

# Stationäre Therapie Suchtkranker mit komorbiden Störungen

## Behandlungskonzept der Spezialstation der Privatklinik Meiringen

Claus Aichmüller<sup>1</sup> und Michael Soyka<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Privatklinik Meiringen, Willigen, 3860 Meiringen, Schweiz

<sup>2</sup>Psychiatrische Klinik der Universität München, Nussbaumstraße 7, 80336 München

**Korrespondenzautor:** Dr. med. Claus Aichmüller; E-Mail: [claus.aichmueller@privatklinik-meiringen.ch](mailto:claus.aichmueller@privatklinik-meiringen.ch)

### Zusammenfassung

Die Zielgruppe der neu eröffneten Suchstation West1 der Privatklinik Meiringen besteht aus Patienten mit Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und isolierten Suchtmitteln (THC, Kokain, Amphetamine) mit gleichzeitiger psychiatrischer Komorbidität, insbesondere von affektiven Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Das evidenzbasierte Behandlungskonzept, welches auf dem biopsychosozialen Modell beruht, wird vorgestellt. Durch Kombination von Gruppentherapien mit Einzeltherapien, nonverbalen mit verbalen Therapieformen, wird neben einer hohen Behandlungsdichte gleichzeitig ein individueller Therapieansatz ermöglicht. Anhand von zwei Kasuistiken wird das therapeutische Prozedere exemplarisch dargestellt.

**Schlagwörter:** Alkohol, Abhängigkeit, psychiatrische Komorbidität, Therapie

In der Privatklinik Meiringen (PM) wurde am 22.03.2012 eine neue Suchtstation eröffnet. In diesem Artikel soll diese sowohl konzeptuell und inhaltlich vorgestellt werden, wobei auf die Darstellung von biologischen Behandlungsaspekten, die in der Privatklinik Meiringen einen hohen Stellenwert besitzen, nicht eingegangen wird. Diesbezüglich sei auf die entsprechende Fachliteratur verwiesen (Soyka und Kufner 2008). Als Psychiatrische Klinik will sich die Privatklinik Meiringen besonders auf die Behandlung von Suchtpatienten mit komorbider psychischer Störung fokussieren.

## 1 THEORETISCHER HINTERGRUND

Suchterkrankungen, speziell Alkoholismus, gehören zu den häufigsten, psychiatrischen Störungen überhaupt (Kraus und Pabst 2010, Leune 2012, Soyka und Kufner 2008) und stellen weltweit, auch in der Privatklinik Meiringen, die zweit häufigste Einweisungsdiagnose dar. Neben depressiven Erkrankungen spielen Alkohol- und Drogenkonsum auch eine überragende Rolle für den Verlust gesun-

### Abstract

The target group of the newly opened addict ward of the Private Clinic Meiringen consists of patients with dependence of alcohol, „legal“ drugs and isolated addictive drugs (THC, cocaine, amphetamine) and with psychiatric comorbidity as affective disorders and personality disorders. The evidence based psychosocial treatment concept which is due to the bio psychosocial model is described. By combination of group therapies with individual therapies, verbal with nonverbal therapy forms, an individual therapy approach is made possible besides a high treatment density at the same time. On the basis of two case reports the therapeutic procedure is exemplarily demonstrated.

**Keywords:** Alcohol, dependence, psychiatric comorbidity, therapy

der Lebensjahre (Daly) (Soyka und Kufner 2008). Die Behandlung von Suchterkrankungen besteht aus einer Therapiekette, die sich idealtypisch in vier Phasen einteilen lässt (Soyka und Kufner 2008):

- Kontaktphase/Entgiftungs- oder Entzugsphase
- Entwöhnungsphase
- Weiterbehandlungsphase
- Nachsorgephase

Diese Phasen beinhalten ambulante als auch stationäre Therapieelemente. Eine reine Entgiftung allein, die bei schweren Entzugserscheinungen in jedem Fall eine stationäre Aufnahme notwendig macht, stellt noch keine ausreichende Behandlung des Patienten dar: Katamnestiche Untersuchungen von Patienten, die nur rein somatisch entgiftet und nicht weiter psychotherapeutisch behandelt wurden, habe ungünstige Verläufe gezeigt (Soyka und Kufner 2008). Die sogenannte qualifizierte Entgiftung, die bereits psychotherapeutische Ansätze enthält bzw. die Entwöhnungsphase, in der es um Vermittlung und Erlernen von Verhaltensweisen geht, die zu einer möglichst dauerhaften Abstinenz notwendig sind, sind deshalb ein essenzieller Bestandteil der Behandlung von Suchterkrankungen. Die stationäre Behandlung der Suchterkrankung ist aber nicht nur bei

schweren Entzugserscheinungen, sondern beim Vorhandensein einer schweren psychiatrischen Grunderkrankung beziehungsweise bei einem polyvalenten Suchtverhalten mit Einnahme anderer psychotropen Substanzen indiziert.

Weitere Vorteile von stationären Entwöhnungsbehandlungen sind (Soyka und Kufner 2008):

- Die Herausnahme des Patienten aus seiner Lebenssituation und dem pathogenen Milieu.
- Eine in der stationären Behandlung besonders rasch mögliche therapeutische Gesamtatmosphäre, die den Erwerb neuer Einsichten und Erfahrungen und Übernahme von sozialen Regeln und Normen begünstigt sowie die im Vergleich zur ambulanten Behandlung meist intensiveren Kontakten mit Therapeuten und Patienten.

Nachteile sind (Soyka und Kufner 2008, Wagner et al. 1996):

- Die relative Länge der stationären Klinikaufenthalte.
- Die begrenzten realen Erprobungsmöglichkeiten neu gewonnener Einsichten und Verhaltensweisen im häuslichen Milieu.
- Die seltene Einbeziehung von Familienangehörigen sowie das Risiko der Etablierung regressiver Verhaltensweisen für Alkoholranke mit hoher psychosomatischer Störanfälligkeit oder komorbiden psychischen Störungen, die in Suchtfachkliniken häufig nicht adäquat behandelt oder von diesen erst gar nicht aufgenommen werden können.

Hintergründe für das theoretische Konzept der neuen Suchtstation waren:

- Das biopsychosoziale Modell der Suchterkrankung.

Das sogenannte biopsychosoziale Modell der Sucht (Kufner und Bühringer 1996) besteht aus den Faktoren Suchtmittel, Person und Umwelt. Diese Faktoren sind jeweils aufeinander bezogen und beeinflussen sich gegenseitig. Dieses biopsychosoziale Modell erklärt nicht nur die Ätiopathogenese und die Aufrechterhaltung der Sucht, sondern impliziert auch entsprechende multimodale therapeutische Interventionen.

## 2 DER INTERDISZIPLINÄRE ANSATZ

In vielen Studien wurde die Notwendigkeit und auch Effektivität eines interdisziplinären Behandlungsansatzes von Suchterkrankungen, d.h. die Zusammenarbeit zwischen somatisch tätigen Ärzten, Psychiatern, Psychologen, Psychotherapeuten und auch Sozialarbeitern hervorgehoben (Soyka und Kufner 2008).

