

## Chancen der Psychotherapie – Interview mit Angelika Koshal

*Angelika Koshal ist niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin und in Traumatherapie (DeGPT) fortgebildet.*

### Frau Koshal, welchen Zusammenhang sehen Sie zwischen traumatischen Erlebnissen und Sucht?

Ich arbeite seit ca. 20 Jahren mit drogenabhängigen Menschen, die sich zusätzlich in einer Substitutionsbehandlung befinden. Das sind oft Menschen, die bereits in ihrer Kindheit häufig erheblichen Belastungen ausgesetzt gewesen sind. Aus der Forschung ist bekannt, dass Patienten, die unter Folgen von traumatischen Erlebnissen leiden, überdurchschnittlich oft Alkohol, Medikamente und Drogen missbräuchlich einsetzen und es leicht zu einer zusätzlichen Suchterkrankung kommen kann. Diese Studienergebnisse stützen die Hypothese der Selbstmedikation von Khantzian (1986), wonach suchtkranke Menschen diverse Suchtmittel zur Linderung „unerträglicher innerpsychischer Zustände“ als Selbstmedikation nutzen. Diese innerpsychischen Spannungen benötigen eine spezielle Behandlung. Dadurch wird für viele Patienten der Weg zu einer langfristig abstinenten Lebensführung erst möglich.

### Welche traumatischen Erfahrungen haben diese Patienten gemacht?

Insbesondere die Studie von Schmidt (2000) verdeutlicht, wie erschreckend hoch der Prozentsatz der Patienten ist, die sexuellen Kindesmissbrauch erlebt haben: Von 215 (112 w/103 m) substituierten Drogenabhängigen hatten 64 % der Frauen als Kind sexuellen Missbrauch erleiden müssen, 38 % sogar Inzest. Bei den Männern waren es 37 % sexueller Missbrauch und ca. 16 % Inzest. Dies sind erschütternde Ergebnisse, wobei man von noch höheren Prozentzahlen aufgrund der hohen Dunkelziffer ausgehen muss.

### Was bedeuten diese Ergebnisse für die Behandlung dieser Patienten?

Wenn wir chronisch suchtkranke Menschen adäquat behandeln wollen, müssen wir diese Fakten in die Behandlungen mit einbeziehen und traumaorientiert vorgehen. Ansonsten ist eine langfristige Abstinenz für diese Patienten kaum erreichbar. Die Studie von Jacobs et al. (2009) konnte nachweisen, dass aufdeckende Psychotherapie mit substituierten Drogenabhängigen durchaus effektiv ist. 15 substituierte Drogenabhängige wurden während einer stationären Behandlung auch mittels EMDR behandelt. Die an drei Zeitpunkten gemessenen Werte ergaben deutlich signifikante Verbesserungen.

### Welche Chancen bestehen durch eine psychotherapeutische Behandlung?

Durch die Erweiterung der Psychotherapie Richtlinien im April 2011 besteht nun ganz offiziell die Möglichkeit auch drogenabhängige Menschen, die sich in einer stabilen Substitutionsbehandlung befinden, psychotherapeutisch zu behandeln. An einem Fallbeispiel möchte ich dies verdeutlichen: Zu Beginn der Psychotherapie war Frau N., 30 Jahre, mit dem jetzt Ex-Freund relativ locker liiert. Frau N. war seit dem 17. Lebensjahr kokainabhängig und mit 20 Jahren heroinabhängig. Im Alter von vier Jahren war sie vom Großvater sexuell missbraucht worden. Im Alter von 12 bis 14 Jahren wurde sie mehrfach sexuell und sadistisch missbraucht.

Die Eltern von Frau N. hatten einen eigenen Friseursalon. Frau N. wurde bis zum Alter von sechs Jahren von der Großmutter versorgt. Die Eltern trennten sich, als Frau N. sechs Jahre alt war. Anschließend zog Frau N. mit ihrer Mutter in eine andere Stadt. Für Frau N. bedeutete dies den Verlust von zwei wichtigen Bezugspersonen, ihrem Vater und der Großmutter. Einige Monate später zog der neue Partner der Mutter ebenfalls ein. Als Frau N. zwölf Jahre alt war, begann der sexuelle Missbrauch durch den Stiefvater. Kurze Zeit später entwickelte Frau N. eine extreme Magersucht. Trotzdem gelang der Patientin ein gutes Fachabitur. Durch ihren Freund kam die Patientin, 17 Jahre, in Kontakt mit diversen Drogen, die ihr halfen, die schrecklichen Erinnerungen und Gefühle, unter denen sie so häufig litt, zu überdecken. In Zeiten des Drogenkonsums bestand bei Frau N. keine Magersuchtssymptomatik.

Im Verlauf einer 10-monatigen stationären Drogentherapie brach die Magersucht erneut durch. Frau N. wurde nach der Therapie wieder rückfällig und bemühte sich zeitnah um eine Substitutionsbehandlung und eine ambulante Psychotherapie. Frau N. wurde über mögliche Zusammenhänge von Traumafolgestörungen und Suchtentwicklung informiert. Anschließend wurden individuelle Ressourcen zur Affektregulation entwickelt, sowie das Erkennen von Warnsignalen hinsichtlich Suchtdruck (z.B. innere Spannungen, Ärger, Unzufriedenheit, ...) geübt. Nachdem verschiedene Stabilisierungstechniken – positive Gefühle als Gegenpol zum „Suchtdruck“ – eingesetzt werden konnten, verringerte Frau N. von sich aus bereits die Substitutionsdosis („Ich brauche nicht mehr so viel!“). Sobald sie stabil war, wurde behutsam mit der Traumabearbeitung begon-

nen. Es wurden einzelne, exemplarische Situationen der sexuellen Missbrauchssituationen bearbeitet. Im Verlauf der Therapie begann Frau N. immer deutlicher die Entstehung ihrer Magersucht im Zusammenhang mit den sexuell-sadistischen Handlungen des Stiefvaters zu sehen und zu verstehen. Inzwischen hat Frau N. bereits einige ihrer Traumata bearbeitet und mit abnehmendem „Innendruck“ ist es ihr gelungen, in Absprache mit ihrem Arzt, ihr Substitutionsmittel auf eine Minimaldosis zu verringern. Frau N. ist überzeugt, dass sie nach der Aufarbeitung ihrer Traumata leichter ohne Drogen leben kann: „Die brauche ich dann nicht mehr!“

## Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Abhängigkeitserkrankungen sind schwere psychische Erkrankungen mit gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgeproblemen. Alkohol- und Tabaksucht belasten die deutsche Wirtschaft mit rund 60 Milliarden Euro jährlich (AOK, 2013).

Die gemeinsame Fachkommission Sucht der Psychotherapeutenkammern NRW und Rheinland-Pfalz berät zur Bedeutung von Psychotherapie in der Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und dazu, wie ihr Zugang zu ambulanter psychotherapeutischer Versorgung erleichtert werden kann. Dieser Newsletter „Sucht“ wurde von Mitgliedern der Fachkommission zusammengestellt und spiegelt die Breite der Diskussion. Am 14. November 2013 findet in Köln der erste Fachtag zum Thema „Psychotherapie trifft Sucht“ (siehe Rückseite) statt. Sie sind herzlich eingeladen!



