



Psychische Störungen und Substanzgebrauchsstörungen *Troubles psychiques et troubles liés à la consommation de substances*

Psychotherapeutische Behandlungsformen *Formes de traitement psychothérapeutique*

Lea Hulka, Jan Conradi, Maximilian Buschner, Marcus Herdener, Zürich

- Um eine optimale Versorgung von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen zu ermöglichen, ist eine Senkung der Eingangsschwelle für Erstbehandlungen zentral.
- Für eine erfolgreiche Behandlung ist eine individuell auf den Patienten abgestimmte, integrierte und modular ausgerichtete Therapie nötig, die nebst der substanzspezifischen Behandlung auch psychiatrische Komorbiditäten einbezieht.
- Der traumaspezifischen Therapie bei Patienten mit SGS kommt eine wichtige Rolle zu.
- Eine enge Verknüpfung zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Therapieangeboten ermöglicht eine setting-übergreifende Konsolidierung der Therapieinhalte.
- *Une baisse du seuil d'entrée pour les premiers traitements est centrale pour permettre une prise en charge optimale des sujets atteints de troubles liés à la consommation de substances.*
- *Une thérapie intégrée et modulaire adaptée individuellement aux patients est indispensable pour un traitement réussi, qui prend en compte les comorbidités psychiatriques en plus du traitement spécifique à la substance.*
- *La thérapie spécifique du traumatisme chez les patients atteints de troubles liés à la consommation de substances joue un rôle important.*
- *Une liaison étroite entre les offres de soins en institution, partiellement en institution et ambulatoires permet une consolidation, englobant toutes les configurations du contenu de la thérapie.*

■ Substanzgebrauchsstörungen (SGS) (**Tab. 1**) sind auf der ganzen Welt weit verbreitet [1]. Laut der Weltgesundheitsorganisation liegt die Prävalenz von SGS weltweit bei rund 4–5% [2]. In der Schweiz sind gemäss dem Bundesamt für Gesundheit allein rund 250 000 Personen alkoholabhängig [3]. Durch direkte und indirekte Konsumfolgeerscheinungen resultieren hohe sozioökonomische Kosten. Allein durch Alkoholmissbrauch werden in der Schweiz jährlich Kosten von rund 4,2 Mrd. Franken verursacht [4]. Das Kernmerkmal von SGS ist der anhaltende oft zwanghafte Konsum von Substanzen trotz negativer Konsequenzen [5]. SGS sind oftmals durch einen chronischen Verlauf mit wiederholten Rückfällen gekennzeichnet. Hinsichtlich der Ätiologie wird eine komplexe Interaktion zwischen bio-psycho-sozialen Faktoren und den Eigenschaften der Substanz postuliert [6].

Versorgungsdefizit von SGS

Obwohl Menschen mit SGS das Gesundheitssystem häufig beanspruchen, zeigt sich ein deutliches Versorgungsdefizit, in der Form, dass Betroffene gar nicht oder sehr spät behandelt werden. So beträgt die Versorgungslücke für Alkoholgebrauchsstörungen (AGS) im Mittel 76% [7]. In einer amerikanischen Untersuchung konnte gezeigt werden, dass trotz der Einsicht hinsichtlich einer Behandlungsnotwendigkeit knapp die Hälfte der Personen mit einer AGS nicht zu einer Sistierung des Alkoholkonsums bereit waren, sondern eine Reduktion des Konsums anstrebten [8].

In der englischen und mittlerweile auch in der deutschen Therapieleitlinie [9] ist eine Reduktion der Trinkmenge entsprechend als Therapieziel auch im Sinne einer «harm reduction» vorgeschlagen. Trotz der hohen Krankheitslast durch SGS [10] sind diese in der Gesellschaft stigmatisiert und ihre Definition als Krankheit wird oft in Frage gestellt [11]. Daher kommt den Bereichen Früherkennung, motivationale Arbeit sowie Reduktion der Stigmatisierung eine wichtige Rolle zu, um die Eingangsschwelle für eine Behandlung zu senken. Darüber hinaus ist eine Verzahnung verschiedener Angebote zentral, um eine möglichst effektive und nachhaltige Behandlung zu gewährleisten.

