



Fachkonzept für die integrierte Behandlung

von Patienten und Patientinnen mit stoffgebundenen und stoffungebundenen Abhängigkeitsstörungen

MEDIAN Klinik Wied

Das Leben leben



Fachkonzept für die integrierte Behandlung von Patienten und Patientinnen mit stoffgebundenen und stoffungebundenen Abhängigkeitsstörungen

Fachliche Grundlagen einer gelungenen Rehabilitation

erstellt von:

Dr. rer. nat. Wilma Funke
Ltd. Psychologin

Dr. med. Welf Schroeder
Ltd. Arzt

1. Einleitung: Medizinische Rehabilitation Sucht Teil C	3
1.1 Psychotherapeutisches Störungsverständnis des Abhängigkeitssyndroms	4
1.2 Die psychotherapeutische Grundorientierung	9
1.3 Das Rehabilitationsverständnis	12
2. Leitlinienorientierte Behandlung von Abhängigkeitsstörungen und komorbiden Erkrankungen	14
3. Medizinische Rehabilitation erfordert Integration	16
3.1 „Nur Lern- und Übungsprozesse auf verschiedenen Ebenen führen zum Ziel“	17
3.2 Die sozialmedizinische Grundhaltung	18
3.3 Die Bezugsgruppe als Rahmen für den therapeutischen Prozess	19
3.4 Zum Konzept der handlungsorientierten Angebote	23
4. Integration erfordert Differenzierung	25
5. Zugrunde liegende Literatur	28

1. Einleitung:

Medizinische Rehabilitation Sucht

Die MEDIAN Klinik Wied ist als Fachklinik für Abhängigkeitsstörungen seit 1974 in der medizinischen Rehabilitation tätig und zählen zu den bundesweit etablierten Schwerpunkt-Einrichtungen für die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitsstörungen. Zu unseren Grundhaltungen gehören die menschlich zugewandte, respektvolle Haltung unseren Patienten gegenüber, die Verlässlichkeit und Verbindlichkeit unseres Handelns in Bezug auf unsere Kooperationspartner sowie die grundsätzlich positive Einstellung zu Evaluation und Optimierung unserer Leistungen. Diese Maximen begründen unter anderem unseren Ruf als leistungsfähige und an nachhaltigen Erfolgen interessierte Institution.

Menschen mit allen stoffgebundenen und stoffungebundenen Abhängigkeitsstörungen können bei uns behandelt werden und von unserem integrativen Behandlungsansatz profitieren, der die Droge bzw. das süchtige Verhalten als prinzipiell austauschbar definiert. Kern unseres Angebots ist die stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme im Auftrag von Rentenversicherungen, Krankenkassen und anderen Kostenträgern (einschließlich Privatpatienten) mit einem Therapiezeitspektrum von je nach Programm zwischen sechs und 26 Wochen. Es werden an jedem der beiden Standorte Wied und Steimel je drei Behandlungsplätze mit teilstationärer Entlassform als ganztags ambulante Rehabilitation vorgehalten. Als interne Adaptionsmaßnahme stehen im Haus Steimel 3 stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung. Hinzu kommen ambulante Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitserkrankte der Großregion in gemeinsamer Trägerschaft mit ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen (Caritas Betzdorf und Neuwied sowie Diakonische Werke Altenkirchen und Westerburg). Zu unserem Netzwerk Kombinationsbehandlungen (stationär – ambulant) gehört eine größere Zahl von ambulanten Behandlungseinrich-

tungen im nördlichen Rheinland-Pfalz, in Nordrhein-Westfalen und in Hessen. Ergänzend wird eine stationäre Behandlungsmaßnahme zu Lasten der Krankenkassen für solche Patienten angeboten, die aufgrund eines schädlichen oder abhängigen Konsumstils bezüglich Alkohol, Medikamenten oder Drogen solche Auffälligkeiten entwickelt haben, dass eine diagnostische Abklärung, Frühintervention und ein Case-Management für die Planung und Umsetzung weiterer Behandlungsschritte angezeigt ist (Stationäre Reha-Abklärung). Patienten mit somatischer, psychosomatischer oder psychiatrischer Komorbidität werden in speziell auf diese Schwerpunkte hin ausgerichteten Gruppen und durch besonders geschultes Personal betreut. In Kooperation mit und im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz findet ein Case-Management (Reha-Fallbegleitung) für besondere Problemgruppen unter den Versicherten der regionalen Rentenversicherungsanstalt statt (Non-Responder mit beruflicher Desintegration). Wir stellen auch Behandlungsplätze in unserem Langzeitbereich für Maßnahmen unter ausschleichender Substitution für drogenabhängige Rehabilitanden zur Verfügung.

Das im Folgenden dargestellte Rehabilitationskonzept basiert auf unserer langen Erfahrung in der medizinischen Rehabilitation, auf der Vernetzung mit kompetenten Kooperationspartnern einschließlich der Leistungsträger sowie auf der Mitwirkungs- und Entwicklungsbereitschaft der Mitarbeiter des Unternehmens. Um dem Stand des rehabilitationswissenschaftlichen Fortschritts zu entsprechen, praktizieren wir seit Jahren eine enge Kooperation mit Aus- und Weiterbildungseinrichtungen der verschiedenen Fachrichtungen und beteiligen uns aktiv an wissenschaftlichen und anwendungsorientierten Forschungsprojekten. Als Mitgliedseinrichtung des Fachverbands Sucht (FVS) unterliegen wir dessen strengen Qualitäts-

anforderungen. Wir nehmen am externen Qualitätssicherungsprogramm unseres federführenden Leistungsträgers Deutsche Rentenversicherung Bund teil und nutzen die Ergebnisse zu unserer Weiterentwicklung. Insofern ist das vorliegende Konzept nie abschließend gemeint, sondern spiegelt den zum Abfassungszeitpunkt geltenden Konsens zwischen Erkenntnis, Praxistauglichkeit und Implementierungsstand wieder.

1.1 Psychotherapeutisches Störungsverständnis des Abhängigkeitssyndroms

Wir zählen die Abhängigkeitserkrankungen zu den psychosomatischen Erkrankungen, die als chronische Erkrankungen im Sinne des Biopsychosozialen Modells von Engel (Engel, 1977, 1980, 1992) multifaktoriell bedingt sind und deren wesentliche Merkmale die psychische und physische Abhängigkeit vom Suchtmittel sind. Im Verlauf der Krankheitsentwicklung kommt es zu psychischen, körperlichen und sozialen Folgeschäden, deren Behebung, Verbesserung oder Kompensation Ziel der medizinischen Rehabilitationsleistung ist. Die Abhängigkeitserkrankung selbst hat nach unserem psychotherapeutischen Verständnis zunächst ihren Ursprung in individuellen Störungen der verschiedenen Entwicklungsphasen des Kindes und Jugendlichen bei der Ich- und Identitätsbildung in der frühen Sozialisation (Antons & Schulz, 1981; Kernberg, 1978; Krystal & Raskin, 1983; Lührssen, 1974; Rost, 1987, 1994; Wurmser, 1997). Da wir uns dem Konzept der lebenslangen Entwicklung verpflichtet fühlen (life span development-Ansatz), das auch unseren therapeutischen Optimismus prägt, können ebenfalls später im Lebensverlauf auftretende Entwicklungsaufgaben die Entstehung einer Abhängigkeitsstörung erstmals anstoßen, wenn das betreffende Individuum zu diesem Zeitpunkt nicht über Lösungs- und Bewältigungskompetenzen verfügt. Dies kann wiederum aufgrund verschiedener Faktoren der physischen, psychischen oder psychosozialen Ausstattung des Betroffenen zustande kommen. Ausschlaggebend für die Entwicklung eines manifesten Krankheitsbildes

sind Schwellen- und Konfliktsituationen, zu deren Bewältigung dauerhaft kein adäquates Repertoire vorhanden ist. So können auch in relativ spätem Lebensalter auftretende kritische Lebensereignisse (z.B. Trennungs- und Verlustsituationen, Überforderungen, schwere Erkrankungen) eine solche spätere Entwicklung von Abhängigkeitsstörungen begünstigen.

Unter schädlichem Gebrauch verstehen wir mit ICD-10 ein Konsumverhalten, das zu einer Schädigung der physischen oder psychischen Gesundheit des Konsumenten führt. Im Sinne einer Gewöhnung oder Gewohnheit kann die Bindung an die missbräuchlich eingesetzte Substanz hier ebenfalls stark sein und dann aus unserer Sicht häufig der therapeutischen Intervention bedürfen. Die Integration in Arbeit, Beruf und Gesellschaft kann auch durch schädlichen Konsum psychotroper Substanzen erheblich gefährdet oder bereits beeinträchtigt sein.

Im Hinblick auf die zunehmende Bedeutung integrativer Theorien- und Modellansätze in der psychotherapeutischen Arbeit, die sowohl körperliche, psychische und soziale Aspekte mit einbeziehen als auch verschiedene ätiopathogenetische und aufrechterhaltende Faktoren in ihrer Modellbildung berücksichtigen, halten wir die Ansätze der Neuropsychotherapie nach Grawe (2004) für wegweisend. Die Wurzeln unserer Konzeption liegen im Schwerpunkt in der psychoanalytischen Theorienbildung bzgl. der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung sowie in Bezug auf die interpersonelle Dynamik während der Behandlung.

Die verdienstvollen Überlegungen der wissenschaftlichen Gesprächspsychotherapie nach Rogers (1970), die das Augenmerk der Behandler auf wesentliche Wirkvariablen der therapeutischen Arbeitsbeziehung lenkten, sowie das Methodenarsenal der kognitiven Verhaltenstherapie mit ihren Schwerpunktsetzungen auf Verstehen, Bewerten, Handeln und Trainieren ergänzen die theoretische Fundierung unseres Arbeitens.

Das allgemeine psychoanalytische Modell der Persönlichkeitsentwicklung und Krankheitsentstehung geht von einer Theorie der Ausreifung in den Bereichen Selbst, Ich-Funktionen sowie Objektbeziehungen aus. Bei normaler Entwicklung entsteht ein kohärentes Selbst mit integrierten Selbst- und Objektrepräsentanzen, das folgende wesentliche Funktionen erfüllt:

- adäquate Affektregulation
- Angst-, Depressions- und Spannungstoleranz
- Fähigkeit zur Aufnahme und Unterhaltung reifer, auf Gegenseitigkeit beruhender zwischenmenschlicher Beziehungen
- stabiles, nicht auf ständige, von außen kommende Bestätigung angewiesenes Selbstwerterleben

Fehlentwicklungen können nach diesem Modell alle Phasen der Reifung betreffen. Finden sie in erster Linie in der Phase der basalen Selbstbildung statt, entwickelt sich nach diesem Verständnis eine so genannte „frühe Störung“ (Persönlichkeitsstörung vom emotional instabilen Typ, narzisstische Persönlichkeitsstörung). Bei der emotional instabilen Persönlichkeit führt die Integrationschwäche ambivalenter Aspekte dazu, dass ein sehr widersprüchliches, durch emotionale Instabilität gekennzeichnetes Verhalten resultiert, welches wiederum zu äußerst instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen führt. Narzisstische Störungen zeichnen sich vorwiegend durch ein massives Defizit in der Selbstwertregulation aus. Die Gemeinsamkeiten dieser frühen Störungen sind Probleme im Bereich der Identität, im Umgang mit inneren und äußeren Konflikten und in der Affektregulation. Finden Fehlentwicklungen in späteren Phasen statt oder betreffen sie nur Teilbereiche der Persönlichkeitsdifferenzierung, kommt es nach diesem theoretischen Ansatz eher zu Phänomenen mit angst-, zwangs-, konversions- und depressiv-neurotischen Symptomen (Erikson, 1966; Jacobson, 1973; Kernberg, 1978; Mahler, 1978; Mischel, 1973, 1986). Die damit einhergehenden Einschränkungen der persönlichen Verhaltensmöglichkeiten bedingen zwangsläufig Spannungen und Konflikte im zwischenmenschlichen und sozialen Bereich, deren Konsequenzen wiederum zur Erhöhung des Leidensdrucks beim Betroffenen führen. Das

von uns vertretene tiefenpsychologisch fundierte Störungskonzept basiert auf den Annahmen und Konzepten der Triebpsychologie, der Ich- und der Objektpsychologie. Aus triebpsychologischer Sicht dient das Suchtmittel der Abwehr eines inneren Konfliktes. Süchtiges Verhalten wird als Ausdruck einer Kompromissbildung aufgrund eines reaktualisierten frühkindlichen Triebkonfliktes zwischen den Instanzen („Es“ – „Ich“ – „Über-Ich“ in der psychoanalytischen Theoriebildung) im Sinne eines gescheiterten „Selbstheilungsversuchs“ verstanden. Dies beinhaltet die Reduktion von Anspannung, die Kompensation von Defiziten im Funktionieren und der Anpassung sowie die Stabilisierung des Selbstwerts bzw. die Erhaltung des Selbstbilds.

Auf dem Hintergrund unseres Konzepts der lebenslangen Entwicklung ergänzen die Weiterentwicklungen dieses frühen psychodynamischen Ansatzes die Perspektive. Aufbauend auf den triebtheoretischen Konzepten Freuds (Rost, 1987) leitete Rado (1926, 1934) mit seinen Arbeiten den Wechsel von den triebtheoretischen zu den ich-psychologischen Konzepten der Sucht ein, indem er von der primären Funktion von Rauschgiften, der Unlustvermeidung, und von Selbstheilungsversuchen eines schwachen Ichs sprach. Hier sehen wir eine direkte Anknüpfungsmöglichkeit zu den frühen und grundlegenden lerntheoretischen Konzepten und daraus abgeleiteten Methoden der Verhaltenstherapie. In der Ich-Psychologie wird süchtiges Verhalten im Sinne der Etablierung einer künstlichen Ich-Funktion interpretiert: Die Droge wird verwendet, um ein unzureichend differenziertes Ich zu unterstützen, starke Unlust-Affekte wie Schmerz, Angst, Wut, Schuld und Scham und die durch sie ausgelösten körperlichen Reaktionen, die nur mangelhaft integriert und differenziert und daher nicht adäquat bewältigt werden können, zu kompensieren. Die Suchtmittelinnahme dient der Verhinderung einer drohenden Desintegration des Selbst (Büchner, 1993; Krystal & Raskin, 1983; Lührssen, 1974; Wurmser, 1997). In enger Anlehnung an die Ich-Psychologie wird in der Objekt- oder Selbstpsychologie (Kohut, 1975) und der Objektbeziehungstheorie (Mahler, 1978) das

Suchtmittel als Ersatz für einen strukturellen Defekt bzw. als Objekt-Substitut interpretiert: Die Ursache der Suchterkrankung liegt diesem Verständnis zufolge in einer psychischen Entwicklungsstörung als Ergebnis einer Beziehungsstörung bzw. einer aus der Beziehungsstörung sich ableitenden Störung in den inneren psychischen Strukturen („Es“, „Ich“ und „Über-Ich“). Die misslungene oder unvollständige Internalisierung der Selbst- und Objektrepräsentanzen bedingt ein nur eingeschränkt belastbares System des „Ichs“ und Substanzen werden ersatzweise zur Lösung von Konflikten eingenommen. Das Suchtmittel kann hierbei, in Abhängigkeit von der persönlichen Reife und damit auf verschiedenen Ebenen der Persönlichkeitsorganisation eine Ersatzfunktion übernehmen:

- als integriertes Totalobjekt bei nicht abgeschlossener ödipaler Identifizierung
- als Ersatz für ein präödipales Partialobjekt bei vorherrschenden Abwehrmechanismen der Projektion und Introjektion (Glover, 1933; Kernberg, 1988; Rost, 1987)
- als Übergangsobjekt (Winnicott, 1990; Volkan, 1978)

Die verschiedenen psychoanalytischen Erklärungsmodelle der Entstehung von Abhängigkeitsstörungen stellen in sich keinen Widerspruch dar, sondern können, je nach dem Grad der Regression, bei der gleichen Person zu unterschiedlichen Zeitpunkten als sinngebende Konstruktion verwendet werden (Rost, 1987). Aus verhaltenstheoretischer Sicht können hier die vertikalen Aspekte der Persönlichkeit im Sinne von Plänen, Mustern und Schemata verortet werden, die bei einer dysfunktionalen Entwicklung im Verlaufe einer ungünstigen Lerngeschichte als Risikofaktoren für (auto-)destruktive Verhaltensweisen wirken können (Grawe, 1998, 2004). Grawe formuliert aus der motivationalen Psychologie abgeleitet (Epstein 1962, 1990) die Bedürfnisse nach Kontrolle/Orientierung, Lusterleben, Bindungserfahrung und Selbstwerterhöhung als hierarchisches System und bewertet die Konsistenzregulation (Kohärenzerleben) als Grundprinzip des psychischen Funktionierens. Aus spezifischen Entwicklungsdefiziten oder Einbrüchen in der Entwicklung lassen sich so die unterschiedlichen psychischen Störungen systematisieren.

