



CravExTM

*EMDR in der Behandlung der
stoffgebundenen Abhängigkeit*

Michael Hase

mit einem Beitrag von Silvia Franke



CravEx – EMDR in der Behandlung der stoffgebundenen Abhängigkeit

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

ich wünsche ihnen bei der Lektüre und der Anwendung dieses kurzen Handbuchs therapeutische Freude und natürlich Erfolg für die Behandlung ihrer Patienten. Die Anwendung der EMDR-Methode in der Behandlung der stoffgebundenen Abhängigkeit ist immer noch Neuland. Ich hoffe ein wenig zur Veränderung beizutragen. Erlauben sie mir eine Bitte:

Lassen Sie mich an ihren Erfahrungen teilhaben!

Wenn sie mit dem Material arbeiten, wenn sie die Arbeitsblätter nutzen und damit Erfahrungen machen, dann lassen sie mich bitte wissen, was gut gelingt und was nicht so gut gelingt. Ich arbeite ständig an der weiteren Validierung und Entwicklung dieses Ansatzes. Gemeinsam können wir viel effektiver zur Evolution der EMDR-Methode beitragen. Dabei reicht eine kurze email – es soll nicht zu einer zusätzlichen Belastung werden. Für ihren Beitrag im Voraus herzliche Dank!

Dr.med. Michael Hase

www.michaelhase.eu

email: mi.hase@arcor.de

CravEx™ – EMDR in der Behandlung der stoffgebundenen Abhängigkeit

Inhaltsverzeichnis

Einleitung und Theorie	Seite 4
Praxis	Seite 7
Im Detail	Seite 8
Studie zur Reprozessierung des Suchtgedächtnisses	Seite 12
Abbildungen	
Interaktion mit Traumaphysiologie	Seite 6
Veränderung der OCDS	Seite 13

Dr.med. Michael Hase Facharzt f. Psychiatrie –Psychotherapie–
EMDR Institut Senior Trainer
EMDR Trainer (EMDREA)
Spezielle Psychotraumatherapie (DeGPT)

Im Kamp 9 D-21335 Lüneburg www.michaelhase.eu mi.hase@arcor.de

Silvia Franke Praxis für Psychotherapie & präventive Entwicklungsarbeit
Erdbergstraße 88/19 A-1030 Wien silvia.franke@gmx.at

Einleitung und Theorie

“If we don’t try to ease the structures of addictive behaviors through a relearning in the complementary biological substructures, the old addictive behavior will always ‘lie in ambush’.”

J.A.L. Böning: Neurobiology of an addiction memory (Böning 2001)

Klinische Erfahrung und Ergebnisse der experimentellen Suchtforschung weisen auf die Existenz eines Suchtgedächtnisses hin. Nach wie vor ist dies Konzept jedoch umstritten. Dabei könnte eine mögliche therapeutische Beeinflussung eines Suchtgedächtnisses von erheblicher Bedeutung sein. Die etablierten Therapieangebote der Suchtmedizin versuchen eine angenommene und je nach theoretischem Hintergrund unterschiedliche Grundstörung zu behandeln, zielen auf ein verbessertes Coping, beeinflussen aber kaum die zugrunde liegenden Mechanismen der Abhängigkeit ‚sui generis‘. Eine tiefgreifende Veränderung der Abhängigkeit ist somit nicht zu erwarten. Vielmehr liegt die Abhängigkeit beständig „auf der Lauer“ (Böning 2001b). Eine Aktivierung des Suchtgedächtnisses wird mit dem Phänomen des Suchtdrucks, oder Craving in Verbindung gebracht und ist hier im Kern der Abhängigkeit, dem Verlust an Kontrolle über das eigene Verhalten, zu sehen. Die therapeutische Beeinflussung des Cravings wird aufgrund der großen Bedeutung für eine Abstinenz zum Beispiel bei Alkoholabhängigen intensiv erforscht. Bisher wurden vorranglich medikamentöse Strategien untersucht. Obwohl hier einige Fortschritte erreicht wurden können die vorliegenden Ergebnisse noch nicht zufrieden stellen. Zudem ist unter Berücksichtigung des Leib-Seele-Dualismus ein psychotherapeutischer Ansatz zur Ergänzung der medikamentösen Anti-Craving-Behandlung wünschenswert. Dabei ist in Anbetracht des intensiven Leidens abhängiger Menschen und der sozioökonomischen Belastung durch Abhängigkeitserkrankungen eine Verbesserung der Therapie von großer Wichtigkeit.

