

Den Nebel lichten. Komorbidität von Sucht und Depression

Darja Büchner & Tom Bschor

Oft sind Behandler im klinischen Alltag mit der Frage konfrontiert, ob bei einem depressiv wirkenden alkoholkranken und konsumierenden Patienten eine zu behandelnde Depression oder die Suchterkrankung im Vordergrund steht, und in welcher Abfolge die Behandlung sich welchen Symptomen widmen soll.

Sowohl bei Sucht- als auch bei depressiven Erkrankungen können die folgenden Symptome auftreten: Vernachlässigung des Äußeren, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, niedergeschlagene, hoffnungslose Stimmungslage, Grübeln, Verlust von Interesse und Antrieb, Insuffizienz- und Schuldgefühle, Schlafstörungen, Ängste und Suizidgedanken bis hin zu konkreten -intentionen. Ist dieses Syndrom nun einer eigenständigen affektiven Erkrankung oder der Abhängigkeitserkrankung zuzuordnen? Diese Frage ist sowohl im Kontakt in der ambulanten Praxis, in Rettungswachen, aber auch in der Aufnahmesituation im Krankenhaus in der Regel zunächst nicht zu beantworten. Die hohe Anzahl Betroffener macht jedoch die Notwendigkeit eines differenzierten Hinschauens und Handelns deutlich.

Nach Daten von Uhl et al. (2009) sind in Österreich fünf Prozent der Menschen (ab dem 16. Lebensjahr), das entspricht ca. 340.000, als „chronische Alkoholiker“ zu bezeichnen. Europaweit wird die Zwölfmonatsprävalenz¹ der Alkoholabhängigkeit auf 3,4 Prozent, die einer leichten bis schweren Form der Depression auf 6,9 Prozent (Wittchen, 2011) geschätzt.

Die Tatsache, dass depressive Symptome in unterschiedlicher Schwere, unabhängig von Lebenssituationen, aber auch bezogen auf diese im Rahmen von Anpassungsstörungen, auftreten können, verdeutlicht die Komplexität der Situation. Treten nun Depression und Alkoholabhängigkeit komplett unabhängig voneinander auf oder bedingt das eine das andere, indem sich Menschen mit einer depressiven Erkrankung im Sinne eines ungeeigneten Versuchs

der Selbsthilfe mit Alkohol „medizieren“ oder aber Alkoholkonsum im akuten Rausch, nach dem Rausch („Katerstimmung“), im Entzug oder durch soziale Folgen (Führerschein-, Arbeits-, Wohnungsverlust, Trennung) zu einem depressiven Symptomkomplex führt? Auch ist eine gemeinsame Ursache, wie genetische Voraussetzungen, traumatische Erfahrungen, akute Belastungen oder persönlichkeitsimmanente Faktoren, für beide Erkrankungen zu erdenken.

Bereits 1986 formulierte Schuckit Aspekte der Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und depressiven Syndromen. Er stellte fest, dass Alkoholkonsum zumindest kurzfristig depressive Verstimmungen auslösen und wiederum eine primär affektive Erkrankung einen erhöhten Alkoholkonsum bedingen kann. Er benannte jedoch auch, dass manche Menschen nebeneinander sowohl an einer eigenständigen affektiven als auch Suchterkrankung leiden.

In Studien sind Häufigkeitsangaben zu depressiver Symptomatik bei Alkoholabhängigkeit mit einer extrem hohen Streubreite von drei bis 98 Prozent zu finden, wobei die meisten Studien Häufigkeiten zwischen 30 und 60 Prozent nennen (Bronisch, 1985). Kritisch zu betrachten und teils durch Autoren als Artefakt verstanden, sind diese Häufigkeitsangaben jedoch, da sich die depressive Symptomatik unter Abstinenzbedingungen zurückbilden kann. Daher sollte diese nicht mit einer komorbiden affektiven Erkrankung im engeren Sinne verwechselt werden. Der Rückzug depressiver Symptome während oder nach dem Entzug spricht für eine substanzinduzierte depressive Symptomatik und somit gegen die Hypothese, beides trete komplett unabhängig voneinander auf. Es wird im Hinblick auf die Diagnosestellung einer Depression und dementsprechend bzgl. Prävalenzzahlen deutlich, dass beides wesentlich vom Untersuchungszeitpunkt abhängt. Dies wird durch eine Studie (Davidson, 1995) an 82 Alkoholabhängigen unterstützt, die herausfand, dass vor einer Entgiftung 67 Prozent, danach nur noch 13 Prozent der Patienten die Kriterien einer (majoren) Depression erfüllten.

¹ Anteil der Menschen, die irgendwann in den letzten zwölf Monaten die diagnostischen Kriterien für eine bestimmte Erkrankung erfüllten.

Wiederum wurden nach einer Entzugsbehandlung erhöhte Raten depressiver Symptome bei rückfälligen Patienten im Vergleich zu weiterhin abstinenten Patienten gefunden (Hatsakumi & Pickens, 1982; Hatsakumi et al., 1981).

Die Streubreite der Häufigkeitsangaben zu depressiver Symptomatik bei Alkoholabhängigkeit kann neben dem unterschiedlichen Diagnosezeitpunkt auch durch unterschiedliche Stichproben (z.B. aus internistischen versus psychiatrischen Abteilungen) erklärt werden. So benennen Soyka und Lieb (2004), dass die Häufigkeit depressiver Symptome bei Alkoholabhängigen überschätzt wird, weil die Untersuchungen überwiegend an Alkoholabhängigen in psychiatrischen oder Suchtfachkliniken durchgeführt wurden, während rein internistisch betreute Patienten wesentlich seltener an auffälligen psychopathologischen Symptomen litten. Auch ist die Wahl der diagnosesichernden Testinstrumente für die Streubreite mitbestimmend beschrieben (Keeler et al., 1979).

Klinischen Studien zur Komorbidität ist zu entnehmen, dass bei Alkoholkranken die Prävalenzraten primärer (vor der Abhängigkeit bestehender) depressiver Symptome zwischen zwei und zwölf Prozent liegen. Die Prävalenzraten sekundärer (zur Abhängigkeit hinzukommender) depressiver Symptome liegen hingegen zwischen zwölf und 51 Prozent (Soyka & Lieb, 2004), somit sind letztere im klinischen Alltag häufiger zu erwarten.

Der Frage nach einer gemeinsamen genetischen Ursache beider Erkrankungen wurde im Rahmen einer Untersuchung (Fu et al., 2002) an 5.150 Zwillingspaaren nachgegangen, in der keine signifikante genetische Korrelation zwischen depressiver Erkrankung und Alkoholabhängigkeit ermittelt wurde, jedoch ein erhöhtes Risiko für beide Erkrankungen bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Die US-amerikanische ECA-Studie (Regier et al., 1990) an 20.291 Probanden zur Erfassung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung zeigte, dass 32 Prozent der Untersuchten mit einer affektiven Erkrankung zusätzlich einen Substanzmissbrauch betrieben. Die Prävalenz für Alkoholmissbrauch bei Patienten mit einer manisch-depressiven (Bipolar-I)-Erkrankung betrug sogar 46,2 Prozent. Das Risiko für Alkoholmissbrauch während einer (majoren) Depression war im Vergleich zur Normalbevölkerung um das 1,7-fache erhöht. Ebenso wurden geschlechterspezifische Unterschiede gefunden. Fünf Prozent der alkoholkranken Männer (Nicht-Abhängige 3%) und 19 Prozent der alkoholkranken Frauen (Nicht-Abhängige 7%) erfüllten zusätzlich die Kriterien einer Depression. Wiederum ging der Erstmanifestation

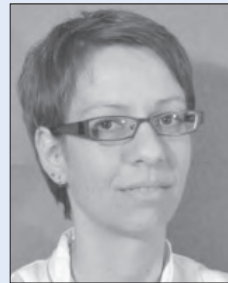
einer Depression bei Männern in 78 Prozent, bei Frauen in 34 Prozent eine Alkoholabhängigkeit voraus. Letzteres ließ sich ähnlich anhand der Ergebnisse des US-amerikanischen National Comorbidity Survey (NCS; Kessler et al., 1997) nachvollziehen. Hier bestand bei Männern häufiger eine primäre (15,3%) als eine sekundäre (6,2%) Alkoholabhängigkeit. Bei Frauen bestanden eine primäre (22,6%) und eine sekundäre (21,3%) Abhängigkeit annähernd gleich häufig. Nach Mann et al. (2009) weisen 30 bis 60 Prozent der alkoholabhängigen Frauen sowie 20 bis 40 Prozent der alkoholabhängigen Männer eine psychiatrische Zusatzdiagnose auf. Bei Frauen stehen Angst- und depressive Symptome gleichermaßen, bei Männern depressive Symptome im Vordergrund.

Wie und wann sollte nun eine Behandlung depressiver Symptome in Verbindung mit einer Alkoholabhängigkeit begonnen werden (AkdÄ, 2011)? In der S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al., 2009) heißt es, dass eine antidepressive pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung bei Persistenz depressiver Symptome erst nach zwei- bis vierwöchiger Abstinenz sinnvoll ist.

Medikamente sind nicht als alleiniger Behandlungsansatz sinnvoll, sondern im Rahmen eines antidepressiven Gesamtkonzeptes (Berücksichtigung von Maßnahmen, die das Selbstwirksamkeitserleben des Abhängigen stärken, z.B. Einhaltung von Schlafhygieneregeln, Aufbau positiver Aktivitäten und Tagesstrukturen) und unter konsequent fortgesetzter Suchttherapie, besonders, da die Verordnung von Medikamenten die suchttypische Annahme unterstützt, dass nur die Einnahme „von Etwas“ das seelische Befinden verändern kann. Es ist nicht erforscht, ob und wie ein Antidepressivum in einem Gehirn wirkt, das kontinuierlich unter Alkoholeinfluss steht. Antidepressiva haben keinen wissenschaftlich gesicherten Effekt auf eine Reduktion der Alkohol-Trinkmenge. Ärzte, die einem suchtkranken Patienten ein Antidepressivum verordnen, sollten selbstkritisch prüfen, ob sie hierdurch nicht die häufig schwierige Diskussion über die Abhängigkeitserkrankung vermeiden. Der von 1995 bis 2013 im Arzneiverordnungsreport (Schwabe & Paffrath, 2014) dokumentierte sechsfache Anstieg der Verordnungszahlen von Antidepressiva sollte die Behandler ebenfalls zu einem kritischeren Ordnungsverhalten motivieren, um nicht durch ein zu großzügiges und frühes Ansetzen von Medikation den Blick auf die vorrangige Symptomatik zu vernebeln.

Literatur

- AkdÄ (2011). Empfehlungen zum Einsatz von Antidepressiva bei alkoholabhängigen Patienten. *Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)*, 38, 27-29.
- AG Psychiatrie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. <http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Ausgaben/Langfassungen/Antidepressiva.html>
- Bronisch, Th. (1985). Zur Beziehung zwischen Alkoholismus und Depression anhand eines Überblicks über empirische Studien. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 5, 454-468.
- Davidson, K. M. (1995). Diagnosis of depression in alcohol dependence. *Br J Psychiatry*, 166, 199-204.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg. für die Leitliniengruppe Unipolare Depression) (2009). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung*, 1. Auflage. Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF. Internet: www.depression-versorgungsleitlinien.de
- Fu, Q. et al. (2002). Shared genetic risk of major depression, alcohol and marihuana dependence: contribution of antisocial personality disorder in men. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 1125-1132.
- Hatsakumi, D. et al. (1981). Post-treatment depressive symptoms and relapse to drug use in different age groups of an alcohol and other drug abuse population. *Drug Alcohol Depend*, 8, 271-277.
- Hatsakumi, D. & Pickens, R. W. (1982). Post-treatment depression in an alcohol and drug abuse population. *Am J Psychiatry*, 139, 1563-1566.
- Keeler, M. H. et al. (1979). Are all recently detoxified alcoholics depressed? *Am J Psychiatry*, 136, 586-588.
- Kessler et al. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 313-321.
- Mann, K. et al. (2009). Suchterkrankungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie* (3. Aufl., S. 351-352). München: Urban & Fischer.
- Regier et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. From the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *J Am Med Assoc*, 264, 2511-2518.
- Schuckit, M. A. (1986). Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorders. *Am J Psychiatry*, 43, 140-147.
- Schwabe, U. & Paffrath, D. (2014). *Arzneiverordnungsreport*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Soyka, M. & Lieb, M. (2004). Depression und Alkoholabhängigkeit – Neue Befunde zu Komorbidität, Neurobiologie und Genetik. *J Neurol Neurochir Psychiatr*, 5 (3), 37-46.
- Uhl, A. et al. (2009). *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009* (3. Aufl.). Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Wittchen, H. U. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21, 655-679.



Dr. Darja Büchner

Abteilung für Psychiatrie
Schlosspark-Klinik
Heubnerweg 2
D-14059 Berlin
darja.buechner@schlosspark-klinik.de



Prof. Dr. Tom Bschor

Abteilung für Psychiatrie
Schlosspark-Klinik
Heubnerweg 2
D-14059 Berlin
bschor@schlosspark-klinik.de

Suchterkrankungen bei Migranten

Meryam Schouler-Ocak & Eckhardt Koch

Einleitung

Der Beitrag beschäftigt sich mit Abhängigkeitsstörungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, bei denen es sich um eine sehr heterogene Gruppe, die aus unterschiedlichen Motivationen, freiwillig und unfreiwillig in die Bundesrepublik Deutschland gekommen sind, handelt. Sie sind größtenteils in Deutschland geboren und haben selber keine Migrationserfahrung, auch wenn sie zur Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund gerechnet werden. So lebten im Jahr 2013 bereits 16,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die inzwischen mehr als 20,5 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmachen (Statistisches Bundesamt, 2013). Bisher liegen jedoch keine epidemiologischen Studien, die eine repräsentative Aussage zur Prävalenz von Suchterkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ermöglichen, vor.

Der Beitrag gibt daher einen Überblick über den Kenntnisstand der Suchterkrankungen, schwerpunktmäßig Alkoholabhängigkeit, bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Darüber hinaus geht es um kulturspezifische Risikofaktoren, Akkulturation und Sucht, psychotherapeutische Ansätze, Prävention und interkulturelle Suchthilfe.

Überblick in Deutschland

Obwohl Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund bereits seit mehr als 20 Jahren im Fokus stehen (Penka 2013), liegen hierzu keine bundesweiten repräsentativen Daten in Deutschland vor (Razum et al. 2008). So fehlen in Deutschland epidemiologische Untersuchungen. Lediglich wenige lokale oder regionale Untersuchungen lassen Aussagen zu. So wird berichtet, dass das Einstiegsalter bei bestimmten Migrantengruppen höher liegt (Haasen et al., 2001). Migranten sind in Suchteinrichtungen eher unterrepräsentiert,

in forensischen Kliniken eher überrepräsentiert (Krahl, 2013). Je spezialisierter das Angebot, desto geringer ist der Anteil von Migranten (Haasen et al., 2011). Ein Beispiel aus Hamburg zeigt, dass der Migrantenanteil in der Drogenszene ein Drittel ausmacht, während ihr Anteil in ambulanter oder stationärer Suchthilfe dagegen nur fünf bis zehn Prozent beträgt (Haasen et al., 2001). Andere Untersuchungen unterstreichen, dass diejenigen, die eine Beratung in Anspruch nehmen, sozial und/oder familiär eher integriert sind (Haasen et al., 2001, 2011). Bei süchtigen Migranten besteht eine bessere Integration in die Familie als bei Deutschen (ebd.).

Rommel und Köppen (2014) werteten Daten aus dem bundesweiten Dokumentationssystem der Deutschen Suchthilfestatistik des Instituts für Therapieforschung München der Jahre 2002 bis 2012 aus. Es handelt sich dabei um ein zentrales Register sämtlicher spezialisierter Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland (IFT, 2014). Die Informationen umfassen u.a. soziodemografische Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Migrationshintergrund) und Diagnosen nach ICD-10 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2013).

Rommel und Köppen (2014) analysierten die Daten über die wichtigsten psychotropen Substanzen (Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Stimulanzien, Kokain, Sedativa/Hypnotika sowie das Pathologische Spielen). Sie verglichen dabei die Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund in der Deutschen Suchthilfestatistik und in der allgemeinen Bevölkerung miteinander. Die Annahme, nach der Menschen mit Migrationshintergrund in Einrichtungen der Suchthilfe unterrepräsentiert seien, kann für das vergangene Jahrzehnt auf Basis der Deutschen Suchthilfe nicht pauschal bestätigt werden. Die Autoren berichteten vielmehr, dass zwischen Frauen und Männern, den Diagnosen und vor allem zwischen in Deutschland geborenen und selbst zugewanderten Menschen mit Migrationshintergrund zu unterscheiden ist. Denn in Deutschland geborene Frauen und Männer nehmen Suchthilfeleistungen aufgrund proble-

matischen Kokain-, Opioid- oder Cannabinoidkonsums sowie wegen Pathologischem Spielen stark überproportional in Anspruch. Selbst Zugewanderte, besonders Frauen, sind hingegen in Suchthilfeinrichtungen unterrepräsentiert (Rommel & Köppen, 2014).

In der Deutschen Suchthilfestatistik 2012 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2013; Steppan et al., 2013) standen Angaben zum Migrationsstatus aus 577 (73%) ambulanten und 143 (72%) stationären Einrichtungen sowie Angaben zur Staatsangehörigkeit aus 731 (92%) ambulanten und 182 (92%) stationären Einrichtungen zur Verfügung. Der Anteil der Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit lag ambulant zwischen sechs Prozent und acht Prozent, stationär zwischen vier Prozent und zehn Prozent. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund lag ambulant zwischen 15 Prozent und 16 Prozent, stationär zwischen elf Prozent und 16 Prozent. Im Vergleich dazu lag der Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund in Abteilungen für Abhängigkeitsstörungen mit 21,8 Prozent deutlich höher (Koch et al., 2008). Der Anteil selbst zugewanderter Menschen mit Migrationshintergrund lag in der Deutschen Suchthilfestatistik 2012 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2013) bei 9,1 Prozent und der Anteil der in Deutschland Geborenen bei 6,2 Prozent.

Inanspruchnahme ambulanter Leistungen

Die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) 2012 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2013; Steppan et al., 2013) ergaben, dass Männer mit Migrationshintergrund in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe insgesamt in etwa entsprechend ihres Bevölkerungsanteils vertreten waren (Bevölkerung 18,5% vs. DSHS 18,6%) (Rommel & Köppen, 2014). Dagegen waren Frauen unterrepräsentiert (17,6% vs. 10,9%). Die Ergebnisse der Auswertung von Rommel und Köppen (2014) ergaben, dass Männer mit Migrationshintergrund gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil unter Betroffenen, die wegen Pathologischem Spielen (29,5%) oder aufgrund von Cannabinoid- (20,0%), Opioid- (32,4%) oder Kokainkonsum (40,7%) behandelt werden, überproportional vertreten, bei allen anderen Diagnosen (Alkohol, Stimulanzien, Sedativa/Hypnotika) jedoch deutlich unterrepräsentiert waren. Frauen dagegen waren nur bei Behandlungen aufgrund eines problematischen Kokainkonsums überrepräsentiert (22,7%) (ebd.). Die Autoren berichteten des Weiteren, dass in Deutschland geborene Menschen mit Migrationshintergrund nur bei Behandlungen wegen

Alkoholkonsums unterrepräsentiert waren. Auffällig war, dass selbst Zugewanderte beiderlei Geschlechts dagegen bei nahezu allen Diagnosen (Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Stimulanzien, Kokain, Sedativa/Hypnotika sowie Pathologisches Spielen) deutlich unterrepräsentiert waren (Rommel & Köppen, 2014).

Inanspruchnahme stationärer Leistungen

Laut dem DHS 2012 (Steppan et al., 2013) sind Menschen mit Migrationshintergrund in Einrichtungen der stationären Suchthilfe insgesamt unterrepräsentiert (Männer: Bevölkerung 18,5% vs. DSHS 13,2%; Frauen: 17,6% vs. 9,1%). Rommel und Köppen (2014) fanden heraus, dass Männer mit Migrationshintergrund Leistungen aufgrund von Pathologischem Spielen (38,6%) und problematischem Opioid- (32,0%) und Kokainkonsum (30,4%) deutlich überproportional in Anspruch nehmen. Dagegen wurden diagnosespezifische Auswertungen bei Frauen mit Migrationshintergrund aufgrund geringerer Fallzahlen erschwert. Rommel und Köppen (2014) hoben hervor, dass für beide Geschlechter selbst Zugewanderte stark unterrepräsentiert sind, in Deutschland Geborene dagegen, mit Ausnahme der Diagnose Alkohol, Suchthilfeleistungen überproportional in Anspruch nehmen.

Untersuchungen der Arbeitsgruppe Migration und Psychiatrie der Bundesdirektorenkonferenz zur Versorgungssituation in psychiatrischen Krankenhäusern in Deutschland erfassten den Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund in stationären Settings und die diagnostischen Zuordnungen. Im Vergleich von Patienten aus der Türkei zu Osteuropa ließen sich unterschiedliche Diagnosen feststellen. Während Angst und Depression bei aus der Türkei stammenden Patienten häufig vorkamen, litten sie deutlich seltener unter Abhängigkeitserkrankungen im Vergleich zu aus Osteuropa stammenden Patienten, bei denen Alkoholabhängigkeit als häufigste Störung auftrat (Koch et al., 2008; Schouler-Ocak et al., 2008).

Abhängigkeitserkrankungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Auch wenn repräsentative Daten zu Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland fehlen, so zeigt sich beim Alkoholkonsum, dass sie weni-

ger Alkohol trinken als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Walter et al., 2007; Boos-Nünning et al., 2002; BZgA, 2014; Lampert & Thamm, 2007), der Konsum aber mit längerer Aufenthaltsdauer zunimmt (Razum et al., 2008). Der Konsum steigt in den Folgegenerationen an (Rommel & Köppen, 2014). Dies spiegelt sich auch in den dargestellten Ergebnissen konsistent in einer unterproportionalen Inanspruchnahme bei selbst Zugewanderten wider (ebd.). Zudem wird berichtet, dass der Alkoholkonsum je nach Religionszugehörigkeit variiert (Razum et al., 2008). So liegt bei muslimischen Jugendlichen in Deutschland der Alkoholkonsum niedriger als bei einheimisch deutschen und (Spät-)Aussiedlerjugendlichen (Dill et al., 2002), dabei kommt der Konsum von jugendlichen (Spät-)Aussiedlern mehr dem der einheimisch Deutschen als Jugendlichen mit Migrationshintergrund aus einem anderen Herkunftsland nahe (Surall & Siefen, 2002). Auch für das Konsumverhalten von Jugendlichen mit Migrationshintergrund wird berichtet, dass es abhängig von der Aufenthaltsdauer in Deutschland zunimmt (Dill et al., 2002; Rommel & Köppen 2014).

Insgesamt weisen vorliegende Studien darauf hin, dass der Konsum von Alkohol in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund weniger verbreitet ist als unter Personen ohne Migrationshintergrund (Razum et al., 2008; Walter et al., 2007; Boos-Nünning et al., 2002; BZgH, 2014). Aufgrund fehlender Daten zur Prävalenz von Abhängigkeitserkrankungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland werden häufig als Indiz einer vorliegenden Problematik Inanspruchnahmezahlen von Suchthilfeeinrichtungen angeführt, wie auch von Rommel und Köppen (2014). Bermejo und Frank (2013) berichten allerdings, dass Alkoholprobleme bei Migranten im Alter und bei längerem Aufenthalt in Deutschland zunehmen, aber von Suchthilfeangeboten kaum erreicht werden. Damit wird deutlich, dass die Inanspruchnahmezahlen die eigentliche Prävalenz von Abhängigkeitserkrankungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland nicht annähernd wiedergeben können. Dies unterstreicht erneut die Notwendigkeit von repräsentativen Daten zu Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund.

Kulturspezifische Risikofaktoren für Migranten

Clark et al. (1997) beschreiben, dass ein Viertel der Alkoholabhängigen einen alkoholkranken

Vater haben. Zudem berichten die Autoren, dass bei jedem dritten Problemtrinker beide Elternteile eine Alkoholabhängigkeit hatten und eine multifaktorielle Genese von süchtigem Verhalten aus individuellen, sozialen, kulturellen und biologischen Faktoren besteht. Kulturübergreifend wird bei Zwillingen eine hohe Konkordanz für Alkoholabhängigkeit beschrieben (ebd.). Laut Kiefer (2009) kann Alkoholabhängigkeit als erlerntes Verhalten beschrieben werden, dabei spielt das Lernen insbesondere von elterlichen Verhaltensweisen eine wichtige Rolle für Suchterkrankungen. Tuna (1999) berichtete, dass Copingstrategien und Lösungsprobleme der Eltern einen großen Einfluss auf das Verhalten von Kindern haben. Zimmermann et al. (2007) gehen auf den Einfluss von Stress als Belastungsfaktor für die Zunahme des Alkoholkonsums oder für Alkoholabhängigkeit ein (ebd.). Darüber hinaus wird hervorgehoben, dass insbesondere für Migranten ein höheres Risiko besteht, da sie mit risikobehafteten Lebensereignissen, traumatischen Erfahrungen oder belastenden soziokulturellen Ereignissen zurechtkommen müssen. Zugleich müssen sie verschiedene Zugangsbarrieren bewältigen (Patel et al., 2008).

