

Störungsorientierte Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen

Lindauer Psychotherapiewochen
27. April 2010

Thomas Reinert, Velbert-Langenberg

Einige Fakten zur Sucht ...

- Störungen durch psychotrope Substanzen gehören in Deutschland zu den häufigsten psychischen Störungen; es ist auszugehen von ...
 - 1,7 Mio. Erwachsenen mit einer Alkohol-Abhängigkeit
 - 1,7 Mio. Erwachsenen mit einem "schädlichen Alk.-Gebrauch"
 - 1,4 Mio. Erwachsenen mit einer Medikamenten-Abhängigkeit
 - 350.000 Abhängigen von illegalen Drogen
- Die Zahl der vollstationären Behandlungen wegen akuter Alkohol-Rausch-Zustände hat sich von 54.041 im Jahr 2000 auf 109.283 im Jahr 2008 mehr als verdoppelt
- Einer Einnahme des Staates von 3,5 Mrd. Euro an Alkoholsteuern pro Jahr stehen gegenüber ...
 - 10,9 Mrd. Euro an direkten Kosten (Behandlung, Unfälle, ...)
 - 16,7 Mrd. Euro an indirekten Kosten (Einkommensverluste, Frühverrentung, ...)
- Alkoholkrankheit verkürzt statistisch die Lebenserwartung um durchschnittlich 15 Jahre

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

2

Die erfolgreiche Behandlung von Suchtkrankheiten ist daher nicht nur für den Betroffenen lebenserhaltend und leidenmindernd, sondern auch ökonomisch unbedingt sinnvoll.

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

3

Die Alkoholabhängigkeit ist in Deutschland die mit Abstand wichtigste Suchterkrankung. Im Folgenden konzentriere ich mich deshalb ganz wesentlich auf Alkohol-Abhängigkeit und –Missbrauch; grundlegende Prinzipien der Entwicklung, der Diagnostik und der Therapie sind aber auch auf andere Abhängigkeitserkrankungen übertragbar.

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

4

Grundlegend lässt sich sagen:

- Sucht entsteht nicht „von heute auf morgen“ sondern als schleichende Entwicklung, in deren Verlauf zunächst aus verschiedensten bewussten oder unbewussten Gründen getrunken wird, wobei es aber langfristig zu „neuronalen Sensitivierungsprozessen“ (also: adaptiven neurobiologischen Veränderungen) (~ einem „Suchtgedächtnis“) kommt mit Dysfunktionen der Intentionalität und des Willens, die auch in Abstinenzzeiten wirksam sind (s. Mann & Loeber, 2008)
- Dieser Prozess ist irreversibel

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

5

Dies entspricht dem tiefenpsychologischen Verständnis: Danach sind bei der Sucht zu unterscheiden:

- Eine mehr oder weniger ausgeprägte **Grundstörung** (als wesentliche seelische Voraussetzung für die Entstehung einer Sucht; vgl. Rost, 1987 und 1994)
- Das **Suchtsystem** (als in sich selbständiges, mit zunehmender Dauer der Abhängigkeit immer weniger von der Grundstörung abhängiges und immer mehr körpergesteuertes Geschehen; vgl. Sporn, 2002)

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

6

Demgegenüber ist aber leider festzustellen:

- die meisten Suchtkranken kommen erst in Behandlung, wenn die Krankheit bereits körperliche Erscheinungen (~ Entzug, ...) zeigt, d.h. im Stadium der schon eingetretenen Chronifizierung der Sucht
- nur 6 % aller Alkoholabhängigen kommen in Behandlung in eine Suchtabteilung eines psychiatrischen Krankenhauses
- nur 3 % der Betroffenen werden Patienten einer Suchtfachklinik

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

7

Krankheitsmodelle der Sucht:

- Suchtverhalten wird insgesamt nach wie vor unterschiedlich erklärt. Wichtige Krankheitsmodelle sind:
 - das Modell einer genetischen Vulnerabilität
 - das Stress-Coping-Modell
 - das Konditionierungsmodell
 - das Social-Learning-Modell
 - das tiefenpsychologische Modell
- Für alle Modelle finden sich plausible Begründungen. Aber: es gilt nach wie vor die Beschreibung von Feuerlein (1998), der von der Sucht als einem „multifaktoriellen Bedingungsgefüge“ sprach

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

8

Nach dem multi-kausalen/-konditionalen Modell (Feuerlein, 1998) lässt sich die Sucht-Entstehung beschreiben als ein Zusammenwirken von ...

