

Inhalt

- Körperliche Aktivitäten und therapeutischer Sport in der Behandlung von Substanzkonsumstörungen
- Wie gefährlich sind Drogen?
- S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Körperliche Aktivitäten und therapeutischer Sport in der Behandlung von Substanzkonsumstörungen

Körperliche Aktivitäten und therapeutischer Sport werden im Rahmen von Rehabilitationsbehandlungen von Substanzkonsumstörungen immer wichtiger. Das zeigen sowohl Meta-Analysen als auch kontrollierte Einzelstudien.

Verweis

Wang D, Wang Y, Wang Y, Li R, Zhou C (2014) Impact of Physical Exercise on Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. PLoS ONE 9(10): e110728. doi:10.1371/journal.pone.0110728

Linke, S. E. & Ussher, M. (2015): Exercise-based treatments for substance use disorders: evidence, theory and practicality. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 41, 7-15.

Soravia, L.M. et al. (2016): Klettern als Chance in der Suchtbehandlung. Suchttherapie, 17, 34-39.

Der Stellenwert von körperlichen Aktivitäten und Sport als Elemente im Behandlungsprogramm von Männern und Frauen mit Substanzkonsumstörungen hat sich in den letzten 10 Jahren gewandelt. Körperliche Aktivitäten werden als sporttherapeutische Interventionen konzipiert und gezielt angeboten in der Annahme, dass sie den Behandlungsprozess unterstützen und in vielen Fällen auch beschleunigen können. Darauf weisen die Ergebnisse von Meta-Analysen hin, die jedoch auch betonen, dass die Ergebnisse als Folge methodischer Unzulänglichkeiten bislang uneinheitlich sind. Das bestätigen auch Einzelstudien, wie die im Folgenden etwas ausführlicher dargestellte Studie zum therapeutischen Klettern in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit.

Soravia et al. haben in ihrer Studie die Effekte von therapeutischem Klettern im Rahmen einer 8-12-wöchigen Alkoholentwöhnungsbehandlung genauer untersucht. Es handelt sich um ein zusätzliches Angebot, das nach 4 Wochen Teilnahme am normalen Behandlungsprogramm gewählt werden konnte, mit jeweils 3 Stunden Klettern pro Woche in einer Kletterhalle in Gruppen mit 12 Patientinnen und Patienten. 4/5 der Teilnehmenden in der Klettergruppe sind Männer, 1/5 Frauen. Der Ablauf des therapeutischen Kletterns gliederte sich in 3 Phasen: der Aufwärm- und Übungsphase, der Kletterphase in Teams, und der Reflektionsphase mit jeweils einem Schwerpunkt (z.B. Achtsamkeit, Grenzen, Flow, Umgang mit Angst, Selbstwertgefühl). Zum Vergleich zur Klettergruppe wurde eine Kontrollgruppe gebildet; beide Gruppen unterscheiden sich nicht voneinander hinsichtlich demographischer (z.B. Alter, Geschlecht) sowie klinischer Ausgangsvariablen.

Angenommen wurde, dass therapeutisches Klettern zu einer im Vergleich zur Kontrollgruppe stärkeren Steigerung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeitserwartung führt und dass Patientinnen und Patienten mit einer erhöhten Angstsymptomatik stärker von diesem Angebot profitieren als Patientinnen und Patienten mit weniger Ängsten.

Die Ergebnisse zeigen, dass alle von der Behandlung profitieren: bei allen steigt im Laufe der Behandlung das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeitserwartung; bei allen nehmen die Ängste ab. Patientinnen und Patienten, die jedoch zusätzlich unter einer Angststörung gelitten haben und am therapeutischen Klettern teilgenommen haben, profitierten am meisten davon: sie wiesen den stärksten Rückgang der Angstsymptomatik auf und den stärksten Zuwachs an Selbstwertgefühlen. Ein Zusammenhang zwischen therapeutischem Klettern und der Zunahme der Selbstwirksamkeit konnte nicht nachgewiesen werden, was dafür spricht, dass andere Faktoren bzw. andere therapeutische Angebote des Behandlungsprogramms für entsprechende Veränderungen entscheidend sind. Die Ergebnisse weisen also darauf hin, dass therapeutisches Klettern vor allem den (meist männlichen) Patienten zugutekommt, die sowohl eine Alkoholkonsumstörung aufweisen als auch eine Angststörung.

Stoutenberg, M. et al. (2015): Attitudes and preferences towards exercise training in individuals with alcohol use disorders in a residential treatment setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 49, 43-49.