Das Suchtmittel erfüllt hier wie dort eine kompensatorische Funktion, indem es zur Milderung von Spannungen, Ängsten, Körperbeschwerden und zur Besserung des Kontaktverhaltens und Selbstwerterlebens eingesetzt wird. Die nach Suchtmittelkonsum erfahrene Entlastung und das zunächst künstlich verbesserte Selbstwertgefühl führen zum wiederholten Gebrauch und damit zur Etablierung der psychischen Abhängigkeit. Nachreifungsprozesse oder die Entwicklung adäquater Konfliktlösungen werden dann verhindert oder sind nur noch eingeschränkt möglich; dies trägt zur Verstärkung der vorbestehenden Probleme bei. Der dadurch ausgelöste erneute Konsum etabliert einen sich selbst verstärkenden eskalierenden Kreisprozess. Neben der fehlenden oder defizitären Entwicklung personaler und interpersonaler Kompetenzen finden somit auch – vermittelt über die spezifische Drogenwirkung und unter dieser – Lernprozesse statt, die den dysfunktionalen Gebrauch des Suchtmittels selbst weiter etablieren und aufrechterhalten. Bei regelmäßiger Einnahme des Suchtmittels entwickelt sich ein auch körperlich fixiertes, eigenständiges Krankheitsbild, das sich selbst unterhält und zu dem Toleranzentwicklung und bei Absetzen des Suchtmittels schwere Entzugserscheinungen gehören können. Statedependent learning und zustandsabhängige Gedächtnisprozesse tragen mit bei zur Etablierung eines dysfunktionalen bis tödlichen veränderungsresistenten Zustandsbildes, das der medizinischen und psychotherapeutischen Intervention bedarf.

Diese Komplexität der Abhängigkeitserkrankung bedingt die differenzierte, auf verschiedenen Ebenen ansetzende Behandlung im Körperlichen, Psychischen und Sozialen.

Die Einbeziehung neurobiologischer Erkenntnisse ist von Bedeutung für ein umfassenderes Verständnis von Entstehung und Verlauf von Abhängigkeitsstörungen sowie den daraus ableitbaren Ansätzen zur Prävention und Behandlung. Neben den ererbten genetischen Dispositionen, für die inzwischen bzgl. einer Reihe von Abhängigkeitsstörungen einige Evidenz vorliegt (Alkoholabhängigkeit z.B. Sigvardsson, Bohman & Cloninger, 1996;

Überblick: Nestler, 2000), sind auch die prä- und postnatalen Lebensbedingungen – beginnend mit der intrauterinen Entwicklung über Kindheit und Adoleszenz bis hin zum Erwachsenenalter mitverantwortlich für strukturelle und funktionelle Veränderungen im zentralen Nervensystem und beeinflussen so als protektive oder pathogenetische Faktoren die Ausbildung von Abhängigkeitserkrankungen, aber auch anderer somatischer und psychosomatischer Erkrankungen mit. So konnte ein z. T. linearer Zusammenhang zwischen belastenden Lebensumständen und Ereignissen in der (frühen) Kindheit (u.a. Scheidung der Eltern, allein erziehende Mutter, unsichere Bindung, Waisenhausaufenthalt, frühe Traumatisierungen) und späterer Krankheitsentstehung im Erwachsenenalter wie KHK, chronische Lungenerkrankungen, Lebererkrankungen, Krebs, Frakturen, Depressionen, Suizidversuchen und auch Einnahme psychotroper Substanzen belegt werden (Felitti et al., 1998).

Als ein die Abhängigkeitsentwicklung begünstigender Aspekt wird z. B. die dispositionell erhöhte Toleranz gegenüber der sedierenden, gabaerg vermittelten Wirkung des Alkohols diskutiert (Schuckit et al., 1999). Auch eine anlagebedingte verringerte aversive Wirkung durch den beschleunigten Abbau des Alkoholmetaboliten Acetaldehyd wird als prädisponierender Faktor für eine hohe Verträglichkeit und damit ein erhöhtes Risiko angenommen. Hinzu kommt eine erhöhte Belastung von Föten, Kindern und Jugendlichen in suchtblasteten Familien durch direkte Suchtmittelinwirkung (z. B. intrauterin) oder durch ein erhöhtes Stresslevel bzw. geringere Förderung, die zu einer genetisch und sozial vermittelten familiären Häufung von Suchtmittelstörungen führen können. So kann eine aufgrund eines erhöhten Angst- und Stresserlebens verstärkte Konsumbereitschaft auf einen verstärkt positiven Substanzeffekt bei gleichzeitig erhöhter dispositioneller Suchtmitteltoleranz treffen. Wird ein so vorbelasteter Mensch mit weiteren umweltbedingten Konflikterfahrungen und Stressoren, wie Verlust von Bezugspersonen, Arbeitslosigkeit, soziale Ausgrenzung oder Armut, konfrontiert, wird dies wiederum einen verstärkten Suchtmittelkonsum fördern im Sinne eines sich selbst verstärkenden Prozesses.

Durch Studien konnte wiederholt belegt werden, dass sich die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Suchterkrankung durch bestimmte genetische Faktoren erhöht. Das Vorhandensein eines genetischen Risikofaktors allein führt nicht zur Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung. Erst durch den Einfluss weiterer umweltbedingter Faktoren (Umwelt-Gen-Interaktionen) kann es zur Entwicklung einer manifesten, chronisch verlaufenden Suchterkrankung mit entsprechenden, zum Teil irreversiblen psychischen Begleit- und Folgestörungen kommen (Schmidt & Rist, 2006; Heinz & Batra, 2003). Durch Untersuchungen an ein- und zweieiigen Zwillingen suchtblasteter Familien konnte belegt werden, dass sowohl für Männer als auch für Frauen ein 50–60%iges genetisches Risiko besteht alkoholkrank zu werden (Heath et al., 1991 a, b; Sigvardsson et al., 1996; Prescott & Kendler, 1999). Ähnliche Relationen konnten auch für andere Suchtmittel wie Nikotin, Opiate, Sedativa oder Koka in nachgewiesen werden (Nestler, 2000). Zusätzlich gibt es Hinweise auf einen genetisch bedingten, überdurchschnittlich positiv erlebten Substanzeffekt durch ein erhöhtes Ansprechen des endogenen Opioidsystems bei den betroffenen Personen. Des Weiteren sind auch eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit bzw. ein erhöhter Angstscore bei Frauen als zusätzliche Risikofaktoren beschrieben. Eine hohe Prävalenz findet sich für den Zusammenhang zwischen Traumatisierung, Psychotraumatischer Belastungsstörung und Substanzkonsum (Schäfer & Navajits, 2007), deren Bindeglied u.a. auch eine erhöhte erworbene Stressempfindlichkeit darstellt, die wiederum als Risikofaktor für erhöhten Konsum wirkt.

Eine erhöhte Konsumbereitschaft aufgrund eines verstärkten Angst- und Stresserlebens trifft auf einen verstärkt positiven Substanzeffekt bei gleichzeitig erhöhter Suchtmitteltoleranz. Wird ein genetisch in dieser Weise vorbelasteter Mensch mit weiteren umweltbedingten Konfliktebenen und Stressoren wie Bezugspersonen- und Partnerverluste, Arbeitslosigkeit, gesellschaftliche Ausgrenzung, Armut, etc. im Sinne einer mangelnden sozialen Integration belastet, wird dies wiederum einen verstärkten Suchtmittelkonsum begünstigen als einen sich selbstverstärkenden Prozess.

Ob eine Suchterkrankung manifest wird oder nicht und auf welches Suchtmittel zurückgegriffen wird, ist, neben zusätzlichen individuellen Faktoren wie Neugierverhalten und Risikobereitschaft, auch von kulturellen Umweltfaktoren wie materielle und ideelle Verfügbarkeit des Suchtmittels, Peergroupverhalten, etc. abhängig.

Je nach eingenommener Substanz, Menge, Dauer und persönlicher Vulnerabilität kann chronischer Suchtmittelkonsum zu reversiblen aber auch irreversiblen neurobiologischen Veränderungen im Zentralnervensystem führen. Hiervon sind insbesondere affektive als auch kognitive Funktionen betroffen. Fast alle psychotrop wirksamen Substanzen lösen neben den drogenspezifischen Akutwirkungen nach chronischer Einnahme und Wegfall der Drogenzufuhr Entzugserscheinungen aus. Nach Abklingen des akuten Entzugssyndroms können in der sich anschließenden Postentzugsphase sowohl kognitive als auch affektive Einschränkungen noch über Zeiträume von Wochen bis Monaten nachgewiesen werden. Es können hierbei z.B. Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Antriebsstörungen, eine verstärkte psychomotorische Unruhe, eine erhöhte Affektlabilität, depressive und Angstsyndrome als auch eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit festgestellt werden. Speziell im Rahmen von Postentzugssyndromen bei Opioidabhängigkeit können prolongierte Verläufe mit solchen Symptomen über Monate beobachtet werden. Nach schweren Benzodiazepinabhängigkeiten können eine vermehrte Aggressivität, verminderte Impulskontrolle und psychomotorische Unruhe auftreten, die einem solchen Postentzugssyndrom zuzuordnen sind und häufig fälschlicherweise zu Diagnosen auf der Ebene von Persönlichkeitsstörungen führen. Alkohol und Benzodiazepine können reversible Entzugsdelire, aber auch zum Teil irreversible mnestiche und dementielle Syndrome auslösen. So kann Alkohol zu degenerativen Veränderungen im frontalen und temporalen Cortex führen (Krill und Halliday, 1999; Sullivan et. al., 1995). Der frontale Cortex wird als Ort der exekutiven Funktionen angesehen und hat eine wesentliche Funktion für die zielgerichtete als auch langfristige Handlungs-

planung. Eine Schädigung führt zu einer Verminderung dieser Funktionen bei gleichzeitig eingeschränkter Impulskontrolle. Eine Atrophie des temporalen Cortex führt zu einer Schädigung des Arbeitsgedächtnisses, wodurch auch die Verarbeitung neuer Informationen erschwert wird.

Nur wenige Alkoholiker weisen schwere, klinisch offensichtliche Störungsbilder, wie z.B. das substanzinduzierte mnestiche Syndrom (Korsakow-Syndrom) auf. Eine viel größere Zahl der Alkoholabhängigen scheint unauffällig, ist aber durch subklinische kognitive Einschränkungen (Daueraufmerksamkeit und Konzentration, exekutive Funktionen, Kurzzeitgedächtnis, deklaratives Gedächtnis, visuellräumliches Gedächtnis, etc.) betroffen, zum Teil auch mit erheblichen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit. Diese Einschränkungen sind häufig noch Wochen bis Monate nachweisbar, jedoch überwiegend durchaus reversibel. Den diagnostisch nachweisbaren funktionellen, hirne organischen Beeinträchtigungen gehen oft Veränderungen des Persönlichkeitsausdrucks voraus in Reaktion auf die perzipierte Einschränkung der Verhaltens- und Umgebungskontrolle, z. B. misstrauische und aggressive Reaktionsmuster.

Aber auch nach abgeschlossenem Entzug können Entzugserscheinungen und Craving als konditionierte Reaktion (konditionierter Entzug) auf Erwartungen und Umweltreize, die mit dem Substanzkonsum assoziiert sind, ausgelöst werden. Die Erwartung einer unmittelbar bevorstehenden Substanzeinnahme löst gegenregulatorische, als unangenehm erlebte körperliche Reaktionen aus, mit dem Ziel dem erwarteten Substanzeffekt entgegenzuwirken (Wickler 1948; Siegel 1983; Tiffany et al. 2004; Verheul et al. 1999). Bleibt die Substanzeinnahme aus, kommt es bei dämpfenden Substanzen wie z.B. Alkohol oder Benzodiazepinen zu einer fortbestehenden Übererregung mit innerer Unruhe, vermehrter Stressempfindlichkeit und verstärktem Angsterleben als Ausdruck eines Ungleichgewichts zwischen glutamaterger und noradrenerger Erregung und GABAerger Hemmung (Engbert und Hajos 1992; Tsai et al. 1995). Solche Postentzugssyndrome sind je nach Dauer

und Intensität des Konsums, als auch in Abhängigkeit der konsumierten Substanzen in unterschiedlicher Dauer und Ausprägung nachweisbar. Eine Rückumstellung auf das Niveau vor Konsum dauert bei Benzodiazepinen in der Regel deutlich länger als nach Alkoholkonsum und ist bis zu mehreren Monaten nachweisbar. Alle Substanzen mit Abhängigkeitspotential haben einen Einfluss auf das dopaminerge Belohnungssystem als auch auf weitere Transmittersysteme des ZNS. Nach Wegfall der kontinuierlichen Substanzzufuhr lässt sich eine Unterfunktion bei der dopaminergen als auch serotonergen Transmission beobachten. Ein Dopaminmangel führt in Folge zu einem starken Verlangen nach Konsum der Droge (craving; Robinson und Berridge 1993) und triggert damit das Suchtverhalten und vorbereitende Tätigkeiten. Eine weitere Folge des Dopaminmangels können Antriebsarmut und depressive Verstimmungen sein. Da auch andere Transmittersysteme wie z.B. die serotonerge Transmission betroffen sind können hierdurch auch depressive Symptome, Stress- und Angsterleben sowie verstärktes Schmerzerleben ausgelöst werden. Die beschriebenen Langzeitwirkungen auf das Belohnungssystem sind für alle psychotrop wirkenden Substanzen ähnlich.

Zu Beginn einer Rehabilitationsbehandlung können Abhängige noch erhebliche affektive als auch kognitive Einschränkungen aufweisen, die speziell am Anfang einer Behandlung zu Überforderungssituationen führen können. Eine gezielte psychiatrisch-psychosomatische Befunderhebung als auch neuropsychologische Diagnostik sind wesentliche Instrumente, solche Einschränkungen frühzeitig zu erfassen. Die diagnostischen Ergebnisse dienen als Grundlage für die weitere symptomorientierte individuelle Behandlungsplanung und Umsetzung mit möglichst früher Berücksichtigung eventueller Einschränkungen und gezielter Förderung zur Wiederherstellung des Leistungsvermögens. Bzgl. der Einschätzung einer Rückfallgefährdung – auch während der medizinischen Reha-Maßnahme – spielen daher Konsumdauer und -muster, konsumierte Substanzen, Dauer der Abstinenz, aber auch Aspekte der langfristigen Konsumgeschichte eine Rolle, wie z. B. überlerntes Verhalten mit

entsprechenden Hinweisreizen für zu erwartenden Konsum (cues) als auch die kontrollierte Informationsverarbeitung in Bezug auf körperliche und emotionale Zustände bzw. inwieweit Handlungsalternativen verfügbar sind.

