

Claudia Botschev

Suchtrehabilitation: Symptombewältigung und Sinnentdeckung im Leben

Rehabilitation of Addiction: Overcoming Symptoms and finding Meaning in Life

Zusammenfassung

Im deutschsprachigen Raum wurden persönliche Werte und spirituelle Themen in der Suchtrehabilitation meist ausgeklammert. Mit zunehmender Beachtung idiographischer Ansätze in Diagnostik und Therapie zeichnet sich in den letzten Jahren eine Wende ab, die inzwischen nicht nur Fachgesellschaften, sondern auch Kostenträger therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen berücksichtigen. Sinn- und Werteorientierung der Suchtrehabilitation in der Klientenzentrierten Problemlösung [(KPB) – Fachambulanz für Suchterkrankungen in Dachau und München] werden vorgestellt und eine zwischen 2007 und 2011 erfolgte Befragung von Rehabilitanden zu dieser Thematik wird diskutiert.

Schlüsselwörter: Suchterkrankung, Rehabilitation, persönliche Werte, Sinn im Leben

Abstract

In the German speaking area personal values and spiritual topics were mostly excluded from the rehabilitation of addiction. Together with the increasing attention to idiographic approaches to diagnosis and therapy a turning-point appeared in the last years that meanwhile is considered not only by expert companies but also health and rehabilitation insurances. The role of meaning and values in life during the rehabilitation of addiction in the Klientenzentrierte Problemlösung [(KPB) – institution for outpatient treatment of addiction in Dachau and Munich] is presented and the results of inquiries about this subjects from 2007 until 2011 are discussed.

Keywords: addiction, rehabilitation, personal values, meaning in life

Dr. Claudia Botschev
Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie
Ehem. ärztliche Leiterin der
KPB-Fachambulanzen in München und Dachau
Hangstraße 16, D-76228 Karlsruhe
c.botschev@gmx.de

1. Kurzer Exkurs in Vorgeschichte und Hintergründe der Sinn- und Werteorientierung in der Suchttherapie¹

Seit 1985, jenem Jahr, in dem die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)² eine Tagung unter das Motto „Sinnfrage und Suchtprobleme“ gestellt und deren Referate und Ergebnisse in ihrer Schriftenreihe veröffentlicht³ hat, gibt es nur spärliche deutschsprachige Publikationen zur Integration von Sinn- und Wertfragen oder auch Spiritualität in die Behandlung suchtkranker Menschen. So schrieb der Psychologe und Suchttherapeut Hans Watzl noch 20 Jahre später im Editorial der Zeitschrift „Sucht“, dass man in psychiatrischen Fachzeitschriften des deutschen Sprachraums vergebens nach Studien über die Verbindung von Glauben, Religion und Spiritualität mit körperlicher und seelischer Gesundheit sucht.⁴ Erst wieder 2010 griff der Fachverband Sucht in seinem jährlich stattfindenden Heidelberger Kongress die Integration der Spiritualität in die Suchtbehandlung als Gegenstand eines Forums auf.

So ist es auch nicht verwunderlich, dass deutschsprachige Therapiekonzepte existentielle und spirituelle Themen weitgehend ausgeklammert haben. Ausnahmen waren bislang die allerdings aus Nordamerika stammende Dialektisch-Behaviorale-Therapie Marsha Linehans und die Akzeptanz- und Commitment-Therapie Steven Hayes⁵, die inzwischen eine breite Anwendung gefunden haben und in AWMF-Leitlinien⁶ aufgenommen wurden. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass die achtsamkeitsbasierte Psychotherapie zwar der fernöstlichen Meditationskultur entstammt, jedoch das „von den führenden psychologischen Wissenschaftlern derzeit gestützte Konzept ... die spirituelle Komponente von Achtsamkeit (verwirft).“⁶ Die ebenfalls aus Nordamerika stammende „Existenzielle Psychotherapie“ Irvin Yalom⁷ widmet sich zwar auch ganz zentral Sinn- und Wertfragen, ist jedoch nach Angaben des Autors selbst keine eigenständige lehr- und lernbare Methode, sondern vielmehr eine therapeutische Haltung.⁷ Die sinn- und

werteorientierte Logotherapie Viktor Frankls und seiner Schüler sowie die Integrative Therapie Hilarion Petzolds, österreichischen und deutschen Ursprungs, hingegen, sind Ansätze, die in Laienkreisen, unter Sozialpädagogen und Theologen bekannt und verbreitet sind, von der akademischen Psychologie kaum und von Psychiatern so gut wie gar nicht beachtet wurden.

Andererseits waren die „Mäßigungs“- und Abstinenzbewegungen, die Mitte bis Ende des 19. Jahrhunderts entstanden sind, von humanistischer Einstellung und christlichem Glauben geprägt.⁸ Ferner spielten und spielen spirituelle Aspekte bei den Selbsthilfegruppen eine wichtige, bei den Anonymen Alkoholikern (AA) eine zentrale Rolle.⁹

