



# Psychotherapie im Dialog

Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

Nr. 4 | Dezember 2012 | 13. Jahrgang

## Herausgegeben von

Maria Borcsa  
Michael Broda  
Volker Köllner  
Henning Schauenburg  
Wolfgang Senf  
Barbara Stein  
Bettina Wilms

# Sucht

# Sucht

Herausgegeben von Michael Broda, Bettina Wilms und Hans Lieb

Dezember 2012 · 13. Jahrgang · Seite 1–102

4 · 2012



Michael Broda



Bettina Wilms



Hans Lieb

---

## Editorial

### 1 Neues und Bewährtes zu einem alten Thema

*Michael Broda · Bettina Wilms · Hans Lieb*

---

## Standpunkte

### 3 Psychotherapie der Sucht

*Anil Batra*

---

## Aus der Praxis

### Richtungen und Verfahren

#### 9 Prinzipien und Merkmale einer verhaltenstherapeutischen Suchttherapie

*Johannes Lindenmeyer*

#### 14 Prinzipien und Merkmale einer systemischen Suchttherapie

*Rudolf Klein*

#### 19 Prinzipien und Merkmale psychodynamischer Suchttherapie – Ein Plädoyer für moderne Psychoanalyse aus klinischer Erfahrung

*Klaus W. Bilitza*

#### 24 Lösungsraum Familie: ein systemischer Such(t)blick für die Praxis

*Heliane Schnelle · Jeanne Rademacher*

### Anwendungen, Schritte zur Integration, spezielle Settings

#### 28 Tabakabhängigkeit: Die unbeachtete Sucht – Eine Aufgabe für PsychotherapeutInnen?

*Dagmar Kraft · Volker Köllner*

#### 33 Alkoholabhängigkeit: Die bagatellierte Sucht

*Monika Vogelgesang*

#### 36 Drogenabhängigkeit: Die ausgegrenzte Sucht

*Heinz C. Vollmer · Julia Domma-Reichart*

#### 39 Medikamentenabhängigkeit: Die verheimlichte Sucht

*Gerd Glaeske*

#### 44 Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Kindern aus Suchtfamilien – Das Beispiel „Trampolin“

*Sonja Bröning · Diana Moesgen · Michael Klein · Rainer Thomasius*

#### 49 Ambulante Therapie bei Jugendlichen mit Suchtproblemen – Impulse aus einer systemischen Perspektive am Beispiel der MDFT

*Andreas Gantner*

#### 53 Arbeitsschwerpunkte des Heidelberger Rauchertelefons am Deutschen Krebsforschungszentrum

*Astrid Wilhelm*

#### 57 Lieber schlau als blau – Eine Möglichkeit zur Motivierung von Alkoholabhängigen durch dosierte Information

*Johannes Lindenmeyer*

**61 Ambulante medizinische Rehabilitation Suchtkranker – Ein Erfolgskonzept in der Behandlung Abhängigkeitskranker***Regina Adams***64 Abstinenz oder was? – Was ist das Ziel der Suchttherapie?***Ralf Schneider***69 Aktuelle Sucht und Trauma in früheren Generationen – Fakten und Konsequenzen für die Suchttherapie***Ruthard Stachowske***73 Entwicklung eines integrierten tagesklinischen Behandlungspfades***Juliane Dohren · Rüdiger Münzer*

---

**Interview****77 „Das Gesellige tritt in den Hintergrund ...“***Reiner Weißgerber im Gespräch mit Michael Broda*

---

**DialogLinks****79 Internetressourcen zu stoffgebundenen Suchterkrankungen – Eine Auswahl für Fachkreise, Betroffene und ihre Angehörigen***Christiane Eichenberg · Zuzana Kovacovsky*

---

**DialogBooks****84 Buchempfehlungen***Chiara Amadei*

---

**Résumé****90 Alles neu in der Sucht ... oder doch nicht?***Bettina Wilms · Hans Lieb · Michel Broda*

---

**Im Dialog****91 Sport- und Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen – Eine kritische Reflexion und Handlungsempfehlungen für den Sport mit depressiven Patienten***Matthias Weigelt · Yvonne Steggemann · Daniel Machlitt · Kai Engbert***94 Evaluation stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung – Lust oder Frust im Praxisalltag?***Jessica Manß · Anne Neugebauer · Janne Sieber · Jens Heider · Angelika Schlarb · Annette Schröder · Michael Behrens · Günther Stratmann · Michael Brünger*

---

**100 Herausgeberteam****101 Impressum****102 Vorschau****www.thieme.de/pid**

Besuchen Sie die PiD im Internet! Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich.

Indexiert in PSYINDEX

# Neues und Bewährtes zu einem alten Thema



Michael Broda · Bettina Wilms · Hans Lieb

Seit Erscheinen unseres ersten Heftes zu „Sucht“ sind inzwischen mehr als acht Jahre vergangen – für uns Grund genug, sich mit dem Thema neu zu beschäftigen und Entwicklungen in Theorie und Behandlung darzustellen. Auch die Änderung der Psychotherapierichtlinien im letzten Jahr beeinflusst die Versorgungslandschaft und bringt neue Herausforderungen für die Praxis.

Wir haben uns in diesem Heft auf die stoffgebundenen Süchte beschränkt. Dadurch wollen wir auch dem inflationären Gebrauch des Begriffes entgegenwirken und die körperliche Abhängigkeit von Substanzen als krankheitswertige Störung abgrenzen von umgangssprachlich unscharfen Begriffen wie „arbeitsüchtig“, „liebessüchtig“ oder „sexüchtig“. Auch Spielsucht und Internetsucht verdienen eine gesonderte gründlichere Darstellung und sollen in diesem Heft nicht noch „mit“ abgehandelt werden.

