



EDITORIAL



Liebe Leserin,
lieber Leser,

diese salü ist ein Zeugnis unserer vorübergehenden Leichtigkeit im Spätsommer 2021. Sie ist entstanden, in einer Zeit, in der die Inzidenzen niedrig und Corona vorübergehend fern war und den Schrecken in unseren Köpfen schon fast verloren hatte.

So ist erfreulicherweise eine Ausgabe entstanden, die ich Ihnen sehr empfehlen kann. Sie steckt voller Kreativität, sie beinhaltet Neuentwicklungen, Sie finden darin politische Aussagen und Berichte über humanitäre Einsätze, sie zeugt von therapeutischer Vielfalt und von konzeptionellen, baulichen und personellen Weiterentwicklungen UND was das total Außergewöhnliche daran ist, sie ist absolut frei von etwaigen „Corona-Bezügen“.

Mittlerweile, beim heutigen Redaktionsschluss, zeigt sich leider, dass Deutschland die Pandemie noch nicht überwunden hat. Die Zahlen steigen exponentiell und wir müssen erkennen, dass die vermeintliche „Entspannung“, die wir in den Monaten zuvor erlebt haben, zwar redaktionell beflügelnd gewesen ist, jedoch gleichermaßen trügerisch war. Wir stecken mitten in der bislang heftigsten (und 4.) Corona-Welle seit Ausbruch der Pandemie. Erneut werden unser Gesundheitssystem und damit unsere Kliniken und demnach auch unsere Mitarbeitenden vor eine Belastungsprüfung gestellt. Mit einem überragenden Einsatz aller Mitwirkenden haben diese Systeme bislang gehalten. Dafür möchten wir uns bei unseren Mitarbeitenden bedanken und sind zuversichtlich, dass wir auch die kommenden Herausforderungen gemeinschaftlich meistern werden.

Trotz dieser Umstände wünschen wir Ihnen wie immer viel Freude beim Lesen dieser Ausgabe.

Ausnahmsweise erlaube ich mir jedoch zuletzt darauf hinzuweisen, dass man auch in Sachen Pandemie „seines Glückes Schmied sein“ kann und soziale Verantwortung trägt. Aus den Erfahrungen der letzten Monate können wir jedem nur die Wahrnehmung der Impfmöglichkeiten empfehlen, falls noch nicht geschehen. In diesem Sinne ein frohes Fest!

Ihr Rodolfo Baumbach

VR EXPO- SITIONS- THERAPIE



T. Mann

Eine der interessantesten Entwicklungen der Computertechnik der letzten Jahrzehnte ist die Darstellung „künstlicher Realität“ über sogenannte VR Brillen. Als virtuelle Realität, kurz VR, wird die Darstellung und gleichzeitige Wahrnehmung der Wirklichkeit in einer in Echtzeit computergenerierten, virtuellen Umgebung bezeichnet. Diese Systeme haben sich in den letzten wenigen Jahren von teuren High-End-Systemen zu bezahlbaren und für professionelle und Freizeitanwendungen vielfältig anwendbaren Geräten entwickelt.

Je nach Anwendungszweck kann, auf Kosten der Qualität der graphischen Darstellung, sogar auf das Anschließen eines leistungsfähigen PCs verzichtet werden. Auch gewöhnliche Handys, können als „Displayersatz“ in sogenannten Cardboard-Brillen verwendet werden.

Die Darstellung einer virtuellen Umgebung erzeugt im Idealfall eine sogenannte Immersion: Ein Zustand, der das Bewusstsein des Nutzers, illusorischen Reizen ausgesetzt zu sein, so weit in den Hintergrund treten lässt, dass die virtuelle Umgebung als real empfunden wird.

So können im professionellen Bereich z.B. potentiellen Kunden Produktentwicklungen oder Innenarchitekturen bereits real vorgeführt werden, obwohl sie noch gar nicht existieren.

Im Freizeitbereich sind beeindruckend reale Welten z.B. bei Kriegs-, Science Fiction-, oder Fantasy-Computerspielen möglich.

Wenn Newbies, also „digitale Neulinge“, zum ersten Mal erleben, wie es ist, in einem Weltkriegsspiel die Landung in Normandie „mitzuerleben“ (Medal of Honor VR), oder in einer postapokalyptischen Welt von mutierten Kreaturen angegriffen zu werden (Fallout 4 VR), sind viele zunächst einmal geschockt. Die Intensität dieser

Erlebnisse hat bereits vor mehr als 10 Jahren den Fokus auch auf eine therapeutische Anwendbarkeit gelenkt.

Wenn intensive vegetative und affektive Reaktionen induziert werden können, sollte auch eine Habituation (Gewöhnung) möglich sein. Wiederholtes virtuelles Eintauchen (in virtuo) in die angstbesetzte Situation sollte dann zu einer Abnahme körperlicher Reaktionen und einem Nachlassen subjektiv empfundener Angst führen. Somit wäre eine Expositionbehandlung bei z.B. Angsterkrankungen möglich, ohne die Räume einer Praxis verlassen zu müssen. In der Behandlung von Suchterkrankungen wird jedoch ein etwas anderer Ansatz verfolgt, die sogenannte Cue Exposure.



„Cue Exposure ist eine spezielle Form von Expositionstherapie. Anders als bei Angst- oder Zwangsstörungen dient Exposition hier nicht dem Abbau von Flucht- oder Vermeidungsverhalten, sondern zielt auf gestörtes Annäherungs- und Konsumverhalten, wie es bei süchtigem oder suchartigem Verhalten (beispielsweise bei Alkoholabhängigkeit) zu beobachten ist. Patienten werden dabei mit Stimuli und Situationen konfrontiert, die Suchtverlangen (Craving, Suchtdruck, Gier), also einen motivationalen Zustand auslösen. Dieser begünstigt Rückfälle und trägt zur Aufrechterhaltung von Suchtverhalten bei. Durch Konfrontation mit sog. Cues soll Suchtverlangen gelöscht und damit die Wahrscheinlichkeit für künftiges Suchtverhalten reduziert werden.“

Mehrfach wurde der Ansatz, Cue Exposure mittels VR durchzuführen, bereits wissenschaftlich untersucht. In vielen Arbeiten wurde eine Wirksamkeit der Methode bestätigt (siehe Virtual Reality in Assessment and Treatment of Addictive Disorders, A Systematic Review (Segawa et al. 2020)).

In aller Regel kamen aufwändig (und teuer) programmierte Settings zum Einsatz, bei denen der Patient in eine 360° Umgebung versetzt wird (z.B. Supermarkt). Dort kann er in direkter Interaktion mit einem Controller aus virtuellen Regalen Produkte, auch Alkoholika, auswählen und einpacken. Auch ein Ablehnen oder Wegwerfen ist möglich.



Alternativ kann eine Barsituation mit einer Interaktion mit virtuellen Gästen hergestellt werden. So können Situationen simuliert werden, in denen direktes Anbieten und Ablehnen von Suchtmitteln virtuell erprobt werden kann.

Ein wesentlicher Nachteil dieser, zunächst attraktiv wirkenden, Ansätze ist der Produktionsaufwand dieser Szenarien. Um realistisch zu wirken, müssen diese entsprechend einem modernen Computerspiel aufwändig programmiert werden. Aufgrund des nötigen Zeitaufwandes und der Kosten ist dies für ein therapeutisches Setting daher bislang nicht gleichwertig umgesetzt worden. Die Szenarien wirken demnach oft künstlich und wenig „immersiv“.

Nun zu dem von uns verfolgten Ansatz: Eine therapeutische Konfrontation mit einem Suchtmittel erfordert nicht unbedingt eine Interaktionsmöglichkeit. Nach vorheriger Entspannung kann stattdessen virtuell eine Darbietung bestimmter Suchtmittel, mit

z.B. Öffnen einer Flasche, Einschenken und intensiver Betrachtung ebenfalls einen Triggereffekt auslösen. In einer standardisierten Innenraumumgebung wurden hierfür mittels einer VR Kamera Expositionen mit Bier, Weißwein, Rotwein, Schnaps und Sekt sowie Colamischgetränken erstellt, welche 8-10 Minuten dauern. Für die beabsichtigte Substanz-fokussierte Exposition ist keine 360° Umgebung erforderlich. Der dreidimensionale Raum wird lediglich im 180° Halbfeld erzeugt. Dies minimiert die Rechenleistung sowohl beim Erstellen, als auch der Verarbeitung des visuellen Materials wesentlich. In den so erstellten Situationen kann der Patient sich innerhalb des Halbfeldes frei umsehen. Flasche und Glas wirken durch die eingesetzte Technik sehr plastisch. Gesteigert werden soll der Triggereffekt durch eine Stimmungsinduktion. Diese besteht im Einspielen eines gesprochenen Textes über Kopfhörer. Eine typische Alltagssituation, die im Entstehen negativer Emotionen und erlaubniserteilender Gedanken mündet, wird von einer Stimme vorgelesen, um den inneren Dialog des Patienten zu lenken. Einschenkgeräusche und Stimme wirken durch die Wiedergabe über geschlossene Kopfhörer sehr nah und direkt.

Das Verfahren ermöglicht insgesamt die rationale Erstellung einer Bibliothek mit unterschiedlichen Suchtmitteln (z.B. Bier, Wein, Schnaps, Colamischgetränke etc.), um den Patienten möglichst individuell in seinem Konsumverhalten zu erreichen.

Im Vergleich zu einer klassischen Alkoholexposition liegen Vorteile der Expositionstherapie „in virtuo“ in der Kontrollierbarkeit des gefürchteten Stimulus bzw. der gefürchteten Situation (Rückfälligkeit) und in einem – im Vergleich zur Exposition in vivo – geringeren organisatorischen Aufwand bei der Durchführung der Konfrontation. Der Unterschied zum bloßen Ansehen eines Expositionsfilmes besteht in der Dreidimensionalität der Bild- und Ton-Darstellung und der Abschirmung von Außenreizen. Die Expositionssitzungen sollen wöchentlich wiederholt werden. Eine interessante Perspektive ergibt sich weiterhin aus der Möglichkeit, Substanzen zu exponieren, die in einer in vivo Exposition normalerweise nicht eingesetzt werden können, z.B. illegale Drogen. Aktuell werden hier rechtliche

Möglichkeiten geprüft. Geplant ist weiterhin, Expositionen, wie z.B. einen Barbesuch, oder eine Einkaufssituation mit Suchtmittelkontakt darzustellen. Das Setting hierfür ist jedoch wesentlich aufwändiger, weiterhin ist ein detailliertes „Scripting“ (Quasi eine Drehbucherstellung) für das entsprechende Szenario erforderlich.

Die Erfassung der vegetativen Reaktion führen wir mittels verschiedener Messmodalitäten durch: kontinuierlich werden Veränderung des Hautwiderstandes, des Pulses und des EMGs (Aufzeichnung der Muskelanspannung) aufgezeichnet. Zusätzlich erfolgt die Erfassung des Triggereffektes mittels eines Fragebogens vor und nach der Sitzung.

