trinken bei Abhängigkeit, haben ihre Berechtigung vor dem Hintergrund des Harm-Reduction-Ansatzes bei bisherigem Misslingen der klassischen suchttherapeutischen Ansätze. Die Vorgehensweisen bei Harm-Reduction sollten jedoch inhaltlich nicht mit denen der abstinenzorientierten

Sogenanntes  
kontrolliertes Trinken

Zufriedene Abstinenz  
weiterhin Primat

Therapie verwechselt werden. Bei vorliegender Substanzabhängigkeit sind die eingetretenen psychologischen und bio-physiologischen Folgen so gravierend, dass es bislang kein Behandlungsprogramm gibt, das nachweislich zu einer Rückkehr des Süchtigen zum unproblematischen Konsum verhilft. Bezüglich der Zielsetzung hat die der Heilung am nächsten kommende Ermöglichung einer *zufriedenen Abstinenz weiterhin* absolutes *Primat*. Sie darf Patienten, bei denen die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dieses Ziel zu erreichen, nicht vorenthalten werden.

Therapieziel  
der kompletten  
Abstinenz

### Zielorientierung

Bujarski et al. (2013) fanden, dass mit dem Therapieziel der kompletten Abstinenz das beste Ergebnis assoziiert ist. Dunn & Strain (2013) sahen eine deutliche positive Koppelung von Abstinenzziel und Abstinenzserfolg. Hieraus kann geschlossen werden, dass die Motivierung zum Abstinenzziel einen wichtigen Therapieschritt darstellt.

Diese Einschätzung bestätigt die S3-Leitlinie der postakuten Therapie der Alkoholabhängigkeit (Mann et al., 2015). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch die Einschätzung des Gemeinsamen Bundesausschusses, dass medizinische Hilfen zur Dosisreduktion (im Sinne einer Harm Reduction) dann versucht werden dürfen, wenn abstinenzorientierte Therapien im Vorfeld gescheitert sind.

### Diagnoseklassifikationen

DSM-5

Das 2013 erschienene, für die USA gültige DSM-5 (APA, 2013), unterscheidet bei den Störungen durch psychotrope Substanzen zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit und nimmt statt einer kategorialen eine dimensionale Differenzierung zwischen einer leichten, mittelschweren und schweren Form der Konsumstörung. Ablehnende Meinungen gegen diese therapeutisch wenig sinnvollen Entdifferenzierungen werden aktuell vielfach geäußert. Derzeit ist noch offen, ob das

ICD-11

für 2017 erwartete ICD-11 sich dieser Beschreibung anschließen wird.

## Literatur

Ackermann, K., Zemlin, U. & Kolb, W. (2009). *AGIL: Abstinenz-Gesund-Interessiert-Lebendig! Erfahrungen aus der stationären Entwöhnungsbehandlung älterer Abhängiger*. Vortrag, FVS-Kongress, Heidelberg, 16. 6. 2009.

Anonyme Alkoholiker Deutschland (1978). *Das Blaue Buch*. München: Anonyme Alkoholiker Verlag.

APA (2013). *DSM-5*. Washington DC: APA Press.