Natürlich stellt sich die Frage, ob wir im Aufbau der Beiträge den Grundorientierungen Rechnung tragen sollen oder ob es nicht andere Gliederungsgesichtspunkte gibt, unter denen ein solches Heft sinnvoller eingeteilt werden könnte. Klaus Bilitza, einer der Gastherausgeber unseres ersten Suchthefts und geschätzter Autor auch in diesem Heft, hat in einem persönlichen Brief an uns Herausgeber Anregungen in diese Richtung gegeben: Fltrate, Alter, Gender oder Gewalt sind Stichworte, die in seiner Erfahrung die Diskussion momentan stärker prägen als die verschiedenen Ansätze einzelner Orientierungen. Dass wir uns dennoch für eine eher klassisch anmutende Gliederung entschieden haben, liegt auch an der Überzeugung, dass sich der Versorgungsbereich „Psychotherapie“ immer wieder mit den Grundsätzen der Suchtbehand-

lung befassen muss, da Dilemmata und blinde Flecken im Umgang mit Sucht normal sind. Wenn wir uns als Gutachter im Richtlinienverfahren die Psychotherapieberichte und Falldarstellungen ansehen, fällt auf, dass diesem Thema kaum Bedeutung geschenkt wird: Angaben zu Alkoholkonsum sind selten, Nikotin und Medikamente spielen in den Berichten so gut wie gar keine Rolle.

Vermutlich unterliegen wir in der Psychotherapie dem gleichen Phänomen, das auch gesellschaftlich zu beobachten ist: Substanzmissbrauch und Sucht werden gerne verharmlost, verschwiegen oder bagatellisiert, oder auf der anderen Seite stigmatisiert und ausgegrenzt. Da viele PatientInnen dies tun, ist ein Thematisieren auch immer eine Belastungsprobe für die therapeutische Beziehung: Glaubt mir etwa mein Therapeut nicht, dass ich damit kein Problem habe? Mit diesem Gespür sprechen vermutlich viele TherapeutInnen dieses Thema entweder gar nicht an oder begnügen sich mit allgemein-ausweichenden Angaben – manche haben vielleicht die Sorge, beim Auftauchen eines solchen Themas auch gleich eine Sucheinrichtung vorschlagen zu müssen. Wir wissen aber auch, wie schwierig die Arbeit mit SuchtpatientInnen sein kann: Komplizierter Vertrauensaufbau, Rückfälle oder Selbstüberschätzungstendenzen erschweren häufig die therapeutische Arbeit in Verbindung mit gesellschaftlicher Stigmatisierung von Sucht. Auch das Erscheinungsbild von Entzugseinrichtungen, häufig in der Psychiatrie, lässt uns TherapeutInnen vielleicht zu häufig zögern, diese oft sinnvollen Behandlungsangebote vorzuschlagen.

In diesem Heft wollen wir Ihnen, liebe LeserInnen, ein Angebot verschiedenster Informationen und Anregungen bieten und haben dabei nicht den Vollständigkeitsge-

danken, sondern das Impulspotenzial der einzelnen Beiträge im Blick.

Den Anfang macht Anil Batra, der einen fundierten Überblick über den Stand der Suchttherapie gibt und somit den Stand der Forschung und Versorgung im Jahr 2012 darstellt.

Johannes Lindenmeyer ist vielen von Ihnen als häufig eingeladenen Experte in den Medien bekannt – er skizziert die fünf verhaltenstherapeutischen Dimensionen der Suchtbehandlung und stellt weiter hinten im Heft noch sein Programm für PatientInnen zur therapiebegleitenden Selbstmodifikation vor.

Rudolf Klein gibt einen Einblick in die systemischen Überlegungen der Suchttherapie und richtet seinen Blick unter Berücksichtigung der Selbstorganisationsprozesse und der Lebensgeschichte auf wichtige Parameter des therapeutischen Prozesses. Ebenfalls biografische Aspekte, aber auch Fragen der zwischenmenschlichen Beziehungen sowie der therapeutischen Beziehung werden von Klaus Bilitza aufgegriffen. Er behandelt in seinem Beitrag auch die Rolle von Emotionen, von Abwehrprozessen und von Prozessen der Innenwelten von PatientInnen.

Heliane Schnelle und Jeanne Rademacher berichten über die Implementierung systemischer Ansätze in die ambulante und stationäre Versorgung und schlagen eine bessere Nutzung gruppentherapeutischer Angebote am Beispiel drogenabhängiger Jugendlicher vor.

Dagmar Kraft und Volker Köllner, Mitherausgeber der PiD, thematisieren die *unbeachtete Sucht*: die Nikotinabhängigkeit. Wir stellen diesen Beitrag auch deswegen an den Anfang der einzelnen Suchtbeiträge, da es sich dabei um die verbreitetste und in den medizinischen Folgen schädlichste Sucht handelt. Sie sehen die Psy-

chotherapie in der Pflicht, zu motivieren und Entwöhnung zu begleiten.

Die im gesellschaftlichen Sprachgebrauch oft *bagatellierte Sucht* von Alkohol wird von Monika Vogelgesang beschrieben. Aus ihrer Erfahrung einer Klinikleiterin mit einer großen Suchtabteilung geht sie auf die psychosozialen, körperlichen und ökonomischen Folgen der Abhängigkeit ein und stellt Hintergrundwissen zu Diagnose und Therapie zur Verfügung.

Heinz Vollmer und Julia Domma-Reichert beleuchten auf der Basis ihrer sowohl wissenschaftlichen als auch praktischen Erfahrungen die *ausgegrenzte Sucht* Drogenabhängigkeit; sie schildern die Fortschritte in der Therapie Drogenabhängiger und die zwischenzeitlich möglichen Erfolge.

Gerd Glaeske gilt als ein kritischer Medikamentenforscher im deutschsprachigen Raum. Er informiert uns über die *verheimlichte Sucht* der Medikamentenabhängigkeit. Er beschreibt die Mechanismen in unserem Gesundheitsversorgungssystem, die die Entstehung solcher Sucht begünstigen und den oftmals mangelnden Kenntnisstand hinsichtlich des Suchtpotenzials bei den niedergelassenen KollegInnen. Bettina Wilms, Mitherausgeberin der PiD und Heftherausgeberin, kommentiert unter dem Stichwort „harm reduction“ mögliche abweichende Therapieentscheidungen.

Sonja Bröning, Diana Moesgen, Michael Klein und Rainer Thomasius sind MitarbeiterInnen am Bundesmodellprojekt „Trampolin“, das sich um Kinder aus Suchtfamilien kümmert und ein ressourcenorientiertes Gruppenangebot unter Einbeziehung der Eltern entwickelt hat.