Stoutenberg et al. (2015) haben die Einstellungen zu Sport und die Präferenzen für körperlichen Aktivitäten von Männern und Frauen in Suchtbehandlungseinrichtungen untersucht. Sie konnten zeigen, dass insgesamt eine große Offenheit gegenüber Angeboten zu körperlichen Aktivitäten besteht sowie eine generelle Bereitschaft, entsprechende Angebote anzunehmen. Alle Befragten bevorzugten persönliche Ansprachen und Unterstützung durch professionelle Trainerinnen und Trainer gegenüber Anleitung über das Internet oder andere Medien. Je nach Kontext werden Gruppenangebote vor Einzeltrainings bevorzugt. Das könnte in Zusammenhang stehen mit der sportlichen Aktivität selbst, worauf die Autorinnen und Autoren jedoch nicht eingehen.

Darüber hinaus unterscheiden sich die Interessen und Wünsche von Männern und Frauen in mehrfacher Hinsicht. Männer wünschen sich intensive Trainingseinheiten, bevorzugt Krafttraining, Frauen wählen eher weniger intensives Training. Sie bevorzugen vielmehr Dehn- und Streckübungen sowie Yoga und Schwimmen. Die Studie empfiehlt daher, bei der Auswahl von Angeboten zu körperlichen Aktivitäten und Sport im Rahmen von Rehabilitationsbehandlungen von Substanzkonsumstörungen und beim Setting die Wünsche der Klientel soweit möglich zu berücksichtigen. Sie argumentieren, dass sich damit die positiven Wirkungen von körperlichen Aktivitäten zum Beispiel auf die Reduktion von Ängsten und von depressiven Gefühlen steigern lassen, was sich wiederum positiv auf die generellen Behandlungsziele auswirken kann.

Spannend wäre es, zu untersuchen, ob Sportarten, die Gruppenzusammenarbeit voraussetzen, die sozialen Fähigkeiten von Männern und Frauen mit Substanzkonsumstörungen beeinflussen und verbessern helfen. Dazu liegen derzeit allerdings keine empirischen Studien vor.

Wie gefährlich sind Drogen? Eine Gefährlichkeitsabschätzung psychoaktiver Substanzen durch die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF)

Die im Dezember 2015 aufgelöste und in die Eidgenössische Kommission für Suchtfragen (EKSF) überführte Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) hat kurz vor ihrer Auflösung eine Literaturanalyse zu internationalen Studien zu den Gefahren psychoaktiver Substanzen in Auftrag gegeben. Aus dieser Überblicksstudie leitet die EKDF umfangreiche Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine kohärente Drogenpolitik ab.

Verweis

Domenig, D./ Cattacin, S. (2015): *Sind Drogen gefährlich? Gefährlichkeitsabschätzungen psychoaktiver Substanzen*. I.A. der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen. Genève: Université de Genève (*Sociograph – Sociological Research Studies*, 22a).

Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) bestand von 1997 bis 2015. In dieser Zeit hat sie Schweizer Behörden und den Bundesrat bei drogenpolitischen Fragestellungen beraten – eine Aufgabe, die seit Januar 2016 an die thematisch breiter ausgerichtete EKSF übergegangen ist. Die Expertise zur Gefährlichkeitsabschätzung von Drogen (inklusive Alkohol, Tabak und psychoaktiven Medikamenten), die Domenig und Cattacin (2015) in ihrem Auftrag erstellt haben, erhebt keine eigenen Daten, sondern vergleicht internationale Studien aus den letzten zwanzig Jahren, die sich mit der Gefährlichkeit von Drogen befasst haben.

Hintergrund ist die Idee, im Rahmen einer rationalen Drogenpolitik aus wissenschaftlich begründeten Gefahreinschätzungen zu einzelnen Substanzen unterschiedliche Regulationsmodelle für diese Substanzen (vom völligen Verbot über

Online unter
<https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&sg-id=60108>

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2015): World Drug Report 2015. New York: United Nations Publications, Online unter https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

eingeschränkte Verfügbarkeiten bis hin zu liberalisierten Märkten) ableiten zu können. Der Wunsch nach einer solchen wissenschaftlich begründeten Klassifikation psychoaktiver Substanzen wird dabei umso bedeutsamer, je mehr die Zahl der zu regulierenden Substanzen steigt. Während sich die erste Opiumkonvention von 1912 noch auf ganze vier Substanzen beschränkte (Opium, Kokain, Heroin und Morphin), stieg die Zahl der zu regulierenden Stoffe in den letzten hundert Jahren immer weiter an und umfasst heute neben traditionellen Pflanzen mit psychoaktiven Inhaltsstoffen eine kaum zu überschauende Anzahl von Zubereitungen, Medikamenten, Neuro-Enhancement-Substanzen, „legal highs“ und sogenannten „Neuen Psychoaktiven Substanzen“ (NPS). Das United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) kommt in seinem letzten Weltrogenbericht auf mehr als 500 solcher NPS (UNODC 2015, 67). Die Motive für den Konsum all dieser Substanzen schwanken zwischen medizinischen Gründen, ritualisiertem Konsum, sozialen Gründen, Freizeitkonsum, Genuss und Abhängigkeit.