Auch Szaflarski, Cubbins und Ying (2011) fanden bei Migranten der ersten Generation geringere Raten von Alkoholmissbrauch als bei in den USA geborenen Mitgliedern der zweiten Generation. Dabei zeigte sich, dass das Risiko einer klinischen Diagnose in Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen bei Migranten höher war als bei Einheimischen. Auch zahlreiche andere Autoren bringen migrationsbedingte Belastungen bei Menschen mit Migrationshintergrund potenziell in Verbindung mit Suchterkrankungen (Lindert et al., 2008; Walter et al., 2006; Salman, 2006; Koch et al., 2014). Müller und Koch (2011) berichten, dass Menschen mit Zuwanderungsgeschichte migrationsbedingten Belastungen ausgesetzt sind, die sich negativ auf ihr Selbstbewusstsein auswirken können. In der Folge können diese Menschen mit geringerem Selbstbewusstsein oder unzureichenden Coping-Strategien mit impulsiven oder aggressiven Verhaltensweisen auffallen (ebd.). Diese hohen emotionalen Belastungen wiederum können als Risikofaktor den Alkoholkonsum fördern. Komorbide Persönlichkeitsstörungen und antisoziale Aspekte werden ebenfalls häufig bei Alkoholabhängigkeit beobachtet (Koch et al., 2014).

Als kulturübergreifende Einflussfaktoren beschreiben Bermejo et al. (2012) die selbst eingeschätzten Deutschkenntnisse, das Sich-Wohlfühlen in Deutschland und kultursensible Krankheitskonzepte. Als kulturspezifische

Barrieren wurde von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund angegeben, dass deutsche Fachkräfte wenig über ihre Kultur (59%) wissen. Zudem geben sie an, über zu wenig eigene Informationen über das Gesundheitssystem (55%) zu verfügen. Aussiedler dagegen sprachen mit 61 Prozent von Sprachproblemen und von fehlender Kenntnis über Angebote. Bei Menschen mit italienischem und spanischem Migrationshintergrund stellten Bermejo et al. (2012) fest, dass sie die Suche nach Hilfe eher in der Familie bevorzugten (34% bzw. 37%). Da es bislang allerdings an systematischen Untersuchungen fehlt, sind Generalisierungen nicht möglich (Assion & Koch, 2012).

Akkulturation und Sucht

Nur wenige Publikationen befassen sich mit Akkulturation und der Behandlung von Alkoholerkrankungen. Eine Feldstudie untersuchte 50 afghanische Migranten in Deutschland auf ihr Trinkverhalten (Haasen et al., 2008) und fand heraus, dass eine signifikante Korrelation zwischen Akkulturationsbelastung und psychischer Störung besteht sowie zwischen psychischer Störung und Schweregrad von Alkoholkonsum, unabhängig davon, ob bereits vor der Migration Alkoholkonsum vorgelegen hatte. Die Ergebnisse dieser Studie stützen die Hypothese, dass Alkoholkonsum durch Akkulturationsprobleme ausgelöst oder verstärkt werden können (Haasen et al., 2008; Koch et al., 2014).

In einer anderen Untersuchung von Neff und Hoppe (1992) wurde das Trinkverhalten von weißen, schwarzen und mexikanischen Amerikanern untersucht. Die Analysen ergaben, dass die Quantität und Häufigkeit von Alkoholkonsum bei gering akkulturierten Männern und besser akkulturierten Frauen höher lagen, während schlechter Akkulturierte der zweiten Generation mehr Alkohol konsumierten. Neben den demografischen und psychosozialen Faktoren wird von den Autoren auch die Bedeutung des Konzeptes der Marginalisierung für die Akkulturation hervorgehoben (Neff & Hoppe, 1992).

Nach Kulis et al. (2003) werden vier Dimensionen von Gender-Identität erfasst. Es wurde festgestellt, dass Genderaspekte allein nur eine geringe Aussagekraft bezüglich Drogenkonsums und Einstellung zu Drogen hatten, während die Gender-Identität eine bessere Vorhersagbarkeit möglich machte. Die Autoren fanden, dass die Geschlechtsidentität in starkem Maße mit Akkulturation vergesellschaftet war, während kulturell vorgeschriebene Ge-

schlechtsrollen einen protektiven Effekt gegenüber Drogenkonsum für beide Geschlechter aufwiesen (ebd.).

Caentano et al. (2008) wiesen darauf hin, dass die Akkulturation mit geringeren Raten von Alkoholerkrankungen unter Männern und einer höheren Rate von heftigem episodischen Trinken bei Frauen verbunden ist. Demnach bedingt Akkulturation unterschiedliche Effekte auf das Trinkverhalten von Männern und Frauen (ebd.). Dagegen wird in der Fachliteratur darauf hingewiesen, dass ein erhöhter Konsum und die Zunahme von alkoholbedingten Problemen bestehen, je besser die Akkulturation ist (Rommel & Köppen, 2014). Demnach sind Akkulturationstile und der kulturelle Hintergrund Einflussfaktoren, die sich förderlich oder protektiv auf die Ausbildung einer Alkoholabhängigkeit auswirken können (Koch et al., 2014).

Alkoholkonsum in der Türkei und in muslimischen Ländern

Die Daten aus diesen Ländern wie z.B. der Türkei spielen insofern eine wichtige Rolle, da eine der größten Gruppen von Migranten Personen mit einem türkischen Migrationshintergrund sind.

Obot und Room (2005) berichten, dass der Alkoholkonsum in muslimischen Ländern von 0,5 Prozent in Ägypten bis zu 35,6 Prozent im Libanon variiert. So liegt der Anteil der Personen mit Alkoholabhängigkeit z.B. mit 0,2 Prozent in Ägypten bis 7,3 Prozent im Iran. Für die Türkei wurde die Jahresprävalenz für Alkoholkonsum mit 19,6 Prozent sehr viel geringer als in allen anderen europäischen Ländern angegeben, jedoch deutlich höher als in anderen Ländern, in denen der Islam Staatsreligion ist. Der Anteil von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit lag in der Türkei mit 1,3 Prozent deutlich unter dem der europäischen Länder, in denen die Prävalenzraten bei 62 bis 97,5 Prozent und 2,2 bis 12,2 Prozent zu finden waren (ebd.). Für die Türkei wird Alkoholabhängigkeit und schädlicher Konsum bei 0,65 Prozent der Frauen und bei 1,77 Prozent der Männer angegeben. Die Drogenabhängigkeit liegt bei Frauen mit 0,01 Prozent und bei Männern mit 0,03 Prozent sehr niedrig (ebd.). Möglicherweise steht dies damit im Zusammenhang, dass im muslimischen kulturellen Kontext eine Missbilligung des Alkoholkonsums besteht, im Koran wird explizit auch das Alkoholverbot ausgesprochen. In der Sure 5/90 bis 91 (Der Koran, 1991) steht geschrieben „oh ihr, die ihr glaubt, siehe der Wein, das Glücksspiel (...) sind ein Gräuel

von Satans Werk. Meidet sie gleich, ergeht es euch wohl.“

Lange Zeit war in der Türkei Alkohol- und Drogenabhängigkeit kein relevantes Forschungsthema. Die Gründung des Zentrums für Alkohol- und Suchtkrankheiten erfolgte erst Anfang der 1980er-Jahre in der Psychiatrischen Klinik in Bakirköy, Istanbul (Mutlu, 2013).

Alkoholkonsum in Russland

Auch die Daten aus den ehemaligen Staaten der Sowjetunion sind von großem Interesse, da eine große Gruppe von Migranten aus diesen Staaten stammt und Rückschlüsse auf Suchterkrankungen dieser Bevölkerungsgruppe in Deutschland ermöglichen könnten.

Epidemiologische Untersuchungen zum Alkoholkonsum liegen auch für Russland nicht vor. Daher lässt sich das Ausmaß des Trinkverhaltens nur schätzen. Laut Experten beträgt der Pro-Kopf-Konsum von reinem Alkohol 13-15 Liter pro Jahr, wobei seit den 1990er-Jahren eine steigende Tendenz beschrieben wird (Obot & Room, 2005; Malyutina et al., 2004). Die offizielle Statistik dagegen gibt 10,6 Liter pro Kopf und Jahr an und liegt damit deutlich unter der Schätzung durch Experten. Die WHO (2010) berichtete für Russland, dass Alkoholabhängigkeit und schädlicher Konsum bei 2,58 Prozent der Frauen und bei 16,29 Prozent der Männer bestehe. Demgegenüber wurden deutlich niedrigere Zahlen für Drogenabhängigkeit bei Frauen bei 0,23 Prozent und bei Männern bei 0,72 Prozent beschrieben (ebd.).

Die migrationsassoziierten Belastungsfaktoren tragen dazu bei, dass der Alkoholkonsum bei Menschen aus den ehemaligen Staaten der Sowjetunion zunimmt. Dabei kann der Substanzmissbrauch im Zusammenhang mit schwierigen Familienkonstellationen stehen (Kimil & Salman, 2010). So tendieren Familien mit einem suchtkranken Angehörigen aus diesen Staaten zu einem variablen Coping-Stil. Eine wesentliche Rolle spielt dabei wohl, dass Alkoholkonsum in ihrer Heimat üblicherweise akzeptiert ist (Koch et al., 2014).

Psychotherapeutische Ansätze und Rückschlüsse für die Klinik

Wie bereits oben aufgeführt, ist die aktuelle Datenlage unzureichend. Der Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund in Suchtabteilungen psychiatrischer Krankenhäuser lag bei der bereits erwähnten Pilotstudie der Bundesdirektorenkonferenz (Koch et al., 2008) bei

21,8 Prozent, in psychotherapeutisch orientierter Sucht-Rehabilitation hingegen nur bei 11,4 Prozent. Bezüglich ambulanter Psychotherapie liegen keine verlässlichen Angaben vor (ebd.).

Es liegen auch keine Daten über die Anwendung von motivierenden Kurzinterventionen nach Prochaska et al. (2004) – einem bedeutsamen Beratungs- und Therapieansatz – bei Menschen mit Migrationshintergrund vor. Dagegen gibt es Hinweise auf die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Intervention bei Patienten mit Zuwanderungsgeschichte durch den Ansatz des Motivational Interviews (MI) von Miller und Rollnick (2004; 2012). Koch et al. (2014) betonen, dass bei diesem sowohl klientenzentrierten als auch direktiven Ansatz der Gesprächsführung, anders als bei einer konfrontativen Vorgehensweise, die intrinsische Motivation der Menschen zur Änderung ihres problematischen Verhaltens gezielt gefördert wird. Die Autoren berichten, dass eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Patient und Therapeut angestrebt werde, in der auch Widerständen seitens des Hilfesuchenden professionell begegnet wird und gezielt dessen individuelles Änderungspotenzial unter Wahrung seiner Autonomie gewürdigt und gefestigt wird (ebd.). Sie betonen, dass Adaptationen an verschiedene kulturelle Hintergründe notwendig sind, um dieses Konzept als tragfähigen therapeutischen Ansatz auch in der interkulturellen Psychotherapie zu etablieren (ebd.). Auch Lee et al. (2011), die mit alkoholabhängigen Hispanics ein kulturell adaptiertes Motivational Interview (CAMI) durchführten, teilen mit, dass 95 Prozent der Befragten äußerten, ein Verständnis ihrer Alkoholsucht sei nur möglich, wenn auch ihre Kultur verstanden würde. Dabei kommt der Muttersprache als emotionale Sprache laut Parla (2007) eine besondere Bedeutung zu. Denn die Muttersprache ist die Sprache, in der Gefühle besser zum Ausdruck gebracht werden könnten. Parla (2007) unterstreicht, dass der Migrant zu einem muttersprachlichen Therapeuten schneller ein Vertrauensverhältnis aufbauen könne, so dass die Identifikationsmöglichkeiten erhöht und die Therapiemotivation des Patienten gestärkt würden. Eine Bestätigung für diese Annahme lieferten Field und Caetano (2010). So wiesen Amerikaner mit mexikanischer Abstammung, die eine kurze Intervention zur Motivierung bei muttersprachlichen Behandlern erhielten, bessere Resultate in einem Zwölfmonats-Follow-up auf (ebd.). Dabei fiel auf, dass die muttersprachliche Behandlung besonders erfolgreich bei Hispanics ausfiel, die nicht in Amerika geboren waren oder über eine geringe Akkulturation verfügten. Somit können muttersprach-

liche Behandler auf unterschiedliche Weise zum Behandlungserfolg beitragen. Field und Caetano (2010) unterstrichen, dass kulturelles Verständnis, ethnienpezifische Sichtweisen süchtigen Verhaltens und vertraute Kommunikationsstrukturen für Betroffene oft hilfreich sind. Allerdings betonte Gaitanides (1998), dass auch Fälle berichtet werden, in denen Migranten deutsche Therapeuten bevorzugen, insbesondere, wenn das Thema Sucht in der eigenen Community ein Tabu darstellt. Sie wollen in der Anonymität bleiben oder vorurteilsloser behandelt werden (ebd.).

Auch bei Migranten ist es bekannt, dass Komorbidität von Substanzmissbrauch Symptome anderer psychiatrischer Störungen verdecken, vermindern oder sogar verstärken können. Dies kann zu diagnostischen Schwierigkeiten bei Menschen mit Zuwanderungsgeschichte führen. Bislang sind allerdings Daten über psychische Komorbiditäten bei Suchterkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund nicht verfügbar, so dass dieses Thema in künftigen Studien aufgenommen werden sollte. Abhängigkeitserkrankungen unterscheiden sich sowohl bei ethnischen Gruppen als auch insbesondere in Abhängigkeit von verschiedenen Umgebungsfaktoren. Eine integrierte Behandlungsstrategie sollte beides erreichen, sowohl den Migrationshintergrund berücksichtigen als auch die klassischen Behandlungsstrategien beinhalten (Czycholl, 1998).

Prävention

In Anbetracht der Diversität der Bevölkerung mit ihrer Vielfalt nach Herkunft, Religion, Geschlecht, Bildungsgrad, Sprache und Alter – um nur einige Aspekte zu benennen – macht bereits das Festlegen bestimmter Zielgruppen für die Suchtprävention zu einer Herausforderung (Biffl & Rössl, 2015). Da der Alkoholkonsum bei Personen mit Migrationshintergrund, insbesondere ab dem 50. Lebensjahr, zum Problem wird (Penka et al., 2004) und diese Personengruppen von den Regeldiensten der Suchthilfe kaum erreicht werden (Akbiyik, 1999) sowie geeignete Präventionsmaßnahmen fehlen, wurde am Universitätsklinikum Freiburg ein auf ältere Migranten gerichtetes transkulturelles Präventionskonzept für alkoholbezogene Störungen mit 268 Migranten entwickelt und evaluiert (Bermejo, Frank & Härter, 2012b). Neben spezifischen migrationssensitiven Präventionsveranstaltungen wurde auch kultur- und sprachsensitives Informationsmaterial eingesetzt. Akzeptanz, Bewertung und selbstangelegene Reduktion im Alkoholkonsum waren in

der Interventionsgruppe im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Materialien der DHS und deutscher Broschüre signifikant höher. Auch Mitarbeiter bewerteten das transkulturelle Konzept besser. Die Berücksichtigung der Diversität bezüglich kultureller, migrationsbezogener, soziodemographischer und sprachlicher Faktoren erhöht nach dieser Studie die Effektivität von Präventionsmaßnahmen.

Interkulturelle Suchthilfe

Seit den 1980er-Jahren werden zunehmend auch sozio-anthropologische Methoden eingesetzt, um unterschiedliches Krankheitsverständnis, -erleben und -verhalten sowie Behandlungserwartungen zu erklären. So wie Penka et al. (2012) aufzeigen konnten, dass Kommunikationsprobleme selbst bei Verwendung gleich lautender Begriffe zwischen Ärzten und Patienten auftreten können, können Begriffe in unterschiedlichen (unter anderem kulturell bedingten) Kontexten anders verstanden werden.

Auch innerfamiliäre Bewältigungsstrategien, geringe Informationen über Beratung und Therapie im Suchthilfesystem gelten als weitere Zugangsbarrieren (Penka, 2013). Ein anderer bislang wenig beachteter Grund kann auch darin liegen, dass die Betroffenen kein Krankheitsbewusstsein haben (Schouler-Ocak & Kavasoglu, 2013). Die Bereitschaft, sich an die Suchthilfesysteme zu wenden, wird dadurch massiv beeinflusst. Oftmals können es auch Befürchtungen sein, von dem Suchthilfesystem selbst abgelehnt zu werden. Auch hier sind Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene bedeutsam (ebd.). Hierzu zählen u.a. unter- und überschwellige Vorurteile, Diskriminierungen und Befürchtungen von Mehrarbeit im Zusammenhang mit Glücksspielern mit Migrationshintergrund (ebd.). Durch interkulturelle Supervision für die im Suchthilfesystem Tätigen könnten einige dieser Phänomene bearbeitet werden (ebd.). Auch wenn die Supervision von Haans et al. (2011) als eine universelle Methode betrachtet wird, ist sie in der Lage, Therapeuten zu helfen, effektiv ihre professionellen Fertigkeiten zu erweitern (ebd.).

Eine adäquate Versorgung ist demnach nur möglich, wenn über Kenntnisse der Erklärungsmodelle süchtigen Verhaltens, Glaubenssätze, Einstellungen und Erwartungen der Zielgruppen verfügt wird. So z.B. sollten Aufklärungsbroschüren sich am Erklärungsmodell der Zielgruppe orientieren, wenn Missverständnisse ausgeschlossen und Effektivität erzielt werden soll (Bermejo et al., 2012). Darüber hinaus ist es erforderlich, dass auch die im

Suchthilfesystem Tätigen zur Erlangung der interkulturellen Kompetenz trainiert werden (Schouler-Ocak et al., 2015). Zudem kann das Cultural Formulation Interviews (CFI) helfen, die Gesundheits- und Krankheitskonzepte sowie Behandlungserwartungen und Belastungsfaktoren bei Patienten mit Migrationshintergrund zu erfassen (Falkai & Wittchen 2015).

Ausblick

Menschen mit Migrationshintergrund haben besondere gesundheitliche, psychosoziale und ökonomische Belastungen (Razum et al., 2008). Kulturelle Aspekte, migrationsspezifische und soziale Faktoren beeinflussen die Prävalenz, Manifestation und den Verlauf psychischer Erkrankungen und Abhängigkeitsstörungen bei Migranten (Bhugra et al., 2014). Repräsentative Daten stehen bezüglich der Prävalenz von Suchterkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund nicht zur Verfügung. Somit ist der tatsächliche Bedarf (Suchtprävalenz) bei vielen Diagnosen nicht bekannt, zudem ist die Frage nach einer bestehenden Unter- (oder Über-)versorgung auf Basis der verfügbaren Informationen nicht geklärt (Rommel & Köppen, 2014). Es wurden allerdings ausgeprägte Unterschiede im suchtbezogenen Hilfesuchverhalten zwischen Frauen und Männern sowie zwischen selbst zugewanderten und in Deutschland geborenen Menschen mit Migrationshintergrund festgestellt. Vor diesem Hintergrund besteht die Notwendigkeit, kulturellen Aspekten in Zukunft eine größere Beachtung zu verschaffen, wenn es um Psychotherapie von Suchterkrankungen und Abhängigkeit geht (Koch et al., 2014). Untersuchungsinstrumente mit kulturübergreifenden Beurteilungsmöglichkeiten sind erforderlich, um vergleichbare Daten zu erheben (ebd.). Zudem fehlen Konzepte und Behandlungsleitfäden bzw. die Modifikation bestehender Konzepte für eine kulturell sensitive Behandlung und deren Evaluation (Bhugra et al., 2014; Koch et al., 2014). Gleichzeitig besteht der Bedarf der Verankerung von kultureller Sensibilität und interkultureller Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund (ebd.; Schouler-Ocak et al., 2015).

Interessenkonflikt

Es bestehen keinerlei Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

Literatur

- Akbiyik, O. (1999). Zur Notwendigkeit interkultureller Suchthilfedienste für Migranten. In R. Salman, S. Tuna & A. Lessing (Hrsg.), *Handbuch Interkulturelle Suchthilfe* (S. 158-169). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Assion, H. J. & Koch, E. (2012). Substance abuse and addiction among divergent ethnic groups. In S. Barnow & N. Balkir (Hrsg.), *Cultural variation in psychopathology: from research to practice* (1st ed., pp. 206-218). Göttingen: Hogrefe.
- Bermejo, I. & Frank, F. (2013). *Zugänge zur transkulturellen Prävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Personen mit Migrationshintergrund. Gesundheitswesen*. [Epub ahead of print].
- Bermejo, I., Frank, F. & Härter, M. (2012b). Prävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migranten. Eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie. *Public Health Forum*, 20, 74.
- Bermejo, I., Frank, F., Härter, M. & Walter-Hamann, R. (2011). Alkoholprobleme älterer Migranten. Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzeptes. *Soziale Arbeit*, 9, 329-336.
- Bermejo, I., Hölzel, L. P., Kriston, L. & Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 55 (8), 944-953.
- Bhugra, D., Gupta, S., Schouler-Ocak, M., Graeff-Calliess, I. et al. (2014). EPA Guidance mental health care of migrants. *Eur Psychiatry*, 29 (2), 107-115.
- Biffi, G. & Rössl, L. (Hrsg.) (2015). *Suchtverhalten und Migration. Zur Praxis der Präventionsarbeit in Österreich* (1. Aufl.). Bad Vöslau: Omnimun.
- Boos-Nünning, U., Siefen, R. G., Kirkcaldy, B. et al. (2002). *Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Baden-Baden: Nomos.
- BZgA (2014). *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012*. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.
- Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S., Wallisch, L. S., McGrath, C. & Spence, R. T. (2008). Acculturation, drinking, and alcohol abuse and dependence among Hispanics in the Texas-Mexico border. *Alcohol Clin Exp Res*, 32 (2), 314-321.
- Clark, D. B., Moss, H. B., Kirisci, L., Mezzich, A. C. et al. (1997). Psychopathology in preadolescent sons of fathers with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 495-502.
- Czycholl, D. (1998). Stationäre Therapie für abhängigkeitskranke Migranten. Erfahrungen mit einer Spezialisierung. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Sucht in unse-*

- rer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Der Koran (1991). Stuttgart: Reclam.
- DHS (2013). *Jahrbuch Sucht 2013*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Dill, H., Frick, U., Hofer, R. et al. (2002). *Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/I. Baden-Baden: Nomos.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U. & American Psychiatric Association (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Deutsche Ausgabe. Göttingen: Hogrefe.
- Gaitanides, S. (1998). Zugangsbarrieren von Migranten zu den Drogendiensten. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft* (S. 62-76). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Haans, T., Lansens, J., Balke, N. & Pross, C. (2011). Supervision in unterschiedlichen Kulturen. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit* (S. 427-433). München: Elsevier.
- Haasen, C., Heimann, H., Penka S. & Heinz, A. (2011). Abhängigkeit und Sucht. In W. Machleidt, & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie* (1. Aufl., S. 375-385). München: Elsevier.
- Haasen, C., Sinaa, M. & Reimer, J. (2008). Alcohol use disorders among Afghan migrants in Germany. *Substance Abuse*, 29 (3).
- Haasen, C., Toprak, M. A., Yagdiran, O. & Kleinemeier, E. (2001). Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. *Suchttherapie*, 2, 161-166.
- ITF (2014). *Deutsche Suchthilfe-Statistik*. München: Institut für Therapieforschung. <http://www.suchthilfestatistik.de> (Stand: 05.08.2014).
- Kiefer, F. (2009). Complete suppression of craving in alcohol-dependent individuals. Is it possible? *CNS Drugs*, 23, 361-367.
- Kimil, A. & Salman, R. (2010). Migration und Sucht. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 368-382). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R. G. & Schouler-Ocak, M. (2008). Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen – Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt*, 79, 328-339.
- Koch, E., Müller, M. & Assion, H. (2014). Interkulturelle Aspekte bei der Diagnostik und Psychotherapie von Suchtstörungen. *Suchttherapie*, 15, 67-74.
- Krahl, W. (2013). Sucht und Migration in der Forensischen Psychiatrie. In E. Koch, M. J. Müller & M. Schouler-Ocak (Hrsg.), *Sucht und Migration* (S. 92-118). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Kulis, S., Marsiglia, F. F. & Hurdle, D. (2003). Gender identity, ethnicity, acculturation, and drug use: exploring differences among adolescents in the southwest. *J Community Psychol*, 31 (2), 167-188.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt*, 50, 600-608.
- Lee, C. S., López, S. R., Hernández, L., Colby, S. M. et al. (2011). A Cultural adaption of motivational interviewing to address heavy drinking among Hispanics. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, 17, 317-324.
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S. et al. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 58, 123-129.
- Malyutina, S., Bobak, M., Kurilovitch, S. et al. (2004). Trends in alcohol intake by education and marital status in an urban population in Russia between the mid 1980s and the mid 1990s. *Alcohol and Alcoholism*, 39, 64-69.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Müller, M. J. & Koch, E. (2011). Stressors related to immigration and migration background in Turkish patients with psychiatric disorder: validity of a short questionnaire. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13 (6), 1019-1026.
- Mutlu, E. (2013). Strategien der Entzugsbehandlung in der Türkei. In E. Koch, M. J. Müller & M. Schouler-Ocak (Hrsg.), *Sucht und Migration* (S. 47-58). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Neff, J. A. & Hoppe, S. K. (1992). Acculturation and drinking patterns among U. S. Anglos, blacks, and Mexican Americans. *Alcohol Alcohol*, 27 (3), 293-308.
- Obot, I. S. & Room, R. (Eds.) (2005). *Alcohol, gender and drinking problems perspectives from low and middle income countries*. WHO.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59 (6), 321-31.
- Parla, F. (2007). *Migration und Drogenabhängigkeit. Eine vergleichende Studie von türkischen Jugendlichen in Deutschland und in der Türkei*. Forschungsergebnisse zur Suchtprävention, Band 9. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Patel, V., Flisher, A. J. & Cohen, A. (2008). Social and cultural determinants of mental health. In R. M. Murray, K. S. Kendler, P. McGuffin ,

- S. Wessely et al. (Eds.), *Essential psychiatry* (4th ed., pp. 419-433). New York: Cambridge University Press.
- Penka, S. (2013). Zugangsbarrieren von Personen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem – Konsequenzen für die Praxis. In E. Koch, M. J. Müller & M. Schouler-Ocak (Hrsg.), *Sucht und Migration* (S. 28-48). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Penka, S., Krieg, S., Wolfarth, E. & Heinz, A. (2004). Suchtprobleme bei Migranten – Gemeinsamkeiten und Unterschiede. *Psychoneuro, 30*, 401-404.
- Penka, S., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Kluge, U. (2012). Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. *Bundesgesundheitsblatt, 55*, 1168-1175.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M. & Brand, H. (2013). *Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4)*. München: Institut für Therapieforchung.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcoss, C. (2004). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 37*, 1102-1114.
- Randolph, W. M., Stroup-Benham, C., Black, S. A. & Markides, K. S. (1998). Alcohol use among Cuban Americans, Mexican-Americans, and Puerto Ricans. *Alcohol Health Res World, 22* (4), 265-269.
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U. et al. (2008). *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht*

NACHRICHT

Wie Komasaufen die Gedächtnisleistungen auf Dauer beschädigt

Jugendliche, die mit 15 Jahren bereits häufiger einen Vollrausch hatten, wiesen in einer prospektiven Beobachtungsstudie in Alcohol and Alcoholism (2018; 53: 251–258) im Alter von 18 Jahren häufiger Störungen des Arbeitsgedächtnisses auf, was langfristig ihre kognitiven Fähigkeiten einschränken könnte. Tierexperimentelle Studien im Journal of Neuroscience (2018; doi:10.1523/JNEUROSCI.0550-18.2018) zeigen, zu welchen neurologischen Schäden es im Gehirn kommen kann.