Ebenfalls um die Einbeziehung der Familie, diesmal aber für substanzabhängige Jugendliche, geht es Andreas Gartner in seinem Beitrag, der die Multidimensionale Familientherapie bei diesem Klientel beschreibt und die Frage stellt, wieso solche Ansätze in der Praxis so selten angewandt werden.

Astrid Wilhelm berichtet über ein niederschwelliges telefonisches Therapieangebot für Nikotinabhängige, das vom Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg mit Erfolg seit Jahren kostenlos angeboten wird. Dabei werden sowohl Angebote für Menschen, die mit dem Rauchen aufhören wollen, speziell auch für TumorpatientInnen sowie für professionelle Helfer im Gesundheitswesen vorgestellt.

Johannes Lindenmeyer präsentiert uns in seinem zweiten Beitrag sein Programm zur therapiemotivierenden Unterstützung für Alkoholabhängige. Da dieses ein vielfach erprobtes und bewährtes Programm ist, waren wir der Auffassung, dass ein solches Programm in einem Heft über Sucht nicht fehlen darf.

Regina Adams gibt uns einen Überblick über das System der Suchtberatungsstellen. Gerade in der ambulanten Psychotherapie scheint uns das Wissen über Aufgabenbereich, Vorgehen und Erfolge der ambulanten Rehabilitation Suchtkranker oft noch sehr schwach ausgeprägt.

Mit dem Ziel der Suchttherapie bei AlkoholikerInnen setzt sich Ralf Schneider auseinander. Er ist einer der Urväter der verhaltenstherapeutischen Suchtbehandlung, auf dessen Konzept viele andere aufbauten – er äußert sich hier zu einer fundamentalen Frage der Suchttherapie und diskutiert in seinem Beitrag die vielen Fal-

len und Probleme, die sich mit unreflektierten Zielsetzungen wie völliger Abstinenz oder kontrolliertem Trinken ergeben können.

Dass Sucht konzeptionell nur sehr unvollständig unter einer individualpsychologischen Perspektive gefasst werden kann, erläutert uns Ruthard Stachowske und zeigt uns die Mehrgenerationenperspektive und die Rolle von Traumatisierungen in der Suchtgenese auf.

Um die Frage der Verzahnung stationärer Entgiftung und ambulanter Angebote geht es im Beitrag von Juliane Dohren und Rüdiger Münzer. Sie berichten über ein tagesklinisches Projekt an einem psychiatrischen Landeskrankenhaus, das die Lücke zwischen stationärer Entgiftung und ambulanter Therapie schließen helfen soll.

LeserInnen der PiD wissen, dass wir im Interviewteil An- und Einsichten neben der wissenschaftlich-therapeutischen Perspektive vermitteln wollen. Mit Reiner Weißgerber sprechen wir mit einem Braumeister und Gastronomen über seine Beobachtungen zu Veränderungen des Konsums und der Zusammensetzung der Kundschaft sowie den Trends in der Getränkeindustrie.

Wie immer runden DialogLinks, erstellt von Christiane Eichenberg und Zuzana Kovacovsky, sowie DialogBooks, recherchiert von Chiara Amadei, den Thementeil des Heftes ab.

Wir wünschen Ihnen, dass Sie aus diesem Heft viele Anregungen und Impulse aufnehmen können, und ein gutes Jahr 2013 mit einer dann gründlich veränderten Zeitschrift PiD in bewährter Qualität!

# Psychotherapie der Sucht

Anil Batra

**Zusammenfassung** In einem biopsychosozialen Verständnis von Suchterkrankungen spielen nicht nur ätiologische Bedingungen, sondern auch die funktionale Bedeutung des Substanzmittelkonsums sowie die psychische Komorbidität eine wichtige Rolle bei der Therapieplanung. Drei wichtige Entwicklungen der letzten Jahrzehnte prägen die Suchttherapie: Das Behandlungssetting hat eine große Diversifizierung erfahren; neben stationären Entgiftungs- und Rehabilitationsplätzen sind insbesondere wohnortnahe tagesklinische und ambulante Therapieangebote entstanden, die einen multidisziplinären Zugang zur Rehabilitation suchtkranker Menschen vorhalten. Während die Psychotherapie der Sucht historisch betrachtet eher psychodynamisch und systemisch geprägt war, haben eklektizistische Ansätze bis hin zu verhaltenstherapeutisch geprägten, störungsspezifischen, an den funktionalen Bedingungen der Suchterkrankung ausgerichteten Behandlungsformen Einzug gehalten. Psychoedukative Vorgehensweisen, Techniken zur Motivationsförderung und klassisch- bzw. kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze haben inzwischen die größte Verbreitung erfahren. Flankierend stehen medikamentöse Unterstützungen sowohl für eine Substitutionsbehandlung als auch in der Funktion als Anti-Craving-Behandlungen zur Verfügung. Die psychotherapeutische Forschung konzentriert sich sowohl auf Setting-Variablen als auch auf die Differenzialindikation spezifischer psychotherapeutischer Programme und deren psychotherapeutische Erweiterung, vorzugsweise mit Elementen der sog. „dritten Welle der Verhaltenstherapie“.

## Schlüsselwörter

- Sucht
- Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Alkoholabhängigkeit
- illegale Drogen
- Pharmakotherapie

## Korrespondenzadresse

○ Prof. Dr. Anil Batra  
 Leiter der Sektion Suchtforschung  
 und Suchtmedizin, Universitätsklinik  
 für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Oslanderstraße 24  
 72076 Tübingen  
 anil.batra@med.uni-tuebingen.de