Vor dem Hintergrund dieser Diskrepanz und der Individualisierung bzw. „Subjektzentrierung“ in Psychotherapie und Rehabilitation sah schließlich 2011 der gemeinsame Leitfaden der Deutschen Renten- und Gesetzlichen Krankenversicherung vor, dass die Klärung von Sinn- und Wertfragen in die Konzepte der medizinischen Rehabilitation aufgenommen wird,¹⁰ ohne jedoch das biopsychosoziale Krankheitsmodell um eine spirituelle Dimension zu erweitern. Dessen ungeachtet war dieser Leitfaden Ausdruck einer Wende, die auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) berücksichtigt hat. Mit der Gründung des Referats „Religiosität und Spiritualität“ im Jahr 2013 sollte diese Thematik einer professionellen Auseinandersetzung zugeführt und wissenschaftlich untersucht werden. So heißt es auf der Homepage dieses Referats, dass „in der deutschsprachigen Psychiatrie und Psychotherapie ... seit einigen Jahren ein »spiritual turn« zu beobachten (ist), nachdem die existentiellen Fragen des Menschseins in Verbindung mit Glaube, Religiosität und Spiritualität jahrzehntelang in beiden Fachdisziplinen vernachlässigt wurden ...“¹¹ Im Dezember 2016 gaben namhafte Forscher auf diesem Gebiet ein DGPPN-Positionspapier heraus mit „Empfehlungen zum Umgang

mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie“. Darin werden Religiosität und Spiritualität als identitätsbildende anthropologische Universalien angesehen, und es wird gefordert, dass sie als persönliches Sinnsystem und kulturbildende Einflussfaktoren in der Psychotherapie gewürdigt werden.¹²

2. Rehabilitation¹³ in der KPB

1990 wurde die abstinentenorientierte Klientenzentrierte Problemlösung (KPB) als Fachambulanz für Alkohol- und Medikamentenabhängige eröffnet und war damit die erste ambulante Rehabilitationseinrichtung für Suchtkranke in Deutschland. 1993 folgte die Ermächtigung zur Institutsambulanz. 2005 konnte die zweite Niederlassung in München mit ihrer Arbeit beginnen. 2008 wurde die KPB zur Rehabilitation Glücksspielabhängiger zugelassen. Die kontinuierliche Kooperation mit der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München gewährleistete die wissenschaftliche Begleitforschung und führte zu wertvollen Impulsen sowie einem lebendigen Austausch zwischen wissenschaftlicher Theorie und therapeutischer Praxis. Die KPB befindet sich in privater Trägerschaft und ist von der deutschen Kassenärztlichen Vereinigung ermächtigt, alkohol-, medikamenten- und glücksspielabhängige Patienten auf eine ambulante Entwöhnungstherapie vorzubereiten. Die sich nahtlos daran anschließende Rehabilitation ist von den Rentenversicherungsträgern, gesetzlichen Krankenkassen und Beihilfestellen anerkannt.

2.1 Sinn und Werte in Grundkonzept und Programm

Im Folgenden möchte ich aus meiner Sicht als ärztliche Leiterin der KPB in den Jahren 2007 bis 2016 ein Therapiekonzept für Patienten mit Suchterkrankungen darstellen, in das Sinn und Werte eingebunden worden sind.

Da Suchtkranke den körperlich Kranken nicht gleichgestellt waren und ihnen von Anfang an

die Schuld an ihrer Erkrankung direkt oder indirekt, offen oder insgeheim unterstellt wurde, legte die KPB großen Wert auf eine annehmende und wertschätzende Haltung der Therapeuten im Kontakt mit den „Klienten“ sowie eine nicht direktive Beratung.¹⁴ Die Einrichtungsbezeichnung „klientenzentrierte Problemlösung“ geht daher unmittelbar auf Carl Rogers und sein „Ideal der autonomen Persönlichkeit“ zurück, „die ihre Werte eigenständig wählen oder mit Hilfe einer klientenzentrierten Therapie finden kann.“¹⁵ Carl Rogers nannte „die Beratung Suchenden nicht mehr »Patienten«, sondern »Klienten«, um ihre aktive Auftraggeberrolle (in Anlehnung etwa an Anwaltsklienten) und die Fähigkeit und Notwendigkeit zu eigenen und selbstverantworteten Entscheidungen zu betonen.“¹⁶ In diesem Beitrag wird jedoch – wie im psychiatrischen Kontext üblich – durchgehend der Begriff „Patient“ verwendet.

Die nicht direktive Beratung in den ersten Kontakten erfolgt gemäß der in der Suchttherapie mittlerweile etablierten „Motivierenden Gesprächsführung“ nach William Miller und Stephan Rollnick, die ihrerseits auf die Gesprächsbedingungen von Rogers zurückgeht.¹⁷

Dem Modell der Themenzentrierten Interaktion nach Ruth Cohn¹⁸ folgend, wurde die so genannte Sucht-und-Sinngruppe ins therapeutische Konzept integriert, die Inhalte der Logotherapie Viktor Frankls aufgreift, wenngleich es sich nicht um Logotherapie im engeren Sinne handelt. Diese themenspezifische Gruppe ist fester Bestandteil der suchtmedizinischen Rehabilitation. Hier findet eine Auseinandersetzung mit wesentlichen Aspekten des menschlichen Lebens statt, die in Bezug auf süchtiges Verhalten einerseits und eine sinnvolle Lebensführung andererseits behandelt werden (s. Abschnitt 2.3.2.).