1.2 Die psychotherapeutische Grundorientierung

Der in der MEDIAN Klinik Wied praktizierte Ansatz der medizinischen Rehabilitation ist ganzheitlich ausgerichtet, entsprechend unseres psychodynamisch orientierten Störungsverständnisses von Abhängigkeitserkrankungen und ihrer häufig assoziierten komorbiden psychischen und psychosomatischen Störungen als auch aufgrund der möglichen somatischen Folge- und Begleiterkrankungen. Im Hinblick auf die Dimension der Beziehungsstörung als Teil der Abhängigkeitserkrankung legen wir einen Schwerpunkt auf die psychodynamisch-interaktionelle Komponente in der Behandlung und auf den Aufbau sozialer Kompetenzen im Hinblick auf Bedürfniswahrnehmung, angemessenen Ausdruck von Affekten und Wünschen sowie den sozialkompetenten Umgang mit Grenzen und Anforderungen.

Die wesentliche Aufgabe der Medizin ist es hierbei, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit zu beurteilen und – soweit erforderlich und möglich – Maßnahmen durchzuführen, um diese zu verbessern bzw. zu erhalten. Ein wesentlicher Aspekt liegt hierbei in der Diagnostik und Abgrenzung von somatischen, somatopsychischen und psychosomatischen Symptomen und Krankheitsbildern voneinander und in der Auswahl, Planung und Umsetzung von adäquaten Behandlungsmaßnahmen in enger Kommunikation und Kooperation mit den mitbehandelnden Psycho- und Sozialtherapeuten sowie den beteiligten Funktionstherapeuten (Ergotherapie, Sport-, Bewegungs- und Physiotherapie).

Der übergreifende psychotherapeutische Behandlungsansatz basiert auf den beschriebenen tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Erklärungsmodellen von Abhängigkeitserkrankun-

gen, psychosomatischen, somatopsychischen und psychischen Erkrankungen sowie den Persönlichkeitsstörungen. Zentrales Element ist die Gruppentherapie, die je nach Indikation unterschiedliche therapeutische Ausrichtungen betonen kann. In Abhängigkeit vom Grad der persönlichen Reife, der im Vordergrund stehenden Konfliktebene und in Abstimmung mit dem vom Patienten zu erzielenden Behandlungsziel kommen Elemente der psychoanalytisch-interaktionellen, psychoanalytisch-systemischen und der tiefenpsychologisch basierten (analytischen) Gruppentherapie zum Einsatz. Diese werden ergänzt durch die praxisbewährten Verfahren der Problemlöse- und Lern-/Entwicklungsgruppen verhaltenstherapeutischer Provenienz. Regelmäßige Einzelgespräche sowie bei Indikation Einzeltherapien ergänzen das psychotherapeutische Vorgehen.

Die therapeutische Grundhaltung ist geprägt von den evidenzbasierten Basismerkmalen therapeutischer Beziehungsgestaltung, zu deren wesentlichen Empathie, Respekt und Wertschätzung der Person des Patienten und die Kongruenz im Verhalten des Therapeuten aus der Tradition der wissenschaftlichen Gesprächstherapie gehören. Im Folgenden werden die grundlegenden differentialtherapeutischen Methoden kurz erläutert.

Die interaktionelle Gruppenpsychotherapie basiert auf den Erkenntnissen der Ich- und Objektpsychologie und ist indiziert bei Patienten mit struktureller Ich-Störung. Sie fokussiert auf entwicklungspathologische Phänomene mit dem Ziel einer strukturellen Nachentwicklung von wenig differenzierten Objektbeziehungen und nicht ausreichend verfügbaren Ich-Funktionen. Vorteil dieser Methode ist, dass sie zur Wirksamkeit nicht an eine intakte Ich-Struktur zur Realitätsüberprüfung gebunden ist (Schwerpunkt „Nachreifung“). Wesentlicher Wirkfaktor ist die Sicherheit in der Beziehungsqualität, die sich zeigt in der Verbindlichkeit der Beziehungsgestaltung mit konsequentem und dadurch stabilisierendem Therapeutenverhalten. Solche Ansätze finden sich regelhaft auch in den gruppentherapeutischen Methoden zur Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen.

Die psychoanalytisch-systemisch orientierte Gruppenpsychotherapie hat ihren Schwerpunkt neben einer grundsätzlich notwendigen, aber defizitorientierten Krankheits- und Störungsdiagnostik therapeutisch im Erkennen und Fördern gesunder Ich-Anteile, d.h. in der spezifischen und individuellen Förderung persönlicher Fähigkeiten und Möglichkeiten (Schwerpunkt „Ressourcenorientierung“). Hierzu werden Interaktionsketten und -muster aus der Herkunftsfamilie und den aktuellen sozialen Bezügen des Patienten zu für das Erleben und Verhalten dysfunktionalen Mustern in Beziehung gesetzt, neu bewertet und in konstruktiver Weise ergänzt oder variiert (Fürstenau, 1979, 1998). Hier unterstützt verhaltenstherapeutisch orientiertes, angeleitetes Probe- und Trainingsverhalten aus dem Spektrum der sozialen Kompetenzentwicklung, der Entspannungsverfahren sowie der Stressbewältigung (Skillstrainings) die Weiterentwicklung des Patienten.

Die analytisch orientierte Gruppenpsychotherapie ist indiziert für strukturell gesündere Patienten auf einem höheren, „neurotischen“ Reifungsniveau. Die Gestaltung der Gruppenprozesse verlangt therapeutisch weniger strukturelle Vorgaben um zielführende Konflikte und aufdeckende regressive Übertragungsmuster zu ermöglichen (Schwerpunkt „Konfliktfokussierung“). Grundhaltungen aus der wissenschaftlichen Gesprächspsychotherapie (z.B. Konfrontation zwischen Ideal- und Realseibst) und Methoden aus Gestalttherapie und Psychodrama (z.B. Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen) ergänzen und unterstützen die Dynamik in Gruppe und Person.

Allen drei methodischen Grundansätzen (Nachreifung, Ressourcenorientierung und Konfliktfokussierung) gemeinsam ist die Nutzung der Dynamik der Übertragung und Gegenübertragung in der Behandlungssituation unter dem Aspekt, dass die Übertragung eine Wiederholung eines relevanten und möglicherweise dysfunktionalen Beziehungsmusters aus der Lebensgeschichte des Patienten darstellt. Positiv bestätigende oder korrigierende Rückmeldungen auf dem Boden authentischer therapeutischer Beziehungsgestaltung ermögli-

chen es dem Patienten dann, pathologische Überzeugungen und Verhaltensweisen zu überprüfen und diese aufgrund neuer Beziehungserfahrungen durch gesündere zu ersetzen.

Unterstützend wirken hier Methoden der Plan- und Schemaanalyse sowie der kognitiven Umstrukturierung dysfunktionaler Überzeugungen und Gedanken aus dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methodenspektrum.

Das stationäre Milieu der Klinik liefert hierbei in idealer Weise die Rahmenbedingungen für den notwendigen sozialen Erfahrungsraum, der die für Veränderungsprozesse erforderlichen vielfältigen interpersonellen Situationen und Beziehungen ermöglicht und Wiederholungen und Reinszenierungen von Beziehungserfahrungen und Konflikten provoziert. Die interaktiven und interpersonellen Verhaltensmuster können so nicht nur verbal kommuniziert, sondern direkt wahrgenommen und beobachtet werden und sind somit therapeutischen Interventionen leichter zugänglich. Ein weiterer entscheidender Aspekt stationärer Therapie besteht in der Bereitstellung eines sozialen Übungsraumes, den der Patient während seiner Behandlung unter weniger „gefährlichen“ Bedingungen als in der äußeren Realität für sich nutzen kann, um neue Beziehungsmuster und Verhaltensweisen für sich auszuprobieren (im Sinne eines „Übergangsraum“ nach Winnicott, 1990). Im letzten Drittel der Behandlung erfolgt dann die Öffnung in den je individuellen sozialen Lebensraum des Patienten, um den Transfer des Erlernten zu erleichtern und die ökologische Validität konkret zu überprüfen.

Ein besonderes Interaktionsfeld stellt hierbei auch der erneute Suchtmittelkonsum des Patienten während der stationären Maßnahme zur Verfügung. Gemäß der inzwischen vorherrschenden fachlichen Auffassung behandeln wir einen solchen „Rückfall“ als Herausforderung in der therapeutischen Beziehungsgestaltung. In einem halbstandardisierten Vorgehen überprüfen wir nach einer eventuell erforderlichen medizinischen Stabilisierung des Patienten gemeinsam mit ihm, welche „Auslöser“ zum Konsumverhalten geführt

haben, ob eine stabile Arbeitsbeziehung wieder herstellbar ist und inwieweit Therapie-, bzw. Rehabilitationsziele angepasst werden müssen.

Die Vielgestaltigkeit der suchtassoziierten Krankheitsbilder und Syndrome und der durch sie verursachten seelischen, körperlichen und sozialen Auswirkungen erfordert ein über den grundlegenden medizinisch und tiefenpsychologisch basierten therapeutischen Ansatz hinausgehendes, auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen abstimmbares zeitlich und inhaltlich flexibles Therapieangebot. Die Integration verschiedener verhaltens- und sozialtherapeutischer Therapieelemente ermöglicht störungsspezifische Schwerpunktsetzungen in den Bezugsgruppenangeboten und wird durch prozessbegleitende Einzelgespräche sowie bei bestehender Indikation durch Einzeltherapie und spezialisierte Indikationsgruppen ergänzt. Hierbei ist der wirksamen Verzahnung der verschiedenen Behandlungselemente ein besonderes Augenmerk zu widmen. Nicht „möglichst viel“ bestimmt die Behandlungsplanung; vielmehr geht es darum, unter Bewertung der individuellen Erfordernisse und Möglichkeiten des Patienten ein „Konzert“ an Komponenten zur Verfügung zu stellen, deren Wirkungen sich gegenseitig unterstützen und stabilisieren.

Aufgrund der Komplexität der Störungsbilder sowie der hohen Komorbiditätsraten (s. z.B. Kessler 2004, Kessler et al. 1996; Moggi, 2012²) bei Abhängigkeitserkrankungen ist ein differenziertes Behandlungsangebot, dass über eine rein suchtspezifische Behandlung hinausgeht, erforderlich. Ganz im Vordergrund stehen hierbei im psychotherapeutischen Blick die psychosomatischen Erkrankungen und die Persönlichkeitsstörungen. Unter den Begriff „psychosomatisch“ fassen wir nicht nur die im engeren Sinn bezeichneten klassischen Psychosomatosen, sondern alle in ihrer Entstehung oder Auswirkung psychodynamisch (psychosomatisch, somatopsychisch) relevanten Krankheitsbilder. Wegen ihres häufig komorbiden Vorkommens besonders zu erwähnen sind hierbei die Schmerzsyndrome, die Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Adipositas), die depres-

siven und Angstsyndrome sowie die Posttraumatischen Belastungsstörungen, die entweder bei Therapiebeginn schon behandlungsbedürftig sind oder im Verlauf der Therapie bei Suchtmittelabstinenz zur verstärkten Expression kommen. Auch hier ist ein therapeutisches Rationales ziel führend, das Transparenz hierüber herstellt sowie eine Gesamtplanung ermöglicht, die den Patienten fördert, aber nicht überfordert. So kann es im Einzelfall hilfreich sein, eine Symptomentlastung herbeizuführen unter der Zielsetzung einer längerfristigen, an die medizinische Rehabilitationsmaßnahme anschließenden (somatischen und/oder psychotherapeutischen) Weiterbehandlung. Genauso zu prüfen ist eine parallele Behandlung (etwa eines depressiven oder angstbezogenen Störungsbildes) zur Erreichung oder Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs. Drogeninduzierte oder eigenständige psychiatrische Komorbidität stellt eine Herausforderung für das interaktionell bestimmte Setting dar. Hier ist einerseits Rücksichtnahme auf die besonders belasteten Patienten erforderlich; andererseits bietet es Reflektions- und Erprobungsmöglichkeiten, die der besseren sozialen Integration dienen.

1.3 Das Rehabilitationsverständnis

Anspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation haben Rentenversicherte, deren Erwerbsfähigkeit und soziale Einbindung wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist. Primäres Ziel der Rehabilitation ist es, eine drohende Minderung der Erwerbsfähigkeit abzuwenden oder die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wieder wesentlich zu verbessern, d.h. die Teilhabe am Arbeits- und Berufsleben und in der Gesellschaft sicherzustellen bzw. günstigere Voraussetzungen hierfür zu schaffen (siehe § 11 Abs. 1 SGB IX). Die persönliche Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben steht in direktem Zusammenhang mit der gesundheitlichen Integrität, die durch somatische, psychische und soziale Faktoren mitbestimmt wird. Gesundheit und subjektives Wohlbefinden sind wichtige Faktoren für die Leistungsfähigkeit im Be-

ruf, umgekehrt ist eine gute berufliche und soziale Integration ein direkt positiv wirkender Faktor auf das individuelle Gesundheitserleben sowie für die persönliche Leistungsbereitschaft und Arbeitsfähigkeit. Gleiches gilt für die individuelle Teilhabe am sozialen Leben in der Gesellschaft sowie die individuelle Genussfähigkeit und Lebenszufriedenheit.

Die Entwicklung und der Verlauf chronischer Erkrankungen werden, neben der individuellen Disposition, mitbestimmt durch die äußeren privaten, sozialen und beruflichen Lebensbedingungen (Kontextfaktoren). Das Biopsychosoziale Modell von Engel und das daraus abgeleitete Gesundheits- und Krankheitsfolgenmodell, die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2005) definiert Krankheit als Folge sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Faktoren. Hieraus leitet sich der Auftrag der medizinischen Rehabilitation ab, die durch chronische Krankheit und hierdurch bedingte funktionale Behinderung sowie drohende oder bereits eingetretene Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft abzuwenden, zu beseitigen oder zu mindern. Dies erfordert ein multidimensionales und daher auch multiprofessionelles Konzept. Neben der direkten medizinisch-therapeutischen Behandlung körperlicher und psychischer Erkrankungen ist ein erweiterter ganzheitlicher sozialmedizinischer Behandlungsansatz nur in Kenntnis und Berücksichtigung der gegenseitigen Wechselwirkungen zwischen Krankheit und Lebensbedingungen möglich.

Einerseits hat die Erkrankung selbst ihre Auswirkungen auf die individuelle Leistungs- und Anpassungsfähigkeit innerhalb eines sozialen Systems, andererseits können äußere Rahmenbedingungen entweder krankheitsauslösend sein oder zur Krankheitserhaltung beitragen. Neben dem familiär-sozialen Umfeld spielen die Arbeitsbedingungen hierbei eine entscheidende Rolle. Sind solche Bedingungen an der Krankheitsauslösung



beteiligt oder würden sie den medizinischen Rehabilitationserfolg nach Rückkehr an den Arbeitsplatz gefährden, muss eine erfolgreiche Rehabilitation in besonderem Maße diese berücksichtigen, den Rehabilitationsprozess auf sie ausrichten und ggf. notwendige, den Arbeitsplatz betreffende Veränderungsprozesse aufzeigen und einleiten. Hierbei sind auch Einschränkungen durch nicht behebbare Krankheitssymptome oder -folgen bedeutsam, die unter Umständen eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz oder in den zuletzt ausgeübten Beruf auch ausschließen können. Um das Ziel einer erfolgreichen beruflichen bzw. arbeitsplatzbezogenen Wiedereingliederung zu erreichen, müssen solche Faktoren frühzeitig im medizinischen Rehabilitationsprozess berücksichtigt werden. Dies erfordert die Gegenüberstellung und Abwägung des persönlichen Leistungsvermögens und der Leistungsbereitschaft des einzelnen mit den arbeitsplatzbezogenen oder beruflichen Anforderungen. Hierbei zu berücksichtigende Aspekte sind schwerpunktmäßig die relevanten Inhalte aus der Sozial-, Arbeits- und Berufsanamnese, die soma-

tisch-psychische Befindlichkeit sowie die Persönlichkeitsstruktur des Patienten.

