

I **Theoretische Grundlagen**

1 Entwicklung des Manuals

Die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen bietet breit gefächerte Hilfsmöglichkeiten für Patienten¹ mit einer Suchterkrankung an. Dabei werden sowohl Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung als auch mit einem Missbrauch von Suchtmitteln angesprochen. Schaltstelle des Suchtbereichs ist die Suchtambulanz, welche die Patienten in die Sucht-Tagesklinik, auf die Entgiftungsstation oder auf die Psychotherapiestation vermittelt. Dort wird eine Kurzzeitbehandlung für Patienten mit einer Suchtmittelabhängigkeit und einer komorbiden psychischen Störung angeboten. Nach den stationären Behandlungen stehen ambulante Unterstützungsangebote als weitere Bestandteile der Suchtkrankenhilfe zur Verfügung. Dieses Manual entstammt dem in der Tübinger Universitätsklinik angewendeten psychoedukativen und psychotherapeutischen Gruppentherapieprogramm für substanzbezogene Störungen aus den Bereichen Alkohol, Medikamente, Cannabis und andere illegale Drogen.

Qualifizierte Entgiftung

Die Qualifizierte Entgiftung bezeichnet einen Prozess, der – außer der somatischen Behandlung des Entzugssyndroms – auf die Schaffung und Förderung einer Abstinenzmotivation ausgerichtet ist. Ziel ist neben einer Stabilisierung eines abstinenten Verhaltens die Vermittlung in eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsbehandlung. Für die Durchführung einer *Qualifizierten* Entgiftung gibt es eine klare Empfehlung in der leitliniengerechten Behandlung (S3 Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen; AWMF 2015).

Die zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Mittel im Rahmen der Qualifizierten Entgiftung sind angesichts der begrenzten Zeit, die dem Patienten seitens der Kostenträger in psychiatrischen Einrichtungen gewährt wird, auf Techniken der motivierenden Gesprächsführung und Psychoedukation beschränkt.

Bei der Psychoedukation steht die Wissensvermittlung über Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltende Faktoren der Suchterkrankungen im Vordergrund.

1 Zugunsten einer lesefreundlichen Darstellung wird in diesem Buch bei personenbezogenen Bezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Diese schließt, wo nicht anders angegeben, alle Geschlechtsformen ein (weiblich, männlich, divers).

Die Patienten erhalten Informationen über ihre Erkrankung, die sie brauchen, um in Zukunft verantwortungsvoll mit ihr umzugehen. Die funktionale Bedeutung des Konsums und der dysfunktionalen Lebensstile werden in den Mittelpunkt gestellt. Oft muss der unspezifische Wunsch nach einem »neuen Leben« konkretisiert werden: Was möchte der Patient durch seine Abstinenz erreichen? Welche Dinge zeichnen die Abstinenz für ihn aus? Nicht zuletzt sollen die Betroffenen Werkzeuge an die Hand bekommen, die sie für den Erhalt ihrer Abstinenz einsetzen können. Diese Werkzeuge umfassen allgemeine Kompetenzen zur kognitiven Arbeit sowie spezielle Fertigkeiten zum Umgang mit dem Suchtmittel. Strategien zur Verhinderung weiterer Rückfälle und die Bewältigung bisheriger Rückfallereignisse haben ihren festen Platz in der Qualifizierten Entgiftung.

Dass eine Qualifizierte Entgiftung gegenüber einer reinen körperlichen Entgiftung zu bevorzugen ist, unterstrichen auch Loeber et al. (2009). In ihrer vergleichenden Untersuchung einer qualifizierten dreiwöchigen suchtspezifischen psychotherapeutischen Gruppentherapie und einer herkömmlichen körperlichen Entgiftung berichteten die Patienten nach Durchlaufen der Qualifizierten Entgiftung von einer höheren Abstinenzzuversicht. Sie waren zum Katamnesezeitpunkt häufiger abstinent und besuchten regelmäßiger Selbsthilfegruppen.