- Atigar, O. V., Kelly, A. M., Jabeen, Q. et al. (2013). New onset alcohol dependence linked to treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. *Int. J. Risk. Saf. Med.*, 25 (2), 105-109.
- Bachmeier, R., Bick, S., Funke, W. et al (2015). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 1, 53-67.
- Barbadoro, P., Annino, I., Ponzio, E. et al. (2013). Fish oil supplementation reduces cortisol basal levels and perceived stress: a randomized, placebo-controlled trial in abstinent alcoholics. *Mol. Nutr. Food Res.*, 57 (6), 1110-1114.
- Beck, A. T., Wright, D., Newman, C. F. & Liese, B. S (1997). *Cognitive therapy of substance abuse*. London: Guilford.
- Bensel, W. (2009). *Implizierte Krankheitsmodelle türkischer Glücksspieler in der Rehabilitation*. Vortrag, FVS-Kongress, Heidelberg, 16. 6. 2009.
- Bensel, W. & Fiedler, D. (Hrsg.) (2012). *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. Köln: GwG.
- Blanco, C., Xu, Y., Brady, K. et al. (2013). Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend.*, 132 (3), 630-638.
- Blankers, M., Koeter, M. W. & Schippers, G. M. (2013). Baseline predictors of treatment outcome in Internet-based alcohol interventions: a recursive partitioning analysis alongside a randomized trials. *MBMC Public Health*, 13, 455.
- Bowden-Jones, O., Iqbal, M., Tyrer, P. et al. (2004). Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction*, 99, 1306-1314.
- Brennan, J. L., Leung, J. G., Gagliardi, J. P. et al. (2013). Clinical effectiveness for the treatment of alcohol dependence: a review. *Clin. Pharmacol.*, 5, 99-107.
- Buchholz, G., Kelemen, A. & Pintye-Hódi, K. (2013). Modified-release capsules containing sodium riboflavin 5'-phosphate (Posted online on October 1, 2013 [Epub ahead of print]). *Drug. Dev. Ind. Pharm.*
- Bujarski, S., O'Malley, S. S., Lunny, K. et al. (2013). The effects of drinking goal on treatment outcome for alcoholism. *J. Consult. Clin. Psychol.* 81 (1), 13-22.
- Buschmann-Steinhage, R. & Zollmann, P. (2008). Zur Effektivität der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. *Suchttherapie*, 9, 63-69.
- Chandrasekar, R. (2013). Alcohol and NMDA receptor: current research and future direction. *Front. Mol. Neurosci.*, 28, 6-14.
- Crames, A. (2008). *Paartherapie im Rahmen ambulanter Entwöhnungsbehandlung*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Da Silva, M. C., Conti, C. L., Klaus, J. et al. (2013). Behavioral effects of transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) induced dorsolateral prefrontal cortex plasticity in alcohol dependence. *J. Physiol. Paris*, *107* (6), 491-501.
- Del Re, A. C., Gordon, A. J., Lembke, A. et al. (2013a). Prescription of topiramate to treat alcohol use disorders in the Veterans Health Administration. *Addict. Sci. Clin. Pract.*, *8* (1), 12.
- Del Re, A. C., Maisel, N., Bodgett, J. et al. (2013b). The declining efficacy of naltrexone pharmacotherapy for alcohol use disorders over time: a multivariate meta-analysis. *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, *37* (6), 1064-1068.
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz (2007). *Rahmenkonzept zur „Reha-Fallbegleitung“ bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen*. Speyer: DRV Rheinland-Pfalz.
- Dreifuss, J. A., Griffin, M. L., Frost, K. et al. (2013). Patient characteristics associated with buprenorphine/naloxone treatment outcome for prescription opioid dependence: Results from a multisite study. *Drug. Alcohol Depend.*, *131* (1-2), 112-118.
- Dunn, K. E. & Strain, E. C. (2013). Pretreatment alcohol drinking goals are associated with treatment outcome. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, *37* (10), 1745-1752.
- Eberl, C., Wiers, R. W., Pawelczack, S. et al. (2013). Approach bias modification in alcohol dependence: do clinical effects replicate and for whom does it work best. *Dev. Cogn. Neurosci.*, *4*, 38-51.
- Feuerlein, W. (1986). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit*. Stuttgart: Thieme.
- Flaudias, V., Brousse, G., de Chazeron, I. et al. (2013). Treatment in hospital for alcohol-dependent patients decreases attentional bias. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, *9*, 773-779.
- Fischer, M., Kemmann, D., Weissinger, V. et al (2015). Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. *Sucht Aktuell*, *1*, 68-75.
- Franck, J. & Jayaram-Lindström, N. (2013). Pharmacotherapy for alcohol dependence: status of current treatments. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23810221>). *Curr. Opin. Neurobiol.*, *23* (4), 692-699.
- Gaertner, B., Freyer-Adam, J., Meyer, C., John, U. (2015). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 15* (S. 39-71). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Gamble, S. A., Talbot, N. L., Cashman-Brown, S. M. et al. (2013). A pilot study of interpersonal psychotherapy for alcohol-dependent