Angesichts einer bedeutsamen Arbeitslosenquote unter der Rehabilitanden, aber auch eines erheblichen Konfliktpotentials in (noch) bestehenden Arbeitsbezügen und der Bedeutung von Arbeit/ Tätigkeit für die psychische Stabilisierung und das Selbstwerterleben des Einzelnen sind die Themen „wertschöpfende Arbeit“, „Sinn- und Selbstwerterleben durch Arbeit und Betätigung“ sowie die Bedeutung der Person in und für die soziale Gemeinschaft als roter Faden im Verlauf einer Rehabilitationsmaßnahme zentral.

Die modernen Ansätze der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation liefern sowohl in differentialdiagnostischer als auch sozialmedizinischer Hinsicht wichtige Hinweise für eine Konkretisierung der Behandlungsziele in Vorbereitung auf (re-)integrierende Maßnahmen am Arbeitsplatz oder eine Neuorientierung in alternativen Tätigkeitsfeldern.

2. Leitlinienorientierte Behandlung von Abhängigkeitsstörungen und komorbiden Erkrankungen

Für die Behandlung substanzbezogener Störungen gibt es Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF), die je nach Substanz einen unterschiedlichen Grad empirischer Evidenz und klinischer Konsensbildung aufweisen. An verschiedenen Entwicklungsgruppen nahmen und nehmen die Autoren dieses Fachkonzepts als Experten aktiv teil. Am weitesten entwickelt ist die Leitlinie „Alkoholabhängigkeit“, die auf einem S3-Level (2015) vorliegt. Die Behandlungsleitlinien zu Cannabis- und Medikamentenabhängigkeit befinden sich zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Fachkonzepts in der Entwicklung. Für Cannabisabhängigkeit ist der Evidenzgrad 2 angestrebt, während für die Medikamentenabhängigkeit der Evidenzgrad 3 in der Entwicklung ansteht. Für die komorbiden Störungen Depression und Angst, die als häufigste Beeinträchtigungen zusätzlich zu Suchterkrankungen auftreten, gibt es störungsspezifische Leitlinien auf hohem Niveau (S3; Depression: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2017; Angststörungen: Bandelow, Wiltuk et al., 2014); bzgl. der verhaltensbezogenen Süchte befindet sich die diagnostische Abgrenzung gerade in der Entwicklung mit DSM 5 und ICD 11. Behandlungsempfehlungen orientieren sich hier derzeit noch an wenigen empirischen Befunden und vor allem klinischer Konsentierung und Erfahrung.

Zu den durch die AWMF überwachte Behandlungsleitlinienstruktur sind im Rahmen der medizinischen Rehabilitation infolge des spezifischen Behandlungsauftrags der (Re-)Integration in Arbeit, Beruf und soziales Leben/Gesellschaft weitere Rahmenbedingungen und Vorgaben zu beachten. Hierbei handelt es sich um die von den Leistungs- und Kostenträgern vorgegebenen Reha-Therapiestandards (RTS), die als Fundament einer „guten“

medizinischen Rehabilitation aus klinischer und verwaltungsorientierter Sicht definiert wurden, um eine Mindestquantität und -qualität der einzelnen Behandlungsbausteine nicht zu unterschreiten und eine als angemessen bewertete Versorgung zur Zielerreichung zu sichern. Hierzu gehören u.a. auch die RTS „Tabakabhängigkeit“ oder „Gesundheitsbildung“ oder ergotherapeutische und sozialberaterische Module zur besonderen Unterstützung für Patienten mit unterschiedlichen Berufs- und Arbeitsbiografien sowie besonderen Problemen in diesem Bereich. Als wichtige Grundlage in der Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation ist die ICF (International Classification of Functioning, Disabilities and Handicaps) anzusehen, aus der sich wesentliche (teil-)Ziele für die Teilhabeorientierung in den verschiedenen sozialen und gesellschaftlichen Lebensbereichen sowie die Kompensation krankheitsbedingter Folgezustände ableiten.

Die (Mit-)Behandlung komorbider psychischer Störungen ist inzwischen zum fachlichen und in der Versorgung obligaten Standard geworden. Insbesondere die Depressionen und Ängste sind häufige komorbide Störungen, deren Stellenwert als eigenständiges Krankheitsbild nach abgeklungenem Entzug oft erst klar sichtbar wird. Insofern bietet die vergleichsweise längere, insbesondere stationäre Behandlungsdauer bei Abhängigkeitsstörungen eine gute Rahmenbedingung zur Abklärung und Behandlung dieser zusätzlichen Erkrankungen. Deren weitere Behandlung sollte in der nachstationären Zeit gesichert werden, v.a. wenn noch keine ausreichende Aufarbeitung und Verhaltensänderung mit dem Rehabilitanden erreicht werden konnte. Die meist langen Wartezeiten im ambulant psychotherapeutischen Versorgungsbereich erfordern jedoch in jedem Fall eine ausrei-



chende Stabilisierung des Rehabilitanden – auch zur Minimierung der Rückfallrisiken bezogen auf die Suchtmittelabhängigkeit.

Kritische Persönlichkeitsakzentuierungen und Persönlichkeitsstörungen quer durch alle Qualitäten prämorbid zur Suchterkrankung sind zielgruppenspezifisch deutlich höher als in der Normalbevölkerung anzutreffen. Dies spiegelt u.a. auch die ursprünglich funktionale Bedeutung der Suchtmittelinnahme wider. Diese komorbiden Krankheitsbilder erreichen in der MEDIAN Klinik Wied je nach Enge der Störungsdefinition ein Ausmaß zwischen 5 und 15 % der aufgenommenen Rehabilitanden. Neben den zahlenmäßig häufigeren, drogeninduzierten Psychosen (ca. 20 % der Rehabilitanden mit einer Zuweisungsdiagnose Drogenabhängigkeit, insbesondere bei Cannabis- und Amphetaminkonsum) behandeln wir durchschnittlich 3 bis 5 % Patienten mit einer psychotischen Grunderkrankung, hier v.a. paranoide Schizophrenie oder bipolare Psychose. Aufgrund der komplexen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen psychischen Störungsbildern, die sich gegenseitig verstärken/bedingen und den häufigen Kompensationsversuchen betroffener Menschen mithilfe von Suchtmitteln sind die Reha-Ziele nur mit besonders abgestimmten Behandlungsmethoden und manchmal nicht vollständig reintegrationsfähig im ersten Arbeitsmarkt oder bzgl. eines weitgehend selbstbestimmten Alltagsablaufs speziell für dieses Patienten mit komplexeren Störungsbildern umsetzbar.

Häufige und oft auch schwere, bzw. chronifizierte somatische komorbide Erkrankungen bedürfen ebenfalls der verstärkten Aufmerksamkeit in der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen. Als Folge- und Begleiterkrankungen, aber auch infolge der Verschlechterung des Zustands bei Grunderkrankungen durch suchtspezifisch mangelnde Selbstfürsorge oder unmittelbare Substanzwirkungen treten während der Reha-Maßnahme, mitbedingt durch die Abstinenz und gleichermaßen durch die ärztliche Präsenz in der Mitbehandlung, vielfältige körperliche Beeinträchtigungen mit Krankheitswert und Behandlungsnotwendigkeit verstärkt in den Fokus.

Nicht selten werden Stoffwechselstörungen gravierender Art nach Abklingen der Entzugserscheinungen erst mittelfristig und erstmalig sicht- und diagnostizierbar.

Der sozialmedizinische Gesamtauftrag erfordert eine multiprofessionelle Behandlung aller, die Re-Integration beeinflussender Faktoren und daher eine verzahnte, abgestimmte Vorgehensweise zwischen Medizin und Psychotherapie sowie eine Unterstützung durch weitere Maßnahmen der Funktionstherapie (Ergo-, Sport- und Bewegungs-, Physio-, Kreativtherapie, Ernährungsberatung und Schulung bzgl. des Gesundheitsverhaltens) sowie der Sozialberatung. Dies ist nur in einem multiprofessionellen, mehrdimensionalen Behandlungsansatz zu erreichen.

3. Medizinische Rehabilitation erfordert Integration

In der MEDIAN Klinik Wied werden alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Frauen und Männer einschließlich Mehrfachabhängige und Menschen mit stoffungebundenen Abhängigkeitsstörungen in einem gemeinsamen, integrierten Setting mit der Zielsetzung der (Re-)Integration in Arbeit, Beruf und Gesellschaft auf dem Hintergrund der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen der Kosten- und Leistungsträger vom 01.07.2001 behandelt. Dieses integrierte Rehabilitationsverständnis, das zu unserer Bezeichnung „integrierte Behandlung“ führte, findet sich auch in der multidisziplinären Zusammenarbeit der verschiedenen Fachbereiche wieder. Im Behandlungsteam fließen die Teilaspekte aus den somatischen, psychischen und sozialen Diagnoseprozessen zusammen und bilden die Basis für den individuell auf den Patienten bezogenen Behandlungsansatz. Der Patient ist in diesem Prozess Kooperationspartner, mit ihm werden die Ziele und Teilziele im Hinblick auf den übergeordneten Reha-Auftrag abgestimmt und vereinbart.

Eingangsvoraussetzung ist der Wunsch des Patienten nach Veränderung seines auf Suchtmittel bezogenen Verhaltens mit dem Zwischenziel des Erreichens einer belastbaren Abstinenzfähigkeit als wichtige Voraussetzung für eine Behandlungsfähigkeit im psychotherapeutischen Kontext. Ziel der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ist die Wiederherstellung und Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit und die Ermöglichung einer weitgehenden Teilhabe im Beruf und sozialen Leben. Dies schließt den Erhalt und die Verbesserung der sozialen Einbindung und Funktionsfähigkeit mit ein.

In der Regel liegt eine Leistungszusage des zuständigen Rentenversicherers vor auf der Grundlage der §§ 9 bis 11 SGB VI, die aufgrund einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbs-

fähigkeit erteilt wurde. Sind die dort angegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, kann eine Leistungszusage durch die zuständige Krankenkasse erfolgen (§§27 und 40 SGB V).

Wir verstehen unter integrierter Behandlung auch – neben der Behandlung in einem gemeinsamen Setting, ungeachtet der missbräuchlich oder abhängig konsumierten Substanzen bzw. der Abhängigkeitsproblematik – dass wir mit unseren Dienstleistungen für den Patienten in eine Gesamt-Rehabilitationsstrategie eingebunden sind, in der dem Austausch und der Abstimmung mit Vor-, Mit- und Nachbehandlern ein besonderes Gewicht zukommt. Erst ein koordiniertes Zusammenwirken der Interventionen ermöglicht dem Patienten eine erfolgreiche Rehabilitation. Dabei ist es uns ein besonderes Anliegen, der Ausgrenzung und dysfunktionalen sozialen Nischen- oder Subkulturbildung entgegenzuwirken, der Abhängigkeitskranke – insbesondere mit Konsum illegalisierter Drogen und im chronischen Stadium – unterliegen. Wir verstehen unter dem Begriff Integration

- die gemeinsame Behandlung von alkohol-, medikamenten-, drogenabhängigen und verhaltenssüchtigen Patienten und die Berücksichtigung ihrer verschiedenen körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen
- die spezifische Auswahl und Kombination tiefenpsychologisch fundierter, (kognitiv)verhaltenstherapeutischer und verhaltenstherapeutisch-systemischer als auch somatischer Therapieverfahren und -elemente
- die Einbeziehung der sozialen Realität des Patienten im Alltag über die Bezugspersonen und die relevanten Personen am Arbeitsplatz

Die den verschiedenen therapeutischen Ansätzen zugrunde liegenden unterschiedlichen Menschenbilder, die divergierenden Störungs- und Verände-

rungsannahmen und die daraus sich ergebenden verschiedenen Ziel-Mittel-Relationen schaffen einen aus unserer Sicht fruchtbaren Spannungsbogen. Die konstruktive Auseinandersetzung aus verschiedenen Blickwinkeln in den Behandlungsteams verhindert eine möglicherweise aufgrund der Schulenspezifität entstehende dysfunktionale Einengung der Behandlungsangebote für den einzelnen Patienten und garantiert weitgehend die ökologische Validität für die Lebensrealität des Rehabilitanden.

3.1. „Nur Lern- und Übungsprozesse auf verschiedenen Ebenen führen zum Ziel.“

Wir zählen die Abhängigkeitserkrankungen zu den psychischen Erkrankungen, die auf Störungen in den verschiedenen Entwicklungsphasen des Kindes und jungen Menschen bei der Ich- und Identitätsbildung in der Sozialisation zurückzuführen sind (s.o.). Abhängigkeitskranken Menschen mangelt es – teilweise aufgrund einer solchen Entwicklung oder aufgrund dysfunktionaler Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und Verhaltensmuster – im kritischen und chronischen Stadium ihrer Erkrankung an einem identischen Bezug zu ihrer Gefühls- und Gedankenwelt sowie an Beziehungsfähigkeit zu ihrem sozialen Umfeld. Sie bedürfen einer nachholenden/korrigierenden Entwicklung und Veränderung und einer damit verbundenen Erweiterung ihrer sozialen Kompetenzen. Wichtigster theoretischer Referenzrahmen, auf dessen Hintergrund die sich abzeichnenden Konflikte und Defizite verstanden werden, sind die Tiefenpsychologie und Modelle der humanistischen Psychologie mit den theoretischen Annahmen zur menschlichen Entwicklung, zu Gruppen, zur Selbst- und Ichentwicklung sowie zu den Objektbeziehungen (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 1995⁷; Kernberg, 1978; Kohut, 1975; Mentzos, 1982; Rogers, 1951, 1957, 1983).

Die Konzepte der gruppentherapeutischen Arbeit auf der Basis der Erkenntnisse der Sozial-, Lern- und Entwicklungspsychologie sowie der Psychodynamik ergänzen die theoretische Fundierung (Bandura, 1969, 1977; Fürstenau, 1992; Heigl-Evers & Ott, 1994; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996; Mahoney, 1974; Yalom, 1989). Elemente abgeleitet aus der Lerntheorie und lösungs- und ressourcenorientierte Interventionsmethoden runden das Methodenspektrum ab (Funke, 2017).

Auf dem Boden eines haltenden, Selbstsicherheit und Beziehungsfähigkeit verbessernden Milieus lernt der Patient schrittweise einen gesünderen Umgang mit seinen inneren Konflikten und der äußeren Realität. Dabei geht es um das Bewusstmachen und die Integration der eigenen Wünsche, die Milderung der entgegenstehenden Ängste und die Klärung und Modifizierung verinnerlichter überhöhter Verbote und Ideale.