Ein Alkoholkonsum von Jugendlichen ist auch in Deutschland weit verbreitet. In der KiGGS-Studie gaben 23,2 Prozent der männlichen Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren an, sich regelmäßig bis zum Vollrausch zu betrinken. Bei den weiblichen Teenagern waren es 16,5 Prozent. Welche Folgen dies haben kann, zeigt eine aktuelle Auswertung der „Avon Longitudinal Study of Parents and Children“ (ALSPAC), die eine Stichprobe des Geburtsjahrgangs 1991/92 begleitet. Im Alter von 15 Jahren wurden die Jugendlichen gefragt, wie häufig sie einen Vollrausch hatten („binge drinking“). Immerhin zehn Prozent gaben an, dass dies in den letzten zwei Jahren mehr als 20-mal vorgekommen sei.

Im Alter von 18 Jahren wurden die Kinder zu psychometrischen Tests eingeladen. Dazu gehörte der „n-back-Test“, ein Belastungstest für das Ar-

beitsgedächtnis. Auf dem Bildschirm erscheinen in zufälliger Folge Buchstaben. Beim „2-back-Test“ sollen die Probanden klicken, wenn nach einem anderen Buchstaben wieder der gleiche Buchstabe erscheint (z.B. „CSC“). Beim anspruchsvolleren „3-back-Test“ sollen sie klicken, wenn der dritte vorherige Buchstabe sich (z.B. „CHSC“) wiederholt.

Wie Liam Mahedy von der Universität Bristol und Mitarbeiter berichten, schnitten die Jugendlichen mit Erfahrungen im Rauschtrinken beim leichteren „2-back-Test“ noch nicht schlechter ab als Jugendliche, die wenig oder keinen Alkohol trinken. Im anspruchsvolleren „3-back-Test“ häuften sich jedoch die Fehler. Dies ist laut Mahedy ein Hinweis auf eine Schwächung des Arbeitsgedächtnisses, das für viele kognitive Leistung benötigt wird. Die Ergebnisse lassen befürchten, dass Jugendliche mit

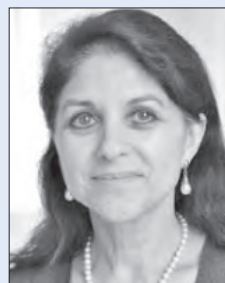
Erfahrungen im „Komatrinken“ als Erwachsene Nachteile haben könnten.

Experimente, die Michael Salling von der Columbia Universität in New York durchgeführt hat, zeigen, welche Schäden das Rauschtrinken im Gehirn verursacht. Männliche Mäuse, die sich im heranwachsenden Alter nach Belieben betrinken konnten, wiesen Auffälligkeiten im präfrontalen Cortex auf. Diese Region ist nicht nur für exekutive Aufgaben (Verstand) zuständig, sie ist auch entscheidend am Arbeitsgedächtnis beteiligt, das für exekutive Leistungen unentbehrlich ist.

Salling fand heraus, dass die Pyramidenzellen, die eine Verbindung zu anderen Hirnzentren herstellen, durch die Alkoholexzesse in mehrfacher Weise in ihrer Funktion gestört waren. Die Störungen blieben auch nach einer Abstinenz der Tiere bestehen und sie waren bei den Tieren – wie bei den Teilnehmern der ALSPAC-Studie, wenn auch in anderen Tests – mit Defiziten im Arbeitsgedächtnis verbunden. Die frühen Alkoholexzesse hatten auch das Konsumverhalten der Mäuse verändert. Wenn sie später wieder Gelegenheit zum Alkoholkonsum erhielten, tranken sie rasch und viel. Die frühen Erfahrungen mit dem Rauschtrinken haben die Mäuse offenbar für ihr späteres Leben geprägt.



- der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Rommel, A. & Köppen, J. (2014). Migration und Suchthilfe – Inanspruchnahme von Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund. *Psychiatrische Praxis*. doi:10.1055/s: 0034-1387291
- Rössl, L. & Statmann, S. (2015). Diversität in der österreichischen Suchtprävention als Teil der Gesundheitsvorsorge. In G. Biffl & L. Rössl (Hrsg.), *Suchtverhalten und Migration. Zur Praxis der Präventionsarbeit in Österreich* (S. 21-27). Bad Vöslau: Omnium.
- Salman, R. (2006). Männliche Migranten im Zwiespalt. In H. Stöver (Hrsg.), *Sucht und Männlichkeiten* (S. 143-151). Wiesbaden: VS Verlag.
- Schouler-Ocak, M., Bretz, H. J., Penka, S., Koch, E. et al. (2008). Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the psychiatry and migration working group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. *Eur Psychiatry*, 23, S1, 21-27.
- Schouler-Ocak, M., Graef-Calliess, I. T., Tarricone, I., Qureshi, A. et al. (2015). EPA guidance on cultural competence training. *Eur Psychiatry*, 30 (3), 431-440.
- Schouler-Ocak, M. & Kavasoglu, R. (2013). Spielsucht bei Menschen mit Migrationshintergrund. In E. Koch, M. J. Müller & M. Schouler-Ocak (Hrsg.), *Sucht und Migration* (S. 77-91). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Statistisches Bundesamt (2013). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2012*. Wiesbaden.
- Steppan, M., Brand, H., Künzel, J. et al. (2013). *Suchthilfe in Deutschland 2012. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik*. München: IFT.
- Surall, D. & Siefen, R. G. (2002). Prävalenz und Risikofaktoren des Drogenkonsums von türkischen und Aussiedlerjugendlichen im Vergleich zu deutschen Jugendlichen. Eine Dunkelfelderhebung bei Schulen der Stadt Marl. In U. Boos-Nünning, R. G. Siefen, B. Kirkcaldy, B. Ö. Otyakmaz & D. Surall (Hrsg.), *Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit* (S. 152-225). Baden-Baden: Nomos.
- Szaflarski, M., Cubbins, L. A. & Ying, J. (2011). Epidemiology of alcohol abuse among US immigrant populations. *J Immigr Minor Health*, 13 (4), 647-658.
- Tuna, S. (1999). Entwicklungskrisen und migrationsbedingte Belastungen als Suchtgefährdungspotentiale jugendlicher Migranten. In R. Salman, S. Tuna & A. Lessing (Hrsg.), *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Walter, U., Krauth, C., Kurtz et al. (2007). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten unter besonderer Berücksichtigung von Sucht. *Nervenarzt*, 78, 1058-1061.
- WHO (2010). *Atlas on substance use: resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. Geneva: WHO.
- Zimmermann, U., Blomeyer, D., Laucht, M. & Mann, K. F. (2007). How gene-stress-behavior interactions can promote adolescent alcohol use: the roles of predrinking allostatic load and childhood behavior disorders. *Pharmacol Biochem Behav*, 86, 246-262.



PD Dr. med. Meryam Schouler-Ocak
Ltd. OÄ der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, Leitung Forschungsbereich Interkulturelle Migrations- und Versorgungsforschung
meryam.schouler-ocak@charite.de



Prof. Dr. Eckhardt Koch
Arzt für Psychiatrie und Neurologie/
Psychotherapie
Migrationsbeauftragter Vitos-Konzern, Kassel,
Institut für Europäische Ethnologie/
Kulturwissenschaft
Philipps-Universität Marburg
Wilhelm-Roser-Straße 33a
D-35037 Marburg
eckhardt.koch@t-online.de

Erfolgversprechende Therapien für Suchtpatienten mit komorbiden psychischen Störungen

Franz Moggi

Zusammenfassung

Auf der Grundlage von Metaanalysen und Überblicksarbeiten werden Schlussfolgerungen über wirksame psychosoziale Therapien von Patienten mit einer Komorbidität von Sucht und psychischen Störungen (Doppeldiagnosen) gezogen. Das Berner Behandlungsmodell, dessen Evaluation Verbesserungen im Substanzkonsum, in den psychischen Symptomen und im Funktionsniveau (Wohnsituation und Rehospitalisationsrate) ergab, wird kurz vorgestellt. Die Heterogenität von Patienten, Behandlungen, Settings und Ergebnissen erschweren allgemeingültige Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit psychosozialer Therapien. Im Allgemeinen sind integrative Behandlungsprogramme, die störungsspezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen kombinieren sowie motivierende Gesprächsführung und Familieninterventionen enthalten, unbehandelten Kontrollgruppen meistens und anderen aktiven Behandlungen (z.B. Psychoedukation) manchmal überlegen.

„Mission impossible“?

Als vor über 25 Jahren systematisch mit der wissenschaftlichen Untersuchung der Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen von Patienten mit einer Komorbidität von psychischen Störungen (PS) und Störungen durch Substanzkonsum (SSK) begonnen wurde, bezeichneten einige Autoren die Therapie dieser sogenannten Doppeldiagnose-Patienten (DDP) als eine „mission impossible“. Obwohl heute mehr oder weniger gut kontrollierte klinische Studien zur Wirksamkeit psychosozialer Therapien von DDP vorliegen und bereits einige Metaanalysen sowie umfassende Überblicksarbeiten erschienen sind, kommen Chow und Kollegen zur Einschätzung, dass es sich anscheinend immer noch um eine „mission impossible“ handle (Chow, Wieman, Cichocki, Qvicklund & Hiersteiner, 2012).

Das entmutigende Verdikt einer unmöglichen Aufgabe mag aus wissenschaftlicher Sicht allerdings weniger in den Studienergebnissen begründet sein als vielmehr in der Art und Weise, wie diese Resultate zustande gekommen sind. Das größte Problem lässt sich mit dem Begriff der Heterogenität umschreiben. So unterscheiden sich die Untersuchungen in den Patienten-, Behandlungs-, Settings- und Ergebnisvariablen derart stark, dass es kaum möglich ist, zwei vergleichbare Studien zur selben Fragestellung zu finden. Es werden hier exemplarisch die beiden Kernmerkmale Diagnosen und Behandlung herausgegriffen (Moggi, 2014).

Heterogenität der Diagnosen

Rosenthal und Westreich versuchten eine Systematik einzuführen, indem sie die Diagnosen entlang des Schweregrades der Psychopathologie und der Sucht einteilten (Rosenthal & Westreich, 1999). So definierten sie als schwere DDP solche Patienten, die z.B. unter einer Psychose und unter Mehrfachabhängigkeit von Substanzen litten, und als leichte DDP Patienten, die z.B. lediglich eine Spinnenphobie und Cannabismissbrauch aufwiesen. Allerdings hat diese Einteilung bis heute weder für Diagnostik, Ätiologie und Indikation noch für die Behandlung deutliche Vorteile gebracht, zumal der größte Teil der Forschung zur Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen mit Patienten mit schweren psychischen Störungen (v.a. Schizophrenie, schizoaffektive Störungen, bipolare Störungen, schwere Depressionen) durchgeführt wurden. In den Überblicksartikeln wurde festgestellt, dass die Anzahl von Untersuchungen von leichteren DDP erstaunlich gering ist. Der erfolglose Versuch einer Systematik von DDP hat auch dazu geführt, dass heute weniger von DDP gesprochen wird, sondern vielmehr die Kombinationen der PS und der SSK explizit erwähnt und Therapien für spezifische Störungskombinationen entwickelt werden (z.B. posttraumatische Belastungsstörungen und

Sucht). Die Idee einer allgemein gültigen bzw. einheitlichen psychosozialen Behandlung für DDP ist letztlich fallen gelassen worden.

Heterogenität in der Behandlung

De Witte und Kollegen haben kürzlich in einem Überblicksartikel zu gut kontrollierten Studien versucht, die notwendigen Behandlungskomponenten einer erfolgreichen psychosozialen Behandlung von Patienten mit Schizophrenie und SSK im ambulanten Setting herauszuarbeiten (De Witte, Crunelle, Sabbe, Moggi & Dom, 2014). Es konnten nur gerade 14 randomisiert-kontrollierte Studien zu diesem Thema gefunden werden, wobei zum Teil auch Patienten mit anderen PS (z.B. bipolare Störungen) eingeschlossen wurden. De Witte und Kollegen identifizierten vier verschiedene Behandlungstypen als Experimentalgruppen, die gegen eine Kontrollgruppe, die keine oder eine übliche Behandlung erhielten, getestet wurden:

- Hinzufügen einer zusätzlichen Intervention zu einem bestehenden Standardbehandlungsprogramm,
- Hinzufügen mehrerer zusätzlicher Interventionen zu einem bestehenden Standardbehandlungsprogramm,
- Angebot eines integrativen Behandlungsprogramms (IBP) und
- Angebot eines integrativen, aufsuchend-gemeindenahen Behandlungsprogramms mit Schwerpunkt Case Management (IAGB).

Unter IBP bzw. IAGB werden Programme verstanden, die Interventionen zur Behandlung der PS und der SSK zur selben Zeit, im selben Setting und durch dieselben Behandlungspersonen anbieten. Dabei unterscheiden sich nicht nur die Programme inhaltlich, sondern auch die einzelnen Interventionen innerhalb der Programme sehr. Sie bestehen oft aus einer Kombination von motivierender Gesprächsführung („Motivational Interviewing“; MI), kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen bzw. -therapien (KVT), Rückfallprävention (RP), Kontingenzmanagement (KM), Case Management (CM), IAGB oder Familieninterventionen (FI).

IBP gelten als die wirksamste Behandlung für DDP im Vergleich zur parallelen oder seriellen Behandlung der beiden Störungen, weil sie zwei fundamentale Prinzipien berücksichtigen:

- a) Interventionen zur Behandlung der PS und der SSK werden gleichzeitig im selben Setting durch dieselben Therapeuten angeboten und
- b) die Patienten erhalten einen Behandlungsplan, in dem die Interventionen für PS und

SSK auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten abgestimmt werden (Moggi 2007; Moggi & Donati, 2004).

Ein Beispiel für ein integratives, stationäres Behandlungsprogramm: Das Berner Modell einer Doppel-diagnoseabteilung

Wie sehen solche integrativen Behandlungsprogramme konkret aus? Moggi und Kollegen haben vor einiger Zeit ein stationäres Programm vorgestellt, das in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern entwickelt, durchgeführt und evaluiert wurde und hier zur Veranschaulichung beschrieben wird (Moggi, Brodbeck, Költzsch & Bachmann, 2002; Moggi et al., 1996).

Allgemeine Gesichtspunkte

Einer Doppelproblematik geht insbesondere bei schweren Störungen meist eine langjährige und individuelle spezifische Entwicklung voraus, die sich anamnestisch wie aktuell durch das Auftreten von Symptomen mit wechselnder Ausprägung und chronischem Verlauf charakterisiert. In einem Behandlungszeitraum, der sich oft über mehrere Jahre und häufig auch stationäre Aufenthalte hinziehen wird, ist langfristig eher eine Stabilisierung des Zustandsbildes im Sinne einer Schadensbegrenzung als Heilung anzustreben. Als Erfolg einer über Krisenintervention hinausgehenden Erstbehandlung gilt bereits die Bereitschaft der Patienten, sich in einer weiterführenden Rehabilitations-einrichtung behandeln zu lassen.

In der Literatur wird hervorgehoben, dass DDP ein niederschwelliger Zugang zu Behandlungseinrichtungen anzubieten sei. Nur unter konsequenter therapeutischer Behandlung der Doppelproblematik, insbesondere der Wechselwirkungen zwischen Sucht und der anderen psychischen Störung (z.B. Verringerung, evtl. Abstinenz von Cannabiskonsums, weil dieser psychotische Symptome fördert) wird eine Zustandsverbesserung erreicht. Therapeutische Ziele sind als vorläufig zu betrachten und den Erfordernissen wechselnder Psychopathologie sowie den individuellen Ressourcen und Bedürfnissen anzupassen. Deshalb werden standardisierten Programmen kaum Erfolgchancen eingeräumt. Wechselhaftigkeit und Heterogenität des klinischen Bildes hat für die Therapie Konsequenzen. Die Grenzen individualisierten Vorgehens sind im stationären Bereich durch die Anforderungen eines mili-

eutherapeutischen Programmansatzes insofern gegeben, als eine verbindliche Tagesstruktur mit vielfältigen Aktivitäten und Grundregeln des Zusammenlebens einzuhalten sind.

Therapieziele

Therapeutisch sind vier Zielbereiche anzugehen:

- 1) *Motivation*: Förderung der Bereitschaft, eine weiterführende Behandlung mit Zielrichtung Rehabilitation einzugehen
- 2) *Schwere psychische Störung*: Erhöhung von Krankheitseinsicht und Adhärenz bezüglich Behandlung, Erwerb von Fertigkeiten im Umgang mit der psychischen Störung, Erwerb von Copingstrategien bei Frühwarn- und Akutsymptomen
- 3) *Suchtproblematik*: Erkennen des Suchtmittelproblems, Aufbau und Stabilisierung von Abstinenzmotivation bzw. gegebenenfalls Substitution, Bewältigung und Verhütung von Rückfällen, Unterstützung eines befriedigenden Lebensstils ohne Suchtmittel
- 4) *Doppelproblematik*: Erkennen und Akzeptieren der Doppelproblematik und der Zusammenhänge zwischen Suchtverhalten und psychischer Störung

Stufenprogramm

Diese Ziele werden in einem mehrere Monate dauernden Stufenprogramm mit den folgenden vier Stufen angestrebt (Moggi & Donati 2004):

- 1) *Behandlungsalianz/Krankheitseinsicht* (Dauer ca. 4 Wochen): Nach Entgiftung und Krisenintervention finden diagnostische Abklärungen statt. Vorrangige Ziele sind der Aufbau eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses und die Förderung der Krankheitseinsicht.
- 2) *Überzeugung und Veränderungsmotivation* (Dauer ca. 4-6 Wochen): Auf dem Hintergrund eines ressourcenorientierten Vorgehens werden Lebensperspektiven entwickelt, mit dem Ziel, die Motivation für die Weiterführung der Behandlung zu fördern. Dies beinhaltet die Unterstützung zur Suchtmittelabstinenz, Optimierung der medikamentösen Behandlung und Beginn der Erarbeitung von Kompetenzen zur Rückfallverhütung und -bewältigung.
- 3) *Aktive Behandlung und Verhaltensänderung* (Dauer ca. 4-6 Wochen): Im Rahmen der Erweiterung des Handlungsspielraumes der PatientInnen wird eine Evaluation und Anpassung der bisherigen Interventionen vor-

genommen. Suchtmittelrückfälle und Symptome der psychischen Erkrankung (z.B. Verschlechterung depressiver Symptome) werden als Lernmaterial zur Erarbeitung von Bewältigungskompetenzen ebenso herangezogen wie krankheitsunspezifische Belastungsereignisse (z.B. Arbeitslosigkeit). Angehörige werden miteinbezogen.

- 4) *Rückfallprävention und Gesundheitsförderung* (Dauer flexibel; gegebenenfalls tagesklinisch möglich): Ziel ist, die erworbenen Kompetenzen anzuwenden, zu stabilisieren und in Übungen in die Realsituation zu transferieren (z.B. Wohntraining). Kontakte mit Nachbehandlungseinrichtungen werden aufgenommen. Die Wohnungs- und Arbeitssituation wird geklärt.

Jeder Stufenübertritt der Patienten geht mit einer Zunahme an Verantwortung, Freiheit und Orientierung zur Rehabilitation einher. Die Übertritte sind an bestimmte Kriterien biopsychosozialer Stabilität verknüpft. Diese sind:

- die regelmäßige und wöchentlich dokumentierte Teilnahme am Behandlungsprogramm,
- die Anzahl suchtmittelbezogener Ausrutscher bzw. Rückfälle während des stationären Aufenthaltes,
- die Stabilisierung bzw. Verbesserung des psychischen und sozialen Funktionsniveaus und
- eine umfassende Behandlungsteamsitzung, in der der Fall ausführlich besprochen, die biopsychosoziale Stabilität abgeschätzt und dann über einen Übertritt in die nächste Stufe entschieden wird.

Behandlungselemente

Das Stufenprogramm enthält ein Grundangebot an Behandlungselementen. Es sind dies:

- Milieuthérapie: Tagesstruktur, gemeinsame Haushaltsführung, Zusammenleben auf einer Station, Werk-, Kunst-, Musik-, Körper-, Sport-, Entspannungstherapie sowie Ausflüge.
- Informationsgruppe über Symptome, Entstehung, Verlauf, Behandlung und Prognose bei substanzgebundenem Suchtverhalten und anderen psychischen Störungen (zwei Sitzungen wöchentlich).
- Gruppe zur Doppelproblematik „Suchtverhalten und psychische Störung“. Mit Informationsvermittlung und Gruppengesprächen, die die Erfahrungen der Teilnehmenden mit ihrer Doppelproblematik zum Gegenstand haben, werden Themen wie Erkennen, Akzeptieren und Bewältigen der

Doppelproblematik, Rückfallprophylaxe und -bewältigung sowie individuelle und gruppenorientierte Strategien zur Belastungsbewältigung bearbeitet (zwei Sitzungen wöchentlich).

- Einzelsitzungen zur Krankheitsbewältigung sowie Optimierung der medikamentösen Therapie (Erhöhung von Compliance und Bewältigung von Nebenwirkungen) (1-2 Sitzungen wöchentlich).
- Einzelsitzungen zur Rückfallbewältigung und -prävention suchtmittelbezogenen Verhaltens, in denen auf der Grundlage von „Ausrutschern“ während des stationären Aufenthaltes individuelle Strategien zur Rückfallverhütung erarbeitet werden (1-2 Sitzungen).
- Einbezug von Familienmitgliedern und/oder anderen Bezugspersonen in die beginnende Rehabilitation. In Abständen von sechs Wochen finden Informationsabende für Angehörige von DDP statt.
- Sozialer Rahmen: Die Patienten werden in finanziellen Belangen, bei der Suche nach Wohnungen, therapeutischen Wohngemeinschaften oder stationären Rehabilitationseinrichtungen sowie bei der Arbeitssuche unterstützt.