Die genannten Verfahren sind in die tiefenpsychologische Grundausrichtung eingefügt. Die übergeordneten Ziele bestehen – neben einer möglichst dauerhaften und zufriedenstellenden Abstinenz – im Erkennen der psychodynamischen

Zusammenhänge der Suchtentwicklung, in der Integration der Suchterkrankung in das Selbstbild, in der Zunahme an Freiheitsgraden im Erleben und Verhalten sowie der „Orientierung der Lebensperspektive an sinnstiftenden Werten“. Vor allem das letztgenannte Ziel hat Werner Eberwein in der Einleitung zu seiner Monografie über die Humanistische Psychotherapie als deren wesentliches Charakteristikum betont.¹⁹ Sowohl die Klientenzentrierte Psychotherapie, die Motivierende Gesprächsführung, die Themenzentrierte Interaktion wie auch die Logotherapie lassen sich der Humanistischen Psychotherapie zuordnen. Unabhängig vom gemeinsamen Menschenbild und der Integration kognitiv-verhaltenstherapeutischer Elemente blieb die Therapie in der KPB stets der Tiefenpsychologie als Basisausrichtung verpflichtet.

2.2 Therapiestruktur

Die Behandlung erfolgt im Wesentlichen in zwei Kernabschnitten: einer etwa zwei- bis dreimonatigen Motivations- und einer sechs- bis achtmonatigen Rehabilitationszeit. Wie bei jeder Suchtmittelentwöhnung ist eine Entgiftung vorgeschaltet, die bei Alkoholabhängigen unter bestimmten Voraussetzungen ambulant²⁰ erfolgen kann. Genauer gesagt handelt es sich dabei um einen sogenannten qualifizierten Entzug, d. h. die Bewältigung körperlicher und psychischer Entzugssymptome einerseits sowie die Motivation zu einer Verhaltensänderung andererseits. In dieser Zeit stehen übende Verfahren im Vordergrund der Therapie, während in der Rehabilitation der Schwerpunkt auf verstehenden Ansätzen liegt.

Bedeutsam für die Patienten ist der nahtlose Übergang innerhalb der sogenannten Behandlungskette, d. h. von der Beratung zum Entzug, vom Entzug in die Motivationsphase und von dort in die Entwöhnung, d. h. Rehabilitation. Der Suchtkranke erfährt eine stufenlose Behandlungskontinuität vertrauter Therapeuten unter einem Dach. Die Brüche des dualen Finanzierungssystems von Krankenkassen und Rentenversicherungen, von

akuter und postakuter Therapie seiner Erkrankung bleiben für ihn unbemerkt. Die Behandlungsstrukturen passen sich seinen Bedürfnissen an.

Während der Rehabilitation absolvieren die Patienten fünf Therapieeinheiten pro Woche, d. h. eine Einzeltherapieeinheit und zweimal zwei Gruppentherapieeinheiten. Bei den beiden wöchentlichen Gruppensitzungen handelt es sich jeweils um ein themenzentriertes und ein themenoffenes Angebot. Die themenzentrierten Gruppensitzungen bestehen im ersten Teil der Rehabilitation aus zwölf systematisch aufgebauten thematisch gegliederten Sucht-Informationsabschnitten, die klassisch psychoedukativ gestaltet sind, und im zweiten Teil aus zwölf „Sucht-und-Sinn“-Abschnitten, die ebenfalls thematisch gegliedert sind und, wie bereits erwähnt, nach dem Modell der Themenzentrierten Interaktion durchgeführt werden. Damit ist dieses Therapieprogramm erheblich dichter als die üblichen ambulanten Angebote in der Bundesrepublik Deutschland.

Zur Unterstützung des Therapieerfolgs werden die Angehörigen in Form von Paargesprächen und Paarseminaren sowie Einzelberatungen und Seminaren, letztere ohne Beisein der Patienten einbezogen.

2.3 Therapieinhalte

Im Sinne Viktor Frankls soll neben dem *Freiwerden von süchtigen Verhaltensweisen* ein *Freiwerden zum*²¹ Auffinden von Sinnmöglichkeiten in der abstinenten Neuorientierung bewirkt werden. Im Verlauf der Therapie verschiebt sich somit der Schwerpunkt von verhaltensmodifizierend-übenden über psychodynamisch-verstehende zu einstellungsmodulierend-sinnstiftenden Akzenten. Zunächst werden die in den Therapiesitzungen erarbeiteten Verhaltensmodifikationen in den Alltag übertragen und bis zur Gewöhnung eingeübt. Daraufhin wird die Suchtentwicklung mit der Lebensgeschichte verknüpft und deren Bedeutung für die Lebensgestaltung erarbeitet. Schließlich werden existenzielle Fragen aufgegriffen, Werte als wichtige

Determinanten des Sinnerlebens²² und „Kompass der Psychotherapie“²³ genauer untersucht sowie Zukunftsperspektiven entwickelt.

In diesem Prozess schreiben die Therapeuten keine Sichtweise vor, sondern laden dazu ein, neue Informationen zu berücksichtigen und die Perspektiven zu wechseln. Sie stehen den Patienten mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung zur Seite und fördern deren Selbständigkeit und Eigenverantwortung.

2.3.1 Symptombewältigung

Der Therapiebeginn ist geprägt von der Bewältigung körperlicher und psychischer Entzugssymptome und der Aufrechterhaltung der Abstinenz unter Alltagsbedingungen. Im Rahmen der begleitenden psychoedukativen Gruppensitzungen geht es um „die strukturierte Vermittlung ... behandlungsrelevanter Informationen und de(n) Einsatz behavioraler Elemente ... zur Umsetzung der vermittelten Inhalte in praktische Fertigkeiten ...“²⁴. Gedanken und Gefühle, die das Verlangen nach Suchtmitteln resp. süchtigem Verhalten hervorrufen, müssen erkannt und beachtet werden. Verführungssituationen sind zu umgehen oder zu verändern. Gegen die Rückfallgefahren werden individuelle Notfallpläne erstellt. Dabei gilt es auch, den Einfluss bedeutender Personen des sozialen Umfeldes zu berücksichtigen und diese möglichst frühzeitig in die therapeutischen Maßnahmen einzubeziehen. Ferner werden soziale Fertigkeiten erfasst, erweitert und trainiert. Parallel zu diesen Interventionen wird das Krankheitsverständnis erarbeitet.