Die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie zielt dabei insbesondere auch auf die Wiederherstellung einer psychosomatischen Einheit, bei der körperliche Bedürfnisse differenziert wahrgenommen und angemessen befriedigt werden können. Lerntheoretische Überlegungen fließen insbesondere in die Klärung und Veränderung störungsaufrechterhaltender Bedingungen ein, während der ressourcenorientierte Ansatz sich auf die Bewältigung der aktuellen äußeren Lebenssituation konzentriert.

Im Sinne eines integrativen Gesamtkonzeptes (siehe auch Abbildung 1) werden die verschiedenen Therapieelemente miteinander verbunden, Einzelbeobachtungen im multiprofessionellen Team zusammengetragen und zur Kontrolle des laufenden Therapieprozesses und in Folge zur adaptiven Therapieplanung für den einzelnen Patienten genutzt.



Abbildung 1: Komponenten der medizinischen Rehabilitation Sucht

3.2 Die sozialmedizinische Grundhaltung

In der Rehabilitation stellt sich der Medizin eine umfassendere Aufgabe als in der Akutmedizin im Hinblick darauf, dass der gesamte Lebenskontext des Patienten in die Diagnose, Behandlungsplanung und -umsetzung einzubeziehen ist. Das Erreichen der Rehabilitationszielsetzung der Wiedereingliederung in Arbeitsprozess und soziales Leben erfordert neben der sozialmedizinischen Sichtweise die Vernetzung im multiprofessionellen Team mit Psychotherapie und Sozialarbeit.

Die Auffassung der Abhängigkeitserkrankungen als psychosomatische oder somatopsychische, bzw. biopsychosoziale Störung gelingt nur in einer gemeinsamen Betrachtung und Bewertung der Symptome aus medizinischer, psychotherapeutischer und sozialer Sicht. Im Behandlerteam unter Beteiligung der genannten Personen ist eine Übereinstimmung darüber zu erzielen, welche Bedeutung einem bestimmten Symptom hinsichtlich seiner qualitativen und quantitativen Ausprägung zu unterschiedlichen Therapiezeitpunkten zukommt. Insofern ist die Behandlung ein mehrdimensionaler Prozess, der nur dann optimal zielführend ist, wenn eine Abstimmung zwischen den verschiedenen Behandlungssträngen stattfindet. Damit ist gewährleistet, dass sich einzelne Interventionen nicht gegenseitig aufheben, behindern oder gar negativ beeinflussen.

Die medizinischen Leistungen im Therapieverlauf reichen von der medizinischen Eingangsdiagnostik über die Vereinbarung von konkreten Rehabilitationszielen und die Planung, Umsetzung und Anpassung der Behandlung bis hin zur Planung der nachstationären Phase unter Berücksichtigung der abschließenden sozialmedizinischen Beurteilung. Abbildung 2 zeigt eine Übersicht über dieses spezifische Behandlungskonzept.

Die Untersuchungsergebnisse fließen ein in die umfassende Rehabilitationsdiagnose als Grundlage für die Therapiezielfestlegung und Behandlungsplanung, die gemeinsam mit dem Patienten und dem zuständigen Bezugspsychotherapeuten erfolgt. Im letzten Abschnitt der Behandlung erfolgen eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung anhand der Bilanzierung der erreichten Ziele sowie Maßnahmen zur Sicherung der Rehabilitationsergebnisse.

Komorbidität in Form von endogenen psychiatrischen Erkrankungen stellt einen Sonderfall im Hinblick auf die Behandlungsstrategie dar. Insbesondere erfordert sie eine fortlaufende Überprüfung und Anpassung der verschiedenen Behandlungsinterventionen unter Abwägung von Leistungsförderung einerseits und Beachtung krankheitsbedingter Leistungsgrenzen in körperlicher und psychischer Hinsicht andererseits. Hierbei sind auch das subjektive Erleben und die Einstellung

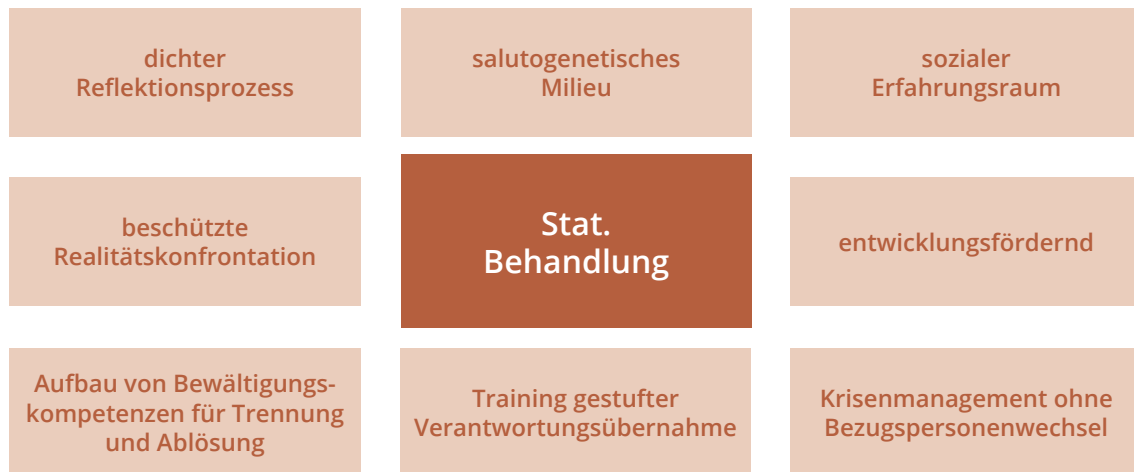


Abbildung 2: Vorteile des stationären Behandlungssettings

des Patienten zu seinen Beeinträchtigungen von entscheidender Bedeutung für die Differenzierung der sozialmedizinischen Prognose.

An die medizinischen Mitarbeiter werden im Rehabilitationssetting besondere Anforderungen gestellt, die über das allgemeine Rollenverständnis von Arzt oder Pflegekraft in der Akutbehandlung hinausgehen. Alle Entscheidungen im medizinischen Bereich müssen im Kontext des Rehabilitationsauftrags gesehen und abgewogen werden. Dabei wird es immer wieder um Förderung und Befähigung des Patienten gehen, sich aktiv mit seinen Befindlichkeitsstörungen und Beeinträchtigungen auseinander zu setzen und alternative Wege zur Bewältigung oder Kompensation zu akzeptieren und umzusetzen. Dabei gilt es, von einer anfänglich eher passiven Behandlungserwartung des Patienten in einer medizinischen Einrichtung zu einer aktiven Mitwirkung und Verantwortungsübernahme für den Behandlungserfolg zu kommen. Hierbei kommt den drei folgenden Prozessen in der Behandlung Abhängigkeitskranker eine besondere Bedeutung zu:

- die Verleugnung von körperlichen Beeinträchtigungen und Schäden im Dienste der Abwehr des Patienten gegen eine Krankheitsakzeptanz,
- die Aggravierung und Funktionalisierung von körperlichen und psychischen Symptomen als Widerstand gegen Verantwortungsübernahme für Veränderungen durch den Patienten und

- die Erwartung des Patienten, dass ärztliche Behandlung vorrangig die technisch gestützte Diagnostik und die Verabreichung von Medikamenten sei.

Die gemeinsame Aufgabe des Behandlerteams, bestehend aus ärztlichem und psychologischem Behandler, ist es einzuschätzen, wie adäquat der Patient mit seinen Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen umgeht. Es ist erforderlich, eine Behandlungsstrategie mit ihm zu entwickeln, die zu einer realitätsangemessenen Einschätzung und entsprechenden Verhaltensweisen hinsichtlich seiner Defizite und Ressourcen führt. Der Patient kommt mit seiner oft jahrelangen Erfahrung, dass der Konsum von Substanzen ihn selbst und seine Befindlichkeit verändert. Dabei erlebt er drei Aspekte des Substanzgebrauchs als besonders positiv:

- die ständige Verfügbarkeit der Substanz,
- der rasche Wirkungseintritt nach Konsum und
- die vermeintliche Kontrolle über die Einnahme.

Neben die Frustrierung durch den ärztlichen Behandler, der in bestimmten Situationen dem Patienten Medikamente – und damit sofortige, passive Symptomreduktion – „verweigert“, tritt der Anspruch an den Patienten, aus seiner passiven Behandlungserwartung herauszutreten und aktiv am Genesungsprozess mitzuwirken. Der Patient erlebt u. U. die „Verweigerung“ des Arztes als

fehlende Akzeptanz seines Leidens und mangelnde Empathie. An dieser Stelle gilt es, ein gemeinsames Behandlungsmodell zu entwickeln, das diese Frustration aufhebt, was nur unter integriertem Bemühen aller an der Behandlung Beteiligten gelingt.

Dies erreichen wir durch die routinemäßige Vernetzung im beteiligten Arzt-Therapeut-Team bestehend aus dem zuständigen Bezugsarzt und dem Bezugstherapeuten, die gemeinsam mit dem Patienten den individuellen Rehabilitationsprozess verantwortlich gestalten. Dabei werden die jeweiligen Behandlungsziele und -strategien zeitlich und inhaltlich aufeinander bezogen, abgeglichen und im Hinblick auf das Gesamtrehabilitationsziel gewichtet.

3.3 Die Bezugsgruppe als Rahmen für den therapeutischen Prozess

Acht bis zehn Patienten bilden eine nach Alter, Abhängigkeitsdiagnose und sozioökonomischem Status heterogene Bezugsgruppe.

In diesen halboffenen Gruppen sind jeweils ein Bezugstherapeut, ein Bezugsarzt und ein Co-Therapeut für die Begleitung und Steuerung des Rehabilitationsprozesses als Ganzes verantwortlich. Mit den semidurchlässigen Grenzen der Bezugsgruppe durch Verabschiedung und Neuintegration von Patienten verbinden sich eine Reihe von Vorteilen, z.B.:

- Sicherung eines flexiblen Gruppenprozesses und Vermeidung von für den Einzelnen dysfunktionaler Gruppenregression
- Schaffung der Möglichkeit, verschiedene Rollen im Gruppenverlauf einzunehmen (z.B. vom „Lernenden“ zum „Lehrenden“, vom „Gekränkten“ zum „Betroffenen“)
- immer wiederkehrende Aktivierung zentraler Schwellensituationen, für die noch keine ausreichenden Bewältigungsmuster aufgebaut wurden (z.B. Auseinandersetzung mit der eigenen Identität als abhängigkeitskranker Mensch; Abschied; Aufnahme und Gestaltung neuer sozialer Kontakte)

Durch die hinsichtlich verschiedener Merkmale heterogene Gruppenkonstellation wird eine Therapiesituation geschaffen, die eine Vielfalt von Konfliktfeldern aktualisieren hilft. Es werden so alle diejenigen Übertragungsprozesse angeboten, die in der Realität des Patienten wesentliche Bedeutung haben (z.B. bezüglich Autorität, Konkurrenz, Sympathie, Abhängigkeit). In den Reinszenierungen können angemessenere und reifere Formen der Beziehungsgestaltung erarbeitet und geübt werden (Fiedler, 1996; Fürstenau, 1992; Heider, 1958; Heigl-Evers & Ott, 1994; Mischel, 1973; Rotter, 1954). Für einige Patienten ergeben sich besondere Schutzbelange, so dass wir sie in eine Frauen-, bzw. eine Männerbezugsgruppe integrieren. Darüber hinaus halten wir geschlechtsspezifische indikative Angebote für unverzichtbar.

Ein erneuter Suchtmittelkonsum oder Verhaltensrückfall während der Reha-Maßnahme wird ebenfalls auf diesem Hintergrund bewertet. Als Aspekt der Beziehungsgestaltung ist der Suchtmittelkonsum bzw. der Verhaltensrückfall Ausdruck eines unbewältigten Konfliktes auf verschiedenen Ebenen, der immer im Bezug zum aktuellen therapeutischen Setting, der Situation in der Bezugsgruppe und der aktuellen Arbeitsbeziehung zu bewerten ist. Auslösend können persönliche Konflikte sein, die außerhalb und/oder innerhalb des gruppendynamischen Geschehens liegen, oder stellvertretend für die Gruppe durch den Einzelnen agiert werden. Folge des erneuten Suchtmittelkonsums ist eine massive Verunsicherung aller Beteiligten, die Vermeidungsstrategien aktiviert und die ohne adäquate Thematisierung ein hohes Risiko von Beziehungs- und Kommunikationsabbrüchen beinhaltet. Dann wäre eine therapeutische Bearbeitung der zugrunde liegenden Konfliktebene nicht mehr oder nur sehr schwer möglich. Eine halbstandardisierte Vorgehensweise im Falle erneuten suchtorientierten Verhaltens während der Reha-Maßnahme schafft eine Distanzierungsmöglichkeit für Patienten und Behandler, die eine realitätsangemessene Prüfung der Situation und ihrer Optionen zulässt. Ein Suchtmittelkonsum erfordert selbstverständlich zunächst eine ärztliche Einschätzung der körperlichen Gefährdung sowie eine Überprüfung

der Steuerungs- und Therapiefähigkeit des Betroffenen. Eventuell sind medizinische Maßnahmen einzuleiten, um die körperliche und psychische Situation zu stabilisieren (z.B. Verlegung in Akutbehandlung oder in die medizinische Abteilung zur besseren medizinischen Überwachung).

Ein für alle Beteiligten transparent strukturiertes „Rückfallmanagement“ bietet die Vorteile, dass eine differenzierte Auseinandersetzung durch die vorgegebene Abfolge angeregt wird und vorzeitige Therapieabbrüche aufgrund von Erwartungsängsten und emotional ungesteuerten Reaktionen auf den „Zwischenfall“ verhindert werden. Auch für die Bezugsbehandler ergibt sich damit ein geschützter Raum für die Reflektion des bisherigen Reha-Prozesses und die Möglichkeiten der Fortführung der Arbeitsbeziehung mit dem Patienten.

Eine wichtige Unterstützung für die Schaffung von therapieförderlichen Übertragungsprozessen ist das Co-Therapeutensystem. Besonders bei mittel- bis längerfristigen Behandlungsdauern kann diese Dynamik gezielt genutzt werden. Für den Patienten besteht die Möglichkeit

- unterschiedliche Übertragungen zu den beiden Therapeuten auszuagieren
- in der aggressiven Auseinandersetzung mit einem der Therapeuten den Schutz des anderen nicht zu verlieren
- Beziehungsverhalten stellvertretend über das Beispiel der beiden Therapeuten zu erfahren, das auch im Konfliktfall konstruktiv bleibt
- über seine Beziehungsgestaltung zu unterschiedlich erlebten Therapeuten Integrationsprozesse in Gang zu setzen

Psychotherapie findet wesentlich über Beziehung statt. Im psychoanalytischen Verständnis bedeutet dies, dass die bisherigen dysfunktionalen Beziehungsmuster aktiviert und über die Analyse der Übertragung/Gegenübertragung einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden. In diesem Sinne ist es ausdrücklich erwünscht, dass der Patient seine Konflikte ausagiert und an gesetzte Grenzen stößt. Aus dem konsequenten, die Person des Patienten akzeptierenden therapeutischen

Reagieren auf das Verhalten vermittelt sich diesem im Verlauf des therapeutischen Prozesses eine zunehmende Beziehungssicherheit, die den Boden für die notwendige Nachreife und Sozialisation darstellt (Rogers, 1951, 1957). Dabei geht es nicht um die kritiklose Übernahme extern vorgegebener Verhaltensvorschriften, sondern um die aktive und kritische Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Normen und Werten. Dies ermöglicht dem Patienten die Übernahme von Verantwortung und die zunehmende Möglichkeit, über sich und sein Leben zu entscheiden. Diesem Verständnis folgend werden wir so genannte „Regelverstöße“ nicht primär als Anzeichen mangelnder Therapie- oder Veränderungsmotivation, sondern als Hinweis darauf, dass der Patient mit diesem „abweichenden Verhalten“ eine Form gewählt hat, etwas auszudrücken, was ihm situativ nicht anders möglich ist. Wir sehen dies als Auftrag an den Therapeuten, die Beziehung zum Patienten zu hinterfragen und die therapeutischen Implikationen zu überprüfen. Ergebnis dieser Reflexion kann z.B. die Überlegung sein, dass

- die Patient-Therapeut-Beziehung destabilisiert ist
- die vertrauensvolle Patient-Therapeut-Beziehung es dem Patienten überhaupt erst ermöglicht, ein abweichendes Verhalten zu zeigen oder auszuprobieren
- der Patient sich über- oder unterfordert fühlt
- die Therapieziele von Patient und Therapeut abstimmungsbedürftig sind
- Störungen in der Gruppendynamik vorliegen, die die Zusammenarbeit beeinträchtigen

In Abhängigkeit von dieser Interpretation des Verhaltens des Patienten ergeben sich entsprechende therapeutische Interventionen, z.B.:

- die Klärung der therapeutischen Arbeitsbeziehung und die Forcierung positiver, vertrauensbildender Beziehungserfahrungen
- die Reflexion und Einordnung des auffälligen Verhaltens gemeinsam mit dem Patienten einschließlich des Setzens von Grenzen ohne grundsätzliche Gefährdung der Beziehung
- die Bilanzierung der aktuellen therapeutischen Situation und die gemeinsame Korrektur des weiteren Vorgehens

- die Einbeziehung des Gruppenkontextes in Form von z.B. Fremd-/Selbstbild oder die Klärung der Gruppendynamik um dysfunktionale Anteile

Kann sich der Patient dauerhaft nicht von selbst- oder fremdschädigendem Verhalten distanzieren, sehen wir die Rehabilitationsfähigkeit als aktuell nicht gegeben an.