Therapeutisches Milieu

Das therapeutische Milieu ist ein wesentlicher Bestandteil erfolgreicher Behandlung. Durch Klarheit, Offenheit und respektvollen Umgang zwischen Patienten und Betreuern wird ein transparentes und vertrauensvolles Klima angestrebt, das es den DDP erleichtert, über suchtmittelbezogene Rückfälle und die psychische Störung zu sprechen. Tages- und Wochenpläne, eine verbindliche Stationsordnung sowie regelmäßige Aktivitäten ermöglichen es den DDP, sich zu orientieren, sich an einen geordneten Tagesablauf zu gewöhnen und lebenspraktische Fertigkeiten zu trainieren. Während der stationären Behandlung ist neben allgemeinen Prinzipien der Rückfallbehandlung auf die funktionale Verschränkung der beiden Störungsbilder zu achten, insbesondere auf Merkmale der psychischen Störung als Auslöser und Konsequenzen suchtmittelbezogener Rückfälle.

Darstellungsform und Bearbeitungstempo müssen den Besonderheiten dieser Patientengruppe (z.B. kognitive Defizite, geringe Selbstwirksamkeitserwartung, eingeschränktes Selbstmanagementrepertoire) angepasst werden. Die Interventionen erfolgen in enger Verzahnung mit anschließenden Rehabilita-

tionsbemühungen (Entwicklung realistischer Lebensperspektiven, Beginn beruflicher Wiedereingliederung, Verzicht auf Suchtmittel als langfristiges Ziel im Lebensentwurf usw.). Suchtmittelbezogene Ausrutscher oder Rückfälle führen nicht zur Entlassung, sondern zu einer dreitägigen „Schutzausgangssperre“. Hohe Rückfallfrequenz und Einschleusen von Suchtmitteln auf die Station werden hingegen nicht geduldet und führen zur Entlassung. Es finden unangekündigt Urin- und Atemluftkontrollen statt. Anhand sorgfältiger Rückfallanalysen aktueller Ausrutscher werden für die Rückfallprävention wirksame Verhaltensstrategien erarbeitet.

Die Evaluation des Berner Programms ergab, dass die DDP ein Jahr nach Austritt aus dem stationären Setting deutlich weniger Suchtmittel als bei Eintritt konsumierten bzw. sich die Abstinenzrate von 0 auf 24 Prozent steigerte, sich deutliche Verbesserungen in den psychischen Symptomen zeigten, die Rehospitalisationsrate um 50 Prozent verringert werden konnte und sich in allen Fällen von Obdachlosigkeit stabile Wohnverhältnisse ergaben (Moggi et al., 2002). Ob Programme wie das Berner Modell generell wirksam sind, wird in den folgenden Kapiteln ausgeführt.

Komorbidität von schweren psychischen Störungen und Sucht

Unter schweren psychischen Störungen werden meistens psychotische Störungen, einschließlich Schizophrenie, schizophreniforme und schizoaffektive Störungen, bipolare Störungen und schwere Depressionen verstanden (Moggi, 2014; Moggi & Öjehagen, 2015). Drake und Kollegen haben wiederholt systematische Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von Behandlungsangeboten für schwere DDP vorgestellt (Drake, O'Neal & Wallach, 2008). Sie stellen dabei wiederholt fest, dass integrierte Programme, die ihren Schwerpunkt auf das Einbinden der Patienten durch MI legen, erfolgreich sind, wenn sie ein gestuftes Programm zur Umsetzung und Stabilisierung von Verhaltensänderungen anbieten. Es zeigt sich zwar in der Literatur ein uneinheitliches Bild zur Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen, aber wenn schwere DDP lange in stationären Behandlungen verweilen, in das Behandlungssystem integriert werden können und die Behandlungen gestuft erfolgen, sind gute Ergebnisse berichtet worden, wenn sie Komponenten wie MI, KVT in Kombination mit MI, KM, RP, FI und CM enthalten. Als therapie relevant wird in den meisten Studien festgehalten, dass der Substanz-

konsum mindestens reduziert und stabilisiert werden muss, damit positive Veränderungen in den beiden anderen Ergebnisbereichen PS und Funktionsniveau erwartet werden können (Horsfall, Cleary, Hunt & Walter, 2009).

Leichtere Formen von Komorbidität

Unter leichteren Formen von Komorbidität psychischer Störungen und Sucht werden Angststörungen und leichte bis mittelgradige Depressionen und Störungen durch Substanzkonsum verstanden. Bis heute sind nur wenige kontrollierte Studien publiziert, welche IBP von Depression und komorbider Sucht untersuchten. Sie ergaben, dass die Patienten der Experimentalgruppe im Vergleich zu Kontrollgruppen mit Standardbehandlungen eine stärkere Verbesserung im Substanzkonsum und in den Depressionssymptomen sowie eine größere Veränderungsmotivation und einen längeren Verbleib in den Behandlungen aufwiesen (Kelly, Daley & Douaihy, 2012).

In einem Überblick zur Behandlung von Angststörungen und Sucht fand Hesse, dass IBP im Allgemeinen die Abstinenztage erhöht, tendenziell die Angstsymptome verringert und die Haltequote verbessert (Hesse, 2009; Riper et al., 2014). Er schloss dennoch daraus, dass psychosoziale Interventionen alleine für eine erfolgreiche Behandlung bei dieser Komorbiditätsform noch nicht genügen und dass dafür andere Interventionen als die bisher untersuchten nötig sind, um noch stärkere und anhaltendere Verbesserungen zu erzielen.

In der Komorbiditätsforschung nimmt die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) eine Sonderstellung ein, da sie die am häufigsten untersuchte Angststörung ist. Ihre Behandlung kann in die drei Phasen Stabilisierung, Konfrontation und Reintegration eingeteilt werden, wobei in der Konfrontationsphase die Exposition, d.h. die vertiefte Auseinandersetzung mit der traumatischen Erfahrung, als die Standardtherapieform angesehen wird. Lange wurde von Klinikern empfohlen, Exposition erst nach erfolgreicher Stabilisierung der psychischen Symptomatik anzuwenden. Diese Empfehlung wurde zunehmend relativiert. Heute stehen uns IBP zur Verfügung, in denen bereits früh in der Behandlung gleichzeitig mit Interventionen zur Reduktion des Suchtmittelkonsums mit Expositionen begonnen wird und die vielversprechende Ergebnisse erzielten (Sannibale et al., 2013; van Dam, Ehring, Vedel & Emmelkamp, 2013). Für die Stabilisierungsphase gibt es nur ein effektives, mittlerweile etabliertes Behandlungsprogramm. Najavits

stellte das Therapiemanual „Sicherheit finden“ vor, das in einigen randomisiert-kontrollierten Untersuchungen im Vergleich zu Kontrollgruppen bessere Ergebnisse für die Symptome der PTBS und der SSK zeigte (Najavits, Schäfer, Stübenvoll & Dilling, 2008).

Persönlichkeitsstörungen und Sucht

Für Persönlichkeitsstörungen ist die psychosoziale Behandlung, insbesondere die störungsspezifische Psychotherapie, die Behandlung der ersten Wahl. In Bezug auf diese Komorbidität liegen ebenfalls sehr wenig kontrollierte Studien vor. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Untersuchung der komorbiden Borderline Persönlichkeitsstörung. In einem systematischen Überblick von Pennay und Mitarbeitern zeigten sich zwar vielversprechende Ergebnisse, aber diese beruhen auf relativ kleinen Fallzahlen und Studien mit hohen Ausfallraten (Pennay et al., 2011). Hinzu kommt, dass in allen Untersuchungen die Patienten nicht nur Symptome der Persönlichkeitsstörung sondern auch anderer komorbider psychischer Störungen (z.B. Depression, Angststörungen) aufwiesen.

Schlussfolgerungen und Perspektiven

In diesem Überblick wurde versucht ein klareres Bild darüber zu gewinnen, welche psychosozialen Behandlungen für DDP wirksam sind. Die vorhandenen Studien sind schwer miteinander vergleichbar, weil sie sehr heterogen in den Merkmalen der Patienten, der Programme und Interventionen, der Settings, der Intensität und der Ergebnisvariablen sind. Dies macht die aus wissenschaftlicher Perspektive gesicherte Schlussfolgerung schwierig. Hinzu kommt, dass die Studien vorwiegend aus den USA, einige aus Kanada, Australien oder Großbritannien, aber nur wenige aus Kontinentaleuropa stammen. Jüngst wurde deswegen versucht, eine europäische Perspektive einzunehmen und einen umfassenden Überblick zum Thema der Komorbidität abzuliefern (Dom & Moggi 2015). Im deutschen Sprachraum sind auch nur einige Manuale (D'Amelio, Behrendt & Wobrock, 2007; Gouzoulis-Mayfrank, 2007; Moggi & Donati, 2004; Najavits et al., 2008) oder Überblicksbücher (Moggi, 2007; Walter & Gouzoulis-Mayfrank, 2014) erschienen.

Wollten wir versuchen, eine vorsichtige Schlussfolgerung zu formulieren, so kann festgehalten werden, dass IBP mit mehreren störungsspezifischen Interventionen eher

wirksam und im besten Fall in allen Ergebnisvariablen den Kontrollgruppen bzw. den Standardbehandlungen überlegen sind. Ein breiteres IBP ist wahrscheinlich effektiver als das bloße Hinzufügen einer einzelnen Intervention (z.B. Rückfallprävention) zu einer Standardbehandlung. Wenn die Patienten unter einer schweren DDP mit niedrigem Funktionsniveau leiden, ist eine stationäre Behandlung notwendig, selten genügt eine intensive ambulante Therapie. Nicht nur integrative, auch parallele, aber nicht sequenzielle Behandlungen können insbesondere dann wirksam sein, wenn die Interventionen erfolgreich in der Reduktion oder Stabilisierung des Substanzkonsums sind. Stufenprogramme, die sich an Veränderungsphasen anlehnen, sind zwar aufwändig, aber eher erfolgreich. Mehrere Behandlungskomponenten von IBP haben sich wiederholt als effektiv erwiesen (Moggi 2014; Moggi & Öjehagen, 2015):

Motivierende Interventionen, insbesondere MI, die den Patienten helfen, Behandlungsziele zu finden, sich zur Zielerreichung für die Veränderung von Problemverhalten zu entscheiden und die Verhaltensveränderung auch umzusetzen. MI scheint für beide Komorbiditätsstörungen hilfreich zu sein.

KVT ist wirksam, wenn sie mit MI kombiniert wird und störungsspezifische Interventionen zur Verfügung stellt.

RP und KM sind vielversprechende Ansätze und manchmal ebenso wirksam wie IBP, wenn es mit ihnen gelingt, den Substanzkonsum der Patienten soweit zu stabilisieren bzw. reduzieren, dass eine Behandlung der PS möglich wird.

FI scheint eine sehr wertvolle Intervention für DDP zu sein, wenn noch Beziehungen zur Familie oder anderen Bezugspersonen bestehen.

Störungsspezifische Interventionen scheinen auch für DDP wirksam zu sein. Es ist nicht notwendig, neue Behandlungsformen für DDP zu entwickeln, aber die wirksamen störungsspezifischen Interventionen sind innerhalb eines patientenzentrierten Behandlungsplans zu integrieren. Die Behandlung von DDP ist keine unmögliche, aber eine aufwändige und schwierige Aufgabe.

Diese Schlussfolgerungen sind versuchsweise gemacht und müssen untersucht werden. Obwohl die Forschung zur Behandlung von DDP vor über 25 Jahren begonnen wurde, fehlt bis heute eine genügend große Zahl methodologisch guter Untersuchungen, die gesicherte Schlussfolgerungen zulassen. Zukünftige Studien sollten sich darauf konzentrieren, gestufte IBP zu untersuchen, die MI in Kombination

mit KVT und Interventionen zur Reduktion des Substanzkonsums (z.B. RP, KT) enthalten sowie das soziale Umfeld der Patienten einbeziehen.

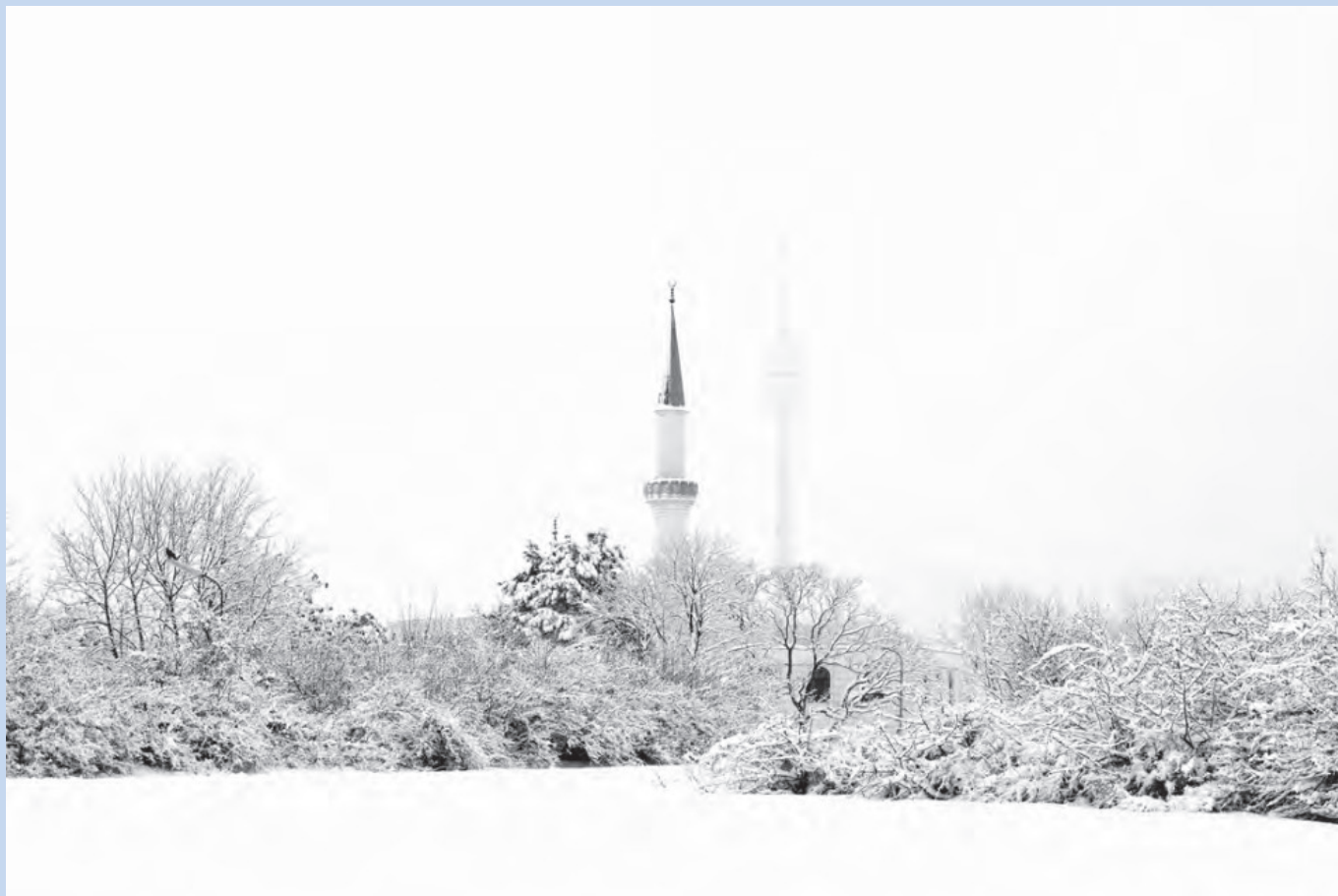
Literatur

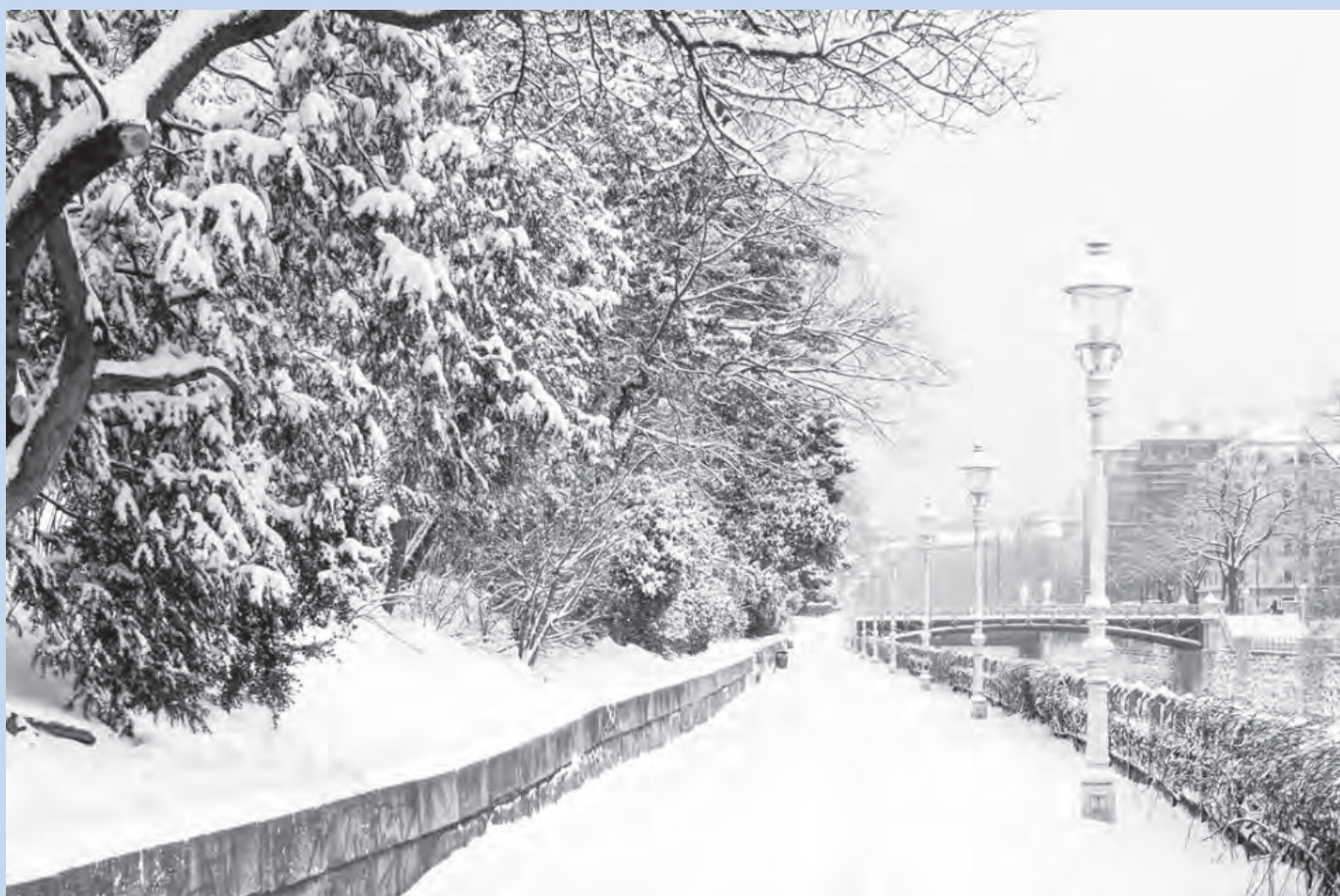
- Chow, C. M., Wieman, D., Cichocki, B., Qvicklund, H. & Hiersteiner, D. (2012). Mission impossible: treating serious mental illness and substance use co-occurring disorder with integrated treatment: a meta-analysis. *Mental Health and Substance Use*, 1-19.
- D'Amelio, R., Behrendt, B. & Wobrock, T. (2007). *Psychoedukation Schizophrenie und Sucht: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen* (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Urban & Fischer.
- De Witte, N. A. J., Crunelle, C. L., Sabbe, B., Moggi F. & Dom, G. (2014). Treatment for outpatients with comorbid schizophrenia and substance use disorders: a review. *European Addiction Research*, 20 (3), 105-114.
- Dom, G. & Moggi, F. (Eds.) (2015). *Co-occurring addictive and psychiatric disorders. A practice-based handbook from a European perspective*. Heidelberg: Springer.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L. & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34 (1), 123-138.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007). *Komorbidität Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis*. Darmstadt: Steinkopf.
- Hesse, M. (2009). Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry*, 9, 6.
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E. & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17 (1), 24-34.
- Kelly, T. M., Daley, D. C. & Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 37 (1), 11-24.
- Moggi, F. (2014). Ist eine wirksame psychosoziale Behandlung von Patienten mit Suchterkrankungen und komorbiden psychischen Störungen eine unmögliche Aufgabe? *Suchttherapie*, 15 (1), 9-15.

- Moggi, F. (Hrsg.) (2007). *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Moggi, F., Brodbeck, J., Költzsch, K. & Bachmann, K. M. (2002). One-year follow-up of dual diagnosis patients attending a 4-months integrative inpatient treatment. *European Addiction Research*, 8, 30-37.
- Moggi, F. & Donati, R. (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen: Hogrefe.
- Moggi, F., Hirsbrunner, H.-P., Wittig, R., Donati, R. et al. (1996). Stationäre Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen. *Verhaltenstherapie*, 6, 201-209.
- Moggi, F. & Öjehagen, A. (2015). Evidence-supported psychosocial treatment for dual disorder patients. A practice-based handbook from a European perspective. In G. Dom & F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders* (1st ed., pp. 261-277). Heidelberg: Springer.
- Najavits, L. M., Schäfer, I., Stubenvoll, M. & Dilling, A. (2008). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch: Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“*. Göttingen: Hogrefe.
- Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H. et al. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41 (4), 363-373.
- Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., de Wit, J. et al. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addiction*, 109 (3), 394-406.
- Rosenthal, R. N. & Westreich, L. (1999). Treatment of persons with dual diagnoses of substance use disorder and other psychological problems. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook* (pp. 439-476). New York: Oxford University Press.
- Sannibale, C., Teesson, M., Creamer, M., Sitharthan, T. et al. (2013). Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. *Addiction*, 108 (8), 1397-1410.
- van Dam, D., Ehring, T., Vedel, E. & Emmelkamp, P. M. (2013). Trauma-focused treatment for posttraumatic stress disorder combined with CBT for severe substance use disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 172.
- Walter, M. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (Hrsg.) (2014). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Kohlhammer.



Prof. Dr. phil. Franz Moggi, EMBA
 Chefspsychologe
 Klinischer Psychologe und Fachpsychologe
 für Psychotherapie (FSP)
 Leiter Klinisch-Psychologischer Dienst,
 Kompetenzzentrum Psychotherapie
 und Forschungsgruppe Sucht
 Universitätsklinik für Psychiatrie
 und Psychotherapie Bern
franz.moggi@upd.unibe.ch











Metacognitive therapy: 'state of the art'¹

Adrian Wells

Ladies and gentlemen, thank you for the invitation to present at your annual meeting and conference. Let me ask you a question; Can you recall the name of the actor who played Mr Spock in the original Star Trek television series? Can you also recall the name of the actor who played Dr McCoy in the same series?

Some of you will have retrieved one or more of those names, but it seems as if some of you know that this material is not in your memory. Raise your hands if you know at least one of the names but you cannot recall it right now. This experience, of knowing you know something but being unable to retrieve it is an example of the 'tip-of-the-tongue' experience and is a function of metacognition.

Metacognition is that part of cognition that is responsible for monitoring, controlling and appraising thinking, learning and memory. It is cognition applied to cognition. So we can usefully divide thinking into two levels; a level of cognition and a level of metacognition that monitors and controls it.

I believe this distinction, which is well known in cognitive and educational psychology, is important in understanding and developing more effective treatments of psychological disorder. Why should this be so?

If we assume that thinking can be divided into the two meaningful levels, in which the meta-level regulates the cognitive level, then the biases and disturbances in thinking that are core features of psychological disorder probably result from metacognition. More specifically, in earlier work I have proposed that most psychological disorders are the result of repetitive negative self-focused thinking (*worry and rumination*) and this must be regulated by metacognition.

One of the common factors in distress is the occurrence of difficult to control repetitive and negative thoughts or memories. Cognitive-behaviour therapy places the content of these thoughts in centre stage and aims to challenge

the validity of them or use exposure methods to extinguish anxiety responses. In contrast, the metacognitive approach does not consider the content of thoughts or memories to cause disorder. It is not a given that the person who thinks or believes that they are 'a failure' develops social anxiety or depression. Instead it is the person's reaction to these inner events (controlled by metacognition) that counts.