Probleme, die sich aus dem süchtigen Verhalten ergeben haben, werden schrittweise gelöst und Fremdmotivation zur Abstinenz in Eigenmotivation umgewandelt. Im weiteren Therapieverlauf müssen die Notfallpläne die Probe aufs Exempel bestehen. Durch kontinuierliches Einüben alternativer Verhaltensweisen und dem damit verbundenen Erfolg wird das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gestärkt, das süchtige Verhalten

allmählich entbehrlich und so die Abstinenz gefestigt. Bei stabiler Abstinenz wird der Fokus auf die Einordnung der Suchtentwicklung in den biografischen Kontext und die Einsicht in psychodynamische Zusammenhänge gelegt. Dadurch kann die Bedeutung der Erkrankung für die Lebensgestaltung erkannt, das Krankheitsverständnis vertieft, die Krankheitsakzeptanz gefördert und bei günstigem Verlauf die Suchterkrankung ins Selbstbild integriert werden.

2.3.2 Sinnentdeckung im Leben

„Sinn kann auf säkularen oder auf religiös-spirituellen Wegen gefunden werden.“²⁵ Als Psychiater und Psychotherapeuten sind wir an unser Methodenspektrum gebunden, das religiöse oder spirituelle Interventionen zwar aus-, Offenheit für religiöse und spirituelle Bedürfnisse der Patienten jedoch einschließt. Nicht zuletzt ist auch für Patienten ohne religiös-spirituelle Anbindung eine Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen relevant.²⁶ Entscheidend ist, dass letztere in einem „tabu- und doktrinfreien Untersuchungsraum“ stattfindet²⁷ und dass die unterschiedlichen Werte und Haltungen der einzelnen Gruppenmitglieder nicht als miteinander konkurrierend, sondern einander ergänzend angesehen werden.

Da „das, was unserem Leben Sinn und Bedeutung verleiht, in den seltensten Fällen bewusst ist“,²⁸ bedarf es der Brücken, der Vehikel, d. h. der Themen, die als Sinnquelle dienen können. So hat sich im Lauf der vielen Jahre, in denen die „Sucht- und Sinn-Gruppe“ abgehalten wurde, ein bestimmter Themenkanon herauskristallisiert. Dabei hatte ursprünglich der 1992 in der Zeitschrift „Sucht“ veröffentlichte Beitrag von Paul Kern, eines psychologischen Psychotherapeuten der Entwöhnungsklinik „Furth im Wald“, einen wesentlichen Einfluss.²⁹ Darin präsentierte er die Ergebnisse einer „Sinn-Gruppe“, die sich mit den Themen „Schicksal“, „Freiheit“, „Entscheidungen“, „Schuld“, „Scham“, „Werte“, „Sinn“ allgemein und „letzter Sinn“ speziell beschäftigte. Da es sich bei der Suchterkrankung um

eine Erkrankung der Person in ihrer Beziehung zu anderen Personen³⁰ handelt und folglich die Lebensgestaltung in der Auseinandersetzung mit anderen Menschen erfolgt,³¹ wurde das Angebot um zwischenmenschliche Beziehungen allgemein, wichtige Rollen innerhalb der Familie speziell sowie bedeutsame Gefühle erweitert. So entstanden die folgenden zwölf Themen:

- Schicksal und Freiheit
- Werte und Träume
- Gewissen, Schuld und Scham
- Ärger, Aggression und Gewalt
- Genuss und Lust
- Begegnungen und Freundschaften
- Liebe und Partnerschaft
- Erleben der Mutter und des eigenen Mutter- oder auch Nichtmutterseins
- Erleben des Vaters und des eigenen Vater- oder auch Nichtvaterseins
- Glaube und Spiritualität
- Tod und Trauer

In der Bearbeitung dieses Zyklus folgten wir nur in den ersten Jahren Kerns Beispiel, nach dem Positionen von Viktor Frankl zu den Themen vorgelegt und mit den Patienten diskutiert wurden. Die meisten unserer Patienten waren damit überfordert. So wurde schließlich weitgehend auf Definitionen und Positionen verzichtet. Da es darauf ankam, Sinn und Werte im Leben jedes Einzelnen zu erarbeiten, wurden Fallberichte, Geschichten, Märchen, Gedichte und Filme eingesetzt, die als deutungsoffenes Sinn- und Werteservoir zum Anlass von Diskussionen und Interpretationen genommen wurden. Körperliche und bildnerische Ausdrucksformen, Rollenspiele, Genuss- und Imaginationsübungen wurden zusätzlich integriert, um einen Zugang zu Gefühlen zu ermöglichen, der verbal oft versperrt blieb. Nicht zuletzt lenkten die Therapeuten mit Hilfe des „Sokratischen Dialogs“³² die Aufmerksamkeit der Patienten auf die oftmals nicht bewussten persönlichen Werte und halfen ihnen so beim Auffinden eigener Sinnmöglichkeiten.