- spezifischen Substanzwirkungen
 - unmittelbare psychotrope Wirkung
 - Entwicklung erst psychischer, dann physischer Abhängigkeit
 - Toleranzentwicklung
- individuelle Faktoren
 - Genetik (4 Genorte definiert, u.a. zuständig für eine Unempfindlichkeit gegenüber aversiven Effekten des Alkohols, vgl. Mann & Loeber, 2008)
 - „Lern-Geschichte“ / Lebensgeschichte
- Umweltbedingungen

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

9

Tiefenpsychologisch kann man 3 Entstehungs-Faktoren benennen, die sich additiv ergänzen:

- Eine „suchtbereite“ Persönlichkeit, die sich bildet aus
 - genetischer Disposition
 - Strukturentwicklungs-Defiziten in den ersten 6 Lebensjahren (z.B. Verhaftung im „Oralen Modus“ des Welt-Erlebens)
- Die Erfahrung subjektiv positiver Alkohol-Wirkung
- Eine in vielfältig modifizierter Weise erlebbare subjektive Defizienz der Lebenssituation (vgl. Reinert, 2000)

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

10

Sucht-Entwicklungen und -Verläufe sind nicht einheitlich:

- Es besteht eine starke Abhängigkeit von verschiedenen individuellen Faktoren (individuelle genetische Vulnerabilität, Persönlichkeits-Struktur, soziale Einbettung, ... des/der Betroffenen).
- Es gibt eine hohe Varianz zwischen kurzzeitigem Suchtverhalten in Lebens-/Persönlichkeits-Krisen und zunehmender Chronifizierung bis zu Kontrollverlust, Persönlichkeits-Abbau, Tod.
- Eine hohe individuelle Disposition erfordert nur eine relativ geringe Exposition und umgekehrt (Mann, 2003).
- Der Verlauf ist stark abhängig vom „Greifen“ möglichst früh einsetzender Hilfen (Statistik: Mit zunehmender Zahl notwendiger Behandlungen sinkt die Wahrscheinlichkeit wirksamer Beeinflussung der Sucht).

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

11

Bei manifest Suchtkranken ...

- ... spricht „die empirische Evidenz eindeutig dagegen“ (Mann & Loeber, 2008)
Patienten/innen dem Versuch auszusetzen,
wieder kontrolliert trinken zu lernen
- ... hat das Behandlungsziel der Abstinenz die höchsten Erfolgsaussichten
- Dagegen haben sich Programme zum Kontrollierten Trinken bei riskantem und schädlichem Gebrauch durchaus bewährt

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

12

Das „Ideal“ der Abstinenz als Zielsetzung einer Behandlung ist keineswegs immer erreichbar.

- Selbst bei der sehr aufwändigen Entwöhnungs-Behandlung (i.d.R. 12-16 Wochen) ist, bei guter Statistik, bei der Alkoholkrankheit die 1-Jahres-Abstinenz-Quote bei ca. 60 % anzusetzen, die 5-Jahres-Quote bei ca. 40 %.
- Bei der Drogen-Langzeit-Therapie (meist 9 Monate) ist die Abstinenz-Quote auf lange Sicht relativ gering; aber: Es wird i.d.R. eine erhebliche Konsum-Reduktion erreicht.

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

13

An die Stelle der ausschließlichen Forderung nach totaler Abstinenz ist in den letzten beiden Jahrzehnten sinnvollerweise das niederschwellige Konzept der „harm reduction“ getreten.