Psychiatrische Komorbidität bei SGS

Trotz wachsenden evidenzbasierten Behandlungsansätzen für SGS werden 50–60% der Betroffenen nach



Credits auf

medizinonline.ch

FACHPORTAL FÜR ÄRZTE

Einloggen, Fragen beantworten und direkt zum Zertifikat gelangen

Tab. 1: DSM-5-Kriterien für Substanzgebrauchsstörung («substance use disorder»)

- Mindestens zwei Merkmale müssen innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums erfüllt sein. 2–3 Kriterien: moderat, ≥ 4 Kriterien: schwer
1. Wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
 2. Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
 3. Wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
 4. Toleranzentwicklung gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung
 5. Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum
 6. Konsum länger oder in grösseren Mengen als geplant (Kontrollverlust)
 7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle
 8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Erholen von der Wirkung
 9. Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums
 10. Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis von körperlichen oder psychischen Problemen
 11. Craving, starkes Verlangen oder Drang die Substanz zu konsumieren

nach [32]

Inanspruchnahme einer Therapie innerhalb eines Jahres wieder rückfällig [12]. Zudem zeigt die klinische Praxis, dass Menschen mit SGS häufig komplexe Krankheitsbilder aufweisen und unter zusätzlichen psychischen Störungen leiden (Dualdiagnosepatienten). Die Prävalenz einer psychiatrischen Komorbidität liegt bei Patienten mit einer AGS zwischen 30–45% und für diejenigen mit einer SGS illegaler Substanzen zwischen 45–72% [13,14]. Es hat sich gezeigt, dass ein integrativer, multiprofessioneller Behandlungsansatz, der neben SGS auch die zusätzlichen psychischen Störungen berücksichtigt, nicht integrierten Behandlungen

gen überlegen ist [15]. Nicht alle Dualdiagnosepatienten profitieren dabei von den gleichen Interventionen. Deshalb soll das Behandlungsangebot individuell auf den einzelnen Patienten zugeschnitten werden [16,17].

Wie jüngere Untersuchungen verdeutlichen, erleben Patienten mit SGS häufiger traumatische Ereignisse, wobei diese Traumata auch schwerwiegender sind als in der Normalbevölkerung [18]. Die Prävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) liegt bei Patienten mit SGS zwischen 25–51% [19–21]. Patienten mit Traumata und SGS haben häufiger Rückfälle und Therapieabbrüche und sind aufgrund der SGS oft von traumaspezifischen Behandlungen ausgeschlossen [22,23]. Ein Einbezug der Traumafolgestörung in die Behandlung der SGS ist aber anzustreben. Aus diesem Grund sind integrierte therapeutische Behandlungsangebote notwendig, um den Patienten flexible, längerfristig erfolgreiche Strategien zu vermitteln.

Evidenzbasierte Behandlungsansätze für SGS und psychiatrische Komorbiditäten

Das «National Institute on Drug Abuse» (NIDA) hat dreizehn zentrale Aspekte für eine effektive Behandlung von SGS postuliert (Tab. 2) [24]. Dabei wird betont, dass die Behandlung von SGS individuell auf den jeweiligen Patienten und dessen allfällige Komorbiditäten ausgerichtet sein sollte. Nachfolgend wird exemplarisch ein integriertes modular aufgebautes Behandlungsprogramm skizziert, das die Verketzung der verschiedenen Behandlungseinheiten aufzeigt (Abb. 1).

Multimodale Therapie für SGS und Dualdiagnosen

Idealerweise besteht sowohl stationär als auch teilstationär ein individuell kombinierbares, modular aufge-

Fallbeispiel einer Patientin mit Dualdiagnose

Pat. X wird von ihrer ambulanten Psychiaterin für eine stationäre Behandlung überwiesen bei exazerbiertem Metamphetaminkonsum und zunehmender depressiver sowie traumaassoziierter Symptomatik vor dem Hintergrund einer Metamphetamin-Abhängigkeit sowie Verdacht auf eine PTBS. Die Patientin berichtet, nach dem Tod ihres dreimonatigen Sohnes (plötzlicher Kindstod) sei es zu zunehmenden Schwierigkeiten in der Beziehung zu ihrem Ex-Mann gekommen. Zur Abschirmung von negativen Emotionen habe sie täglich 10–20 mg Metamphetamin geraucht.