Die Gefahren, die von psychoaktiven Substanzen ausgehen, lassen sich wiederum auf sehr unterschiedlichen Dimensionen messen. Die meisten der herangezogenen Expertenstudien (bei denen eine Gruppe von Experten die vorhandene Evidenz im Konsensverfahren einzuschätzen versucht) differenzieren zwischen individuellen Gefährdungen für die jeweiligen Konsumierenden und sozialen Gefährdungen, die sich aus dem Konsum für die Gesellschaft ergeben. Innerhalb dieser beiden Kategorien entwickeln die einzelnen Studien durchaus unterschiedliche Raster. So werden die individuellen Risiken etwa in Abhängigkeitsrisiken, andere psychische Risiken, die Gefährlichkeit für den Organismus, akute und chronische Toxizität, soziale Folgeschäden wie etwa den Verlust von Beziehungen oder von materiellen Werten oder rechtliche Folgen ausdifferenziert.

Bei den Gefährdungen für die Gesellschaft finden sich Dimensionen wie Gewalt, Kriminalität, Opfer im Straßenverkehr, aber auch Kosten für die Behandlungssysteme und Public-Health-Aspekte. Schon auf dieser Analyseebene fällt es schwer, die aktuellen Regulationsmodi vieler Staaten in Übereinstimmung mit den Gefährlichkeitseinschätzungen zu bringen, wird doch in mehreren Studien Alkohol gefährlicher als z.B. Cannabis eingestuft. Nur wenige Studien beziehen auch den Nutzen, der mit den verschiedenen Substanzen verbunden ist (etwa beim medizinischen Gebrauch), in die Analyse ein.

Noch komplexer wird es, wenn man Konsumierendenbefragungen mitberücksichtigt. Einerseits zeigen sich große Übereinstimmungen zwischen den Expertenratings und den Einschätzungen der Konsumierenden. Andererseits betonen Konsumierende die Bedeutung verschiedener Konsummuster für die Gefährdungseinschätzung.

Konsummusterstudien untersuchen den Zusammenhang zwischen der Gefährlichkeit einer Droge und dem Konsumalter, der Konsumhäufigkeit, der Konsummenge, dem Konsum anderer Substanzen und weiterer Variablen wie z.B. dem sozioökonomischen Status. Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern, aber auch zwischen verschiedenen Geburtskohorten. Wiederum einen anderen Ansatz verfolgen Gesundheitsstudien, die die aufgrund des Drogenkonsums verlorenen gesunden Lebensjahre (DALY-Konzept, disease-adjusted life years) zu berechnen versuchen. Insbesondere intravenöser Drogenkonsum, aber auch das mit Amphetaminabhängigkeit verbundene Suizidrisiko verursacht einen großen Teil der mit Drogenkonsum verbundenen DALYs. In die Überblicksarbeit aufgenommen wurden auch Studien, die die Auswirkungen von Stigmati-

sierung, Diskriminierung und dem damit verbundenen chronischen Stress bei illegalem Drogenkonsum analysieren. Dabei zeigt sich, dass auch der Rechtsstatus einer Droge in der Gefährlichkeitsanalyse berücksichtigt werden muss. Zusammenfassend kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass eine Gefährlichkeitsanalyse einzelner Substanzen wenig sinnvoll ist und dass es vielmehr um komplexe Abschätzungen unter Einbezug der Konsummuster, der Dosis, der Konsumart, des Konsumbeginns, des Konsumkontextes und individueller Prädispositionen geht. Für die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) bedeutet dies wiederum, dass „Regulierungsmodelle, die sich ausschließlich an der Gefährlichkeit der Einzelsubstanzen orientieren, (...) ineffizient und nicht zielführend“ sind (Domenig/ Cattacin 2015, 94). Die EKDF schlägt deshalb vor, wissenschaftlich fundierte und in der Praxis umsetzbare Regulierungsmodelle für alle psychoaktiven Substanzen zu erarbeiten, die den gesamten Kontext wie etwa unterschiedliche Konsummuster, besonders vulnerable Gruppen, den Jugendschutz und die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger berücksichtigen.

S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Bereits 2012 hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) eine S3-Leitlinie für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen erarbeitet.