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

14

Passend dazu hat sich in den letzten 20 Jahren ein Einstellungs-Wandel in der Therapie ergeben:

- Wurde früher eine ausreichende Motivation als Voraussetzung für die Aufnahme einer Therapie angesehen ...
- ... so versteht man heute den Aufbau einer tragfähigen Motivation als zentrale Aufgabe der Therapie

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

15

Uchtenhagen (2009) fasst sehr anschaulich zusammen:

„Ein integratives Behandlungs-System soll ein Kontinuum bilden, das für jede Problemlage eines Patienten das passende Angebot bereit hält, von niederschwelligem Kontakt über motivierende Hilfen bis zu stabilisierenden Therapie-Programmen, nicht in Konkurrenz zueinander, sondern als einander ergänzende Optionen“

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

16

Bei manifester Suchtkrankheit ...

- ... steht am Beginn der Behandlung zunächst die „Außerkraftsetzung“ des Suchtsystems in Form einer **Entgiftung** (also: ein Vorgehen „umgekehrt zur Entstehungsgeschichte“)
- Dabei gilt der Grundsatz: **Keine Entgiftung ohne psychotherapeutische Begleitung !**
- Dringend empfehlenswert ist eine „**Qualifizierte Akutbehandlung**“ (~ „Qual. Entzug“) von i.d.R. 3-wöchiger Dauer; diese umfasst
 - den körperlichen Entzug
 - die Diagnose der Grundstruktur
 - die umfassende Motivierung des/r Betroffenen
 - die konkrete Planung der weiteren Vorgehensweisen
 - die Einleitung weiterführender Maßnahmen (z.B. Selbsthilfe-Gr.)

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

17

Die „Qualifizierte
Akutbehandlung“ führt bei 35 %
- 45 % der Absolventen zu einer
Abstinenz von 6 – 12 Monaten
Dauer (Mann und Loeber, 2008)

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

18

Wichtig ist es in diesem Zusammenhang, darauf hin zu weisen, ...

- ... dass bei der Suchtbehandlung der in der Medizin sonst gültige Grundsatz „cessante causa cessat effectus“ (~ die Beseitigung der Ursache beseitigt auch die Symptome) so nicht funktioniert:
- Voraussetzung jeder intensiveren Grundstörungs-bezogenen Psychotherapie (v.a. tiefenpsychologischer Art) ist zunächst die Herbeiführung einer Abstinenz
- Außerachtlassung dieses Grundsatzes führt in aller Regel zu einem Scheitern der Therapie (vgl. Rost, 1994 und Sporn, 2002)

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

19

Ziele der Therapie der Alkohol- Abhängigkeit sind ...

- die Herbeiführung der Befähigung des/r Betroffenen zu „Selbst-Regulation und Selbst-Management“ (Mann & Loeber, 2008) bzw. die parallele Entwicklung von „Selbstepathie und Selbstdisziplin“ (Sporn, 1992), um ...
- „durch eine ausreichende Stabilisierung und Sicherung der Abstinenz die Rahmen-Bedingungen für die Bearbeitung der zu Grunde liegenden Problematik zu schaffen“ (Mann & Loeber, 2008)

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

20

Voraussetzung für jeden Therapieerfolg ist die Weckung einer Motivation des/r Betroffenen zur Veränderung. Dies ist die Aufgabe jeder qualifizierten Therapie, unabhängig vom verfolgten Konzept.

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

21

Ein sehr gut brauchbares Instrumentarium zur Ermittlung des Standes der Auseinandersetzung eines/r Betroffenen mit der Sucht und seiner/ihrer Motivation stellt die an die OPD angelehnte **Skala „Aneignung der Suchterkrankung“** (Sporn, 2005) dar, die auch eine spezifische Therapieplanung ermöglicht. Sie umfasst 3 Stufen:

- **Abwehr** (Sucht wird für die eigene Person als Krankheit abgelehnt, ...)
- **Akzeptanz** (Sucht wird als Problem der eigenen Person erkannt, aber als „von außen kommende Bedrohung“ bekämpft, ...)
- **Kompensation** (Sucht wird als fester Bestandteil der eigenen Person empfunden, ...)

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

22

Als Methode zur Schaffung einer ausreichend stabilen Motivation des/r Betroffenen hat sich in den letzten Jahren das Konzept der **„Motivierenden Gesprächsführung“** von Miller & Rollnick (2004) bewährt. Dieses basiert auf folgenden Prinzipien:

- Empathie ausdrücken
- Diskrepanzen entwickeln
- „Beweisführungen“ vermeiden, stattdessen immer die Entscheidungs-Freiheit des Patienten/der Patientin betonen
- Widerstände aufnehmen („Zustimmen und Wenden“)
- Selbst-Wirksamkeit und Zuversicht fördern

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

23

Eine qualifizierte Suchttherapie erfolgt heute ...