Frau X berichtet von einer Kindheit und Jugendzeit mit schwerwiegendem emotionalem Missbrauch und Vernachlässigung sowie massiver physischer und psychischer Gewalt. Des Weiteren habe Frau X vor einigen Jahren eine Fehlgeburt erlitten. Sie habe dreimalig nach Exazerbation der traumaassozierten und depressiven Symptomatik Suizidversuche mit Medikamenten unternommen. Ausführliche diagnostische Abklärungen bestätigen das Vorliegen einer schwer ausgeprägten PTBS mit starker Wiedererlebenssymptomatik, Dissoziationen und Vermeidung.

Die Patientin nahm am multimodalen, interprofessionellen Therapieprogramm, bestehend aus psychotherapeutischen Angeboten im Einzel- und Gruppensetting sowie Ergotherapie teil. Die Gruppenangebote hatten rückfallpräventive Strategien, Psychoedukation, den Umgang mit traumaassozierten Symptomen (Seeking Safety) und die Vermittlung achtsamkeitsbasierter Fertigkeiten zum Inhalt. Im Rahmen der Psychotherapie im Einzelsetting mit vorwiegend kognitiv-verhal-

tenstherapeutischem Schwerpunkt wurden selbstwertdestabilisierende dysfunktionale Einstellungen und Denkmuster identifiziert und kognitiv umstrukturiert. Ebenso wurden die Schuldgefühle und die Schwierigkeit von Frau X in Beziehungen Unterstützung anzunehmen, zu ihren traumatischen Erfahrungen in Bezug gesetzt und bearbeitet.

Die Patientin wurde nach erfolgreicher psychischer Stabilisierung entlassen und für eine stationäre expositionsbasierte Traumatherapie vier Wochen später angemeldet. Zwischenzeitlich wurde sie durch die ambulante Psychiaterin betreut. Beim zweiten stationären Aufenthalt nahm Frau X erneut an einem individualisierten Gruppenprogramm teil. Im Einzelsetting wurden darüber hinaus Skills im Umgang mit Flashbacks, Intrusionen und zur Emotionsregulation eingeübt sowie eine Trauma-Landkarte erstellt. Im Fokus stand auch die Trauerarbeit um die verstorbenen Kinder und die Optimierung der antidepressiven Medikation. Im weiteren Verlauf der Therapie kam es zu keinem weiteren Konsumrückfall und einer deutlichen Reduktion der schweren dissoziativen Zustände, Intrusionen und Vermeidung.

Aufgrund der Notwendigkeit einer geregelten Tagesstruktur sowie Fortführung einer intensiven Psychotherapie wurde die Patientin, wie mit ihrer ambulanten Therapeutin abgesprochen, tagesklinisch weiterbehandelt, wo sie die gelernten Strategien weiter vertiefen und alltagsnahe einüben konnte. Wichtige Ziele der tagesklinischen Behandlung waren der Aufbau eines konsumfernen und tragfähigen sozialen Umfelds und längerfristig die berufliche Wiedereingliederung.

Abb. 1: Setting-übergreifende modulare Behandlungsangebote («level of care»)



bautes Behandlungsangebot. Nebst allfälliger somatomedizinischer und pharmakologischer Behandlung kommt psychotherapeutischen Gruppentherapien eine wichtige Rolle zu. Eine Kombination an diagnosespezifischen Gruppenangeboten, skillsbasierten Gruppen, Kunst- und Ergotherapie sowie Aktivierungs- und Bewegungsgruppen hat sich in der Praxis als sehr wertvoll erwiesen.

Ein stationärer Behandlungsrahmen kann nötig sein, um abseits des gewohnten Umfeldes Distanz zum Konsumverhalten zu gewinnen und eine Entzugsbehandlung und/oder Krisenintervention durchzuführen. In diesen Situationen ist eine Behandlung unter ambulanten oder teilstationären Bedingungen zumeist

nicht möglich. Die individuell unterschiedliche stationäre Behandlung kann auch weitergehende diagnostische Abklärungen (zusätzlicher psychischer und somatischer Erkrankungen), motivationale Ansätze sowie eine intensiviertere psychotherapeutische Behandlung substanzspezifischer und anderer psychischer Störungen im Einzel- sowie im Gruppensetting umfassen.