## 3 BERÜCKSICHTIGUNG EVIDENZBASIERTER THERAPIEKONZEPTE

Die Berücksichtigung evidenzbasierter Therapiekonzepte umfasst nicht nur die zur Verfügung stehenden biologischen Strategien der Suchtbehandlung wie zum Beispiel der Einsatz von Aversion- und Anticravingmitteln bzw. von Psychopharmaka bei komorbiden Störungen, sondern auch die Verwendung von psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Massnahmen, wobei der Begriff Psychotherapie in Bezug auf Suchterkrankungen häufig unscharf und in einem sehr weitgefassten Sinne angewandt wird. Er reicht von klassischen psychotherapeutischen Methoden über die Soziotherapie bis hin zu unspezifischen, psychosozialen und psychoedukativen Interventionen und reiner Wissensvermittlung. Gerade die stationären Psychotherapien bei Alkoholkrankung basieren heute nicht auf einer einzigen psychotherapeutischen Methode oder Schule, sondern versuchen verschiedene Ansätze zu integrieren, meist handelt es sich um eklektische Gruppentherapien. Auf der Basis von drei Meta-Analysen (Bottlender et al. 2006, Miller et al. 2003, Süß 2004), die die Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden bei alkoholabhängigen Patienten untersuchten, ergaben sich unter dem Aspekt der Evidenzbasierung die Bewährung folgender psychosozialer Therapieformen:

- Motivational Interviewing
- Stressmanagement-Therapie
- Psychoedukation
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Interaktionale und psychodynamische Therapie sofern in strukturierter Form und als Teil eines Komplexprogrammes angeboten
- Soziales Kompetenztraining
- Casemanagement
- Paartherapie

## 4 KOMORBIDITÄT

Bei Suchterkrankungen besteht eine hohe Komorbidität von psychiatrischen Erkrankungen, (Prävalenz je nach Studie unterschiedlich, aber bis zu 2/3 aller Patienten: Boschloss et al. 2011, Fichter et al. 1996, Hasin et al. 2007, Regier et al. 1990, Schuckit et al. 1997) insbesondere was affektive Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen betrifft. Ergebnisse der Epidemiological Catchment Area Study (Regier et al. 1990) zeigen erhebliche Unterschiede zwischen der Komorbidität von Affektiven Störungen und Alkoholismus. Am häufigsten war die Komorbidität bei der unipolaren Manie (6-fach erhöhtes Risiko). Für Dysthymie betrug die odds ratio 1,8, für die Major Depression 1,7. Auch andere Autoren (Agosti und Levin 2006) konnten feststellen, dass

bei Alkoholismus die Assoziation mit bipolaren Störungen am höchsten ist (ca. 6-fach erhöhte odds ratio).

Depressive Symptome bei Alkoholismus kann man chronologisch in primär depressive (dem Alkoholismus vorangehende) sowie sekundäre depressive Symptome (den Beginn des Alkoholismus folgend) differenzieren. Letztere sind deutlich häufiger. Generell ist bei komorbiden psychiatrischen Erkrankungen mit Substanzgebrauch, insbesondere bei affektiven Störungen, mit einem etwas schlechterem Verlauf zu rechnen (Driessen 1999, Hobbs et al. 2011, Liang et al. 2011, Teichner et al. 2001). In einer holländischen Studie (Boschloss et al. 2011) konnte aktuell gezeigt werden, dass Alkoholabhängigkeit einen Risikofaktor für das Auftreten einer Depression mit ungünstigem Verlauf darstellt.

Es gibt einige ätiologische Hypothesen für das Auftreten von psychiatrischer Komorbidität wie Angst und affektive Störungen mit Suchterkrankungen: Die häufigste Hypothese ist die Selbstmedikationstheorie (Robinson et al. 2011), die davon ausgeht, dass Suchtmittelkonsum zur Behandlung psychischer Symptome eingesetzt wird. Biologische Theorien zur Komorbidität sind noch wenige vorhanden. Aus der Beobachtung, dass wiederholte klinische oder subklinische Entzüge vor allem Panikstörungen auslösen können, wurde die "Kindling-Hypothese" (Georg et al. 1990) formuliert. Daneben gibt es eine Reihe psychologische oder psychodynamische Erklärungsmodelle zur Komorbidität von Angststörungen, affektiven Störungen und Suchterkrankungen (Barth 2011). Hinsichtlich der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen ist die entsprechende Datenlage noch gering. Es gibt eine relativ gute Evidenzbasierung für die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie, Motivational Interviewing und Case-Management bei komorbiden affektiven Erkrankungen mit Substanzkonsum (Baker et al. 2009, Kelly et al. 2012, Watkins et al. 2011).

## 5 INHALTLICHE DARSTELLUNG

Die personellen Ressourcen (Stellenprozent) der Station bestehen auf der ärztlich/psychologischen Seite aus:

30% Leitender Arzt,  
90% Oberarzt,  
100% Assistenzarzt,  
180% PsychologInnen.

Beim Therapeutischen Dienst und Sozialdienst gibt es jeweils eine 30%- bzw. 50%-Stelle, im Pflegebereich sind es 1060 Stellenprozent

Die maximale Patientenzahl der Station beträgt 22.

Der Behandlungsauftrag wendet sich an Patienten und Patientinnen, die an einer stoffgebundenen Suchterkrankung

leiden, insbesondere mit Alkohol und/oder Medikamenten und/oder isolierter Kokain- bzw. Amphetaminabhängigkeit und die komorbide psychiatrische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen aufweisen.

**Ausschlusskriterien sind:**

- Akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung
- Patienten, die jünger als 18 Jahre sind
- Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
- Patienten mit akuten behandlungsbedürftigen, schweren, psychiatrischen Erkrankungen, die es nicht erlauben, am Therapieprogramm teilzunehmen, z.B. Psychotische Depressionen, schwere Persönlichkeitsstörungen
- Patienten mit instabilem, somatischem Gesundheitszustand bzw. mit schwerer Entzugssymptomatik
- Patienten mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen
- Patienten mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen
- Patienten mit Polytoxikomanie, da diese doch im Allgemeinen ein anderes Sucht- und Sozialverhalten aufweisen, sodass es nicht indiziert erscheint, diese auf derselben Station mit den in der Regel besser sozial adaptierten Alkohol-/Medikamentenabhängigen oder isolierten Kokain-/Amphetaminabhängigen zu behandeln.

Im Rahmen einer schnellen und unkomplizierten Aufnahme, ein Prozedere, welches in der stationären Behandlung von Suchterkrankungen sinnvoll ist, werden die obligatorischen Vorgespräche von den beiden Kaderärzten der Station ohne längere Wartezeit angeboten (entsprechende Kontaktmöglichkeiten unter [www.privatklinik-meiringen.ch](http://www.privatklinik-meiringen.ch)). Die Vorgespräche beinhalten nicht nur ein ausführliches Arztgespräch, sondern schließen auch eine Stationsbesichtigung ein, die von der Fachpflege übernommen wird. Erscheint der Patient unter dem Aspekt der Ein- und Ausschlusskriterien geeignet und ist er mit dem Behandlungskonzept einverstanden, wird anschließend mit der Bettendisposition ein konkreter Eintrittstermin vereinbart. Aufgenommene Patienten, die in schwer intoxiziertem Zustand eintreten bzw. initial eine schwere Entzugssymptomatik entwickeln, können auch vorübergehend auf der Akutstation zur besseren Überwachungsmöglichkeit behandelt werden.

Am Aufnahmetag wird das medizinisch-psychiatrische und pflegerische Aufnahmeprozeder durchgeführt mit Erhebung der somatisch-psychiatrischen Befunde und Anamnesen. Zusätzlich werden bei jedem Patienten ein EKG und ein Aufnahmelabor durchgeführt. Bei Vorliegen von somatischen Komorbiditäten wird der hausinterne Internist hinzugezogen. Der Patient erhält Informationen über den Stationsablauf, zudem wird ihm ein Ordner ausgehändigt, der die für den Aufenthalt wichtigsten Informationen (wie Ansprechpartner, Informationen über das spezielle

Suchttherapieangebot, Literaturempfehlungen, ein Therapiepass, ein Austrittsplanungsformular etc.) beinhaltet. Dann wird mit dem Patienten ein auf ihn zugeschnittener Behandlungs- und Wochenplan erstellt, welcher die Teilnahme am obligatorischen und ggf. freiwilligen Stationsprogramm umfasst. Gemäß ärztlicher Indikation kann der Patient bei Vorhandensein einer psychiatrischen Komorbidität eine entsprechende, allen Patienten mit dieser Diagnose offenstehende Therapiegruppe besuchen.

Zu nennen sind:

- Depressionsgruppe
- Angstgruppe
- Psychoedukationsgruppe bei Traumafolgestörungen

Ergänzend können Patienten, die erhebliche Defizite in ihrer sozialen Kompetenz aufweisen, an der

- Gruppe soziale Kompetenz

teilnehmen.

Zusätzlich wird jedem Patient mindestens eine Stunde Einzelgespräch pro Woche angeboten, wobei je nach individueller Problemlage dieses im Rahmen der Bezugspersonenpflege, des Sozialdienstes oder psychiatrisch-psychotherapeutisch durchgeführt werden kann.