Die psychotherapeutische Methode Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) zählt mittlerweile zu den gut untersuchten Methoden der speziellen Psychotherapie und ihre Wirksamkeit kann als gesichert gelten. Wenn auch der Wirkmechanismus der EMDR-Methode noch nicht abschließend aufgeklärt werden konnte, finden sich Daten, die die theoretische Grundannahme des Krankheitsmodells der EMDR-Methode - das Modell der Adaptiven Informationsverarbeitung - stützen. In diesem Krankheitsmodell der EMDR-Methode wird eine maladaptive, nicht verarbeitete Erinnerung, als Motor der Symptomatik gesehen. Hinweise auf die Wirksamkeit der EMDR-Methode nicht nur in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung, also an traumatischer, überwiegend impliziter Erinnerung, sondern auch bei der Bearbeitung des Schmerzgedächtnisses bei Phantomschmerzpatienten legen den Versuch einer Anwendung auf andere maladaptive, vorwiegend implizite Gedächtnisformen nahe. Unter der Annahme, dass auch das Suchtgedächtnis eine maladaptive Gedächtnisform darstellt, kann ein Versuch der Bearbeitung mit der Methode Eye Movement Desensitization and Reprocessing zu einer Veränderung führen. Diese Veränderung sollte sich in einer Abnahme des Craving zeigen und zu einer Verbesserung der Kontrolle über den Substanzkonsum hinsichtlich der Intensität oder der Frequenz führen.

Schon 1994, also früh in der Entwicklung von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), wies Francine Shapiro auf den möglichen Einsatz bei der Komorbidität von Posttraumatischer Belastungsstörung und Abhängigkeit hin (Shapiro 1994). Klinische Erfahrung ermunterte Popky, EMDR zur Durcharbeitung von Triggerreizen für Suchtdruck zu versuchen und einen Ansatz zu beschreiben. Die Zusammenarbeit der genannten Forscher führte dann zur Entwicklung des EMDR Chemical Dependency Treatment Protocol (Vogelmann-Sine 1998). Die Psychobiologie der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist von van der Kolk (Van der Kolk 1997) ausführlich beschrieben worden. Eine sehr gute Übersicht wurde unter der Ergänzung durch die Betrachtung dissoziativer Störungen von Kapfhammer vorgelegt (Kapfhammer 2001). Neurophysiologische Veränderungen bei der PTBS zeichnen sich durch Stabilität aus und betreffen sowohl Struktur und Stoffwechsel. Dies scheint für die Frage von Komorbidität von PTBS und

Abhängigkeit von Bedeutung.

Auch Veränderungen in der Regulation der Neurotransmitter können zeitüberdauernd, abhängig von der Schwere der Störung, vorhanden sein. Hier sind z.B. eine Verminderung des Serotoninangebots und eine Erhöhung des Dopaminturnover in der Amygdala zu

	PTBS	Alkohol	Opiate
Noradrenalin	↑	(↓)	↓
Serotonin	↓	← 5 HT ₃	
Endorphine	↑↓	(↓)	←
Dopamin	↑	(↓)	

nennen. Auch die Dysregulation im System der Endorphine ist hier einzuordnen. An dieser Stelle sei schon ein Ausblick auf den Zusammenhang zur Sucht gestattet (siehe Abb. 1). Wenn man die Effekte psychoaktiver Substanzen auf die Neurotransmitterregulation betrachtet, könnte der Eindruck entstehen, dass die Substanzzufuhr traumabedingten Veränderungen entgegenwirken soll. Der Drogenkonsum könnte bei einem Teil der Abhängigen dann als ein - wenn auch missglückter - Selbstheilungsversuch verstanden werden. Daher liegt eine Behandlung der komorbiden PTBS nahe. Denn der Symptomdruck der aktivierten Traumaphysiologie bedeutet einen Trigger für Substanzkonsum, selbst wenn der komorbide Abhängige eine Entwöhnungsbehandlung absolviert hat und zur Abstinenz motiviert ist. Erste Daten zu Ergebnissen der traumazentrierten Behandlung mit der EMDR-Methode im Kontext einer Entwöhnungsbehandlung wurden jüngst vorgelegt (Zobel im Druck). Die Häufigkeit der Komorbidität wurde bei der Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen mittlerweile in mehreren Studien gezeigt (Jacobsen 2001).