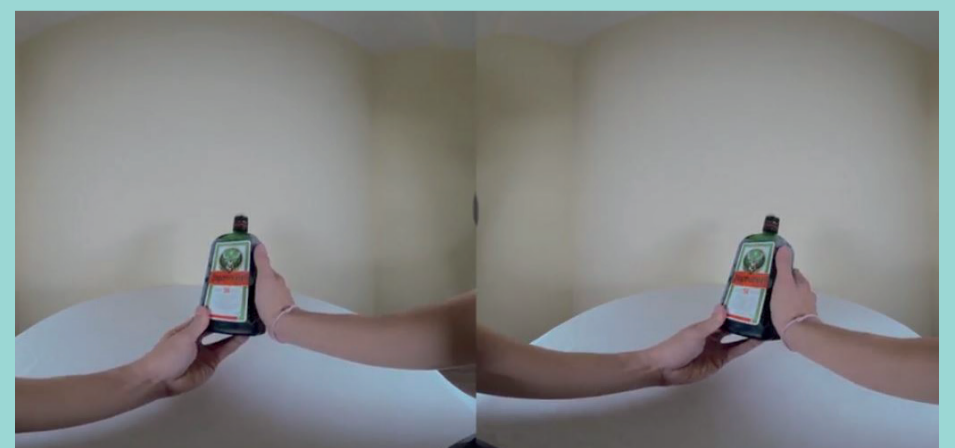
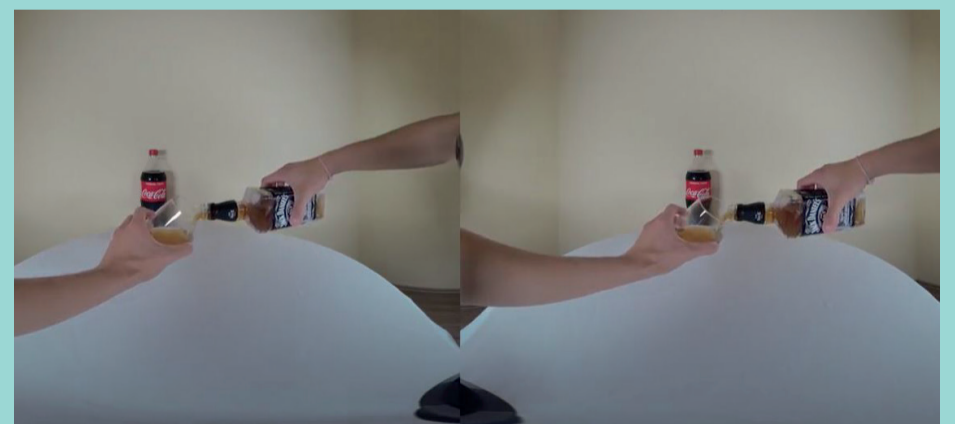
Erste Ergebnisse:

Insgesamt ist die Resonanz unter den exponierten Patienten äußerst positiv. Meist bestand der Wunsch nach zusätzlichen Sitzungen, zum Zweck der Vertiefung der Erfahrung.

Obwohl viele Patienten sowohl physisch (Zittern) als auch verbal das Entstehen von Suchtverlangen sehr deutlich machten und objektive vegetative Parameter (Hautwiderstand, EMG und Puls) eine Reaktion zeigten, war eine Diskrepanz zu den Angaben auf dem Fragebogen ersichtlich. Im Fragebogen hat ca. die Hälfte der Patienten angegeben, dass sie Suchtverlangen verspürt haben. Es wurde fast nie der maximale Wert auf der Skala angekreuzt. Trat ein Triggereffekt ein, handelte es sich um Patienten deren Konsummittel auch in unserer Bibliothek vorhanden war.

Expositionen mit Whisky-Cola bzw. einem Kräuterlikör:

Dargestellt werden jeweils die Bilder für das rechte und linke Auge. Das Sehzentrum des Gehirns verarbeitet die Bilder und modelliert sie zu einer räumlichen Wahrnehmung



Zur eingesetzten Technik:

Wir verwenden eine Oculus Rift VR S Brille, diese ist auch für Brillenträger geeignet. Zum Betrieb ist ein hochwertiger Gaming Laptop erforderlich (HP Omen 15). Die Videos werden mit einer 180 Grad VR Brille (VUZE VR) erstellt, der Ton mit einem 360° Mikrophon eingefangen (Zoom H3-VR)



Die andere Gruppe von Patienten zeigte laut Fragebogen überhaupt keine Veränderung, wobei bei einigen das gewünschte Konsummittel nicht vorlag. Einige Patienten waren sichtlich erregt, ohne dies preisgeben zu wollen. Teils entstand der Eindruck, dass eine Hemmung bestand, Suchtverlangen im Fragebogen einzugestehen. Zusätzlich gaben Patienten, die keine Veränderungen berichteten an, dass sie in der Vergangenheit noch nie Suchtdruck empfunden hätten.

Bezüglich der Auswahl geeigneter Patienten und der Festlegung des Zeitpunkts der Expositionsbildung im Fortgang einer Suchtrehabilitation besteht somit noch Klärungsbedarf.

Es wäre für die Zukunft wünschenswert, durch den Einsatz einfacher VR-Brillen, die z.B. über WLAN auf eine gemeinsame Datenbank zugreifen können, die Suchtmittlexposition mehr Patienten zugänglich zu machen. Weiterhin ist eine wissenschaftliche Begleitung vorgesehen.



C. Muhl

STEHT DIE AMPEL BALD AUF GRÜN?



EIN PAAR GEDANKEN AUS DER SALUS KLINIK FRIEDBERG

Eine Wende in der Drogenpolitik scheint bevorzustehen. Nachdem die bisherige Regierung von CDU/CSU und SPD die Legalisierung von Cannabis konsequent verweigerte, haben alle drei Parteien der zukünftigen „Ampelkoalition“, wenn auch unterschiedliche, Vorstellungen zur staatlich kontrollierten Freigabe der am weitesten verbreiteten illegalen Droge in Deutschland. Die Vorteile einer Freigabe, die von Befürwortern seit Jahren vorgebracht werden, sind gewichtig. Die Entlastung der Justiz durch die Entkriminalisierung der Konsumenten und damit auch die Trockenlegung des illegalen Cannabishandels, die Verbesserung der Gesundheit und des Verbraucherschutzes für Konsumenten durch staatlich kontrollierte Produkte und lizenzierte Händler und die Generierung von zusätzlichen Steuereinnahmen in Zeiten knapper Kassen werden in der Diskussion häufig genannt. Doch es würden in der Praxis durch die Legalisierung (oder Entkriminalisierung) auch weiterhin Risiken und Unsicherheiten bestehen, für die der Gesetzgeber Vorsichtsmaßnahmen treffen müsste, insbesondere für schützenswerte Personen, die nach wie vor aus gutem Grund vom Konsum ausgeschlossen wären, wie Kinder und Jugendliche, aber auch Cannabisabhängige, die mit konsumbedingten Folgen zu kämpfen haben. Die Vor- und Nachteile einer Cannabislegalisierung sind natürlich viel zu umfangreich¹, als dass sie in diesem kurzen Artikel erschöpfend dargestellt werden können. Daher sollen hier exemplarisch lediglich drei Aspekte erwähnt werden, die zu den populärsten Argumenten der aktuellen Diskussion gehören.

1. ENTLASTUNG DER JUSTIZ DURCH LEGALISIERUNG VON BESITZ UND HANDEL

Cannabis ist die mit Abstand am weitesten verbreitete illegale Droge in Deutschland. Das Bundeskriminalamt zählte im Jahr 2020 über 220.000 Rauschgiftdelikte im Zusammenhang mit Cannabis auf. Das sind fast doppelt so viele Delikte wie bei allen anderen illegalen Drogen zusammengenommen. Davon waren mehr als 188.000 Konsumdelikte². Ein Anteil von über 70% aller Konsumdelikte von illegalen Rauschmitteln. Eine Legalisierung würde hier auf einen Schlag die Anzahl der verfolgten Drogendelikte um fast Dreiviertel verringern. Doch ist zu bezweifeln, dass dies die Arbeit von Polizei, Staatsanwälten und Richtern im gleichen Ausmaß redu-

zieren würde. Denn da auch der Handel von Cannabis mit 58,8% den größten Anteil am illegalen Markt ausmacht, ist nicht davon auszugehen, dass sich die kriminellen Operateure trotz Umsatzeinbußen aus dem lukrativen Geschäft gänzlich zurückziehen würden. Dagegen ist zu befürchten, dass sie sich gerade auf die vom legalen Erwerb ausgeschlossene Konsumentengruppe der Jugendlichen konzentrieren oder auch weiterhin eine, durch mögliche gesetzliche Reglementierungen entstehende, höhere Nachfrage bei abhängigen Konsumenten zu bedienen versucht. Möglicherweise weichen Kriminelle auch auf andere Delikte aus, so dass sich die Kriminalität lediglich in andere Bereiche verschieben würde.

Bei der Verfolgung von Straßenverkehrsdelikten wäre wahrscheinlich sogar mit einem höheren Aufwand zu rechnen, da, anders als beim Alkohol, der Zeitraum zwischen Konsum bzw. Wirkung und Nachweisbarkeit von Cannabis deutlich länger ist. Umgekehrt kann der lange Zeitraum zwischen Konsum und Wirkungseintritt bei oraler Einnahme ebenfalls große Probleme bereiten. Ganz abgesehen davon müssten Grenzwerte im Straßenverkehr, ab denen z. B. eine Fahruntauglichkeit vorliegt, erstmalig festgelegt werden.

2. SCHUTZ DER KONSUMENTEN DURCH STAATLICH KONTROLLIERTE VERGABE

Ein weiteres wichtiges Argument, das zuletzt sogar Karl Lauterbach (SPD) zum Umdenken bewegen haben soll, ist die hohe „Verschmutzung“ der auf der Straße angebotenen Cannabisprodukte. Dies geschieht z. B. durch die Beimengung von unwirksamen, aber gesundheitsschädlichen Streckstoffen, wie z. B. Glas, Talkum oder Haarspray, um minderwertige Ware zu verschleiern oder das Gewicht künstlich zu erhöhen. Ebenfalls gefährlich ist die Behandlung von Cannabisblüten oder auch imputenten Industriehanf mit anderen psychoaktiven Substanzen, wie z. B. synthetischen Cannabinoiden (Heroin spielt hier eigentlich keine Rolle), welche für die Konsumenten oft ein unkalkulierbares Risiko darstellen, da die Konzentration des Wirkstoffs sehr unterschiedlich sein kann. Hier spekulieren Dealer vor allem auf den Wunsch ihrer Kunden nach starken Rauscherfahrungen. Doch auch bei nicht gestreckter Ware ist seit Jahren ein Trend hin zu einem immer höheren THC-Gehalt bei Cannabis festzustellen³. Dies hat mitunter auch

gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit der Konsumenten. Ein gesetzliche Festlegung von zulässigen Inhaltsstoffen und Wirkstoffkonzentrationen und die Vergabe durch kontrollierte Händler, wenn nicht gar Apotheken, bietet hier sicherlich einen besseren Schutz der Konsumenten. Allerdings tun sich auch hier Fragen auf. So wäre zu klären, ob Käufer sich registrieren lassen müssten und ob nur limitierte Mengen ausgegeben würden. Und wie steht es mit der Abgabe an Personen, die vielleicht einem erhöhten Psychoserisiko ausgesetzt sind⁴?

Überall da, wo die Politik reglementierend eingreift, ergeben sich für den illegalen Drogenhandel Nischen, in denen er weiter operieren kann. Eben weil es, bei aller Legalisierung, immer eine Nachfrage geben wird, die der Staat aus guten Gründen nicht bedienen darf.

3. ZUSÄTZLICHE STEUEREINNAHMEN

Der Handel mit Cannabisprodukten gilt als ein weltweites Milliardengeschäft. Allein im letzten Jahr wurden in Deutschland medizinische Cannabisprodukte im Wert von 165 Millionen Euro umgesetzt⁵. Die Ausweitung auf den privaten Verkauf könnte ein Vielfaches dessen bedeuten, mit entsprechenden Einnahmen allein schon über die anfallende Tabaksteuer. Unabhängig, ob ein Verkauf über Apotheken oder lizenzierte Shops erfolgen würde, ist davon auszugehen, dass die Produkte dort, im Vergleich zum auf der Straße illegal angebotenen Haschisch oder Marihuana, deutlich teurer sein dürften. Ein höherer Preis aber wäre ein weiteres Argument für Menschen, die entweder wenig Geld besitzen oder deutlich höhere Mengen verbrauchen, sprich Kinder- und Jugendliche oder abhängige Konsumenten, sich an Kriminelle zu wenden, anstatt legale Ware zu kaufen.