Kernelemente der Behandlung auf der Suchtstation sind die Gruppentherapien, was schon aus ökonomischen Gründen sinnvoll ist. Die Bindung an die Gruppe, das Erlernen sozialer Normen und Kompetenzen sowie die Arbeit im Mikrokosmos der Gruppe sind wichtige Elemente der Gruppenarbeit. Zusätzlich weisen nach Yalom (2007) Gruppentherapien eine Reihe weiterer positiver therapeutischer Faktoren auf, wie zum Beispiel Hoffnung einflößen, Universalität (d.h. die entlastende Erkenntnis, dass andere ähnliche Probleme haben), Mitteilung von Informationen, die Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs, nachahmendes Verhalten, das interpersonelle Lernen, Altruismus d.h. das Selbstwert erhöhende Gefühl zu entwickeln, anderen Gruppenmitgliedern auch etwas bieten zu können. Der Problematik von Gruppentherapien (Mattke 2008, Yalom 2007) bei bestimmten Patientengruppen (z.B. Ich-schwache und gehemmte Personen, Menschen mit deutlich dissozialen Verhaltensweisen, ausgeprägte histrionische Persönlichkeiten) wird durch eine entsprechende Selektion bei den Vorgesprächen begegnet.

Die Intention dieses stationären Behandlungsangebotes ist es, durch Anwendung von Gruppen- und Einzeltherapien, Kombination verbaler und nonverbaler Behandlungstechniken sowie mit Angeboten alternativmedizinischer Verfahren (Akupunktur, Thai Chi, Aromapflege), nicht nur eine hohe Behandlungsdichte, sondern auch ein dem einzelnen Patienten entsprechendes evidenzbasiertes Behandlungssetting anzubieten.

## 6 ALGORITHMUS FÜR DAS ERSTELLEN EINES INDIVIDUELLEN THERAPIEPLANES

Neben der Teilnahme an den obligatorischen Gruppen- und Einzeltherapien wird für jeden Patienten zusätzlich ein individueller Therapieplan erarbeitet. Der Entscheidungsprozess für das Erstellen dieses Behandlungsplanes, der der psychosozialen Problematik des einzelnen Patienten Rechnung trägt, verläuft in mehreren Schritten. Er beginnt beim ambulanten Vorgespräch. Weitere Evaluationen werden dann im Aufnahmegespräch, im Rahmen der anschließenden stationären Verhaltensbeobachtung, der psychiatrischen Diagnostik, die auch eine entsprechende Psycho-diagnostik enthält, die den Einsatz von standardisierten Beurteilungsverfahren wie SKID II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV, Achse 2), HAMD (Hamilton Depression Rating Scale), HAMA (Hamilton Anxiety Rating Scale), BDI (Beck Depression Inventory) etc. umfasst, getroffen. Aufgrund der dann zur Verfügung stehenden Informationen werden in den wöchentlich stattfindenden Oberarztvisiten bzw. interdisziplinären Rapporten die endgültigen Entscheidungen bzw. Modifikationen gefällt.

Im Sinne einer gemeinsamen therapeutischen Haltung werden bei schwierigen/komplizierten Patienten zusätzlich neben dem obengenannten Prozedere gesonderte Fall-Besprechungen und Fall-Supervisionen durchgeführt.

## 7 DARSTELLUNG DER EINZELNEN THERAPIEELEMENTE

### 7.1 STAR-GRUPPE

**(Strukturiertes Trainingsprogramm zur Alkoholrückfallprävention)**

Die theoretischen und empirischen Wurzeln von STAR liegen vor allem im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Rückfallmodell von Marlatt et al. (1985) sowie in psychodynamischen und systemischen Sichtweisen des Rückfallgeschehens. Speziell entwickelt wurde es dann von Körgel und Schindler (2011). Das STAR-Programm kann auch in modifizierter Form auf die Behandlung anderer Suchtgruppen übertragen werden. Insgesamt werden während des stationären Aufenthaltes 13 Module angeboten. Die STAR-Gruppe findet für jeden Patienten zweimal pro Woche statt. Die Module beinhalten die Themen Abstinenz, Hochrisikosituationen, soziale Situation I/II, unangenehme Gefühle I/II, Alkoholverlangen, ausgewogener Lebensstil, Umgang mit Ausrutscher und Rückfällen, Gespräch mit Angehörigen zu den Themen Rückfall und Nachsorge.



## 7.2 PSYCHOTHERAPIEGRUPPE SUCHT

Im Gegensatz bzw. in Ergänzung zu der modularen Form der STAR-Gruppe fokussiert sich die Psychotherapiegruppe Sucht primär auf gruppenspezifische Prozesse (Yalom 2007), wobei sie aber auch andere Psychotherapieelemente insbesondere die des sozialen Kompetenztrainings (Hinsch und Pflingsten 2007, Monti et al. 1995), der motivierenden Gesprächsführung (Miller und Rollnick 1991) und der kognitiven Verhaltenstherapie (Beck et al. 1993) enthält. Kernüberlegung dieser primär auf dem psychodynamisch-interaktionalen Ansatz basierenden Gruppe ist, dass die jeweiligen Verhaltens- und Erlebnisstörungen des einzelnen Gruppenmitgliedes zunehmend im Gruppenprozess zum Vorschein kommen und dann Persönlichkeitskonflikte, die insbesondere die Hinwendung zu Suchtmitteln bewirken verdeutlicht und therapeutisch bearbeitet werden können. Im geschützten Rahmen der Gruppe lernen die Patienten konstruktiver, insbesondere mit ihren unangenehmen Gefühlen und nicht steuerbar erlebten Affekten (Körkel 1998) umzugehen. Diese Gruppe findet zweimal pro Woche für jeden Patienten statt. Der offene Charakter der Gruppe, der sich aus den klinischen Gegebenheiten ergibt, erfordert jedoch ein modifiziertes Vorgehen (Yalom 2007), das ein strukturierteres und eher direktives Vorgehen des Leiters favorisiert. Aufgaben des Gruppenleiters sind primär die Konzentration der Mitglieder auf die unmittelbare Situation im Hier und Jetzt zu lenken bzw. das Auffangen von Ängsten und die Vermeidung von offenen Konfrontationen in der Gruppe, da sich dies im Rahmen von stationären Psychotherapiegruppen als therapeutisch hinderlich erwiesen hat (Yalom 2007).

## 7.3 RESSOURCENGRUPPE STRESS

Auch hier sollen durch gruppenspezifische Prozesse das Wahrnehmen von Stress und das Erlernen von ressourcenorientierten, individuellen Lösungsansätzen vermittelt werden (Kaluza 2005). Jeder Patient kann diese Gruppe einmal pro Woche besuchen, da sie zweimal pro Woche für jeweils maximal elf Patienten angeboten wird. Sie besteht aus acht Modulen.

Die Themen:

- Stresstheorie  
Was ist Stress?
- Stresstheorie  
Stressoren/Motive/Stressreaktion
- Akuter Stress  
Signale/Transaktionales Stressmodell
- Chronischer Stress  
Signale/Folgen
- Stressbewältigung

- Selbstwert
- Soziales Netzwerk  
Umgang mit Nähe und Distanz in Beziehungen
- Transfer in den Alltag

## 7.4 DEPRESSIONSGRUPPE

Die Zuteilung zu dieser Gruppe erfolgt nach entsprechender ärztlicher Indikation. Diese Gruppe steht prinzipiell allen depressiven Patienten der Privatklinik Meiringen zur Verfügung. Sie ist geschlossen und besteht aus acht Modulen und findet jeden Monat neu statt. Die Basis sind kognitiv-psychoedukative Elemente (Schaub et al. 2006) und sie wird in modularer Form angeboten. Diese beinhalten eine Einführung, Information über die Diagnose von Depression, Vermittlung der Ursachen von Depressionen, zwei Module zur Behandlung von Depressionen, das Modul "Erkennen und Korrigieren", das Modul "Mir zu liebe" und das Modul "Schlussrunde".