## Einleitung

Am 18.6.1968 erkannte das Bundessozialgericht die Alkoholabhängigkeit als Krankheit im Sinne der Sozialversicherung an. Mit diesem Meilenstein ergab sich eine wichtige Grundlage für eine moderne Betrachtung von Abhängigkeitserkrankungen und die Entwicklung einer differenzierten Suchttherapie (Petersen u. Batra 2011). Der heutige Suchtbegriff umfasst zahlreiche Facetten dieses Störungsbildes im Zusammenhang mit diversen psychotropen Substanzen und erfährt derzeit eine Ausweitung in den Bereich der nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten mit besonderem Fokus auf der Glücksspielabhängigkeit, der Computerspiel- und Internetabhängigkeit, aber auch im Zusammenhang mit exzessiven Verhaltensweisen wie der Arbeitssucht, Sex-

sucht, Kaufsucht u.v.m. Die Diskussion um die richtige klassifikatorische Zuordnung der letztgenannten Störungsbilder ist noch lange nicht abgeschlossen, demonstriert aber, dass sowohl Kernmerkmale der Abhängigkeitserkrankungen (s. **Box 1**) als auch zugrunde liegende neurobiologische Mechanismen sowie therapeutische Prinzipien bei den genannten psychischen Störungen vergleichbar sind. Die Abhängigkeitserkrankungen gehören heute in das Kapitel der „Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1x)“. Die Unterteilung in verschiedene Untergruppen erfolgt substanzspezifisch (Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa und Hypnotika, Kokain, andere Stimulanzien, Halluzinogene, Tabak und Lösungsmittel oder ein kombinierter, multipler Konsum). Für die Diagnose einer Abhängigkeit (F1x.2) müssen drei der sechs in **Box 1** genannten diagnostischen Kriterien im Verlauf der letzten zwölf Monate aufgetreten sein.

Ungeachtet der Vergleichbarkeit der oben genannten Störungen in manchen Bereichen (beispielsweise bezogen auf Kontrollverlust und den zwanghaften Charakter des Konsums) unterscheiden sich Konsumanten unterschiedlicher Stoffgruppen und „süchtiger Verhaltensweisen“ in zahlreichen Belangen, sei es im klassischen Prädilektionsalter für das Auftreten der Erkrankung, der sozialen Integration oder auch dem Risiko für eine begleitende psychiatrische Komorbidität. Aus diesem Grunde könnte überlegt werden, ob es sich bei der „Sucht“ bzw. „Abhängigkeit“ um eine oder eher mehrere Krankheiten in einem Spektrum suchtmittelassoziierter Störungen handelt.

**Box 1** Diagnostische Kriterien für eine Abhängigkeit nach ICD-10, Kapitel F1x (Dilling et al. 1991; mindestens drei Merkmale müssen über mindestens einen Monat oder mehrfach über zwölf Monate vorhanden gewesen sein)

- ▶ *Craving* – Zwang oder Drang zum Konsum
- ▶ *verminderte Kontrollfähigkeit* – bezüglich Beginn, Dauer, Umfang und Ende des Konsums
- ▶ *Entzugssyndrom* – bei Verzicht auf die Einnahme; das Entzugssyndrom verschwindet, wenn dem Körper die Substanz erneut zugeführt wird
- ▶ *Toleranzentwicklung* – immer höhere Dosen werden vertragen und benötigt, um die gleichen Wirkungen zu erzielen
- ▶ *Einengung* auf Substanzgebrauch – Umorganisation des Alltags mit Blick auf Beschaffung der Substanz und Erholung von den Folgen des Substanzkonsums
- ▶ Konsum trotz *schädlicher Folgen* – im somatischen und psychischen Bereich, sofern sie dem Konsumenten bekannt gewesen sind

## Zum modernen Verständnis der Abhängigkeit

In einem modernen Verständnis der Suchterkrankungen sind Konsumbeendigung und die Aufrechterhaltung einer Abstinenz keine Frage der Willensbildung, sondern in einem multidimensionalen Störungsbegriff zahlreichen Prozessen unterworfen: Aus neurobiologischer Sicht überlistet der Suchtstoff ein komplexes körpereigenes Belohnungssystem, das der Aufrechterhaltung der Spezies und des individuellen Lebens dient (Heinz et al. 2012). Der Grundstein für eine neurobiologische Betrachtung süchtigen Verhaltens wurde bereits in den 50er-Jahren mit den Erkenntnissen von Olds und Milner (1954) zur Existenz eines dopaminerg arbeitenden Kerngebietes mit der Funktion eines Belohnungssystems in unserem Gehirn begründet. Untersuchungen zu neuroadaptiven Vorgängen einschließlich der Ausbildung eines „Suchtgedächtnisses“ (Heyne et al. 2000) sowie zu genetischen Vulnerabilitäten im Zusammenhang mit dem Fokus u. a. auf das dopaminerge Rezeptorsystem sind wichtige Themen der neurobiologischen Forschung. Darüber hinaus erklären neuroadaptive Prozesse die Toleranzentwicklung und Steigerung des Konsums (Heinz et al. 2012).

Biografische Besonderheiten, psychosoziale Entwicklungs- und Lebensbedingungen, einschneidende, traumatisierende Störungen in der individuellen Persönlichkeitsentwicklung und des Lebenslaufes sowie der Einfluss aufrechterhaltender Bedingungen, der familiären Umgebung und eines suchttypischen sozialen Milieus schaffen andererseits den Boden für eine erhöhte Vulnerabilität des Individuums für die psychogene Wirkung einer Substanz. Psychoanalytische Theorien unterscheiden drei verschiedene Erklärungsmodelle für Suchtverhalten (Veltrup u. Batra 2012). Im Triebmodell ist Sucht ein Lösungsversuch für einen Triebkonflikt. Der Alkoholkonsum sollte demnach eine Regression auf die orale Phase darstellen. Ein gesteigerter Suchtmittelkonsum verhindert in diesem Modell Unlust und maximiert Lust. In einem „ich-“ oder „strukturpsychologischen“ Suchtmodell dient der Substanzkonsum im Sinne eines Selbstbehandlungsversuchs unbewusst dazu, Schwächen in der Persönlichkeitsstruktur zu überdecken oder auszugleichen. Im Vordergrund stehen hierbei die Affektdämpfung und -regulierung. Schließlich ist noch das objektpsychologische Modell zu erwähnen, in welchem Sucht als chronischer, langsamer Suizid verstanden wird. Selbstdestruktive Aggressionen des Selbst werden als Bestrafung für aggressive Impulse eingesetzt. Die Entwicklung des Individuums zu einem autonomen, bindungsfähigen Ich ist im psychodynamischen Ansatz unterbrochen oder behindert worden. Systemische Sichtweisen fokussieren auf die (gestörte) interaktionelle Beziehung des Individuums zum Umfeld. Systemische und psychodynamische Ansätze zum Verständnis der Sucht werden an anderer Stelle dieses Themenheftes ausführlich vorgestellt.