Back in the early 1990's a colleague (Gerald Matthews) and I published the Self-Regulatory Executive Function (S-REF) model of psychological disorder (Wells & Matthews, 1994; 1996). Our research up to that point had led us to discover that psychological disorder was associated with a common set of cognitive and attentional responses. We proposed that all disorders are linked to the activation of an unhelpful pattern of thinking that we named the *Cognitive Attentional Syndrome* (CAS). This consists of repetitive thinking in the form of worry and rumination, focusing attention on potential sources of threat, coping behaviours such as trying to suppress thoughts/memories and avoidance. Crucially, the CAS is a form of self-regulation or coping but it backfires and has negative effects. Central to our model was the idea that those people that activate this thinking pattern in response to negative thoughts and experiences create escalating and prolonged distress (anxiety/depression).

But why are some people more prone to activate this pattern? We proposed that the CAS results from biased metacognition and in part the beliefs people hold about thinking. For example, a depressed patient believes that by analysing their reasons for feeling sad they will be able to find an answer to their depression. However, this belief only leads to repeated rumination and dwelling on sadness; a mental configuration that prolongs negative mood and usually fails to find a solution. Of particular importance in psychological disorders is the metacognitive belief that worrying or thinking has become

¹ First published in: Wissenschaftsrat der AHG (2015). Invited address presented at the AHG annual conference, Berlin 8th June 2015.

uncontrollable. Most patients believe that they have lost control of their mind, and many also believe that thoughts can be dangerous. This is seen very clearly in obsessive compulsive disorder where the patient believes that thoughts have the power to make them commit unspeakable acts. There are other aspects of metacognition that are also implicated in the model such as metacognitive awareness and executive control but time does not permit me to go into these in this lecture.

There is now a large amount of empirical data supporting the S-REF model and the role we proposed for metacognition in disorder (Wells, 2009). For example, cross sectional and longitudinal studies as well as experimental manipulations of worrying and ruminating reliably demonstrate that these thinking styles lead to greater anxiety or low mood and increase subsequent negative thinking (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Wells & Papageorgiou, 1995). The CAS has been shown to be a transdiagnostic factor as we hypothesised (Ferhus et al., 2013). Metacognitive beliefs have proven stronger predictors of symptoms and disorder than the content of cognition. The cognitions emphasised in CBT appear to make little contribution to symptoms of distress when metacognitions are accounted for (Myers, Fisher & Wells, 2009; Bennett & Wells, 2010).

Metacognitive therapy

Metacognitive therapy (Wells, 2009) is an evidence based treatment that aims to remove the CAS and modify the dysfunctional metacognitions behind it. Whilst CBT challenges the validity of the patient's negative thoughts, MCT helps the patient step back from them and disengage unhelpful thinking patterns that give distressing thoughts their salience. This can be illustrated by considering the contrasting types of questions that the CBT and MCT therapist use with clients. Take for instance a person with low self-esteem who thinks: *'I'm a worthless person'*. The CBT therapist *reality-tests* and *aims to replace* this cognition by asking questions such as: *'What is the evidence that you are worthless? Is there any evidence against this? And; What is a different interpretation of the situation?'*

In contrast the MCT therapist would avoid this line of questioning as the goal is not to reality-test or replace the thought but to bring the CAS that normally surround such thoughts under control. Instead s/he would ask questions like the following: *'What's the use in analysing your worth? How much time do you spend on*

that? And; Can you reduce the amount of time you do this?' In this way the MCT therapist helps the client bring thinking under flexible control and to discover that it is possible to respond to negative ideas in new and more adaptive ways that do not depend on overthinking. This kind of discourse is termed a *'Meta-level Socratic dialogue'* and is a central feature of MCT.

MCT also uses a range of specific techniques that have been created to enhance flexible control and choice over reactions to thoughts. These are techniques such as attention training, detached mindfulness (this is not mindfulness meditation), and situational attentional refocusing. In this treatment approach metacognitive beliefs are directly challenged using verbal questioning and through behavioural experiments. For example, the belief that worrying or ruminating cannot be controlled is challenged by asking clients to notice a trigger thought and postpone worrying or dealing with it until the end of the day. Later in treatment experiments can be run in which the person tries to lose control of the worry process.

How effective is MCT?

Evidence is steadily accumulating demonstrating that MCT and individual techniques are effective in the treatment of a wide range of disorders. These studies have been both lab and clinic based and have used various methodologies including randomised controlled trials.

The MCT technique of attention training (ATT) aims to increase external and flexible control of attention and enable individuals to discover that the control of thinking is independent of thoughts and events. This technique has proven to be rather intriguing and has been assessed in isolation as well as part of full treatment packages. Multiple studies across disorders show that it is associated with reduced symptoms in anxiety disorders, hypochondriasis and depression (Weck, Neng & Stangeir, 2013; Papageorgiou & Wells, 2000; Wells & Nassif, 2014). It also appears to exert measurable effects on neurocognitive and attentional functioning (Callinan, Johnson & Wells, 2015; Siegle, Ghinassi & Thase, 2007).

Another specific technique used in MCT is *detached mindfulness*. This has been found to be more effective than thought challenging in social anxiety, it appears to reduce distress following stress exposure and also to improve memory confidence in the context of checking (Well & Roussis, 2014; Gkika & Wells, 2015; Ludvik & Boschen, 2015).

Exposure when presented metacognitively has been found to be more effective than when presented with a habituation rationale in obsessive-compulsive disorder (Fisher & Wells, 2005). In social anxiety disorder, exposure presented in combination with an external attention instruction is more effective than exposure presented with a habituation rationale (Wells & Papageorgiou, 1998).

So, we have evidence of the effectiveness of individual MCT treatment techniques, but the most compelling evidence must come from studies of the full MCT intervention. These studies have begun to demonstrate that MCT is an effective treatment with large effects sizes. A recent meta-analysis (Normann, Van Emmerik & Morina, 2014) of studies that involved 384 individuals with anxiety or depression showed that MCT was an effective treatment and was superior compared to both waitlist control groups ($g = 1.8$) and CBT ($g = .97$) but there were only a small number of CBT comparisons.

MCT has been shown to be superior to cognitive and behaviour therapies in the treatment of generalised anxiety disorder, with superior gains maintained over follow-up periods of twelve to 30 months (Van der Heiden & Melchior, 2015). Furthermore, MCT can be effectively used in group treatment formats (Dammen, Papageorgiou & Wells, 2015). Of particular interest MCT has been found to be effective in chronic depression and in cases that have been resistant to CBT and medication (Papageorgiou & Wells, 2015).

In post-traumatic stress disorder MCT delivers effects in a small number of sessions without the need for exposure or reliving. In a recent comparison of MCT versus exposure therapy MCT was found to have an advantage (Wells et al., 2015).

The emerging success of MCT means that it is cited in clinical guidelines, specifically the National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) in the context of treatment for generalised anxiety disorder (NICE, 2012). The treatment developed by David Clark and I, which draws on metacognitive principles, is identified by NICE as the most effective treatment for social anxiety disorder (NCCMH, 2013).

Conclusion

This is an exciting time in psychotherapy research as clear progress seems possible by basing new treatments on a highly specified metacognitive model of mental regulation. We need new and more effective treatments, especially

treatments capable of producing long term and stable recovery.

The metacognitive model is supported by substantial evidence, and Metacognitive therapy is a brief and highly effective treatment. However, we must exercise caution for several reasons. First, larger scale comparative outcome studies are required to add to our knowledge of the effectiveness of MCT; second we must ensure that treatment is delivered correctly and as intended and therefore appropriate *training of therapists* is required and MCT should not be integrated with other (less effective) treatment methods; third we need more studies that are conducted by independent researchers.

In Manchester, our research in MCT continues at an accelerated pace. We have recently been awarded a National Institute for Health Research (NIHR) five-year program grant to examine the effects of MCT for anxiety and depression in cardiac patients, and projects in the areas of child pathology, stress, group treatments, health anxiety and treatment of substance abuse are underway. Perhaps I will be invited to say more about these projects at some time in the future. But for now, I thank you for listening, draw your attention to the MCT institute website (www.mct-institute.com) and I invite any questions.

References

- Bennett, H. & Wells, A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 318-325.
- Callinan, S., Johnson, D. & Wells, A. (2015). A randomized controlled study of the effects of the attention training technique on traumatic stress symptoms, emotional attention set shifting and flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 4-13.
- Dammen, T., Papageorgiou, C. & Wells, A. (2015). An open trial of group metacognitive therapy for depression in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69, 126-131.
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., Gier-Lonsway & Jencius, S. (2013). The cognitive attentional syndrome: Examining the relations with mood and anxiety symptoms and distinctiveness from psychological inflexibility in a clinical sample. *Psychiatry Research*, 210, 215-219.
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821-829.

- Gkika, S. & Wells, A. (2015). How to deal with negative thoughts? A preliminary comparison of detached mindfulness and thought evaluation in socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 23-30.
- Ludvik, D. & Boschen, M. J. (2015). Cognitive restructuring and detached mindfulness: Comparative impact on a compulsive checking task. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 8-15.
- Myers, S., Fisher, P. & Wells, A. (2009). Metacognition and cognition as predictors of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 132-142.
- NCCMH (2013). *Social Anxiety Disorder: The NICE guideline on recognition, assessment and treatment* [Full guideline]. Leicester, London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.
- NICE (2012). *Generalised anxiety disorder in adults: Evidence update*, September, 2012. Manchester: National Institute for Health and Clinical excellence.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social psychology*, 61, 115-121.
- Normann, N., Van Emmerik, A. A. P. & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, 31, 402-411.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 407-413.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2015). Group metacognitive therapy for severe antidepressant and CBT resistant depression: A baseline-controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 14-22.
- Siegle, G. J., Ghinassi, F. & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 235-262.
- Van der Heiden, C. & Melchior, K. (2015). A 30-month follow-up of generalized anxiety disorder: Status after metacognitive therapy and intolerance of uncertainty therapy. *European Journal of Person Centered Healthcare*, 2, 4, 434-438.
- Weck, E., Neng, J. M. G. & Stangeir, U. (2013). The effects of attention training on the perception of bodily sensations in patients with hypochondriasis: A randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 514-520.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum. [Classic Edition (2015), Hove, UK: Psychology Press]
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Wells, A. & Nassif, Y. (2014). Attention training reduces intrusive thoughts cued by a narrative of stressful life events: A controlled study. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 510-517.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 579-583.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: effects of external attention on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.
- Wells, A. & Roussis, P. (2014). Refraining from intrusive thoughts is strategy dependent: A comment on Sugiura and a preliminary informal test of detached mindfulness, acceptance and other strategies. *Psychological Reports*, 115, 541-544.
- Wells, A., Walton, D., Lovell, K. & Proctor, D. (2015). Metacognitive therapy versus prolonged exposure in adults with chronic post-traumatic stress disorder: A parallel randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 70-80.
- Wissenschaftsrat der AHG (2015). *AHG Forum. Neue Konzepte in der Therapie chronisch-psychischer Erkrankungen*. Tagungsband zum 8. und 9. Juni 2015 in Berlin (S. 29-34). Düsseldorf: AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft.



Prof. Dr. Adrain Wells
University Manchester
Department of Clinical Psychology
Rawnsley Building
Manchester Royal Infirmary
Oxford Road
GB-Manchester M23 9LT
adrian.wells@manchester.ac.uk

Advances in metacognitive therapy¹

Adrian Wells

The metacognitive model of psychological disorders is described and data on outcome and processes related to Metacognitive Therapy (MCT) are summarized. Data from uncontrolled and controlled trials are encouraging, as MCT appears to generally be an acceptable and effective treatment, and highly effective for patients with Generalized Anxiety Disorder, in particular. MCT leads to change in meta-cognition, and metacognition also predicts outcome in other treatment modalities. The theoretical issue of mental modes and how these might relate to conceptualization of treatment effects is discussed, as are recent applications of MCT to new patient populations. Areas for future research are provided, with a focus on the implications of the metacognitive model for understanding the origins of biased mental control and the effect of attachment relationships.

In the course of an ordinary day a person experiences thousands of thoughts, of which many are negative. However, if negative thoughts are important in the genesis of psychological disorders, then why do most people not develop such problems? What regulates thinking and selects some negative thoughts for further processing, but not others? It is now understood that most thoughts decay spontaneously if we do not give them attention; given our limited span of consciousness, thinking must be orchestrated within the system limits so that coherence and goal-directed behavior can be achieved. So the question is what psychological factors maintain some thoughts in central awareness through processes of cognitive selection and control. These processes rely on both automatic and volitional information processing, and it is the latter of these processes that are of primary concern in metacognitive therapy.

The role of volitional or strategic control processes can be illustrated with a scenario. Imagine two individuals, both of whom believe to an

equal degree that they are worthless. However, their response to this belief differs. One person worries about the impression they create, and they analyze the reasons for his/her shortcomings. In contrast, the other person concludes that there is little value in worry or brooding on the past and the solution is to do something worthwhile in the present. These different response patterns to the original beliefs give rise to different kinds of emotion. In the first case, the individual likely will prolong and deepen his/her distress, whereas in the second s/he exits distress after a short period of time.

Thoughts and beliefs such as 'I am worthless' are prone to decay unless they are prevented from doing so by the person's strategy for mental regulation, as is the case in psychological disorder where processes such as worry or rumination keep them active. In metacognitive therapy the persistence of negative ideas is related to a set of metacognitive factors that regulate and select sustained processing in the form of worry, rumination, and fixation on threat.

This paper presents recent theoretical and empirical advances in Metacognitive Therapy (Wells, 1995; 2009). While this approach is an evolution of cognitive therapy with information processing theory as a major platform, the above examples illustrate how thought content and conviction are not the principle controlling factors in thinking. Executive control and the importance we give to thoughts are independent of thought or traditional schema content. Metacognitive therapy broadens the conceptualization of mental control as it applies to psychological disorder, with a view to progress the field and enhance treatment. The result is a treatment that has some surface features in common with CBT but it is conceptually and procedurally different in critical respects.

¹ International Journal of Cognitive Therapy, 6 (2), 186-201. © 2013 International Association for Cognitive Psychotherapy.

Metacognitive therapy theory and models

The theoretical grounding of metacognitive therapy is the Self-Regulatory executive Function (S-REF) model (Wells & Matthews, 1994; 1996). The model contains four concepts that are used to account for the persistence of negative thoughts and associated dysfunction in emotion. These are:

- 1) the cognitive attentional syndrome;
- 2) metacognitive beliefs;
- 3) attention or executive control, and
- 4) mental modes.

These concepts are described below.

The cognitive-attentional syndrome

According to the S-REF model, psychological disorder is caused by a persistence of thinking which occurs in the form of a discrete *cognitive-attentional syndrome* (CAS). The CAS is the response the person makes to deal with negative thoughts, beliefs, and emotions. However, it prevents these experiences from decaying or being down-regulated.

Most forms of psychological disorder directly result from the CAS, which consists of extended processing of threat, usually in the form of worry and/or rumination. These are predominantly verbal forms of ideation intended to detect and avoid possible threats in the future (in the case of worry), or to analyze the past and question the meaning of events (in the case of rumination). For example, the anxious patient worries about becoming ill in the future and the depressed patient spends a great amount of time analyzing the causes of low mood to find a solution. The CAS also consists of specific forms of dwelling on the past termed gap filling. This process can be seen in trauma reactions, where the individual goes over the memory of the traumatic event and tries to complete the gaps that exist. The problem with this strategy is that it re-presents the memory to consciousness and interferes with the processes that allow memories to become less salient over time. Ultimately, these responses, like other features of the CAS often backfire and deepen or prolong a sense of threat or negative self-view.

A specific type of attentional strategy, dominated by *threat monitoring* that focuses attention on potential internal or external threats, is also a constituent of the CAS. The health anxious patient scans his/her body looking for signs of cancer, the person with obsessional disorder scans the environment for signs of dirt or

bodily fluids while the ruminator monitors his/her mind to ensure that thoughts are in order. Threat monitoring biases the type of information available for processing and maintains a sense of danger so arousal and threat persist.

The final part of the CAS consists of the other coping behaviors that have paradoxical effects on self-regulation. These behaviors include thought suppression, avoidance, alcohol use, and self-injury to control cognition. These factors strengthen a sense of loss of control over thinking because the person fails to experience using their mind to control and deal effectively with thoughts and negative emotion. For example, the person with generalized anxiety will often seek reassurance to stop worrying and to put their mind to rest. This behavior transfers the control of cognition to someone else, with the result that the patient fails to discover self-control, and beliefs about loss of mental control develop and/or persist. As described below, such metacognitive beliefs about lack of mental control contribute further to the CAS.

Metacognitive beliefs

The selection and execution of thinking styles such as the CAS is dependent on metacognition. Metacognitive knowledge or beliefs are central factors. In the metacognitive model a small and finite range of content explains most disorders. There are two general domains: positive and negative and each is concerned exclusively with the meaning and importance of cognition. There are positive beliefs about elements of the CAS, exemplified as follows: 'Worrying will help me avoid problems; If I focus on all potential threats I'll be safe; Analyzing why I failed will help me get better; Remembering whether I was abused will help me find answers.' Examples of negative metacognitive beliefs include: 'I have lost control of my mind; I cannot control my worry; My thoughts will harm me; Thoughts of accidents will make them happen; My sad thoughts are a disease in my brain.'

The positive and negative metacognitive beliefs give rise to extended thinking and attention to threat that is manifest as the CAS. Negative beliefs are the most pervasive and powerful influences in psychological disorder as they transform cognition from a potential asset to a subjective hazard giving rise to a sense of acute danger, hopelessness, and inefficacy. A person with negative beliefs about the uncontrollability and dangerousness of their thinking will give up attempts at control or resort to more extreme measures to gain control. Negative and

positive metacognitive beliefs influence how an individual uses and relates to the content and processes of their own cognition.

Executive control

The third construct in the model is attentional control, also known as executive control, although the latter term invokes particular models of cognitive architecture that are not intended here. Metacognition is an important aspect of attentional control, as it depends on knowledge of the cognitive system and the repertoire of routines for regulating thinking. We have already seen how some of this knowledge is maladaptive in psychological disorder in the form of positive and negative metacognitive beliefs. The person with psychological disorder may be seen as having maladaptive attentional control. More specifically, few attempts are made to interrupt chains of worry and rumination because the individual believes the process is uncontrollable, or they see rumination as a solution rather than a cause of disorder.

Some individuals may not have the appropriate routine or strategy for effective mental regulation, or they may choose thought suppression which is ineffective, or a strategy to monitor for threat, rather than simply leaving negative thoughts or beliefs alone. In some cases the metacognitions which control cognition lead to vacillation in attempts to stop or engage in sustained processing or to the simultaneous use of conflicting strategies. For example, a traumatized patient described how she repeatedly tried to have a complete memory of an accident by replaying the events, even as she tried to suppress the most horrific images that she had. Even if the appropriate strategies to control cognition are available a person may lack the cognitive capacity to implement control, either due to a lack of cognitive resources or a change in the awareness of personal control.

Mental modes

The final construct in the model is mental mode, which refers to the way a person relates to his/her cognition. Mental modes are defined as the type of direct relationship or perspective taken in experiencing the content and products of cognition. There are two potential modes: object and metacognitive mode. When in the object mode, which is the default mode of processing, the person experiences thoughts and events as synonymous. A thought is perceived as an event grounded in reality. In contrast, when in

metacognitive mode thoughts are experienced as events separate from the self and the external world, and part of the broader landscape of what can be observed in the moment.

An example of modes can be illustrated with reference to dreaming during sleep. The thoughts that constitute the dream are usually indistinct from reality. However, individuals can develop the ability to enter a metacognitive mode while sleeping and thereby experience *lucid dreaming*. Lucid dreaming opens up new opportunities for controlling the dream and writing an alternative narrative. Similarly, during wakefulness the metacognitive mode introduces greater flexibility and choice in controlling cognition and behavior.

When thoughts portend threat and danger, which they invariably do in psychological disorder, processing is grounded in the object mode and when the CAS is also active this mode reduces the flexibility needed to stand back from cognition and exert effective control. Some patients have a strong and inflexible object mode, for them thinking something is equivalent to reality it is a direct perception and is a route to fixed beliefs.

Metacognitive therapy

Metacognitive therapy (MCT) aims to systematically modify each of the above factors. The treatment is approximately twelve sessions for emotional disorders, and is based on a case formulation which is grounded in evidence-based disorder specific models of the CAS and metacognition. Specific models are preferred to a generic model at this time because they capture the precise manner of the CAS and its effects in the individual disorders. Treatment manuals are available for a range of disorders (Wells, 2009).

The therapist helps the patient to see how reactions to thoughts and beliefs rather than negative thoughts themselves are the problem. Change is achieved with techniques like detached mindfulness, which creates a means of relating to thoughts in a new way, and worry and rumination postponement techniques that facilitate effective executive control of the CAS. The therapist is careful to contrast maladaptive (CAS) forms of mental control with more adaptive forms as this distinction is not obvious to clients at first. Behavioral experiments are used to challenge negative and positive metacognitive beliefs.

MCT uses a Socratic dialogue, similar to that in CBT, however the therapist does not use this form of dialogue to reality-test most types of

negative thoughts and beliefs. Instead, Socratic dialogue is used to enhance and maintain a meta-cognitive mode of processing and to modify control routines. Thus, while a CBT therapist would typically ask: 'Do you have any evidence to support the thought that you are boring?' the MCT therapist will ask: 'How much time have you spent thinking about being boring – would it be helpful to reduce this activity?' But this question is not to countenance thought suppression; the patient must be guided in understanding the differences between suppression, sustained processing, and the desirable strategy of reducing the CAS in response to negative cognitions.

The MCT therapist challenges the content of cognition only when this content entails metacognitions represented by the negative and positive beliefs about thinking. For example, patients usually believe that they cannot control worry and rumination. The therapist deals with this by enhancing the metacognitive mode through the use of metaphor and guided discovery and experiential techniques (e.g., detached mindfulness) and then proceeds to challenge the negative belief about uncontrollability using verbal methods and behavioural experiments.

Typically, MCT follows the sequence of shifting the patient to a metacognitive mode, introducing experiential (executive control) strategies that counteract the CAS, challenging uncontrollability beliefs, challenging beliefs about the importance and/or danger of thoughts, challenging positive beliefs, and finally relapse prevention. There are specific techniques that have been developed for each of these components and stages (Wells, 2005; 2009).

Efficacy of MCT

Research on the effects of MCT has commenced largely after the testing of MCT theory. There is now a large data-base supporting the theory (Wells, 2009) and treatment outcome data on metacognitive therapy techniques and full MCT treatment is accumulating.

Generalized anxiety disorder (GAD)

Three published trials have evaluated the efficacy of MCT in the treatment of GAD. Wells and King (2006) reported an open trial of patients in which all of those treated improved during treatment. The post treatment effect sizes were large (trait anxiety = 2.78; BAI = 1.82) and treat-

ment gains appeared stable over twelve-month follow-up. High formal recovery rates were obtained with 75 percent of patients recovered at follow-up as measured by trait-anxiety. Two subsequent randomized trials have investigated the effects of MCT against applied relaxation or CBT. Wells and colleagues (2010) compared MCT against applied relaxation. MCT was clearly superior to relaxation and led to high rates of standardized recovery at post treatment (80%) and at twelve-month follow-up (60-80% depending on the measure). Finally, a large scale independent study of MCT in the treatment of GAD examined the effects against CBT and a delayed treatment condition (van der Heiden, Muris & van der Molen, 2012). The CBT delivered was based on the intolerance of uncertainty model. Both treatments were effective with MCT producing the strongest effects. Specifically, in the intention to treat analysis MCT produced significantly better results on all outcome measures. At follow-up the superiority of MCT was maintained on most outcome measures. Between-group effect sizes on a measure of worry at post treatment were 0.96 and at follow-up they were 0.78 (completers sample). Standardized recovery rates at post treatment and follow up for MCT were high at 72 percent and 74 percent, respectively, in the treatment completers sample.

Obsessive-compulsive disorder (OCD)

Several studies have explored the effect of MCT in this group of patients. Fisher and Wells (2008) used a direct A-B replication across four patients. Each patient showed substantial improvement in anxiety and OCD symptoms and at six-month follow up continued to show improvement from baseline. In a small open trial of OCD, a metacognitively focused group treatment (Rees & van Koesveld, 2008) obtained promising results with high recovery rates on the Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale achieved over a three month follow-up period. Simons, Schneider, and Herpertz-Dahlmann (2006) compared the effects of MCT in combination with CBT against exposure and response prevention for children and adolescents. The results suggested that the combined treatment could be effective, but the combination of treatments obscures any effects that may be unique to the MCT component. Shareh, Gharraee, Alef-Vahid, and Eftekhori (2010) conducted a pilot study of MCT against pharmacotherapy in OCD. They randomly allocated a small number of patients to MCT alone, Fluvoxamine, or

a combined treatment condition. All patients in the MCT and combined condition showed improvement in symptoms at post treatment and these treatment conditions were superior to Fluvoxamine.