Die Qualifizierte Entzugsbehandlung dient lt. Definition der S3-Leitlinien der AWMF (www.awmf.org; 2020) der Förderung der Änderungsbereitschaft, der Änderungskompetenz und der Stabilisierung der Abstinenz. Die Wirksamkeit der Qualifizierten Entzugsbehandlung in Bezug auf Abstinenzrate, Abstinenzzeit, Verhinderung von Rückfällen und Vermittlung in Langzeittherapie im Vergleich zu einer rein körperlichen Entgiftung wird in o. g. Behandlungsleitlinie ausführlich diskutiert (S. 48/49). Es wird dabei festgehalten, Patienten wiesen nach einer Qualifizierten Entgiftung eine höhere Abstinenzrate, eine höhere Rate von Vermittlung in eine weiterführende Therapie, einen besseren Therapieerfolg einer nachfolgenden Rehabilitationsbehandlung und eine reduzierte Wiederaufnahmerate auf. Die Qualifizierte Entzugsbehandlung sei für die Kostenträger kosteneffizient und wirke sich bei längerer Behandlungsdauer positiv auf den Behandlungserfolg aus.

Patientenkollektiv und Behandlungssetting

Die Zusammensetzung stationärer und tagesklinischer Patientengruppen kann sehr heterogen sein. Sowohl Alkohol- als auch Drogenabhängigkeit sind eine Indikation für die Aufnahme einer Behandlung. Tagesklinische Behandlungskonzepte nehmen auch in der suchtspezifischen Therapie zu. Laut Lotz-Rambaldi und Kollegen (2002) ist eine tagesklinische Rehabilitationsbehandlung für alkoholranke Menschen im Vergleich zum vollstationären Angebot bezüglich wesentlicher Outcome-Variablen wie Reduktion psychischer Belastung, Abstinenzquoten und Wiedereingliederung ins Erwerbsleben durchaus vergleichbar. Die Heterogenität der Gruppe hat dabei große Vorteile.

Beispiele:

- Erleichterung der Perspektivenübernahme bei Patienten, die noch sehr bagatelisierend sind
- Patienten, die auf eine lange Suchtkarriere zurückblicken, können diejenigen, die sich erstmalig in Behandlung befinden, aus der Sicht des Betroffenen gut und glaubwürdig auf typische Denkfehler, Rationalisierungen und Bagatellisierungstendenzen hinweisen
- Verschiedene Substanzen können verschiedene Aspekte einer Abhängigkeitserkrankung hervorheben. So finden wir im Bereich Alkohol eine Vielzahl körperlicher Schäden als Beispiel für negative Folgen des Konsums. Berichte von opioidabhängigen Patienten verdeutlichen das Konstrukt des Suchtdrucks usw.

Das vorliegende Behandlungsprogramm kann in allen Stadien einer Suchterkrankung vermittelt werden.

Patienten, die sich zwar Sorgen um ihren eskalierten Alkoholkonsum machen, sich aber noch nicht von einem Suchtmittel abhängig ansehen, junge Menschen, die mittlerweile auf ihren Cannabiskonsum nicht mehr verzichten können, aber von der Umgebung zu einer Behandlung aufgefordert werden und Patienten, die wiederholt zur Entgiftung von Alkohol oder Drogen und einer weiteren Behandlung vorstellig werden, können profitieren. Auch substituierte Personen, die einen Beikonsum von Alkohol, Benzodiazepinen oder illegalen Substanzen entwickelt haben und therapeutische Hilfe brauchen, um auf diesen wieder verzichten zu können, können das Gruppenangebot sinnvoll nutzen.

Günstig sind niedrigschwellige Behandlungsangebote, in die Betroffene schnell aufgenommen werden und wo sie Kriseninterventionen zur Rückfallabwehr oder Rückfallunterbrechung durchlaufen können. Eine tagesklinische Behandlung kann nicht stattfinden, wenn starke körperliche Entzugszeichen zu erwarten oder in der Vorgeschichte ein Entzugsdelir oder ein Krampfanfall aufgetreten sind.