Ihre Monika Konitzer, Präsidentin



## Veränderungen im DSM-V – Der neue Suchtbegriff

Ende Mai 2013 wurde das neue DSM-V (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders) auf der Jahreskonferenz der American Psychiatric Association in San Francisco veröffentlicht. Die fünfte Ausgabe des DSM, welches neben dem ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation als das Standardwerk zur Klassifizierung psychischer Störungen gilt, bringt zahlreiche Neuerungen und Veränderungen mit sich. Seit 1999 arbeiteten fast 400 internationale Forscher an der neuen Fassung, wobei man sich eine stärkere Berücksichtigung empirischer Erkenntnisse in der Diagnostik zum Ziel gesetzt hatte.

Angekündigte Veränderungen führten bereits in den letzten Jahren immer wieder zu lebhaften Diskussionen. Kritiker befürchten, dass Störungen mit Krankheitswert geschaffen werden, wo vorher real keine waren, und Interessen der Pharmaindustrie in neugeschaffene Diagnosen wie etwa das „Psychose-Risikosyndrom“ einfließen könnten. Befürworter hingegen erhoffen sich mehr Flexibilität im klinischen Alltag und eine Stärkung des Stellenwerts präventiver therapeutischer Interventionen.

Die Veränderungen des DSM-V zeigen sich bereits formal durch den Wechsel von römischen zu arabischen Ziffern, doch die meisten Veränderungen sind viel grundsätzlicherer Natur, etwa wenn man die Einführung neuer Risiko-Syndrome oder die generelle Abkehr von kategorialen Entscheidungen zugunsten dimensionaler Einschätzung betrachtet. Es kann einen großen Unterschied machen, bei einem Symptom nicht nur zwischen „ja, trifft zu“ oder „nein, trifft nicht zu“ zu unterscheiden, sondern vielmehr eine individuelle Abstufung von Schweregraden vorzunehmen.

### Der neue Begriff Sucht

Eben diese Abkehr von Kategorie-Entscheidungen spiegelt sich auch in den diversen Veränderungen im Bereich der früheren „Störungen durch psychotrope Substanzen“ wieder, die nun unter dem neuen Oberbegriff „Sucht und zugehörige Störungen“ (addiction and related disorders) zusammengefasst werden. Der Begriff Sucht taucht also in der offiziellen Terminologie wieder auf, dafür wird auf die bisherige diagnostische Trennlinie zwischen Substanzmissbrauch (abuse) und Substanzabhängigkeit (dependence) bewusst verzichtet. Stattdessen wird nun von „Substanzgebrauchsstörungen“ (substance use

disorders) gesprochen, was sprachlich etwas sperrig klingen mag, aber inhaltlich zur Entstigmatisierung des Abhängigkeits-Labels beitragen soll.

Die Kriterien der neuen Gebrauchsstörung, die sich jeweils zwischen moderat und schwer bewerten lässt, stellen dabei eine Kombination der bisherigen Missbrauchs- und Abhängigkeitskriterien dar, ergänzt um das neue Kriterium des Craving, dem starken Verlangen nach einer Substanz. Substanzbezogene Probleme mit dem Gesetz werden hingegen in der Suchtdiagnostik nach DSM nicht mehr speziell berücksichtigt, weil sich dies empirisch als unbrauchbar erwies. Die somit niederschwelligere Substanzgebrauchsstörung erfordert im Vergleich zur bisherigen Abhängigkeitskategorie nun mindestens 2 statt bislang 3 vorliegende Kriterien.

### Glücksspiel als Verhaltenssucht

Erstmalig führt das DSM-V auch die Verhaltenssucht (behavioral addiction) offiziell ein. Pathologisches bzw. gestörtes Glücksspiel (gambling disorder) wird nun klar der Sucht zugeordnet, da von vergleichbaren Gehirnprozessen (z.B. bei Impulskontrolle und Belohnungseffekten) wie bei substanzbezogenen Süchten ausgegangen wird. Verzichtet wird darauf, dass illegale Handlungen zur Finanzierung des gestörten Spielverhaltens vorliegen müssen. Verweise auf weitere Verhaltenssüchte wie etwa die Internetsucht finden sich im speziellen Kapitel 3 des Diagnostikmanuals, bestehend aus Störungsbildern, die weiterer Forschung bedürfen bevor sie als formale Diagnosen berücksichtigt werden können.

Was bedeutet dies nun für die klinische Praxis? Ein Anstieg der Prävalenzzahlen von suchtbefragten Störungen in Folge des niederschwelligeren und erweiterten Suchtbegriffs ist zu erwarten, sowohl im Bereich der Substanz- als auch der Verhaltenssucht. Wenn häufiger oder früher das Vorliegen einer Sucht bzw. Gebrauchsstörung in Betracht gezogen wird, dann könnte in diesem Zusammenhang ein Umdenken zu neuen Interventionsformen sinnvoll sein, z.B. das Angebot gezielter Kurzinterventionen bei noch leichten bis moderaten Gebrauchsproblemen.

Therapeutische Angebote könnten somit stärker auch die Prävention schwerwiegender Probleme im Fokus haben. Diese müssten sich nicht bereits

entwickelt haben, um die Bewilligung einer therapeutischen Maßnahme zu rechtfertigen. Vor diesem Hintergrund nimmt auch die Relevanz psychologischer Psychotherapie und ambulanter Motivationsbehandlungen (siehe Infokasten Psychotherapierichtlinie) weiter an Bedeutung zu.

Letztendlich wird die Praxis zeigen, welche förderlichen oder hinderlichen Konsequenzen veränderte Diagnostik nach sich zieht und wie weit diese in das künftige ICD-11 der WHO, das für 2015 angekündigt ist, einfließen werden. Das DSM-V stellt sicherlich keinen Endpunkt der Erkenntnis sondern ein vorläufiges Zwischenfazit dar.

(Autorin: Stefanie Kiszkenow)

### Ambulante Therapie auch ohne Abstinenz

Seit 2011 ist eine ambulante Psychotherapie von Patienten mit Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit auch dann möglich, wenn bei Beginn der Therapie noch keine Suchtmittelfreiheit vorliegt.

Die Behandlung kann dann mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden, wenn der Patient sich zu ersten Schritten in Richtung Abstinenz bereit zeigt und diese voraussichtlich innerhalb von 10 Therapiesitzungen erreichbar ist. Auch nach einem erneuten Suchtmittelkonsum kann die Psychotherapie fortgesetzt werden, sofern nach Bekanntwerden unverzüglich Maßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit eingeleitet werden.

Substituierte opiatabhängige Patienten können ebenfalls ambulant psychotherapeutisch behandelt werden, sofern Beikonsum ausgeschlossen wird und eine regelmäßige Zusammenarbeit mit den jeweils substituierenden Ärzten stattfindet.

Details sind nachzulesen in der Psychotherapierichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 14.04.2011.

