

*Community Reinforcement Approach – Review of an integrating concept for the treatment of substance dependence*

#### Keywords

Addiction, Community, Cognitive-Behavioral Therapy, Reinforcement

#### Summary

**Introduction:** The Community Reinforcement Approach (CRA) is a comprehensive behavioral program for treating substance dependence. It is based on the assumption that environmental contingencies powerfully influence the decision of a patient whether to stay sober or to take drugs or alcohol. **Aim:** To present the main modules and studies on the effectiveness of CRA. **Method:** A literature search using MEDLINE. **Results:** Most of the studies substantiate an efficiency superior to treatment as usual regarding abstinence from alcohol as well as opiates and cocaine.

► Wolfgang Lange<sup>1</sup>, Martin Reker<sup>1</sup>, Martin Driessen<sup>1</sup>

## Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen

#### Schlüsselwörter

Abhängigkeit, Gemeindeorientierung, Kognitive Verhaltenstherapie, Verstärker

#### Zusammenfassung

**Einleitung:** Der Community Reinforcement Approach (CRA) ist ein in den USA entwickeltes umfassendes verhaltenstherapeutisches Konzept zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen und Problemen. Es basiert auf der Grundannahme, dass Verstärker aus dem sozialen Umfeld erheblichen Einfluss darauf nehmen, ob eine Person mit Substanzabhängigkeit den Konsum von Alkohol oder Drogen fortsetzt oder einstellt. **Ziel:** Darstellung der wichtigsten Module und der Untersuchungen zur Effektivität des Behandlungskonzeptes. **Methodik:** Literaturrecherche in der Datenbank MEDLINE. **Ergebnisse:** Die überwiegende Anzahl der veröffentlichten Studien belegt eine gegenüber einer Standardbehandlung bessere Wirksamkeit von CRA hinsichtlich einer Suchtmittelabstinenz sowohl bei alkohol- als auch bei Opioid- und kokainabhängigen Patienten.

#### Einleitung

Der Umgang mit Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen war über lange Zeit auch von ideologischen bzw. bewertenden Haltungen geprägt, die fachliche Argumente gelegentlich überdeckten. Ein veränderter Umgang mit der Problematik ist erkennbar, seitdem Suchterkrankungen u. a. durch die Anerkennung als Krankheiten von moralisierenden Bewertungen unabhängiger wurden und seitdem die Effektivität der Suchtkrankenbehandlung zunehmend Gegenstand eines wissenschaftlichen Diskurses ist. Dabei sind Behandlungskonzepte seit den 80er Jahren inhaltlich klarer differenziert in Hinblick auf motivationale Interventionen einerseits und weiterführende therapeutische Behandlungskonzepte für veränderungsmotivierte Patienten andererseits.

Voraussetzung für die Etablierung motivationaler Interventionen z. B. im Rahmen des »Motivational Interviewing« (Miller & Rollnick, 2002) war ein Paradigmenwechsel, der u. a. dazu führte, dass sich Hilfesysteme auch für diejenigen Suchtkranken zuständig erklärten, die selbst noch gar keine Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Teile dieses Paradigmenwechsels waren und sind auch eine gemeindeorientierte Öffnung

<sup>1</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel  
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld



und zunehmende Vernetzungsbemühungen der an der Suchtkrankenhilfe beteiligten, inhaltlich, wirtschaftlich, trägerbezogen und räumlich meist getrennten Institutionen.

Unter den evidenzbasierten Therapieverfahren für Suchterkrankungen findet sich eine Reihe von Interventionen, die in der Regel nur auf Teilaspekte der Suchterkrankung fokussieren. So zielen »Motivational Interviewing« und andere Kurzinterventionen auf die Förderung der Behandlungsbereitschaft oder Anti-Craving-Substanzen auf die Reduzierung von Craving.

Der von Nathan H. Azrin (1976) initiierte und maßgeblich unter Mitwirkung von Robert J. Meyers und Jane Ellen Smith (Meyers & Smith, 1995) in den USA entwickelte »Community Reinforcement Approach« integriert Aspekte der Gemeindeorientierung, psychosoziale, motivationale und spezifische psychotherapeutische Interventionen sowie medikamentöse Behandlungsstrategien. Obwohl die Evidenz für die Wirksamkeit dieses Konzeptes wiederholt belegt und in verschiedenen internationalen Reviews in den letzten Jahren mehrfach hervorgehoben wurde (s. u.), wurde das Konzept im europäischen, insbesondere im deutschsprachigen Raum bislang wenig rezipiert. Der vorliegende Beitrag soll das Konzept in seinen Grundzügen sowie den hierzu vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisstand vorstellen mit dem Ziel, es auch für die deutsche Behandlungslandschaft nutzbar zu machen.

## Das Konzept des CRA

### Grundlagen

Der Community Reinforcement Approach (CRA) ist ein umfassendes verhaltenstherapeutisches Konzept zur Behandlung von Patienten mit Substanzabhängigkeit. Es basiert auf der Grundannahme, dass Verstärkerprozesse für die Aufrechterhaltung und damit auch für die Behandlung von Suchterkrankungen eine zentrale Rolle spielen. Wird anfangs daran gearbeitet, den kurzfristigen positiven Effekten des Substanzkonsums entgegenzuwirken, soll in einem zweiten Schritt die

erreichte Abstinenz durch wirksame individuelle Verstärker aufrechterhalten werden. Als Verstärker dienen, den subjektiven Wertsetzungen der Patienten folgend, vor allem positive Veränderungen in den Bereichen Partnerschaft und Familie, Arbeit und Freizeit, Wohnraum, ggf. sogar finanzielle Unterstützung. Das Ziel der Behandlung ist es, dem Patienten die überzeugende Erfahrung zu vermitteln, dass ein abstinenten Lebensstil attraktiver ist als der Konsum von Rauschmitteln. Der Behandlungsansatz eignet sich für alle Patientengruppen, insbesondere auch für solche aus sozialen Randgruppen. Da die Behandlung zu einem großen Teil auf individuelle psychosoziale Aspekte fokussiert, liegt der Schwerpunkt im ambulanten und teilstationären Setting. Im stationären Rahmen ist eine starke Außenorientierung und Vernetzung Voraussetzung für eine Anwendung von CRA.

Als ein stark verhaltenstherapeutisch geprägtes Behandlungsprogramm basiert die Behandlung nach dem CRA primär auf dem Modell der Operanten Konditionierung. Wichtig sind zudem das Lernen am Modell und das Rollenspiel. Dies erfordert eine sehr aktive, direkte, engagierte und von operanten Prinzipien geleitete Vorgehensweise des Therapeuten. Eine abwartende, zurückhaltende, therapeutisch »abstinenten« Grundhaltung ist nicht im Sinne von CRA. Der Therapeut sollte den Patienten offensiv in die Planung der Behandlung einbeziehen und ihn aktiv bei der Lösung seiner Probleme unterstützen.

Zusätzlich zu den kontinuierlichen positiven Verstärkungen für die Versuche des Patienten, sein Konsumverhalten zu ändern, ist es Aufgabe des Therapeuten, dem Patienten zu helfen, potentielle positive Verstärker in seiner sozialen Umgebung zu identifizieren. Durch diese »Hilfe zur Selbsthilfe« lernt der Patient, seine eigene Motivation für eine Verhaltensänderung aufzubauen bzw. aufrecht zu erhalten.

Da Trigger und aufrechterhaltende Verstärkerprozesse für Konsumverhalten in der Regel Teil des Lebensalltags

eines Patienten sind, muss das individuelle Lebensumfeld in die Behandlung mit einbezogen werden.