Den genannten Vorteilen einer Cannabislegalisierung stehen verschiedene Risiken bei der praktischen Umsetzung gegenüber, die es zu beachten gilt. Insbesondere für Kinder- und Jugendliche müssen weiterhin wirksame Präventionsprogramme eingesetzt werden, um dem besonderen Schutz- und Aufklärungsbedarf dieser Gruppe gegenüber dem nicht harmlosen Suchtmittel Can-



nabis gerecht zu werden. Suchtmittel gehören, aufgrund ihrer prägenden Wirkung auf das Gehirn, nicht in die Hände von Kindern und Jugendlichen, die sich in einer sensiblen Entwicklungsphase befinden. Aber auch Menschen, die bereits eine Abhängigkeitsentwicklung durchgemacht haben, sollten sich darauf verlassen können, dass der Staat sie nicht leichtfertig zum Spielball wirtschaftlicher Interessen macht, wie dies in der Vergangenheit leider beim Thema Glücksspiel zu beobachten war. Sollte sich die zukünftige Regierungskoalition auf eine Legalisierung oder Entkriminalisierung verständigen, so sollten Vertreter aller beteiligten Interessengruppen, vor allem aber auch der medizinischen und suchtmittelmedizinischen Verbände miteinander sprechen. Insbesondere wenn es um Themen, wie Vergabep Praxis, effektive Präventionsprogramme und Hilfs- und Therapieangebote geht. Hierzu gibt es z. B. in der Schweiz schon sehr gute Ansätze⁶. Pilotstudien sind hier sicherlich ein guter Ansatz. Aber ebenso notwendig ist eine langfristige wissenschaftliche Begleitung, die den Prozess und die Folgen erforscht und zurückmeldet, damit auf mögliche Fehlentwicklungen reagiert werden kann.

1) Knauß, I. & Erhardt, E. (1993). Freigabe von Drogen: Pro und Contra: eine Literaturanalyse. Sonderband der BKA Forschungsreihe, Bundeskriminalamt Wiesbaden, 1993

2) Rauschgiftkriminalität, Bundeslagebild 2020, Seite X)

3) Freeman, T. P., Groshkova, T., Cunningham, A., Sedefov, R., Griffiths, P. & Lynskey, M. T. (2018). Increasing potency and price of cannabis in Europe, 2006-2016. *Addiction*, doi.org/10.1111/add.14525.

4) Di Forti, M. et al. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry*, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30048-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30048-3)

5) Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) (Hrsg.). 2021. Sonderbeilage zur GKV-Arzneimittel-Schnellinformation-Deutschland.

6) Infodrog (Hrsg.). 2021. Gesundheitsschutz, Jugendschutz und Prävention. Orientierungsrahmen für die Pilotversuche mit Cannabis. Infodrog: Bern.

THERAPIESCHULENÜBERGREIFENDES ARBEITEN

IN DER SALUS KLINIK
CASTROP-RAUXEL



M. Bobe

Neu ist die Suche nach einer therapieschulenübergreifenden Therapie nicht. So hat bereits Arnold Lazarus in den 70-er Jahren die Multimodale Therapieplanung entwickelt, Klaus Grawe die allgemeine Psychotherapie in den 90-er Jahren und auch den Therapieschulen der 3. Welle wird zugeschrieben, dass sich dort die unterschiedlichen Vorteile der Therapieschulen vereinigen. So beispielsweise in der Schematherapie (Jeffrey Young) oder der Klärungsorientierten Therapie (Rainer Sachse). Der Eindruck in unserer Klinik ist, dass wir eine einheitliche Therapieschule, um den Streit der unterschiedlichen Therapieschulen zu überwinden, nicht benötigen. Gerade die therapeutische Vielfalt und Abwechslung der therapeutischen Ausrichtungen im Team machen unseren Therapiealltag interessant und ermöglicht es uns, allen PatientInnen gerecht zu werden.

Über unterschiedliche Therapieangebote hinweg ist dies unproblematisch möglich, so gibt es Indikativangebote



der Einzeltherapie macht sich der Mix der Therapieschulen positiv bemerkbar. Dies führt uns zum, im Team gelebten, modularen Ansatz. Hier werden nicht nur störungsspezifisch die passenden Techniken aus den verschiedenen Therapieschulen zusammen gebracht, sondern ein gemeinsames Verständnis von dem/der PatientIn entwickelt, welches auf der Erfahrung des behandelnde/n BezugstherapeutIn (im folgenden BZT) beruht und dann mit der Erfahrung bzw. dem Fachwissen aus den Therapieschulen der KollegenInnen angereichert wird. Dies geschieht nicht nach einem Modell, sondern anhand einer gemeinsamen Haltung.

mit Amphetamin- und Cannabisabhängigkeit, der seit Wochen Schwierigkeiten hat, vormittags pünktlich zu den Therapieangeboten zu erscheinen, aus logotherapeutischer, psychoana-

Diese Haltung beinhaltet eine Neugierde für die Sichtweise der KollegInnen, eine Akzeptanz für die Andersartigkeit der Herangehensweise des Anderen und eine gewisse humorvolle Distanz zur eigenen Therapieschule. Zunächst benötigt es eine gewisse Sicherheit in der eigenen Therapierichtung, um deren Grenzen wie Vorzüge kennen gelernt zu haben und somit neugierig schauen zu können, wie die KollegInnen ihre PatientInnen behandeln.

Akzeptanz für die Andersartigkeit des Gegenübers ist nicht nur für ein einfühlsames Verständnis unserer Klienten/innen notwendig, sondern wird auch im Team für ein professionelles Miteinander gebraucht. Schließlich hat jede/r BZT die Entscheidung für eine spezielle Therapierichtung und deren Aus- bzw. Weiterbildung nicht zufällig getroffen. Die Anerkennung dieser Entscheidung hilft uns dabei, im Kontakt mit den KollegInnen eine hinreichende Distanzierung von der eigenen Therapieschule herzustellen. Zudem entwickelt jede/r KollegeIn einen enormen Erfahrungsschatz in seiner/ ihrer Therapierichtung. Diesen Erfahrungsschatz können wir für die eigenen Fälle heranziehen.

Dabei ist der Humor in unserem Team so wichtig. Wenn ich meine Thera-



Michael Knaup
Logotherapie

Lieblingswort: „the missing Link“! Sinn zielt immer auf Werte ab. Man kann letztlich keine neuen Werte erfinden, sondern Werte wie: 1. Schöpferische Werte, 2. Erlebniswerte, 3. Einstellungswerte müssen immer wieder neu entdeckt und als solche erkannt werden. Bedürfnisse können übersehen werden. Viktor Frankl: „Logotherapie ist die Sinnlehre gegen die Sinnleere“.

Sebastian Reich Psychoanalytisch-interaktionale Therapie

Lieblingswort: *Prinzip Antwort*. Das selektive Authentisch sein des Therapeuten in der antwortenden Interaktion, um eine korrigierende emotionale Erfahrung zu ermöglichen. Das Beziehungsgeschehen des Therapeuten und Patienten steht im Hier und Jetzt im Vordergrund.



wie die ADHS-Gruppe oder das Soziale Kompetenztraining, die eindeutig verhaltenstherapeutisch orientiert sind, die Gruppe „Identität“ orientiert sich an der Logotherapie, unsere Depressionsgruppe hat eine analytische Ausrichtung und die IG Trauma und Sucht und die Stabilisierungsgruppe gestalten sich in Anlehnung an die tiefenpsychologisch-psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie von Luise Reddemann, um nur einige Beispiele zu nennen. Aber auch innerhalb der Arbeit in den Bezugsgruppen und in

Denn jede/r BezugstherapeutIn lernt im Kontakt mit den PatientInnen die Schwierigkeiten und Ressourcen seiner/ihrer PatientInnen kennen und lernt auch, auf welche Interventionen sich der/die PatientIn einlassen kann. Im Team kann dies reflektiert werden. So wird mit den Ideen und dem auf unterschiedlichen Therapieschulen beruhenden Verständnis, die Perspektive auf den/ die PatientIn erweitert. Daher kann es passieren, dass in einer Teamsitzung ein unmotiviert wirkender, 21-jähriger Patient

lytisch-interaktioneller, verhaltenstherapeutischer, schematherapeutischer, klärungsorientierter und integrativer Perspektive besprochen wird. Wer bereits Erfahrungen mit interdisziplinärer Arbeit hat erahnt das Potential für Chaos, Missverständnisse und vielleicht auch Verärgerung, welches mit so einer Vielfalt einhergehen kann. Im Team der salus klinik Castrop-Rauxel hat sich eine gemeinsame Haltung entwickelt, die es erlaubt, im Rahmen eines respektvollen und wertschätzenden Austausches Behandlungskonzepte im Sinne der/s PatientIn zu entwickeln.

pierichtung mit Humor sehen kann und sie in ihrer Überlegenheit den anderen Richtungen gegenüber hinterfragen kann, bedeutet das wiederum die Freiheit, den Ansatz vielleicht als kreativen, reizvollen Impuls annehmen zu können und nicht annehmen zu müssen. Hier muss eher die Frage gestellt werden, ob die vorgeschlagene Intervention zur/m PatientIn, der/m TherapeutIn und der gemeinsamen Beziehung passt? Die Freiheit der Entscheidung liegt schlussendlich beim behandelnden BZT. Wenn ich also in

Nicola Bietmann Integrative Therapie

Lieblingswort: *Ko-responzendenz*. Ein Mensch ist nicht zu verstehen und zu behandeln, wenn er nicht als ko-existierendes Wesen verstanden wird, als ein sich fühlendes und erkennendes Wesen, das immer, auch wenn es allein ist, in Beziehung steht und auf Beziehung angewiesen ist.



meinem Fall die psychoanalytische Behandlung als eine sitzende, eventuell sogar schweigende Tätigkeit betrachte, in der es in masochistisch anmutender

einen gängigen Fachsprachgebrauch zu finden, orientieren sich die Beiträge des Teams der salus klinik Castrop-Rauxel ganz nah an den PatientInnen.

Alena Geber
Klärungsorientierte Therapie

Lieblingwort: *Komplementäre Beziehungsgestaltung. Beziehungskredit.* Die Beziehung zwischen dem Patienten und seinen Interaktionspartnern wird stark fokussiert. Konsum als eine Strategie, um unangenehme Schemaaktivierungen zu vermeiden.



Manier erstmal darum geht, sich die heimlich aber leise kochende Wut des Patienten in ihrer epischen Breite entfalten zu lassen, dann erlebe ich den Vorschlag mit einer pavlovschen Intervention, den Ärger des Patienten etwas schneller zu aktivieren, indem ich das Verpassen der Morgenrunde mit schriftlichen Reflexionen verknüpfe, wie eine hilfreiche und dankbare Abwechslung. Eine Abwechslung, die vielleicht auch der Patient dankbar annehmen kann. Eine große Herausforderung in der gemeinsamen Besprechung der PatientInnen ist die gemeinsame Sprache. Anstatt die Anderen zu belehren oder

Es entsteht die Bemühung, den/die PatientIn in seinem Verhalten und Erleben möglichst getreu darzustellen. In den fruchtbarsten Teamsitzungen geschieht dies ganz ohne Fachtermini. Jeder Therapeut übersetzt das Gesagte zwar für sich in seine eigene Fachsprache - das ist unumgänglich -, aber diese Sprache wird niemandem auferzungen. So fließen Konzepte der Ko-responzenz, des missing links, des



Marie Bobe
Analyse

Lieblingwörter: *Spiegelübertragung.* Eine Größenübertragung in dem sich das Bedürfnis zeigt, vom anderen zur Stabilisierung des Selbst bewundert zu werden. *Narzisstischer Rückzug.* Ein Abwehr- und Bewältigungsmechanismus mit der Neigung Problemen passiv zu begegnen und sich aus der Welt enttäuschender und quälender Wahrnehmungen in eine Phantasiewelt zurückzuziehen, die von Allmachtsgedanken gekennzeichnet ist.