Eine anschliessende teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik entspricht einem intermediären «level of care» und ermöglicht die Festigung der im stationären Setting erreichten Abstinenz oder Substanzreduktion sowie eine vertiefte Therapie der psychischen Komorbiditäten. Bei ambulanten Patienten kann auch die Vermeidung stationärer Interventionen durch ein intensiviertes Therapieangebot beabsichtigt sein. Wichtige übergeordnete Ziele sind dabei, wie in allen Settings, die Wiedererlangung der Gesundheit sowie der sozialen und beruflichen Integration (Recovery). Das teilstationäre Setting bietet im Vergleich zu einer ambulanten Behandlung eine intensivere Umsetzung therapeutischer Ziele, motiviert über das Gruppensetting und dient der Erweiterung des sozialen Netzes. Zudem besteht eine engere Verknüpfung der Therapieinhalte mit dem Alltagsgeschehen.

Ausgewählte psychotherapeutische Gruppentherapien

Rückfallprophylaxe sollte frühzeitig in der Behandlung von Menschen mit SGS erfolgen und neben Rückfallmanagement das Ziel haben, die Betroffenen zu Experten ihrer Erkrankung zu machen. Rückfallprävention sieht vor, das Rückfallrisiko durch Verbesserung der Selbstkontrollfunktion zu vermindern. Risikoreiche Situationen sollen erkannt und Bewäl-

ANZEIGE

«Sucht ist eine das Leben massiv beeinträchtigende Erkrankung – für die Betroffenen wie auch deren Angehörige. Die zugrunde liegenden psychischen Probleme und Verhaltensmuster aufzudecken und anzugehen, ist der Schlüssel zum Erfolg in der Therapie.» Dr. med. Dieter Steubing, Chefarzt Klinik für Suchttherapie



KLINIK FÜR SUCHTTERAPIE

Hutmattenweg 11
5704 Egliswil
Tel. 062 886 99 50
klinik@sozialtherapie.ch
www.sozialtherapie.ch

Die Klinik für Suchttherapie ist eine anerkannte Fachklinik im Kanton Aargau zur Behandlung von Menschen mit allen Formen von Abhängigkeits-erkrankungen und Verhaltenssuchten. An den drei Standorten Egliswil, Neuenhof und Niederlenz bieten wir ein fachärztlich geleitetes Entzugs- und Therapieprogramm an.

Weitere Informationen unter
www.sozialtherapie.ch

Die Balance für ein selbstbestimmtes und gesundes Leben wiederfinden

Tab. 2: Prinzipien der Behandlung von SGS nach dem «National Institute on Drug Abuse»

1. Sucht ist eine komplexe, aber behandelbare Krankheit, die sich auf die Hirnfunktionen und das Verhalten auswirkt
2. Die Behandlung muss individuell auf den Patienten abgestimmt werden.
3. Das Behandlungsangebot sollte niederschwellig und einfach verfügbar sein.
4. Effektive Behandlungen zielen auf verschiedene Bedürfnisse eines Individuums ab und sind nicht ausschliesslich auf den Substanzkonsum bezogen.
5. Menschen mit SGS sollten sich für eine adäquate Dauer von mindestens drei Monaten in Behandlung begeben.
6. Verhaltenstherapeutische Interventionen (Einzel-/Familien- Gruppentherapie) sind die meist verwendeten Formen zur Behandlung von SGS.
7. Medikation ist ein wichtiger Bestandteil der Behandlung für viele Patienten mit SGS, v.a. wenn sie mit weiteren therapeutischen Interventionen kombiniert ist.
8. Die Behandlung jedes Patienten muss kontinuierlich evaluiert und modifiziert werden, um veränderten Bedürfnissen gerecht zu werden.
9. Viele Patienten mit SGS leiden an weiteren psychischen Erkrankungen.
10. Medizinisch unterstützte Entgiftung ist nur die erste Phase der Behandlung von SGS und bewirkt alleine wenig Veränderung hinsichtlich des chronischen Substanzkonsums.
11. Eine Behandlung muss nicht freiwillig sein, um effektiv zu sein.
12. Substanzkonsum sollte kontinuierlich während der Behandlung erfasst werden, da Rückfälle auftreten können.
13. Behandlungsprogramme sollten Patienten auf HIV/AIDS, Hepatitis B und C, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten untersuchen, Beratung zur Risikominimierung anbieten und Patienten die nötige Behandlung ermöglichen.

tigungsstrategien vermittelt werden. Ebenfalls sollen Strategien im Umgang mit Verlangen nach Substanzen (Craving) erlernt werden. Zentral ist die Schadensbegrenzung nach Rückfällen [25].