Obwohl eine Reihe von klinischen kontrollierten Studien gezeigt hat, dass CRA bereits innerhalb einer sehr kurzen Periode von drei Monaten seine Wirksamkeit entfalten kann, ist die Behandlung hinsichtlich ihrer Dauer prinzipiell nicht befristet. Die Länge der Therapie ergibt sich daraus, ob vordefinierte Ziele erreicht wurden. Eine klare Strukturierung des Behandlungsprozesses ist aus diesem Grunde unerlässlich.

Die wichtigsten Komponenten der CRA-Behandlung werden im Folgenden kurz beschrieben. Welche Techniken eingesetzt werden, ergibt sich aus den Lernbedürfnissen des Patienten und den hieraus abgeleiteten Behandlungszielen.

### Die wichtigsten Komponenten des CRA

Die im folgenden Kapitel beschriebenen Arbeitsblätter finden sich bei Meyers und Smith (1995) und in deutscher Übersetzung bei Meyers und Smith (2007).

### Verhaltensanalyse von Konsum- und Abstinenzprozessen

Verhaltensanalysen dienen, wie häufig in der Verhaltensmedizin, als zentrales diagnostisches Instrument, das gerade in der Anfangsphase der Behandlung einen zentralen Stellenwert hat. Im Rahmen des CRA handelt es sich um ein strukturiertes Interview zur Erarbeitung von internen und externen Triggern sowie kurzfristigen (meist positiven) und langfristigen (meist negativen) Konsequenzen von Konsumverhalten. Ziel ist es, durch eine detaillierte Analyse einer Konsumepisode Begleitumstände und die zugrunde liegenden Motive des Patienten für den Suchtmittelkonsum zu erfassen. Mit Hilfe eines Arbeitsblattes, das Patient und/oder Therapeut während der Sitzung ausfüllen, werden relevante Informationen fokussiert. Sie dienen im weiteren Verlauf der Behandlung als Rückbezug für therapeutische Interventionen.



Im CRA wird es als besonders bedeutsam angesehen, nicht nur Problemverhalten zu definieren und abzubauen, sondern vor allem neues alternatives Verhalten aufzubauen. Deswegen gibt es ähnlich aufgebaute Arbeitsblätter, die die Erarbeitung von abstinenzorientierten Verhaltensweisen ermöglichen, die im weiteren Verlauf der Behandlung gefördert und ausgeweitet werden sollen.

### *Abstinenz-Konto*

Erst einmal in Behandlung fällt es vielen Patienten schwer, sich eine Abstinenz auf Dauer vorzustellen. Bisherige Erfahrungen sprechen meist auch dagegen, dass dies zum Zeitpunkt des Behandlungseinstiegs realistisch ist. Insofern wird zu Beginn der Behandlung oft nur versucht, eine Vereinbarung über eine zunächst befristete Abstinenzzeit zu treffen. Sollte selbst das mit dem Patienten nicht vereinbar sein, können auch niedrigschwelligere Ziele vereinbart werden, z. B. Konsumreduktion oder Punktabstinenz zu den ambulanten Therapiesitzungen. Wichtiger als die Dauer der vereinbarten Zeit ist die Chance auf ein erstes wenn auch kleines Erfolgserlebnis. Ziel dieses Therapieeinstiegs ist es, eine positive Abstinenz Erfahrung zu ermöglichen und das erste gesetzte Ziel tatsächlich einhalten zu können.

### *Einsatz von Disulfiram mit einem Coach*

CRA betont die positiven Aspekte einer Einnahme von Disulfiram, beispielsweise die Reduktion von Rückfällen, die Reduktion von mit Alkoholkonsum einhergehenden Problemen in der Partnerschaft und das Ende der täglichen inneren Auseinandersetzung mit der Frage nach Konsum oder Abstinenz.

Nun ist Disulfiram in Deutschland über viele Jahre in Teilen des Suchthilfesystems tabuisiert gewesen, da es als Symbol einer strafenden und damit übergriffigen Therapeut-Patient-Beziehung angesehen wurde. Tatsächlich finden sich klinisch unbefriedigende Verläufe, einerseits mit somatischen Komplika-

tionen im Rahmen von Trinkrückfällen unter Medikation und andererseits mit mehr oder weniger geplanten Rückfällen, in denen der Patient die Medikation ohne Rücksprache mit dem Behandler absetzt. Kritisiert wird auch zu Recht, dass Konzepte der Abschreckung und Strafe nur wenig geeignet sind, nachhaltige strukturelle Veränderungen bei einem Patienten zu bewirken.

Trotz der nicht unberechtigten Kritik erlebt die Behandlung mit Disulfiram in der Suchtbehandlung in den letzten Jahren wieder eine gewisse Renaissance, zumal sich aus den Ergebnissen jüngerer Studien Hinweise auf eine Wirksamkeit des Medikamentes auch bei der Behandlung der Kokainabhängigkeit verdichten (Übersicht siehe Olbrich & Olbrich, 2007).

Aus den angloamerikanischen Untersuchungen (Brewer, Meyers & Johnson, 2000) aber auch aus dem Göttinger ALITA-Projekt (Ehrenreich et al., 1997) kann man lernen, dass aversive Medikamente auch Teil eines partnerschaftlich konzeptionalisierten Therapiebündnisses sein können. Wichtiges Anliegen des Therapeuten in diesem Prozess ist es, dem Patienten zu helfen, das Disulfiram weniger als Kontrolle und mehr als Unterstützung zu erleben. Von zentraler Bedeutung ist hier die Vergabe über einen Coach, in der Regel eine nahe und emotional bedeutsame Bezugsperson, z. B. den Lebensgefährten oder ein Elternteil. Neben der Vergabe im Rahmen eines täglichen Vergabe-Rituals ist es zentrale Aufgabe des Coaches, den Patienten kontinuierlich für die Einnahme des Medikamentes positiv zu verstärken.

### *Zufriedenheitsskala und Behandlungsplan*

Die »Zufriedenheitsskala« ist das erste von zwei Instrumenten, welche die Basis für den Behandlungsplan darstellen. Der Patient wird hierbei gebeten, seine aktuelle Zufriedenheit auf einer Skala von 1 bis 10 für insgesamt 10 Lebensbereiche einzuschätzen: Trinken/Abstinenz, Arbeit/Ausbildung, Umgang mit Geld, Sozialleben, persönliche Gewohnheiten, familiäre Bezie-

hungen, juristische Angelegenheiten, Gefühlsleben, Kommunikation und allgemeine Zufriedenheit. Das Instrument bietet dem Therapeuten einen schnellen Überblick über die Schwere von Problemen des Patienten in verschiedenen Lebensbereichen und bildet die inhaltliche Basis für das Arbeitsblatt »Behandlungsziele«. Dieses enthält dieselben 10 Lebensbereiche. Der Therapeut unterstützt den Patienten, spezifische Ziele und Interventionen zum Erreichen dieser Ziele in den verschiedenen Lebensbereichen zu definieren. Die Formulierung erfolgt hierbei kurz, positiv, spezifisch und damit messbar. Für jede Intervention wird ein Zeitfenster festgelegt. Das übergeordnete Ziel ist hierbei, die Zufriedenheit in nicht konsumassoziierten Lebensbereichen zu erhöhen.

Wenn bei der Behandlungsplanung deutlich wird, dass der Patient die zum Erreichen des Zieles notwendigen Fertigkeiten (Skills) nicht besitzt, wird die Vermittlung der entsprechenden Skills in den Behandlungsplan mit aufgenommen und in den Folgesitzungen durchgeführt.