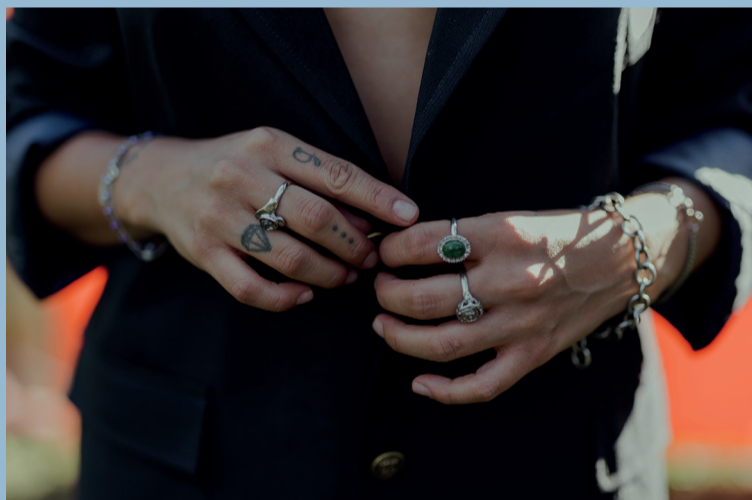
Verstärkerverlusts, des Gegenübertragungsgeschehens und des Beziehungskredits in die Besprechung möglicher Behandlungsstrategien und am Ende kann der/die BZT entscheiden, welche Anregungen er oder sie mit in die Behandlung miteinfließen lassen kann

und möchte.

Die Forschung entwickelt schon seit Jahren integrative wie modulare Konzepte weiter und mithilfe des neuen Psychotherapeutengesetzes testen die Hochschulen und Ausbildungsinstitute seit September diesen Jahres neue Ansätze für die zukünftige psychotherapeutische Praxis aus. In der Zwischenzeit profitieren wir im laufenden Klinikalltag von der Vielfalt der therapeutischen Ansätze, die sich seit dem letzten Psychotherapeutengesetz in 1999 entwickelt hat, und praktizieren einen im Team gelebten, modularen Ansatz.

Marion Kraft
Verhaltenstherapie

Lieblingwörter: *Verstärkerverlust, Selbstwirksamkeit, S-O-R-C-K,* die Suchtentwicklung als ein Zusammenspiel aus Modellernen, operanten Prozessen und Organismusvariablen.



ERSTE ERFAHRUNGEN MIT EINER GRUPPE „HARTER JUNGS“

IN DER SALUS KLINIK
CASTROP-RAUXEL



S. Reich

„Harte Jungs“ – bis heute tun wir uns schwer damit, wie wir unsere neu gegründete Bezugsgruppe bestehend aus straffällig gewordenen drogenabhängigen Männern nennen wollen. Da wir seit geraumer Zeit viele Rehabilitanden mit massiver krimineller Vergangenheit aufnehmen, und dies nicht selten zu Konflikten innerhalb der Bezugsgruppen führte, entschieden wir uns dazu, dass Modellprojekt „Harte Jungs“ ins Leben zu rufen.

Eine Bezugsgruppe, die nur aus männlichen Rehabilitanden besteht, die von der Justiz durch eine Bewährungsaufgabe zu einer Therapie „gezwungen“ werden, oder aber den §35 nutzen,

um ihre Gefängnisstrafe zu verkürzen, indem sie sich um den Auslöser ihrer Straftaten, die Drogensucht, kümmern. Aus unserer Sicht ist in dieser Gruppe ein direkter, transparenter, patientenorientierter Ansatz besonders wichtig. Wir machen den Rehabilitanden schon in der Aufnahmesituation klar, dass sie in einer Gruppe sind, in der jeder Teilnehmer eine kriminelle Vergangenheit hat. Ein Balanceakt ist immer, die Zuteilung wertschätzend zu vermitteln, ohne dass die Neuankömmlinge sich bestraft fühlen. Wir sehen die Besonderheit der Lebenssituation und den Vorteil, dass die Rehabilitanden dieser Gruppe sich gegenseitig besser verstehen und das nötige Verständnis für zurückliegende und zukünftige Handlungen aufbringen können. In den ersten Behandlungswochen wird dann die Behandlungs- und Abstinenzmotivation der Rehabilitanden abgeklärt und bei Bedarf schnell ein klärendes Gespräch

im Rahmen der Fallkonferenz geführt. In der Bezugsgruppe wird sehr offen über die Verbindung zwischen Kriminalität, Status, Geld und Drogenkonsum gesprochen. Hier legen wir großen Wert darauf, dass die Rehabilitanden sich kritisch mit ihrer Vergangenheit auseinandersetzen und es eben nicht darum geht zu „schockieren“ oder sich mit ihrem Konsum und ihrer Kriminalität in der Vergangenheit zu „überbieten“.

Unsere ersten Erfahrungen, die wir seit Mai 2021 gemacht haben, sind durchaus positiv. Bisher wurden 13 Rehabilitanden seit Gruppengründung entlassen. Dabei waren 62% reguläre Entlassungen, 8% vorzeitige Entlassungen, ohne ärztliches Einverständnis und 31% der Entlassungen auf ärztliche Veranlassung oder disziplinarisch. Im Vergleich mit der Gesamtstichprobe der abstinenzorientierten Drogenrehabilitation des

Fachverbandes Sucht aus 2018 zeigt sich ein ähnlicher Anteil an regulären Entlassungen. Der Anteil an Behandlungsabbrüchen ist im Vergleich etwas geringer, der Anteil an Entlassung auf Veranlassung etwas höher. Dieser Unterschied ist bei der Patientengruppe „Therapie als Auflage“ jedoch durchaus zu erwarten. Die Auswertung der ersten Abschlussfragebögen aus dieser Bezugsgruppe zeigt, dass die Rehabilitanden sehr zufrieden mit der Arbeit in der Bezugsgruppe und der Auseinandersetzung mit den individuellen krankheitsbedingten Problemen sind.

Abschließend ist zu sagen, dass sich die Befürchtung, dass es zu vermehrten Rückfällen oder Regelverstößen kommt, wenn man die „harten Jungs“ zusammenbringt, nicht bestätigte. Wir sind zuversichtlich, dass wir mit den Betroffenen nun deutlich besser Wege aus dem Kreislauf Kriminalität- und Drogenkonsum erarbeiten können.

NEUE HERAUSFORDERUNG FÜR DIE SUCHTHILFE:

MSM MIT CHEMSEX-KONSUMMUSTER

EIN ARTIKEL AUS DER
SALUS KLINIK HÜRTH

K. Grümer



A. Iking

Für den Begriff "Chemsex" gibt es bislang keine allgemeingültige Definition. In Bezug auf MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) ist die Definition von David Stuart vom Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust in London sicherlich wegweisend: „Chemsex is a word invented on *geosexual networking apps by gay men (and adopted by the gay men's health sector) that defines a syndemic of specific behaviours associated with specific recreational drugs, and is particular to a specific, high-risk population. Though the media spotlight may have distorted the term to define the use of any drugs in sexual contexts by any population, chemsex actually refers to the use of any combination of drugs that includes crystal methamphetamine, mephedrone and/or gammahydroxybutyrate (GHB)/gamma-butyrolactone (GBL), used before or during sex by men who have sex with men (MSM)*“ (Stuart, 2016).

Die salus klinik Hürth, eine moderne Rehabilitationsklinik zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen im Großraum Köln, kam 2014 erstmalig mit einer Behandlungsanfrage durch die Aidshilfe Köln mit der Thematik MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) mit Chemsex-Konsummuster in Berührung. Es stellte sich dabei die Frage, wie groß das Problem des abhängigen Chemsex-Konsums überhaupt ist und inwieweit diese Patientengruppe inhaltlich sowie methodisch ergänzende Behandlungsmodule, über die „state of the art“- Entwöhnungsbehandlung hinaus, benötigt.

„Chemsex“ wird in Anlehnung an die Definition von D. Stewart als ein spezifisches Konsummuster bei MSM im Hinblick auf präferierte Substanzen zur Muskelrelaxation und Libidosteigerung, auf Funktionalität des Konsums (v.a. Intensivierung des sexuellen Erlebens) sowie auf spezifische Konsumsettings (Nutzung gängiger Portale, Nutzung von Saunen, Darkrooms, private Sexpartys) verstanden. Konsumiert werden v.a. Methamphetamin, GHB/GBL, Ketamin, Mephedron, Amylnitrit.

Ein abhängiger Konsum nach ICD-10 ist bei Vorliegen der bekannten Diagnosekriterien gegeben. Klassische Zugangswege zur Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen erfolgen in der Regel über die städtischen, freien oder kirchlichen Suchtberatungsstellen oder über die Entzugskliniken. In ersten Kooperationsgesprächen mit der Aidshilfe Köln wurde deutlich, dass MSM mit Chemsex-Konsummuster seit 2013 zunehmend den Kontakt zur Aidshilfe suchen, wenn ihr Konsumkontrollvermögen sinkt und sie mit negativen Konsequenzen des Konsums (in sozialer, gesundheitlicher Hinsicht) konfrontiert werden. Die Aidshilfe Köln berichtete von einer steigenden Beratungsanfrage von Betroffenen, aber auch von niedergelassenen HIV-Schwerpunktärzten, Notfallambulanzen, Krankenhäusern und HIV-Schwerpunktambulanzen (Pfliegensdörfer, 2017). Der German Chemsex Survey 2018 (Schecke et al., 2019) zeigt auf, dass die befragten Männer durchaus



informiert sind über die klassischen Zugangswege zum Suchthilfesystem, sie sich aber häufig zunächst nicht als suchtmittelabhängig definieren und sich mit dem Konsummotiv „Substanzkonsum zur sexuellen Leistungssteigerung“ möglicherweise nicht durch die bekannten Beratungsangebote angesprochen fühlen und sie darüber hinaus Angst vor Stigmatisierung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung durch Berater/Behandler haben.

Belastbare Daten zur Prävalenz in Bezug auf MSM mit abhängigem Chemsex-Konsummuster zu erhalten ist zum derzeitigen Zeitpunkt kaum möglich. Die

aktuellen europäischen und deutschen Studien (Schecke et al., 2019) zu diesem Thema geben zwar Aufschluss über das Ausmaß und die Frequenz des Konsums von Substanzen in der sexuellen Praxis von MSM, lassen aber keinen verlässlichen Einblick in das Ausmaß behandlungsbedürftiger Abhängigkeit zu. Außerdem erreichen die gewählten „Community-nahen“ Zugangswege (z.B. über Aidshilfe, einschlägige Internetportale) zu den Befragten vermutlich nur einen Ausschnitt der Konsumszene. In der europäischen EMIS-Studie 2017 (Schweers, 2019), eine europaweite Online-Befragung vom 18. Oktober 2017 bis zum 31. Januar 2018 von fast 128 000 MSM aus 50 Ländern, gaben 82 % der Befragten an, dass sie bei weniger als der Hälfte ihrer sexuellen Begegnungen unter Einfluss von Drogen standen, und 44 %, dass dies nie der Fall gewesen sei. Etwa 7 % hingegen gaben an, dies sei fast immer oder immer der Fall gewesen. Laut

Klinik hingegen weist darauf hin, dass für diesen relativ kleinen Teil der MSM-Gruppe bei entsprechender Abhängigkeitsentwicklung ein Behandlungsbedarf besteht. In 2016 wurden 13 und in 2019 bereits 44 MSM mit abhängigem Chemsex-Konsummuster, die v.a. aus dem großstädtischen Raum (Berlin, Köln, Hamburg, München) kamen, behandelt.