## 7.5 ANGSTBEWÄLTIGUNGSGRUPPE

In dieser, auf verhaltenstherapeutischen Elementen basierenden, geschlossenen Gruppe, die mit einer Frequenz von einer Sitzung pro Woche stattfindet, werden fünf Module angeboten. Während im ersten Modul Informationen zur Entstehung, Aufrechterhaltung und zur Behandlung von Angststörungen vermittelt werden, geht es im zweiten Modul um die Erregungskontrolle mit entsprechenden Übungen. Im dritten Modul steht die kognitive Verarbeitung im Mittelpunkt, d.h. die Besprechung typischer, dysfunktionaler Denkstrategien im Zusammenhang mit Angst. Im vierten Modul erarbeiten die Teilnehmer ein individuelles, psychologisches Störungsmodell und im fünften Modul werden Inhalte des Gruppenprogramms rekapituliert und integriert (Alsleben et al. 2004).

## 7.6 PSYCHOEDUKATIONSGRUPPE BEI TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN

Traumatisierte Patienten können diese, auf verhaltenstherapeutischen Elementen beruhende, geschlossene Gruppe besuchen. Die Gruppe besteht aus insgesamt neun Modulen und findet zweimal wöchentlich à 50 min statt. Das Konzept beruht auf dem Manual "Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen für Einzel- und Gruppensetting" nach Liedl et al. (2009). In dieser Gruppe werden nicht die persönlichen Traumata der einzelnen Gruppenmitglieder bearbeitet, sondern thematisch steht die Stabilisierungsarbeit im Vordergrund, welche aus Informations-

vermittlung und entsprechenden Stabilisierungsübungen (achtsames Körperwahrnehmen, Imaginationsübungen nach Luise Reddemann) zusammengesetzt ist.

### 7.7 GRUPPE SOZIALE KOMPETENZ

In dieser geschlossenen, in modularer Form angebotenen Gruppe, geht es um die klassischen Themen des sozialen Kompetenztrainings wie Recht durchsetzen, Selbstbewusstseinsentwickeln, Kontakte herstellen und Kontakte aufrechterhalten (Hinsch und Pfingsten 2007). Diese Gruppe, die auf der kognitiven Verhaltenstherapie und psychoedukativen Elementen beruht, wird jeden Monat neu angeboten. Patienten der Suchtstation werden entsprechend ärztlicher Indikation dieser Gruppe zugewiesen.

## 8 NON-VERBALE THERAPIEFORMEN

Da der verbale Zugang bei vielen Suchtpatienten häufig nicht einfach zu finden ist und deren sprachliche Ausdrucksfähigkeiten bzw. deren Introspektionsfähigkeit nicht selten begrenzt ist, werden non-verbale Therapien angeboten, damit die Patienten auf diesem Weg wieder einen besseren Kontakt zu sich selbst und anderen finden können.

### 8.1 GESTALTENDES ATELIER

In den Therapieräumen des Therapeutischen Dienstes der PM finden diesbezüglich vier Gruppen pro Woche zu jeweils 1.5 Std. statt. Die Gruppengröße ist auf sechs Patienten/Patientinnen limitiert, sodass jeder Patient der Suchtstation eine Gruppe pro Woche besuchen kann. Thematisch steht hier das nonverbale Auseinandersetzen mit diversen gestalterischen Mitteln und Materialien wie Malen, Umgang mit Holz, Textilien, Ton im Vordergrund.

### 8.2 KÖRPERTHERAPIEGRUPPE

Die Körpertherapie findet zweimal pro Woche für jeweils acht bis max. zehn Patienten statt, Dauer 50 Minuten. Jeder Patient hat somit einmal pro Woche die Gelegenheit, die Körpertherapie zu besuchen. In dieser Gruppe wird die individuelle Körperwahrnehmung geübt und geschult.

## 9 KOMPLEMENTÄRMEDIZINISCHE ANGEBOTE

### 9.1 NADA-OHRAKUPUNKTUR (BULLOCK ET AL. 2002)

Diese wird als ergänzende Behandlungsmethode von ausgebildeten Pflegefachkräften durchgeführt und soll nicht nur eine Verminderung von Entzugsbeschwerden und Suchtdruck erzeugen, sondern auch eine stabilisierende und ausgleichende Wirkung auf Stress, innere Unruhe und Schlaflosigkeit haben. Die Akupunktur wird dreimal pro Woche dafür interessierten Patienten angeboten und fördert generell auch die Patientenzufriedenheit.

### 9.2 WICKEL UND AUFLAGEN

Das Anwenden von Wickeln ist eine sehr alte naturheilkundliche Methode, um Entspannung und Wohlbefinden zu erzeugen.

### 9.3 AROMAPFLEGE

Durch den Einsatz von ätherischen Ölen soll das psychische Wohlbefinden mit positiver und entspannender Wirkung gesteigert werden.

### 9.4 THAI CHI

Die Patienten können an der einmal pro Woche angebotenen Thai-Chi-Gruppe teilnehmen.

### 9.5 PROGRESSIVE MUSKELRELAXATION NACH JACOBSON

Diese von dem amerikanischen Arzt Edmund Jacobson im Jahre 1934 (Jakobson 1990) veröffentlichte Methode ist ein wissenschaftlich nachgewiesenes Entspannungsverfahren, welches fünfmal wöchentlich abends von der Pflege angeboten wird.

### 9.6 WEITERE THERAPIEANGEBOTE

Nach medizinischer Indikation können die Patienten die Physiotherapie besuchen. Optional steht den Patienten auch ein hauseigenes Fitnessstudio zur Verfügung. Weiter besteht die Möglichkeit einer individuellen Ernährungsberatung. Im Sinne der therapeutischen Gruppe werden von der Pflege milieutherapeutische Angebote (Übernahme von Ämtli auf Station, die Teilnahme an gemeinsamen Aktivi-

täten wie z.B. Kochen, Ausflüge) organisiert. Abgerundet wird das Angebot durch Vorträge, (jeden zweiten Donnerstag-Nachmittag) über suchtmedizinische Themen oder gesunde Ernährung. Auch stellen sich in diesem Rahmen regionale auswärtige Selbsthilfegruppen bzw. Suchtberatungsseinrichtungen (wie Contact, Berner Gesundheit) vor.

## 10 EINZELTHERAPIE

Je nach individueller Problemsituation bzw. entsprechender psychiatrischer Indikation erhalten die Patienten Einzelpsychotherapie (Frequenz ca. 1 Stunde pro Woche). Unter Berücksichtigung des während des stationären Aufenthaltes zur Verfügung stehenden, zeitlichen Rahmens werden Bewältigungs- und lösungsorientierte Therapiemethoden bevorzugt, während auf aufdeckende, tiefenpsychologische Verfahren, die einen wesentlich längeren Zeitrahmen erfordern und in der Suchtbehandlung wenig erfolgsversprechend erscheinen (Küfner 2003), eher verzichtet wird. Bei im Vordergrund stehender Paar- oder Familienproblematik werden auch klärende Gespräche gemeinsam mit Partnern/ Familienangehörigen angeboten.

## 11 SOZIALDIENST

Bei bestehenden sozialen Problemen wie Arbeitslosigkeit, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Wohnungsprobleme, finanziellen Schwierigkeiten wird unterstützend der Sozialdienst im Hause hinzugezogen.

## 12 ORGANISATION DER NACHSORGEBEHANDLUNG

Während des stationären Aufenthaltes wird großer Wert darauf gelegt, dass im Sinne einer anschließenden Weiterbehandlungs- bzw. Nachsorgephase das entsprechende ambulante Prozedere organisiert wird. Aufgrund einer umfangreichen Vernetzung mit ambulanten Ärzten, Selbsthilfegruppen bzw. Suchteinrichtungen, werden die Patienten diesbezüglich unterstützt.