### *Verhaltenstherapeutisches Skills Training*

Ein Großteil der CRA-Behandlung ist der Vermittlung verschiedener Fertigkeiten (Skills) gewidmet, insbesondere dem Kommunikationstraining, Problemlösen und Ablehnungstraining. Ausgehend von den individuellen Ressourcen des Patienten und den zum Erreichen seines Zieles notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten werden nur die benötigten Skills trainiert. Im Rahmen des Trainings haben Rollenspiele eine herausragende Bedeutung. Das Skills Training kann gut in Gruppen durchgeführt werden. In Deutschland sind diese verhaltenstherapeutischen Therapiebausteine wie das Problemlösetraining, das Gruppentraining sozialer Kompetenzen u. a. seit langem für unterschiedlichste Problemstellungen bei psychisch Kranken etabliert.

### *Arbeitsberatung*

Eine befriedigende Arbeit ist häufig Quelle für viele positive Verstärker



(z.B. Selbstwertgefühl, soziale Beziehungen). Darüber hinaus führt eine regelmäßige Arbeit zu einer verbesserten finanziellen Situation, so dass dem Patienten mehr positive Verstärker zur Verfügung stehen. Im Rahmen der Arbeitsberatung wird dem Patienten eine Reihe von Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt, nicht nur eine Arbeit zu bekommen sondern diese auch zu behalten. Hat der Patient bereits eine feste Arbeit, kann im Rahmen der Arbeitsberatung versucht werden, die Zufriedenheit mit der aktuellen beruflichen Situation zu verbessern.

#### *Beratung im sozialen und Freizeitbereich*

Wenn sich ein Patient erstmalig in Behandlung begibt, bewegt er sich in der Regel in einer Konsumkultur mit Freundschaften und Freizeitaktivitäten, bei denen der Konsum von Alkohol und/oder Drogen das verbindende Glied darstellt. Häufig fühlen sich Patienten (zu Recht) aus ihrem bisherigen Freundeskreis ausgeschlossen, wenn sie beginnen, den Substanzkonsum einzustellen. Hieraus entstehender sozialer Druck ist in der Regel ein sehr starker Trigger für einen Konsumrückfall. Aus diesem Grunde ist es eine zentrale Aufgabe von CRA, gemeinsam mit dem Patienten befriedigende, nicht konsumassoziierte soziale Aktivitäten zu erarbeiten, die mit dem Konsumverhalten konkurrieren und somit die Abstinenz unterstützen.

#### *Paartherapie*

Zufriedenheit in der Partnerschaft als Therapieressource fand bislang wenig Eingang in psychotherapeutische Behandlungskonzepte. Auch das Co-Abhängigkeitskonzept hat durch seinen eher auf Abgrenzung fokussierenden Charakter eine konstruktive Unterstützung für Paare mit Suchtproblemen erschwert. Sicher ist ein nicht verstärkendes Verhalten eines nicht konsumierenden Partners in Konsumphasen richtig. Ebenso wichtig ist es aber, aus den gemeinsam mit dem Partner erlebten abstinenter Phasen Anknüpfungspunkte für Verstärkerprozesse zu

entwickeln, um sich von einer rückwärtsgerichteten, oft wirkungslosen oder verletzenden Klage- und Streitkultur wieder konstruktiven Lösungsversuchen zuzuwenden.

Der Therapeut versucht in aller Regel, den/die Lebensgefährten/in des Patienten möglichst früh in die Behandlung mit einzubeziehen, um einerseits aktuelle partnerschaftliche Probleme zu bearbeiten und andererseits Unterstützung für die Behandlung des Patienten zu gewinnen (z.B. als Coach). Die Paartherapiesitzungen beginnen mit einer speziellen Version der »Zufriedenheitsskala« und einem Arbeitsblatt zu »Veränderungswünschen in der Partnerschaft«. Während des Behandlungsprozesses werden dem Paar grundlegende Kommunikationsfähigkeiten vermittelt. Ergänzend hierzu lernt das Paar mit Hilfe des Merkblattes »Liebevoller Umgang in der Partnerschaft« im Alltag zugewandter miteinander umzugehen. Der Erfolg der geschilderten Vorgehensweise ist umso wahrscheinlicher, je mehr beide Partner von Veränderungsprozessen profitieren.

#### *Rückfallprävention*

Die Rückfallprävention beginnt sehr frühzeitig, wenn Risikosituationen und Trigger für Konsumverhalten in der initialen Verhaltensanalyse identifiziert worden sind. Im Rahmen der Paartherapie wird auch der Lebensgefährte des Patienten mit einbezogen, wobei er oder sie nicht nur Frühwarnzeichen identifizieren soll. Es wird auch eine Handlungsstrategie entwickelt, sobald diese Frühwarnzeichen wahrgenommen werden. Im Falle eines Rückfalls wird eine Rückfallversion der Verhaltensanalyse bearbeitet. Effektive Coping-Strategien für die Zukunft zum Umgang mit Triggern werden ebenfalls erarbeitet.

#### **Wissenschaftliche Evidenz**

##### **Behandlung der Alkoholabhängigkeit**

Eine erste randomisierte kontrollierte Studie zur Effektivität von CRA wurde vor mehr als 30 Jahren an 16 stationär behandelten Patienten

durchgeführt (Hunt & Azrin, 1973). Die Kontrollgruppe erhielt die Standardbehandlung (TAU = treatment as usual), die Interventionsgruppe zusätzlich eine CRA-Behandlung. Nach sechs Monaten zeigten die zusätzlich mit CRA behandelten Patienten ein signifikant besseres Ergebnis hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl von Trinktagen (14 % vs. 79 %) und auch bezüglich der Tage, die die Patienten in einer institutionalisierten Umgebung verbrachten (2 % vs. 27 %). Auch im beruflichen und sozialen Bereich fanden sich signifikante Unterschiede zu Gunsten der CRA-Behandlung, zum einen in Bezug auf die Anzahl der Tage ohne feste Arbeit (5 % vs. 62 %), zum anderen hinsichtlich der Anzahl der Tage, an denen die Patienten von ihren Familien fern blieben (16 % vs. 36 %).

Eine zweite Untersuchung an insgesamt 18 Patienten wurde 1976 veröffentlicht (Azrin, 1976). Die CRA-Behandlung wurde durch folgende vier neue Interventionen ergänzt: Behandlung mit Disulfiram, Intervention zur Festigung der Einnahme-Compliance, Behandlungsmodul zur Erkennung von Frühwarnzeichen sowie ein intensives und kontinuierliches Coaching im sozialen Bereich. Wie schon in der ersten Studie zeigte sich bei der Gruppe mit CRA-Behandlung im 6-Monats-Zeitraum nach Klinikentlassung erneut eine signifikant stärkere Reduktion an Trinktagen (2 % vs. 55 %), eine deutlich verminderte Reduktion der in einer Institution verbrachten Tage (0 % vs. 45 %), deutlich weniger Tage, an denen die Patienten von Arbeitslosigkeit betroffen waren (20 % vs. 56 %) sowie eine deutlich niedrigere Anzahl an Tagen, die die Patienten getrennt von ihren Familien verbrachten (7 % vs. 67 %). In einem Follow up nach zwei Jahren zeigten sich die Ergebnisse in der CRA-Gruppe stabil.