Eine Herausforderung, aber ebenso auch eine Chance, für die Patienten in einer ambulanten oder teilstationären Therapie ist der Umgang mit den Tages- und Nachtstunden, in denen keine Behandlung stattfindet. Sie müssen eigenverantwortlich mit ihrem Abstinenzbemühen umgehen. Das hilfreiche Element an dieser Herausforderung ist, dass die Betroffenen in der Therapie erlernte Strategien zur Rückfallprophylaxe sowie zur Rückfallbewältigung und ihre Notfallpläne erproben können. Die »Käseglocke«, die Patienten in stationären Behandlungen oft bemängeln, gilt hier nur bedingt. Eindrücklich ist das Beispiel eines unserer substituierten Patienten, der zunächst stationär unter Clomethiazol von seinem Alkoholbeigebrauch entgiftet hatte. Erst als er im Rahmen unserer tagesklinischen Behandlung in seine Wohnung ging, wurde ihm wieder bewusst, dass er diese notfallmäßig verlassen hatte, um den Schutz der Klinik aufzusuchen. Er fand viele leere und halbleere Bier- und Weinflaschen vor, die Suchtdruck auslösten. Ihm gelang die Entsorgung der Überreste seiner Konsumzeit mit Hilfe der tagesklinischen Unterstützung, ohne direkt wieder zu trinken.

Neben der Vermittlung der Strategien und Inhalte während der Gruppensitzungen müssen die Patienten auch in ihrem Alltag begleitet werden. Einige neigen dazu,

sich sehr schnell besonders schwierigen Situationen auszusetzen. Bspw. wird der konsumierende Freundeskreis weiterhin aufgesucht, das Suchtmittel behält seine Präsenz und das »Standhaftbleiben« dient zur Steigerung des Selbstwerts. Therapeuten sollten immer auf das große Risiko hinweisen, das mit solchen »Feuerproben« verbunden ist. Patienten unterschätzen häufig die Zeitdauer, die sie benötigen, um in der Therapie Schutzmechanismen zu erwerben, mit denen sie solche Extremsituationen gut überstehen.

Die Heterogenität der Patientengruppe wird gelegentlich von Mitarbeitenden oder von Patienten, kritisch gesehen. Sowohl von Betroffenen als auch von Therapeutenseite werden die Unterschiede zwischen Abhängigen von Alkohol und illegalen Drogen betont. In den letzten Jahren bauen sich diese Vorurteile auf Seiten der Therapeuten zunehmend ab, nicht zuletzt aufgrund der Erfahrung, dass die gemeinsame Behandlung Sinn macht und das Behandlungsprogramm gut an die Bedürfnisse beider Gruppen angepasst werden kann. Patienten tauschen sich vielmehr für beide Seiten gewinnbringend aus. Schnell erkennt sich ein junger Mann, der wegen Amphetaminkonsums in Behandlung ist, vielleicht in Schilderungen eines älteren alkoholkranken Patienten wieder, der von seinen Strategien berichtet, den Alkoholkonsum vor seiner Partnerin zu verbergen.

Substanzen und Veränderungen der Konsumgewohnheiten

Die Autoren haben sich im psychoedukativen Teil für die Aufnahme ausgewählter einzelner Substanzen bzw. Substanzklassen entschieden. Im Zentrum stehen die Substanzen, wegen derer häufig Behandlungen in Anspruch genommen werden (Alkohol, Cannabis, Medikamente mit Abhängigkeitspotential, Opiode). Die meisten Materialien des psychoedukativen Teils des Manuals sowie sämtliche Materialien aus dem psychotherapeutischen Teil können ebenso für Konsumenten anderer Substanzen oder auch für Patienten mit Mischkonsum verwendet werden.