2.3.3 Evaluation der »Sucht-und-Sinn-Gruppe«

Nach Abschluss der 12 Themenabende wurden Rückmeldebögen an die Patienten ausgegeben zur Erfassung von Wirkungsweise und Wirksamkeit der Gruppe. Der Aufbau dieser Bögen orientierte sich am Vier-Faktoren-Modell der themenzentrierten Interaktion nach Ruth Cohn³³ und berücksichtigte die einzelnen Teilnehmer, die Gruppe, das Thema und die Leitung unabhängig voneinander wie auch in ihrer Interdependenz. Das Ausfüllen und Abgeben der Rückmeldebögen erfolgte freiwillig. Neben einer Benotung in Zahlenwerten konnte und sollte eine Begründung oder auch ein Kommentar mit eigenen Worten abgegeben werden.

Für diesen Beitrag wurden die Rückmeldebögen der Jahre 2007 bis 2011 berücksichtigt,³⁴ da in dieser Periode sowohl der Themenkanon und der jeweilige Bearbeitungsleitfaden als auch die Leitung durch ein Therapeutenpaar, d. h. einen Therapeuten und eine Therapeutin, unverändert blieben. In München und Dachau haben zu dieser Zeit 699 Patienten an der Sucht-und-Sinn-Gruppe teilgenommen. 450 Patienten haben einen ausgefüllten Rückmeldebogen abgegeben.

Das durchschnittliche Ergebnis der numerischen Bewertung auf einer Skala von 0 („hat mir nichts gebracht“) bis 10 („besser hätte es nicht sein können“) lag bei 8. Zudem zeigte sich ein Geschlechtsunterschied. Wenngleich die durchschnittlichen Bewertungen nicht sehr weit auseinander lagen – die Durchschnittsnote der Männer (n = 259) belief sich auf 7,7, die der Frauen (n = 91) auf 8,1 – so war der Unterschied doch hoch signifikant ($p < 0,001$). Bemerkenswert war ferner, dass die Skala zur Gänze ausgeschöpft wurde, d. h. die Angaben der Werte 0 wie auch 10 wurden nicht gescheut. Dies dürfte für die polarisierenden Eigenschaften der Inhalte sprechen, die sich auch in den heftigen Affekten widerspiegeln, die mitunter mobilisiert wurden.

Die meisten Patienten hatten sich bei den Themen engagiert und von den Inhalten profitiert. Die Leitung durch Vertreter beider Geschlech-

ter wurde besonders geschätzt. Die Dauer der Gruppensitzungen von zwei Gruppeneinheiten à 100 Minuten mit kurzer Pause wurde unterschiedlich bewertet. Einigen war sie zu lang, anderen wiederum viel zu kurz.

Den Freitextkommentaren war zu entnehmen, dass die Themen die wichtigsten Lebensbereiche abdeckten und viele Denkanstöße vermittelten. Immer wieder äußerten die Patienten, dass sie erkannt hätten, woran sie noch arbeiten müssten. Einige Patienten brachten die Wirkungsweise besonders anschaulich zum Ausdruck. Sie schrieben:

- *„Die Gruppe berührte Punkte, die im Verborgenen lagen.“*
- *„Mir ist eine Fülle von Werten bewusst geworden, die bisher unbeachtet geblieben sind.“*
- *„Die Gruppe war eine Entdeckungsreise zu den Wurzeln der Krankheit.“*
- *„Es gab kein Thema, das mich nicht interessiert hat; vor einigen hätte ich mich gerne gedrückt.“*
- *„Obwohl ich müde kam und glaubte »heute fesselt mich nichts«, war ich plötzlich mittendrin.“*
- *„Die Sucht-und-Sinn-Gruppe hat mich ermuntert, das zu zeigen, was in mir lebt.“*

Abgesehen davon, dass die meisten Patienten die meisten Themen positiv bewerteten, gaben die Patienten auf die Frage, von welchem Thema sie besonders profitiert und bei dem sie sich besonders engagiert hätten, das Thema „Tod und Trauer“ an. Das Thema, das ihnen am wenigsten gebracht habe, sei „Glaube und Spiritualität“ gewesen. Die übrigen Themen lagen breit gestreut zwischen diesen beiden.

2.3.4 Diskussion der Ergebnisse

Ungeachtet der wenigen Patienten, die keinen Bezug zu den Themen der Sucht-und-Sinn-Gruppe herstellen konnten und sie als irrelevant für ihre Ziele ansahen, zeigten die Teilnehmer unserer wie die von Paul Kerns Gruppe überwiegend großes Interesse an den Themen und waren überzeugt, dass ihnen die gemeinsame Bearbeitung bei der Bewältigung ihres weiteren Lebens helfen

würde. Vielen unserer Patienten war diese Gruppe „Themengenerator“ für nachfolgende Therapiesitzungen.

Die Ablehnung des Themas „Glaube und Spiritualität“ entsprach der häufig geäußerten Ablehnung der AA-Gruppen. Ganz besonders abgelehnt wurde der Glaube an eine „höhere Macht“ und einen „persönlichen Gott“ sowie die Ergebenheit und Demuthaltung, die in dem Zwölf-Schritte-Programm der AA zum Ausdruck kommt. In diesem Kontext ist der Kommentar, dass das Thema „Glaube und Spiritualität“ zu weit weg vom Alkohol sei, hervorzuheben, weil er die ursprüngliche Nähe zur Abstinenzbewegung in ihr Gegenteil verkehrt. Diese Haltung vieler unserer Patienten stimmt mit den Befunden der Übersichtsarbeit von Raphael Bonelli und Harald Koenig überein, die den Zusammenhang von Religion und Spiritualität mit psychischen Erkrankungen zwischen 1990 und 2010 untersucht haben. Sie fanden in sechs von neun Studien eine entgegengesetzte Beziehung von Religiosität und Substanzmissbrauch.³⁵ Andererseits gibt es Untersuchungsbefunde, die spirituelles Erleben in Zusammenhang mit der Therapie von Suchtkranken bringen.³⁶ Nicht zuletzt gilt den Anonymen Alkoholikern (AA) Spiritualität als Schlüssel zur Abstinenz.³⁷