- in Anpassung an die individuelle Ausgangslage des/r Betroffenen
- nach einem Gesamtkonzept
- durch differenzierte und leicht zugängliche Einrichtungen und Angebote
- mit flexiblem und koordiniertem Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungsformen
- unter Einschluss auch der Selbsthilfe
- und in der „Schulen-übergreifenden“ Erkenntnis, dass die Beziehung zwischen Patient(in) und Therapeut(in) einen entscheidenden Wirkfaktor der Therapie darstellt

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

24

Zu jeder Suchttherapie gehört Psychoedukation:

- P. ist die Basis aller Therapien gleich welcher Schule.
- Der Patient/die Patientin wird aufgeklärt über
 - Sucht als Krankheit, (Entstehung, Formen, Verlauf, ...)
 - physische, psychische und soziale Suchtfolgen
 - Behandlungs-Möglichkeiten der Sucht.
- Es geht dabei auch um die Erzielung einer Übereinstimmung von Therapeut/in und Patient/in hinsichtlich eines Veränderungsbedarfs und von sinnvollen Behandlungszielen.
- P. ist eine Art „kognitive Vorbereitung“ der Therapie. Ihre Wirksamkeit alleine ist sehr begrenzt.
- Es geht aber hierbei wesentlich um die Förderung einer „therapeutischen Haltung“ des/r Betroffenen.

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

25

Eine erzeugte/entwickelte therapeutische Haltung wird von verhaltenstherapeutischen Suchttherapeuten (VT) genutzt ...

- um kritische Rückfallsituationen zu identifizieren (als Voraussetzung für die Erarbeitung von neuen Fertigkeiten der Bewältigung).
- Wichtig ist hier immer wieder der Abgleich der Ziele von Therapeut/in und Patient/in.

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

26

Die VT baut dann eine Hierarchie von Unterzielen auf:

- Analyse von Auslöse-Situationen für Verlangen und Konsum
- Analyse der den Konsum aufrecht erhaltenden Faktoren
- Dabei wird der Fokus z.B. gelegt auf ...
 - Emotionsregulation
 - Kompetenzen vermitteln
 - ein positives Selbstbild
 - ...

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

27

Die kognitive VT ...

- sieht menschliches Verhalten eingebettet in Situationen und Umgebungsfaktoren, die in Verbindung mit Erwartungen und Kognitionen des Individuums das Verhalten beeinflussen.
- Abhängigkeit ist ein erlerntes Verhalten.
- Die physiologische Wirkung des Sucht-Mittels nimmt direkten Einfluss auf Stimmung, Wahrnehmung und Antrieb und damit auf das Konsumverhalten.
- Dieses wird auch noch verstärkt durch Faktoren in der Umgebung (z.B. eine positive Haltung der Umgebung zum Konsum)

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

28

Praktisches Vorgehen in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Suchtbehandlung:

- Ziele sind:
 - Erlerntes Verhalten zu löschen oder zu verändern
 - Sensibilisierung für rückfallkritische Situationen
 - Erarbeitung von Bewältigungs-Strategien
 - Schnelle Beendigung eines Rückfalls
- Geeignete Maßnahmen:
 - Rückfalltagebuch
 - Abschluss von Verhaltens-Verträgen
 - Einübung von Verhaltensweisen, die inkompatibel sind mit Alkohol-Konsum
 - Selbstbelohnung beim Erreichen von (Teil-)Zielen
 - Absprache von konkreten Hilfsmaßnahmen für Rückfälle

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

29

Ergänzende Maßnahmen:

- Expositionstraining
 - Lernen, kritische Rückfallgefahren zu erkennen
 - Reizaussetzung bis das Verlangen abnimmt
 - Einübung von Bewältigungsstrategien für kritische Situationen
- Eventuelle medikamentöse Unterstützung der Therapie, v.a. mit
 - **Anticraving-Substanzen** (z.B. Acamprosat = „Campral“); Ziel: Den „Suchtdruck“ (~ „Craving“) zu reduzieren
 - **Aversiva** (z.B. Disulfiram = „Antabus“); Wirkprinzip: Auslösung einer Unverträglichkeits-Reaktion bei gleichzeitigem Alkohol-Konsum