## 13 KASUISTIKEN

### 13.1 KASUISTIK I

Eine 45-jährige, geschiedene, berentete, allein lebende Patientin wurde nach einem ambulanten Vorgespräch auf die Suchtstation aufgenommen. Es handelte sich um die erste stationär psychiatrische Aufnahme in der Privatklinik Meiringen, die Vierte insgesamt. Die Einweisungsdiagnosen lauteten:

- Alkoholabhängigkeitssyndrom, ICD-10 F10.24
- Benzodiazepinabhängigkeit, ICD-10 F13.2
- Anhaltend depressive Störung, mittelgradig, ICD-10 F33.1
- Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetypus, ICD-10 F60.31
- St. n. Bulimia nervosa und Anorexia
- St. n. Polytoxikomanie, ICD-10 F19.20

### Biographie

Die Patientin habe ihre Eltern nie kennengelernt, sie sei in eine Familie adoptiert worden, die selbst drei Kinder gehabt habe. Ihre Stiefmutter habe sie als streng, konservativ, aber liebevoll erlebt. Den Stiefvater, der ein schwerer Alkoholiker gewesen sei, habe sie als sehr streng und "böse" in Erinnerung. Als Kind sei sie sehr fröhlich und aufgeweckt gewesen. In der Schule sei sie zunächst eine gute Schülerin gewesen. Als ihre Stiefmutter wegen einer schweren Erkrankung lange im Krankenhaus liegen musste bzw. deshalb oft von zuhause weg gewesen sei, habe sich ihr Stiefvater zwischen ihrem 12. und 16. Lebensjahr wiederholt sexuell an ihr vergangen. Zusätzlich traumatisierend und schockierend für sie sei dann gewesen, dass die Stiefmutter trotzdem zu ihrem Ehemann gehalten habe, als der Missbrauch publik geworden sei. Beginnend ab der Zeit ihres sexuellen Missbrauchs, habe sie dann zunehmend schwankende, schulische Leistungen erbracht und Verhaltensauffälligkeiten gezeigt. Später habe sie eine Versicherungslehre absolviert, habe dann geheiratet, wobei die insgesamt 20 Jahre dauernde Ehe sehr schwierig gewesen sei: einmal aufgrund deutlicher Temperamentsunterschiede zwischen ihr und ihrem Ehemann und weil es zwischen ihnen sexuell nie richtig geklappt habe. Erst im Alter von 30 Jahren habe sie ihrem Mann sagen können, dass sie früher wiederholt von ihrem Stiefvater vergewaltigt worden sei. Vor ca. sieben Jahren habe sie sich von ihrem damaligen Ehemann getrennt, seitdem lebe sie allein und habe seit ca. zwei Jahren einen neuen Partner, mit dem sie gemeinsam die Wochenenden verbringe. Ihr Tagesablauf unter der Woche bestehe aus ca. drei Stunden im Haushalt putzen, anschließend vier bis fünf Stunden schlafen, anschließend lesen, Alkohol trinken, vor dem Fernseher sitzen, dann wieder schlafen. Unter der Woche lebe sie sozial sehr zurückgezogen.

### Psychiatrische Anamnese

Seit ihrem 12. Lebensjahr, als der sexuelle Missbrauch begonnen habe, habe sie diffuse Ängste besonders vor Dunkelheit und gewissen Gerüchen entwickelt. Der Stiefvater habe sie nicht nur sexuell missbraucht, sondern auch gepeinigt und sadistisch gequält. Er habe sie z.B. im dunklen Keller eingesperrt und sie geschlagen. Im Alter von 26

Jahren habe sie begonnen, sich zu schneiden, dies sei eine mehrjährige Phase gewesen. Aktuell würde sie sich nur noch kratzen bis sie blute. Seit ihrem 15./16. Lebensjahr habe sie einen Waschzwang entwickelt. Auch habe sie bezüglich ihrer Wohnung einen "Putzfimmel". Durch ihre bisherigen psychiatrisch psychotherapeutischen Therapien habe sich ihr Waschzwang inzwischen soweit gebessert, dass sie sich nicht mehr krankhaft waschen müsse. Ab 1984 habe sich eine Ess-Störung entwickelt, insbesondere mit intermittierenden bulimischen Phasen, es sei besonders stark im Jahre 1991 gewesen. In den letzten Jahren habe sie allerdings auch die Essstörung gebessert. Bisher sei sie dreimal stationär-psychiatrisch im Rahmen von Suizidversuchen (Tabletten, Alkohol) behandelt worden, zuletzt 2009. Seit 2009 werde sie ambulant psychiatrisch behandelt, dabei sei die Behandlungsfrequenz unterschiedlich. Früher sei sie fast täglich ambulant vorstellig gewesen, aktuell sei sie ca. 2-3 Mal im Monat in Therapie. Die Behandlung erfolge mittels Gesprächen und Medikamenten. 2009 habe sie eine ambulante Gruppentherapie begonnen, was ihr aber bald zuviel geworden sei, da sie die Nähe nicht ausgehalten habe. Wegen kognitiver Defizite und ihrer Angst vor einer beginnenden Demenz sei sie kürzlich mittels Schädel-Kernspintomographie und neuropsychologischer Testung abgeklärt worden, wobei die Ergebnisse in keiner Weise ihre Befürchtungen bestätigt hätten.

Aktuell nehme sie Trazodon bei Bedarf und 20 mg Escitalopram pro Tag.

### Suchtmittelanamnese

Seit dem 17. Lebensjahr Beginn mit Cannabis, später auch Einnahme von Benzodiazepinen und von Schmerzmitteln aufgrund häufiger Kopfschmerzen. Später habe sie ca. sieben Jahre lang Kokain in unterschiedlicher Dosis genommen. Aktuell nehme sie ca. 6 mg Bromazepam pro Tag, manchmal auch mehr, zusätzlich ca. 9 mg Lorazepam. Alkohol trinke sie ca. 1 Fl. Rotwein pro Tag oder 2 Bier. Bisher habe sie noch keine stationäre Suchtbehandlung absolviert.

### Psychostatus bei Eintritt

Es stellte sich eine 45-jährige, gepflegte Patientin vor, die wach, allseits orientiert war. Es ergaben sich Hinweise auf kognitive Defizite bezüglich Konzentration und Gedächtnis. Im Affekt wirkte sie herabgestimmt, diskret gereizt. Sie berichtete von Grübelneigung. In der Psychomotorik wirkte sie verlangsamt. Von akuter Suizidalität konnte sie sich distanzieren. Sie gab an, dass die Phasen ihrer selbstverletzenden Verhaltensweisen wie Schneiden vorbei seien. Allenfalls würde sie sich bei Belastungen gelegentlich noch kratzen.

### Therapie und Verlauf

Während des 3-monatigen Aufenthaltes auf der Suchtstation wurde die von der Patientin missbräuchlich eingenommene Bromazepam- und Lorazepamdosis auf eine entsprechende Psychopax Äquivalenzdosis umgerechnet und dieses über den Tag fix verteilt gegeben. Anschließend wurde Psychopax schrittweise im Blindabbau reduziert, sodass nach 8 ½ Wochen die Benzodiazepinentgiftung vollständig abgeschlossen war. Die initial stattfindende Alkoholentgiftung lies unter dieser Psychopaxmedikation allenfalls leichtgradige, vegetative Entzugssymptome innerhalb der ersten drei Tage erkennen. Im Rahmen der schrittweise verlaufenden Benzodiazepinentgiftung zeigten sich besondere initial erhebliche Reizbarkeit, Stimmungslabilität, Albträume, Schlafstörungen und auch Suizidgedanken ohne akute Suizidalität. Gegen Ende der Benzodiazepinentgiftung wies die Patientin kaum noch kognitive Defizite bzw. die anfänglich oft vorhandenen Wortfindungsstörungen auf und sie wurde zunehmend wacher erlebt.

Im interpersonellen Kontakt d.h. sowohl in der freien Zeit auf der Station als auch im Gruppengeschehen war zunächst auffällig, dass sich die Patientin unter Vernachlässigung eigener Interessen stark für die Belange anderer Patienten einsetzte und diesbezüglich ein übersteigertes Verantwortungsgefühl zeigte. So fühlte sie sich für eine Mitpatientin (eine verhaltensauffällige, distanzlose Patientin, die die Mitpatienten mit ihren Verhaltensweisen ärgerte) verantwortlich. Nachdem sich diese Mitpatientin sehr verletzt zeigte, fühlte sich Frau M. wiederum sofortig schuldig und verantwortlich für diese Mitpatientin. Anfänglich hatte sie auch große Mühe, sich von den Problemen ihrer Mitpatienten und deren Krankheitsgeschichten abzugrenzen. Erst viel später gelang es ihr schließlich, Verantwortung an das Behandlungsteam abzugeben. In der Anfangsphase zeigte sie auch ein gewisses spaltendes Verhalten, indem sie sich z.B. bei der Pflege über die Ärzte und bei den Ärzten über die Pflege beschwerte.