Eine dritte Studie (Azrin, Sisson, Meyers & Godley, 1982) bezog sich auf 43 ambulant behandelte Patienten. Im Fokus dieser dreiarmigen Untersuchung standen die Effekte von Disulfiram bei der Behandlung von alkoholabhängigen Patienten. Alle Patienten



erhielten Disulfiram. Die Patienten der ersten Gruppe erhielten zusätzlich lediglich eine Suchtberatung über fünf Therapiesitzungen. Die Patienten der zweiten Gruppe erhielten zusätzlich ein Behandlungsmodul zur Verbesserung der Einnahme-Compliance. Die Patienten der dritten Gruppe erhielten darüber hinaus ein spezielles fünfstündiges CRA-Behandlungsmodul. Während des ersten Behandlungsmonats fanden sich in allen drei Gruppen sehr hohe Abstinenzraten. In den darauf folgenden fünf Monaten zeigte sich jedoch in der ersten Gruppe ein deutlicher Abfall bezüglich der Einnahme des Medikamentes und der Abstinenzrate. Nach drei Monaten nahm kein Patient mehr Disulfiram ein. In der zweiten Gruppe zeigte

sich im zeitlichen Verlauf ein langsamer aber stetiger Abfall von Abstinenzrate und Medikamenteneinnahme. Die zusätzlich mit CRA behandelten Patienten zeigten über sechs Monate stabile Abstinenzraten und keine signifikanten Änderungen in der Medikamenteneinnahme. Die Untersuchung enthält auch eine Analyse von Subgruppen, die zeigt, dass sowohl in der zweiten Gruppe (Disulfiram und Compliance-Modul) als auch in der dritten Gruppe (Disulfiram, Compliance-Modul und CRA) alle Patienten, die in einer ehelichen Gemeinschaft lebten, an allen Tagen des letzten Katamnesezeitraumes alkoholabstinent waren.

Die Wirksamkeit von CRA wurde auch an stärker beeinträchtigten ob-

dachlosen Patienten untersucht (Smith, Meyers & Delaney, 1998). Sie erhielten während einer dreimonatigen CRA-Behandlung eine fremdfinanzierte Wohnung. Die Patienten, die am Ende des dreimonatigen Zeitraums Arbeit gefunden hatten, durften einen weiteren Monat in der Wohnung verbleiben. Der Nachweis von positiven Atemalkoholbefunden bei Kontrollen führte zu Sanktionen hinsichtlich der Wohnprivilegien. Patienten der Kontrollgruppe erhielten Zugang zu einem Wohnheim mit basalen Unterstützungsangeboten. Die 64 Patienten mit CRA-Behandlung zeigten während des gesamten Jahres nach Abschluss der Indextherapie einen signifikant besseren Verlauf hinsichtlich ihrer Alkoholabhängigkeit.

Tabelle 1: Effekte des Community Reinforcement Approach bei Alkoholabhängigkeit

Studie	Design	Patienten	Behandlungsgruppen	Katamnese	Ergebnisse
Hunt & Azrin (1973)	randomisiert, gematcht	alkoholabhängig N=16 100% männlich	CRA (n=8) vs. TAU* (n=8)	6 Monate	Proz. Trinktage: 14 % vs. 79 % Proz. Tage in institutionalisierter Umgebung: 2 % vs. 27 % Proz. Tage Arbeitslosigkeit: 5 % vs. 62 % Proz. Tage ohne Kontakt zur Familie: 16 % vs. 36 %
Azrin (1976)	randomisiert, gematcht	alkoholabhängig N=18 100% männlich	CRA + Disulfiram (n=9) vs. TAU* (n=9)	6 Monate	Proz. Trinktage: 2 % vs. 55 % Proz. Tage in institutionalisierter Umgebung: 0 % vs. 45 % Proz. Tage Arbeitslosigkeit: 20 % vs. 56 % Proz. Tage ohne Kontakt zur Familie: 7 % vs. 67 %
Azrin et al. (1982)	randomisiert	alkoholabhängig N=43 83% männlich	Disulfiram + Suchtberatung (n=14) vs. Disulfiram + Suchtberatung + Compliance-Modul (n=15) vs. Disulfiram + Suchtberatung + Compliance-Modul + CRA (n=14)	6 Monate	Proz. Trinktage: 16,4 % vs. 7,9 % vs. 0,9 % Proz. Tage in institutionalisierter Umgebung: 0,3 % vs. 0 % vs. 0 % Proz. Tage Arbeitslosigkeit: 10,9 % vs. 3,2 % vs. 2,2 % Proz. Tage ohne Kontakt zur Familie: 4,4 % vs. 0 % vs. 0 %
Smith, Meyers & Delaney (1998)	randomisiert	alkoholabhängig obdachlos N=106 86% männlich	CRA (n=64) vs. TAU* (n=42)	12 Monate	<u>Drinks pro Woche:</u> nach 6 Monaten: 38,9 vs. 49,5 Drinks nach 12 Monaten: 35,6 vs. 46,7 Drinks  <u>Trinktage pro Woche:</u> nach 6 Monaten: 0,98 vs. 2,29 Tage nach 12 Monaten: 1,36 vs. 2,53 Tage  Keine Gruppenunterschiede nach 6 und 12 Monaten im Alcohol Severity Index (ASI)
Slesnick et al. (2006)	randomisiert	abhängig von Alkohol und/oder anderen Substanzen obdachlos Alter 14–22 Jahre N=180 66% männlich	CRA (n=96) vs. TAU* (n=84)	6 Monate	Reduktion der Konsumtage: 37 % vs. 17 % Reduktion depressiver Symptome (BDI): 40 % vs. 23 % Verbesserung der Sozialen Stabilität: 58 % vs. 13 %

\* TAU: treatment as usual



Eine zweite Untersuchung bezog sich ebenfalls auf die schwer behandelbare Gruppe von abhängigkeiterkrankten Obdachlosen, diesmal jedoch jugendlichen und adoleszenten Patienten (Slesnick, Prestopnik, Meyers & Glasman, 2006). Es erfolgte eine randomisierte Zuordnung von 14- bis 22-jährigen Patienten in eine CRA-Behandlung und in eine Kontrollgruppe, die ein niederschwelliges unterstützendes ambulantes Behandlungsangebot der lokalen Behandlungseinrichtung in Anspruch nehmen konnten. Die Patienten wurden drei und sechs Monate nach Einschluss in die Studie untersucht. Es fanden sich zusammenfassend bei den

mit CRA behandelten Patienten eine signifikant stärker ausgeprägte Reduktion von Substanzkonsum und Depressivität sowie eine signifikante Verbesserung der sozialen Stabilität.

#### Behandlung der Kokainabhängigkeit

Eine Reihe von Untersuchungen hat gezeigt, dass die Kombination von CRA mit Selbstbelohnungstechniken (Contingency Management) den Konsum von Kokain deutlich reduzieren kann. Beim Contingency Management wird der Urin des Patienten in engen zeitlichen Abständen auf Kokain untersucht. Ein negatives Drogenscreening führt über ein Punktesystem zu einer

materiellen Belohnung des Patienten über Gutscheine (Voucher).