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

30

Weitere Maßnahmen:

- Soziales Kompetenztraining
 - Beziehungen aufnehmen und führen lernen
 - Übungen zur Diskrimination verschiedener Verhaltensweisen (z.B. aggressives vs. sozial kompetentes Verhalten)
- Paar- und Familientherapie
 - **Stichwort: „Sucht ist eine Familien-Krankheit“**
 - Aufdeckung dysfunktionaler Interaktionsmuster
 - Erarbeitung alternativer Beziehungsmuster

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

31

Die kognitive Therapie (basierend auf Ellis <1962> und Beck <1993>)

- ... sieht, dass bei Suchtkranken lebensgeschichtlich bedingt dysfunktionale Grund-Annahmen und Schemata das Verhalten bestimmen.
- In der Therapie gilt es, unangemessene Denkmuster zu
 - hinterfragen
 - relativieren
 - verändern
- Es geht um eine Neubewertung der bisherigen Grundannahmen

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

32

Bei der „Alkoholismusspezifischen Psychotherapie“ (Brueck & Mann, 2007) handelt es sich ...

- um ein stark verhaltenstherapeutisch orientiertes Verfahren, das ambulant über 25 Einzel-Sitzungen durchgeführt wird und 4 Phasen umfasst.
- Phase 1: Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (Prinzipien der „Motivierenden Gesprächsführung“)
- Phase 2: Funktionale Analyse des Trinkverhaltens, Entwicklung eines Veränderungs- und Behandlungsplans
- Phase 3: Fertigkeitentraining (z.B. Umgang mit Suchtmittel-Verlangen, Arbeitssuche, ...)
- Phase 4: „Check-up“-Sitzungen in größeren Abständen (Rückschau, Motivations-Bestärkung, Erneuerung der Selbstverpflichtung zur Veränderung, ...)

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

33

Ein in Deutschland relativ neues Konzept zur Sucht-Behandlung: Der „Community Reinforcement Approach“ = „CRA“ (Meyers & Smith, 1995):

„Dieser verhaltenstherapeutische Ansatz basiert auf der Grundannahme, dass Verstärker aus dem sozialen Umfeld erheblichen Einfluss darauf nehmen, ob eine Person mit Substanzabhängigkeit den Konsum von Alkohol oder Drogen fortsetzt oder einstellt“ (Lange et al., 2008)

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

34

Wesentliche „Werkzeuge“ des CRA:

- Bedingungsanalyse
- Skills Training
- Erprobung der Nüchternheit
- Zufriedenheits-Skalen
- Ziele der Beratung/Behandlung
- Rollenspiele
- Hausaufgaben
- (Pharmakologische Behandlungs-Unterstützung
mittels Disulfiram <„Antabus“>)

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

35

Die psychoanalytische /
tiefenpsychologische
Suchttherapie hat ihre
Bedeutung v.a. bei
Patienten/innen mit
ausgeprägten Strukturdefiziten
(~ ausgeprägter Grundstörung)

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

36

Ziele der Methodik sind ...

- nicht nur die Erlangung einer längerfristigen Abstinenz-Fähigkeit, sondern eine grundlegende Struktur-Veränderung (Rost, 2004)
- der Ausgleich von v.a. „Ich-Struktur“-Defiziten
- die Entwicklung von Fähigkeiten der Affekt-Differenzierung und –Tolerierung
- Eine „Nachreifung“ der Persönlichkeit

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

37

Psychoanalytische Suchttherapie...