## Wie Glücksspiel das Leben zerstören kann – Zwei Patientengeschichten

### Herr S.

Herr S. ist Anfang 50 und Sohn eines Vaters mit deutscher und einer Mutter mit italienischer Herkunft. Nach einem Masterstudium im Bereich Wirtschaft ist er seit vier Jahren in der Leitungsfunktion einer öffentlichen Institution tätig. Besuche von Casinos und das Spielen an Automaten haben bei ihm bereits mit dem 18. Lebensjahr begonnen. Er nutzte das Glücksspiel früh als Fluchtmittel aus den familiären Verhältnissen und der für ihn damit verbundenen negativen Erlebnisse. Hier hat er sich Entspannung verschafft und schlechte Gedanken und Gefühle hinter sich gelassen. Zu Beginn ist er ein- bis zweimal im Monat spielen gegangen und hat sein Verhalten und die finanziellen Verluste gut im Griff gehabt. Während seines beruflichen Aufstiegs trat das Spielen sogar für einige Jahre völlig in den Hintergrund.

Karriere, Statussymbole und Anerkennung sind ihm besonders wichtig im Leben. Die mangelnde Akzeptanz seiner halb-italienischen Herkunft und seine nicht erfüllten Ansprüche an Status haben ihn immer wieder ein Minderwertigkeitsgefühl spüren lassen. In einem Kreislauf aus Flucht vor diesen Gefühlen, welche er beim Spielen vergessen kann, und vor Konflikten, welche sich aufgrund zuspitzender Eheprobleme entwickelten, ging ihm die Kontrolle über das Spielen dann verloren.

Lange Zeit verschwieg er seiner Frau das Glücksspiel und erklärte die entstehenden finanziellen Verluste durch Lügen. Erst als seine Ehefrau mit Scheidung drohte, versprach er, mit dem Spielen aufzuhören.

Scheidung und beruflicher Stillstand verstrickten ihn weiter in seinem Suchtverhalten. Ausweglosigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, Versagängste und massive Suizidgedanken führten ihn in eine Suchtberatung. Eine in Aussicht stehende berufliche Veränderung bewog Herrn S. dazu, diese Hilfe aber schon nach wenigen Monaten nicht weiter in Anspruch zu nehmen.

Seiner zweiten Ehefrau schilderte er zu Beginn der Partnerschaft sein Spielproblem. Die sich auch in dieser Ehe mit der Elternschaft einstellenden Konflikte und der endgültige berufliche Stillstand führten ihn erneut in Casinos und Spielhallen. Da seine zwei Kinder ihm alles bedeuten, beginnt er eine ambulante Therapie, in der Pathologisches Spielen und Depression diagnostiziert werden.

Die Hintergründe seiner psychischen Erkrankung sieht er heute in seiner Kindheit, welche durch Abwertung, physische Gewalt durch den Vater und eine depressive und distanzierte Mutter geprägt gewesen sei. Seine Frau und seine Kinder unterstützen ihn heute sehr, seine Probleme mit dem Glücksspiel und sein Selbstwertproblem in den Griff zu bekommen. Er ist zuversichtlich, durch die psychotherapeutische Hilfe, eine positive Bearbeitung seiner Sucht zu erreichen.

(Autor: André Schmidt)

### Frau B.

Frau B. ist Mitte 20, geboren im Saarland und arbeitet nach ihrem Hauptschulabschluss als Verkäuferin im Einzelhandel. Das Spielen am Automaten hat sie eher zufällig begonnen. Um ihr Gehalt aufzubessern und für eine Urlaubsreise mit ihrem Partner zu sparen, arbeitet sie an zwei Abenden in der Woche zusätzlich als Reinigungskraft in einer Spielhalle. Als sie an einem der Abende erstmals ihr Glück am Automaten versucht, ist sie sofort fasziniert. Sie kann während des Spielens vom Alltag völlig abschalten, alles um sich herum ausblenden und „einfach mal entspannen“. Das Gewinnen ist ihr dabei zweitrangig. Eine Weile bereitet das Spielen auch keine Probleme, doch mit der Zeit bleibt sie länger als geplant und spielt über Stunden. Um sich das leisten zu können, geht sie nun häufiger in der Spielhalle putzen. Sie ahnt zwar, dass sie langsam die Kontrolle verliert, aber das Abschalten am Automaten möchte sie nicht mehr missen.

Ihrem Partner gegenüber entwickelt sie Schuldgefühle, denn sie verspielt inzwischen auch das gemeinsame Geld. Dieser weiß zwar bald von ihrem Spielproblem, sieht aber anfangs noch keinen Handlungsbedarf. Er weiß um die Probleme seiner Freundin, von denen sie sonst nur schwer entspannen kann. Er kennt die Berichte von ihrem gewalttätigen Vater und den vielen Prügeln, weiß auch von ihren Alpträumen und den alten Erinnerungen, die sich aufrängen. Er hält Spielen für „das kleinere Übel“. Doch Frau B. wird immer reizbarer und depressiver. Schließlich befürchtet der Freund, dass sie sich etwas antun könnte und bringt sie in die Psychiatrie. In der Klinik werden erstmals zwei Diagnosen gestellt: Posttraumatische Belastungsstörung und Pathologisches Glücksspiel – eine Kombination, die gerade bei Frauen nicht selten vorkommt.

In der Klinik erkennt sie die Zusammenhänge, begreift das Spielen als Bewältigungsversuch ihrer Traumatisierung und erkennt, dass sie längerfristige therapeutische Hilfe brauchen wird. „Ich finde es erleichternd, dass es überhaupt einen Namen für so etwas gibt. Bisher dachte ich immer, dass ich halt irgendwie kaputt bin“, berichtet Frau B. Sie entdeckt für sich das Reiten und Malen, entwickelt mit dem Sozialdienst der Klinik einen Plan, um ihre Finanzen in Ordnung zu bringen, und lässt sich auf eine Warteliste für eine ambulante Traumatherapie setzen. Die Putzstelle in der Spielhalle gibt sie auf und sucht sich eine andere Nebenbeschäftigung zum notwendigen Schuldenabbau.

In der Psychiatrie fühlt sie sich vor Rückfällen gut geschützt. An den Wochenenden zuhause ist sie jedoch noch sehr unsicher und gewöhnt sich an, einen großzügigen Umweg um die Spielhalle herum zu machen. Sie bittet auch ihren Partner, ihre EC-Karte an sich zu nehmen. „Um gar nicht erst in Versuchung zu kommen. Ich traue mir da noch nicht so ganz über den Weg“, sagt Frau B. Beide Partner sind entschlossen, die Probleme gemeinsam anzugehen. „Wenn bloß die Wartezeit für einen Therapieplatz kürzer wäre. Aber notfalls gehe ich erst mal in die Selbsthilfegruppe. Auch wenn man mir gesagt hat, dass ich dort wohl die einzige Frau bin. Hauptsache die helfen mir, vom Automaten weg zu bleiben.“

(Autorin: Stefanie Kiszkenow)

### Fakten – Glücksspiel

In der BRD nutzen ca. 55 % der Bevölkerung Glücksspielangebote, wie Lotto/Toto, Casinos, Automatenspiel, Sportwetten, Onlinecasinos. 0,2 % bis 0,5 % der Bevölkerung leiden unter der Störung Pathologisches Spielen, was ca. 200.000 Personen entspricht. Weitere 0,35 % zeigen ein problematisches Spielverhalten.