Sexualität – (k)ein Thema in der stationären Entwöhnungsbehandlung?!

Sexualität ist ein eher vernachlässigtes Thema in der Suchthilfe. Da in der MSM-Konsumtengruppe die Funktionalisierung insbesondere von stimulierenden Substanzen mit einem hohen Abhängigkeitspotential in der Sexualität einen hohen Stellenwert hat, erweist sich ein Nichtthematisieren und Bearbeiten dieses Zusammenhangs als besonders einschneidend.

Darüber hinaus weisen anglo-amerikanische Studien darauf hin, dass MSM und andere sexuelle Minderheiten besondere und zusätzliche Krankheitsrisiken (erhöhte Rate an psychischen Erkrankungen und suizidalen Handlungen) aufweisen, die nicht genetischen oder biologischen Ursprungs sind, sondern möglicherweise durch strukturelle Abwertungsmuster und daraus resultierend internalisierte Homonegativität mitverursacht werden: „**Minority-Stress-Modell**“ (Wolfersdorf, Plöderl, 2016 und Sander, 2017).

Unsere ersten klinischen Erfahrungen in 2015 bestätigten eine erhöhte Rate an psychischen Erkrankungen und Belastungen in dieser Patientengruppe. Um diese Einschätzung zu objektivieren, führten wir eine erste klinikinterne Auswertung durch.

Ausgewertet wurden Daten der Entlassjahrgänge 2015-2017 und alle Rehabilitanden mit einem Chemsex-Konsummuster (CS: $n = 40$) verglichen mit einer männlichen Vergleichsgruppe mit anderem Konsummuster (VG: $n = 1371$). Unterschiede zwischen CS und VG wurden mittels χ^2 - und Welch-t-Test geprüft. Die Rehabilitanden mit Chemsex-Konsummuster sind signifikant älter (CS: 39 J.; VG: 35,8 J.; $t(43.1) = 2.23$, $p = .05$; Cohen's $d = 0.27$), sie haben eher Abitur (CS: 57.5 %, $n = 23$; VG: 21.8 %, $n = 299$; $\chi^2_{(0.01;3, N=1411)} = 25.365$) und sind eher in

Arbeit (CS: 50 %, $n=20$; VG: 30.1 %, $n=413$ χ^2 ($_{.02;1, N=1411}$) = 5.9998). Keine Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der Partnersituation und der Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme. Außerdem unterscheiden sich die beiden Gruppen in den drei häufigsten Erstdiagnosen. CS: 1. Stimulanzienabhängigkeit F15.2, 37.5 %; 2. Mehrfachabhängigkeit F19.2, 30 %; 3. Alkoholabhängigkeit F10.2, 12.5 %. VG: 1. Alkoholabhängigkeit F10.2, 38.51 %; 2. Mehrfachabhängigkeit F19.2, 24.36 %; 3. Cannabisabhängigkeit F12.2, 21.74%. Die Gruppe der CS hat mehr komorbide F-Diagnosen (ohne F1) als die VG, mehr somatische komorbide Diagnosen v.a. hinsichtlich HIV (CS: 62.5 %; VG: 0.97 %) und Hepatitis C (CS: 25 %; VG: 1.35 %) und weist in der Testdiagnostik zu Behandlungsbeginn eine höhere allgemeine psychische Belastung (GSI, CS: 1.26; VG: 0.93; $t(41.9) = 3.05, p = .004$; $Cohen's d = 0.46$) sowie höhere Werte hinsichtlich der Skalen Unsicherheit (CS: 1.73, VG: 1.10; $t(41.1) = 3.57, p < .001, Cohen's d = 0.63$), Depressivität (CS: 1.66, VG: 1.12; $t(41.5) = 3.48, p = .001, Cohen's d = 0.56$), Ängstlichkeit (CS: 1.40, VG: 0.99; $t(41.4) = 2.98; p = .005, Cohen's d = 0.49$) und Psychotizismus (CS: 1.31, VG: 0.92; $t(41.6) = 2.75, p = .003; Cohen's d = 0.43$) auf (siehe Abb. 1).

Schlussfolgernd daraus bestätigten sich eine höhere psychische Vulnerabilität sowie spezifische Behandlungsthemen (u.a. durch die erhöhte Rate an somatischer Komorbidität) und damit ein besonderer Behandlungsbedarf dieser Zielgruppe.

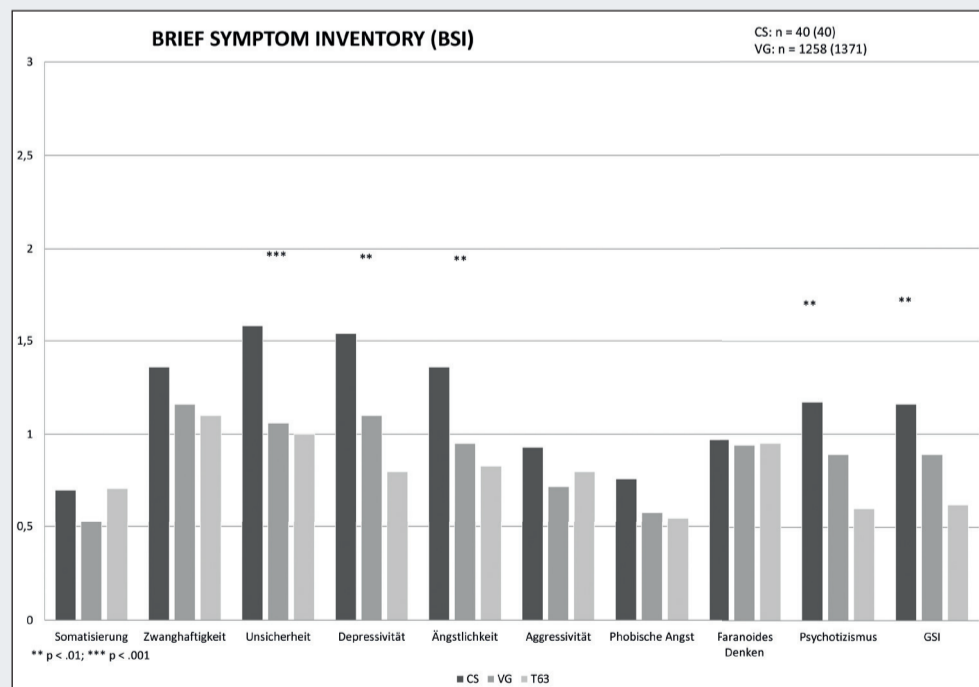


Abb. 1: Psychische Belastung erfasst mit BSI (Franke, 2000) zu Behandlungsbeginn bei Rehabilitanden mit Chemsex-Konsummuster (CS) und männliche Suchtrehabilitanden ohne Chemsex-Konsummuster (VG). T63= T-Wert/Normwert des BSI/Cut Off

MSM mit Chemsex-Konsummuster-Behandlungskonzept

Die bei dieser Zielgruppe vorhandene intensive Kopplung des Suchtmittelkonsums an die Sexualität erfordert in der Behandlung zum einen Kenntnis über diese Lebenswelt, über die speziellen (historisch u.a. aus dem Minderheitenstatus erwachsenen) „subkulturellen“

Begegnungsorte sowie die besonderen Anforderungen an eine Rückfallprävention.

In der klinischen Arbeit mit dieser Zielgruppe zeigen sich häufig neben einer behandlungsbedürftigen Substanzmittelabhängigkeit auch ein gesteigertes sexuelles Verlangen und Handeln mit anderen oder mit sich selbst und eine intensive Nutzung von pornografischen Inhalten und Dating-Portalen sowie eine deutlich höhere Belastung mit STIs, Hepatitis und HIV.

Dies stellt die Behandlung vor besondere Anforderungen. So konnten wir feststellen, dass Rückfallverläufe in den ersten Wochen der Behandlung mit hohen Risiken einhergingen (schwere Intoxikationen über einige Tage z.B.) resultierend aus einem starken sexuellen Verlangen, welches wiederum durch die Kopplung auch starkes Konsumverhalten auslöste – und umgekehrt. Um den Patienten einen krisenarmen Einstieg in die Behandlung zu ermöglichen und zugleich auch die insbesondere anfänglich zu beobachtende starke Fixierung auf Sexualität zu lösen, haben wir ein 3-Phasen-Modell sowie ergänzende Empfehlungen und Vereinbarungen zum Behandlungsvertrag entwickelt.

Drei-Phasenmodell:

1. Phase:

Stabilisierung/„Reizschutz“: In den ersten 4-6 Wochen Vereinbarung von sexueller Abstinenz (individuell erarbeitet): Umgang mit gängigen

Internetportalen (ggf. Deaktivierung), Pornografiekonsum, Aufsuchen von Szeneorten, Masturbation) mit dem Ziel der Lockerung der Fixierung auf Sexualität.

2. Phase: Exposition: in Einzeltherapie und in der Indikativen Gruppe „Lust und Rausch“ wird an Hand eines Am-



pelmodells ein Risikoprofil hinsichtlich äußeren Settings und inneren Sets erarbeitet, um somit die Wiederaufnahme (substanzfreier) sexueller Aktivitäten vorzubereiten, eine Risikoabwägung vorzunehmen und damit einhergehende Emotionen zu bearbeiten sowie diese Erfahrungen zu reflektieren.

3. Phase: Realitätsüberprüfung: Durch sogenannte Belastungserprobungen am Wochenende im Lebensumfeld (ab dem 29. Behandlungstag) sowie im letzten Behandlungsdrittel während eines 5-tägigen Realitätstrainings soll Erlerntes im jeweiligen Lebensumfeld erprobt werden.

Ergänzende Empfehlungen und Vereinbarungen zum Umgang mit Sexualität, mit Dating Apps und Pornografie, Aufsuchen von „Szeneorten“, mit Potenzmitteln und Substanzrückfälligkeit im Kontext von Sexualität werden besprochen und sind Teil der Behandlungsvereinbarung.

In der Entwicklung unserer **Behandlungsstandards** und inhaltlichen Konzeption einer spezifischen Indikativen Gruppe für MSM mit Chemsex-Konsummuster ließen wir uns sowohl von den formulierten Bedarfen der Patienten, unserer eigenen Einschätzung als auch von der ersten, vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten, Quadros-Studie (Dichtl, Graf, Sander, 2016) leiten.

Auf eine verlässliche Bedarfsanalyse sowie abstinenzorientierte Behandlungsansätze in Methodik und Inhalt konnten wir nicht zurückgreifen, da diese für diese spezielle Patientengruppe noch nicht zur Verfügung standen und von uns zunächst in der therapeutischen Praxis entwickelt und in 2018 hinsichtlich ihrer Wirksamkeit in einer ersten klinikinternen Auswertung der Eingangs- und Abschlussdiagnostik evaluiert wurde. Neben den genannten Quellen ist unser Behandlungsansatz verhaltenstherapeutisch und integriert bei Bedarf systemische Ansätze.