Die Drogenszene und die Konsumgewohnheiten der Patienten mit Substanzabhängigkeit verändern sich stetig und in den letzten Jahren teilweise rasant (Europäischer Drogenbericht 2017). Um sich über die aktuellen Trends und Entwicklungen auf dem Drogenmarkt zu informieren, empfehlen sich Online-Angebote, da diese am schnellsten die Veränderungen abbilden können (bspw. www.drogenbeauftragte.de; www.emcdda.europa.eu; www.dhs.de).

Die hier im Manual repräsentierten Substanzklassen gehören sicher zu den »klassischen«. In den letzten Jahren hat eine Vielzahl chemischer Substanzen den Drogenmarkt erreicht. Konsum und Beschaffung im Graubereich zwischen Legalität und Illegalität sowie Substanzbeschaffung via Internet sind häufiger denn je. Dabei stehen die sogenannten neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) im Fokus. Diese werden häufig fehlbezeichnet, bspw. als Räuchermischung oder Dünger, um den

eigentlichen Zweck des Konsums zu verschleiern. Eine eigene Übersichtskategorie wurde 2016 eingeführt. Durch eine geringe Veränderung der Molekülstruktur klassischer Suchtmittel oder bereits unter Betäubungsmittelgesetz (BtmG) gestellter Substanzen werden gesetzliche Verkehrsgebote umgangen. Dem entgegenzutreten trat 2016 das NPS-Gesetz in Kraft, das in Ergänzung zum einzelstofflichen Ansatz des BtmG auch eine Stoffgruppenregelung umfasst (www.drogenbeauftragte.de).

Viele NPS lassen sich den synthetischen Cannabinoiden, den Cathinonen oder Phenethylaminen zuordnen. Auf dem Markt kursiert ebenfalls eine Vielzahl synthetischer Opioide und Benzodiazepine.

Der Konsum dieser neuartigen synthetischen Substanzen ist äußerst gefährlich, denn

- den Konsumenten fehlt oft die Erfahrung im Umgang mit den verschiedenen chemischen Substanzen
- Untersuchungen ergaben, dass der Wirkstoffgehalt in den Verpackungseinheiten stark schwankt: »Man weiß nie, wie viel man bekommt«
- Untersuchungen zeigten, dass die Verpackungseinheiten häufig viele unterschiedliche psychoaktiv wirksame Substanzen enthalten (Angerer und Auwärter 2015): »Man weiß nie, was man bekommt«
- Dosen, die Überdosierungen hervorrufen, sind schnell erreicht (Fletcher et al. 2015)
- Folgen von Mischintoxikationen bei Konsum zusätzlicher Substanzen sind nicht abschätzbar
- Mischintoxikationen und Überdosierungen sind zumeist schwerwiegend und können letal sein (z. B. Stanciu 2016)
- in der Applikationsform wird teilweise auch auf i.v. Konsum zurückgegriffen, was ernstzunehmende körperliche Folgen haben kann
- Intoxikationen gehen gelegentlich mit schwerwiegenden psychischen und physischen Symptomen einher, bspw. agitierten Delirien oder Cathinonpsychosen (Hohmann et al. 2014)
- die psychische Abhängigkeit ist teilweise ausgeprägt
- körperliche und psychische Entzugssyndrome sind vielgestaltig und manchmal schwer zu behandeln (z. B. Hervas 2017; Tracy 2017)

2 Allgemeine psychotherapeutische Grundlagen und Methoden

Aufbau einer therapeutischen Beziehung

Gemeinsame therapeutische Arbeit erfordert zunächst eine gute Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten. Insbesondere in der Suchttherapie kann es passieren, dass sehr therapieerfahrene Patienten am Gruppenprogramm teilnehmen. Sie bringen Erwartungen an den Therapeuten sowie Erfahrungen mit, die Vergleiche ermöglichen. Gruppenmitglieder, die sich erstmalig in Behandlung begeben, sind eventuell sehr vorsichtig: Was erwartet mich? Wie wird mir der Therapeut gegenüber treten? Kann ich meine Schwächen zeigen?