Männer nutzen häufiger Glücksspielangebote und entwickeln 2,5 Mal häufiger ein pathologisches Spielverhalten. Spielsüchtige, die sich in Behandlung befinden, weisen die höchste Verschuldungsrate unter den Abhängigkeitserkrankten auf. Ca. 25 % dieser Personen haben einen Suizidversuch hinter sich.



Frauen leiden anders, Männer auch – Gender in der Suchthilfe

*Frauen leiden anders...* Dieses Wissen haben Frauen der ersten und zweiten Frauenbewegung auf vielen Ebenen des gesellschaftlichen Zusammenseins in die Welt getragen. Engagierte Frauen in der Suchthilfe haben – inzwischen seit über 30 Jahren – daran gearbeitet, dieses Wissen in die Suchthilfe hinein zu tragen und den Kolleginnen und Patientinnen auf der Institutions- und Behandlungsebene zur Verfügung zu stellen. Mit erweiterbarem Erfolg. Fragen zur geschlechterdifferenzierten Behandlung wurden für Frauen in der Suchtarbeit im Landesprogramm gegen Sucht in NRW 2004 beantwortet.

*...Männer auch.* Auch engagierte Männer haben begonnen, ihre unterschiedlichen Rollen kritisch zu hinterfragen und haben erkannt, dass sie ebenfalls an Grenzen stoßen, Benachteiligungen unterworfen sind, sich in ihrem Mann-Sein beeinträchtigt, verunsichert fühlen. 2008 wurde von Männern im Evangelischen Fachverband Sucht RWL eine Handreichung für männerspezifische Suchtarbeit herausgegeben. Sie haben richtigerweise bemerkt, dass alles, was nicht geschlechtsspezifische Arbeit mit Frauen ist, nicht automatisch männer-spezifische Arbeit ist. So wie insgesamt Frauen-/Männerarbeit nicht notwendigerweise Genderarbeit ist.

Forschungsergebnisse und die Praxiserfahrung belegen, dass sich geschlechtsbezogene Unterschiede, in Bezug auf den Einstieg in die Drogenabhängigkeit, das Konsummuster (BMG Drogensuchtbericht, 2002 - 2013, DHS), die Diagnosevergabe und die Behandlung, gezeigt haben. Die Entstehung dieser Unterschiede basiert auf biographischen und gesellschaftlichen Bedingungen sowie dem Umgang damit. Immer noch sind für die Positionen in der Gesellschaft, für Lebenschancen und Lebenspläne (neben Ethnie, sexueller Orientierung, Schicht- und Milieuzugehörigkeit, Alter) die biologischen Merkmale entscheidend, sowie die Rollenerwartungen, die mit Frau-Sein und Mann-Sein verknüpft sind (Fine, 2012).

Ergebnisse der Psychotherapieforschung zeigen, dass das Geschlecht der Patienten und Patientinnen eine Rolle bei der Diagnostik und der Zielvereinbarung spielt und das Geschlecht der Therapeuten und Therapeutinnen die Diagnose mitbestimmt. Es gibt Hinweise dafür, dass männliche Therapeuten bei weiblichen Klientinnen das höchste und

weibliche Therapeutinnen bei männlichen Klienten das niedrigste Auffälligkeitsniveau registrieren (Schigl, 2012). Frauen als Patientinnen erhalten öfter als Männer psychiatrische oder psychosomatische Diagnosen. An die Arbeit von Bronvermann (1970) zum Doppelstandard von psychischer Gesundheit sei an dieser Stelle noch einmal erinnert.

„Die einem kranken Mann zugeschriebenen Eigenschaften sind ähnlich jenen der gesunden Frau. Die des gesunden Menschen entsprechen dem Ideal des gesunden Mannes“. Das hat Auswirkungen auf die Beschreibungen der Krankheitsbilder. Diese beruhen demnach auf einer Bestimmung eines männlichen oder weiblichen Repertoires, und das eher im Sinne eines Eigenschaftspotentials: so sind Männer, so sind Frauen. Besonders sensibel sollten an dieser Stelle familientherapeutisch ausgerichtete Therapeuten und Therapeutinnen sein, die immer noch patriarchale Strukturen, wie die klassische Zuschreibung von männlichen und weiblichen Aufgaben an die Eltern übertragen (Schigl, 2012)

Die Deutsche Suchthilfestatistik zeigt hinsichtlich der Prävalenz psychiatrischer Störungen deutlich, dass Frauen sehr viel häufiger Diagnosen haben, vor allem aber häufiger Mehrfachdiagnosen. Die Universität München publizierte Forschungsergebnisse, wonach es erhebliche Prävalenzunterschiede bei einzelnen psychischen Störungen gibt. Im Vergleich zu Männern sind Frauen von (internalisierenden) Störungen wie Depressionen (ausgenommen: bipolare Depression), Neurosen, Angst- und Essstörungen sowie somatoformen Störungen etwa doppelt so häufig betroffen, bei der Agoraphobie wird sogar ein Frauenanteil von 80 % angegeben. An einer Medikamentenabhängigkeit leiden Frauen dreimal so häufig wie Männer. Der Anteil der Männer überwiegt dagegen bei (externalisierenden) Störungen wie Alkohol- und Drogenabhängigkeit und der dissozialen Persönlichkeitsstörung. Warum die Diagnose Borderline mehrheitlich an Frauen vergeben wird, konnte Prof. Kernberg, der zur Borderlinestörung forscht, nicht erklären. Bei der Suchtentwicklung und in der Sucht ist die Rolle der Gewalt von Bedeutung. Belegt ist der Zusammenhang zwischen innerhäuslicher, männlich dominierter Gewalt und Alkoholkonsum (Klein, 2006). Auffallend ist, dass Männer als Opfer von Gewalt (auch Opfer von

bislang tabuisierter Frauengewalt) oft unbeachtet bleiben. Bei Frauen hingegen, dass sie fast ausschließlich als Opfer wahrgenommen und als Täterinnen nicht beachtet werden.

Auch bei den verhaltensabhängigen Suchtformen zeigen sich Unterschiede (Nationale Tagung Biel, Rihs-Middel, 2008):

Spielsucht	21 % F, 79 % M
Internet	30 % F, 70 % M
Kaufsucht	90 % F, 10 % M
Sexsucht	10 % F, 90 % M
Essstörungen	95 % F, 5 % M
Selbstverletzung	90 % F, 10 % M
Rasen	5 % F, 95 % M

Ziel muss es zum einen sein, „strukturelle Bedingungen im Diskurs umfassender sichtbar zu machen, um Dichotomie und Geschlechterhierarchie jenseits der persönlichen Ebene der Benachteiligung besser zu hinterfragen und um das eigene Handeln im Geschlechterdiskurs zu reflektieren“ (Scheffler, 2002). Zum anderen muss für die Psychotherapie eine geschlechtersensible prozessuale Diagnostik (Schigl, 2012) erfolgen. Für die Psychotherapie allgemein und in der Suchthilfe bedeutet das, dass neben den stoffgebundenen und verhaltensabhängigen Suchtformen gendersensible Themenkomplexe abgebildet werden müssen:

- Sozialisation zu Anpassung/ Unterordnung,
- Geschlechterrollen der Eltern,
- sexuelle Traumatisierungen,
- Gewalterfahrungen (Bewältigung external bei M, internal bei F),
- kindliche Parentifizierung,
- Dynamik in der eigenen Partnerschaft,
- berufliche Laufbahn und deren Brüche,
- Selbstwertproblematiken und Selbstkonzepte,
- Sexualität und Reproduktion.