Ein **Schwerpunkt-Behandlungsteam** wurde etabliert, das sowohl die Bezugsgruppen leitet als auch für die einzeltherapeutische Behandlung zuständig

ist. Durch die substanzielle Fortbildung über die Lebens- und Konsumwelt sowie die sexuelle Praxis von MSM, die mittlerweile fundierte klinische Erfahrung der Schwerpunktbehandler*innen ist somit eine gute Behandlungsqualität gewährleistet.

Ergänzend zur Sucht- und biografischen Anamnese ist in dieser Patientengruppe die Erhebung einer **Sexualanamnese** unabdingbar. Der Bezugsarzt/ die Bezugsärztin erhebt v.a. die möglicherweise vorhandenen sexuellen Funktionsstörungen. Der Bezugstherapeut/ die Bezugstherapeutin erhebt das aktuelle Sexualverhalten und Erleben, die Nutzung von Medien mit pornografischen oder konsumbezogenen Inhalten, die Störungen der Sexualpräferenz (im Konsum und unabhängig davon), Störungen der Geschlechtsidentität, Fragen zur sexuellen Orientierung und besonderen sexuellen Vorlieben (im Konsum und unabhängig davon), allgemeine Fragen zu Partnerschaft, präferiertem Beziehungsmodell und Fragen zur psychosexuellen Entwicklung inklusive belastender Ereignisse.

Um Ausgrenzungsphänomenen entgegen zu wirken und Erfahrungen des Wiedererkennens und der Solidarität zu ermöglichen, haben wir die MSM-Chemsex-Patienten in zwei ansonsten heterogene suchtherapeutische **Bezugsgruppen** integriert (im Schnitt sind damit 6 von 12 Patienten Chemsex-Konsumanten pro Gruppe). Durch die heterogenen Bezugsgruppen lässt sich für die MSM-Chemsex-Patientengruppe die thematische Fixierung auf Sexualität und Substanzkonsum lösen und zugleich ermöglicht es Erfahrungen der Unterstützung durch mindestens 5 weitere Patienten mit der Chemsex-Thematik.

In der wöchentlich stattfindenden **Einzeltherapie** können ergänzend besonders schambesetzte Aspekte der aktuellen sexuellen Praxis und der psychosexuellen Entwicklung bearbeitet werden.

Paarbehandlung/Systemische Behandlungsansätze: Gleichgeschlechtliche Paare mit einer Abhängigkeits-erkrankung können zeitgleich oder

zeitversetzt die Behandlung durchführen. Ebenso sind für Patienten, die in Partnerschaft leben, systemische Therapiebausteine: Angehörigengespräche und gemeinsame Teilnahme an einem Angehörigenseminar vorgesehen.

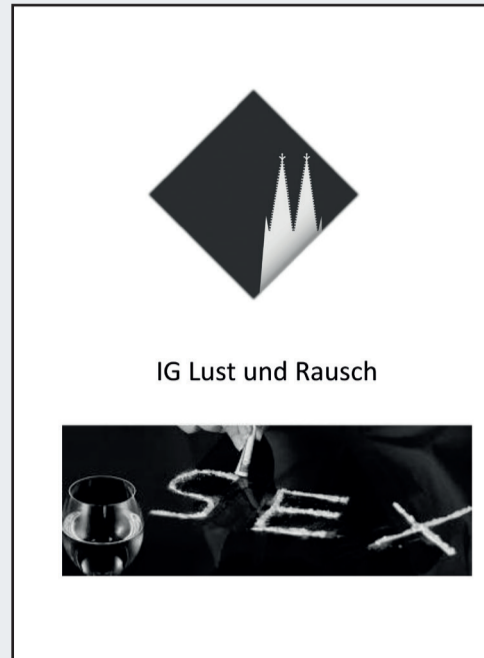
Neben der Behandlung in heterogenen Bezugsgruppen (s.o.) analog unseres biopsychosozialen Behandlungsansatzes von Abhängigkeitserkrankungen, halten wir ein spezifisches Angebot für die MSM-Gruppe mit Chemsex-Konsummuster vor: **Indikative Gruppe (IG) Lust und Rausch**. In der Anfang 2016 konzipierten und bis dato weiterentwickelten IG wird der Thematik „Chemsex-Konsummuster bei MSM“ und deren Lebensweltbezug besonders Rechnung getragen.

Zielgruppen sind:

- MSM, die eine starke Funktionalisierung von psychoaktiven Substanzen in der Sexualität zeigen
- MSM, die sog. „Chemsex“ betreiben
- MSM, die neben dem Substanzgebrauch ein gesteigertes Sexualverlangen und /oder einen kritischen Mediengebrauch zeigen

Inhalte der IG Lust und Rausch: Wir haben in der klinischen Praxis ein eigenes Manual entwickelt, welches, situativ ergänzt durch aktuelle Themen der Patienten (z.B. Vorbereitung eines „Sexdates“, Bearbeitung von Rückfälligkeit, aktualisierte partnerschaftliche Konflikte), folgende Themenkomplexe behandelt:

- Funktionalität unterschiedlicher Substanzen beim Sex
- Funktionalität von Sexualität (unabhängig vom Substanzkonsum)
- Welche Bedürfnisse (nach Grawe) werden im Kontext von Sexualität erfüllt?
- „Hypersexualität“
- Psychosexuelle Entwicklung und daraus ggf. resultierende Auswirkungen auf das Sexual- und Konsumverhalten
- Homonegative Erfahrungen und internalisierte Homonegativität sowie daraus resultierende Auswirkungen auf das Sexual- und Konsumverhalten
- Wiederannäherung an eine substanzfreie Sexualität – Risikoeinschätzung / Ampelmodell
- Ausblick auf das zukünftige Sexuelleben
- Vor- und Nachteile unterschiedlicher Beziehungsmodelle
- Rückfälligkeit und Verhalten nach einem Rückfall



IG Lust und Rausch

Bisherige Erfahrungen mit dem Behandlungskonzept und mögliche Wirksamkeitsüberprüfung

Die seit 2015 steigenden Behandlungszahlen (2016 noch 13 Behandlungsverläufe, in 2019 bereits 44) sowie die Rückmeldungen aus dem Berater- und Behandlungsnetzwerk bestätigen die Notwendigkeit eines spezifizierten Behandlungskonzeptes.

Eine systematische Überprüfung der Wirksamkeit des Behandlungskonzeptes für Patienten mit Chemsex-Konsummuster, vor allem auch zum Erhebungszeitpunkt der 12 Monats-Katamnesen, steht noch aus. Dabei ist insbesondere die Fragestellung interessant, ob das oben beschriebene Behandlungskonzept zu einem verbesserten Therapieerfolg führt. Dazu waren bisher keine systematischen Datenerhebungen mit passender Vergleichsgruppe, z.B. im Sinne einer Wartekontrollgruppe, möglich. Möglich waren bisher Auswertungen mit der bestehenden Standarddiagnostik und der Vergleich mit anderen männlichen Suchtrehabilitanden, die kein Chemsex-Konsummuster haben (VG), bzw. ein alleiniges Betrachten der Verlaufsdaten der Rehabilitanden mit Chemsex-Konsummuster (CS). Das heißt, es wurde zunächst die Fragestellung verfolgt, ob sich die CS überhaupt im Therapieverlauf verbessern, obwohl

sie erhöhte psychische Belastungen in der Eingangsdiagnostik und erhöhte psychische wie körperliche Komorbidität zeigen. **Erste Auswertungen der Veränderung zwischen Ein- und Ausgangsdiagnostik zeigen, dass sich die Testwerte der CS im BSI (n = 28) und in allen Subskalen signifikant verbessern (siehe Abb. 2).**

Die Unterschiede zwischen der Eingangs- und Ausgangsdiagnostik wurden mit dem Welch-t-Test für abhängige Stichproben getestet. Der GSI sinkt im Mittel von 1.28 auf 0.63 ($t(27) = 5.30$, $p < .001$, $Cohen's d = 1.00$). **In der Gruppe der CS gibt es dabei (trotz höherer psychischer Belastungsfaktoren) die gleiche Anzahl regulärer Abschlüsse, wie in der VG (CS: 75 %; VG: 74.2 %), was wir als Bestätigung der Wirksamkeit unseres Behandlungskonzeptes werten. Die regulären Abschlüsse korrelieren auch mit der in den Abschlussgesprächen explorierten Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Behandlung**

Diskussion:

• Positiv zu sehen sind die steigende Nachfrage nach Behandlungsplätzen für die Schwerpunktbehandlung „MSM mit Chemsex-Konsummuster“ und die Zufriedenheit der Rehabilitanden. Darüber hinaus sind auch die Mehrzahl der regulären Behandlungsabschlüsse und die signifikante Verbesserung in der Standarddiagnostik positive Hinweise auf einen Behandlungserfolg.

• Limitationen der bisherigen Auswertungen ergeben sich insbesondere durch das stationäre Setting der Rehabilitation, in dem es bisher nicht möglich war, ein Untersuchungsdesign mit Wartekontrollgruppe sowie die gezielte Erhebung störungsbezogener abhängiger Variablen zu ermöglichen. Des Weiteren fehlt noch die Überprüfung der klinischen Bedeutsamkeit der gefundenen statistischen Unterschiede sowie die Überprüfung

langfristiger Effekte auf die Abstinenz nach 12 Monaten.

- Folgende Schlussfolgerungen für eine erfolgreiche Behandlung von MSM mit abhängigem Chemsex-Konsum ergeben sich aus unseren bisherigen Behandlungserfahrungen: Es empfiehlt sich die Etablierung eines ärztlichen, psycho- und suchttherapeutischen Behandlungsschwerpunktteams, welches über entsprechende Expertise verfügt. Eine Exploration des aktuellen Sexual- und Konsumverhaltens sowie eine ausführliche Sexualanamnese insbesondere der psychosexuellen Entwicklung muss zwingend erfolgen. Um die zu Behandlungsbeginn häufig vorhandene Fixierung auf „Sexualität“ aufzulösen sollten die MSM in eine ansonsten heterogene Bezugsgruppe integriert werden bei gleichzeitiger Teilnahme der MSM an einem manualisierten Programm zur Behandlung der kognitiven und emotionalen Kopplung des Substanzkonsums mit der Sexualität. Eine Orientierung auf sexuelle Abstinenz in den ersten Wochen der Behandlung hat sich bewährt, um die Fixierung auf die Sexualität zu lösen und damit eine kontrollierte Wiederannäherung an eine substanzfreie Sexualität einzuleiten.

Erstveröffentlichung: Fachzeitschrift SUCHT (Hogrefe Verlag), Dezember 2020

Literatur:

Dichtl, Graf, Sander (2016), Quadros: Modellprojekt „Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern“. Berlin: Deutsche Aidshilfe

Franke, G.H. (2000): Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis. Göttingen: Beltz.