Das stationäre Behandlungssetting bietet eine Reihe von Vorteilen gegenüber ambulanter bzw. teilstationärer Bedingung (Abbildung 2):

- die Herausnahme aus einem pathogenen Milieu
- einen Sicherheit und Unterstützung bietenden, klar definierten sozialen Erfahrungsraum
- eine entwicklungsanstoßende Umgebung, die fördert und fordert
- einen kontinuierlichen und dichten Reflexionsprozess
- eine dem Entwicklungsfortschritt des Patienten angemessene, zunehmende Konfrontation mit seiner Realität
- ein zeitnahes und umfassendes Krisenmanagement ohne Unterbrechung der Beziehungskontinuität
- die Erarbeitung von Bewältigungskompetenzen für Trennungsprozesse am Beispiel der kritischen Schwellensituation zum Ende der Behandlung

Dabei kommt der Arbeit mit dem Patienten in der sozialen Struktur der Klinik als Übungsfeld für soziale Kompetenzen und als Quelle vielfältiger Selbsterfahrungen eine besondere Bedeutung zu. Im Prinzip der Patientenmitverantwortung verankern sich wesentliche Aspekte zur Hinführung auf ein verantwortungsvolleres, aber auch selbstbewussteres und selbstsicheres Verhalten im sozialen Kontext (Bandura, 1977; Forgas, 1999²).

Beim Vorliegen komorbider psychischer oder psychosomatischer Störungen können stützende Einzelgespräche oder begleitende Einzelpsychotherapie über die gezielte Zuweisung zu indikativen Gruppenangeboten hinaus indiziert sein. Nach spezifischer psychometrischer oder klinischer Diagnostik werden z.B. depressive Störungsbilder über kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente

(Beck, 1970, 1976; Hautzinger, Stark & Treiber, 1992; Hautzinger, 1996) genauso angesprochen wie etwa Angst- und Panikstörungen oder Kompetenzdefizite in der sozialen Interaktion (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996²; Ullrich & Ullrich de Muynck, 1976; Hinsch & Pfingsten, 1998). In der begleitenden Behandlung von Persönlichkeitsstörungen bewährt sich der modifizierte Therapieansatz der „doppelten Handlungsregulation“ von Sachsse (1999²). Hinsichtlich der häufig indizierten Verfahren zur Verbesserung der Entspannungsfähigkeit werden progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training oder Meditationsverfahren eingesetzt (vgl. auch Wilke, 1996). Für Patienten mit psychosenahen Erlebens- und Verhaltensweisen bieten sich psychoedukative Trainingsprogramme und Verbesserung der selbstwirksamen und sozialkompetenten Bewältigungsverfahren für kritische Situationen und Identitätsunterstützung an.

Der für viele Abhängigkeitserkrankte aufgrund ihrer Suchtgeschichte ausgeprägten erlernten Hilflosigkeit kann durch gestufte Übernahme von Verantwortlichkeit und gezielte Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung entgegengewirkt werden (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Bandura, 1969, 1977; Kuhl, 1983; Mahoney, 1974; Seligman, 1975). Hier kommt ebenso wie bei der Behandlung depressiver Symptomaten den Verfahren der kognitiven Umstrukturierung (Ellis, 1962 und folgende) eine bedeutsame Rolle zu. Die aus der wissenschaftlichen Gesprächspsychotherapie abgeleiteten Focussing-Ansätze (Gendlin, 1981) weisen bei vielen Patienten mit psychosomatischen Beeinträchtigungen eine gute therapeutische Ansprechbarkeit auf. Bausteine aus verschiedenen Behandlungsrationalen können individuell indiziert im Behandlungsverlauf integriert werden, z.B.:

- bei depressiven Störungen: medikamentöse Mitbehandlung im Rahmen der Leitlinie zur Behandlung der Depression, Aktivierung durch gezielte Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Laufgruppe) oder Lichttherapie (Compton et al., 2007; Conner et al., 2008a, b, 2009; Torrens et al., 2011)
- bei Persönlichkeitsstörungen: Skillstrainings, Akzeptanz- und Commitment-Therapie, Soziale

Kompetenztrainings, Verfahren zur Verbesserung der Impulskontrolle etc.

- bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, auch komplexer Art: Entlastung durch Aufbau von Skills; Behandlung durch Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 1995; Hofmann, 2009)
- bei erlebter sexueller Übergrifflichkeit: Aufbau von Selbstwert und Kontrolle, Körperarbeit, Opfer-Täter-Dialoge als Scriptarbeit (z.B. Simpson, 2002; Schäfer & Najavits, 2007)

3.4 Zum Konzept der handlungsorientierten Angebote

Die (Re-)Integration in Beruf, Arbeitsplatz und soziales Leben stellt für die medizinische Rehabilitation die zentrale Zielsetzung dar. Neben den (psycho-)therapeutisch anzugehenden personenbezogenen Hindernissen auf dem Weg zu diesem Ziel sowie der somatisch-medizinisch orientierten Unterstützung der körperlichen und funktionellen Faktoren spielen hierbei die beruflichen und am Arbeitsplatz orientierten Maßnahmen während der stationären Rehabilitation und in Vorbereitung auf die Umsetzungsphase nach dem Aufenthalt eine besondere Rolle. Schwerpunkte liegen insbesondere in der durchgängigen Orientierung an den individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Möglichkeiten des Patienten, die gemeinsam mit den Bezugsbehandlern (Arzt und Therapeut) im Hinblick auf die Ausgangssituation und die Zielüberprüfung auf Realisierbarkeit zu Beginn, im Verlauf und zum Abschluss überprüft und schrittweise umgesetzt werden. Die Behandlungsplanung und -lenkung obliegt diesem Behandlungsteam in Kooperation mit den mitwirkenden Berufsgruppen der Sozialberatung und Funktionstherapie (Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie, Ergotherapie) und in Abstimmung mit dem Rehabilitanden. Die Befunde und Ergebnisse von Vorbehandlern werden systematisch berücksichtigt.

Der handlungsorientierte Ansatz – ursprünglich in der tiefenpsychologischen und gestaltthera-

peutischen Tradition verbunden mit Arbeit an und über ein Objekt (vgl. auch Kunst- und Gestaltstherapie, Arbeitstherapie, spezielle Konzepte der Ergotherapie; Wirtz, 2018¹⁸) – wurde auch in den verhaltenstherapeutischen Entwicklungen frühzeitig aufgegriffen, hier allerdings weniger bezogen auf den Ausdruck emotionaler und vorbewusster Aspekte als mit den Gedanken des Probehandelns, des Trainings und der Befähigung zu kompetenter und angemessener Situations- und Problembewältigung. Auch hier ergänzen sich beide psychotherapeutischen Ausrichtungen je nach Schwerpunktsetzung der Problematik beim individuellen Rehabilitanden.

Handlungsorientierung wird in der Psychotherapie – fußend auf dem Konzept aus der allgemeinen Psychologie der Handlungs- versus Lageorientierung – als Wahrnehmungs- und Verhaltenstendenz, in der sich Menschen unterscheiden, definiert (Kuhl, 1983; 1992; 2001; Kuhl & Heckhausen, 1996). Handlungsorientierung

„bezeichnet die chronische oder momentane Fähigkeit, Affekte (Affektregulation) flexibel zu regulieren, sodass das Individuum handlungsfähig und nicht in der augenblicklichen emotionalen Lage verhaftet bleibt (Lageorientierung).“ (Wirtz, 2018¹⁸).

Vergleichbar mit Konzepten in der Pädagogik (z.B. handlungsorientierter Unterricht oder handlungsorientierter Ansatz in der Logopädie) wird in der handlungsorientierten (Psycho-) Therapie (HOT) der Fokus gesetzt auf das Handeln und Tun mit begleitender verbaler Vorbereitung, Prozessbegleitung und weiterführender Auswertung sowie der Inbezugsetzung zu relevanten Problem- und Konfliktthemen des Patienten. Insofern fließen hier ausdrucks- und kompetenzorientierte Aspekte zusammen. Wichtige Einflussfaktoren sind sowohl Emotions- und Erlebnisaktivierung, gesenkte Zugangsschwellen zu Konflikten und Vermeidungshaltungen aber auch eine Minderung bewusster Kontrolle bezogen auf das Verhalten in Situationen, die gegenüber rein verbalen Methoden der Intervention einen unmittelbareren Zugang zur subjektiven Problematik erlauben. Hinzu kommen

Erfolgs-erlebnisse, situative soziale Rückmeldungen oder Frustrationen, genauso wie eine Erweiterung des Erfahrungs- und Handlungspotentials.

Nicht nur verbal weniger ausdrucksstarke Personen profitieren vom handlungsorientierten therapeutischen Ansatz. Gerade verbal ausgesprochen erfahrene und kompetente Rehabilitanden erleben einen erheblichen Erfahrungs- und Entwicklungszuwachs durch das Tun und kommen damit zu Erweiterungen und Verbesserungen ihres Selbstbildes, der Selbstbewertung und zur Entdeckung von bislang nicht wahrgenommenen Kompetenzen oder Defiziten.

Eine Person mit handlungsorientierter Tendenz ist eher in der Lage, sich z.B. nach einem Misserfolgs-erlebnis oder einem Missgeschick nicht in Gedanken festzuhalten, sondern beispielsweise eigenes Zutun zu analysieren und dann neue Versuche auf dem Weg der Zielerreichung zu unternehmen. Ein Mensch mit ausgeprägter Lageorientierung ist so auf die (unangenehme) Lage des vermeintlichen Scheiterns fixiert, dass er sich nicht dazu im Stande sieht, sich von seinen Gedanken und Gefühlen zu lösen, um anstehende Aufgaben anzugehen. Er wird beispielsweise viel eher als ein handlungsorientierter Mensch versuchen, eine Schuldfrage zu klären und sich selbst oder anderen Menschen Vorwürfe zu machen. (s.a. https://de.wikipedia.org/wiki/Handlungs-_und_Lageorientierung am 06.08.2018).

In den handlungsorientierten Angeboten (Übungsfirmen, Werkstätten, Garten-Natur-Umwelt) besteht u.a. das Ziel, die Handlungsorientierten Tendenzen der Rehabilitanden zu stärken und somit die Funktionsfähigkeit, aber auch zentrale alltagsbezogene Kompetenzen in Beruf, Arbeit und sozialer Gruppe aus- oder aufzubauen. Das Rehabilitationskonzept der MEDIAN Klinik Wied führt die konkrete Umsetzung in den verschiedenen Varianten der handlungsorientierten Behandlung aus (Funke & Schroeder, 2018).

Einen erweiterten sozialen Erfahrungsraum bieten indikativen Gruppenangebote, die spezifische,

der Problemkonstellation des Patienten entsprechende inhaltliche Themen anbieten. In den distanzierteren Beziehungen zu den Mitgliedern der indikativen Gruppe lernt der Patient, auf einer handlungsorientierten Basis soziale Ressourcen für die eigene Problemlösung zu nutzen (D´Zurrilla & Goldfried, 1971; Hester & Miller, 1995²). Hierzu gehören die Infragestellung eigener Lebenseinstellungen und Verhaltensweisen genauso wie die Unterstützung bei der Entwicklung und Einübung neuer Kompetenzen. Der einzelne hat in diesen verhaltens- und lösungsorientierten Gruppen für die Regulierung von Nähe und Distanz mehr Kontroll- und Einflussmöglichkeiten und erlebt dadurch noch eine andere Art der sozialen Begegnung und Rollenübernahme als in der Bezugsgruppe.

Bei einem breiten Spektrum möglicher Indikationsangebote halten wir die geschlechtsspezifischen Indikationsgruppen in der Abhängigkeitsbehandlung für unverzichtbar. Neben einer Klärung und Festigung der eigenen Geschlechtsidentität können hier geschlechtsspezifische Erfahrungen oder Erlebnisse thematisiert und bewältigt werden und somit zu einem adäquateren Rollenverständnis beitragen.

Ein weiterer wichtiger Baustein bildet das Soziale Kompetenztraining, in dem Kommunikationsfähigkeiten, Abgrenzungs- und Durchsetzungsfähigkeit oder Fähigkeiten zur Teilhabe am sozialen Leben entwickelt und trainiert werden. Umgang mit Angst und Depression sowie Stressbewältigung ergänzen das Themenspektrum. Diese Angebote werden in kleineren Trainingsgruppen (8–12 Teilnehmer) oder in größeren Gruppen (12–30 Teilnehmer) zur Erweiterung der Erfahrungsmöglichkeiten durchgeführt.

Sozialmedizinisch weitere relevante indikative Behandlungs- und Trainingsangebote umfassen u.a. Medizinische Trainingstherapie, Ernährungsberatung, Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), Disease Management, Förderung von Selbstfürsorge und gesundheitsbewußtem Verhalten, die einzeln, in Klein- oder Großgruppen angeboten werden.