Social anxiety disorder

The cognitive model of social phobia proposed by Clark and Wells (1995) is a hybrid model drawing on schema theory and the metacognitive model. Recent work has focused on increasing the synergy between the treatment and the metacognitive approach. Supporting this impetus, data shows that metacognitive beliefs correlate with social anxiety and the maintenance processes central in the Clark and Wells model (Dannahy & Stopa, 2007). In addition group CBT affects metacognitive beliefs associated with reductions in social anxiety (McEvoy, Mahoney, Perini & Kingsep, 2009). Treatment based on a more metacognitively focused approach to social phobia appears feasible and is associated with large and rapid symptom improvements (Wells & Papageorgiou, 2001), but until now larger scale definitive evaluations have been absent. Recently, Nordahl and colleagues (2016) completed a controlled study of the metacognitively oriented treatment, comparing this with medication (SSRI), placebo and a combined psychosocial and drug treatment condition. The results showed that the metacognitively enhanced treatment was superior to medication, placebo or no treatment. There was no advantage of combining drugs and the psychological intervention (Nordahl et al., 2016).

Post-traumatic stress (PTSD)

Wells and Sembi (2004) report a systematic replication series in which patients' treatment could be effectively delivered in five to eleven sessions. In an open-trial of chronic PTSD (Wells et al., 2008), twelve patients were treated in a mean of 8.5 sessions. Large and statistically significant improvements were observed in PTSD, anxiety and depression symptoms and the gains were maintained over six-month follow-up. Standardized recovery criteria applied at follow-up showed that 89 percent of patients were reliably improved or recovered. In a randomized controlled trial, Wells and Colbear (2012) showed that MCT was superior to a no-treatment waiting period and 80 percent of the patients treated were recovered at post-treat-

ment compared with only ten percent in the control condition. The relative efficacy of MCT and exposure therapy has been investigated in traumatic stress. In a three-arm trial MCT was compared to exposure therapy and a wait-list control condition (Proctor, Walton, Lovell & Wells, 2011). Both treatments were effective, but MCT produced effects more rapidly than exposure and was significantly more effective at post treatment. The superiority at follow-up remained in favor of MCT but the difference was nonsignificant at that point.

Depression

In a multiple baseline study, Wells and colleagues (2009) treated four patients with recurrent and persistent depression over six to eight sessions. Large improvements were observed in depression scores. Subsequently in a larger open-trial patients with treatment-resistant depression were given up to eight sessions of treatment with follow-up assessments at six and twelve months post intervention. Pre to post treatment and follow-up effect sizes on depression measures were high (1.55-2.32, intention to treat). Formal recovery rates were encouraging with the most stringent criteria showing 60 percent recovered at post treatment and at twelve month follow. Nordahl (2009) compared MCT with treatment as usual (CBT) in treatment-resistant patients with anxiety disorders and/or depression. The mean number of MCT sessions delivered was 7.5 compared with the mean number of CBT sessions of 10.2. Metacognitive therapy was superior to CBT in measures of post-treatment anxiety (BAI), and meta-worry, while both treatments were equally effective at improving depression symptoms (BDI). The post treatment effect sizes in MCT were 2.25 (BAI) compared with 1.74 in CBT. For depression the MCT post treatment ES was 1.31 compared with 1.21 in CBT. These results are interesting because the treatment was a generic version of MCT based around the intervention normally used to treat GAD and included the technique of attention training, while the CBT was more focused on idiosyncratic thoughts and schemas.

MCT techniques

In addition to the trials of MCT, several studies have explored the effects of individual MCT techniques. Two techniques in particular are Attention Training and metacognitively delivered exposure.

Attention training technique

An early technique developed to increase flexible control over attention and counteract self-processing biases underlying the CAS is Attention Training (ATT; Wells, 1990). Single case studies of ATT show that it is associated with improvements in anxiety and its effects can be removed and symptoms reinstated by techniques that are intended to reverse the hypothesized putative mechanisms (Wells, 1990; Wells, White & Carter, 1997). Effects associated with attention training have been demonstrated in hypochondriasis (Papageorgiou & Wells 1998) and recurrent major depression (Papageorgiou & Wells, 2000).

Siegle, Ghinassi, and Thase (2007), showed that an attention control procedure consisting of an augmented ATT was as effective as treatment as usual (anti-depressant medication) in treating depressed patients. Furthermore, in a test of a small subsample, ATT appeared to lead to significant changes in amygdala responsivity to emotional stimuli.

A randomized trial in hypochondriasis compared the effects of three sessions of attention training with a safety-behaviors intervention prior to subsequent treatment. Both groups showed reductions in anxiety but only the ATT group showed a significant reduction in body-focused attention (Weck, Neng & Stangier, 2012).

The impact of Attention Training Technique (ATT; Wells, 1990) on traumatic-stress related intrusive thoughts has also been investigated in experimental studies. Two sessions of ATT were found to significantly reduce the frequency of intrusions when exposed to reminders of the stressful event (Nassif, 2009). This effect has been replicated with preliminary evidence that the effects of ATT were detectable on an objective test of attentional control involving emotional switch cost (Callinan, Johnson & Wells, 2015).

Metacognitively delivered exposure

Wells and Papageorgiou (2001) conducted an experimental investigation in social phobia. Patients were asked to enter their feared social situation under two conditions that were presented with a habituation-based explanation or an attentional control instruction. The attention control consisted of shifting to external focused processing and was found to be superior in reducing anxiety and negative beliefs. Fisher and Wells (2005) also compared the effects of brief exposure and response prevention in obses-

sive-compulsive patients when this technique was delivered within a habituation framework and when delivered metacognitively. In the MCT condition patients were asked to listen to a loop-tape of their obsessional thoughts and refrain from neutralizing in order to discover that their thoughts were unimportant. This method proved to be superior to the comparison condition where ritual prevention was coupled with an habituation-based explanation. Greater efficacy in reducing anxiety, negative beliefs, and the urge to neutralize was observed. It should be noted however, that this was not a treatment trial as the exposure tests were brief rather than the prolonged exercises typically used in exposure and response-prevention treatment.

MCT mechanisms and processes

Several trials of MCT have examined the effect of treatment on metacognitive variables. These studies demonstrate that MCT is associated with changes in meta-cognitive beliefs (van der Heiden et al., 2012; Wells et al., 2010) and reductions in measures of the CAS (Wells & Colbear, 2012; Wells et al., 2012). Direct comparisons of MCT with other treatment approaches in generalized anxiety disorder have shown that it produces significantly greater reductions in negative beliefs about worry than applied relaxation (Wells et al., 2010) or CBT (van der Heiden et al., 2012). Significant reductions in negative and positive beliefs about rumination and in rumination tendencies have been found in depression (Wells et al., 2012). Treatment with attention training alone has been found to be associated with reductions in overall metacognitive beliefs (Papageorgiou & Wells, 2000).

While a number of studies have examined metacognitive change or level as a predictor of outcomes in other treatment modalities, no study has examined the role of metacognitive change as a mediator of therapeutic outcomes in MCT. The metacognitive model predicts that in order for recovery to occur the CAS and associated metacognitions must change. Therefore, any effective psychological treatment should affect these variables and they should predict outcome.

Solem, Håland, Vogel, Hansen, and Wells (2009) examined the effect of cognitive-behavioral treatment of obsessive compulsive disorder on underlying cognitive (schemas) and metacognitive beliefs. Patients received a course of exposure and response prevention treatment that was effective. The treatment led to significant reductions in schemas (inflated responsibility, intolerance of uncertainty, perfectionism,

etc.) and metacognitions. Only change in metacognitions and overestimation of threat correlated with symptom improvement and with recovery when they were tested as simultaneous predictors. Longer term outcomes following CBT appear also to be affected by metacognitions. In a prospective study of problem drinkers, Spada, Caselli, and Wells (2009) showed that metacognitive beliefs assessed at pre-treatment positively correlated with drinking status at three and six months post-treatment and level of weekly alcohol use at three, six, and twelve months. This effect was independent of initial level of alcohol use and negative emotion.

Emerging trends and future directions

Applications to new populations

Metacognitive therapy has recently been applied to a growing range of disorders and situations. The feasibility of attention training as a treatment technique in schizophrenia has been investigated (Valmaggia, Bouman & Schuurman, 2007). In a pilot case series full MCT was successfully applied in treatment-resistant schizophrenia (Hutton, Morrison, Wardle & Wells, 2014). In a subsequent open trial, patients with schizophrenia spectrum disorders received up to twelve sessions of MCT. Treatment was associated with significant beneficial effects on symptoms with moderate to large post-treatment effect sizes at post treatment and follow-up. A response analysis showed that 50 percent and 40 percent of patients achieved good clinical outcomes defined as a minimum of a 25 percent reduction in Positive and Negative Syndrome total score at post-treatment and follow-up (Morrison et al., 2014). Thus, the data in schizophrenia are promising and show that MCT is feasible in this population. The preliminary effectiveness data suggest meaningful improvements in symptoms can be observed. Subsequent controlled studies with large sample sizes are required to advance this area.

Recent studies have examined the role of metacognitions in chronic fatigue syndrome (Maher-Edwards, Fernie, Murphy, Wells & Spada, 2011), and found that metacognitive beliefs were positively associated with symptoms and predicted them better than anxiety and depression. Rabiei, Mulkens, Kalantari, Molavi, and Bahrami (2012) effectively applied MCT in body dysmorphic disorder.

Applications to a wider range of disorders is guided by the development and testing of clinical models that capture the nature and consequences of the CAS and metacognitions and

provide a structure to treatment. Recently this has been evident in the approach to conceptualizing alcohol abuse (Spada, Caselli & Wells, 2012) and work on the development and application of MCT in patients with chronic problems manifested as emotional and relationship instability (Nordhal & Wells, 2009).

Advancing theoretical constructs: mental modes

In addition to further evaluation of the absolute and relative efficacy of MCT, future research should evaluate the predictive utility of theoretical constructs, including the construct of mental modes. The metacognitive mode is similar to concepts such as decentring and distancing. Beck (1976) described distancing in the context of CBT as the ability to view thoughts objectively. According to Beck: '... a person who can examine his automatic thoughts as psychological phenomena rather than identical to reality is exercising the capacity for distancing' (p. 243), and this he distinguished from decentring which is reducing the tendency to see one-self as the focal point of events. In CBT distancing is acquired through repeated observations of automatic thoughts and is used as grounding for challenging them.

Distancing is a central defining feature of the metacognitive mode but it includes the process of experiencing thoughts as separate from self and from perception. This state is contrasted with the object mode and so the patient who is able to switch modes is regarded as having high functioning metacognitive control and knowledge of cognition. Thus, the metacognitive model builds on this important construct by linking it with a cognitive architecture of consciousness and control. In doing so it provides a set of implications about the strategies that should be developed to impact this dimension of self-experience. In particular, it separates the mode from the concept of meta-awareness. A patient may be aware of thoughts (meta-awareness) and be able to concede they are not valid, but yet not experience them in the metacognitive mode. For example, the PTSD sufferer is aware of intrusive memories, but experiences these as aversive and wishes to analyze or avoid them. The patient is in object mode, the thought is conflated with the sense of immediate threat rather than seen as an inner event that is part of the broader landscape of present stimuli that can be perceived but not necessarily acted upon. This description draws upon and embodies a range of very important

concepts that are introduced in the metacognitive analysis of the mode:

1. *Metacognitive knowledge* (the knowledge of what a thought is, belief that thoughts are controllable and harmless, and knowledge of control strategies),
2. *Metacognitive awareness* (the ability to focus on a thought),
3. *Distancing* (the ability to see a thought objectively as separate from events),
4. *Cognitive decentering* (the ability to see a thought as separate from self),
5. *Executive control* (the ability to control attention and flexibly implement and terminate a strategy in response to a thought).

While CBT focuses on the patient making more realistic appraisals of the self and the world, which may include distancing, the patient in MCT learns that extended and fixed thinking is the source of emotional dysfunction. The MCT model indicates caution in coupling distancing with thought challenging as this presents the message that although thoughts are objects, they are important and potentially harmful (and hence need to be restructured). This view would not always produce the complete spectrum of changes in metacognitive knowledge, decentering, and executive control that are the goal of MCT. Future studies should seek to determine the structure and nature of the metacognitive mode as a generic index or predictor of therapeutic change. Different therapeutic approaches may have different effects on each of the elements.

Metacognition, attachment, and self-control

There are important questions concerning the causes of individual differences in metacognitive control that allow one person to leave thoughts alone and the next to become absorbed in them. In the metacognitive model this issue relates to the formative influences on metacognitive beliefs and control. At the present time we know little about the developmental antecedents of positive and negative metacognitive beliefs and the control of the CAS. The CAS appears to be particularly strong and fixed in patients who have experienced significant negative early relationships, characterized by abuse or neglect. Early trauma and attachment patterns may be an important formative influence on metacognitive beliefs and the CAS.

Bowlby (1988) hypothesized that the attachment relationship is an important source of information for constructing an internal model of the self and others. The metacognitive model

adds a particular emphasis to this idea concerning the models or processes of mental control.

The reaction of other people during times of personal distress likely influences the control of cognition. For instance, lack of a bond with a caregiver will lead to maintenance or escalation of emotion in an attempt to establish closeness and security. Emotional persistence is achieved through worry, rumination, and/or threat monitoring (the CAS) thereby strengthening this style (and the metacognition behind it) as means of coping. However, close nurturing relationships may facilitate suspension of the CAS, and the nonverbal and verbal acquisition of adaptive metacognitive routines and knowledge for self-control. If these ideas are correct then we should expect to demonstrate positive associations between emotional neglect or abuse, biased executive control and dysfunctional metacognitive beliefs. Moreover, the relationship between negative learning history and negative affect should be transmitted at least partially by metacognition. This is an area that our studies are beginning to investigate.

Conclusions

MCT presents an alternative way of formulating cognition in psychological disorder that emphasises cognitive processes and mental control. The approach is firmly grounded in information processing theory and is empirically supported by studies on thinking styles and metacognitive strategies and beliefs. Outcome evidence shows that the treatment can be implemented across a range of psychological disorders and it is associated with good outcomes. Randomized controlled trials are beginning to emerge that confirm MCT as an effective treatment and for GAD in particular a recent recommendation is included in NICE guidelines for the UK National Health Service (NICE, 2012). There are several large scale comparative evaluations currently underway and the results of these important studies will be available in the near future.

This paper outlined the basic model of MCT and the treatment was described. In addition new developments and future directions and concepts were reviewed. In the future the metacognitive approach may be used to explore the effects of attachment, early traumatic experiences and the dynamics of the self-concept. I have exemplified how these factors may link to metacognitions and the CAS as causal and/or consequential variables. This area is under-researched at this time and may provide new understandings of basic self-processes, distur-

bances in which are among the most complex presentations of distress and represent areas of need for treatment development.

References

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London, UK: Routledge.
- Callinan, S., Johnson, D. & Wells, A. (2015). A randomised controlled study of the effects of the attention training on traumatic stress symptoms, emotional attention set shifting and flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39 (19), 4-13.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford.
- Dannahy, S. & Stopa, L. (2007). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1207-1219.
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821-829.
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117-132.
- Holeva, V., Tarrier, N. & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, 32, 65-83.
- Hutton, P., Morrison, A. P., Wardle, M. & Wells, A. (2014). Metacognitive therapy in treatment resistant psychosis: A multiple baseline study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42 (2), 166-185.
- Maher-Edwards, L., Fernie, B. A., Murphy, G., Wells, A. & Spada, M. M. (2011). Metacognitions and negative emotions as predictors of symptom severity in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 311-317.
- McEvoy, P. M., Mahoney, A., Perini, S. J. & Kingsep, P. (2009). Changes in post-event processing and metacognitions during cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 617-623.
- Morrison, A. P., Pyle, M., Chapman, N., French, P., Parker, S. K. & Wells, A. (2014). Metacognitive therapy in people with a schizophrenia spectrum diagnosis and medication resistant symptoms: A feasibility study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 45 (2), 280-284.
- Myers, S. G., Fisher, P. L. & Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 436-442.
- Nassif, Y. (2009). *A test of metacognitive theory and techniques in posttraumatic stress disorder*. Unpublished doctoral dissertation. University of Manchester.
- NICE (2012). *Generalised anxiety disorder in adults: Evidence update*. September, 2012. National Institute of Clinical Excellence.
- Nordahl, H. M. (2009). Effectiveness of brief metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in a general outpatient setting. *International Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2, 152-159.
- Nordahl, H. M., Vogel, P. A., Morkan, G., Stiles, T. C. et al. (2016). Paroxetine, cognitive therapy or their combination in the treatment of social anxiety disorder with and without avoidant personality disorders: A randomised clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 346-356.
- Nordahl, H. M. & Wells, A. (2009). *The ERIS protocol: A metacognitive approach for patients with emotional and relationship instability problems*. Unpublished manuscript. University of Trondheim.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (1998). Effects of attention training in hypochondriasis: An experimental case series. *Psychological Medicine*, 28, 193-200.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 407-413.
- Proctor, D., Walton, D., Lovell, K. & Wells, A. (2011). *A randomised controlled trial of meta-cognitive therapy versus exposure therapy for post-traumatic stress disorder*. Paper presented at the 1st International Conference of Meta-Cognitive Therapy, Manchester.
- Rabiei, M., Mulkens, S., Kalantari, M., Molavi, H. & Bahrami, F. (2012). Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 724-729.
- Rees, C. S. & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 451-458.
- Roussis, P. & Wells, A. (2008). Psychological factors predicting stress symptoms: Metacognition,

- thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress & Coping*, 21, 213-225.
- Shareh, H., Gharraee, B., Alef-Vahid, M. H. & Eftekhori, M. (2010). Metacognitive therapy (MCT), Fluvoxamine, and combined treatment in improving obsessive-compulsive symptoms, depression, and anxiety symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Science*, 4, 17-25.
- Siegle, G. J., Ghinassi, F. & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century. Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 235-262.
- Simons, M., Schneider, S. & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. A case series with randomized allocation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 257-264.
- Solem, S., Håland, A. T., Vogel, P. A., Hansen, B. & Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 301-307.
- Spada, M. M., Caselli, G. & Wells, A. (2009). Metacognitions as a predictor of drinking status and level of alcohol use following CBT in problem drinkers: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 882-886.
- Spada, M. M., Caselli, G. & Wells, A. (2012). A triphasic metacognitive formulation of problem drinking. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.1791
- Valmaggia, L., Bouman, T. K. & Schuurman, L. (2007). Attention training with auditory hallucinations: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 127-133.
- van der Heiden, C., Muris, P. & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 100-109.
- Weck, F., Neng, J. M. B. & Stangier, U. (2012). The effects of attention training on the perception of bodily sensations in patients with hypochondriasis: A randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*. doi:10.1007/s10608-012-9482-3
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 337-355.
- Wells, A. (2007). The attention training technique: Theory, effects and a metacognitive hypothesis on auditory hallucinations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 134-138.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford, New York
- Wells, A. & Colbear, J. S. (2012). Treating post-traumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 373-381.
- Wells, A. & Davies, M. I. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J. et al. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 291-300.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J. et al. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 367-373.
- Wells, A. & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206-212.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum Psychology Press.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 713-720.
- Wells, A. & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307-318.
- Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P. et al. (2008). Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 85-92.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C. et al. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs. applied relaxation in the

treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 429-434.

Wells, A., White, J. & Carter, K. E. P. (1997). Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226-232.

Yılmaz, A. E., Gençöz, T. & Wells, A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 389-396.



Prof. Dr. Adrian Wells
University Manchester
Department of Clinical Psychology
Rawnsley Building
Manchester Royal Infirmary
Oxford Road
GB-Manchester M23 9LT
adrian.wells@manchester.ac.uk

NACHRICHT

Teetrinker sind zufriedener mit der Qualität ihrer Arbeit

Die Art der während der beruflichen Tätigkeit konsumierten Getränke könnte einen Einfluss auf die subjektiv empfundene Arbeitsleistung, das psychische Befinden und die Erholung nach Dienstschluss haben.

Was man tagsüber trinkt, könnte die Arbeitsleistung sowie das psychische Befinden am Arbeitsplatz und nach Feierabend beeinflussen. Einer australischen Studie zufolge beurteilten Universitätsangestellte, die überwiegend schwarzen Tee tranken, ihre geleistete Arbeit positiver und fühlten sich abends weniger erschöpft als diejenigen, die Kaffee oder andere Getränke konsumierten. Allerdings konnten die Beschäftigten, die koffeinfreie Softdrinks, Kräutertee oder Wasser bevorzugten, zu Hause besser abschalten, berichten die Forscher im Fachblatt „Appetite“. Der enge Zusammenhang zwischen dem Konsum von schwarzem Tee und subjektiver Arbeitsleistung bestand merkwürdigerweise nur dann, wenn der Tee ohne Milch und Zucker getrunken wurde.

„Die positiven Wirkungen des Tees im beruflichen Alltag beruhen wahrscheinlich eher auf Flavonoiden als auf dem Gehalt an Koffein oder Theanin, die kurzzeitige Effekte hervorrufen“, schreiben die Forscher um Janet Bryan

von der University of South Australia in Adelaide. Positive Auswirkungen des Teekonsums auf Psyche und Denkleistungen sind bereits gut untersucht. Dafür werden neben dem Koffein auch andere Inhaltsstoffe wie die Aminosäure Theanin oder bestimmte Flavonoide verantwortlich gemacht, die im Kaffee nicht enthalten sind. Inwieweit der Teekonsum unter realen Bedingungen die Arbeitsleistung im Beruf fördert oder das Wohlbefinden während und nach der Arbeit verbessert, ist bisher noch nicht untersucht. Daher prüften die Forscher einen möglichen Zusammenhang zwischen der Art der tagsüber konsumierten Getränke und der Qualität geistig anspruchsvoller und stressbelasteter Tätigkeit im Beruf.

An der Studie beteiligten sich 95 Akademiker und Verwaltungsangestellte dreier Universitäten. Die Teilnehmer dokumentierten an zehn Arbeitstagen zwei- bis viermal täglich durch Tagebucheintragungen, was und wie viel sie getrunken hatten. Außerdem bewerteten sie Arbeitsleistung, Müdig-

keit, Engagement, geistige Wachheit, Arbeitsbelastung und das allgemeine psychische Befinden. Vor dem Schlafengehen beurteilten sie, wie gut sie zu Hause abschalten und sich erholen konnten. Die pro Person getrunkenen Mengen an Kaffee und Tee schwankten zwischen null und acht Tassen am Tag. Andere koffeinhaltige Getränke wurden kaum konsumiert.

Wer viel schwarzen Tee ohne Milch und Zucker trank, schätzte die am Tag geleistete Arbeit höher ein und fühlte sich seltener müde oder erschöpft als die anderen. Bei Tee mit Milch und/oder Zucker waren die Effekte deutlich schwächer. Dass Milch die Bioverfügbarkeit von Inhaltsstoffen des Tees beeinträchtigen könnte, halten die Forscher für unwahrscheinlich. Aber es gebe Hinweise darauf, dass Milch die positiven Wirkungen von Flavonoiden auf die Blutgefäße und damit auf die Durchblutung des Gehirns verringert. Um den Milch- und Zuckereffekt zu erklären, seien aber weitere spezielle Studien nötig. Wer keine koffeinhaltigen Getränke konsumierte, fühlte sich tagsüber entspannter und erholte sich abends besser als Tee- und Kaffeeetrinker. Möglicherweise, so die Autoren, könnte die Getränkewahl dazu beitragen, das psychische Befinden von Arbeitnehmern zu verbessern und die Arbeitsleistung zu optimieren. 

MCT (Metacognitive therapy) nach Prof. Adrian Wells

Peter Missel

Prof. Adrian Wells hat eine Professur für klinische und experimentelle Psychopathologie an der Universität Manchester. Er ist einer der ersten Kliniker, der sich mit der Entwicklung und der Fortschreibung der kognitiven Therapie bei affektiven Störungen befasst hat. Er hat die Metakognitive Therapie entwickelt, die u. a. zur Behandlung bei Angststörungen und Depressionen Eingang in internationale Leitlinien gefunden hat und weltweit unter dem Dach des von ihm geleiteten MCT-Institutes große Resonanz erlebt.

Grundlage der Metakognitiven Therapie ist nachfolgende Überlegung:

Jeder Mensch hat negative Gedanken oder jeder Mensch ist manchmal von seinen negativen Gedanken überzeugt. Aber nicht jeder entwickelt daraufhin eine Angststörung, eine Depression oder anderes emotionales Leid.

Die Metakognitive Therapie postuliert, dass es Metakognitionen sind, die sowohl für die gesunde Steuerung unserer seelischen Prozesse als auch für die Probleme, die dabei entstehen können, verantwortlich sind.

Es sind dysfunktionale Denkstile, wie Sich-Sorgen-Machen oder Grübeln, die zur Entwicklung psychischer Störungen führen.

Die Metakognitive Therapie bei Depression nach PD Adrian Wells (University of Manchester, UK) ist eine Form der kognitiven Therapie in dem Sinne, dass sie beansprucht, das Denken zu verändern. Die Metakognitive Therapie unterscheidet sich deutlich von der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) in ihren theoretischen und konzeptionellen Grundlagen, in störungsspezifischen Modellen, in ihrem Fokus auf metakognitive Prozesse und metakognitives Wissen sowie in vielen Techniken.