In der Einzeltherapie zeigte sie zunächst starken Widerstand und Misstrauen gegenüber ihrer Psychotherapeutin, später stellte sich heraus, dass dies hauptsächlich durch ihre Ängste vor Nähe und Verlassenwerden bedingt war. Erst nach ca. vier Wochen konnte mit ihr ein diesbezügliches konstruktives Arbeitsbündnis hergestellt werden. Thematisch wurde in der Einzeltherapie dann an ihren sich mehr an den Interessen anderer orientierten Verhaltensweisen und an Denkschemata bezüglich ihres übersteigerten Verantwortungsgefühls gearbeitet. Im weiteren Verlauf konnte sich die Patientin von den Wünschen und Bedürfnissen ihrer Umwelt besser abgrenzen und es gelang ihr, öfters ihre eigenen Bedürfnisse zu äußern. Die Einzeltherapie bestand aus einem 1-stündigen Gespräch und zwei kürzeren Behandlungseinheiten von je ca. 20 min Dauer pro Woche.



Beginnend ab der 6. stationären Woche konnte die Patientin dann an der Psychoedukationsgruppe für Traumafolgestörungen teilnehmen. Dort kam es zunächst zu wiederholten Dissoziationen, denen sie durch das Erlernen von Skills (z.B. Einsetzen von Duftstoffen) erfolgreich begegnen konnte. Aufgrund der Lokalität des Gruppenraumes im Untergeschoss erlebte sie anfänglich eine Art Retraumatisierung, da die Quälereien ihres Stiefvaters meist im Keller "stattfanden". Letztendlich konnte sie zunehmend von den Stabilisierungsübungen dieser Gruppe profitieren.

Ansonsten besuchte die Patientin das gesamte obligatorische stationäre Therapieprogramm wie STAR-Gruppe, Psychotherapiegruppe, Ressourcengruppe Stress, gestaltendes Atelier und Körpertherapiegruppe. Weitere Ressourcen waren für sie sportliche Aktivitäten und Wandern.

Während des gesamten stationären Aufenthaltes kam es zu einem einzigen Alkoholrückfall innerhalb der ersten vierzehn Tage, dabei hatte die Patientin mit einer Mitpatientin einen Prosecco getrunken.

Psychopharmakologisch wurde das bei Eintritt bestehende Escitalopram von 20 mg auf 30 mg/d mit gutem Erfolg hinsichtlich Stimmung und Antrieb erhöht.

In den wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Berichten wurden im Team die Erfahrungen mit der Patientin, wie sie sich in den Einzel- und den Gruppentherapien präsentierte, diskutiert und ein einheitliches Prozedere ihr gegenüber festgelegt.

Bei Entlassung konnte die Patientin in deutlich stabilisiertem und von Alkohol und Benzodiazepinen vollständig entgiftetem Zustand nach Hause entlassen werden. Die Weiterbehandlung wurde dann durch ihre vorbehandelnde Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie übernommen. Der gesamte stationäre Verlauf stellte für die Patientin zudem ein erhebliches Erfolgserlebnis dar, weil sie dieses lange und intensive stationäre Behandlungsprogramm durchstehen konnte, gerade weil sie zu Beginn des stationären Aufenthaltes diesbezüglich erhebliche Zweifel hatte und sie bis dahin stets engere interpersonelle Kontakte auf Gruppenebene vermieden hatte.

## 13.2 KASUISTIK II

Der 32-jährige, ledige, alleinlebende Informatiker wurde nach einem ambulanten Vorgespräch mit einem Syndrom süchtigen Verhalten und einem depressiven Syndrom auf die Suchtstation aufgenommen. Es handelte sich um die erste stationär-psychiatrische Aufnahme in der Privatklinik Meiringen, die Zweite insgesamt.

Die Einweisungsdiagnosen lauteten:

- Alkoholabhängigkeitssyndrom, ICD-10 F10.25
- Rez. depressive Störung, ggw. leicht bis mittelgradige Episode, ICD-10 F33.1
- Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung, ICD-10 F60.6

## Biographie

Der Patient sei als Jüngstes von zwei Geschwistern (fünf Jahre älterer Bruder) geboren. Er habe seine Kindheit und Jugend in einer Kleinstadt verbracht. Als Kind sei er bereits sehr schüchtern und ängstlich gewesen. Er habe sich nie richtig getraut, mit anderen Kindern zu spielen. Vielmehr habe er sich schon als Kind zurückgezogen, habe sich oft in eine Art Fantasiewelt geflüchtet und viel gelesen. Der Vater sei Primarlehrer gewesen. Der Patient habe ihn als sehr streng, pedantisch und auch kühl-distanziert erlebt. Er habe sich gerne in sein Arbeitszimmer zu Hause zurückgezogen und sich in seinen Schularbeiten vergraben. Die Mutter sei Hausfrau gewesen. Ihren Kindern gegenüber habe sie sich eher distanziert gezeigt, ihr sei es schwer gefallen, ihren Kindern Liebe und Wärme zu geben. Der Patient habe dann 13 Jahre die Schule besucht und mit der Matura abgeschlossen. In der Schule sei er eher durchschnittlich und nicht ganz fleissig gewesen. Lernschwierigkeiten habe er aber nie gehabt. Auch in der Pubertät sei es für ihn sehr mühsam gewesen, Kontakte zu Gleichaltrigen herzustellen. Vor Mädchen habe er große Ängste und Unsicherheiten verspürt. Nach der Matura sei er in der Rekrutenschule gewesen, anschließend habe er ein Jura-Studium begonnen. Diese Zeit sei für ihn sehr belastend gewesen, insbesondere weil er wegen seiner Schüchternheit nie wirklich Anschluss zu Mitstudenten gefunden hatte. Im Alter von 23 Jahren hatte er dann eine längere depressive Episode, sodass er letztendlich sein Studium habe abbrechen müssen. Anschließend habe er wieder bei den Eltern gewohnt und sich während der nächsten zwei Jahren mit verschiedenen Temporärarbeiten über Wasser gehalten. Danach habe er ein Informatikstudium begonnen, welches er auch abgeschlossen habe. Seit ca. vier Jahren sei er im IT-Bereich einer Universität beschäftigt. Auch dort fühle er sich als Einzelgänger.

Der Kontakt zu Frauen sei ihm bisher stets schwergefallen, erst im Alter von 29 Jahren hätte er erstmals eine Freundin gehabt, allerdings habe diese Beziehung nur zwei Monate gedauert. Vor ca. fünf Monaten habe er erneut eine Frau kennengelernt, die Interesse an ihm signalisiert habe. Allerdings fühle er sich in dieser Beziehung sehr unsicher, auch habe es bisher sexuell aufgrund von Erektionsschwierigkeiten nicht richtig geklappt.

### Psychiatrische Anamnese

Bereits als Kind habe er unter seiner, bis heute andauernden, ausgeprägten Schüchternheit gelitten. Im Alter von 22 Jahren habe sich dann auch, bedingt durch seine Isolation im Studium, eine zunehmende depressive Symptomatik in Form von Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Interesseslosigkeit und Schlafstörung entwickelt. Er habe sich auch nicht mehr konzentrieren können, sodass er nach langem Zögern zu einem ambulanten Psychiater gegangen sei. Dieser habe ihn dann in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Dort sei er sechs Wochen gewesen und man habe ihm damals mit Antidepressiva (Mirtazapin und Venlafaxin) behandelt. Zudem habe es eine supportive, psychotherapeutische Begleitung gegeben. Nach einer Teilremission seiner Symptomatik sei er entlassen worden. Die anschließenden zwei Jahre habe er sich noch sehr schwach, antriebsarm und auch orientierungslos gefühlt, sodass er in dieser Zeit nur Temporär-Jobs habe ausüben können. Beginnend ab dem Jahre 2011 habe es erneut im Rahmen seiner sozialen Isolation wieder zunehmende depressive Symptome gegeben, besonders habe er sich stark bei der Arbeitsstelle ausgegrenzt gefühlt. Zudem hätten ihn in der letzten Zeit seine sexuellen Probleme im Zusammenhang mit seiner neuen Freundin stark belastet. Seit ca. sechs Monaten habe er sich erneut in ambulante psychiatrische Behandlung begeben. Aktuell nehme er 15 mg Mirtazapin/d.