Böning, J. A. . (2001b). "Neurobiology of an addiction memory." *J Neural Transm* **108**(6): 755-65.

Jacobsen, L. K., Southwick, S.M., Kosten, T.R. (2001). "Substance Abuse Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature." *Am J Psychiatry* **158**: 1184 - 1190.

Kapfhammer, H. P. (2001). "Trauma und Dissoziation - eine neurobiologische Perspektive." *Persönlichkeitsstörungen* **5**: 4 - 27.

Shapiro, F., Vogelmann-Sine, S., Sine, L.F. (1994). "Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Treating Trauma and Substance Abuse." *Journal of Psychoactive Drugs* **26**(4): 379 - 391.

Van der Kolk, B. A., Burbridge, J.A., Suzuki, J. (1997). The Psychobiology of Traumatic Memory. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. R. M. Yehuda, A.C. New York, New York Academy of Sciences. **821**: 99 - 111.

Vogelmann-Sine, S., Sine, L.F., Smyth, N.J., Popky, A.J. (1998). EMDR Chemical Dependency Treatment Manual. Honolulu, Hawaii.

(Zobel, M. (im Druck). EMDR in der Behandlung von Suchtpatienten mit posttraumatischer Belastungsstörung.

Praxis

Die klinische Praxis orientiert sich primär an der Schwere der Traumafolgestörung bei den komorbiden Patienten. Eine komplexe PTBS erfordert eine Anpassung der Behandlungsplanung in der Anwendung der EMDR-Methode. Neben der Verlängerung der Stabilisierungsphase und dem Einsatz spezifischer Adaptationen der EMDR-Methode – wie z.B. der CIPOS-Technik – ist hier das umgedrehte Standardprotokoll nach Arne Hofmann zu nennen. Ich setze diese im Fortgeschrittenen-Seminar des EMDR-Institut Deutschland vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten voraus oder empfehle dringend die Aneignung und Übung unter Supervision. Im Folgenden möchte ich auf spezifischen Aspekte in der Behandlung der Abhängigkeit eingehen.

Es scheint aus mehreren Gründen sinnvoll zu sein, die Bearbeitung des Suchtgedächtnisses in das Zentrum der Behandlung der stoffgebundenen Abhängigkeit zu stellen. Wesentlich scheint mir, dass mit der Einführung des Level of Urge (nach Popky) anstelle des SUD nur eine geringe Modifikation im Ablaufschema des EMDR notwendig ist und darüber hinaus die klare Ordnung der Prozeduren und des Standardprotokoll erhalten bleibt. Das Standardprotokoll zur Behandlung der einfachen PTBS gibt mit dem Algorithmus der Bearbeitung in den Bereichen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft eine grundlegende Struktur, die weit über die einfache PTBS hinausgeht. Auch in der Behandlung der Abhängigkeit kann dieser Algorithmus – Vergangenheit–Gegenwart–Zukunft – zur Anwendung kommen. Es liegt nahe, an ein ‚Standardprotokoll zur Behandlung der Abhängigkeit‘ zu denken. Die EMDR-Methode bleibt in der Behandlung der Abhängigkeit also das bekannte EMDR und ist somit leicht erlernbar und gut anzuwenden. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass eine Intervention am Suchtgedächtnis selten assoziativ in traumatisches Material führt. Vielmehr konnte ich in der überwiegenden Mehrzahl eine deutliche Entlastung bemerken. Die Bearbeitung des Suchtgedächtnisses nutzt die Erinnerungen an das Erleben von starkem Craving oder an einen Rückfall bei vorhandener Abstinenzmotivation oder zumindest Ambivalenz. Das bedeutet die Arbeit in dem Bereich ‚Vergangenheit‘ des Standardprotokolls. Dazu kommt die Reprozessierung von Triggern und gegenwärtigen, mit der Abhängigkeit

verbundenen Verhaltensproblemen – dem Bereich Gegenwart. Der Bereich Zukunft wird durch die Anwendung der Zukunftsprojektion zur Entwicklung und Etablierung eines adaptiven, gesundem und gewünschten Verhalten berücksichtigt. Eine Variante der Absorptionstechnik hat sich als Ressourcentechnik in der Arbeit mit Abhängigen als hilfreich erwiesen. Ich danke Silvia Franke aus Wien für ihren Beitrag.