4. Integration erfordert Differenzierung

Die Qualifizierung und Ausdifferenzierung der Behandlungsangebote erfordert die Einbindung in ein Gesamtbehandlungsmodell, das über die eigene Behandlungskompetenz hinausreichen kann. Wurde früher nach dem Bild einer linearen Behandlungskette gearbeitet, so ist inzwischen die flexible Verknüpfung zu einem Netz aus stationären, teilstationären und ambulanten Bausteinen die Realität. Ziel der Vernetzung ist ein integriertes Angebot, das der realen Lebenssituation der Betroffenen, der Komplexität der Abhängigkeits-erkrankung und der Notwendigkeit der beruflichen und sozialen (Re-)Integration gerecht wird. Dem stationären Abschnitt im Gesamtrehabilitationsplan kommt die besondere Aufgabe zu:

- in einem geschützten Rahmen die Suchtmittelabstinenz sicherzustellen als Grundvoraussetzung für den psychotherapeutischen Behandlungsprozess
- Rahmenbedingungen zu schaffen für das Erkennen und Verändern dysfunktionaler Verhaltensweisen und Beziehungsmuster, diesen Veränderungsprozess anzustoßen und unterstützend zu begleiten
- motivationale und faktische Voraussetzungen zu schaffen, damit ein Transfer der entwickelten Fähigkeiten in die reale Lebensumwelt des Patienten gelingt und diesen Prozess zu initiieren

Die dafür zur Verfügung stehende Behandlungsdauer im Rahmen der medizinischen Rehabilitation variiert in unserer Einrichtung in der Regel zwischen sechs und 26 Wochen. Sie ist dabei im Einzelfall abhängig von

- der aktuellen Problematik des Patienten
- den vorhandenen Ressourcen und Defiziten des Patienten, die die Behandlungsprognose mit beeinflussen
- dem Ausmaß seiner sozialen und beruflichen Integration
- dem Behandlungszeitfenster, das der jeweilige Leistungs-, bzw. Kostenträger zur Verfügung stellt

Ferner spielen Erwartungen und Wünsche des Patienten an die Behandlung sowie seine Bereitschaft, sich auf das Therapiesetting und den Behandlungsprozess einzulassen, eine bedeutsame Rolle. Die konkrete Therapiedauer wird auf der Basis der vorliegenden Kostenzusage, diagnostischer Einschätzungen und des Therapieverlaufs in den Planungs- und Bilanzgesprächen mit dem Patienten vereinbart und flexibel angepasst.

Transparenz und Verbindlichkeit sind wichtige Bedingungen therapeutischer Prozesse, die durch Konzeption und Rahmenbedingungen der Behandlung sichergestellt werden. Grundlage sind miteinander vereinbarte „Spielregeln“, die bindenden Charakter für alle an der Therapie Beteiligten haben. Durch den Umgang mit diesen Regeln stellen sich Verhaltens- und Beziehungsmuster dar, die einerseits zu einem gewissen Grad vorher-sagbar und damit induzierbar sind, andererseits durch die wechselseitige Kontrollierbarkeit eine Basis für Sicherheit und Vertrauen ergeben. Die Summe der Strukturvorgaben, einschließlich der ökologischen Rahmenbedingungen, ermöglicht einen zielorientierten Entwicklungsprozess.

Die verschiedenen Ziele ergeben sich aus den Indikationen der einweisenden oder vorbehandelnden Stellen sowie aus unseren eigenen Befunden und werden in der ersten Therapiephase im Hinblick auf die Adhärenz des Patienten und ihre Realisierbarkeit überprüft und konkretisiert. Im Behandlungsprozess findet eine kontinuierliche Überprüfung des Fortschritts sowie eine flexible Anpassung und Ergänzung statt. Dies erfolgt in Abstimmung und im Konsens mit dem Patienten. Mit diesem wird zu Beginn eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen, in der er sich u.a. verpflichtet, während der Therapie suchtmittelabstinent zu leben. Wir halten die Suchtmittelabstinenz während der Behandlung für notwendig, weil nur so

eine authentische therapeutische Beziehung aufrechterhalten werden kann, in der der Patient ein Partner im Therapieprozess und mitverantwortlich für den Therapiefortschritt ist.

Alle Patienten der medizinischen Rehabilitation werden unter Voraussetzung der Suchtmittelfreiheit direkt in ihre Bezugs- und Behandlungsgruppe aufgenommen und erfahren hier eine ausführliche ärztliche, psychologische und soziale Diagnostik mit dem Ziel der speziellen Indikationsstellung für die verschiedenen Behandlungskomponenten. Als suchtspezifische differenzierende Standarddiagnostik setzen wir hier das Trierer Alkoholismusinventar (TAI; Funke et al., 1987) für Patienten mit Alkoholproblematik ein, das Trierer Inventar für Medikamentenabhängige (TIM; Funke et al., 2001) bei entsprechender Eingangsdiagnose und die Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA; Körkel & Schindler, 1998) bei Konsum von Medikamenten und illegalen Drogen. Der Medikamentenkonsum-Kurzfragebogen (MKKF; Schmitz & Funke, 2003) erlaubt ein ökonomisches Screening für die Mitbeteiligung von psychotropen Medikamenten und wird daher bei allen Patienten in der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung als Gesprächsleitfaden genutzt.

Als Maß für die subjektiv erlebte psychische und psychosomatische Gesamtbelastung wird zu Beginn der SCL 90-R bei allen Patienten eingesetzt. Das Ausmaß der Tabakgewohnung oder -abhängigkeit wird über den Fagerström-Test (Fagerström & Schneider, 1989) eingeschätzt. Mit dem CTQ (Childhood Trauma Questionnaire; Bernstein et al., 2003; Klinitzke et al., 2012) setzen wir ein Instrument ein, dass Belastungsfaktoren aus traumaspezifischer Erfahrung in Kindheit und Jugend erfasst. Weitere psychometrische Diagnostik wird indikationsspezifisch bei Abklärungsbedarf vorgenommen, ebenso eine Verlaufs- oder Abschlussmessung. Neben der klinischen Einschätzung durch Bezugsarzt, Bezugstherapeut und mitbehandelndem Facharzt für Psychiatrie können eine systematische Feststellung der kognitiven Leistungsfähigkeit einschließlich der Gedächtnisfunktionen, eine differentialdiagnostische Abklärung komorbider Beeinträchtigungen,

eine Überprüfung somatischer funktioneller Störungen oder auch eine berufs- und arbeitsplatzbezogene Diagnostik sinnvoll sein, die in Form psychometrischer Testung oder klinischer (semi-)strukturierter Interviews erfolgen. Die Sichtung und Wertung aller diagnostischen Befunde im Behandler- und gemeinsam mit dem Rehabilitanden bilden die Grundlage für eine individuelle Behandlungsplanung und -organisation.

Die Behandlung gliedert sich in drei aufeinander aufbauende Phasen mit folgenden inhaltlichen Schwerpunkten:

Phase 1 mit dem Schwerpunkt der Planung und dem Aufbau der Arbeitsbeziehung:

medizinische, psycho- und soziotherapeutische Eingangsdiagnostik zur Einschätzung der aktuellen klinischen Symptomatik und des gesamten Störungsbildes einschließlich der Indikationsstellung für die geeigneten Behandlungselemente; Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten; Therapieplanung und Zieloperationalisierung; Einbindung in das therapeutische Gesamtsetting;

Phase 2 mit dem Schwerpunkt der therapeutischen Umsetzung und dem prozessorientierten Abgleich mit den konkreten Behandlungszielen unter dem Blickwinkel des Reha-Auftrags:

Analyse dysfunktionaler Erlebens- und Verhaltensmuster; Aufbau und Training funktionaler Verhaltensweisen; strukturelle Veränderung der persönlichen Lebensbedingungen (Veränderungen der Beziehungsgestaltung und der Lebensgewohnheiten); Wirkungs- und Nebenwirkungsanalysen der Veränderungen; weiterführende medizinische und psychotherapeutische Diagnostik als Monitoring für den Therapiefortschritt; Perspektivenentwicklung und Umsetzung erster Realisierungsschritte bezüglich beruflicher und sozialer Integration;

Phase 3 mit dem Schwerpunkt der ökologischen Validierung und der weiterführenden Planung zur Stabilisierung des Reha-Erfolges:

Übertragung der Veränderungen auf die konkrete Lebenssituation des Patienten durch zunehmende Außenorientierung sowie Überprüfung und



Festigung des Erlernten im Alltag; Erarbeitung von Bewältigungsstrategien für zukünftige Krisensituationen; Unterstützung des Ablösungsprozesses durch Förderung zunehmend autonomen Verhaltens des Patienten; Gestaltung und Reflektion des Trennungsprozesses; Überleitung in eventuell erforderliche weiterführende Maßnahmen.

Alle Behandlungsprogramme lassen sich im Prinzip in die drei genannten Phasen gliedern. Die Dauer der einzelnen Phase richtet sich nach der individuellen Situation des Patienten, so dass sich eine differenziell festgelegte und dem Therapiefortschritt angepasste Gesamtbehandlungsdauer ergibt.

Die Abschlussphase der Behandlung ist – ähnlich wie der Beginn mit dem Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung – von besonderer Bedeutung (z.B. Funke, 2017). Hier können sich Risikofaktoren ergeben oder wiederholen, die auch bislang im Leben des suchtkrank gewordenen Patienten eine labilisierende Auswirkung hatten: Abschied, Verlust/Beendigung von Beziehungen, Bilanzierungen mit dem Ergebnis, dass kein Optimum erreicht werden konnte, Ängste vor Veränderung, Zukunft und Alltagsanforderungen usw. Aber auch ambivalenzgetriggerte Spannungen nach Entscheidungen stellen den Rehabilitanden mit seinen Behand-

lern vor Herausforderungen, z.B.: Ist Abstinenz realitätstauglich? Welche Nebenwirkungen – auch negativer Art – können erarbeitete Kompetenzen wie bessere Durchsetzungs- oder Abgrenzungsfähigkeit in der tatsächlichen Anwendung haben? In der Abschlussphase werden auch noch einmal gemeinsame Bilanzierungen vorgenommen sowie Pläne für die Weiterverfolgung der Ziele und die Stabilisierung des Erreichten zusammengestellt.

In dieser sensiblen Phase besteht ein erhöhtes Risiko für regressives Verhalten, auch im Sinne erneuten Konsums oder Verstärkung einer als überwunden erlebten Symptomatik. Auch eine vorzeitige Behandlungsbeendigung kann vom Rehabilitanden zur Reduktion von Unsicherheit und Angst vor Verlust von Kontrolle „inszeniert“ werden.

Abschlussbemerkung:

Dieses Fachkonzept beschreibt die wesentlichen Grundlagen unserer fachlichen Arbeit. Auf dieser Basis beruhen die konkreten Umsetzungen in medizinisches und therapeutisches Handeln. Beginnend mit dem Zeitpunkt der Fertigstellung kommt bereits die weitere gedankliche Auseinandersetzung und fachliche Fortentwicklung in Gang.

5. Zugrunde liegende Literatur

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D.** (1978) Learned helplessness in humans. Critique and reformulation. *Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Antons, K. & Schulz, W.** (19812) Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus. Band 1. Göttingen: Hogrefe.
- Bandelow, B., Wiltink, J., Alpers, G. W., Benecke, C., Deckert, J., Eckhardt-Henn, A., Ehrig, C. Engel, E., Falkai, P., Geiser, F., Gerlach, A.L., Harfst, T., Hau, S., Joraschky, P., Kellner, M., Köllner, V., Kopp, I., Langs, G., Lichte, T., Liebeck, H., Matzat, J., Reitt, M., Rüddel, H.P., Rudolf, S., Schick, G., Schweiger, U., Simon, R., Springer, A., Staats, H., Ströhle, A., Ströhm, W., Waldherr, B., Watzke, B., Wedekind, D., Zottl, C., Zwanzger, P., Beutel M.E.** (2014) Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. www.awmf.org/leitlinien.html.
- Bandura, A.** (1969) Principles of behavior modification. New York: Holt.
- Bandura, A.** (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Beck, A.T.** (1970) Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Beck, A.T.** (1976) Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International University Press.
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. et al.** (2003) Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27 (2), 169-190.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J.** (1995⁷) Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bilitza, K.W.** (Hrsg.) (1993) Suchttherapie und Sozialtherapie: Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Blank, R. & Blank, G.** (1981²) Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett Cotta.
- Brenner, R., Funke, W., Garbe, D., Hoëcker, J. & Schneider, S.** (2000) Abstinenzsicherheit und ihre Bedeutung für die Therapieplanung: Empirische Ergebnisse bei substanzabhängigen Patienten. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) Indikationsstellung und Therapieplanung (S. 207-214). Geesthacht: Neuland.
- Büchner, U.** (1993) Sucht als artifizielle Ich-Funktion. Ich-psychologische Suchttheorien. In: Bilitza, K.W. (Hrsg.) Suchttherapie und Sozialtherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Compton, W.M., Thomas, Y.F., Stinton, F.S. & Grant, B.F.** (2007) Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States; results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 566-576.
- Conner, K.R., Pinquart, M., Duberstein P.R.** (2008a) Metaanalysis of depression and substance use and impairment among intravenous drug users (IDUs). *Addiction*, 103(4), 524-534.
- Conner, K. R., Pinquart, M., Holbrook, A.P.** (2008b) Meta-analysis of depression and substance use and impairment among cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 98(1-2), 13-23.

- Conner, K.R., Pinquart, M. & Gamble, S.A. (2009) Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 37(2), 127-137.
- Cramer, T., Funke, W. & Garbe, D. (2001) Selektive Indikation für Entwöhnungsprogramme. In: *Fachband Sucht e.V. (Hrsg.) Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie!* (S. 354-362). Geesthacht: Neuland.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2017²; Version 1) S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Kurzfassung. AWMF-Register-Nr. nVL-005. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005k_Unipolare_Depression-2018-02.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1992) Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- D´Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971) Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Eckert, J. (1996) Gesprächspsychotherapie. In: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.) *Psychotherapie* (S. 124-191). Berlin: Springer.
- Eckert, J., Bolz, W. & Pfuhlmann, K. (1979) Überprüfung der Vorhersagbarkeit von psychotherapeutischen Effekten auf Grund der „Ansprechbarkeit“ des Klienten bei Gesprächspsychotherapie und psychodynamischer Kurztherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 169-180.
- Eckert, J., Höger, D. & Linster, H. (1996) (Hrsg.) *Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Egle, U.T. & Ecker-Egle, M.-L. (1998) Psychogene Störungen in der Neurologie. Dissoziative und Konversionsstörungen. *Psychotherapeut*, 43, 247-261.
- Ellis, A. (1962) *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Engbert, G., Hajos M. (1992) Alcohol withdrawal reaction as a result of adaptive changes of excitatory amino acid receptors. *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology*, 346, 437-441.
- Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36.
- Engel G.L. (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 37, 535-44.
- Engel G.L., (1992) How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychtherapy and Psychosomatics*, 5, 3-16.
- Epstein, S. (1962) The measurement of drive and conflict in humans: Theory and experiment. In: M.R. Jones (Ed.) *Nebraska Symposium on Motivation*. (p. 127-206). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Epstein, S. (1990) Cognitive-experiential self-theory. In: L.A. Pervon (Ed.) *Handbook of Personality: Theory and Research* (p. 165-192). New York: Guilford.
- Erikson, D.H. (1966) *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Fagerström, N. & Schneider NG. (1989) Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 159-181.