Bei der Beurteilung von Nähe und Distanz zu Spiritualität muss einerseits die Entwicklung der Abhängigkeit von deren Therapie andererseits unterschieden werden. So kann es im Therapieverlauf durchaus zu einer Handlungsänderung kommen. Ferner muss religiöse von nicht religiöser Spiritualität unterschieden und berücksichtigt werden, dass das Verständnis von Spiritualität außerordentlich heterogen ist.³⁸ Nicht zuletzt könnte die Haltung der Gruppenleiter eine Rolle gespielt haben, wengleich sie nicht Gegenstand der Gruppensitzung zu diesem Thema war. Ungeachtet dessen hat Spiritualität im universellen Standardwerk zur deutschen Gegenwartssprache die Bedeutung von Geistigkeit im Gegensatz zur Materialität.³⁹

Vor dem Hintergrund der Ablehnung des The-

mas „Glaube und Spiritualität“ ist erwähnenswert, dass innerhalb des Lieblingsthemas „Tod und Trauer“ traditionelle christliche Begräbnisrituale gleichermaßen abgelehnt wurden wie das Thema „Glaube und Spiritualität“ selbst. Bekenntnisse zu einer bestimmten Religion und religiöse Praktiken kamen nahezu ausschließlich bei denen zum Islam vor. Hierbei handelte es sich in erster Linie um Migranten, die ihren Glauben bezeugten. Unsere Befunde konvergieren mit denen des Religionspsychologen Michael Utsch, der 2015 im Psychotherapeutenjournal konstatierte: „In Westeuropa fühlt sich nur noch eine Minderheit einer höheren Macht verpflichtet, die sie durch religiöse Praktiken und Rituale verehrt ...die überwiegende Mehrheit der Migranten und Flüchtlinge (ist hingegen) religiös geprägt.“⁴⁰ Selbst unter den Mitgliedern der AA ließ sich im Rahmen einer groß angelegten Befragung anlässlich eines deutschsprachigen Ländertreffens bereits im Jahr 1991 eine Abwendung vom Christentum feststellen. Während die „Höhere Macht“ von ca. 95 % (287 von 303 der Befragten) anerkannt wurde, bezog sie sich für die meisten von ihnen auf die Gemeinschaft der AA selbst, auf die „Kraft der Gruppe“, am wenigsten hingegen auf den christlichen Gott. Selbst der Gottesbegriff von Kirchenmitgliedern innerhalb der AA war vom Christentum losgelöst.⁴¹

Aus diesen Ergebnissen lässt sich jedoch keineswegs eine existentielle Indifferenz⁴² oder ein Desinteresse an spirituellen Fragen ableiten. Lediglich die Ausrichtung der Sinnsuche und Verwirklichung von Werten hat sich von einer religionsgebundenen zu einer säkularen verschoben. Ein Beispiel dafür ist auch die Bevorzugung des Themas „Tod und Trauer“ unserer Patienten. Diejenigen, die dieses Thema zu ihrem Lieblingsthema gewählt haben, erkannten und erlebten das hilfreiche Potential für das Hier und Jetzt, das in der Auseinandersetzung mit diesem Gegenstand steckt.

Der signifikante Geschlechtsunterschied in der Gesamtbeurteilung der Sucht-und-Sinn-Gruppe ist schwer zu interpretieren. Gab es ge-

schlechtsspezifische Aspekte, die entsprechend gewürdigt wurden? Sprechen Sinn- und Wertfragen Frauen eher an als Männer, oder handelt es sich lediglich um einen statistischen Effekt aufgrund der hohen Anzahl der Beteiligten? Diese Fragen lassen sich mit dem hier vorgestellten Material nicht beantworten. Dazu müsste eine gesonderte Untersuchung durchgeführt werden.

Die Paarkonstellation der therapeutischen Leitung, die von den Patienten sehr geschätzt wurde, hat auch Alfred Längle, der die Logotherapie Frankls maßgeblich weiterentwickelt⁴³ und existenzanalytische Gruppentherapien mit Suchtkranken durchgeführt hat,⁴⁴ als bedeutsam hervorgehoben. Ob sie der Leitung zweier Therapeuten oder Therapeutinnen überlegen ist, kann nur durch gezielte Vergleichsuntersuchungen bestätigt oder verworfen werden.