Wir müssen weiter fragen, wie und wodurch lassen sich Unterschiede erklären (es geht nicht darum, Männer und Frauen gleich zu „machen“), wie kommen diese zustande und wie können und müssen wir, die im Gesundheitswesen Tätigen, diese Ergebnisse in unserer Arbeit berücksichtigen. Dazu braucht es dringend genderspezifische Forschung, die Einbindung der Praxis, politische Entscheidungen und die Bereitschaft von allen, sich auf diesen interessanten, spannenden und sich ständig verändernden Prozess einzulassen, um am Ende zu einem gerechteren Zugang zum Gesundheitssystem zu gelangen. (Autorin: Regina Sosna)

## „Gender noch nicht angekommen“ – Regina Sosna

*Regina Sosna ist Psychologische Psychotherapeutin, hat eine 20-jährige Berufserfahrung in stationärer Suchtbehandlung und arbeitet in eigener Praxis in Bonn.*

### Frau Sosna, warum ist Gender notwendig?

Regina Sosna: Weil die Umsetzung von Gender eine hochwertige, insbesondere für Frauen und Männer gleichwertige gesundheitliche Versorgungsqualität bedeutet und damit dafür sorgt, dass beide Geschlechter ihre Gesundheitspotentiale entfalten können. Gender ist aber auch notwendig, weil es nicht etwa nur eine gute Idee ist, sondern eine verbindliche Politikleitlinie der Europäischen Union und ihrer Mitgliedsstaaten. Diese wurde auf den Ebenen des Bundes und der Länder gesetzlich verankert. Die Umsetzung wird mit Hilfe struktureller Maßnahmen gefördert. Wir haben somit nicht die Wahl zu entscheiden, ob wir es wollen oder nicht. Die Notwendigkeit ist keine Frage mehr, aber die Umsetzung. Die Umsetzung von Gender ist gesetzlich verankert und muss qualitätssichernd umgesetzt werden. Dieser Prozess stagniert.

### Welche Rolle spielt Gender in der psychotherapeutischen Behandlung?

Meines Wissens gibt es in der stationären und ambulanten Suchtthilfe sehr wenige Einrichtungen, die sich mit dem Thema Gender beschäftigen – wenn, dann eher auf der Behandlungsebene.

Die Leitungsebenen der Suchtthilfe bestehen überwiegend aus Männern, denen es bisher kein Anliegen war, Gender umzusetzen, sonst wäre das längst geschehen. Das wird erst dann passieren, wenn Politik und Leistungsträger auf der Umsetzung von Gender bestehen.

Bei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen erfahre ich Interesse. Oft höre ich aber auch, das ist doch nicht notwendig, da wir ja individuell einzeltherapeutisch mit einem Mann oder einer Frau arbeiten und damit selbstverständlich geschlechterdifferenziert behandeln. An dieser Stelle zeigt sich dann, dass Gender noch nicht angekommen und die Relevanz dieses Konzeptes nicht verstanden ist. Hier fehlt es an Fortbildungen.

In den psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten ist Gender kein Ausbildungsinhalt. Es ist wichtig, dass die

sozialen, psychologischen und kulturellen Dimensionen der Geschlechtszugehörigkeit reflektiert und Auswirkungen jeglicher Maßnahmen auf allen Ebenen und in allen Bereichen zu einem selbstverständlichen Bestandteil werden.

### Warum und wie muss Gender auch in den Institutionen der Suchthilfe verankert werden?

Nun, Gender wird immer noch als nur eine Form der differenzierten Behandlung von Männern und Frauen gesehen, was sie auch ist, aber eben nicht nur. Gender geht viel weiter, wenn dieses Konzept glaubhaft vertreten werden will. Gendergerecht zu arbeiten bedeutet, auf allen Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, wie auf der Leitungsebene und Teamebene durch Steuerung und Implementierung Gendergerechtigkeit durch Umsetzung herzustellen.

Für die Politik in NRW muss das bedeuten, nicht nur eine Landeskoordination Frauen und Sucht zu implementieren, was schon ganz prima ist, sondern es braucht auch eine Landeskoordination Männer und Sucht, und eine für Gender. Denn eins ist klar, dem Sprachduktus der Rentenversicherungsträger/Krankenkassen, Gender zu berücksichtigen und zu konzeptionalisieren, wurde gefolgt und die Berücksichtigung von Genderaspekten schriftlich in den Konzepten der Suchthilfe formuliert.

Die Umsetzung von dem, was auf dem Papier steht, und was allenfalls, wenn wir ganz wohlwollend sind, auf der Ebene der Behandlung ein Stück weit Eingang gefunden hat, reicht ganz und gar nicht und hat insoweit keine Berechtigung, Gender genannt zu werden. Erst eine Betrachtung/ein Interview vor Ort kann, analog dem Qualitätsmanagement-Prozess auf den eine Art „Zertifizierung“ folgt, sichtbar machen, ob Gender verstanden und auf den Weg gebracht wurde. Das wäre dann glaubhaft und gegenüber all den Einrichtungen gerecht, die sich mit Gender zumindest begonnen haben auseinander zu setzen. Die Zertifizierung könnte durch eine Landeskoordinationsstelle Gender erfolgen.

Gesundheitsministerin Barbara Steffens setzt sich dafür ein, Gender in NRW innerhalb der Suchthilfe umzusetzen. Sie hat eine achtmonatige Evaluation zum Stand der Umsetzung ausgeschrieben, so dass Hoffnung besteht. Die stirbt ja bekanntlich zuletzt.

## Drogen- und Suchtbericht 2013

### Alkohol

Der Alkoholkonsum beträgt in Deutschland 9,6 Liter pro Einwohner. Dies ist im internationalen Vergleich ein hoher Wert. Die empfohlenen Trinkmengen werden in Deutschland von 9,5 Millionen Bundesbürgern überschritten, von denen wiederum 1,3 Millionen eine Alkoholabhängigkeit aufweisen. An den direkten und indirekten Folgen ihres übermäßigen Alkoholkonsums versterben pro Jahr 74.000 Menschen. Die volkswirtschaftlichen Kosten durch Alkohol belaufen sich auf 26,7 Milliarden Euro, davon sind allein 7,4 Milliarden direkte Kosten für das Gesundheitssystem.

### Tabak

Tabakkonsum verkürzt das Leben um durchschnittlich etwa zehn Jahre. Mit etwa 110.000 Todesfällen pro Jahr stellt das Rauchen damit das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland dar. Mehr als die Hälfte aller regelmäßigen Raucher stirbt vorzeitig an Lungenkrebs, an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung oder einer anderen Atemwegserkrankung. Jeder zweite dieser vorzeitigen Todesfälle tritt bereits im mittleren Lebensalter ein.