Belohnende Aspekte der Substanzaufnahme – sowohl auf neurobiologischer Ebene als auch im Zusammenhang mit sozialen Verstärkern – begründen dagegen aus lerntheoretischer bzw. verhaltenstherapeutischer Sicht das wiederkehrende Verlangen nach einer erneuten Zufuhr der Substanz, das Scheitern von Abstinenzabsichten und den Kontrollverlust bei Einsetzen des Konsums. Aus lerntheoretischer Sicht werden suchtspezifische Verhaltensweisen am Modell gelernt, durch klassische und operante Konditionierungsprozesse automatisiert und in ihrer Funktionalität fixiert. In der kognitiven Verhaltenstherapie nach Beck et al. (1997) spielen darüber hinaus Einstellungen, Er-

wartungen und Bewertungsprozesse eine wichtige Rolle. Suchtspezifische Grundannahmen rechtfertigen subjektiv den Substanzkonsum, automatisierte Gedankenabläufe und erlaubniserteilende Gedanken leiten den Substanzkonsum ein. Die kognitive Dissonanztheorie nach Festinger sieht den Süchtigen im Konflikt zwischen Konsumwunsch und dem Wunsch nach einer Abstinenz. Die daraus resultierende Konfliktspannung wird durch die Fortsetzung des Substanzkonsums reduziert, bei vorheriger Abstinenz erklärt der sog. „Abstinenz-Verletzungs-Effekt“, die Enttäuschung über den durchbrochenen Abstinenzvorschuss, den anhaltenden Rückfall.

In einem modernen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz bestimmt die subjektiv – bewusst oder unbewusst – wahrgenommene und situationsabhängige Funktionalität der Suchtmittelwirkung die individuelle Motivation zur Aufnahme und Aufrechterhaltung von süchtigen Verhaltensweisen. Der Aufbau von Verhaltensressourcen, um die Funktionalität des Substanzkonsums auf anderem Wege zu erzielen, sowie die Schaffung von Copingstrategien zur Bewältigung rückfallgefährlicher Situationen, sind in diesem Fall Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Abstinenz. Unter Beachtung der häufigen psychiatrischen Komorbiditäten (Depression, Angst und Persönlichkeitsstörungen stehen hier ganz im Vordergrund) ist ein Aspekt der Funktionalität in der Selbstmedikation aversiver Gemütszustände zu sehen.

Auf der Basis dieses funktionalen biopsychosozialen Modells der Abhängigkeit spielen Änderungen der Umgebungsbedingungen zur Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit rückfallgefährlicher Situationen oder der Aufbau persönlicher Fertigkeiten im Umgang mit Risikosituationen und Suchtstoffen eine wichtige Rolle. Darüber hinaus sind – insbesondere mit Blick auf die neurobiologischen Erklärungsmodelle der Sucht sowie die unter dem Aspekt der Komorbidität relevanten spezifischen Substanzeigenschaften (exemplarisch: Antriebssteigerung durch Amphetamine bei Depressivität vs. Sedierung durch Cannabinoide bei Angststörungen) vieler psychotroper Substanzen – auch medikamentöse Unterstützungen der Verhaltensänderungen von großer Bedeutung.

## Die Entwicklung der Sucht- krankenversorgung im therapeu- tischen Setting

In den letzten Jahrzehnten hat sich das Versorgungs- und Therapieangebot für suchtkranke Menschen in Deutschland kontinuierlich verbessert: Während anfangs Entgiftungsbehandlungen lediglich als somatische Detoxifikation in Allgemeinkrankenhäusern zur Verfügung standen, gelang es in den letzten drei Jahrzehnten zunehmend, sog. „qualifizierte stationäre Entgiftungsbehandlungen“ zu entwickeln und in Fachkliniken sowie Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie zu implementieren.

Eine qualifizierte Entgiftung im Sinne der Behandlungsleitlinie der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) (Mundle et al. 2004, Geyer et al. 2006) bezeichnet eine voll- oder wohnortnahe teilstationäre Entzugsbehandlung unter Berücksichtigung der psychischen, somatischen und sozialen Dimensionen der Erkrankung und geht weit über die reine Detoxifikation hinaus. Behandlungsziele im Rahmen der „qualifizierten Entgiftungs- und Motivationsbehandlung“ sind neben der medizinischen Überwachung der Entzugssymptomatik insbesondere die Förderung der Krankheitseinsicht, die Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit und die Förderung und Erweiterung der zielgerichteten Behandlungsmotivation zur Aufnahme einer suchtspezifischen Behandlung (Mundle et al. 2004, Geyer et al. 2006, Schmidt et al. 2006).

Zu den Behandlungselementen der „qualifizierten Entgiftung“ gehören die Psychoedukation in der Gruppe, themenzentrierte Gruppen- und therapeutische Einzelgespräche sowie eine Entspannungstherapie (Muskelentspannung nach Jacobson). Eine individualisierte Einzeltherapie nutzt die Motivationsanalyse nach Miller und Rollnick (2001) zur strukturierten Förderung der Veränderungsbereitschaft und die Vermittlung von Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung einer Alkoholabstinenz durch Analyse der rückfallgefährlichen Situationen sowie die Ausarbeitung eines Krisenplans. Im Einzelfall erfolgt eine Klärung der familiären und beruflichen Situation des Betroffenen (Mundle et al. 2004, Geyer et al. 2006, Schmidt et al. 2006).

Die stationäre Rehabilitationsbehandlung mit einem zeitlichen Umfang von üblicherweise 12–16 Wochen bei Alkoholabhängigen und noch deutlich längeren Be-

handlungszeiten bei Vorliegen einer Drogenabhängigkeit hat zum Ziel, eine psychosoziale und berufliche Reintegration (teilhaberelevante Variablen der International Classification of Functioning [ICF]) zu ermöglichen. Voraussetzung ist die Stabilisierung der Abstinenz, die Mitbehandlung komorbider psychischer und körperlicher Erkrankungen sowie somatischer, psychischer und psychosozialer Folgen der Abhängigkeit. Die Wirksamkeit der multidisziplinären Rehabilitation bei alkoholabhängigen Patienten ist gesichert (Geyer et al. 2006).