- women with co-occurring major depression. *Subst. Abus.*, *34* (3), 233-241.
- Geyer, D. (2008). Altersspezifische Aspekte in der stationären Rehabilitation Suchtkranker. *Sucht Aktuell*, *2*, 31-36.
- Glattacker, M., Kainz, B. & Hauer, J. (2013). Reha-Fallbegleitung bei Alkohol- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen: Evaluation eines Modellprojektes bezüglich der Zielgrößen Abstinenz und berufliche Wiedereingliederung. *Sucht Aktuell* *20*, *1*, 58-64.
- Gorini, G., Harris, R. A. & Mayfield, R. D. (2014). Proteomic approaches and identification of novel therapeutic targets for alcoholism. *Neuropsychopharmacology*, *39* (1), 104-130.
- Gual, A., He, Y., Torup, L. et al. (2013). A randomised, double-blind, placebo-controlled, efficacy study of nalmefene, as-needed use, in patients with alcohol dependence. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23562264>). *Eur. Neuropsychopharmacol.* *23* (11), 1432-1442.
- Groß, A. & Soyka, M. (1999). Buprenorphin – ein neuer Ansatz in der Pharmakotherapie opiatabhängiger Patienten. *Suchtmed*, *1* (1), 5-14.
- Guo, L., Zhou, H., Wang, R. et al. (2013). DBS of nucleus accumbens on heroin seeking behaviors in self-administering rats. *Drug Alcohol Depend.*, *129* (1-2), 70-81.
- Hapke, U., Rumpf, H-J., Schumann, A. & John, U. (1999). Beratung von Menschen mit problematischem Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenkonsum auf der Basis des Transtheoretischen Modells. In: Keller, S. (Hrsg.), *Motivation zur Verhaltensänderung: Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis* (S. 81-91). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Hase, M., Schallmayer, S. & Sack, M. (2008). EMDR – Reprocessing of the Addiction Memory: Pretreatment, Posttreatment, and 1-Month Follow-Up. *J EMDR Practise and Research*, *2* (3), 170-179.
- Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2008). Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation: Hauptergebnisse des ARA-Projektes und Schlussfolgerungen für die Praxis. In: Henkel, D. & Zemlin, U. (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Sucht – Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 214-241). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Herremans, S. C., Vanderhasselt, M. A., De Raedt, R. et al. (2013). Reduced intra-individual reaction time variability during a Go-NoGo task in detoxified alcohol-dependent patients after one right-sided dorsolateral prefrontal HF-rTMS session. *Alcohol Alcohol.*, *48* (5), 552-557.
- Hester, R. K., Lenberg, K. L., Campbell, W. et al. (2013). Overcoming Addictions, a web-based application, a SMART recovery, an