### Medikamente

Schätzungen gehen in Deutschland von 1,4 bis 1,5 Millionen Menschen mit Medikamentenabhängigkeit aus. Einige Forscher sprechen gar von 1,9 Millionen. Vor allem ältere Menschen nehmen Sedativa problematisch lange ein. Laut der Studie „Epidemiologische Verschreibung von Medikamenten in Hamburg“ (Martens, Raschke, Holzbach, Verthein) von 2011 beträgt der Anteil älterer Menschen über 70 Jahre mit Benzodiazepin-Verordnungen knapp 30 Prozent und ist damit überproportional hoch. Zugleich sind in dieser Altersgruppe hoch dosierte Benzodiazepin-Langzeitverschreibungen sehr häufig.

### Computerspiel und Internet

Aktuelle internationale Studien, die vorwiegend Jugendliche befragten, stufen 1,6 bis 8,2 Prozent der Internetnutzer als „abhängig“ ein. Anfällig dafür, auf derart unangemessene Weise in virtuelle Welten zu flüchten, sind vor allem Jugendliche in der Pubertät. Nach der Studie „Prävalenz der Internetabhängigkeit“ (2011) können in der Gruppe der 14- bis 64-Jährigen ca. 560.000 Menschen als internetabhängig und ca. 2,5 Millionen Menschen als problematische Internetnutzer bezeichnet werden.



## Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen

Bier, Wein und Schnaps – kein anderes Suchtmittel ist in Deutschland so akzeptiert wie Alkohol. Kinder und Jugendliche haben die Erwachsenenendrogen längst auch für sich entdeckt. Die Zahl der 10- bis 17-Jährigen, die mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert wurden, hat sich zwischen 2000 und 2008 fast verdoppelt (+170 Prozent). In NRW hat sich deren Zahl von 2010 auf 2011 um rund 250 auf 4.650 weiter erhöht. Was weniger bekannt ist, ist die Tatsache, dass auch für das Modell „Komasaufen“ die Älteren das Vorbild sind. Drei von vier Krankenhausbehandlungen aufgrund von Alkoholvergiftung werden bei Erwachsenen durchgeführt.

Prävention durch Verkaufsverbote und hohe Preise ist nicht chic und bringt angeblich nichts. Tatsache ist: Norwegen und Schweden gehören in Europa zu den Ländern mit dem niedrigsten Alkoholkonsum. In Norwegen werden jährlich rund 8,3 Liter reinen Alkohol getrunken, in Schweden sind es 8,8 Liter. In diesen Zahlen ist geschmuggelter und illegal gebrannter Alkohol bereits mitgerech-

net. Deutsche trinken dagegen deutlich mehr: 9,6 Liter jährlich. Außerdem sind Preisänderungen bei Alkohol intensiv erforscht, mit dem eindeutigen Ergebnis: Wenn alkoholische Getränke teurer werden, sinkt der durchschnittliche Pro-Kopf-Verbrauch. Im internationalen Vergleich sind alkoholische Getränke in Deutschland preiswerter als in den meisten anderen Ländern. Zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen gehört deshalb, Alkohol nicht so leicht verfügbar und teurer zu machen.

Bei der Prävention gilt es aber auch zur Kenntnis zu nehmen: Von 208 dokumentierten Alkoholpräventionsprojekten haben nur 5,3 % ihre Wirkung evaluiert, in nur vier Projekten (1,9 %) wurden Wirkungen festgestellt, nur zwei Studien (1 %) sind methodisch zufriedenstellend. Das ist das Ergebnis einer DIMDI-Prüfung (2012) von 208 Alkoholpräventionsprojekten in 95 Einrichtungen. „Das in großem Umfang in Deutschland implementierte Präventionsprojekt HaLT ist demnach gegenwärtig nicht evidenzbasiert. Insgesamt lässt sich festhalten, dass eine wirksame und

nachhaltige Verhaltensänderung des Risikoalkoholkonsums durch die Präventionsprogramme [...] nicht zu beobachten ist.“ Diese Bilanz ist erschreckend. Immerhin werden jährlich mindestens 36 Millionen Euro für Alkoholpräventionsmaßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausgegeben. Die kritische Analyse zeigt, dass weder auf der Ebene Bund, Länder oder Kommunen die Prävention für Kinder und Jugendliche effektiv betrieben wird.

Die Kompetenz von Psychotherapeuten wird dagegen bisher zu wenig genutzt. Wo eine Alkoholgefährdung oder -sucht vorliegt, wo sich Verhaltensweisen und Denkmuster ändern sollen, ist therapeutische Kompetenz erforderlich. In Deutschland beginnt eine Alkoholbehandlung häufig viel zu spät nach einem Krankenhausaufenthalt. Viel zu selten wird eine Suchterkrankung frühzeitig erkannt und behandelt. Kinder von Alkoholikern haben ein erhöhtes Risiko, selbst an einer Sucht zu erkranken. Prävention hieße, diesen Kindern Angebote zu machen und ihre inneren Kräfte („Resilienz“) zu fördern.

## Prävention – Arbeitsplatz

Die Belastungen in der modernen Arbeitswelt sind vielfältig, wie das Beispiel eines international tätigen mittelständischen Unternehmens aus dem Anlagenbau zeigt. Fach- und Führungskräfte des Unternehmens wurden mehrere Monate in die Welt entsandt, um dort Produktionsstätten für Kunden aufzubauen. Dabei summierte sich gleich eine Liste von Risikofaktoren: Ein hoher Termindruck, die soziale Entwurzelung aus dem gewohnten Netzwerk, eine unzureichende Vorbereitung auf die kulturellen Gepflogenheiten, die Abgeschlossenheit der Produktionsstätten von städtischen Zentren, häufige Verlängerung der Auslandsaufenthalte aufgrund einer dünnen Personaldecke, eine Unternehmenskultur, die Fehler bestraft sowie eine unzureichende Unterstützung durch das Unternehmen. Als Folge davon kam es zu Suchtproblemen mit Ausfallraten von bis zu 30 % der Mitarbeiter.

Der Konsum, der Missbrauch oder auch die Abhängigkeit von Substanzen oder Verhaltensweisen dienen im Zusammenhang mit der Arbeit nicht selten der Emotionsbewältigung und Anspannungsreduktion. Prävention steht dabei vor der Herausforderung, sich in die Strukturen, Prozesse und Rahmenbedingungen der jeweiligen betrieblichen Arbeitswelt

einbetten zu müssen. Auf der einen Seite stehen Großkonzerne mit ausgefeilten hierarchischen sowie unternehmenspolitischen Strukturen und interkulturellen Herausforderungen. Auf der anderen Seite gibt es eine Vielzahl von kleinen und mittelständischen Unternehmen, die zum Teil hohe Anforderungen an die Tätigkeitsvielfalt von Mitarbeitern und Führungskräften stellen. In der Arbeitswelt zeigt sich zudem ein Trend in Richtung schnellerer Kommunikationswege und eines fließenden Übergangs zwischen Privat- und Berufsleben (z.B. durch Heimarbeitsplätze und ständige mobile Erreichbarkeit), womit hohe Anforderungen an die Selbstregulation von Mitarbeitern und Führungskräften verbunden sind.