Alternativ zur abstinenzorientierten Therapie können – sofern die Abstinenzplanung keine realistische Aussicht auf Erfolg hat – andere Zieldefinitionen die Behandlung bestimmen. Sowohl bei der Behandlung von Patienten mit einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen als auch bei Rauchern oder Alkoholkonsumenten kann im Einzelfall auf einen moderaten, kontrollierten Konsum mit reduzierter Gefährdung hingewirkt werden. Die klinische Erfahrung zeigt allerdings, dass der kontrollierte Konsum bei abhängigen Personen nur in wenigen Fällen erfolgreich über längere Zeit aufrechterhalten werden kann. Dagegen haben sich die Substitutionsbehandlungen für den Bereich der illegalen Drogen durch zugelassene Opioide (z. B. Methadon, Buprenorphin) als erfolgreicher Weg zur Schadensbegrenzung erwiesen.

Generell gehen komorbide psychische Störungen (z. B. Angst, Depression, Persönlichkeitsstörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen) mit geringeren Abstinenzserwartungen einher. Ist anzunehmen, dass die komorbide Störung primäre Ursache der Suchterkrankung ist, sollten parallele, besser integrative Behandlungsansätze gewählt werden, die auch die psychische Komorbidität berücksichtigen können.

## Allgemeine Ansprüche an die Psychotherapie der Sucht

Was soll die Psychotherapie erreichen? Je nach therapeutischer Ausrichtung – sei es verhaltenstherapeutischer, systemischer oder psychodynamischer Prägung – werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, dennoch lassen sich – bei allen unterschiedlichen Terminologien – gemeinsame Ziele formulieren.

Voraussetzung jeder bewussten Verhaltensänderung ist neben dem Aufbau einer stabilen Arbeitsbeziehung die Anleitung

zu einer inneren Bilanzierung der Vor- und Nachteile des Problemverhaltens und des komplementären Alternativverhaltens. Die Psychotherapie der Abhängigkeit zielt auf eine Bewusstmachung der Verhaltenseneignung im Zusammenhang mit dem Suchtmittel, die Akzeptanz der anhaltenden Gefährdung, auf das Erkennen der – auch biografisch und systemisch verankerten – Funktionalität des spezifischen Konsums, die Vorteilsanalyse als Ausgangsbasis für eine Motivationsbildung zur Abstinenz und die Einleitung einer Verhaltensänderung.

Mit dem Erkennen der eigenen Suchtbiografie, der Veränderung in Struktur und Inhalt der familiären und sozialen Bezüge, dem Aufbau von alternativen Verhaltensfertigkeiten, die die Funktionalität des Substanzkonsums ersetzen können, der Vermittlung von Ablehnungsfertigkeiten zur Stabilisierung des Abstinenzvorsatzes und dem Erwerb von Rückfallbewältigungsstrategien, nicht zuletzt auch der Erfahrung der eigenen Selbstwirksamkeit im Umgang mit rückfallgefährlichen Situationen werden – je nach psychotherapeutischer Ausrichtung in unterschiedlicher Priorisierung dieser Ziele – wichtige Voraussetzungen für die Minderung des Rückfallrisikos geschaffen.

## Verhaltenstherapeutische Entwicklungen in der Sucht- therapie

In der Suchttherapie wurden in den letzten Jahrzehnten die Wirksamkeit psychodynamischer Therapien, der systemischen Familientherapie, der Verhaltenstherapie und deren störungsspezifischer Weiterentwicklungen, beispielsweise mit Blick auf Genderaspekte oder die Untergruppe komorbider oder traumatisierter Patienten, in zahlreichen Studien untersucht. Der Einsatz psychotherapeutischer Maßnahmen ist der jeweiligen Behandlungsphase anzupassen.

In der psychodynamischen Behandlung der Suchterkrankungen stehen die biografische Aufarbeitung von Schuldgefühlen und Scham, die Ich-Stabilisierung und Stärkung der Selbstfürsorge sowie Techniken des Containing im Mittelpunkt. Systemische Therapien (Familientherapie, multidimensionale Familientherapie) fokussiert primär auf die interpersonellen Bezüge. Die Wirksamkeit psychodynamisch-interaktioneller Behandlungen, systemischer bzw. multidimensionaler Familientherapien ist gut belegt (von Sy-

dow et al. 2010) und gleichen im Erfolg anderen suchtspezifischen Behandlungen, wenngleich die Evidenzlage etwas weniger breit ist (Geyer et al. 2006).

In Ergänzung zu den systemischen und dynamischen Verfahren, die ausführlich in weiteren Beiträgen dargestellt sind, sollen im Folgenden Schwerpunkte der verhaltenstherapeutischen Arbeit mit Suchtkranken vorgestellt werden. Kernelemente in der Phase des Motivationsaufbaus und der Behandlungsplanung sind die Motivationsförderung, psychoedukative Maßnahmen und die Verhaltensanalyse.

In der Motivationsphase orientiert sich die Behandlung am transtheoretischen Modell zur Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente (1984). In diesem Modell soll der Patient schrittweise aus einer Phase der Absichtslosigkeit („Precontemplation“) zur Änderungsvorbereitung („Contemplation“) und dann in das Stadium der Handlung kommen. Die motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (2001) ist im Stadium der „Precontemplation“ die Methode der Wahl. Sie gilt heute als wichtigste Methode zur Schaffung einer Änderungsmotivation bei konsonanten oder ambivalenten Konsumenten. Sie zielt auf die Erarbeitung „Selbstmotivierender Aussagen“ und motiviert den Abhängigen zur Handlung i.S. der Verhaltensänderung. In der motivierenden Gesprächsführung werden unter Verwendung offener Fragetechniken Vor- und Nachteile des Substanzkonsums und Vor- und Nachteilen der Abstinenz gegenübergestellt. Die motivierende Gesprächsführung kennt mehrere spezifische Techniken im Umgang mit Widerstand; die unterschiedlichen Vorgehensweisen werden in strukturierten Ausbildungsprogrammen vermittelt. Die Wirksamkeit ist gut belegt.