Im Detail

Zu Beginn möchte ich mir eine kurze Bemerkung erlauben . *CravEx*[™] – ich erkläre im folgenden Absatz, was ich damit meine – und das hier niedergelegte Material und Arbeitsmaterial ist Inhalt meiner Seminare zur Behandlung der stoffgebundenen Abhängigkeit mit der EMDR-Methode. Ich habe dies Material HHP / Trauma Aid zur Verwendung im gemeinnützigen Sinn von HHP / Trauma Aid überlassen. Mit ihrer Spende erhalten sie die Genehmigung zur Nutzung und Vervielfältigung der Arbeitsmaterialien ausschließlich im Rahmen der von ihnen geführten Behandlungen.

Ich möchte im folgenden die Arbeit im Detail darstellen und beziehe mich hierzu auf die im Anhang vorliegenden Arbeitsblätter. Den Namen , *CravEx*[™], wählte ich, um die Wirkung der Bearbeitung des Suchtgedächtnisses auf das Craving zu abbilden. *CravEx*[™] ist ein von mir konzipierter Behandlungsalgorithmus, der sich in Richtung eines EMDR-Protokolls entwickelt. Um *CravEx*[™] als EMDR-Protokoll zu etablieren bedarf es weiterer Fundierung durch Daten zu der Effektivität. *CravEx*[™] folgt den üblichen Regeln des Standardprotokoll in der EMDR-Methode. Dies erleichtert die Anwendung erheblich.

Der ***CravEx*[™]-Planungsbogen** soll zur Unterstützung der Phase 2 in der Behandlung dienen. Er ermöglicht es ihnen die wesentlichen Problembereiche der Patienten zu erfassen und zu ordnen. Auch erfassen sie die Ziele für die EMDR-Behandlung in den drei Bereichen des Standardprotokolls – Vergangenheit–Gegenwart–Zukunft. Im Bereich ‚Vergangenheit‘ handelt es sich um die Erinnerungen an Rückfall oder erlebtes Craving – Problembereich Suchtgedächtnis – oder um traumatische Erinnerung, im Bereich Gegenwart um die Auslösereize für

Craving oder um ‚Drogenverhalten‘ – Problembereich Suchtgedächtnis – bzw. um die Auslösereize für traumatisches Material und Trauma assoziierte Verhaltensprobleme. Im Bereich Zukunft geht es um die Etablierung und Festigung eines adaptiveren Verhaltens.

Im nächsten Schritt haben sie im Planungsbogen die Möglichkeit, eine Hierarchie der Priorität zu bilden. Damit ergibt sich, womit sie in der Therapie beginnen. Diese Entscheidung hängt im wesentlichen von der Schwere der Traumafolgestörung ab. Die wesentlichen Grundsätze in der EMDR-Behandlung, zum Beispiel das notwendige Screening auf dissoziative Störungen oder die Anwendung des umgedrehten Standardprotokolls wenn indiziert, bleiben unberührt. Bei einer Mehrzahl der komorbiden Patienten kann ich versuchen, früh im Behandlungsaufbau mit einer Bearbeitung des Suchtgedächtnisses Craving zu mindern und damit für eine Stabilisierung in der Dynamik der Abhängigkeit zu sorgen. Wenn mir die Patientenstabilität nicht ausreichend erscheint, werde ich versuchen, Craving mittels einer Ressourcentechnik anzugehen.

Bei komplexen Traumafolgestörungen empfiehlt sich ein vorsichtiger Behandlungsaufbau mit **Ressourcenarbeit**. Hierzu ist ‚**CIPOS**‘ nach J. Knipe eine sehr hilfreiche Technik. Das entsprechende Arbeitsblatt findet sich im Anhang.