### Suchtmittelanamnese

Bereits ab seinem 20. Lebensjahr habe er sich angewöhnt, Alkohol zu trinken, um in Kontakten mit Gleichaltrigen lockerer zu werden. Während sich sein Alkoholkonsum früher in Grenzen gehalten habe, habe er in den letzten drei Jahren verstärkt und zunehmend getrunken. Die Tagesstrickmenge habe zuletzt ca. ein bis eineinhalb Flaschen Rotwein betragen. Den Alkohol habe er meist abends getrunken, um sich nach einem belastenden Arbeitstag entspannen zu können. Ausschlaggebend für den Alkoholkonsum sei auch die für ihn aufgrund seiner ausgeprägten Schüchternheit sehr belastende Arbeitsatmosphäre gewesen. Er habe sich z.B. nicht getraut seinem autoritären Chef zu widersprechen bzw. seine Arbeitskollegen um Hilfe zu bitten. Weiterhin belastend seien seine sexuellen Versagensängste gewesen, auch deshalb habe er getrunken. Bisher habe er sich noch keiner ambulanten oder stationären Entgiftungsbehandlung unterzogen. Drogen habe er bisher nie genommen, auch sei er Nichtraucher.

### Psychostatus bei Eintritt

Es stellte sich ein 32-jähriger, ausreichend gepflegter Patient vor. Er war wach, allseits orientiert. Im Alkometer war er mit 0,6‰ alkoholisiert. Im Affekt wirkte er herabgestimmt

und ängstlich. Er vermied direkten Blickkontakt. Er berichtete von ausgeprägten sozialen Ängsten und Insuffizienzgefühlen. Von Suizidalität war er glaubhaft distanziert.

### Therapie und Verlauf

Während der ersten vier stationären Tage zeigte der Patient leicht- bis mittelgradige psychovegetative Entzugssymptome, die mit einer Reservemedikation von max. 60 mg Oxazepam/d gut zu kupieren waren. Im Verhalten auf Station und in den Gruppen zeigte sich der Patient sehr ängstlich, schüchtern, unsicher. Mit ärztlicher Indikation wurde er neben dem obligatorischen Gruppenprogramm der Gruppe "Soziale Kompetenz" und der Depressionsgruppe zugeteilt. In der Einzeltherapie, die mit einer wöchentlichen Frequenz von einer Stunde stattfand, wurde insbesondere an den depressiven und selbstunsicheren Denkschemata des Patienten gearbeitet. Im weiteren stationären Verlauf zeigte er sich etwas selbstsicherer und konnte z.B. in der Psychotherapiegruppe einem eher dominanten Gruppenmitglied widersprechen, was für ihn ein Erfolgserlebnis darstellte. Auch gelang es ihm, gewisse Ängste gegenüber Frauen zu überwinden, wiederholt zeigte er diesbezüglich ein kokettierendes Verhalten, was für ihn neu war. Zusätzlich konnte er dann in Einzelgesprächen mit dem leitenden Arzt der Station sexualmedizinische Gespräche durchführen. Dabei ging es um seine Erektionsstörungen. In diesen Gesprächen zeigte sich, dass er eher übertriebene Vorstellungen hatte, was ein Mann beim Sex leisten müsse. Nach einem Paargespräch wurde ihm ein nach Masters und Johnson (Schoof-Tams 1975) modifiziertes Vorgehen beim sexuellen Kontakt mit seiner Freundin empfohlen. Im Rahmen von Wochenendbeurlaubungen berichtete der Patient dann über eine deutliche Verminderung seiner sexuellen Ängste und Erektionsprobleme.

Unter einer Medikation mit Mirtazapin 30 mg und Bupropion 150 mg kam es zu einer guten Remission der anfänglich mittelgradig ausgeprägten, depressiven Symptomatik. Initial berichtete der Patient auch von wiederholtem Craving – während des stationären Aufenthaltes kam es aber zu keinem Alkoholrückfall. Nach sechs Wochen konnte der Patient in deutlich gebessertem psychisch stabilen Zustand nach Hause entlassen werden.

## 14 DISKUSSION UND AUSBLICK

Der Artikel konzentriert sich auf das psychosoziale Behandlungskonzept der Suchtstation der Privatklinik Meiringen mit Focus auf psychiatrischer Komorbidität. Die Suche nach optimalen Behandlungsstrategien für Abhängigkeitserkrankungen ist ein fortlaufender Prozess. Trotz der Komplexität von Suchterkrankungen und erheblicher methodischer

Probleme bei diesbezüglichen Evaluationsstudien und deren metaanalytischer Auswertung (Soyka und Kufner 2008) haben sich bestimmte psychosoziale Therapieformen tendenziell als effektiv für die Behandlung von Suchterkrankungen erwiesen – allerdings wurde die Hauptforschung im Bereich des Alkoholismus, weniger bei Medikamentenabhängigkeit (Soyka 2012) getätigt. Auch in der Diskussion ambulante vs. stationäre Suchtbehandlung gibt es wissenschaftliche Hinweise, welche Patientengruppen mehr vom stationären Prozedere profitieren (Soyka und Kufner 2008). Gerade die Überlegenheit stationärer Entwöhnungstherapien bei Patienten mit psychiatrischer Komorbidität ist in der Literatur belegt (Soyka und Kufner 2008).

All diese Erkenntnisse haben sich in der Erstellung des Therapiekonzeptes und in der Patientenselektion niedergeschlagen.

Es gibt jedoch einige einschränkende Aspekte bezüglich der Evidenzbasierung:

So wurde zum einen die Kombination erfolgreicherer psychosozialer Interventionen, die ja im klinischen Alltag, im Sinne eines eklektischen Ansatzes vorherrschend ist, noch nicht untersucht.

Auch die Effektivität von psychosozialen Behandlungsverfahren bei gleichzeitig vorhandenen komorbiden psychiatrischen Störungen bei Abhängigkeitserkrankungen ist bisher nur in wenigen Arbeiten untersucht worden: in einer Metaanalyse (Kelly et al. 2012) bei suchtkranken Patienten mit affektiven und Angststörungen wurde geschlossen, dass für Psychotherapieverfahren wie Motivational Interviewing und kognitiver Verhaltenstherapie eine relativ gute Evidenzlage bestehe: "Insgesamt seien hochstrukturierte Programme, die auch Case-Management und Verhaltenstherapie beinhalten, am effektivsten". Auch zwei andere Autoren (Baker et al. 2009, Watkins et al. 2011) konnten positive Effekte der KVT bei Patienten mit Suchterkrankungen und komorbider Depression belegen.

Ebenso gibt es eine noch ungeklärte Diskussion, ob die Behandlung einer Suchterkrankung und ihrer komorbiden Störung gleichzeitig (integriert) oder konsekutiv erfolgen sollte (Soyka und Kufner 2008).

So befindet sich das evidenzbasierte Prozedere in diesen Bereichen noch auf dünnem Eis: Dies entspricht aber leider dem klinischen Alltag und ist therapeutische Realität.

Deshalb besteht diesbezüglich die Notwendigkeit vermehrter Forschung: Die Verbindung zwischen Praxis und Forschung müsste enger sein. Wünschenswert wäre z.B. auch, künftig die eigenen Behandlungsergebnisse zu evaluieren.