Metakognitive Therapie zeigt dabei im Einzelfall rasche und ausgeprägte Effekte, u.a. bei depressiven Störungen. Der Fokus liegt hierbei auf kognitiven Verarbeitungsprozessen, metakognitiven Erfahrungen und metakognitiven Überzeugungen als Ergänzung und Alternati-

ve zu traditionellen Therapietechniken der kognitiven Verhaltenstherapie, wie die kritische Überprüfung von Kognitionen. Ein zentraler Leitspruch nach Wells lautet hierbei:

„Nicht auf deine Gedanken, sondern auf deine Reaktion auf deine Gedanken kommt es an!“

Grundlegende Literatur von Adrian Wells ist:

- *Metacognitive therapy for anxiety and depression* (2009) und
- *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression* (2011).

Das metakognitive Modell psychischer Erkrankungen nach Adrian Wells zielt auf die Änderung metakognitiver Überzeugungen.

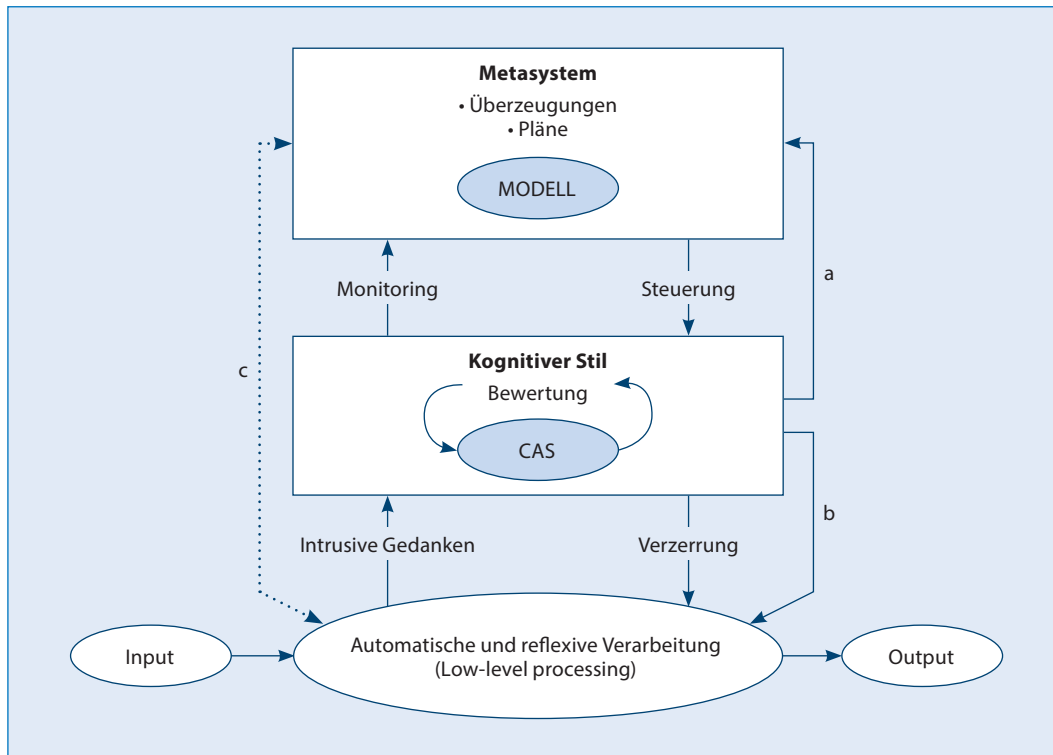
Im Folgenden werden zentrale Begriffe und Theoreme des Modells erläutert:

- der Begriff der Metakognition,
- das S-REF-Modell (Self-Regulatory Executive Function-Model),
- das CAS (Cognitive Attentional Syndrome),
- die ATT (Attention Training Technique),
- die DM (Detached Mindfulness) und
- der Ansatz der Metakognitiven Therapie bei Depression.

Wells beschreibt zwei Arten metakognitiver Erfahrungen als Modi (*Metakognitionen*):

- 1) Gedanken und Überzeugungen werden gewöhnlich erlebt wie Sinneswahrnehmungen (wie z.B. das Geräusch einer tickenden Uhr). Wir sehen unsere Gedanken normalerweise nicht als innere Ereignisse an, wir verschmelzen sie mit der Realität. Dieser Erfahrungstyp heißt *Objektmodus*.
- 2) Der *metakognitive Modus* des Erlebens unterscheidet sich vom Objektmodus, Gedanken werden als vom Selbst und der Welt getrennte innere Ereignisse betrachtet. In diesem Modus sehen wir sie als eine Form innerer Repräsentation, es ist möglich, innerlich einen Schritt von den Überzeugungen zurückzutreten.

¹ Beitrag Forum des AHG Wissenschaftsrates 2015.

**Abbildung 1**

Das S-REF-Modell psychischer Erkrankungen unter Einschluss seiner Komponenten auf der Metaebene (nach Wells, 2011)

Das metakognitive Modell psychischer Erkrankungen hat als Grundlage das *Self-Regulatory Executive Function-Model* (S-REF-Modell) (vgl. Abbildung 1).

Das Modell enthält kognitive Prozesse auf drei interagierenden Ebenen:

- automatische und reflexive Verarbeitung (Low-Level-Processing),
- kontinuierliche bewusste Verarbeitung von Gedanken und Verhalten (kognitiver Stil) und
- ein Fundus von metakognitivem Wissen und Überzeugungen.

Das *Cognitive Attentional Syndrome* (CAS) stellt ein problematisches Programm kognitiver Verarbeitung dar. Das CAS besteht aus einem dysfunktionalen Programm kognitiver Prozesse mit

- Sich-Sorgen,
- Grübeln,
- Lenkung der Aufmerksamkeit auf Gefahrensignale,
- dysfunktionalen Bewältigungsstrategien wie Gedankenunterdrückung, Vermeidungsverhalten und ggf. Substanzmissbrauch.

Das *Cognitive Attentional Syndrome* fokussiert also exzessive konzeptionelle kognitive Prozesse in Form von

- Sich-Sorgen (worrying) und
- Grübeln (rumination).

Mit Hilfe langer Ketten von verbalen Gedanken versucht die Person, bestimmte Fragen zu be-

antworten. Beim Sich-Sorgen stehen „Was wäre wenn“-Fragen im Vordergrund, beim Grübeln Fragen hinsichtlich der Bedeutung von Ereignissen („warum fühle ich mich so?“). Das Grübeln im Rahmen der Depression bezieht sich vor allem auf die Vergangenheit, das Sich-Sorgen (z.B. generalisierte Angststörung) auf die Zukunft.

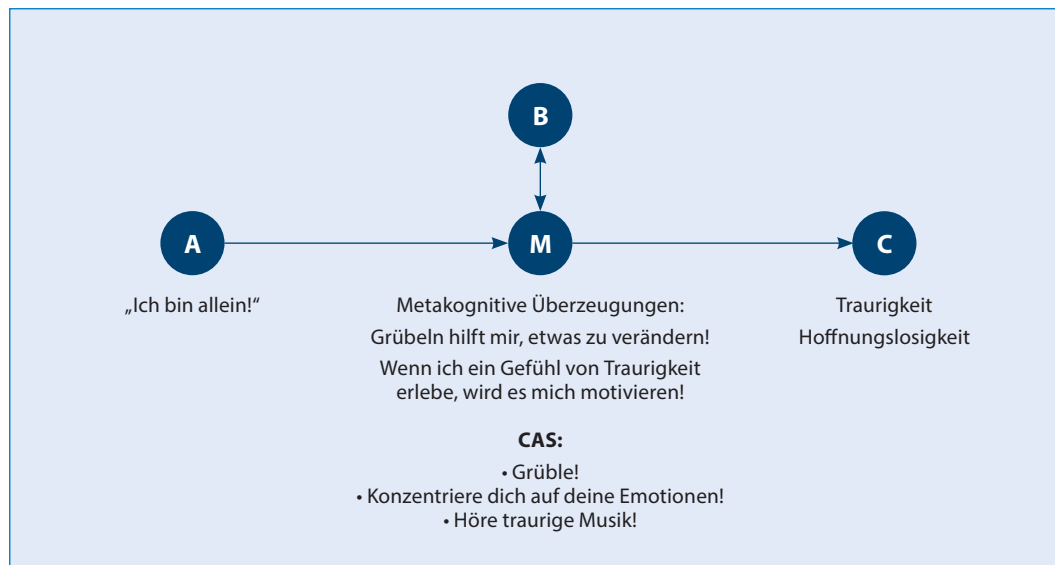
Weiterhin gehört zum CAS eine Form von einseitiger, voreingenommener Aufmerksamkeit, die auf Gefahren bezogene Stimuli fokussiert ist. Dies wird *Bedrohungsmonitoring* genannt.

Grundlegende Prinzipien des metakognitiven Ansatzes sind demnach:

- Traurigkeit und Angst sind innere Signale einer Diskrepanz in der Selbstregulation,
- psychische Störungen werden durch einen bestimmten Stil und Strategien kognitiver Prozesse aufrechterhalten,
- das charakteristische, dysfunktionale Programm zur kognitiven Verarbeitung wird CAS genannt, es besteht aus Sich-Sorgen, Grübeln, Lenkung der Aufmerksamkeit auf Gefahrensignale und dysfunktionalen Strategien wie Gedankenunterdrückung und Vermeidungsverhalten,
- das CAS ist das Ergebnis von fehlerhaftem metakognitivem Wissen und Überzeugungen und
- es verlängert und intensiviert negative emotionale Erfahrungen.

Abbildung 2

Metakognitives A-M-C-Modell einer depressiven Patientin nach Wells (2011)



Das CAS wird durch fehlerhafte Überzeugungen über das Denken gesteuert, metakognitive Überzeugungen werden dabei inhaltlich nach *positiven* und *negativen metakognitiven Überzeugungen* unterschieden.

Das durch Wells neu formulierte *A-M-C-Modell* (A = Auslöser, M = metakognitive Überzeugungen und C = Konsequenzen) stellt ein überarbeitetes *A-B-C-Modell* (vgl. Beck) dar (vgl. Abbildung 2).

Dabei beziehen sich positive metakognitive Überzeugungen auf die Nützlichkeit von Sich-Sorgen-Machen, Grübeln und Bedrohungsmonitoring („Grübeln hilft mir, etwas zu verändern!“).

Negative metakognitive Überzeugungen beziehen sich auf ungünstige Auswirkungen innerer Ereignisse („Depression ist vererbt“).

Die metakognitive Therapie basiert auf der Annahme, dass psychische Störungen durch das CAS und seine Auswirkungen auf emotionale Erfahrungen und Wissen aufrechterhalten werden. Das CAS stabilisiert über verschiedene Mechanismen das negative Selbstbild und das Gefühl von Bedrohungen. Dabei sind negative und positive metakognitive Überzeugungen aktiviert. Im Mittelpunkt der Behandlung stehen die Veränderungen von metakognitiven Überzeugungen und die Entwicklung von alternativen Wegen, innere Ereignisse zu erleben und auf sie zu reagieren. Dem CAS wird so die Grundlage entzogen. Metakognitive Therapie fokussiert auf

- die Entfernung des CAS und
- die Modifikation metakognitiver Überzeugungen.

Behandlungsstrategien sind dabei:

- individuelle Fallkonzeption,

- Aufmerksamkeitstraining (Attention Training Technique – ATT),
- gelenkte Aufmerksamkeit (Detached Mindfulness – DM),
- Entfernung des CAS und
- Modifikation metakognitiver Überzeugungen.

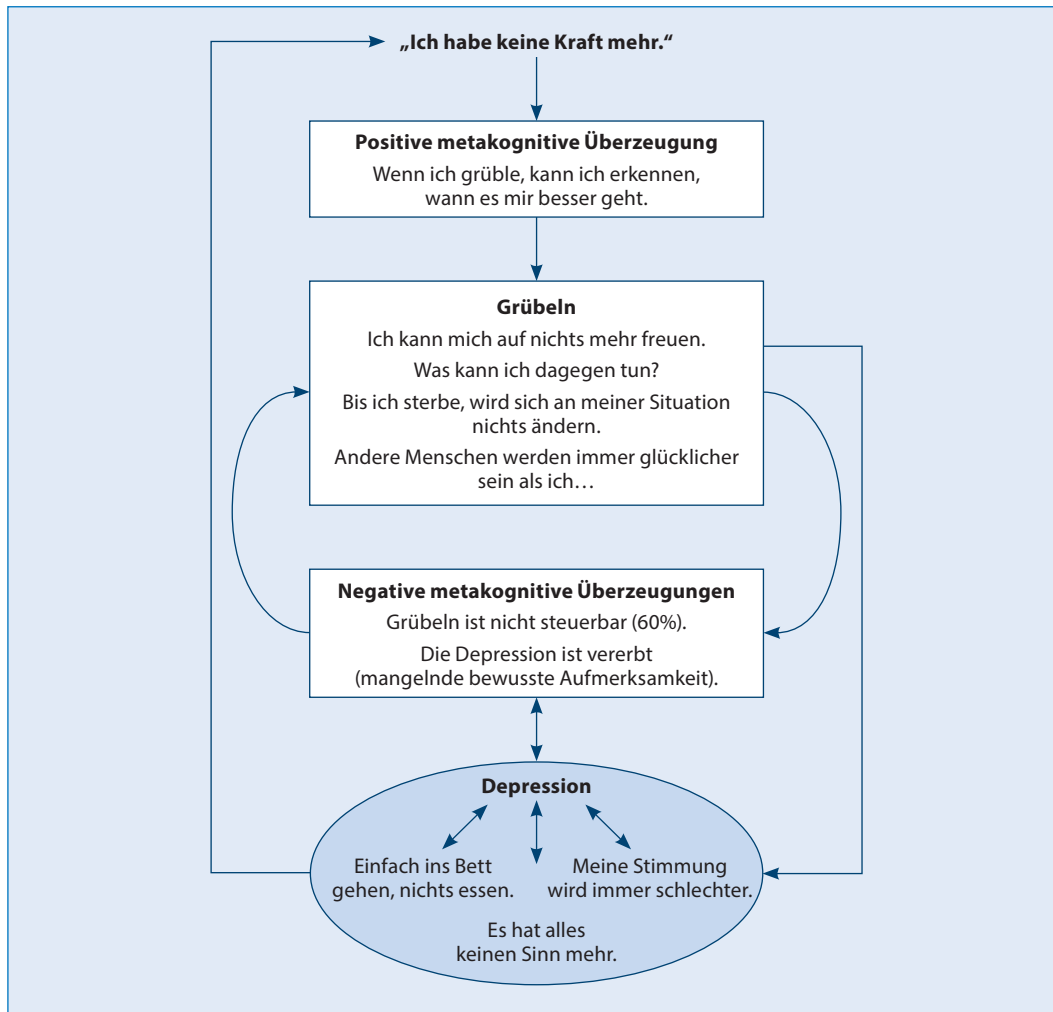
Das therapeutische Vorgehen umfasst in der metakognitiven Therapie u. a. die Bestimmung der grundlegenden Natur des Problems, die Bestimmung des zeitlichen Verlaufs, Diagnosestellung und Risikoeinschätzungen, Erstellung eines *A-M-C-Modells*, Einsatz von störungsspezifischen Fragebögen, Exploration der Therapieerwartungen und der Ziele des Patienten. Dies umfasst auch die Exploration des Sorgenprozesses, des Bedrohungsmonitorings und der Bewältigungsstrategien.

Das Aufmerksamkeitstraining (*Attention Training Technique, ATT*) besteht aus den drei Komponenten

- 1) selektive Aufmerksamkeit,
- 2) schnelle Verlagerung der Aufmerksamkeit und
- 3) geteilte Aufmerksamkeit.

ATT beinhaltet eine Verlagerung der Aufmerksamkeit mit spezifisch entwickelten Techniken. Diese stärken funktionale Metakognitionen, regulieren das Denken, schwächen dysfunktionale emotionale und kognitive Verarbeitungsmuster ab und verändern Überzeugungen. Dem Patienten wird dadurch geholfen, aus seiner inneren, verschlossenen „Grübel-Welt“ hervorzutreten und wieder die „äußere Welt“ wahrzunehmen, zu registrieren und Abstand zum Objektmodus seiner metakognitiven Erfahrungen zu erlangen.

Bei der selektiven Aufmerksamkeit im Rahmen des ATT wird die Aufmerksamkeit des

**Abbildung 3**

Individuelles Fallkonzept der Depression nach Wells (2011)

Patienten auf individuelle Geräusche in einem Feld aus konkurrierenden Geräuschen unterschiedlicher räumlicher Lokalisation in seiner Umgebung gelenkt.

Bei der schnellen Verlagerung der Aufmerksamkeit wird die Aufmerksamkeit auf individuelle Geräusche und räumliche Lokalisation gelenkt.

Bei der geteilten Aufmerksamkeit wird der Patient aufgefordert, Breite und Tiefe seiner Aufmerksamkeit zu erweitern und zu versuchen, verschiedene Geräusche unterschiedlicher Lokalisation gleichzeitig zu verarbeiten.

Während das ATT dazu dient, Exekutivfunktionen zu stärken und perseverierende, selbstfokussierte kognitive Prozesse zu unterbrechen, entwickelt *Detached Mindfulness (DM)* eine spezifische Beziehung zu Gedanken und Überzeugungen. Losgelöste Achtsamkeit (DM) erhöht die flexible Kontrolle über das Denken und fördert die Entwicklung eines neuen Modells der Bedeutung und Wichtigkeit von Gedanken und Überzeugungen.

Losgelöste Achtsamkeit (DM) hat zwei wesentliche Komponenten:

- 1) bewusste Wahrnehmung auf der Meta-Ebene und
- 2) Losgelöstheit (Detachment).

Losgelöstheit bedeutet auch Verzicht auf eine Auseinandersetzung mit dem inneren Ereignis. Es erfolgen also keine Bewertungen oder Bewältigungsversuche als Reaktion auf innere Ereignisse. DM ist die Antithese zum CAS. Sie bedeutet, innere Ereignisse nicht zu fokussieren, bedeutet das Unterlassen von Grübeln und Bedrohungsmonitoring. Zum anderen soll das Erleben innerer Ereignisse als vom eigenen Selbst unabhängig wahrgenommen werden, der Objektmodus durch den metakognitiven Modus abgelöst werden. Das Selbst wird zum bewussten Beobachter des Gedankens oder der Überzeugung.

Ebenso wie ATT setzt auch DM zahlreiche spezifische Basistechniken ein.

Die grundlegenden Prinzipien und Techniken der metakognitiven Therapie finden vor allem auch bei der Behandlung chronisch depressiver Störungen Anwendung:

- Planung der Struktur der Behandlung,
- Erstellen eines Behandlungsplanes,

- Anamnese zur Erstellung eines individuellen Fallkonzeptes bei Depression und
- Implementierung von ATT und DM als neuen Strategien für kognitive Verarbeitungsprozesse.

Ein individuelles Fallkonzept bei Depression zeigt Abbildung 3.

Positive und negative metakognitive Überzeugungen werden modifiziert, das CAS möglichst beseitigt und Techniken des ATT und DM eingesetzt.

Es ist davon auszugehen, dass die Metakognitive Therapie auch in Deutschland über die Universitätsmedizin hinaus, insbesondere in der Behandlung chronischer Depression, weiter an Bedeutung gewinnt.

Der AHG Wissenschaft prüft eine Kooperation mit Herrn Prof. Dr. Adrian Wells im Rahmen von Aus- und Weiterbildung in Metakognitiver Therapie.



Peter Missel

Dipl.-Psychologe
 Psychologischer Psychotherapeut,
 Ltd. Psychologe der MEDIAN Kliniken Daun –
 Am Rosenberg
 Anerkannter Supervisor (VT)
 MEDIAN Kliniken Daun – Am Rosenberg
 Schulstraße 6
 D-54550 Daun
peter.missel@median-kliniken.de

Literatur

- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford.
- Wells, A. (2011). *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression*. Weinheim: Beltz.

„Suizid ist ein Leitmotiv der Moderne“¹

Interview mit Prof. Dr. Thomas Macho

Das Gespräch führte Martin Tauss

Seine Habilitation hat der Kulturwissenschaftler Thomas Macho 1983 über Todesmetaphern verfasst; nun präsentiert er eine umfangreiche Studie zum Thema Suizid.

Es ist eine merkwürdige Kluft: Suizid wird oft von einem Mantel des Schweigens umgeben, andererseits taucht er in der modernen Kunst und Literatur häufig als Thema auf. Aussagekräftige kulturelle Quellen finden sich etwa in Tagebüchern und Essays, Filmen und TV-Serien, Gemälden oder in historischen Medienberichten. Thomas Macho hat sie eingehend studiert: In seinem Buch *„Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne“* erzählt der Direktor des Internationalen Forschungszentrums Kulturwissenschaften in Wien die Geschichte des Suizids in der Moderne und zeichnet dessen Umwertung in den verschiedensten kulturellen Feldern nach. Er beleuchtet das heikle Thema aus einer Vielzahl von Perspektiven – politisch, rechtlich, medizinisch und philosophisch – und bemüht sich beim Umkreisen der Problematik um eine empathische, aber moralisch neutrale Position. Auf diese Weise geraten auch aktuelle Problemfelder wie etwa Suizid in der Schule, suizidaler Terrorismus oder die Debatten um Sterbehilfe und assistierten Suizid in den Blick.

Martin Tauss: Herr Professor Macho, in Ihrem Buch bemühen Sie sich um ein tieferes Verständnis eines oft unbegreiflichen Phänomens. Haben Sie dabei auch eine präventive Absicht verfolgt?

Thomas Macho: Verstehen und Prävention müssen verbunden werden. Dabei sollten nicht nur Warnungen beachtet werden, sondern auch die Vielfalt der Motive, Kontexte und Geschichten. Heute kommen mehr Menschen durch Suizid ums Leben als durch jede andere Art von Gewalt. Während des Schreibens habe ich mit vielen Menschen geredet; fast jeder hatte schon einen Suizidfall im persönlichen Umfeld erlebt.

Häufig wurde jedoch gesagt: Das ist in unserer Familie nie besprochen worden. Das Ereignis wird wie in einer Krypta eingeschlossen. Wir müssen lernen, darüber zu reden.

M. T.: Mit einem Begriff des Philosophen Michel Foucault verstehen Sie den Suizid in der Moderne als „Selbsttechnik“. Ist das nicht ein Euphemismus für eine Tat, die meist fürchterliche Konsequenzen für die Angehörigen hat?

T. M.: Diese fürchterlichen Konsequenzen werden von Tabus, Ängsten und Stigmatisierungen verschärft. Gerade Freunde und Angehörige leiden stark unter dem Schweigen, unter dem Schuldgefühl, etwas versäumt zu haben. Natürlich ist jeder Suizid für die Betroffenen eine Katastrophe. Aber es macht einen großen Unterschied, ob diese Katastrophe mitgeteilt werden kann oder ob ich sie allein aushalten muss.

M. T.: Sie beschreiben die aktuelle Enttabuisierung des Suizids. Aber müsste man nicht viel eher das „normale“ Sterben enttabuisieren – im Sinne einer Kultur, die mit dem Tod weise umgehen kann?

T. M.: Lebenskunst ist heute auch Sterbekunst. Die Todeserfahrung hat sich historisch stark gewandelt. Wir werden heute um vieles älter, die Kindersterblichkeit ist stark gesunken. Der Tod wird immer seltener als Schicksal wahrgenommen. Heute teilen wir das Gefühl, der Tod gehöre zu unserem Leben, so dass er eben auch den Charakter eines gestaltbaren Projekts annimmt. Und hier beschreiten wir bereits den schmalen Pfad, auf dem Tod und Suizid nahe nebeneinander liegen.

M. T.: In Anlehnung an den Kulturkritiker Walter Benjamin vertreten Sie die These, dass Suizid „ein Leitmotiv der Moderne“ sei. Das ist starker Tobak...

T. M.: Natürlich ist der Suizid nicht das einzige Leitmotiv der Moderne, aber ein bisher nur

¹ Das vorliegende Gespräch ist in gekürzter Fassung in der österreichischen Wochenzeitung *Die Furchen*, Nr. 44/2017, erschienen.

selten reflektiertes. Angesichts der umfassenden Präsenz dieses Themas ist verwunderlich, wie wenig über die Genealogie dieser Präsenz nachgedacht wird. Woraus speist sich der „Tiefenstrom“, der in unserer Kultur seit rund 200 Jahren wirkt, angetrieben durch die Prozesse der Alphabetisierung, Säkularisierung, Globalisierung oder die Faszination für andere Suizidkulturen, etwa die Rezeption japanischer Haltungen zum Suizid?