Wenn die Entscheidung fällt, Craving nicht durch Bearbeitung des Suchtgedächtnisses, sondern durch Anwendung einer Ressourcentechnik anzugehen, ist das **CravEx™-Ressourcenblatt** ein Hilfe. Diese von Silvia Franke entwickelte Vorgehensweise basiert auf der Wedge-Technik – im deutschsprachigen Raum bekannt als Absorptionstechnik – und wurde von mir noch etwas modifiziert. Sie eignet sich gut dazu, akutes Craving zu mindern. Eine Wirkung wurde bei Craving nach verschiedenen Substanzen berichtet. Die bilaterale Stimulation sollte sehr vorsichtig dosiert – bei Augenbewegungen etwa ¼ Hz. und mit 3 – 12 Stimuli pro Set – eingesetzt werden. Je komplexer die komorbide Traumafolgestörung ist, desto geringer dosiere ich die Stimulation. Silvia Franke berichtet, dass die Selbststimulation grundsätzlich günstiger sei. Hier käme z.B. die Schmetterlingsumarmung zum Einsatz. Ich kann diese Erfahrung nicht unbedingt teilen. Wichtig ist allerdings, dass die Patienten die Behandlung kontrollieren können,

sodass auch hier die Vereinbarung eines Stop-Signals zu Beginn und natürlich die Berücksichtigung des Stop-Signals von entscheidender Bedeutung sind.

Kern der Arbeit ist die Bearbeitung der maladaptiven Gedächtnisstruktur ‚Suchtgedächtnis‘. Hier arbeiten wir im Bereich Vergangenheit des Standardprotokoll. Zur Unterstützung dient das **CravEx™-Arbeitsblatt** - im Anhang zu finden.

Wie kann nun ein Zugang zur therapeutischen Intervention am Suchtgedächtnis gefunden werden, oder in der EMDR-Terminologie: Was sind die Knoten? Diese Frage lässt sich beantworten, wenn man sich überlegt, wann das Suchtgedächtnis aktiviert sein muss. Dies ist sicherlich im Rückfall und beim Erleben von Suchtdruck der Fall. Daher sind die Erinnerungen an Rückfallsituationen und an das Erleben von Suchtdruck die Knoten, die den Zugang zum Suchtgedächtnis ermöglichen. Ich halte in der Arbeit an einem aktivierten Suchtgedächtnis einen kompletten Aufbau in der Phase 3 des EMDR für notwendig. Es geht hier um die Arbeit an komplexen Strukturen des Gedächtnisses. Auch bringt das Erleben eines Rückfalls eine Veränderung des Selbsterlebens mit sich. Diese Veränderungen bedürfen der Arbeit mit der negativen und der positiven Kognition. Eine Veränderung ist die Frage nach dem ‚jetzt‘ erlebten Verlangen, nachdem die Erinnerung angetriggert ist und damit das Suchgedächtnis aktiviert. Die Einschätzung auf einer Skala von 0 – 10 geht auf A.J. Popky (2005) zurück. Der Level of Urge (LoU) ersetzt sinnvoller Weise den SUD. Das technische Vorgehen ist sicher noch nicht endgültig ausformuliert. Allerdings lassen sich schon erste technische Hinweise formulieren. Wichtig scheint mir, dass ein oft früh im Prozess auftauchendes angenehmes Gefühl nicht mit einer Verarbeitung des Materials verwechselt werden sollte. Es handelt sich zumeist um die Erinnerung an die Drogenwirkung, eine Komponente des Suchtgedächtnisses. Dies wird eben häufig als angenehm, beruhigend, angstlösend oder dämpfend erlebt. Hier handelt es sich um Material, das reprozessiert werden muss. Daher ist die Intervention darauf ausgerichtet dieses Material im Prozess zu halten, also darauf zu fokussieren und weiter zu stimulieren. Im Verlauf sehen wir dann oft einen unangenehm erlebten Affekt, z.B. Angst, auftauchen. Wir sehen hier die Reprozessierung der chemisch induzierten Dissoziation. Nach Reprozessierung der Dissoziation taucht eben der Affekt auf, vor dem geschützt werden sollte. Und die

folgende Verarbeitung des Affektes ist für eine tiefgehende Veränderung von großer Bedeutung. Noch einmal: Eine positive Empfindung, die früh im Prozess auftaucht, ist oft Erinnerung an die Drogenwirkung und muss reprozessiert werden. Dieses Material sollte unbedingt im Prozess gehalten werden.