Hierbei sind die Entwicklung eines „psychischen Gesundheitsmanagements“ sowie einer Unternehmenskultur, die psychischen Problemen mit Offenheit begegnet, wichtige Aspekte der universellen Prävention in einer Organisation. Weitere Bausteine sind in einer positiven Fehlerkultur sowie hinreichenden Informationen über Abhängigkeit am Arbeitsplatz zu sehen. Dem sollte eine Beratung und Sensibilisierung der obersten Führungsebene und der zuständigen Abteilung vorzuziehen, welche für die Einteilung von

finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen zuständig sind.

Betriebliche Suchtpräventionskräfte oder Sozialbeauftragte, eine angemessene Vorbereitung von Risikogruppen (z.B. der o.g. Mitarbeiter im Auslandseinsatz), die Möglichkeit einer organisationsunterstützten psychologischen Beratung für die Mitarbeiter und in der Wahrnehmung von Suchtentwicklung geschulte Führungskräfte sind wichtige Maßnahmen der selektiven Prävention.

Weist ein Mitarbeiter eine Abhängigkeitserkrankung auf, stehen Führungskräfte vor einem herausfordernden Spagat zwischen empathischer Unterstützung und der konsequenten Verfolgung einer Handlungsstrategie. Die Unterstützung durch externe therapeutische Berater, eine Netzwerkstruktur mit dem Hilfesystem oder das Bereithalten von Plätzen in Entzugs- oder Reha-Einrichtungen durch größere Organisationen sind wichtige Maßnahmen der indizierten Prävention. Betriebliche Suchtprävention stellt damit auch ein interessantes Wirkungsfeld für Psychotherapeuten dar und bietet die Möglichkeit, Prävention und Hilfeangebote stärker mit dem Ort der Abhängigkeitsentwicklung zu verzahnen. (Autor: André Schmidt)

## Neue pharmakotherapeutische Ansätze in der Alkoholentwöhnung?

Deutschland verfügt zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit über ein ausgesprochen differenziertes Suchthilfesystem. Dazu gehören u.a. Selbsthilfe, die ambulante Beratung, die Entzugsbehandlung, spezifische Rehabilitations-/Entwöhnungsangebote, Nachsorgemaßnahmen und postrehabilitative Angebote sowie soziotherapeutische Angebote. Alkoholbedingte Beeinträchtigungen sollten jedoch in der medizinischen und psychotherapeutischen Primärversorgung stärker beachtet werden. Je früher eine Alkoholabhängigkeit behandelt wird, desto besser kann auch ihre Chronifizierung verhindert werden.

Bisher sind Erkrankte jedoch schon jahrelang alkoholabhängig, bevor ihre Erkrankung erstmals diagnostiziert wird. Nur etwa ein Viertel der Menschen mit einem Alkoholmissbrauch nimmt innerhalb eines Jahres eine Suchtbehandlung in Anspruch. Suchtverläufe bis zur ersten einschlägigen Behandlung sind nicht selten zehn bis 15 Jahre lang mit dem Ergebnis einer Chronifizierung und Ausweitung von Problemen auf andere Lebensbereiche (Gesundheit, Arbeit/Beruf, Familie und Partnerschaft).

Im Rahmen von Frühinterventionen (z.B. mit Hilfe des Motivational Interviewing) können frühzeitig Aufmerksamkeit fokussiert und Veränderungsmotivation aufgebaut werden, um einer Chronifizierung vorzubeugen.

Die hohe Wirksamkeit der Entwöhnungsbehandlung in Deutschland ist durch eine Vielzahl von Studien seit Jahren belegt. Die seit 15 Jahren regelhaft durchgeführten Einjahreskassamentesen z.B. der stationären Entwöhnungseinrichtungen zeigen, dass – je nach Berechnungsart – zwischen 75 und 50% der Behandelten ein Jahr nach der Behandlung noch stabil abstinent sind. Damit gehört die Sucht-Reha zu den erfolgversprechendsten Ansätzen im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen (Missel et al., 2013)

Von besonderer Bedeutung ist die Mitbehandlung komorbider psychischer Erkrankungen. Hier sind die entsprechenden Leitlinien zur Behandlung zu berücksichtigen, die eventuell auch eine medikamentöse Mitbehandlung oder Unterstützung empfehlen. Nicht selten ist es sinnvoll, eine solche Behandlung psychischer Störungen auch nach einer Entwöhnungsbehandlung anzuschließen,

wenn eine bessere Verzahnung zwischen Akut- und Reha-Bereich erfordert sowie auch entsprechendes Fachwissen zu Abhängigkeitsstörungen in Remission bei den niedergelassenen Psychotherapeuten.

Aktuell findet im Gemeinsamen Bundesausschuss eine Anhörung zum Einsatz von Alkoholentwöhnungsmitteln statt, zeitgleich erfolgte ein Zulassungsverfahren für das Medikament Selincro® (Nalmefen), das im Herbst 2013 auch auf dem deutschen Markt als Entwöhnung unterstützendes Medikament zugelassen werden wird. Im Einzelfall können solche pharmakotherapeutischen Behandlungen sinnvoll sein, wenn die Erkrankten dabei unterstützt werden, ihren Alkoholkonsum zu verringern oder gar einzustellen. Da bislang Langzeituntersuchungen fehlen, ist noch nicht abzuschätzen, ob es schädliche Nebenwirkungen gibt oder gar die Substanz ein eigenes, bedeutsames Abhängigkeitspotential besitzt.

Der Einsatz von Alkoholentwöhnungsmitteln ist grundsätzlich nur eine ergänzende Strategie, um die Behandlungsbereitschaft zu unterstützen. Anders sollte eine Verringerung der Trinkmenge nicht zu erzielen sein. Bei Indikation sollte sie eine Abstinenz vom Alkohol erleichtern und den Patienten in seiner Problemsicht und Motivation bzgl. Verhaltens- und Einstellungsänderungen unterstützen.

Bei der Alkoholabhängigkeitsstörung ebenso wie beim schädlichen Gebrauch handelt es sich um komplexe psychische Störungen, deren Behandlung multimodal erfolgen muss – mit einem Schwerpunkt auf der psychotherapeutischen und psychoedukativen Ebene. Eine ausschließlich medikamentöse Behandlung ist nicht zweckmäßig, da sich zielgerichtete Verhaltens- und Einstellungsänderungen nicht pharmakotherapeutisch herstellen lassen.

Jede wissenschaftlich fundierte und empirisch überprüfte Erweiterung der Methoden zur effektiven Behandlung der Alkoholabhängigkeit ist zu begrüßen. Inwiefern hier Arzneimittel zur Unterstützung einer Alkoholentwöhnung ihren Platz haben, muss auf Basis kritischer Bewertungen vorhandener Studien und letztlich im Behandlungsprozess individuell entschieden werden. Sicherergestellt sollte sein, dass der Einsatz kompatibel mit den therapeutisch

als sinnvoll angesehenen Zielsetzungen ist und dass der Patient nicht geschädigt bzw. eine Linderung oder Heilung hinausgezögert wird. Die Medikation darf keinesfalls Ersatz für aus finanziellen oder strukturellen Gründen nicht zur Verfügung stehende bewährte Behandlungsprogramme sein.