- online and in-person mutual help group for problem drinkers, part 1: three-month outcomes of a randomized controlled trial. *J. Med. Internet Res.*, **15** (7), e134.
- Hoffmann, M. (2015). Rauschgiftlage 2013. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 15* (S. 156-179). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Hönekopp J. (2001). Erste Erfahrungen mit Buprenorphin in der Methadon-schwerpunktpraxis Mannheim. *Suchttherapie*, **1**, 163-165.
- Jakubaczyk, A., Klimkiewicz, A., Kopera, M. et al. (2013). The CC genotype in the T102C HTR2A polymorphism predicts relapse in individuals after alcohol treatment. *J. Psychiatr. Res.*, **47** (4), 527-533.
- Janhsen, K. & Glaeske, G. (2002). Benzodiazepine – immer noch zu lange und zu hoch dosiert. *Sucht Aktuell*, **2**, 5-10.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J. et al. (1999). Das TTM als Instrument der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. In: S. Keller (Hrsg.), *Motivation zur Verhaltensänderung. Das transtheoretische Modell* (S. 45-55). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Joos, L., Goudriaan, A. E., Schmaal, L. et al. (2013). Effect of modafinil on impulsivity and relapse in alcohol dependent patients: a randomized, placebo-controlled trial. *Eur. Neuropsychopharmacol.*, **23** (8), 948-955.
- Kagerer, P. (1996). Männerrolle und Sucht: Praktische Arbeit mit einer Männergruppe. *Abhängigkeit*, **2**, 49-52.
- Kagerer, P. & Vogelgesang, M. (2003). Geschlechtsspezifische Aspekte der Abhängigkeit – Entwicklungsbedingungen und Therapie. *Psychotherapie im Dialog*, 155-160.
- Karoly, H. C., Stevens, C. J., Thayer, R. E. et al. (2013). Aerobic exercise moderates the effect of heavy alcohol consumption on white matter damage. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, **37** (9), 1508-1515.
- Khanna, S. & Greeson, J. M. (2013). A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies for addiction. *Complement. Ther. Med.*, **21** (3), 244-252.
- Kiefer, F. & Wiedemann, K. (2002). Aktueller Stand der pharmakotherapeutischen Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit mit Acamprosat und Naltrexon. *Nervenheilkunde*, **21**, 183-92.
- Klein, A. A. & Anker, J. J. (2013). Computer-based recovery support for patients receiving residential treatment for alcohol/drug dependence: relationship between program use and outcomes. *Telemed. J. E. Health*, **19** (2), 104-109.
- Kraus, L., Piontek, D., Pfeiffer-Gerschel, T. & Rehm, J. (2015). Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige. *Suchttherapie*, **16**, 18-26.
- Kreusch, F., Vilenne, A. & Quertemont, E. (2013). Response inhibition toward alcohol-related cues using an alcohol go/no-go task in

- problem and non-problem drinkers. *Addict. Behav.*, 38 (10), 2520–2528.
- Ladewig, D. et al. (2000). Psychotherapie und Anticraving-Substanzen. In: F. Stetter (Hrsg.), *Suchttherapie an der Schwelle der Jahrtausendwende. Herausforderungen für Forschung und Therapie*. Geesthacht: Neuland.
- Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna (2004). *Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen*. Selm: Lonnemann.
- Lehner, B. & Kepp, J. (2015) Daten, Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 15* (S. 11–38). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Lindenmeyer, J. (2002). Kommt wieder einmal das Gute in kleinen Päckchen aus Amerika? Eine kritische Reflexion aktueller Entwicklungen in der Behandlung von Alkoholabhängigen. *Sucht Aktuell*, 2, 11–17.
- Lindenmeyer, J. (2005). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Lindenmeyer, J. (2009). *Lieber schlau als blau für Jugendliche. Ein Präventionsprogramm für die Schule*. Vortrag, FVS-Kongress, Heidelberg, 16. 6. 2009.
- Ryan, M. L., Fertig, J. B. et al. (2013). A double-blind, placebo-controlled trial assessing the efficacy of varenicline tartrate for alcohol dependence. *J. Addict. Med.*, 7 (4), 277–286.
- Löbmann, R. (2007). Diamorphingestützte Behandlung und Kriminalität. *Sucht*, 53 (5), 288–295.
- Lorscheider M. & Fehr, C. (2009). Komorbidität von Abhängigkeits-erkrankungen, affektiven Störungen und Angststörungen, eine Behandlungsherausforderung. *Nervenheilkunde*, 8, 523–532.
- Lukas, S. E., Penetar, D., Su, Z. et al. (2013). A standardized kudzu extract (NPI-031) reduces alcohol consumption in nontreatment-seeking male heavy drinkers (2013). *Psychopharmacology (Berl.)*, 226 (1), 65–73.
- Maio, G. (2014). Suchtmedizin ist Beziehungsmedizin – Wie die Ökonomie den Blick auf das Eigentliche verstellt. *Sucht*, 60, 201–202.
- Mann, K., Hoch, E. & Batra, A. (Hrsg.), *Die S3-Leitlinie – Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbedingter Störungen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Margraf, M. (2007). *Die Qualitäten der Rückfallprävention*. Vortrag, FVS-Kongress, Heidelberg, 12. 6. 2007.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention – maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Meinhardt, M. W., Hansson, A .C., Perreau-Lenz, S. et al. (2013). Rescue of infralimbic mGluR2 deficit restores control over drug-seeking behavior in alcohol dependence. *J. Neurosci.*, 33 (7), 2794–2806.