Eine erste kontrollierte, jedoch nicht randomisierte Studie wurde von Higgins et al. (1991) publiziert. Verglichen wurden 13 kokainabhängige Patienten, die über 12 Wochen zwei einstündige CRA-Sitzungen pro Woche erhielten, mit einer Kontrollgruppe von 12 kokainabhängigen Patienten, die eine an das 12-Stufen-Programm der Anonymen Alkoholiker angelehnte Therapie erhielten. 11 Patienten mit CRA-Behandlung und Selbstbelohnungstechnik im Gegensatz zu 5 Patienten der Kontrollgruppe schlossen das Programm regulär ab. Bezogen auf das Kriterium einer

Tabelle 2: Effekte des Community Reinforcement Approach bei Kokainabhängigkeit

Studie	Design	Patienten	Behandlungsgruppen	Katamnese	Ergebnisse
Higgins et al. (1991)	nicht randomisiert	kokainabhängig N=25 68 % männlich	CRA + Voucher (n=13) vs. TAU* (n=12)	12 Wochen	Regulärer Therapieabschluss: 84,6 % vs. 41,7 %  <u>Durchgängige Abstinenz:</u> Nach 4 Wochen: 76,9 % vs. 25,0 % Nach 8 Wochen: 46,2 % vs. 0,0 % Nach 12 Wochen: 23,1 % vs. 0,0 %
Higgins et al. (1993)	randomisiert	kokainabhängig N=38 89,5 % männlich	CRA + Voucher (n=19) vs. TAU* (n=19)	24 Wochen	Regulärer Therapieabschluss: 58 % vs. 11 %  <u>Durchgängige Abstinenz:</u> Nach 8 Wochen: 68 % vs. 11 % Nach 16 Wochen: 42 % vs. 5 % Nach 24 Wochen: 5 % vs. 5 % (Werte aus Grafik abgelesen)
Higgins et al. (1994)	randomisiert	kokainabhängig N=40 67,5 % männlich	CRA + Voucher (n=20) vs. CRA (n=20)	24 Wochen	Regulärer Therapieabschluss: 75 % vs. 40 %  <u>Durchschnittliche kontinuierliche Kokainabstinenz:</u> 1. bis 12. Woche: 7,1 vs. 3,9 Wochen 13. bis 24. Woche: 6,1 vs. 2,7 Wochen 1. bis 24. Woche: 11,7 vs. 6,0 Wochen
Higgins et al. (2003)	randomisiert	kokainabhängig N=100 95 % männlich	CRA + Voucher (n=49) vs. Voucher (n=51)	2 Jahre	Regulärer Therapieabschluss nach 24 Wochen: 65 % vs. 33 %  Anteil negativer Urinbefunde nach 24 Wochen: 35,6 % vs. 24,0 %. Nach 2 Jahren kein signifikanter Unterschied
Higgins et al. (2007)	randomisiert	kokainabhängig N=100 60 % männlich	CRA + Voucher, hoher Wert (n=50) vs. CRA + Voucher, geringer Wert (n=50)	2 Jahre	Durchschnittliche kontinuierliche Kokainabstinenz in den 24 Behandlungswochen: 9,1 vs. 4,7 Wochen  <i>Statistisch:</i> Höhere Abstinenzraten (bezogen auf die letzten 30 Tage vor der jeweiligen Untersuchung) bei Katamnesen nach Abschluss der Behandlung in der Gruppe „CRA+Voucher, hoher Wert“ (keine Einzelwerte im Bericht)
Secades-Villa et al. (2007)	randomisiert	kokainabhängig N=37 83,8 % männlich	CRA + Voucher (n=14) vs. TAU* (n=23)	3 Monate	Regulärer Therapieabschluss nach 12 Wochen: 85,7 % vs. 69,9 %  <u>Durchgängige Abstinenz:</u> Nach 3 Monaten: 57,1 % vs. 39,1 %

\* TAU: treatment as usual

durchgängigen Abstinenz zeigte sich die Behandlung mit CRA und Selbstbelohnungstechnik der Standardbehandlung überlegen, sowohl nach vier (76,9% vs. 25,0%) als auch nach acht Wochen (46,2% vs. 0%).

Die erste randomisierte Untersuchung wurde an 38 ambulant behandelten Patienten durchgeführt (Higgins et al., 1993). Das Studiendesign ähnelte der ersten nicht randomisierten Untersuchung der Arbeitsgruppe um Higgins, allerdings schloss sich nach der 12-wöchigen Behandlungsphase eine weitere 12-wöchige Nachbehandlungsphase an, in der für beide Stichproben die Behandlungsintensität deutlich reduziert wurde. Erneut zeigte sich für das Kriterium der durchgängigen Kokainabstinenz CRA mit Selbstbelohnungstechnik der Standardbehandlung überlegen (8 Wochen: 68% vs. 11%; 16 Wochen: 42% vs. 5%). Das Ergebnis wurde erstmals auch an einer europäischen Stichprobe durch eine Untersuchung in Spanien bestätigt (Secades-Villa, García-Rodríguez, Higgins, Fernández-Hermida, & Carballo, 2007).

Um die Rolle von Selbstbelohnungstechniken genauer zu untersuchen, erfolgten weitere Untersuchungen der Arbeitsgruppe um Higgins. Bei einer Untersuchung wurden 40 kokainabhängige Patienten randomisiert zwei Behandlungsarmen (CRA vs. CRA + Belohnungssystem) zugeordnet (Higgins et al., 1994). 75% der Patienten mit Belohnungssystem beendeten die Behandlung im Gegensatz zu 40% der ausschließlich mit CRA behandelten Patienten. Die durchschnittliche kontinuierliche Kokainabstinenz während der 24-wöchigen Behandlung war ebenfalls in der Gruppe der Patienten mit Belohnungssystem signifikant höher (11,7 vs. 6,0 Wochen). In einer weiteren Untersuchung (Higgins et al. 2003) an insgesamt 100 kokainabhängigen Patienten wurden die Patienten randomisiert zwei Behandlungsarmen zugeordnet. Alle Patienten erhielten in den ersten 12 Wochen der insgesamt 24-wöchigen Behandlung die Möglichkeit, gegen kokainfreie Drogenscreenings Einkaufsgutscheine zu erhalten.

Eine Behandlungsgruppe erhielt zusätzlich eine CRA-Behandlung über 24 Wochen. Patienten mit zusätzlicher CRA-Behandlung konnten besser in Behandlung gehalten werden (12 Wochen: 84 vs. 51%; 24 Wochen: 65% vs. 33%). Sie konsumierten während der 24-wöchigen Behandlungsphase weniger häufig Kokain. Dieser Effekt war jedoch nicht über 2 Jahre stabil. Dennoch fanden sich bei den Patienten mit zusätzlicher CRA-Behandlung eine höhere Anzahl von Tagen, an denen sie einer Erwerbstätigkeit nachgegangen waren, sie berichteten über weniger depressive Symptome, weniger Hospitalisierungen und weniger juristische Probleme während der Beobachtungszeit. Sämtliche Unterschiede waren allerdings nicht signifikant. Wie eine jüngst veröffentlichte Untersuchung von Higgins (Higgins et al., 2007) zeigt, wirkt sich auch der materielle Wert der eingesetzten Gutscheine auf das Konsumverhalten aus. In ihrer randomisierten kontrollierten Studie an insgesamt 100 kokainabhängigen Patienten fanden sich mit steigendem Gutscheinwert während der 24-wöchigen Behandlungsphase längere Intervalle durchgängiger Kokainabstinenz. Auch im weiteren Verlauf über insgesamt 2 Jahre fanden sich im Rahmen der Nachuntersuchungen alle drei Monate höhere Abstinenzraten in Abhängigkeit vom Gutscheinwert, wobei der Effekt mit der Zeit nachzulassen scheint.

#### **Behandlung der Opioidabhängigkeit**

Auch die Wirksamkeit von CRA bei Opioidabhängigkeit wurde umfassend untersucht, sowohl im Rahmen einer ambulanten Entgiftung als auch begleitend zu einer Methadonsubstitution sowie in Verbindung mit einer Behandlung mit dem  $\mu$ -Rezeptor-Agonisten Naltrexon.