Pfingensdorfer, M. (2017). Suchtberatung mit drogenkonsumierenden MSM. Erfahrungen aus der zielgruppenspezifischen (Sucht-) Beratung der Aidshilfe Köln. In: rausch, 5./6. Jahrgang, 4-2016/1-2017, 335-342

Sander, D. (2017) Die besondere Vulnerabilität schwuler und bisexueller Männer. Wie Diskriminierung die Gesundheitschancen sexueller Minderheiten beeinflusst. In: rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 6(1): 266-272

Schecke et al. (2019). Crystal Methamphetamine Use in Sexual Settings among German Men Who Have Sex With Men. In: Frontiers in Psychiatry, December 2019, Article 886

Schweers (2019), EMIS 2017, Schwuler Sex und Schwule Gesundheit in Zahlen. In: magazin. HIV, Deutsche Aidshilfe, September 2019

Stuart, D., A chemsex crusible: the context and the controversy, in: BMJ Sexual & Reproductive Health, London 2016, 42, 237-238

Wolfersdorf, M. & Plöderl, M. (2016). Geschlechtsunterschiede bei Suizid und Suizidalität. In: P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), Handbuch Geschlecht und Gesundheit. 2. Vollst. überarb. und erw. Auflage (s.265-274). Bern: Hogrefe

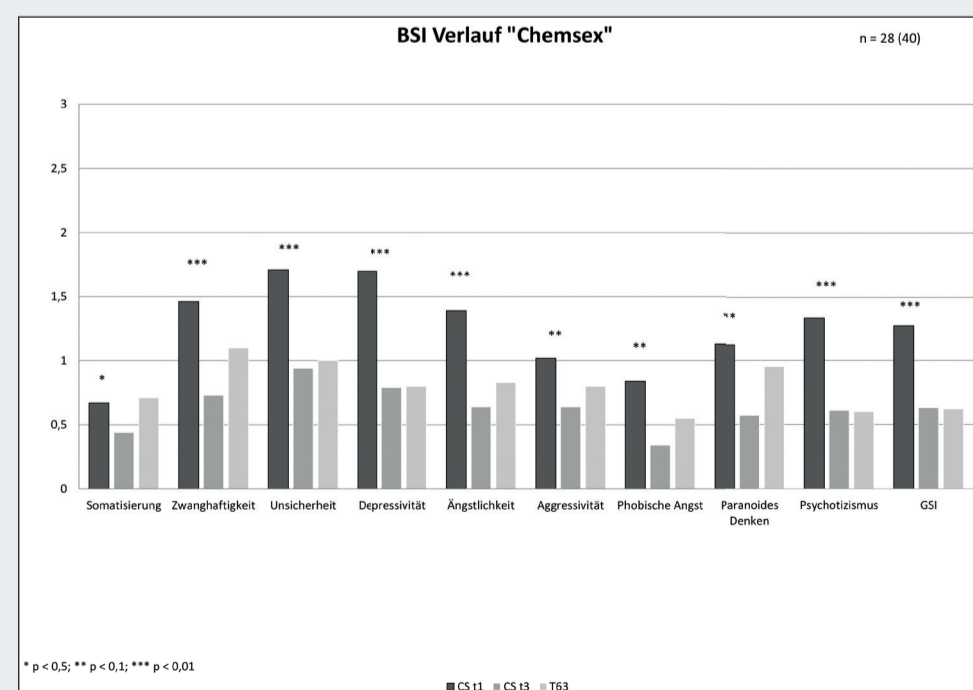


Abb. 2: Veränderung über den Therapieverlauf im BSI (Franke, 2000) innerhalb der Gruppe der Rehabilitanden mit Chemsex-Konsummuster (CS). T63 = T-Wert/Normwert des BSI/Cut Off



START DER SALUS ADAPTION HÜRTH

Im Dezember 2021 fällt der Startschuss der salus adaption Hürth und wir freuen uns darauf, diese neue Herausforderung anzugehen.

Die 24 modern eingerichteten Einzelappartements mit eigenem Bad und Küchezeile sind eingerichtet und warten auf Ihre Bewohner. Ebenso wie das Adaptionsteam, die sich freuen, dass es nun losgehen kann und sich auf diesem Wege gerne schon einmal vorstellen:



Frauke Wulf

Mein Name ist Frauke Wulf und ich arbeite seit 2012 in der salus Klinik Hürth. 2014 habe ich begonnen die salus adaption aufzubauen. In den Jahren haben wir uns stetig weiterentwickelt und konnten viele Erfahrungen sammeln. Jetzt freue ich mich auf den spannenden Weg ein neues Haus zu gestalten, auf dem bisherigen aufzubauen, unsere Ideen und Konzepte auszuprobieren und mit einem motiviertem Team Freude an der Arbeit zu haben.



Vanessa Mientus

Mein Name ist Vanessa Mientus, ich bin Sozialarbeiterin und Suchttherapeutin (VDR). Seit 2014 arbeite ich in der salus klinik Hürth, zuletzt als Bezugstherapeutin in der Frauenklinik. Zuvor durfte ich bereits wertvolle Erfahrungen in der bezugstherapeutischen Arbeit mit jungen Erwachsenen (GA) sowie der Arbeit im Sozialdienst sammeln. Ich freue mich nun auf eine neue Herausforderung und darauf, die Adaption mit den Kolleg*innen aufzubauen.



Leonie Becker

Ich bin gelernte Heilerziehungspflegerin und Sozialarbeiterin und bin seit Juni 2021 in der salus adaption angestellt. Zuvor habe ich mein Praxissemester im Sozialdienst der salus Klinik durchgeführt. Meine Aufgabe ist die Koordination der beruflichen Teilhabe. Ich begleite die Rehabilitand*innen rund ums Praktikum und freue mich darauf, ein Netzwerk mit Kooperationspartner*innen aufzubauen.



Max Dornbusch

Mein Name ist Max Dornbusch. Ich bin 33 Jahre alt, ausgebildeter Suchttherapeut (VDR) und arbeite seit 2013 in der salus klinik Hürth. Seit 2020 begleite ich die Adaptionbewohner*innen als Bezugstherapeut. Nach langem Warten freue ich mich riesig darauf mit meinen Kolleginnen das neue Adaptiongebäude zu beziehen und gemeinsam etwas Neues aufzubauen.



EIN ERSTER BLICK IN DIE APPARTEMENTS:



Einzelappartement mit Ausblick



Fernseher, Küchenzeile und Kleiderschrank

Küchen-Erstausrüstung



NEIN, SCHEIN ODER SEIN?

RAUCHERENTWÖHNUNG IN DER
SALUS KLINIK LINDOW



R. Cina



J. Lindenmeyer

Eine eingehende Auseinandersetzung mit einer Sucht, resp. mit von einer Sucht Betroffenen führt bei Ärzt*innen und Therapeut*innen oft zu inneren Widerständen, insbesondere wenn es sich um das Suchtmittel Nikotin handelt. Viele Betroffene und Behandelnde erachten gerade den Nikotinkonsum als vernachlässigbar, sind doch die körperlichen, sozialen und seelischen Folgeschäden lange Zeit nicht sichtbar.

Zwar ist es durch ein verändertes Image des Rauchens und die zunehmende Realisierung der Gesundheitsgefahren in den letzten Jahren zu einem deutlichen Rückgang des Rauchens insbesondere bei Jugendlichen gekommen. Trotzdem wird das Ansprechen der Nikotinabhängigkeit von vielen Menschen unverändert als „Einmischung“ in ihre Privatsphäre betrachtet. Außerdem erachten viele Behandelnde in allen Feldern des Gesundheitswesens die (zeit-)ökonomischen Anforderungen, mit Patient*innen das Rauchen zu thematisieren, als zu hoch oder gehen von einer a priori frustrierten Bemühung um eine Tabakabstinenz aus.

Als Abbild dieser inneren Haltung kommt es auch in der medizinischen Rehabilitation leider immer noch zu einer Unterdiagnostizierung des Nikotingebrauchs. Dies ist deshalb so bedauerlich, weil eine medizinische Rehabilitation ein besonders günstiges Zeitfenster für die selbstkritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Rauchverhalten bis hin zur erfolgreichen Raucherentwöhnung darstellen könnte. Insbesondere bei einer Entwöhnungsbehandlung ist das prekär, weil dort bis zu 80% der Patient*innen als „heavy smokers“ mit mehr als 20 gerauchten Zigaretten pro Tag gelten. Die Deutsche Rentenversicherung nimmt diesbezüglich ihre Verantwortung zwar wahr, indem sie in den „Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit“ festgelegt hat, dass sich mindestens 15 Prozent der Alkoholabhängigen mindestens 250 Minuten mit diesem Thema im Verlauf ihrer Reha-Maßnahme auseinandersetzen sollen (eine entsprechende Festlegung findet sich in



den RTS Depressive Störungen nicht, kann aber als „Sucht- und Psychotherapie: Gruppeninterventionen“ verbucht werden). Allerdings garantiert dieses Qualitätsziel noch lange nicht die Umsetzung der sehr viel umfangreicheren Empfehlungen einer leitliniengerechten Raucherentwöhnung. Diese enthalten u.a. verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppeninterventionen, eine Nikotinersatztherapie, resp. Pharmakotherapie und allenfalls eine Benutzung internet-basierter Selbsthilfeprogramme.

So wird beispielsweise in der salus klinik Lindow eine systematische Dokumentation des Rauchstatus, ggf. eine entsprechende Diagnostik vorgenommen und ein 50-minütiger Vortrag zum Thema „Rauchen“ für alle Rehabilitand*innen gehalten. Auf der Basis der „Motivierenden Gesprächsführung“ wird bei Betroffenen eine gezielte Ambivalenzförderung betrieben und eine Stärkung der Änderungszuversicht angestrebt. Patient*innen können an unserer „Raucherentwöhnungsgruppe“ teilnehmen (5 Mal pro Woche für jeweils 90 Minuten) für 3 Wochen mit Option auf Verlängerung. Flankierend werden den Patient*innen für sie kostenfrei Nikotinersatzprodukte angeboten. Durch dieses Vorgehen gelingt es uns, etwa ein Drittel unserer Raucher*innen zur Teilnahme an der Raucherentwöhnung zu motivieren. Im Weiteren waren und sind wir bei der Übersetzung und Weiterentwicklung eines Internet basierten Selbsthilfeprogramms (www.selbsthilfetak.de) zusammen mit den Jellinek-Kliniken

(NL) beteiligt, das seit einigen Jahren erfolgreich angeboten wird. Insgesamt führte dies zur Anerkennung unserer Leistungen mit der 3-maligen Auszeichnung „GOLD Forum Member“ des Global Network for Tobacco Free Healthcare Services.



Die Schilderung macht deutlich, dass der finanzielle und personelle Aufwand bei einer leitliniengerechten Behandlung der Rauchenden beträchtlich ist. Alleine die 2 während des ganzen Jahres angebotenen therapeutisch geleiteten Raucherentwöhnungsgruppen und der Einkauf von Nikotinersatzprodukten bilden einen bedeutenden Kostenfaktor für unsere Klinik. Es ist nicht einfach und keineswegs selbstverständlich, Mitarbeitende und auch die Geschäftsführung einer Rehaeinrichtung hierfür zu gewinnen. Von daher begrüßen wir es sehr, dass die Bundesdrogenbeauftragte, Frau Daniela Ludwig, kürzlich die DRV um Vorschläge gebeten hat, wie ein besonderes Engagement in der Raucherentwöhnung zusätzlich vergütet werden kann, damit die Expertise und der Einsatz zum Wohl der Patient*innen weiter bestehen kann.



Eni S. Becker

ZUR BIOGRAPHIE:

Eni S. Becker ist Professorin für Klinische Psychologie an der Radboud University Nijmegen. Ihr Forschungsinteresse gilt kognitiven Prozessen und ihrer Rolle bei der Entstehung psychischer Störungen, vor allem Angst und Depressionen. In den letzten Jahren hat sie sich darauf konzentriert, wie diese Prozesse zum Nutzen der Patient*innen beeinflusst werden können. Sie entwickelte Computerprogramme, die z.B. die Aufmerksamkeit der Patient*innen trainieren, um die klassische Psychotherapie zu unterstützen. Sie ist außerdem psychologische Psychotherapeutin und spezialisiert auf die Behandlung von Angststörungen, insbesondere der Generalisierten Angststörung (GAS). Eni Becker hat neben einer Vielzahl von Fachartikeln mehrere Bücher für Therapeut*innen, und aber auch für Patient*innen mit GAS und ihre Angehörigen, verfasst.