Es scheint, als sei die Arbeit an einer maladaptiven Gedächtnisstruktur wie dem Suchtgedächtnis abgegrenzt möglich. Assoziieren scheint weniger ausgeprägt. Die vorliegenden Daten und Erfahrungen weisen darauf hin, dass es möglich ist eine diskrete implizite Erinnerung abgegrenzt zu bearbeiten. Zudem kann im Gegensatz zu der Arbeit in Traumanetzwerken gezielter und kürzer interveniert werden.

Der **CravEx™-Auslösereizfragebogen** ist zu Beginn und im Verlauf der Behandlung hilfreich. Nach initialer Erklärung gebe ich den Fragebogen den Patienten mit, mit der Bitte ihn kontinuierlich zu bearbeiten. Er ergänzt das Behandlungstagebuch. Ich bitte Patienten darauf zu achten, welche Auslösereize bei ihnen das Verlangen zu konsumieren auslösen und diese festzuhalten. Dabei ist es wichtig, Patienten darauf aufmerksam zu machen, dass sowohl unangenehme wie auch angenehme und sowohl äußere wie auch innere Reize – z.B. schneller Puls – Craving auslösen können. Patienten sollen jeweils die Intensität des Verlangens auf einer Skala von 0 – gar nicht bis 10 – maximal einschätzen (LoU n. Popky, A.J.). Die Bearbeitung der Trigger erfolgt im wesentlichen nachdem das Suchtgedächtnis bearbeitet wurde, also im Bereich ‚Gegenwart‘. Bei ausgeprägter Komorbidität mit komplexer PTBS kann auch zu Beginn der sensorische Reiz, der pure Trigger im einfachen Schema bearbeitet werden. Affektbrücken in traumatisches Material sollte man dann unterbrechen. Grundsätzlich bietet sich ein einfacher oder ein komplexerer Umgang mit dem Material an. Auslösereize können im vereinfachten Vorgehen (Fokus auf den Auslösereiz, Erheben des LoU und der Körperlokalisation; Stimulation bis der LoU 0 erreicht. Zentrale Positive Kognition verankern, Körpertest) durchgearbeitet werden. Das vereinfachte Vorgehen empfiehlt sich eher für äußere Auslösereize, z.B. Anblick einer Spritze in der Arztpraxis. Innere Auslösereize sollten im kompletten Ablaufschema unter Nutzung der negativen und positiven Kognitionen durchgearbeitet werden.

Popky, A. J. (2005). DeTUR, an Urge Reduction Protocol for Addictions and Dysfunctional Behaviors. EMDR Solutions. R. Shapiro. New York, W.W. Norton: 167-188

Reprozessierung des Suchtgedächtnisses mit der EMDR-Methode

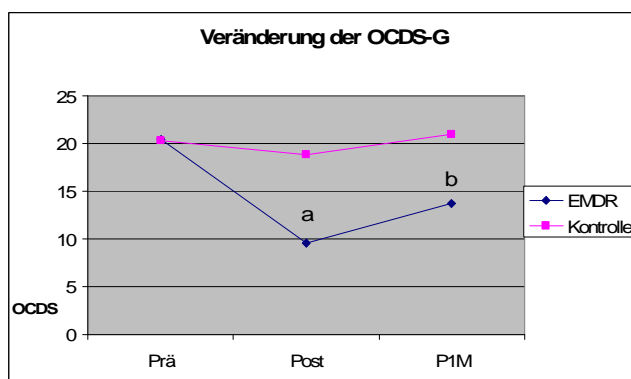
Das Konzept eines Suchtgedächtnisses ist im Tiermodell experimentell unter anderem von Wolffgramm dargestellt und von Boening aus klinischer Perspektive unter Berücksichtigung neurowissenschaftlicher Erkenntnisse beschrieben worden (Heyne, May et al. 2000; Wolffgramm, Galli et al. 2000; Boening 2001; Spanagel 2001) . Hieraus lassen sich Überlegungen für die Behandlung Abhängiger ableiten. Im Tiermodell ließen sich die Ansätze in erfolgreiches therapeutisches Handeln umsetzen (Wolffgramm 2000; Wolffgramm 2004). Die von Wolffgramm vorgeschlagene biologische Therapie der Rückprägung zeigte auch in einer ersten Studie an Opiatabhängigen eine Überlegenheit gegenüber dem Standardvorgehen (Wolffgramm 2002). Die Rückprägung nutzt die Gabe von Steroiden, um das Gehirn in einen lernbereiten Zustand zu versetzen, sodass eine folgende Übersättigung mit der Droge und anschließendes Ausschleichen die vorherige Information löscht. Im Tierexperiment sind abhängige Ratten nach einer Rückprägung zu 100% abstinent. Die Verhältnisse beim Menschen sind naturgemäß komplizierter und menschliches Verhalten ist mehrfach determiniert. Daher lassen sich die Ergebnisse nicht eins zu eins auf den Menschen übertragen.