So fanden sich bei 39 opioidabhängigen Patienten in ambulanter Entgiftungsbehandlung mit Buprenorphin über 26 Wochen mit begleitender CRA-Behandlung im Vergleich zu Patienten einer Kontrollgruppe zu allen Untersuchungszeitpunkten deutlich höhere

Abstinenzraten (Bickel, Amass, Higgins, Badger & Esch, 1997).

Im Rahmen einer dreimäxigen Studie wurden 166 opioidabhängige Patienten in Methadonsubstitution untersucht (Abbott, Weller, Delaney & Moore, 1998), die entweder ausschließlich an einer CRA-Behandlung oder zusätzlich an einem Rückfallpräventionsprogramm teilnahmen. Als Vergleichsstichprobe dienten Patienten, die eine Standardbehandlung erhielten. Der ASI Subscore »drogenbezogene Probleme« zeigte sich in der kombinierten CRA-Gruppe nach 6 Monaten signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe. Über fast den gesamten Untersuchungszeitraum von 26 Wochen fanden sich in der kombinierten CRA-Gruppe mehr drogenfreie Urinbefunde als in der Kontrollgruppe.

Positive Effekte von CRA zeigten sich auch bei opioidabhängigen Patienten unter Naltrexonbehandlung (Roozen, Kerkhof & van den Brink, 2003). Im Rahmen einer Pilotstudie fand sich bei insgesamt 24 Patienten nach einem Jahr eine durchgängige Abstinenz bei 55% der Patienten. In der anschließenden Multicenterstudie (De Jong, Roozen, van Rossum, Krabbe & Kerkhof, 2007) an insgesamt 272 Patienten fanden sich Abstinenzraten von 27% nach 10 und 24% nach 16 Monaten.

#### **Behandlung der kombinierten Opioid- und Kokainabhängigkeit**

In einer Stichprobe von 117 sowohl opioid- als auch kokainabhängigen Patienten (Schottenfeld, Pantaloni, Chawarski & Pakes, 2000) fand sich kein Unterschied zwischen Patienten mit CRA-Behandlung im Vergleich zu Patienten der Kontrollgruppe (Drug Counseling) bezüglich Retentionsrate und Drogenkonsum.

#### **Behandlung der Nikotinabhängigkeit**

Eine Untersuchung jüngerer Datums (Roozen et al., 2006) deutet darauf hin, dass CRA auch in der Behandlung der Nikotinabhängigkeit wirksam ist. In einem 2 x 2 Design (25/50 mg Naltrexon; CRA/keine Psychotherapie) war in der CRA-Gruppe 3 Monate nach Be-



Tabelle 3: Effekte des Community Reinforcement Approach bei Opioidabhängigkeit und sonstige Aspekte

Studie	Design	Patienten	Behandlungsgruppen	Katamnese	Ergebnisse
<b>Bickel et al. (1997)</b>	randomisiert	opiodabhängig ambulante Entgiftung N=39 64,1 % männlich	CRA (n=19) vs. TAU* (n=20)	26 Wochen	Regulärer Therapieabschluss: 53 % vs. 20 %  Durchgängige Abstinenz: Nach 4 Wochen: 68 % vs. 55 % Nach 8 Wochen: 47 % vs. 15 % Nach 12 Wochen: 26 % vs. 5 % Nach 16 Wochen: 11 % vs. 0 % Nach 20 Wochen: 5 % vs. 0 % (Werte aus Grafik abgelesen) Nach 26 Wochen: 0 % vs. 0 % (Werte aus Grafik abgelesen)
<b>Abbott et al (1998)</b>	randomisiert	opiodabhängig Methadonsubstitution N=166 69,3 % männlich	CRA (n=103) vs. TAU* (n=63)	26 Wochen	Statistisch: In der CRA-Gruppe mehr drogenfreie Urinbefunde als bei TAU über 26 Wochen (keine Werte im Text)  Statistisch: Signifikante Reduktion im ASI Subscore „drogenbezogene Probleme“ nach 6 Monaten. Keine Gruppenunterschiede in den übrigen ASI-Subscores
<b>Roosen, Kerkhof &amp; van den Brink (2003)</b>	ohne Kontrollgruppe	opiodabhängig N=24 87 % männlich	CRA + Naltrexon (n=24)	12 Monate	Durchgängige Abstinenz: Nach 6 Monaten: 58 % Nach 12 Monaten: 55 %
<b>De Jong et al. (2007)</b>	ohne Kontrollgruppe	opiodabhängig N=272 82 % männlich	CRA + Naltrexon (n=272)	16 Monate	Abstinenz am Untersuchungstermin: Nach 1 Monat: 46 % Nach 10 Monaten: 28 % Nach 16 Monaten: 32 %  Durchgängige Abstinenz: Nach 10 Monaten: 27 % Nach 16 Monaten: 24 %
<b>Schottenfeld et al. (2000)</b>	nicht randomisiert	abhängig von Opioiden und Kokain Substitution mit Methadon oder Buprenorphin N=117 61,5 % männlich	CRA vs. Drug Counseling	1 Jahr	Regulärer Therapieabschluss: 61,7 % vs. 59,6 %  Statistisch: Keine signifikanten Unterschiede bezüglich Drogenkonsum.
<b>Roosen et al. (2006)</b>	randomisiert	nikotinabhängig N=25 7 % männlich	CRA + Naltrexon (n=13) vs. Naltrexon (n=12)	3 Monate	Durchgängige Abstinenz nach 3 Monaten: 46 vs. 25 %

\* TAU: treatment as usual

handlungsende eine im Vergleich zur reinen Naltrexonbehandlung nahezu doppelt so hohe Anzahl von Patienten weiterhin abstinent (46 % vs. 25 %).

## Diskussion

Der vorliegende Artikel stellt den in den 70er Jahren begründeten und kontinuierlich weiter entwickelten Community Reinforcement Approach in seinen Grundzügen dar und fasst den hierzu vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisstand zusammen. Der Behandlungsansatz zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass er we-

niger auf die aus Patientenperspektive negativ attribuierte Problematik des Substanzkonsums zielt. Stattdessen fokussiert er konsequent ressourcenorientiert auf vom Patienten als positiv erlebte Aspekte seines Lebens mit dem übergeordneten Ziel, den abstinenten Lebensstil attraktiver zu machen als den Konsum von Rauschmitteln. Diese nicht an Defiziten sondern an individuellen Ressourcen orientierte Sichtweise führt konsequent zu einer kontinuierlichen positiven Verstärkung und hierdurch zu einer Stabilisierung der Abstinenzmotivation.

Die meisten einzelnen Komponenten des CRA dürften einem Therapeuten mit Erfahrung im Suchtbereich bekannt sein (Verhaltensanalyse, Rückfallanalyse, Suchtmittelablehnungstraining u. a.). Sie wurden kürzlich noch einmal von Brueck, Mann und Frick (2006) zusammengestellt. CRA geht aber über diese Interventionen hinaus, indem er sie zu einem kohärenten Gesamtkonzept zusammenführt, das durch seine innere Schlüssigkeit und Transparenz sowohl Patienten als auch Therapeuten überzeugt. Einzelne Behandlungselemente bauen aufeinander auf und be-



gründen sich aus der Notwendigkeit, ein bestimmtes vom Patienten formuliertes Ziel zu erreichen.