- Felitti V.J., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S.** (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Feuerlein, W., Ringer, C., Küfner, H. & Antons, K.** (1979) Münchner Alkoholismustest (MALT). Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P.** (1996) Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Weinheim: Beltz.
- Forgas, J.P.** (1999⁴) Soziale Interaktion und Kommunikation. Weinheim: PVU.
- Funke, J., Funke, W., Klein, M. & Scheller, R.** (1998) Überprüfung der faktoriellen Struktur und der teststatistischen Eigenschaften des „Trierer Alkoholismusinventars“ (TAI). *Sucht*, 44, 34-41.
- Funke, J., Funke, W., Klein, M. & Scheller, R.** (2001) Trierer Inventar für Medikamentenabhängige (TIM). Konzeption und erste Befunde. *Sucht*, 47 (2), 88-104.
- Funke, W.** (1990). Differentielle Psychodiagnostik des chronischen Alkoholismus. Entwicklung eines Klassifikationsmodells für die primäre Indikation psychotherapeutischer Intervention. *Bad Tönissteiner Blätter*, 2 (1), 5-87.
- Funke, W.** (1997). Der ideale Therapeut: Zur Tabuisierung des Scheiterns. In: Heigl-Evers, A., Helas, I. & Vollmer, H.C. (Hrsg.) *Die Person des Therapeuten* (S.141-153). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Funke, W.** (1997). Medikamentöse Rückfallprophylaxe mit Acamprosat: Des Kaisers neue Kleider oder Meilenstein auf dem Weg der Suchtbehandlung? *Sucht Aktuell*, 4 (3+4), 23-30.
- Funke, W.** (2000) Indikationsstellung und Therapieplanung – „Wer Neues planend stets ersinnt...“. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen* (S. 94-106). Geesthacht: Neuland.
- Funke, W.** (2002) Ambulante und stationäre Therapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. In: Jörg Fengler (Hrsg.) *Handbuch der Suchtbehandlung* (S. 19-24). Landsberg: ecomed.
- Funke, W.** (2002) Rückfall während stationärer Suchtrehabilitation: Herausforderung für die Beziehungsgestaltung. *Sucht*, 48 (6), 451-453.
- Funke, W.** (2017) Fallkonzeption und Therapieplanung. Grundlagen einer erfolgreichen Suchtbehandlung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Funke, W. & Garbe, D.** (1998). Arbeitskontext Fachklinik: Plädoyer für eine Fachlichkeit mit Kostenbewußtsein. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) *Suchttherapie unter Kostendruck. Entwicklungen und Perspektiven* (S.151-156). Geesthacht: Neuland.
- Funke, W., Issel-Domberg, I. & Spach, U.** (2007) Zur Förderung beruflicher Schlüsselqualifikationen in einer Fachklinik für suchtkranke Frauen und Männer. In: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Rheinland-Pfalz (Hrsg.) *Drogenkonferenz 2006 „Mensch – Sucht – Arbeit“: Die berufliche Integration Suchtkranker* (S. 115-121). Mainz: MASGFF.
- Funke, W. & Schneider, B.** (2001) Kontrolliertes Trinken als Ziel in der Abhängigkeitsbehandlung: „Unkontrollierte Wissenschaft oder kontrollierende Praxis?“ *Sucht aktuell*, 8 (1), 24-31.
- Funke, W., Funke, J., Klein, M. & Scheller, R.** (1987) Trierer Alkoholismusinventar (TAI). Göttingen: Hogrefe.
- Fürstenau, P.** (1979) Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten. *Psyche*, 3, 197-207.

- Fürstenau, P.** (1992) Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. München: Pfeiffer.
- Fürstenau, P.** (1998) Stationäre Psychotherapie psychoanalytisch-systemischer Orientierung. *Psychotherapeut*, 43, 277-281.
- Gendlin, G.** (1981) Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme. Salzburg: Otto Müller.
- Geyer, D., Batra, A., Beutel, M., Funke, W., Görlich, P., Günthner, A., Hutschenreuter, U., Küfner, H., Möllmann, C., Müller-Fahrnow, W., Müller-Mohnssen, M., Soyka, M., Spyra, K., Stetter, F., Veltrup, C., Wiesbeck, G.A. & Schmidt, L.G.** (2006) AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht* 52.
- Glover, E.** (1933) Zur Ätiologie der Sucht. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 19, 170-197.
- Grawe, K.** (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K.** (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F.** (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Gutjahr, E., Gmel, G. & Rehm, J.** (2001) Relation between average alcohol consumption and disease: An overview. *European Addiction Research*, 7, 117-127.
- Hall, W.** (1999) Patient matching in treatment for alcohol dependence: Is the null hypothesis still alive and well? *Addiction*, 94, 52-54.
- Hartmann, H.** (1964) *Zur psychoanalytischen Theorie des Ichs*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hautzinger, M.** (1996) Verhaltenstherapie und kognitive Therapie. In: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.) *Psychotherapie* (S. 192-272). Berlin: Springer.
- Hautzinger, M., Stark, W. & Treiber, R.** (1992²) *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: PVU.
- Heath, A.C., Meyer, J., Eaves, L.J. & Martin, N.G.** (1991a). The inheritance of alcohol consumption patterns in a general population twin sample: I. Multidimensional scaling of quantity/frequency data. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 425-433.
- Heath, A.C., Meyer, J., Jardine, R. & Martin, N.G.** (1991b). The inheritance of alcohol consumption patterns in a general population twin sample: II. Determinants of consumption frequency and quantity consumed. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 425-433.
- Heider, F.** (1958) *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Heinz A. & Batra, A.** (2003) *Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heigl-Evers, A. & Ott, J.** (1994) *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hester, R. & Miller, W.R.** (1995²) *Handbook of alcoholism treatment approaches*. Massachusetts: Needham.
- Hofmann, A.** (2009⁴) *EMDR – Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme.
- Huck-Langer, K., Maier-Riehle, B. & Schliehe, F.** (2000) Stationäre Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen – Strukturelle Aspekte. *Suchttherapie*, 1 (3), 110-116.
- Jacobson, E.** (1973) *Das Selbst und die Welt der Objekte*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

- John, U., Veltrup, C., Driessen, M., Wetterling, T. & Dilling, H.** (2000) Motivationsarbeit mit Alkohol-abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Jones, E.E. & Nisbett, R.E.** (1971) The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior. New York: General Learning Press.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D.** (1996²) Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer.
- Kapfhammer, H.-P.** (1998) Psychotherapie und Pharmakotherapie. Eine Übersicht zur Kombinationsbehandlung bei neurotischen und Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 43, 331-351.
- Kernberg, O.F.** (1978) Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kernberg, O.F.** (1988) Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kessler, R.C.** (2004) The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56 (19), 730-737.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G., Leaf, P.J.** (1996) The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for preventing and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (1), 17-31.
- Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E. & Glaesmer, H.** (2012) The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): psychometric characteristics in a representative sample of the general population. *Psychotherapeutic & Psychosomatic Medical Psychology*, 62 (2), 47-51.
- Kohut, H.** (1975) Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Körkel, J. & Schindler, C.** (1998) Die Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit (HEISA-16 und HEISA-38). Theoretischer Hintergrund sowie Durchführungs-, Auswertungs- und Anwendungshinweise. Nürnberg: Evangelische Fachhochschule Nürnberg (unveröffentlichtes Manuskript).
- Körkel & Schindler** (2000) Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit (KAZ-35). Berlin: Swets & Schuhfried.
- Körkel, J., Lauer, G. & Scheller, R.** (1995) (Hrsg.) Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart: Enke.
- Krill, J.J. & Halliday, G.M.** (1999) Brain shrinkage in alcoholics: a decade on and what we have learned? *Progresses of Neurobiology*, 58, 381-387.
- Krystal, H. & Raskin, H.A.** (1983) Drogensucht. Aspekte der Ich-Funktionen. (= Übersetzung der amerikanischen Erstausgabe 1970) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kuhl, J.** (1983) Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Berlin: Springer.
- Kuhl, J.** (1992) A Theory of Self-regulation: Action versus State Orientation, Self-discrimination, and Some Applications. *Applied Psychology*, 41(2), 97-129.
- Kuhl, J.** (2001). Motivation und Persönlichkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Heckhausen, H.** (1996) Motivation, Volition und Handlung. Göttingen: Hogrefe.
- Lichtenberg, J.D.** (1989) Psychoanalysis and motivation. Hillsdale, N.Y.: Analytic Press.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. & Auerbach, A.** (1988) Who will benefit from psychotherapy: predicting therapeutic outcomes. New York: Basic Books.

- Lührssen, E.** (1974) Psychoanalytische Theorien über die Suchtstrukturen. Suchtgefahren, 20, 145-151.
- Mahler, N.** (1978) Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Frankfurt/M.: Fischer.
- Mahoney, M.J.** (1974) Cognition and behavior modification. Cambridge, Mass.:Ballinger.
- Meichenbaum, D.** (1977) Cognitive-behavior modification. An integrative approach. New York: Plenum.
- Mentzos, S.** (1982) Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt/M.: Fischer.
- Mischel, W.** (1973) Towards a cognitive social learning reconceptualization of personality. Psychological Review, 80, 252-283.
- Mischel, W.** (1986) Introduction to personality. A new look. New York: CBS.
- Moggi, Franz** (Hrsg.) (2012) Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Bern: Hans Huber/Hogrefe.
- Nestler, E.J.** (2000) Genes and addiction. Nature and Genetics, 26, 277-281.
- Prescott, C.A. & Kendler, K.S.** (1999) Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. American Journal of Psychiatry, 156, 34-40.
- Projektgruppe „Ambulante Reha Sucht“** (2000) Therapieverbund Sucht. Konzeption Ambulante Rehabilitation Sucht (ARS) in den Landkreisen Altenkirchen und Westerwald im Trägerverbund. Altenkirchen: Geschäftsstelle des Trägerverbundes (unveröffentlichtes Manuskript).
- Rado, S.** (1926) Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte. Psyche, 29, 360-376.
- Rado, S.** (1934) Psychoanalyse der Pharmakothymie (Rauschgiftsucht). Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 20, 16-32.
- Rist, F.** (1996) Therapiestudien mit Alkoholabhängigen. In: Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.) Sucht. (S. 243-254). Stuttgart: Enke.
- Rist, F.** (2000) Effektivität und Effizienz der Behandlung von Suchtkrankheiten. In: Poehlke, T., Flenker, I., Follmann, A., Kremer, G. & Rist, F. (Hrsg.) Suchtmedizinische Versorgung. Band 1. Grundlagen der Behandlung (S. 73-83). Berlin: Springer.
- Robinson, T. E., Berridge, K.C.** (1993) The neural basis of drug craving : an incentive-sensation theory of addiction. Brain Research Review, 18, 247-291.
- Rogers, C.R.** (1951) Client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R.** (1957) The necessary and sufficient conditions of the therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, 21, 95-103.
- Rogers, C.R.** (1983) Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt: Fischer.
- Rogers, C.R. & Dymond, R.F.** (1954) Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach. Chicago: University of Chicago Press.
- Rost, W.-D.** (1987) Psychoanalyse des Alkoholismus. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rotter, J.B.** (1954) Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs: Pentice Hall.
- Sachse, R. & Howe, J.** (Hrsg.) (1989) Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie. Heidelberg: Asanger.

- Schmidt, L.R.** (2000) Psychotherapie: Wissenschaftlichkeit, Effektivität und Perspektiven. *Sucht aktuell*, 7 (2), 4-13.
- Sachsse, U.** (1999²) Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile. Göttingen: Hogrefe.
- Schäfer, I. & Navajits, L.M.** (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Current Opinions in Psychiatry*, 20 (6), 614-618.
- Schmidt, L.G. & Rist, F.** (2006) Sucht und Folgestörungen. In: Förstl, F., Hautzinger, M. & Roth, J. (Hrsg.) *Neurobiologie psychischer Störungen*. (S. 297-342). Heidelberg: Springer.
- Schneider, S., Brenner, R., Funke, W. & Garbe, D.** (2002) Abstinenzsicherheit und ihre Bedeutung für Therapieplanung und Prognose bei alkoholabhängigen Therapiewiederholern. *Suchttherapie*, 3, 29-34.
- Schroeder, W.** (2001) Welche Rolle spielt das Suchtmittel bei der Therapie? Erfahrungen mit der gemeinsamen Behandlung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen. Vortrag anlässlich des 14. Kongresses des Fachverbands Sucht in Heidelberg vom 18. bis 20.06.2001.
- Schuckit, M.A., Mazzanti, C., Smith, T.L.** (1999) Selective genotyping for the role of 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C}, and GABA_{α6} receptors and serotonin transporter in the level of response to alcohol: A pilot study. *Biological Psychiatry*, 45, 647-651.
- Schwoon, D.R. & Krausz, M.** (Hrsg.) (1990) Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke.
- Seligman, M.E.P.** (1975) Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M. & Phillips, G.** (2000) The effects of psychological therapies under clinically representative conditions. A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Shapiro, F.** (1995) Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press.
- Siegel, S.** (1983) Classical conditioning, drug tolerance and drug dependence. In Israel, E, Glaser, FB (eds.) *Research advances in alcohol and drug problems*. (p. 207-246). New York: Plenum Press.
- Sigvardsson S., Bohman M., Cloninger C.R.** (1996) Replication of the Stockholm Adoption Study of Alcoholism. Confirmatory cross-fostering analysis. *Archives of General Psychiatry*, 53, 681-687.
- Simpson, T.L.** (2002) Women's treatment utilization and its relationship to childhood sexual abuse history and lifetime PTSD. *Substance Abuse* 23(1), 17-30. Doi:10.1023/a:1013678626447.
- Stetter, F.** (1998) Was geschieht, ist gut. Entspannungsverfahren in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 43, 209-220.
- Süß, H.-M.** (1988) Evaluation von Alkoholismustherapie. Bern: Huber.
- Süß, H.M.** (1995) Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46, 248-266.
- Sullivan, P.F., Marsh, L., Mathalon, D.H., Lim, K.O., Pfefferbaum, A.** (1995) Anterior hippocampal volume deficits in nonamnesic, aging chronic alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 110-122.

- Tiffany, S.T.** (1990) A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97, 147-168.
- Tiffany S.T., Conklin, C.A., Shiffman, S., Clayton, R.R.** (2004) What can dependence theories tell us about assessing the emergence of tobacco dependence? *Addiction*, 99, 78-86.
- Torrens, M., Gilchrist, G., Domingo-Salvany, A., psyCoBarcelona Group** (2011) Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance induced versus independent disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(2-3), 147-156.
- Tsai, G., Gastfriend, D.R., Coyle, J.T.** (1995) The glutamergic basis of human alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 56, 332-340.
- Ullman, L.P. & Krasner, L.** (1969) A psychological approach to abnormal behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Ullrich, R. & Ullrich-de Muynck, R.** (1976) Das Assertiveness-Training-Programm (ATP). München: Pfeiffer.
- Verheul, R., van den Brink, W., Geerlings, P.** (1999) A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol and Alcoholism* 34, 197-222.
- Volkan, V.D.** (1978) Psychoanalyse der frühen Objektbeziehungen. Zur psychoanalytischen Behandlung psychotischer, präpsychotischer und narzisstischer Störungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Watzl, H.** (1999) Wissenschaftliche Befunde zur Therapieindikation und ihr praktischer Nutzen. *Sucht aktuell* 6 (1), 4-7.
- Watzl, H.** (2001) Projekt MATCH – ein Meilenstein der Psychotherapieforschung? In: Olbrich, R. (Hrsg.) *Suchtbehandlung. Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen*, S. 125-147. Regensburg: Roederer.
- Watzl, H. & Rockstroh, B.** (Hrsg.) (1997) *Abhängigkeit und Mißbrauch*. Göttingen: Hogrefe.
- Wickler, A.** (1948) Recent progress in research on the neurophysiological basis of morphin addiction. *American Journal of Psychiatry*, 105, 329-338.
- Wilke, E.** (1996) Suggestive und Entspannungsverfahren. In: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.) *Psychotherapie*, S. 273-283. Berlin: Springer.
- Winnicott, D. W.** (1990) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt: Fischer.
- Wirtz, M.A.** (Hrsg.) (2018¹⁸) *Der Dorsch. Lexikon der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe; <https://portal.hogrefe.com/dorsch/de/footer/navigation/impresum/desktop/1/>
- Wolpe, J.** (1958) *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Palo Alto: Stanford University Press.
- Wurmser, L.** (1997) *Die verborgene Dimension – Psychodynamik des Drogenzwanges*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Yalom, D.** (1989) *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. München: Pfeiffer.

MEDIAN Klinik Wied
Mühlental
57629 Wied
Telefon +49 (0)2662 806-0
Telefax +49 (0)2662 806-166
kontakt.wied@median-kliniken.de

www.median-kliniken.de