Achtsamkeitstraining ermöglicht eine bessere Kontrolle des impulsiven emotionalen Verhaltens und zeigt einen positiven Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten bei Menschen mit SGS. Das Ziel ist es, den Patienten aus einem Modus des passiv-automatisierten Reagierens zu einem aktiven, selbstbestimmten Handeln zu verhelfen als Voraussetzung für die Anwendung weiterer Rückfallbewältigungsstrategien [26,27].

Ein *interaktives Skillstraining* kann helfen, tiefgreifende Störungen der Emotionsregulation und des Selbstwertes zu verbessern [28]. Das Training dient dazu, den Patienten bereits vorhandene Fertigkeiten bewusst zu machen, damit diese auch in Krisensituationen angewendet werden können. Zudem sollen neue Fertigkeiten erlernt, trainiert und automatisiert werden.

Bei *Seeking Safety* handelt es sich um ein integratives Behandlungsprogramm für Personen mit SGS, die an den Folgen traumatischer Erfahrungen leiden [29].

Der stabilisierende und ressourcenorientierte Ansatz besteht aus kognitiven, verhaltensbezogenen und interpersonalen Interventionen. Die Patienten erlernen Strategien im Umgang mit Symptomen des Traumas («Flashbacks», Alpträume, negative Gefühle), üben ein Leben ohne Konsum, lernen gut für sich zu sorgen und Sicherheit zu erlangen, finden verlässliche Personen, befreien sich aus häuslicher Gewalt und verhindern selbstschädigende Verhaltensweisen.

Schematherapie wurde für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und komplexen Traumafolgestörungen konzipiert [30]. Die Grundannahme ist, dass bei Nichterfüllung/Verletzung kindlicher Bedürfnisse, maladaptive Schemata entstehen, die zu dysfunktionalen Bewältigungsstrategien führen. Nebst kognitiv-behavioralen und emotionsaktivierenden Interventionen, kommt der «limitierten Nachbeulterung» und empathischen Konfrontation eine wichtige Rolle zu. Patienten solle im Sinne einer Nachreifeung lernen, schmerzhaft Gefühle und dysfunktionale Verhaltensmuster zu verändern.

Das *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)* [31] wurde für Patienten mit chronischen Depressionen entwickelt. Als Ziele fungieren das Erkennen der Konsequenzen des eigenen Verhaltens, der Erwerb authentischer Empathie, das Erlernen von sozialen Problemlösefertigkeiten und Bewältigungsstrategien und ein interpersoneller Heilungsprozess bzgl. früherer Traumata. Dies wird durch Situations- und Diskriminanzanalysen, sowie durch «Diszipliniert persönliches Einbringen» des Therapeuten erreicht.

Fazit für die Praxis

Um eine optimale Versorgung von Menschen mit SGS zu ermöglichen, ist eine Senkung der Eingangsschwelle für Erstbehandlungen zentral. Für eine erfolgreiche Behandlung ist eine individuell auf den Patienten abgestimmte, integrierte und modular ausgerichtete Therapie nötig, die nebst der substanzspezifischen Behandlung auch psychiatrische Komorbiditäten einbezieht. Dabei kommt insbesondere der traumaspezifischen Therapie bei Patienten mit SGS eine wichtige Rolle zu. Um der Komplexität von SGS und Dualdiagnosen gerecht zu werden und Nachhaltigkeit zu fördern, ist eine enge Verzahnung und Kontinuität über verschiedene Behandlungsebenen hinweg («level of care») zentral. Idealerweise besteht daher eine enge Verketzung zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Therapieangeboten. Dies ermöglicht nebst fortwährender Begleitung und Unterstützung der Patienten eine setting-übergreifende Konsolidierung der Therapieinhalte.

Dr. phil. Lea Hulka
Psychologin
lea.hulka@bli.uzh.ch

Dr. med. Jan Conradi
Oberarzt
jan.conradi@puk.zh.ch

Dr. med. Maximilian Buschner
Oberarzt
max.buschner@puk.zh.ch

PD Dr. med. Marcus Herdener
Stv. Chefarzt, Zentrumsleiter
marcus.herdener@bli.uzh.ch

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik
Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen
Selnaustrasse 9, 8001 Zürich/
Lenggstrasse 31, 8032 Zürich