Eine Sonderrolle kommt der Verhaltensanalyse für abstinenzorientiertes Verhalten zu, welche CRA von vielen anderen Behandlungskonzepten unterscheidet. Analog zu der Verhaltensanalyse zum Konsumverhalten werden hierbei sowohl interne und externe Trigger als auch positive und negative Konsequenzen mit Abstinenz assoziierter Tätigkeiten erarbeitet mit dem Ziel, mit Konsumverhalten konkurrierende alternative Verhaltensmuster zu intensivieren oder implementieren. Dies ist Ausdruck des Grundansatzes, gesunde, nicht konsumbezogene Lebensbereiche des Patienten konsequent zu fördern und zu stärken. Die sehr individuelle Herangehensweise ermöglicht es dem Patienten zu einem großen Teil, die Grundzüge seiner Behandlung selbst zu bestimmen, was zu einer kontinuierlichen positiven Verstärkung führt. Im CRA arbeiten Patient und Therapeut gleichberechtigt zusammen, um konkrete Ziele des Patienten in Hinblick auf ein gesünderes Leben zu erreichen.

Eine besondere Beachtung kommt im Rahmen von CRA auch der Paarbehandlung zu, insbesondere in Verbindung mit einer Medikation mit Disulfiram. Es handelt sich hierbei um ein niederschwelliges verhaltenstherapeutisches Angebot an den Patienten und seine Lebenspartnerin, einen neuen, positiven und wertschätzenden Umgang miteinander zu erlernen. Die herausragende Rolle rechtfertigt sich durch die Tatsache, dass eine intakte und zufrieden stellende Partnerschaft für viele Patienten ein äußerst wirksamer positiver Verstärker ist. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, über den Partner den Patienten kontinuierlich für ein suchtmittelfreies Leben positiv zu verstärken. Die regelmäßige Einnahme des Medikamentes unter Beteiligung des Partners stellt hinsichtlich eines möglichen Alkoholkonsums zudem eine äußere Sicherheit her.

Die bislang veröffentlichten Untersuchungen belegen sehr konsistent

eine Wirksamkeit von CRA. Metaanalytische Untersuchungen zeigen, dass CRA eines der kostengünstigsten und wirksamsten Behandlungsprogramme für alkoholabhängige Patienten ist, die zum Zeitpunkt der jeweiligen Untersuchungen zur Verfügung standen (Holder et al., 1991; Finney & Monahan, 1996; Miller et al. 1995; Miller et al., 2002). Die meisten Untersuchungen zur Wirksamkeit von CRA präsentieren jedoch nur Ergebnisse zum kurzfristigen Verlauf von bis zu 6 Monaten nach Indextherapie. Die spärlichen Untersuchungen zum mittel- und langfristigen Verlauf zeigen keine einheitliche Tendenz. So konnten in der Untersuchung von Smith et al. (1998) nach einem Jahr zwar noch hinsichtlich des Alkoholkonsums deutliche Gruppenunterschiede gefunden werden, jedoch nicht in Bezug auf Indizes des Alcohol Severity Index. Higgins et al. (2003) konnten bei kokainabhängigen Patienten nach zwei Jahren keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich drogenfreier Urinscreenings feststellen. Auch in der Untersuchung von Schottenfeld et al. (2000) zeigten sich nach einem Jahr keine Gruppenunterschiede zwischen CRA und Drug Counseling. Weitere Untersuchungen zum mittel- und langfristigen Verlauf sind sicherlich dringend notwendig.

Für eine Behandlung mit CRA findet sich die breiteste empirische Evidenz für die Behandlung der Kokainabhängigkeit. In Anbetracht der im Vergleich zur Behandlung der Alkohol- und Opioidabhängigkeit begrenzten Behandlungsmöglichkeiten kokainabhängiger Patienten ist dies sicherlich von herausragendem Interesse. Allerdings stammen alle Ergebnisse bis auf die Untersuchung von Secades-Villa et al. (2007) aus der Arbeitsgruppe um Higgins. Hier wären weitere Replikationsstudien anderer Untersucher von großer Relevanz.

Wie auch bei anderen multimodalen Behandlungskonzepten ist auch bei CRA davon auszugehen, dass die einzelnen Komponenten des Behandlungskonzeptes mit unterschiedlichen Gewichten zum Behandlungserfolg

beitragen. Dies findet sich in einem Detailergebnis von Azrin et al. (1982) wieder, wonach sich in der Subgruppe der in einer ehelichen Gemeinschaft lebenden Patienten mit supervidiertem Disulfiram-Medikation keine Unterschiede dadurch ergaben, ob eine zusätzliche CRA-Behandlung erfolgte oder nicht. Dies wiederum legt den Schluss nahe, dass beim Vorliegen einer kontinuierlichen und zuverlässigen Supervision einer Disulfiram-Behandlung weitere zusätzliche Module von CRA nicht unbedingt in Anspruch genommen werden müssen. Leider finden sich außer diesem Detailergebnis einer Subgruppenanalyse und den Studien von Higgins und Mitarbeitern zur Komponente Belohnungssystem keine weiteren Untersuchungen zur differenziellen Wirksamkeit einzelner CRA-Komponenten.

### Ausblick

Das Konzept des CRA wurde erstmals im deutschsprachigen Raum von Bob Meyers und Jane Ellen Smith auf der Zehnten »International Conference on Treatment of Addictive Behaviours« im Jahre 2004 in Heidelberg vorgestellt. Brueck und Mitarbeiter haben in ihrem jüngst erschienenen Buch zur Psychotherapie von Alkoholabhängigkeit (Brueck, Mann & Frick, 2006) verhaltenstherapeutische Elemente des CRA aufgegriffen, allerdings werden einige zentrale Bereiche, so medikamentöse und psychosoziale Behandlungsoptionen sowie die Einbeziehung des Lebenspartners im Sinne einer Paarbehandlung nicht integriert.

Sicherlich stellt CRA an die behandelnde Institution einen hohen Anspruch. Die Behandlung ist weniger institutionalisiert und manualisiert sondern stark alltagsorientiert auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet. Hinsichtlich medikamentöser Behandlungsoptionen, z.B. mit Disulfiram oder Naltrexon, die im CRA einen hohen Stellenwert haben, finden sich auch heute noch viele Vorbehalte nicht nur bei Ärzten, Suchtberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen, sondern auch bei Rentenversicherungsträgern, obwohl die Wirk-



samkeit in Studien ausreichend belegt ist (Olbrich & Olbrich, 2007).

Als ein umfassendes Therapiekonzept, das am effektivsten in einem intensiven ambulanten Bereich umgesetzt werden kann, findet sich im deutschen Suchthilfesystem gegenwärtig kein Setting, in dem eine derartige Behandlung finanzierbar wäre. In der bestehenden Versorgungsstruktur werden therapeutische Angebote aus dem GKV-finanzierten Bereich von Krankenhäusern, Institutsambulanzen und niedergelassenen Ärzten gemacht, sowie aus dem überwiegend SGB VI-finanzierten Rehabilitationsbereich von Fachkliniken und Beratungsstellen. Die ambulanten Behandlungsstellen haben meist Probleme, ausreichend intensive Angebote zu machen, um den CRA umzusetzen. Stationäre Behandlungsangebote sind entweder zeitlich zu stark befristet (wie im GKV Bereich) oder nur mit selektierten Teilgruppen befasst bzw. zu gemeindefern angesiedelt, um Familie und Arbeit ausreichend intensiv einbeziehen zu können (wie im SGB VI). Schließlich werden die wichtigsten Verstärker wie Arbeit, Wohnraum, Haftverschonung, Führerschein oder Sorgerecht von Institutionen vorgehalten, zu denen die meisten Therapieanbieter keine strukturelle Verbindung haben. Dies erfordert eine übergreifende kommunale Verankerung, die nur mit Aufwand und in wenigen Kommunen realisierbar scheint.