Die folgenden Merkmale einer Therapeut-Patienten-Beziehung sind bezüglich ihrer positiven Wirkung untersucht bzw. belegt (Zimmer 2008):

- **Empathie und Verständnis:** Förderlich ist das Vermitteln von Verständnis für die Belange des Patienten, ohne störungsbezogene Verhaltensweisen zu verstärken.
- **Therapeutische Allianz:** Hier steht das gemeinsame Arbeitsbündnis im Vordergrund. Am günstigsten ist eine freiwillige Therapieteilnahme. Liegt Vertrauen vor, können gemeinsame Anliegen und Ziele verfolgt werden.

Hinweise für einen positiven Einfluss auf die therapeutische Beziehung gibt es auch für:

- **Wertschätzung:** Im besten Fall verbessert die Wertschätzung des Therapeuten die Selbstakzeptanz des Patienten.
- **Kongruenz und Echtheit:** Der Therapeut kann mit offenen Äußerungen bezüglich der eigenen Person als Modell fungieren und den Patienten dazu anregen, sich mehr zu öffnen.
- **Rückmeldung:** Es gibt verschiedene Formen konstruktiver Rückmeldung, die in der Therapie eingesetzt werden:
 - **Validierung:** Durch die Rückmeldung des Therapeuten, dass das Denken und Fühlen des Patienten nachvollziehbar und verständlich ist, können Erfahrungen mit Invalidierung korrigiert werden.
 - **Anerkennung von Bemühungen:** Das Streben nach Veränderungen und das Aufzeigen von kompetentem Verhalten werden vom Therapeuten kontinuierlich verstärkt. Die positive Rückmeldung findet nicht erst mit Erreichung des letzten Teilzieles statt.

- *Subtile Verstärkungsprozesse*: Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung findet auch auf der nicht-bewussten Ebene statt. Durch Aufmerksamkeit und Beachtung werden bestimmte Äußerungen oder Verhaltensweisen des Patienten verstärkt.
- *Angstreduktion*: Eine Psychotherapie bietet einen Rahmen, in dem auch über Themen gesprochen werden kann, die in anderen Kontexten aufgrund von Angst oder Scham unausgesprochen bleiben.
- *Neues Konzept und neue Sprache*: Die Therapie verhilft den Patienten zu einem besseren Verständnis ihrer Probleme. Unklarheiten werden beseitigt, die Probleme werden durch die Entwicklung eines Konzeptes greifbarer. Es lassen sich leichter neue Perspektiven erarbeiten.

In verschiedenen Studien konnte der positive Einfluss von Empathie und therapeutischer Allianz auf die zu behandelnden Symptome nachgewiesen werden. Dieser Effekt zeigt sich in der Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen im Allgemeinen sowie spezifischer auch in suchtttherapeutischen Behandlungen (Urbanowski et al. 2012, Miller und Moyers 2015). In einer großen Metaanalyse konnte die Belastbarkeit dieser Ergebnisse in der allgemeinen Erwachsenen-Psychotherapie bestätigt werden (Flückiger et al. 2018).

Priebe et al (2019) untersuchten den Einfluss des Kommunikationsstils des Therapeuten. Die verbale Kommunikation wie bspw. Klarheit der Sprache, Empathie, »zwischen den Zeilen Lesen« hatten höheren Einfluss auf Prozessvariablen wie Zufriedenheit mit der Behandlung und therapeutische Beziehung als auf klinische Ergebnis-Maße (Symptomausprägung und Rückfälle).

In einem Review mit zehn eingeschlossenen Studien konnte von Kadur et al. (2020) gezeigt werden, dass folgende Punkte in der therapeutischen Beziehung positiven Einfluss auf die zu behandelnden Symptome hatten: stützende und explorative Äußerungen des Therapeuten sowie das Thematisieren von verschiedenen Gesichtspunkten der therapeutischen Beziehung.