Verweis

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2013): S3-Leitlinie Psycho-soziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie & Psychotherapie. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg. AWMF-Registrierungsnummer: 038-020. Online unter awmf.org/leitlinien/detail/II/038-020.html

Zu den Behandlungsangeboten für Menschen mit substanzbezogenen Störungen gehören medizinische (somatische und psychiatrische) Behandlungen, psychotherapeutische Interventionen und psychosoziale oder soziotherapeutische Interventionen. Psychosoziale und sozialtherapeutische Interventionen werden in der Suchthilfe in der Regel von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und andere psychosozialen Fachkräften durchgeführt. Allerdings gibt es bislang nur zu wenigen psychosozialen Interventionen kontrollierte empirische Studien. Darum liegen dazu auch nur wenige systematische Reviews und Metaanalysen vor. Wichtige Einzelergebnisse zur Wirksamkeit von zum Beispiel Kurzinterventionen, Case Management oder Hausbesuchen und Unterstützung von Familien mit kleinen Kindern durch Familienhebammen usw. sind in den aktuellen S3-Leitlinien zur Behandlung alkoholbezogener Störungen und schädlichen und abhängigen Tabakkonsums eingeflossen. Das ersetzt jedoch keine systematische Recherche zur Prüfung der Wirksamkeit der psychosozialen Interventionen in der gesamten Breite.

Umso interessanter ist deshalb die schon 2012 erarbeitete S3-Leitlinie für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Im Leitlinienreport wird zurecht darauf hingewiesen, dass psychosoziale Therapien „einen zentralen Bestandteil moderner multimodaler Therapiekonzepte für die Behandlung psychischer Störungen“ darstellen, diese aber nicht durch die „ambulanten und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen, sondern durch das psychosoziale Hilfesystem vorgehalten werden“, diese psychosozialen Dienste anders finanziert werden als die Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung und deshalb eine Kooperation beider Hilfesysteme notwendig ist (DGPPN 2012, 3). Obgleich Suchtstörungen „aufgrund der damit verbundenen Beeinträchtigungsschwere, der Vielfalt der einhergehenden psychosozialen Einschränkungen, der Einschränkungen des sozialen Funktionsniveaus sowie der in der Regel längeren Zeitdauer der Erkrankung häufig als

DGPPN (Hrsg.) (2012): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen AWMF-Register Nr. 038-020 Leitlinien-Report Stand: 12.09.2012

Gühne, U., Fricke, R., Schliebener, G., Becker, T. und Riedel-Heller, S. (2014): Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Patientenleitlinie für Betroffene und Angehörige. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg

schwere psychische Erkrankungen im Sinne der vorliegenden Leitlinie zu klassifizieren“ (DGPPN 2012, 5) sind, wird darauf hingewiesen, dass dazu eine eigene Evidenzrecherche und Evidenzbewertung notwendig wäre. Dennoch lohnt es sich, die Befunde der S3-Leitlinie für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen zur Kenntnis zu nehmen, die sich an alle professionell psychiatrisch Tätigen aus Medizin, Psychologie, Sozialer Arbeit, Pflege und anderen Berufsgruppen richtet. An der Entwicklung der Leitlinie waren neben vielen anderen Organisationen auch der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) beteiligt.

Neben der Langfassung liegt auch eine kürzere Version für Patientinnen und Patienten vor. In der Leitlinie werden sowohl Einzelinterventionen (wie Psychoedukation für Betroffene und Angehörige, Peer-to-Peer-Ansätze, Kunsttherapie, Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie und Training von Alltags- und sozialen Fertigkeiten) als auch systembezogene Interventionen wie Case Management, Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben, Wohnangebote für psychisch Kranke, teambasierte gemeindepsychiatrische Behandlungen und Selbsthilfefansätze beschrieben und auf Evidenz überprüft. Mit systematischen Literatur- und Datenbankrecherchen sind zu jeder dieser Interventionsformen Wirksamkeitsstudien gesucht und die Ergebnisse unterschiedlichen Evidenzgraden zugewiesen worden. Daraus werden dann wiederum Empfehlungen abgeleitet. In einem eigenen Kapitel werden die Strukturen der Versorgungssysteme für schwer psychisch kranke Menschen und die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen dargestellt. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, Kindern und Jugendlichen sowie älteren Menschen sind eigene Kapitel gewidmet.

Ein systematischer Überblick über psychosoziale Interventionen bei substanzbezogenen Störungen steht noch aus. Die psychosozialen Berufe sollten nicht darauf warten, bis eine medizinische Fachgesellschaft im Rahmen der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) diese Arbeit in Angriff nimmt.

Impressum

Herausgeberin:

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 71 37 67 77, Fax: (0 69) 71 37 67 78, E-Mail: hls@hls-online.org

Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt,
Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF),
Fachhochschule Frankfurt am Main, Nibelungenplatz 3, 60318 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 94413495, E-Mail: vogt@fb4.fh-frankfurt.de
Prof. Dr. Martin Schmid,
Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften,
Institut für Forschung und Weiterbildung (IFW)
Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz,
Tel: (0261) 9528254, E-Mail: martin.schmid@hs-koblenz.de