Die vorgelegte Theorie des Suchtgedächtnisses legt es nahe, eine Reprozessierung dieses maladaptiven Gedächtnisses mit EMDR zu versuchen. Die Arbeiten von Wilson et.al. mit Phantomschmerzpatienten, also am Schmerzgedächtnis, mögen als Beispiel dienen (Wilson, Tinker et al. 1997; Wilson, Becker et al. 2000). Wenn eine Reprozessierung des Suchtgedächtnisses versucht wird, was wäre zu erwarten? Eine gelungene Reprozessierung sollte zu einer Verringerung des Cravings führen. Diese ließe sich mit einem geeigneten Messinstrument darstellen. Ein solches Messinstrument liegt mit der Obsessive-Compulsive-Drinking-Scale in deutscher Übersetzung (Mann 2000) vor. Im Prozess sollten sich die von Wolffgramm beschriebenen Inhalte, präparatorisches Verhalten, Antizipation der Drogenwirkung und die Drogenwirkung selbst, zeigen und verändert werden. Eine Aktivierung des Suchtgedächtnisses erfolgt über das Ansteuern von Erinnerungen an

Rückfallsituationen oder von erlebtem Suchtdruck. Denn im Rückfall oder bei Erleben von Suchtdruck muss das Suchtgedächtnis aktiv sein. Diese Vorüberlegungen führten zu der Konzeption einer Pilotstudie, deren vorläufige Daten ich anschließend kurz darstellen möchte.

Die Patienten, die an der Studie teilnahmen, wurden aus dem Patientengut einer offen geführten Entgiftungsstation für Abhängige von Alkohol und legalen Drogen an einem Landeskrankenhaus gewonnen. Die dort behandelten Patienten entsprechen dem Patientengut einer an der Pflichtversorgung teilnehmenden Institution im mittelstädtisch und ländlich geprägten Versorgungsgebiet. Patienten, die über Suchtdruck berichteten und zur Mitarbeit in der Studie bereit waren, wurden abhängig von der Woche ihrer Aufnahme entweder der Behandlungsgruppe oder der Kontrollgruppe zugeteilt. Die Gruppen umfassten jeweils 15 Patienten. Die Behandlungsgruppe erhielt ergänzend zum Therapieprogramm der Entgiftungsstation zwei bis drei EMDR-Sitzungen, im Mittel bisher 2,4 Sitzungen, von jeweils 60 Minuten Dauer. Das stationäre Therapieprogramm ist im Sinne der qualifizierten Entgiftung umfangreich und enthält diverse einzel- und gruppentherapeutische Angebote. Die Kontrollgruppe erhielt das reguläre Therapieprogramm. Die Patienten der Behandlungs- und Kontrollgruppe unterschieden sich nur minimal hinsichtlich der Dauer ihrer Erkrankung, der Komorbidität, der Anzahl vorheriger Entgiftungen und Entwöhnungen und ausgewählter Parameter. Im folgenden stelle ich einige Ergebnisse der Behandlungs- und Kontrollgruppe dar. Für eine ausführlichere Darstellung sei auf den Beitrag im „Praxisbuch EMDR“ (Hase 2006) verwiesen.