Insofern erscheint der Versuch sinnvoll, Teile des CRA-Konzeptes auch ohne komplexe Vernetzung durch Anpassung an die jeweils vor Ort bestehenden Strukturen umzusetzen, wobei ein tagesklinischer Behandlungsansatz sicher am meisten Möglichkeiten bietet. Adaptationsphasen nach Rehabilitationsbehandlungen wären ebenso denkbar wie Projekte zur integrierten Versorgung. Besondere Möglichkeiten bietet sicher auch die ambulante Eingliederungshilfe nach SGB XII, insbesondere wenn sie über eine kommunale, qualifiziert arbeitende Hilfeplankonferenz geplant und begleitet wird.

Trotz der ungünstigen Rahmenbedingungen hat von Februar bis September 2007 die erste umfassende CRA-Therapeutenausbildung für Deutschland stattgefunden. Der Ausbildungsgang richtete sich im Wesentlichen an VertreterInnen verschiedener Institutionen im kommunalen Suchthilfesystem, die als Multiplikatoren das Konzept in ihre Einrichtungen weitertragen. Letztlich soll eine gemeinsame kommunale konzeptionelle Orientierung gelingen, die den Aspekt der individuellen positiven Verstärkung der suchtkranken Patienten ganz in den Vordergrund rückt. Als Verstärker dienen Vermittlung von Wohnraum, Arbeit, elterlichen Kompetenzen, Führerschein Vorbereitungen, Partnerschaftstraining u. a., die über Vereinbarungen mit entsprechenden kommunalen Anbietern verbindlich gemacht werden sollen.

#### Schlussfolgerungen für die Praxis

- Psychotherapie bei Suchterkrankungen sollte das soziale Umfeld des Patienten aktiv mit einbeziehen.
- Individuelle Verstärker des Patienten sollten identifiziert und genutzt werden.
- Hierdurch soll der abstinenten Lebensstil für den Patienten attraktiver gemacht werden als der Konsum von Rauschmitteln.
- Therapeut und Patient sollten gemeinsam und auf gleicher Ebene an der Verwirklichung der vereinbarten Ziele arbeiten.
- Kleinschrittigkeit, Dokumentation, Transparenz und Flexibilität sind wesentliche Merkmale von CRA.
- Das Konzept erfordert die aktive Zusammenarbeit von Therapeuten mit Partnern in der Gemeinde.

#### Danksagung

Wir möchten uns an dieser Stelle bei Bob Meyers und John Gardin bedanken. Große Teile dieses Artikels

basieren auf den von ihnen erarbeiteten Konzepten und persönlichen Erfahrungen, die wir uns im Rahmen der Ausbildung zum CRA-Therapeuten und Supervisoren aneignen konnten.

#### Deklaration möglicher Interessenskonflikte

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

#### Literatur

- Abbott, P. J., Weller, S. B., Delaney, H. D. & Moore, B. A. (1998). Community reinforcement approach in the treatment of opiate addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24, 17–30.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 339–348.
- Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, R. & Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 105–112.
- Bickel, W. K., Amass, L., Higgins, S. T., Badger, G. J. & Esch, R. A. (1997). Effects of adding behavioral treatment to opioid detoxification with buprenorphine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 803–810.
- Brewer, C., Meyers, R. J. & Johnsen, J. (2000). Does disulfiram help to prevent relapse in alcohol abuse? *CNS Drugs*, 14, 329–341.
- Brueck, R., Mann, K. & Frick, K. (2006). *Alkoholismusspezifische Psychotherapie. Manual mit Behandlungsmodulen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- De Jong, C. A., Roozen, H. G., van Rossum, L. G., Krabbe, P. F. & Kerkhof, A. J. (2007). High abstinence rates in heroin addicts by a new comprehensive treatment approach. *American Journal on Addictions*, 16, 124–130.
- Ehrenreich, H., Mangholz, A., Schmitt, M., Lieder, P., Völkel, W., Rütther, E. & Poser, W. (1997). OLITA: an alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics. First evaluation of a new approach. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, 51–54.
- Finney, J. W. & Monahan, S. C. (1996). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 229–243.



- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F. E., Donham, R. & Badger, G. J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568–576.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F. E. & Badger, G. J. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*, 150, 763–769.
- Higgins, S. T., Delaney, D. D., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F. E. & Fenwick, J. W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218–1224.
- Higgins, S. T., Heil, S. H., Dantona, R., Donham, R., Matthews, M. & Badger, G. J. (2007). Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependent outpatients. *Addiction*, 102, 271–281.
- Higgins, S. T., Sigmon, S. C., Wong, C. J., Heil, S. H., Badger, G. J., Donham, R., Dantona, R. L. & Anthony, S. (2003). Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1043–1052.
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. R. & Rubonis, A. V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517–540.
- Hunt, G. M. & Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91–104.
- Meyers, R. J. & Smith, J. E. (1995). *Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach*. New York: Guilford.
- Meyers, R. J. & Smith, J. E. (2007). *CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bein, T. H., Luckie, L. F., Montgommery, H. A., Hester, R. K. & Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2<sup>nd</sup> ed.). Needham: Allyn & Bacon.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford.
- Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265–277.
- Olbrich, R. & Olbrich, R. (2007). Disulfiram (Antabus®) in der Suchtbehandlung. *Sucht*, 53, 72–81.
- Roozen, H. G., Kerkhof, A. J. & van den Brink, W. (2003). Experiences with an outpatient relapse program (community reinforcement approach) combined with naltrexone in the treatment of opioid-dependence: effect on addictive behaviors and the predictive value of psychiatric comorbidity. *European Addiction Research*, 9, 53–58.
- Roozen, H. G., Van Beers, S. E., Weevers, H. J., Breteler, M. H., Willemsen, M. C., Postmus, P. E. & Kerkhof, A. J. (2006). Effects on smoking cessation: naltrexone combined with a cognitive behavioral treatment based on the community reinforcement approach. *Substance Use and Misuse*, 41, 45–60.
- Schottenfeld, R. S., Pantalon, M. V., Chawarski, M. C. & Pakes, J. (2000). Community reinforcement approach for combined opioid and cocaine dependence. Patterns of engagement in alternate activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 255–261.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S. T., Fernández-Hermida, J. R. & Carballo, J. L. (2007). Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence treatment. *Adicciones*, 19, 51–57.
- Slesnick, N., Prestopnik, J. L., Meyers, R. J. & Glasman, M. (2006). Treatment outcome for street-living, homeless youth. *Addictive Behaviors*, 32, 1237–1251.
- Smith, J. E., Meyers, R. J. & Delaney, H. D. (1998). The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 541–548.

### Wolfgang Lange

1965 geboren in Kellinghusen, Schleswig-Holstein  
 1992–1998 Studium der Humanmedizin, Lübeck  
 1999 Dissertation  
 2005 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
 2006 Oberarzt, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

### Martin Reker

1959 geboren in Bielefeld  
 1986 Abschluss des Medizinstudiums in Köln  
 1987–1990 Assistenzarzt am Epilepsiezentrum Bethel mit epileptologischer Promotion  
 1990–1993 Facharztausbildung an der Psychiatrischen Klinik in Bethel  
 ab 1993 zunächst Oberarzt, dann Leitender Arzt der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Wolfgang Lange  
 Evangelisches Krankenhaus Bielefeld  
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel  
 Remterweg 69–71  
 33617 Bielefeld  
 Tel.: 0521 772 78-688/-545  
 Fax: 0521 77278547  
 wolfgang.lange@evkb.de

Eingereicht: 11.07.2007  
 Angenommen: 16.11.2007