### Psychoedukation

Psychoedukation ist ein gerichteter, informationsvermittelnder Prozess unter Einbeziehung der „Erfahrungsexperten“. Merkmale der Sucht, somatische, psychische und soziale Konsequenzen des Substanzkonsums sowie Behandlungsmöglichkeiten stehen im Zentrum eines aktiven Prozesses, der Erfahrungen der Betroffenen verwertet. Psychoedukative Behandlungsprogramme liegen für zahlreiche Störungen vor; zu nennen sind psychoedukative Programme für Opiatabhängige, alkoholbezogene Störungen sowie störungsübergreifende allgemeine

psychoedukative Programme sowohl für das stationäre als auch tagesklinische Setting. Im Therapiemanual von Schober et al. (2012) wird ein strukturiertes psychoedukatives Programm zur Motivationsförderung und Abstinenzsicherung dargestellt.

### Programme zur Konsumreduktion

Bei Patienten mit einem problematischen, missbräuchlichen Alkoholkonsum wurden Programme entwickelt, die den Patienten trainieren, problematischen Trinksituationen zu widerstehen und Lösungsstrategien zur Konsumvermeidung zu entwickeln, um in rückfallgefährlichen Situationen über alternative Handlungsmöglichkeiten zu verfügen. Das Ziel vieler Patienten ist nicht die Abstinenz, sondern ein moderater Trinkkonsum. Selbstkontrollmethoden und Elemente aus der klassischen Verhaltenstherapie, sollen den Teilnehmerinnen helfen, den missbräuchlichen Alkoholkonsum einzuschränken (Sobell u. Sobell 1993). Das deutschsprachige ambulante Gruppentherapieprogramm von Körkel et al. (2001) beinhaltet ebenfalls ein strukturiertes verhaltenstherapeutisches Vorgehen zur Reduktion des Alkoholkonsums. Auch dieses Programm zielt auf die Vermittlung neuer Verhaltensalternativen sowie sozialer Kompetenzen und nutzt dazu neben motivationalen Strategien Techniken der operanten Selbstverstärkung.

### Verhaltenstherapeutische Abstinenzförderung

In der Handlungsphase sowie nach Erreichen der Abstinenz werden verhaltenstherapeutische Techniken zur Stimuluskontrolle, operanten Verstärkung, aber auch zum Umgang mit erlaubniserteilenden Gedanken eingesetzt. Die Modifikation erlaubniserteilender Gedanken und das Management rückfallgefährlicher Situationen sowie Techniken zur Emotionsregulation und Problemlösung werden im kognitiven Behandlungsteil mit klassischen Verfahren zur sozialen Unterstützung (Angehörigengespräche, Aufbau sozialer Netzwerke) kombiniert.

Die Leitlinien zählen diese Methoden und Techniken, die sich zu einer störungsspezifischen Psychotherapie verbinden, zu den evidenzbasierten Verfahren (Geyer et al. 2006).

In der kognitiven Therapie der Sucht (Beck et al. 1997) steht die Vermittlung einer verhaltenstherapeutischen/kognitiven Sichtweise am Anfang der Therapie. Suchtspezifische Grundannahmen, automatische Gedanken, Einstellungen und die Wahrnehmung von Suchtverlangen auslösenden Gefühlen sind Teil der Diagnostikphase. Mit klassisch verhaltenstherapeutischen Behandlungselementen wie Rollenspielen, Aktivitätsplanungen, Entspannungsverfahren oder Stimuluskontrolle, ergänzt um kognitive Techniken wie Selbstinstruktions- oder Problemlösetraining, werden Fertigkeiten zum Umgang mit rückfallgefährlichen Situationen vermittelt. Wichtig ist in diesem Ansatz die frühzeitige Wahrnehmung von rückfallauslösenden Kognitionen und Emotionen, der Einsatz von Ablenkungstechniken sowie imaginativer Techniken zur Antizipation von Bewältigungsfertigkeiten.

### Cue Exposure

Ein Element der klassischen Verhaltenstherapie ist die Cue Exposure. Bei der Cue Exposure wird der Suchtkranke immer wieder mit einer konsumassoziierten Situation oder auch der Substanz konfrontiert. Während der Exposition steigt der Konsumdruck, durch Verhinderung des nachfolgenden Konsums soll es zur Löschung des Cue-assoziierten Suchtverlangens kommen. Wenige Studien zeigen eine gute Wirksamkeit dieser Therapiemethode. Vermutet wird eine Effektivität aufgrund der Löschung des Suchtverlangens durch Ausbleiben einer negativen Verstärkung, aber auch die Unterbrechung von Trinkverhaltensketten, die Änderung der Erwartungen bezüglich der Kontrollierbarkeit von rückfallgefährlichen Situationen sowie die Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung mit zunehmendem Erfolg (Rohsenow et al. 1995). Zum einen zielt die Behandlung auf die Habituation bzw. Löschung des klassisch bzw. operant konditionierten suchtbezogenen Verhaltens, zum anderen auf den Erwerb von Kompetenzen im Umgang mit rückfallgefährlichen Situationen. Die Diskussion zur Wertigkeit der Behandlung ist noch nicht abgeschlossen. Neben einigen Untersuchungen, die auf die Wirksamkeit der Behandlung hinweisen, sprechen andere Untersuchungen gegen einen signifikanten Effekt. In eigenen Untersuchungen konnten wir einen direkten rückfallpräventiven Effekt der Cue Exposure nicht nachweisen; im klinischen

Alltag jedoch gibt die Exposition bei gleichzeitiger Ableitung elektrophysiologischer Maße Teilnehmern eine gute Rückmeldung zur physiologischen Reaktion des Körpers auf suchtbezogene Stimuli auch unterhalb der Wahrnehmungsschwelle.

## Störungsspezifische Therapiemanuale

Alkoholspezifische Psychotherapien wurden bereits in den 70er-Jahren entwickelt. Ein wichtiger Ansatz ist das CRA-Modell, entwickelt von Hunt und Azrin (1973) am Beispiel der Alkoholabhängigkeit, das sich jedoch mittlerweile in der Behandlung von verschiedenen Formen der Abhängigkeit als wirksam erwiesen hat. Auch bei opioidabhängigen Patienten konnte die Wirksamkeit im Rahmen von Substitutionsprogrammen belegt werden. Die Wirksamkeit der CRA-Behandlung wurde zudem für ambulante und stationäre Behandlungssettings untersucht und bestätigt (Roozen et al. 2004). Wichtiges Kernmerkmal dieser verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsformen sind operante Strategien für den Aufbau des Alternativverhaltens – systematisch werden positive Verstärker für die Abstinenz aufgebaut. Ausgehend von funktionalen Verhaltensanalysen zielt die Therapie insbesondere auf die Förderung der sozialen Integration. Ein Anliegen ist die Stärkung der sozialen Vernetzung und der Aufbau von Kompetenzen zur Bewältigung rückfallgefährlicher Situationen. Das Therapiemanual wurde 2007 erstmals in deutscher Übersetzung vorgelegt (Meyers u. Smith 2011).