Ein Patientin führt das „Körperbildtraining“ erhofft wird

UNSER STIMMUNGS- KONGRUENTES GEDÄCHTNIS

FORSCHUNG AKTUELL IN DER
SALUS KLINIK LINDOW



Die salus klinik Lindow arbeitet seit 15 Jahren eng mit einer internationalen Forschergruppe zusammen. Zahlreiche Studien konnten seither in hochrangigen Fachzeitschriften publiziert werden. In dieser Rubrik werden wir künftig in der salü regelmäßig über die aktuellen Forschungsaktivitäten in Lindow berichten. Frau Prof. Dr. Eni Becker von der Radboud Universität Nijmegen in den Niederlanden macht den Anfang.

Das Gedächtnis hat mein wissenschaftliches Interesse früh geweckt. Schon meine Diplomarbeit beschäftigte sich mit Gedächtnisprozessen bei Patient*innen mit Paniksyndrom. Das Thema hat seine Faszination für mich behalten. Unser Gedächtnis ist in gewisser Weise unsere Essenz, es definiert

und formt uns. Ohne Gedächtnis gäbe es kein Ich, wir hätten keine festen Beziehungen und auch keine Zukunft, weil wir uns nicht an unsere Ziele erinnern würden.

Im Allgemeinen denken wir bei dem Wort "Gedächtnis" an unsere Vergangenheit. Unser Gedächtnis bewahrt unsere Erlebnisse und unser Wissen. Wir stellen uns diese Vergangenheit als stabil und „wahr“ vor, aber so funktioniert unser Gedächtnis nicht. Jedes Mal, wenn wir uns an etwas erinnern, verändern wir dabei die Erinnerung ein wenig (manchmal auch mehr). Das heißt, dass sich unsere Vergangenheit somit ständig verändert. Manchmal geht dies soweit, dass wir Dinge „erinnern“, die gar nicht passiert sind.

Erinnerungen bestimmen, was wir tun und wie wir uns fühlen. Sie tragen zu gesundem Verhalten und Optimismus bei, können aber auch zu Traurigkeit, Angst und ungesundem Verhalten führen. Als Forscherin interessiert mich, wie sich das Gedächtnis auf die seelische Gesundheit bzw. auf psychische Störungen auswirkt. Das Gedächtnis kann einerseits durch psychische Probleme verändert werden, und umgekehrt gibt es Hinweise dafür, dass ein verändertes Gedächtnis auch eine Ursache von psychischen Problemen sein kann. Zum Beispiel zeigen depressive Menschen ein sogenanntes "stimmungskongruentes" Gedächtnis, d.h. sie erinnern sich besser und häufiger an negative Informationen. Dies

führt zu einer verzerrten Sichtweise, und es wird für die Betroffenen immer schwieriger, Gefühle gut zu regulieren; ein Teufelskreis entsteht.

Auch das sogenannte Arbeitsgedächtnis ist bei vielen Patient*innen beeinträchtigt. Das Arbeitsgedächtnis ist unter anderem dafür verantwortlich, wie wir unsere Aufmerksamkeit auf wichtige Informationen lenken und Unwichtiges ignorieren. Damit ist es verantwortlich für zielgerichtetes Verhalten. Stress und Arbeitsgedächtnis sind ganz klar miteinander verbunden: Unter Stress funktioniert das Arbeitsgedächtnis nicht mehr richtig, es wird schwer, sich auf Wichtiges zu konzentrieren, wir beginnen mehr zu grübeln, und wir werden immer schlechter bei der Bewältigung des Alltags. Vermehrtes Grübeln ist typisch für depressive und ängstliche Menschen, aber z.B. auch für Patient*innen mit Anorexia Nervosa. Das Arbeitsgedächtnis spielt also bei vielen verschiedenen psychischen Störungen eine entscheidende Rolle.

Natürlich spielt das Gedächtnis auch eine große Rolle in der Psychotherapie. In der Therapie reden wir über unsere Erfahrungen, wie sie uns und unser Verhalten noch heute beeinflussen. Wenn wir vor allem Negatives erinnern, Momente des Scheiterns, dann „übersehen“ wir, was wir eigentlich doch geschafft haben, was uns hilft Situationen zu meistern. Ein Gedächtnis, das vor allem negative Momente erinnert, kann uns hindern weiterzukommen, wenn es gelingt auch positive Erinnerungen hervorzuholen, kann dies enorm helfen. Auch kann die Konzentration beeinträchtigt sein, wir grübeln und wir hören nicht mehr, was in der Therapie gesagt wird.

Aber wie können wir diese Gedächtnisprozesse wieder normalisieren? In der herkömmlichen Psychotherapie gibt es dafür kaum Angebote. Deshalb sind wir seit einiger Zeit damit beschäftigt,

Computerprogrammen zu entwickeln, die diese Prozesse unterstützen. In der salus klinik Lindow haben wir hierzu eine Studie mit ca. 100 Patient*innen durchgeführt, die unter einer Depression litten. Das Training war für die betroffenen Patient*innen ziemlich harte Arbeit, da das Arbeitsgedächtnis nicht leicht zu trainieren ist. Man muss mindestens 10 Sitzungen mitmachen. Zudem ist das Training wirklich anstrengend und manchmal auch frustrierend. Aber fast alle haben durchgehalten! Leider waren nicht sofort Erfolge zu sehen, aber das ist beim Training des Arbeitsgedächtnisses nicht ungewöhnlich. Die von uns trainierten Patient*innen fühlten sich ein Jahr später besser als die untrainierten, also doch ein Erfolg. Wir planen deshalb, dieses Training zu verbessern und erneut anzubieten.

Derzeit arbeiten wir daran, auch das Langzeitgedächtnis positiv zu beeinflussen. Das heißt nicht, dass wir versuchen, alte Erinnerungen zu verändern. Wir versuchen vielmehr, essgestörten Patient*innen so zu trainieren, dass es ihnen in Zukunft leichter fällt, sich an positive Ereignisse zu erinnern. Das ist nicht so einfach wie es klingt, aber wir konnten schon zeigen, dass diese Art von Training tatsächlich hilft, sich im Alltag besser an positive Ereignisse zu erinnern. Wir entwickeln deshalb gerade eine Smartphone-App, die das Training besser in den Alltag einbetten kann. Hoffentlich werden wir sie bald auch Patient*innen der salus Kliniken anbieten können.

Die langjährige Zusammenarbeit mit der salus klinik in Lindow ermöglicht es mir, die beiden "Seelen in meiner Brust", d.h. die Wissenschaftlerin und die Therapeutin, auf einzigartige Weise zusammenzubringen. Wir haben ein tolles Forschungs-Team und ich freue mich immer auf die intensiven Tage, an denen wir die Forschung begutachten und Neues planen. Wir halten Sie gerne darüber auf dem Laufenden!



durch, von dem eine Verbesserung der Körperakzeptanz



SALUS ÄRZTIN BEGLEITET HUMANITÄREN FLUG MIT AFGHANISCHEN KINDERN

Die Ärztin Jenny Becker ist dreifache Mutter und arbeitet als Bezugsärztin für Suchtpatient*innen in der salus klinik Lindow, einer Kooperationsklinik der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB). Sie approbierte im Juni 2021 als erster Jahrgang der neuen Univer-

Versorgung bedürfen, nach Deutschland zu bringen, konnte sie einfach nicht Nein sagen. Die salus klinik Lindow stellte Frau Becker für den Hilfsflug frei.

Frau Becker, war es nicht gefährlich in ein Krisengebiet wie Afghanistan zu fliegen?

Jenny Becker: Ja, aber ich hatte Vertrauen zu dem erfahrenen und kompetenten Management der Hilfsorganisation Friedensdorf International. Diese Leute wissen was sie tun. Gleiches gilt für die Piloten, die ebenfalls viel Erfahrung mit Flügen in Kriegs- und Krisengebiete haben.

Dennoch, es war die erste europäische Maschine, die seit der Machtergreifung der Taliban wieder in Kabul gelandet ist. Aber die Taliban haben ihr Wort gehalten und die Kinder konnten ein- bzw. ausreisen. Es war aber trotzdem ein mulmiges Gefühl, in Kabul zu landen und alle waren erleichtert, als wir wieder in der Luft waren.

sität MHB. Es war schon immer Frau Beckers Wunsch, Land-ärztin zu werden, auch um als Ärztin humanitäre Projekte unterstützen zu können. Als Friedensdorf International¹ anfragte, afghanische Kinder, die hier medizinisch versorgt wurden, auf ihrem Flug nach Hause zu begleiten, bzw. afghanische Kinder, die dringender medizinischer



Die Ärztin Jenny Becker (2.v.l.), Claudia Peppmüller vom Friedensdorf und Jan Jessen vor dem Abflug in Düsseldorf mit sechs der Kinder, die nach der Behandlung nun zu ihren Eltern nach Afghanistan zurückgekehrt sind

Wie erlebten Sie den Hinflug mit den Kindern?

Jenny Becker: Bewegend und aufregend. Die Kinder auf dem Flug nach Kabul waren natürlich aufgeregt. Sie freuten sich nach mehr als einem Jahr Trennung von Familie, Verwandten und Freunden, diese wieder zu sehen und in die Arme zu nehmen. Der gesundheitliche Zustand der Kinder in Kabul hingegen hatte sich während einer dreimonatigen Wartezeit massiv verschlechtert. Die Kinder hätten eigentlich schon Mitte August nach Deutschland kommen sollen. Dann kam jedoch die Machtergreifung der Taliban dazwischen und den Ärzten der afghanischen Partner, die die Kinder normalerweise nach Deutschland begleiten, wurde verboten nach Deutschland zu reisen.

Was waren die besonderen Herausforderungen auf dem Rückflug?

Jenny Becker: Die Kinder leiden an Knochenmarksentzündungen, verstümmelnden Narben nach schweren Brandverletzungen und Fehlbildungen, wie außerhalb des Körpers liegenden Organen. Schon während des Rückflugs



benötigten sie medizinische Behandlung und meine größte Sorge war, einen medizinischen Notfall nicht beherrschen zu können. Aber alle 27 Kinder sind sicher in Deutschland angekommen. Sie werden jetzt 12 - 18 Monate zur Behandlung in Deutschland bleiben und dann wieder zu ihren Familien zurückkehren, wenn die Situation in Afghanistan stabil bleibt.

Frau Becker, herzlichen Dank für diesen sehr persönlichen Einblick in ihr humanitäres Engagement. Gerade mit Blick auf unsere gesamtgesellschaftliche Verantwortung als modernes Unternehmen hat die salus klinik Lindow sie hierbei sehr gerne unterstützt.

¹ Friedensdorf International ist eine Hilfseinrichtung, die seit 1967 kranke Kinder aus Kriegs- und Krisengebieten zur medizinischen Versorgung nach Deutschland holt und anschließend wieder zu ihren Familien zurückbringt.

<https://friedensdorf.de/2021/11/08/hilfe-fuer-afghanistan-geht-weiter/>

IMPRESSUM

Redaktion:

Sandra Fisch
salus klinik GmbH
Argelès-sur-Mer-Straße 3
50354 Hürth
Tel. 02233 8081-808
Fax 02233 8081-885



Mitarbeiter*innen dieser Ausgabe:

R. Baumbach, E. Becker, M. Bobe, R. Cina, K. Grümer, S. Igelmund, A. Iking, M. Link, J. Lindenmeyer, T. Mann, C. Muhl, S. Reich, F. Wulf

Bilder:

Privat, shutterstock.com, thinkstock.de

Herstellungsleitung:

Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:

Druckhaus Süd GmbH, 50968 Köln
www.druckhaus-sued.de