- erfordert wegen ihrer vorübergehenden „Verunsicherung“ des/r Patienten/in während der Behandlung zusätzlich abstinenz-stabilisierende Maßnahmen, z.B. den parallelen Besuch von Selbsthilfegruppen
- wird in der Suchtbehandlung heute weniger in der klassischen Form („Prinzip Deutung“) durchgeführt als in der von Heigl-Evers (1978) entwickelten Version „Psychoanalytisch-Interaktionelle Therapie“ („Prinzip Antwort“)

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

38

Resümee:

- Suchtbehandlung wird in der Schwierigkeit oft unterschätzt und vielfach nicht in der wünschenswerten Qualität durchgeführt.
- Suchtkrankheit ist nicht „ausheilbar“ sondern eine chronische Erkrankung; Therapie kann deshalb immer nur heißen: „Mit der Krankheit leben lernen“.
- Die eine, ideale und für alle Suchtkranken passende Therapie-Methode gibt es nicht.
- Therapie muss deshalb, wie sich das heute auch zunehmend durchsetzt, integrativ erfolgen mit Schwerpunktsetzungen bezogen auf die individuell bei einem Patienten/einer Patientin gegebene Problematik.
- Denn: „**Jeder Trinker hat, psychologisch gesehen, seinen eigenen Alkoholismus**“ (Zurukzoglu & Nußbaum, 1954)

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

39

Ich danke Ihnen für Ihre
Aufmerksamkeit !

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

40

Literatur 1:

- Brueck,R., Mann,K. (2007): Alkoholismus-spezifische Psychotherapie. Dt.Ärzte-Verlag, Köln.
- DHS (Gaßmann, R. et al.) (2010) Jahrbuch Sucht 2010. Neuland, Geesthacht.
- Fengler,J. (Hg.) (2002): Handbuch der Sucht-Behandlung. Ecomed, Landsberg/Lech
- Feuerlein,W. (1984): Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Thieme, Stuttgart/New York
- Heigl-Evers,A. (1978): Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Lange,W. et al. (2008): Community Reinforcement Approach (CRA)-Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeits-Erkrankungen. Sucht 54. S. 20-30
- Mann,K., Loeber,S. (2008): Psychotherapie bei Alkoholismus. In: Herpertz,S.C. et al. (Hg.): Störungsorientierte Psychotherapie. Urban & Fischer, München, Jena. S. 501-522
- Meyers,R.J.,Smith,J.E. (2007): CRA-Manual zur Behandlung von Alkohol-Abhängigkeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Miller,W.R., Rollnick,S. (2004): Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, Freiburg.
- Petzold,H. et al. (Hg.) (2004): Integrative Sucht-Therapie. VS-Verlag, Wiesbaden.

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

41

Literatur 2:

- Reinert,T. (2000): Den Kranken verstehen. Der Beitrag Alfred Adlers und der Individualpsychologie zu tiefenpsychologischen Betrachtung des Suchtproblems. Nicol, Kassel
- Reinert,T. (2002): Gruppen mit Suchtpatienten. In: Lehmkuhl, G. (Hg.): Theorie und Praxis individualpsychologischer Gruppen-Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. S. 251-270
- Reinert,T. (2010): Suchtbehandlung ist Psychotherapie. In: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., Wessel,B.,Koch,A. (Hg.): Suchtkrankheit mehrdimensional. Neuland, Geesthacht. S. 53-66
- Rost, W.D. (1987): Psychoanalyse des Alkoholismus. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Schmidt,L.G. et al. (Hg.) (2006): Evidenzbasierte Suchtmedizin. Dt.Ärzte-Verlag, Köln.
- Sporn,H. (1992): Gruppenpsychotherapie in der stationären Entwöhnungsbehandlung -Psychiatr. Praxis 19. S. 149-153
- Sporn,H. (2002): Suchttherapie und Psychotherapie der Grundstörung. Z.f.Individualpsychologie 27. S.26-40
- Sporn,H. (2005): Aneignung der Suchterkrankung. Ein Konzept und ein Instrument zu seiner Erfassung. Psychotherapeut 50. S. 347-353
- Uchtenhagen,A. (2009): Abstinenz als gesellschaftlicher und therapeutischer Leitgedanke. Suchttherapie 10. S. 75-80
- Zুরুzoglú,S., Nußbaum,P. (1954): Die Bedeutung des „Minder-wertigkeits-Gefühls“ für den Alkoholismus (zitiert nach: Ullrich,G. in: Brunner,R., Tietze,M. (1995): Wörterbuch der Individualpsychologie. Reinhardt, München.

Thomas Reinert
Velbert-Langenberg

42