Ein weiteres, darauf aufbauendes störungsspezifisches Konzept ist die „alkoholismuspezifische Psychotherapie“ (ASP, Brück u. Mann 2007) mit den Therapieelementen Kommunikationsverhalten, emotionale Regulierung, Krisenmanagement und Aufbau suchtinkompatiblen Verhaltens.

Vor allem auf suchtkranke junge Personen ist die multidimensionale Familientherapie (MDFT, Liddle 2010) zugeschnitten; hier werden systematisch Eltern und weitere Familienangehörige, aber auch das außerfamiliäre Umfeld einbezogen. Die Evidenzlage ist positiv: In etlichen randomisiert-kontrollierten Studien konnte diese Therapieform als wirksam beschrieben werden.

Die CRAFT ist eine Weiterentwicklung der CRA. Der therapeutische Fokus richtet

sich hier auf die Angehörigen von Suchtpatienten, die in der Behandlung erlernen sollen, die Indexpatienten zur Aufnahme einer Suchtbehandlung zu motivieren, deren Konsum zu beeinflussen, zeitgleich aber auch auf ihre eigenen koabhängigen Verhaltensweisen zu achten und die eigene Lebensqualität nicht von der Sorge um die Suchtkranken zu sehr beeinträchtigen zu lassen. Auch hier orientieren sich die Strategien vor allem an den operanten verhaltenstherapeutischen Therapiemethoden unter Einsatz von Techniken zur positiven und negativen Verstärkung (Smith u. Myers 2009).

## Die dritte Welle der Verhaltenstherapie

Die dritte Welle der Verhaltenstherapie hält auch für die Behandlung von Suchtpatienten Neuerungen bereit: Aus der Therapie für Borderline-Patienten stammt die Dialektisch-Behaviourale Therapie-Sucht (DBT-S). Zunächst für Borderline-Patienten mit begleitendem Suchtmittelkonsum konzipiert, scheint sich daraus auch ein Ansatz für die Behandlung von Suchtpatienten ohne Borderline-Störung zu entwickeln (Kienast u. Foerster 2008). Die Dual-Focus-Therapie wurde für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Neben diesen Therapierichtungen, die die Verbesserung der Beziehungsgestaltung, Elemente der Emotionsregulation und metakommunikative Aspekte einbeziehen, entstanden auch methodische Ausrichtungen, die Techniken der Aufmerksamkeitslenkung und Verfahren zur Achtsamkeit und Akzeptanz integrieren. Die Evidenzbasierung achtsamkeitsbasierter Verfahren zur Rückfallverhinderung (Mindfulness based relapse prevention, Bowen et al. 2012) ist allerdings noch unzureichend.

## Medikamentöse Unterstützungen

Pharmakologische Strategien verfolgen unterschiedliche Ziele: Neben der Überwindung der Entzugserscheinungen oder einer Substitution der Substanz sind Anti-Craving-Substanzen wirksam in der Unterdrückung des Konsumverlangens.

An dieser Stelle sollen die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten zur Überwindung der Entzugssymptomatik unerwähnt bleiben. Wichtiger für die langfristige Behandlungsplanung sind medika-

mentöse Strategien, die in Ergänzung zu psychotherapeutischen Behandlungsoptionen angeboten werden können. Ein besonderes Augenmerk wurde in der Vergangenheit auf die Erforschung von Anti-Craving-Substanzen gelegt. Insbesondere im Bereich der Alkoholabhängigkeit konnten hierfür mehrere Medikamente zugelassen werden, an erster Stelle sind das Acamprosat (Campral®) und Naltrexon (Adepend®) zu nennen. Die Wirkung von Acamprosat und Naltrexon ist in unterschiedlichen Populationen unterschiedlich erfolgreich beschrieben worden (Anton et al. 2006). Randomisiert kontrollierte Studien und Metaanalysen belegen die Wirksamkeit der Anti-Craving-Therapie als Ergänzung zur Psychotherapie (Kiefer u. Mann 2010). Empfohlen wird eine begleitende Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon für die ersten sechs bis zwölf Monate nach Beginn einer Abstinenz. Für Substanzen wie Topiramate oder Nalmefene (zur Reduktion des Konsums) steht die Zulassung bei bereits vorliegenden positiven Ergebnissen in Bezug auf die Verhinderung von Rückfallereignissen für Deutschland noch aus (Hillemacher et al. 2011).

Einen Stellenwert hat auch die Behandlung mit Disulfiram (Antabus®): Durch die aversive Wirkung des Konsums von Alkohol unter laufender Behandlung mit Disulfiram (bei gleichzeitigem Konsum von Alkohol treten durch eine Hemmung der Acetaldehyddehydrogenase aversive Wirkungen des Alkoholkonsums auf) ist in einem ambulanten Behandlungssetting mit regelmäßigen Kontakten ebenfalls eine rückfallprophylaktische Wirkung festzustellen (Krampe u. Ehrenreich 2010). Problematisch ist die jetzt angekündigte Rückgabe der Zulassung für dieses Medikament in Deutschland.

In der Diskussion ist auch die Wirksamkeit weiterer Behandlungsformen, an erster Stelle Baclofen, die Datenlage ist allerdings hinsichtlich der Bewertung seiner spezifischen Überlegenheit gegenüber Placebo noch insuffizient.

Anti-Craving-Substanzen sollten lediglich als Unterstützung der Psychotherapie angesehen und eingesetzt werden. Generell sind die Effekte einer medikamentösen Behandlung geringer als die Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen einzuschätzen.

Ein wichtiger Aspekt der Behandlung von alkohol- und drogenabhängigen Patienten ist die Behandlung der psychiatrischen Komorbidität, hier ist auf eine suffiziente antidepressive, anxiolytische oder auch