Aktuell begegnen wir diesen Evidenzlücken zum einem mit einem Behandlungsansatz, der auch von den Autoren der zuvor zitierten Metaanalyse (Kelly et al. 2012) empfohlen

wird, d.h. eine "kreative" Kombination von Psycho- und Verhaltenstherapie sowie Pharmakotherapie bei der Behandlung komorbider Suchtpatienten. Im Sinne dieses kreativen Ansatzes kombinieren wir auch eher gegensätzliche Therapieelemente, die in der Suchtbehandlung und in der Therapie von (komorbiden) psychiatrischen Störungen evidenzbasiert sind. Dies beinhaltet im Rahmen von Einzel- und Gruppentherapien den Einsatz von verbalen und nonverbalen, coping- und interaktionsorientierten, obligatorischen und freiwilligen Therapieelementen. Dadurch wird zusätzlich neben einer hochstrukturierten Behandlungsdichte auch ein individueller Behandlungsansatz gewährleistet.

In der Privatklinik Meiringen haben wir uns für ein integriertes Therapiemodell bezüglich komorbider psychiatrischer Störungen entschieden, da es empirische Hinweise gibt, dass dieses Prozedere sinnvoller ist, sofern beide Störungen einen nicht zu ausgeprägten Schweregrad haben.

Zusätzlich sind wir bestrebt, im Rahmen unserer Teamentwicklungsprozesse, wesentliche Erkenntnisse der Psychotherapieforschung (Grawe et al. 2012) in unsere therapeutische Haltung und unser therapeutisches Handeln einfließen zu lassen.

Gerade in der Psychotherapieforschung (Grawe et al. 2012) wurde darauf hingewiesen, dass die meisten therapeutischen Wirkfaktoren Therapieschulen-übergreifend sind.

So kann man sich letztendlich nur dem Zitat von Klein (Barth 2011) anschließen, der feststellte, dass "nur das permanente Anstreben optimaler Handlungsergebnisse, die dauerhafte Optimierung, kontinuierliche Evaluation und Überprüfung sowie ggf. die Modifikation einzelner Handlungselemente die Gewissheit garantieren, immer relativ nahe am Besten zu sein. Das Beste entsteht nur dort, wo es permanent von allen auf der Basis fachlicher und menschlicher Qualifikation angestrebt wird".

## 15 LITERATUR

- Agosti V, Levin FR (2006): The effects of alcohol and drug dependence on the course of depression. *Am J Addict* 15: 71-75
- Alsleben H, Weiss A, Rufer M (2004): Psychoedukation Angst und Panikstörungen. Elsevier, München
- Baker AL, Kavanagh DJ, Kay-Lambkin FJ et al (2009): Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems short-term outcome. *Addiction* 105: 87-89
- Barth V (2011): Sucht und Komorbidität. *ecomed Medizin*, Landsberg/L.
- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BW (1993): *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Guilford Press, New York
- Boschloss L, van den Brink W, Penninx BW et al. (2012): Alcohol use disorder severity predicts first-incident of depressive disorders. *Psychol med* 42: 695-703

- Boschloss L, Vogelzangs N, Smit JH, van den Brink W, Veltman DJ, Beekman AT, Penninx BW (2011): Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders. Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Dis* 131: 233-242
- Bottlender M, Kohler S, Soyka M (2006): Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. *Fortschr Neurol Psychiat* 74: 19-31
- Bullock ML, Kiresuk TJ, Sherman RE et al. (2002): A large randomized placebo controlled study of auricular acupuncture for alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat* 22: 71-77
- Driessen M (1999): Psychiatrische Komorbidität bei Alkoholismus und Verlauf der Abhängigkeit. Steinkopff Verlag, Darmstadt
- Fichter MM, Narrow WE, Roper MT, Rehm J, Elton M, Rae DS, Locke BZ, Regier DA (1996): Prevalence of Mental Illness in Germany and the United States. Comparison of the Upper Bavarian Study and the Epidemiological Catchment Area Program. *J Nerv Ment Dis* 184: 598-606
- George DT, Nutt DJ et al. (1990): Alcoholismus and panic disorder: is the comorbidity more than coincidence? *Acta Psychiatr Scand* 81 (2): 97-107
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (2012): Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Hogrefe Verlag, Göttingen
- Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF (2007): Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 64: 830-842
- Hinsch R, Pflingsten U (2007): Gruppentraining sozialer Kompetenzen. Beltz Verlag, Weinheim
- Hobbs JD, Kushner MG, Lee SS, Reardon SM, Maurer EW (2011): Meta-analysis of supplemental treatment for depressive and anxiety disorders in patients being treated for alcohol dependence. *Am J Addict* 20: 319-329
- Jacobson E (1990): Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kaluza G (2005): Stressbewältigungstraining. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg.): Verhaltenstherapiemanual. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 383-390
- Kelly TM, Daley DC et al. (2012): Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav* 37: 11-24
- Kraus L, Pabst A (2010): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. *Sucht* 56 (5): 315-326
- Körkel J, Schindler C (2011): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturiertes Trainingsprogramm S.T.A.R. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg
- Körkel J (1998): Umgang mit Rückfällen bei der Behandlung von Suchtpatienten. *Psycho* 24 (Sonderausgabe IV): 190-198
- Küfner H, Bühringer G (1996): Alkoholismus. In: Hahlweg K, Ehlers A (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie: Psychische Störungen und ihre Behandlung. Hogrefe, Göttingen S. 437-512
- Küfner H (2003): Therapieevaluation als Evidenzbasis der Suchttherapie. *Psychotherapie im Dialog* 2: 170-177
- Leune J (2012): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 12. Pabst, Lengerich S. 193-208
- Liang W, Chikritzhs T, Lenton S (2011): Affective disorders and anxiety disorders predict the risk of harmful use and dependence. *Addiction* doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03362.
- Liedl A, Schäfer U, Knaevelsrud C (2009): Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen. Manual für Einzel- und Gruppensetting. Schattauer, Stuttgart
- Marlatt GA, Gordon JR (1985): Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior. Guilford, New York
- Matte D (2008): Nebenwirkungen psychodynamischer Gruppentherapien. *Die psychodynamische Gruppentherapie* Vol 7, S 31-42
- Miller WR, Wilbourne PL, Hettema JE (2003): What Works? A Summary of Alcohol Treatment Outcome Research. In: Hester RK, Miller WR (eds.): *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. Allyn & Bacon, Boston, S 13-63
- Miller WR, Rollnick S (1991): Motivational Interviewing. Guilford Press, New York
- Monti PM, Rohsenow DJ, Cloby SM, Abrams DB (1995): Coping and social skills training. In: Hester RK, Miller WR (eds.): *Alcoholism Treatment Approaches*. 2nd ed. Simon & Schuster, Needham Heights/Mass, S 221-241
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264: 2511-2518
- Robinson J, Sareen J et al. (2011): Role of self-medication in the development of comorbid anxiety and substance use disorders. A longitudinal investigation. *Arch Gen Psychiatry* 68: 800-807
- Rogers CR (1993): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Fischer TB, Frankfurt
- Schaub A, Roth E, Goldmann U (2006): Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual. Hogrefe Verlag, Göttingen
- Schoof-Tams K (1975) Therapie funktioneller Sexualstörungen nach Masters und Johnson. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Therapie sexueller Störungen*. Thieme, Stuttgart S 86-99
- Schuckit MA, Tipp JE, Bergmann M, Reich W, Hesselbrock VM, Smith TL (1997): Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2945 alcoholics. *Am J Psychiatry* 154: 948-957
- Soyka M, Küfner H (2008): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. 6. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Soyka M (2012): Benzodiazepinabhängigkeit. In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg.): *Therapie psychischer Erkrankungen – State of the Art*. Elsevier Verlag, München
- Süß H-M (2004): Zur differentiellen Wirksamkeit von psychosozialen Behandlungsmaßnahmen bei Alkoholabhängigkeit. *Abhängigkeiten* 3: 1-19
- Teichner G, Horner MD, Harvey RT (2001): Neuropsychological predictors of the attainment of treatment objectives in substance abuse patients. *International Journal of Neuroscience* 106 (3-4): 253-263
- Wagner HB, Krausz M, Schoon DR (Hrsg.) (1996): *Tagesklinik für Suchtkranke*. Lambertus, Freiburg
- Watkins KE, Hunter SB, Hepner KA et al. (2011): An effectiveness trial of group cognitive behavioural therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Arch Gen Psychiatry* 68: 577-584
- Yalom I.D. *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*; Stuttgart: Klett-Cotta Verlag 2007