Der Suchtdruck, also das Craving, gemessen mit der Obsessive Compulsive Drinking



Scale in der deutschen Übersetzung (OCDS-G), lag bei der Therapiegruppe vor der Behandlung im Mittel bei 21 mit einer Standardabweichung von 4,94. In der Kontrollgruppe betrug der OCDS-Score im Mittel 21,5 bei einer Standardabweichung von 6,27. Beide

Gruppen unterscheiden sich nur wenig. Nach im Mittel 2,4 EMDR-Interventionen am Suchtgedächtnis zeigte die Therapiegruppe eine Reduktion des OCDS-Scores um 10,5 Punkte - die Kontrollgruppe nur um 1,16 Punkte. Der Unterschied in der Reduktion des Cravings zwischen der EMDR-Gruppe und der Kontrollgruppe betrug also 9,83 Punkte. In beiden Gruppen stieg der OCDS-G-Score zum Messzeitpunkt innerhalb eines Monats nach Abschluss der Behandlung an. Aber auch dann betrug der Unterschied immerhin noch 8,18 Punkte zugunsten der EMDR-Gruppe. Sowohl zum Zeitpunkt am Ende der Behandlung als auch einen Monat nach der Behandlung erreicht die Reduktion des Craving statistische Signifikanz ($p > .05$). Zur Definition des Rückfalls wurde der DGSS-IV Standard (DGS 2001) angewandt. Sechs Monate nach Ende der Behandlung waren sämtliche 15 Patienten der Kontrollgruppe rückfällig. Aus der EMDR-Gruppe blieben fünf Patienten abstinent, ein statistisch signifikanter Unterschied nach Fischers Exakt-Test.

Diese Studie hat sicherlich ihre Grenzen. Es handelt sich um eine hypothesengeleitete Kontrollgruppenstudie (Phase 2) mit der Absicht, die Möglichkeit der Reprozessierung der maladaptiven Gedächtnisform des Suchtgedächtnisses unter Anwendung der psychotherapeutischen Methode EMDR zu prüfen. Die Ergebnisse überraschen zwar in ihrer Deutlichkeit, jedoch sind auch methodische Mängel zu berücksichtigen. In einer Folgestudie sollten Behandler und Untersucher getrennt werden. Eine aktive Kontrollgruppe ist wünschenswert. In diesem kurzen Abriss sind nicht alle Daten dargestellt. Für eine umfassendere Darstellung empfiehlt sich das entsprechende Kapitel im ‚Praxisbuch EMDR‘, in der Reihe ‚Leben Lernen‘ bei Klett-Cotta erschienen.

Dr.med. Michael Hase
Facharzt f. Psychiatrie
- Psychotherapie -
Spezielle Psychotraumatherapie (DeGPT)
EMDR Institut Senior Trainer
EMDR-Trainer (EMDREA)
mi.hase@arcor.de
www.michaelhase.eu

Literatur:

Boening, J. A. (2001). "Neurobiology of an addiction memory." J Neural Transm **108**(6): 755-65.

DGS (2001). "Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen." Sucht **47**(Sonderheft 2).

Hase, M. (2006). EMDR in der Behandlung der stoffgebundenen Abhängigkeit. Praxisbuch EMDR. F. H. Lamprecht. Stuttgart, Klett-Cotta.

Heyne, A., May, T., et al. (2000). "Persisting consequences of drug intake: towards a memory of addiction." J Neural Transm **107**(6): 613-38.

Mann, K., & Ackermann, K. (2000). "Die OCDS-G: Psychometrische Kennwerte der deutschen Version der Obsessive Compulsive Drinking Scale." Sucht **46**(2): 90-100.

Spanagel, R. (2001). "Gibt es ein Drogen- und Suchtgedächtnis? Hinweise aus der tierexperimentellen Untersuchung." Sucht **47**(5): 365 - 367.

Wilson, S. A., Becker, L. A., et al. (2000). EMDR treatment for phantom limb pain with brain imaging (MEG). EMDR International Association Conference, Toronto.

Wilson, S. A., Tinker, R. H., et al. (1997). Phantom limb pain treatment with EMDR. EMDR International Association Conference, San Francisco.

Wolffgramm, J. (2000). Rückprägung als Ansatz einer kausalen Therapie der Opiatsucht. 13. Wissenschaftliche Tagung der DG-Sucht, Würzburg, Germany, Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren.

Wolffgramm, J. (2002). Bildung und Löschung des Suchtgedächtnis. Forensische Tage Lüneburg 2002, Reinstorf.

Wolffgramm, J. (2004). Lernen zu vergessen. Suchtforschung auf neuen Wegen. BMBF. Bonn, Bundesministerium für Bildung und Forschung: 46-49.

Wolffgramm, J., Galli, G., et al. (2000). "Animal models of addiction: models for therapeutic strategies?" J Neural Transm **107**(6): 649-68.