- Meyer-Gutknecht, J., Vogelgesang, M. & Jahrreiss, R. (1998). Anorexia/Bulimia nervosa bei Substanzabhängigkeit. *Sucht*, *44* (2), 84-94.
- Meyer, P. (2009). Diagnose „Obdachlosigkeit“. *Deutsches Ärzteblatt*, *106* (9), 335.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Missel, P. (2007). Ergebnisqualität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Ausgewählte Ergebnisse. *Sucht Aktuell*, *1*, 16-26.
- Missel, P., Schneider, B., Belous, V. et al. (2009). *Zur Behandlung suchtkranker russischsprachiger Aussiedler: Konzeption, Behandlung, Ergebnisse*. Vortrag, FVS-Kongress, Heidelberg, 16. 6. 2009.
- Missel, P. (2009). *Sektorenübergreifende Behandlung durch integrierte stationäre Behandlung Abhängigkeitserkrankter (ISBA): Entwöhnungsbehandlung mit der Möglichkeit zur Durchführung integrierter Entgiftung als stationäre Kompaktleistung*. Vortrag, Jahrestagung des AHG-Wissenschaftsrates, Düsseldorf, 24. 6. 2009.
- Mutschler, J. & Kiefer, F. (2013). Mechanism of action of disulfiram and treatment optimization in prevention of recurrent alcoholism. *Praxis*, *102* (3), 139-146.
- Neubauer, F., Schwoon, D., Gemeinhardt, B. & Dahme, B. (2007). Zur Komorbidität von Sucht und Angst: Ein Vergleich der Psychopathologie bei Alkoholabhängigen mit und ohne Angststörung. *Suchttherapie*, *8*, 67-73.
- Orth, B., Piontek, D. & Kraus, L. (2015). Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 15* (S. 127-139). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Preuss, U. & Wong, M. (2009). Bipolare Störungen und Abhängigkeitserkrankungen, Komorbidität. *Nervenheilkunde*, *8*, 518-522.
- Prisciandaro, J. J., Myrick, H., Henderson, S. et al. (2013). Impact of DCS-facilitated cue exposure therapie on brain activation to cocaine cues in cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend.*, *132* (1-2), 195-201.
- Ravens-Sieberer, U. & Nickel, J. (2008). Was wissen wir über jugendlichen Alkoholkonsum? *Sucht Aktuell*, *1*, 9-12.
- Rietschel, M. & Treutlein, J. (2013). The genetics of alcohol dependence. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, *1282*, 39-70.
- Rooke, S., Copeland, J., Norberg, M. et al. (2013). Effectiveness of a self-guided web-based cannabis treatment program: randomized controlled trial. *J. Med. Internet Res.*, *15* (2), e26.
- Schouler-Ocak, M. & Haasen, C. (2008). *Sucht und Migration*. *54* (5), 268-270.
- Schmaal, L., Goudriaan, A. E., Joos, L. et al. (2013). Modafinil modulates resting-state functional network connectivity and cognitive