M. T.: Wo sehen Sie historische Wendepunkte im Umgang mit dem Suizid?

T. M.: In der Antike haben etwa die stoischen Philosophen den Suizid positiv bewertet. Für einen Feldherrn, der eine Schlacht verloren hatte, galt der Suizid als heroische Tat, die den Legionären und Sklaven dagegen streng verwehrt war. In der christlichen Theologie wird der Suizid als schwere Sünde angesehen; die Unterscheidung zwischen Martyrium und Suizid blieb aber schwierig und umstritten. In der Moderne kommt es zu einem Umbruch: Menschen setzen sich zunehmend in ein Verhältnis zu sich selbst, sie sehen ihr Leben als gestaltbares Projekt, für das sie Verantwortung tragen. Wenn ich und mein Leben mir gehören, muss das folgerichtig auch für meinen Tod gelten.

M. T.: Eines der bekanntesten Suizid-bezogenen Werke der Literaturgeschichte ist Goethes Briefroman „Die Leiden des jungen Werther“, der nach der Erstveröffentlichung 1774 eine ungewollte Vorbildwirkung für Jugendliche hatte und manche zum Suizid animierte. Sind in unserer Zeit ähnliche Phänomene denkbar?

T. M.: Heute werden Filme, TV-Serien oder Berichte über Prominenten-Suizide als Quellen für Nachahmungstaten betrachtet. Im 19. Jahrhundert haben die Zeitungen Abschiedsbriefe von Suizidenten abgedruckt und Suizid-Debatten geführt. Gegen den „Werther“ oder gegen englische Bühnenstücke des 17. Jahrhunderts wurde damals mit ähnlichen Argumenten polemisiert wie heute gegen das Internet. Natürlich ist es leicht, an bekannten Suizid-Orten Warntafeln aufzustellen oder Krisentelefone einzurichten, aber es ist fast unmöglich, das Internet zu überwachen.

M. T.: Durch Internet und Computerspiele sind suizidale Inhalte heute noch leichter zugänglich. Kann das verführerisch sein oder bewirkt der spielerische Umgang mit dem Suizid eine Abreaktion von autoaggressiven Impulsen?

T. M.: Unzählige Jugendliche bewegen sich in virtuellen Welten, ohne jemals einen Suizid zu begehen. Umgekehrt waren Schul-Amok-

läufer mit diesen Spielen oft gut vertraut. Das Internet wirkt als zweiter Alphabetisierungsschub, als Popularisierung von Selbsttechniken wie Schreiben, Lesen oder Bildermachen. Es eröffnet viele Möglichkeiten, das Verhältnis zu sich selbst zu reflektieren und zu inszenieren, manchmal auch durch einen Suizid.

M. T.: In den transhumanistischen Fantasien zur Verschmelzung von Mensch und Maschine erscheint heute auch schon die Idee der Unsterblichkeit am Horizont. Sie hingegen sehen im Selbstmord der Maschinen – „Machine Suicides“ – ein zeitgemäßes Motiv. Wollen wir nun als fortschrittsbegeisterte Menschen am liebsten unsterblich sein oder bevorzugen wir im Zweifelsfall die Selbstausslöschung?

T. M.: Unsterblichkeit ist ein Begriff, der nur schwer inhaltlich gefüllt werden kann. Was will man ewig machen? Worin bestünde die Qualität eines ewigen Lebens? Selbst Horrorfilme über Werwölfe oder Vampire zeigen inzwischen nicht selten, dass diese Wesen unter ihrer Langlebigkeit leiden. Unsere Lebenserwartung ist aufgrund medizinischer Fortschritte enorm gestiegen, aber die Lebensqualität ist am Ende meist stark eingeschränkt. Auch insofern ist Langlebigkeit suspekt geworden. Darauf beziehen sich aktuelle Debatten um Sterbehilfe und assistierten Suizid.

M. T.: Hat die Angst vor der Unsterblichkeit nicht eher mit einem Transzendenz-Verlust zu tun, da mitunter die traditionellen Glaubensvorstellungen weggefallen sind, die damit verbunden waren?

T. M.: Diese Angst war ursprünglich eine Angst vor dem „zweiten Tod“, dem ewigen Tod in der Hölle; dagegen hat übrigens schon der italienische Humanist Pietro Pomponazzi zu Beginn des 16. Jahrhunderts polemisiert und die Vorstellung von einer Unsterblichkeit der Seele verworfen. Nicht umsonst sind auch unsere Transzendenz-Vorstellungen in den vergangenen Jahrhunderten sehr diffus geblieben. So sind in der abendländischen Kunstgeschichte durchaus grandiose Höllenbilder entstanden, aber relativ wenige Himmelsbilder. Nur selten haben sich Maler und Dichter damit auseinandergesetzt, wie das Leben etwa im himmlischen Jerusalem aussehen wird. Dieses Leben wird häufig mit einer Lichtfülle, ohne Nacht und Tod, assoziiert – aber was wäre das konkret für ein Leben? Diese Fragestellung kann selbst auf der Ebene der malerischen oder poetischen Imagination kaum beantwortet werden.

M. T.: Kommen wir zurück zu den verschiedenen Formen der Sterbehilfe: Wie beurteilen Sie

hier die Liberalisierung in EU-Staaten wie Belgien oder den Niederlanden?

T. M.: Das Schweizer Bundesgericht hat im November 2006 den Suizid zum Menschenrecht erklärt. Dieses Urteil begrüße ich. Meine Kritik betrifft Fragen, die etwa mit einer Patientenverfügung schwer lösbar sind. Man kann sich kaum vorstellen, wie es wäre, mit Demenz zu leben. Und ich verstehe auch die Einwände, die aus den Erfahrungen der NS-Zeit abgeleitet werden. Man muss die Regeln streng auslegen und nicht für unvorstellbar halten, was vor einigen Jahrzehnten als „Euthanasie“ praktiziert wurde.

M. T.: Eine WHO-Studie ist zum Ergebnis gekommen, dass bis zu 90 Prozent aller Suizide durch psychische Erkrankungen verursacht sind. Depressionen, bipolare Störungen und Suchterkrankungen zählen hier zu den wichtigsten Risikofaktoren. Die große Mehrheit, die zu einer solchen Tat schreitet, ist demnach existenziell eingeschränkt und zutiefst verzweifelt. Öffnet man mit der Sterbehilfe nicht eine Büchse der Pandora für eine Gruppe, der doch anderweitig zu helfen wäre?

T. M.: Gegenüber solchen Studien bin ich extrem skeptisch und misstrauisch. Die WHO verfügt nicht einmal über exakte Suizidzahlen, geschweige denn über Einsichten in Hintergründe, Motive und Kontexte. Die Behauptung eines Zusammenhangs zwischen Suiziden und psychischen Krankheiten fungierte im frühen 19. Jahrhundert als Argument für die Entmoralisierung und Entkriminalisierung des Suizids; doch heute empfiehlt die Pathologisierung nicht nur ein zweifelhaftes Ideal der Normalität, sondern erneut moralische, jedenfalls stigmatisierende Positionen. Wer hat denn noch nie daran gedacht, sein Leben freiwillig zu beenden? In meinem Buch zitiere ich Nietzsche, der einmal gesagt hat, der Gedanke an den Selbstmord könne ein „starkes Trostmittel“ sein, das über „manche böse Nacht“ hinweghelfe. Gewiss, die Entscheidung für einen Suizid setzt ein modernes Subjekt voraus, das sich zu sich selbst in ein Verhältnis setzen kann. In Zuständen der Bewusstseinstrübung, bedingt etwa durch neurologische Krankheiten wie eine fortgeschrittene Demenz, ist das nicht mehr möglich; sehr wohl aber, wenn ein Mensch aufgrund von schwerer Krankheit, Schmerzen und Beeinträchtigungen

NACHRICHT

Wiedervereinigung nicht einziger Grund für Angleichung der Lebenserwartung

Die Wiedervereinigung war nicht der einzige Grund für den deutlichen Anstieg der Lebenserwartung in Ostdeutschland. Die Aufholjagd begann bereits schon zehn Jahre vorher – noch zu DDR-Zeiten. Das teilte heute das Max-Planck-Institut für demografische Forschungen (MPIDR) in Rostock mit. Bereits vor der Wende sei das Sterberisiko in der DDR gesunken. Die Wiedervereinigung habe aber den Trend zum längeren Leben beschleunigt.

Die Einheit gilt unter Experten als Auslöser für die außergewöhnlich schnelle Aufholjagd bei der Lebenserwartung der Ostdeutschen. Während etwa Frauen in der DDR direkt vor der Wende im Durchschnitt noch drei Jahre kürzer lebten als in der damaligen Bundesrepublik, haben sie inzwischen in beiden Landesteilen längst dieselbe Lebensspanne.

Als Grund dafür wird die Einführung des westdeutschen Gesundheitssystems im Osten gesehen. Weil die Ostdeutschen von besserer medizinischer Versorgung profitierten und ih-

ren Wohlstand steigerten, verlängerte sich ihr Leben.

„Die deutsche Wiedervereinigung hat nicht per se den Aufholprozess der Lebenserwartung eingeleitet, sondern eher Trends verstärkt und beschleunigt, die schon in der DDR da waren“, erklärte nun der Rostocker Max-Planck-Forscher Pavel Grigoriev.

So sei die häufigste Todesursache, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bereits zwischen 1980 und 1990 um 16 Prozent zurückgegangen. In den Jahren zuvor war der Wert fast konstant geblieben. Nach dem Fall der Mauer nahm die

Verringerung des Herz-Kreislauf-Sterberisikos den Forschern zufolge noch an Tempo zu. Die Sterblichkeit fiel um fast 40 weitere Prozent während der ersten zehn Jahre im wiedervereinigten Deutschland.

Als plausibelsten Grund für die sinkende Sterblichkeit in der DDR sehen die Experten vor allem in einem gesünderen Lebensstil, dem sich die DDR-Bürger seit den 1980er-Jahren zuwandten. Das betrifft unter anderem die Ernährung, Bewegung, Rauchen und Alkohol.

Die Studie enthält allerdings keine Daten, die dies direkt belegen könnten. Den noch schnelleren Rückgang der Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Krankheiten seit der Wende führen die Forscher aber auf den Einfluss der neuen westlichen Medizinversorgung zurück.



nicht mehr leben will. Es gibt neben vielen anderen auch ein ästhetisches Motiv des Suizids, das bislang zu wenig beachtet wurde: den Tod als etwas Gestaltbares zu sehen, das noch zum Leben gehört und womöglich sogar eine Art von Sinnstiftungsfunktion übernehmen kann.

M. T.: Sehen Sie auch den Suizid im Kontext einer „ars moriendi“?

T. M.: Die Vorstellung einer „ars moriendi“ hat heute weit weniger mit Schicksalsergebenheit zu tun, als vielmehr mit der Bestimmung von Umständen, unter denen ich nicht mehr leben will: so wie Gunter Sachs, der auf keinen Fall einen krankheitsbedingten Kontrollverlust über sein Leben ertragen wollte. Sein Suizid war, wenn man so will, ein ästhetischer Akt, nach dem Motto: „Ich will ein schönes Leben gelebt haben und nicht als Pflegefall in Erinnerung bleiben.“

M. T.: Aber wir leben in einer extrem kontrollfixierten Gesellschaft, und den Tod „gestalten zu wollen“, ist doch nur wieder eine Art von Kontrollfantasie, die in der Regel ohnehin zum Scheitern verurteilt ist. Wäre es hier nicht weiser, zumindest am Ende des Lebens von der Rolle des Machers loszulassen?

T. M.: Absolut! Menschen reflektieren heute zunehmend ihren Sterbeprozess, etwa in Hospizen oder in Gesprächsgruppen oder in Internet-Blogs. Ich nehme diese Reflexionen nicht wahr als Ausdruck eines Kontrollwahns, sondern eben als Spur einer neuen „ars moriendi“. Hand aufs Herz: Wenn jemand unter Schmerzen leidet und es die medizinische Möglichkeit gibt, Schmerzfreiheit zu erzielen, würden Sie doch niemandem raten, auf diese Möglichkeit zu verzichten, nur um Hingabe und Demut zu üben. Darin bestanden übrigens auch die Vorwürfe gegen Mutter Teresa, als bekannt wurde, dass sie in ihren „Sterbehäusern“ den todkranken Patienten die „Nachfolge Christi“ aufgezwungen hat, indem sie die mögliche Schmerzmedikation verweigerte. Wir haben nicht das Recht, anderen Menschen das Leiden als Schicksal oder als spirituelle Übung zu empfehlen.

M. T.: Angesichts krisenhafter Entwicklungen unserer Zeit erkennen Sie auch eine kollektive Faszination am Suizid. Woraus speist sich diese Angstlust gegenüber Untergangsfantasien?

T. M.: Die Idee vom Untergang der Menschheit gab es bisher nur in apokalyptischen Nar-

rativen. Aber dass wir etwa durch einen Atomkrieg oder durch ökologische Katastrophen kollektiv Suizid begehen könnten, ist neu. Die apokalyptischen Reiter galoppieren noch, aber wir sind es selbst, die den Zügel in Händen halten. Wenn Stephen Hawking dazu rät, in den nächsten hundert Jahren die Übersiedlung auf andere Planeten ins Auge zu fassen, vermittelt er eine Sorge, die zum Stichwort des „Anthropozäns“ passt. Wir sind offenbar fasziniert davon, dass wir die einzige Spezies sind, die in der Lage ist, sich selbst auszulöschen.

Buchhinweis

Thomas Macho: *Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne*. Berlin: Suhrkamp, 2017.



Dr. Martin Tauss

Autor und Journalist
Leiter des Ressorts „Wissenschaft“
bei der österreichischen Wochenzeitung
„Die Furchen“.
mtauss@kabelplus.at



Prof. Dr. Thomas Macho

war von 1993 bis 2016 Professor für Kulturgeschichte an der Humboldt-Universität Berlin. Derzeit leitet er das Internationale Forschungszentrum Kulturwissenschaften (IFK) in Wien.

Glücksspielprävention könnte bei Spielsüchtigen das Gegenteil bewirken

Eine geringe Gewinnwahrscheinlichkeit überschätzen pathologische Spieler deutlich mehr als der Rest der Bevölkerung. Umgekehrt resultiert der Hinweis auf einen drohenden Verlust gleichermaßen in Angst bei Spielsüchtigen wie auch bei Nichtspielern. Zu diesem Ergebnis kommt eine empirische Studie mit 74 Probanden, die im Journal of Experimental Psychology: General veröffentlicht wurde (2018; doi:10.1037/xge0000418). Die derzeit gängige Glücksspielprävention, die ausschließlich geringe Gewinnchancen benennt, könnte somit bei Spielsüchtigen das Gegenteil bewirken, fürchten die Forscher vom Institut für Weltwirtschaft (IfW) in Kiel.

Ein Drittel der Studienteilnehmer wurde als pathologische Spieler klassifiziert, 23 als Gewohnheitsspieler und 26 als nichtspielende Kontrollgruppe. Im Laufe des Versuchs wurden sie mit insgesamt 29 Entscheidungssituationen konfrontiert. In einem Experiment, bei dem sie mehrmals die Wahl zwischen einer sicheren Auszahlung und dem Spielen einer Gewinnlotterie hatten, entschieden

sich pathologische Spieler häufiger für die riskantere Variante. Wenn die Entscheidung aber zwischen einem sicheren Verlust und einer Verlustlotterie getroffen werden musste, ließ sich kein Muster erkennen, das Spielsüchtige von den Kontrollgruppen unterschied.

Spielsüchtige nehmen Gewinnchancen anders wahr, nicht aber Verluste

Die Studie stützt die These, dass Spielsüchtige eine wesentlich andere Wahrnehmung von Gewinnwahrscheinlichkeiten haben als Gelegenheitsspieler oder Nichtspieler. „Das ist besonders wichtig, wenn man die derzeitige Präsentation von Glücksspielen betrachtet, bei der meist nur auf die Gewinnwahrscheinlichkeit hingewiesen wird. Spielsüchtige reagieren darauf besonders anfällig, weil sie diese niedrige Gewinnwahrscheinlichkeit im Kopf höher wahrnehmen“, sagt der Erstautor Patrick Ring vom IfW.

Bei der größten deutschen Lotterie sechs aus 49 wird beispielsweise die Wahrscheinlichkeit mit 1:140 Millionen für den Jackpot von meist mehreren Millionen Euro angegeben (bei einem

Euro Einsatz). „Wenn die Spielveranstalter ihrer Verantwortung nachkommen wollen, Glücksspielsucht vorzubeugen, dann müssen sie darüber nachden-

ken, nicht nur anzugeben, wie groß die Wahrscheinlichkeit auf den Hauptgewinn ist, sondern insbesondere, wie häufig Spieler leer ausgehen“, ergänzt der Seniorautor Ulrich Schmidt, ebenfalls vom IfW.

Glücksspielsucht ist ein soziales Problem. Alleine in Deutschland gibt es nach aktuellen Studien etwa 200.000 pathologische Spieler. Die Symptome der Krankheit wirken sich massiv auf das Leben der Betroffenen aus. Ihnen droht Verarmung, der Verlust wichtiger Beziehungen und insgesamt eine Zerrüttung des sozialen Lebens. Um zu vermeiden, dass die Zahl der Glücksspielsüchtigen weiter steigt, existieren gesetzliche Regelungen. Spielanbieter sollen, um dieser Pflicht nachzukommen, unter anderem alle spielrelevanten Informationen zur Verfügung stellen. Auf den Internetseiten großer Lotterieveranstalter finden sich aus diesem Grund Angaben über Wetteinsatz, Gewinnwahrscheinlichkeiten und mögliche Jackpots – jedoch keine Angaben zur sehr hohen Verlustwahrscheinlichkeit.

„Wenn die Spielveranstalter ihrer Verantwortung nachkommen wollen, Glücksspielsucht vorzubeugen, dann müssen sie darüber nachdenken, nicht nur anzugeben, wie groß die Wahrscheinlichkeit auf den Hauptgewinn ist, sondern insbesondere, wie häufig Spieler leer ausgehen.“ Ulrich Schmidt, IfW Kiel

Experten plädieren für nationale Aufsichtsbehörde von Online-Glücksspiel

Angesichts eines Booms von illegalem Glücksspiel im Internet fordern Experten eine nationale Aufsichtsbehörde. Da die Verantwortung für die Regulierung des Onlineangebots bei den 16 Bundesländern liege, habe sich Deutschland europaweit zu einem wahren Paradies für illegales Glücksspiel entwickelt, warnte Tilman Becker, Leiter der bundesweit einzigartigen Forschungsstelle Glücksspiel der Universität Hohenheim, in Stuttgart.

Dank eines Regulierungsschlupflochs in Schleswig-Holstein würden Onlinecasinos bundesweit um illegale Kundenschaft werben. „16 Bundesländer bedeuten eben auch 16 Hebelpunkte, an denen die Staranwälte der Illegalen die Gesetze mit Widerspruchsverfahren aushebeln können“, erklärte Becker. In den vergangenen Jahren sei kein einziges Urteil gegen einen Online-Anbieter erfolgt, welches das Veranstellen und die Werbung für nicht genehmigte Glücksspiele unter Strafe gestellt hätte.

Der Hohenheimer Rechtsprofessor Armin Dittmann hält eine Bundesaufsicht für möglich, obwohl das Glücksspielmonopol bei den Ländern liege. Beispiel könne die Bankenaufsicht BaFin sein. Die Chancen dafür schätzt er jedoch als gering ein: Es gebe auch politisch niemanden, der sich dieses Problems annehme.

Dabei sei das Suchtpotenzial gerade bei Online-Casinos extrem hoch, wie der Psychologe Tobias Hayer von der Universität Bremen berichtete. Hohe Taktung, schnelle Spiele, etwa am Handy, seien um ein Vielfaches gefährlicher als das vergleichsweise langatmige Lotto-Spiel einmal oder zweimal die Woche.

Einen Großteil ihrer Umsätze machten die illegalen Anbieter mit Süchtigen. Hayer schätzt die Zahl der problematischen oder gar süchtigen Spieler in Deutschland auf rund 500.000. Mit der Öffnung der Märkte etwa für Sportwetten erwarte er eine Steigerung.

Drogenkonsum weltweit gestiegen

Noch nie haben so viele Menschen auf der Welt Drogen genommen wie heute. 2016 konsumierten rund 275 Millionen Männer und Frauen mindestens einmal illegale Rauschmittel. Das sind 25 Millionen oder rund zehn Prozent mehr als im Jahr davor, wie der Weltdrogenbericht der Vereinten Nationen (UN) zeigt. Entsprechend zur Nachfrage ist auch das Angebot größer geworden.

„Es ist das Jahr der Rekorde“, sagte die UN-Drogenexpertin Angela Me bei der Vorstellung des Berichts mit den neuesten verfügbaren Zahlen. So erreichte etwa die weltweite Kokainherstellung mit geschätzten 1.410 Tonnen einen Höchstwert. Besonders in Asien und Afrika wachsen die Kokainmärkte. Auch in der Opiumherstellung verzeichnet der Weltdrogenbericht 2018 mit 10.500 Tonnen einen neuen Rekord.

Cannabis weltweit Spitzenreiter

Das Zentrum des Opiumanbaus weltweit bleibt Afghanistan. Opiode richten bei den Konsumenten zudem den größten Schaden an. 76 Prozent aller Drogentoten hängen mit dem Konsum der eigentlich verschreibungspflichtigen Medikamente zusammen. „Die Ergebnisse des diesjährigen Weltdrogenberichts zeigen, dass die Drogenmärkte größer werden – mit Rekorden bei der Kokain- und der Opium-Produktion“, sagt Yury Fedotov, Chef der UN-Abteilung für Drogen- und Verbrechensbekämpfung. Man habe es mit verschiedenen Herausforderungen an verschiedenen Fronten zu tun. Seine Abteilung wolle mit den Ländern zusammenarbeiten, um Lösungen zu suchen.

Die weltweit am häufigsten konsumierte Droge bleibt Cannabis: 192 Millionen und damit 16 Prozent mehr Menschen als im Vorjahr greifen laut UN zu dem Rauschmittel. Der Cannabisanbau

stieg weltweit sogar um 27 Prozent auf 4.386 Tonnen. Besonders groß war der Anstieg in Nordamerika. Nach Angaben der Experten könne dies vor allem mit der Legalisierung der Droge in vielen US-Bundesstaaten zusammenhängen.

Die Experten machten zudem deutlich, dass der Drogenkonsum insbesondere in der Altersgruppe ab 40 steigt. Dafür könnte nicht zuletzt die Babyboomer-Generation verantwortlich sein. In deren Jugend sei der Drogenkonsum höher als bei nachfolgenden Generationen gewesen – vermutlich konsumieren sie auch weiterhin verschiedene Rauschmittel. In Deutschland ist insbesondere ein starker Anstieg des Cannabiskonsums unter 45- bis 64-Jährigen zu verzeichnen.

„In Deutschland ist es wichtig, dass Drogen- und Suchtpolitik den Stellenwert erhält, den dieses Thema verdient und nicht nur über Lifestyle-Projekte wie die Legalisierung von Cannabis gesprochen wird“, kommentierte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler (CSU) den Bericht. „Wir sollten alles dran setzen, Menschen mit Suchtproblemen mit passenden Hilfsangeboten früher zu erreichen als bisher.“

Warnung vor Psychosen

Auch die niedersächsische Ärztekammerchefin Martina Wenker warnte junge Leute vor dem Konsum von Cannabi-

bis. „Cannabis bremst nachweislich die geistige Entwicklung von Kindern und Jugendlichen“, meinte sie heute. „Das Risiko von Psychosen steigt in beängstigendem Maße, mehr als jeder zehnte Konsument landet in einer Abhängigkeit.“ Rund 600.000 vorwiegend junge Menschen in Deutschland hätten Probleme mit dem Konsum von Cannabis. „Cannabis hat sich zu einem großen gesellschaftlichen Problem entwickelt.“

Nach Worten von Wenker kann eine Cannabis-Verschreibung unter strengen Vorgaben auch kranken Menschen helfen. Die Gabe von Cannabis müsse aber unter strenger ärztlicher Kontrolle erfolgen, es handle sich nicht um ein triviales Medikament. „Cannabis ist kein Lifestyle-Medikament, es hat erhebliche Nebenwirkungen.“

Große Gesundheitsrisiken

Laut der Weltgesundheitsorganisation WHO sterben jährlich 450.000 Menschen durch den Konsum von Drogen, 39 Prozent von ihnen sind über 50 Jahre alt. Die Vereinten Nationen gehen davon aus, dass mehr als 60 Prozent der Drogentoten nicht an Überdosen, sondern an den indirekten Folgen, also Hepatitis C und HIV sterben. Rund 10,6 Millionen Menschen spritzen sich Rauschmittel und nehmen dabei durch das Wiederverwenden von Spritzen große Gesundheitsrisiken auf sich. Mehr als die Hälfte aus der Gruppe lebt mit Hepatitis C, ein Achtel ist HIV-infiziert.

Zwischen den Geschlechtern stellt die UN große Unterschiede im Umgang mit Drogen fest. Frauen bevorzugen Opiode und Beruhigungsmittel, Männer nehmen häufiger Cannabis und Kokain. Frauen machen aber nur ein Drittel der Drogenkonsumenten aus. 