3. Fazit und Ausblick

Die Sucht-und-Sinn-Gruppe der KPB harmonierte von Anfang an gut mit der tiefenpsychologischen und humanistischen Grundorientierung der ambulanten Suchtrehabilitation. Allgemeine Therapieziele wie die dauerhafte zufriedenstellende Abstinenz, die Remission bzw. Verbesserung der körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen, die Förderung der psychosozialen einschließlich der beruflichen Integration sowie ein selbstbestimmtes Leben wurden mit ganz persönlichen Zielen und Werten verknüpft. Die allgemeine Wirksamkeit der Rehabilitation in der KPB konnte in zahlreichen Studien und Katamnesen nachgewiesen werden.⁴⁵ Die Wirksamkeit der Sucht-und-Sinn-Gruppe hingegen kann mit der Auswertung von Rückmeldebögen, die vor mehr als fünf Jahren ausgefüllt wurden, nicht belegt werden. Dies war aber auch nicht Ziel der Auswertung. Andererseits ist mir seit der Veröffentlichung von Paul Kern im Jahr 1992 keine Publikation eines spezifischen Angebots zur Bearbeitung von Sinn- und Wertfragen in der Suchtrehabilitation des deutschen Sprachraums bekannt. Seine Schlussfolgerungen bezie-

hen sich zudem auf eine sehr kleine Gruppe von acht Patienten. Vor diesem Hintergrund dürfte die vorliegende Evaluation einer recht großen Stichprobe über einen Zeitraum von fünf Jahren durchaus heuristischen Wert besitzen. Es ging hierbei nicht um die Prüfung von Hypothesen, sondern um die Exploration der persönlichen Werte und Sinnentdeckung überwiegend Alkoholabhängiger im Zustand stabilisierter Abstinenz. Die Konvergenz mit den Befunden anderer Forschergruppen, die freilich keine Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit Alkoholabhängiger, geschweige denn Suchtkranker allgemein, erlauben, können dennoch relevante Ausgangshypothesen für Studien generieren, die den Anforderungen empirischer Forschung genügen.

So lautet meine Schlussfolgerung: Bei aller Vorläufigkeit lassen die Befunde erkennen, dass neben suchtspezifischen Parametern, soziodemografischen Daten und psychopathologischen Profilen, die Auseinandersetzung mit Sinn- und Wertfragen in der Rehabilitation Suchtkranker bedeutsam ist. Das Rehabilitationsziel der „gleichberechtigten, selbstbestimmten, dauerhaften Teilhabe am Leben in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“ sollte daher ergänzt werden durch Sinnerfüllung in den jeweiligen Kontexten gemäß dem Rehabilitationsgrundsatz einer „Restitutio ad optimum“.⁴⁶

Referenzen

- 1 Die Begriffe „Sucht“ und „Abhängigkeit“ werden in diesem Beitrag synonym gebraucht, obwohl die jeweiligen Konnotationen verschieden sind.
- 2 Damals hieß sie noch Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.
- 3 Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Sinnfrage und Suchtprobleme. Menschenbild, Wertorientierung, Therapieziele*, Band 28 der Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Hoheneck Verlag, Hamm (1986)
- 4 Watzl H., *Heilt Glauben? Zum Zusammenhang von Religiosität und Spiritualität mit Suchtverhalten und Gesundheit*, Sucht (2005); 51: 134-135
- 5 AWMF steht für Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.
- Die Dialektisch- Behaviorale-Therapie wurde z.B. in die Leitlinie zur Emotional instabilen (Borderline-) Persönlichkeitsstörung und die Akzeptanz-Commitment-Therapie in die Leitlinien zur Unipolaren Depression und zu den Zwangsstörungen aufgenommen.
- 6 Bohus M., *Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie*, Der Nervenarzt (2012); 11: 1479-1489
- 7 Yalom I. D., *Existenzielle Psychotherapie*, 5. Auflage, EHP-Verlag Andreas Kohlhaage, Bergisch Gladbach (2010), S. 12
- 8 Stimmer F. (Hrsg.), *Suchtlexikon*, R. Oldenbourg Verlag, München, Wien (2000), S. 3ff.
- 9 Murken S., *Die Konzeptualisierung von Spiritualität und „Höherer Macht“ im Genesungsprogramm der Anonymen Alkoholiker (AA)*, Archiv für Religionspsychologie (1994); 21: 141-152
- 10 Deutsche Rentenversicherung, *Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztätig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker* vom 23. September 2011, S. 8, <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> > Infos für Experten > Sozialmedizin & Forschung > Reha-Wissenschaften > Reha-Konzepte > Konzepte Sucht und Rehabilitation (letzter Zugriff am 10.02.2017)
- 11 DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.), *Religiosität und Spiritualität*, <https://www.dgppn.de> > Die DGPPN > Referate (letzter Zugriff am 10.02.2017)
- 12 DGPPN, *Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie*, Positionspapier, 19.12.2016, <https://www.dgppn.de> > Presse > Stellungnahmen > Archiv > Stellungnahmen 2016 (letzter Zugriff am 10.02.2017)
- 13 gleichbedeutend mit Entwöhnung
- 14 Botschev C., *Der Patient in der Suchttherapie. Vom stigmatisierten zum respektierten Menschen?* Suchtmed (2010); 12: 287-291
- 15 Pongratz L., *Geschichte der Psychotherapie*, in: Bastine et al. (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie*, edition psychologie, Weinheim, Deerfield Beach (Florida), Basel (1982), S. 127
- 16 Frenzel P., Keil W. W., Schmid P. F., Stölzl N. (Hrsg.), *Klienten- / Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*, Facultas-Univ.-Verlag, Wien (2001), S. 18
- 17 Miller W. R., Rollnick S., *Motivierende Gesprächsführung*, 3. Auflage, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau (2009), S. 21f.