Programme, die auf einen verringerten, kontrollierten Alkoholkonsum zielen, befinden sich in Deutschland und auch international noch in der Erprobungsphase. Auch die Psychotherapierichtlinie geht deshalb davon aus, dass die Erreichung einer Abstinenzstabilität und damit eine Unterbrechung der negativen Krankheitsentwicklung die zentrale Voraussetzung für eine ausreichend tragfähige Behandlungsmotivation und eine Befähigung zur Verhaltens- und Einstellungsänderung bildet. Seit 2011 ist allerdings eine ambulante Psychotherapie von Patienten mit Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit auch möglich, wenn bei Beginn der Therapie noch keine Suchtmittelfreiheit vorliegt.

Ziel der Behandlung einer Alkoholabhängigkeitsstörung ist die Alkoholabstinenz. Dies ist auch in der medizinischen Rehabilitation in den Vereinbarungen der Leistungs- und Kostenträger zu Abhängigkeitsstörungen konsentiert und damit Teil des Auftrags der Leistungserbringer.

In der medizinischen Rehabilitation sind die Abstinenzfähigkeit des Patienten, seine sozialen Kompetenzen, seine Selbstwirksamkeitserwartung sowie seine Fähigkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und angemessen zu befriedigen von zentraler Bedeutung, um den besonderen Aufgaben einer (Re-)Integration des Patienten in sein berufliches, arbeitsplatzbezogenes und soziales Umfeld gerecht zu werden. Aufgrund der empirisch fundierten Wirksamkeit abstinenzenorientierter Behandlungsprogramme und den umfangreichen Erfahrungen im Bereich der Selbsthilfe gelten diese für Menschen mit Abhängigkeitsstörungen immer noch als erste Behandlungswahl.

(Autorin: Prof. Dr. Wilma Funke)



## Oft übersehen – Sucht im Alter

In einer alternden Gesellschaft steigt auch der Anteil psychisch kranker älterer Menschen an. Depressive Störungen gehören neben demenziellen Erkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter. Nach neuesten epidemiologischen Untersuchungen (DEGS, 2013) leidet jeder 20. Mensch über 65 Jahren an einer Depression und jeder 100. an Alkoholismus. Diese Ein-Jahres-Prävalenzen sind erheblich niedriger als bei den 18- bis 34-Jährigen, die am häufigsten psychisch erkranken. Danach erkrankt etwa jeder achte junge Erwachsene an einer Depression und jeder 13. leidet an Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.

Die epidemiologisch ermittelten Häufigkeiten für depressive Erkrankungen im Alter sind auch niedriger als die diagnostizierten Depressionen im Alter. Es kann also vermutet werden, dass ältere Menschen von Hausärzten häufiger für depressiv gehalten werden, als sie es tatsächlich sind. Bei älteren Menschen ist vor allem der Anteil von Diagnosen unspezifischer Depressionen deutlich erhöht.

Unstrittig ist allerdings, dass ältere Menschen zu viele Medikamente nehmen. Jeder vierte Erwachsene über 70 Jahren nimmt ein Psychopharmakon. Vor allem Frauen erhalten Beruhigungsmittel, teils mit gravierenden Nebenwirkungen. Benzodiazepine erhöhen z.B. das Sturzrisiko erheblich. Dabei sollten Psychopharmaka gerade bei älteren Menschen, die bereits aufgrund mehrfacher körperlicher Leiden häufig fünf oder mehr Medikamente

nehmen, nur nach sorgfältiger Prüfung verordnet werden.

Ältere Männer greifen häufiger als ältere Frauen zu Alkohol. Bei nicht wenigen setzt der gefährliche Alkoholkonsum erst nach dem 65. Lebensjahr ein. Viele, die dauerhaft und risikoreich trinken, bleiben unerkannt, da sie meist aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden sind und sich ihre sozialen Kontakte verringert haben. Viele ältere Menschen tun sich ausgesprochen schwer damit, über ihre Abhängigkeit zu reden oder gar fachliche Unterstützung zu beanspruchen.

Sucht im Alter ist eines der großen Tabuthemen in der Versorgung älterer Menschen – auch bei den Fachleuten. Dabei spielen auch fürsorglich gemeinte Motive eine Rolle: Will man Menschen

mit eingeschränktem Bewegungsradius und anhaltender Traurigkeit, Angst und Schmerzen ihre Medikamente oder gar den Alkohol wegnehmen?

Der Anteil der älteren Menschen ist sowohl in ambulanten als auch in stationären Suchteinrichtungen sehr niedrig. Fast alle Einrichtungen konzentrieren sich auf jüngere und mittlere Altersgruppen. Zukünftig wird die Frage aber immer drängender, ob ältere Patienten so erheblich benachteiligt werden dürfen wie bisher.

Wer heute den 65. Geburtstag erlebt, hat durchschnittlich noch 15 bis 20 Lebensjahre vor sich – rund ein Viertel seines Lebens. Ob jemand in dieser langen Zeitspanne alkoholabhängig ist oder nicht, ist nicht belanglos. Wegsehen ist keine Option mehr.

## Fachtag „Psychotherapie trifft Sucht“

14. November 2013

09.30 Uhr Begrüßungskaffee

10.00 Uhr Begrüßung Monika Konitzer  
Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW

### Wie viel Psychotherapie brauchen Suchtbehandlung und -rehabilitation?

10.30 Uhr ... aus Sicht des Wissenschaftlers  
Prof. Dr. Harald Rau  
Vorstandsvorsitzender Die Zieglerchen e.V.

11.15 Uhr ... aus Sicht des Praktikers  
PD Dr. Johannes Lindenmeyer  
Direktor der salus klinik Lindow

12.00 Uhr ... aus Sicht der Sozialversicherung  
Dr. Arthur Günthner  
Leitender Medizinaldirektor der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

12.30 Uhr Mittagspause

13.30 Uhr ... aus Sicht der Politik  
Günter Garbrecht  
SPD, Abgeordneter des Landtags NRW,  
Vorsitzender Ausschuss Arbeit, Gesundheit und Soziales

14.00 Uhr ... aus Sicht der Fachverbände  
Ralf Schneider  
Vorstandsvorsitzender des Fachverbands Sucht e.V.  
Dr. Bernd Wessel  
Stellv. Vorsitzender des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.

15.00 Uhr Podiumsdiskussion  
Moderation: Jürgen Zurheide

16.00 Uhr Ende der Veranstaltung

Ort: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Bezirksstelle Köln, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln

## Impressum

### PTK-Newsletter

Herausgeber:  
Psychotherapeutenkammer NRW  
und  
Landespsychotherapeutenkammer  
Rheinland-Pfalz

Redaktion:  
Kay Funke-Kaiser,  
Stefanie Kiszkenow,  
Johannes Klüsener, Angelika Koshal,  
André Schmidt, Regina Sosna

Willstätterstraße 10  
40549 Düsseldorf

Tel. 02 11 / 52 28 47 - 0  
Fax 02 11 / 52 28 47 - 15

E-Mail: info@ptk-nrw.de  
Internet: www.ptk-nrw.de

V.i.S.d.P.: Monika Konitzer  
Druck: Druckhaus Fischer, Solingen  
Erscheinungsweise: viermal jährlich