Ambivalenz

Ambivalenz tritt in der Suchttherapie häufig auf. Die Entscheidung für ein suchtmittelfreies Leben verlangt den Betroffenen viel Kraft ab. Dies lässt die Fortsetzung des Konsums vielleicht wieder attraktiv erscheinen. Aus einer Ambivalenz kann eine Veränderungsmotivation entstehen, sofern sie vom Therapeuten nicht als Widerstand oder mangelnde Krankheitseinsicht eingestuft wird (Demmel 2008).

Motivational Interviewing (MI)

Der motivationale Ansatz der Gesprächsführung von Miller und Rollnick (1991, 2013) ist in der Suchttherapie unverzichtbar und soll die hier beschriebene Gruppentherapie durchweg begleiten. Grundlegendes Modell für den Ansatz ist das stages of change Modell von Prochaska und DiClemente (1986). Dieses weist die verschiedenen motivationalen Stadien im Veränderungsprozess aus. Eine der wichtigsten therapeutischen Annahmen in dieser evidenzbasierten, klientenzentrierten und direktiven Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für Veränderung ist, dass Patienten keineswegs unmotiviert, häufig aber ambivalent sind. Die Erarbeitung einer guten und tragfähigen therapeutischen Beziehung ist Voraussetzung für die gemeinsame Arbeit am Veränderungsprozess (Moyers 2014). Die Gesprächsführungstechnik soll bei Patienten Äußerungen mit veränderungsmotivierten Anteilen fördern, anstatt bestimmte Verhaltensweisen vorzugeben. In der ersten Phase des Motivational Interviewings (MI) ergibt sich als Ziel die Förderung der Änderungsmotivation. Im zweiten Schritt wird an der Festigung der Ziele, des Weges dorthin und eines planvollen Herangehens gearbeitet. Dabei stehen bei der Arbeit mit MI die vier folgenden Prinzipien im Vordergrund (in Anlehnung an Körkel und Veltrup 2003):

- *Versetze dich in den Klienten, um seinen Standpunkt verstehen zu können:* Dies umfasst das respektvolle Zuhören und den Versuch, die Sicht des Patienten zu verstehen und zu akzeptieren. Dies heißt nicht, dass man seinen Einstellungen damit zustimmt.
- *Entwickle Diskrepanzen:* Die Abhängigkeit von einem Suchtmittel steht häufig in Kontrast zu den eigenen Zielen und Werten. Ein Aufzeigen dieser Diskrepanz kann einer angestrebten Veränderung mehr Bedeutung geben.
- *Gehe mit dem Widerstand, anstatt dich gegen ihn zu stellen:* Machtkämpfe innerhalb des Therapiegesprächs sollen vermieden werden. Ein Ringen um Recht und Unrecht bringt keine Veränderung mit sich. Im besten Fall versucht der Therapeut, den Widerstand des Patienten aufzunehmen und daraufhin seine Gesprächsführung zu ändern: Widerstand wird in diesem Kontext nicht als Angriff gesehen! Der Therapeut versucht immer, die Reaktionen des Patienten nachzuvollziehen.
- *Stärke die Zuversicht des Patienten zur Veränderung:* Durch die entsprechende Gestaltung des Gesprächs kann der Therapeut die Zuversicht des Patienten zur Veränderung stärken. Hilfreich ist das Aufzeigen von früheren Erfolgen und das Herausfiltern von Äußerungen des Patienten, die Zuversicht ausdrücken.

Für die Umsetzung dieser Prinzipien sind sieben Methoden von Bedeutung (in Anlehnung an Körkel und Veltrup 2003):

- *Offene Fragen stellen:* Offen gestellte Fragen lassen sich nicht mit »Ja.« oder »Nein.« beantworten, sondern verlangen dem Patienten eine Mitteilung seiner Meinung