- 18 Schulz von Thun F., *Themenzentrierte Interaktion*, in: Bastine R. et al. (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie*, edition psychologie, Weinheim, Deerfield Beach (Florida), Basel (1982), S. 409f.
- 19 Eberwein W., *Humanistische Psychotherapie. Quellen, Theorien und Techniken*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (2009), S. IX
- 20 Wenn keine schweren Begleit- und Folgeerkrankungen vorliegen, es zu keinem Delir oder epileptischen Anfall in der Vorgeschichte gekommen ist und vor allem während der Nacht eine Bezugsperson anwesend ist, kann der Entzug ambulant erfolgen.
- 21 Dieser Doppelaspekt der Freiheit geht nicht auf Frankl zurück. Er hat ihn lediglich als bedeutsam für sein Menschenbild aufgegriffen.
- 22 Schnell T., *Psychologie des Lebenssinns*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg (2016), S. 26
- 23 Flassbeck C., Kessler B. H., *Werte als Kompass der Psychotherapie*, in: Senf W., Broda M., Wilms B. (Hrsg.), *Techniken der Psychotherapie. Ein methodenübergreifendes Kompendium*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (2013), S. 24-28
- 24 Hornung W. P., Feldmann R., *Psychoedukative Verfahren und Angehörigenarbeit*, in: Möller H.-J. (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen*, 3. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (2006), S. 146
- 25 Utsch M., *Spiritualität: Bewältigungshilfe oder ideologischer Fanatismus? Umgang mit religiös-spirituellen Ressourcen und Bedürfnissen – Teil I*, Psychotherapeutenjournal (2015); 4: 347-351
- 26 DGPPN, siehe Ref. 12
- 27 Utsch M., siehe Ref. 25, S. 348
- 28 Schnell T., siehe Ref. 22, S. 12
- 29 Kern P., *Eine „Sinn-Gruppe“ als Zusatzangebot bei der stationären Behandlung von Suchtkranken*, Sucht (1992); 38: 173-179
- 30 analog Thomas Fuchs' Definition der psychischen Erkrankung in seinem Buch: *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan*, 4. Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart (2013), S. 279
- 31 Flassbeck C., Kessler B. H., siehe Ref. 23, S. 27
- 32 Schischkoff G., *Philosophisches Wörterbuch*, 21. Auflage, Alfred Kröner Verlag, Stuttgart (1982), S. 425
- 33 Rubner A., *Ruth Cohn zum 100. Geburtstag – ihr Leben und ihr Werk*, Psychotherapeutenjournal (2012); 1: 4-9
- 34 Die Ergebnisse hat die Verf. bereits in zwei Vorträgen auf dem 23. und 25. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht im Juni 2010 und 2012 präsentiert.
- 35 Bonelli R. M., Koenig H. G., *Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review*, J Relig Health (2013); 52: 657-673
- 36 Engelhardt A., *Die Suche nach dem Sinn bei Suchtkranken. Zusammenfassung verschiedener Studien*, <http://www.sinnforschung.org/> > Archive > Juni 2010 (letzter Zugriff am 29.06.2017)
- 37 Murken S., *Das Konzept der Zwölf Schritte und der „Höheren Macht“*. Zum Genesungsprogramm der Anonymen Alkoholiker, prävention (2008); 2: 57-60
- 38 Steinmann R. M., *Spiritualität – die vierte Dimension der Gesundheit. Eine Einführung aus der Sicht der Gesundheitsförderung und Prävention*, 3. Auflage, Lit Verlag, Wien (2015), S. 111 ff.
- 39 Wahrig-Burfeind R., *Deutsches Wörterbuch*, 8. Auflage, Wissen Media Verlag GmbH, Gütersloh, München (2006), S. 1389
- 40 Utsch M., siehe Ref. 25, S. 348
- 41 Murken S., siehe Ref. 9, S. 146
- 42 Die Sinnforscherin Tatjana Schnell hat mit ihren Arbeitsgruppen in zahlreichen Studien erstmals eine sogenannte existentielle Indifferenz quantitativ herausgearbeitet, einen Zustand geringer Sinnerfüllung, der nicht mit einer Sinnkrise einhergeht. In ihrer Monografie „Psychologie des Lebenssinns“ hat sie dieser Thematik ein eigenes Kapitel gewidmet. (siehe Ref. 22, S. 85 ff). Viktor Frankl hingegen ging davon aus, dass der Mensch grundsätzlich nach Sinn in seinem Leben strebt, dass er ein „um Werteverwirklichung und Sinnerfüllung ... ringendes Wesen“ ist. (zit. in Riemeyer J., *Die Logotherapie Viktor Franks und ihre Weiterentwicklungen. Eine Einführung in die sinnorientierte Psychotherapie*, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern (2007), S. 177)
- 43 ebd., S. 378 ff.
- 44 Längle A., *Modell einer existenzanalytischen Gruppentherapie für die Suchtbehandlung*, in: Längle A., Probst C. (Hrsg.), *Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten*, Facultas Universitätsverlag, Wien (1997), S. 155
- 45 Auswahl: Bottlender M., Soyka M., *Outpatient alcoholism treatment. Predictors of outcome after three years*, Drug and Alcohol Dependence (2005); 80: 83-89; Soyka M., Löhnert B., Bottlender M., *Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation am Beispiel der Fachambulanz für Suchterkrankungen „Klientenzentrierte Problemlösung“ in Dachau*, Sucht Aktuell (2006); 13: 76-81; Schmidt P., Kufner H., Löhnert B., Kolb W., Zemlin U., Soyka M., *Effizienz der ambulanten und stationären Alkoholentwöhnung – Prädiktoren für den Behandlungserfolg*, Fortschritts Neurol Psychiatr (2009); 77: 451-456
- 46 Diehl R., Gebauer E., Groner A. (Hrsg.), *Kursbuch Sozialmedizin. Lehrbuch zum Curriculum der Bundesärztekammer*, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2014), S. 322 f.