

Dr.phil.Hermann Wendt, Dipl.-Psych.
Kölner Lehrinstitut für Verhaltenstherapie-KLVT

Kapitel 2
Fortführungsantrag 41.-60.Sitzung
April 2001

**1. Wichtige Ergänzungen und 2. Zusammenfassung des bisherigen
Therapieverlaufs:**

Nach den ersten vertrauenbildenden Sitzungen gestand der Patient sukzessive einen massiven **Cannabis-Abusus** ein. Die anfängliche **Diagnose ICD-10 : F 41.2 Angst und depressive Störung, gemischt** musste daraufhin erweitert werden um : **ICD-10 : F 12.21 Cannabis-Abhängigkeit.**

Schon zum Auftakt der geplanten psycho-/verhaltenstherapeutischen Behandlung bestand ein dickes Fragezeichen (um nicht sogar zu sagen : hing ein sehr bedenkliches Damoklesschwert) in Bezug auf die beim Patienten registrierte "unklare rezidivierende gastrointestinale Blutung"(ICD-10 : K92.2 ; vgl. Entlassungsbericht des Universitätsklinikums vom 15.12.00 / **Anlage 1**) und dahingehend, ob diese Blutungen in einem relevanten Zusammenhang mit der hier vorliegenden psychotherapeutischen Indikation (i.S.von **ICD-10 : F54 psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen**) gebracht werden mussten (z.B. durch die massiven Rauchgewohnheiten des Patienten im Zusammenhang mit dem Cannabis-Abusus und umfangreichem Zigaretten- und Nikotingenuss). In diesem Zusammenhang kam es Mitte Februar d.J. zu einem sehr kritischen Rückfall, in dessen Folge der Patient umgehend erneut in das Universitätsklinikum eingewiesen und wegen starker Blutungen umgehend untersucht und wegen eines Meckelschen Divertikels operiert werden musste. Leider liegt bis heute noch kein Entlassungsbericht vor.

Sowohl wegen des schlechten körperlichen Gesundheitszustands des Patienten (Blutungsanämie, Untergewicht fast bis zur magersüchtigen Erscheinung als Folge grober Vernachlässigung gesunder und regelmässiger Ernährung) **wegen des Verdachts eines kausalen Zusammenhangs mit dem Cannabisabusus** bestand der behandelnde Psychotherapeut nunmehr ultimativ auf einem geschlossenen Klinikaufenthalt im Sinne einer stationären Entgiftung (obwohl eine solche Massnahme bei Cannabisabusus und -abhängigkeit medizinisch und psychologisch nicht unbedingt als ultima ratio gilt).

Dieser geschlossene stationäre Krankenhausaufenthalt von Mitte Februar bis Mitte März 2001 geschah unmittelbar nach Entlassung aus dem Universitätsklinikum am 16.03.2001 an einer Psychosomatisch/psychiatrischen Klinik im Umland und natürlich im engen Kontakt mit dem behandelnden Psychotherapeuten (**vgl. Abschlussbericht vom März 2001**).

Zum psychotherapeutischen Behandlungsverlauf im engeren Sinn ist folgendes hervorzuheben :

Der Erfolg der ersten ambulanten Bemühungen war wie zu erwarten nur mässig. Jedenfalls im Vergleich mit der bald nach Therapiebeginn notwendig gewordenen geänderten und sehr viel anspruchsvolleren Zielsetzung, vorrangig auf eine deutliche Reduzierung und sogar auch Eliminierung der Cannabis-Abhängigkeit hinzuwirken.

Bei der ebenfalls erweiterten und ergänzenden **funktionalen Bedingungsanalyse des Symptoms der Cannabisabhängigkeit** fällt auf, dass dieser Missbrauch und die dadurch entstandene (zumindest als psychologisch zu bewertende) Abhängigkeit in reichlich offensichtlichem Zusammenhang mit der in der Anfangsdiagnose registrierten **depressiven Verstimmung** des Patienten zu sehen ist : zweifellos ist diese Depression nachwievor als die primäre Erkrankung anzusehen, für die der Patient in Form des Cannabisgebrauchs seine eigene Variante eines wirkungsvollen Antidepressivums gefunden zu haben glaubt.

Die Empfehlung des Gutachters anlässlich des Berichts zum Erstantrag, eine medikamentöse Begleitbehandlung mit einem Antidepressivum erfolgen zu lassen, wurde bislang weder vom Konsiliararzt, einem Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, noch von den behandelnden Ärzten in der Psychosomatisch-psychiatrischen Klinik im Umland weiterverfolgt. Der behandelnde Psychotherapeut hatte immerhin eine Begleitbehandlung mit Fluctin für erwägenswert gehalten. Meine diesbezügliche wiederholte Empfehlung stiess aber bislang auf den strikten Widerstand des Patienten. Und zwar aus ideologischen Gründen, was einerseits nachteilig ist, andererseits aber auch von gewissem Vorteil, weil der Patient aus der selben Geisteshaltung heraus sich bislang strikt am Marihuana gehalten und sämtliche anderen und härteren Drogen (z.B. Ecstasy oder Speed, was bei der Generation dieses Patienten sehr nahe gelegen hätte und unzweifelhaft als schlimmer und prognostisch ungünstiger zu bewerten wäre) von sich fern gehalten hat. Alkohol wird übrigens auch von ihm gemieden (wegen "Verdummung im Kopf").

Die in die Therapie sporadisch (der Patient ist inzwischen immerhin volljährig geworden und lehnt eine kontinuierliche Teilnahme seiner Eltern ab) mit einbezogenen Eltern bestätigen zu diesem Zeitpunkt immerhin einhellig, dass ihr Sohn inzwischen deutlich klarer, freundlicher, gesprächsbereiter, aktiver und einsichtiger geworden ist. Auch bemüht er sich inzwischen tatsächlich und nicht nur als Lippenbekenntnis verstärkt um eine für ihn angemessene Lehre, um dann so bald wie möglich das Abitur auf dem 2. Bildungsweg nachzuholen. Wichtig zu erwähnen ist m.E. auch, dass der Patient inzwischen auch und glaubwürdig seinen Marihuana-Konsum als Missbrauch und Abhängigkeit einsieht - und damit auch die Notwendigkeit eines völligen Schlussstriches darunter ! Diese Einsicht bestand zu Beginn der Behandlung auf keinen Fall schon so.

ad 3) Beschreibung des Therapieziels für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt:

Beantragt werden nunmehr 40 weitere Stunden Verhaltenstherapie im Einzelformat bei einer wöchentlichen Frequenz von 2 Sitzungen.

Dazu ist anzumerken, dass bei dem bisherigen Verlauf deutlich wurde, dass dieser Patient deutlich bessere Compliance zeigte bei einer höherfrequent angesetzten Behandlung. Und, umgekehrt, deutlich in seinen Bemühungen nachliess, als der Therapeut für die Dauer von etwa 1 Monat zwischenzeitlich auf die sonst eher übliche Frequenz von einer Behandlungsstunde pro Woche umzuschalten versuchte, um damit das bereits erzielte Mass an Selbstkontrolle zu überprüfen.

Auf jeden Fall wird der bisherige Behandlungsplan erweitert um vorrangig zu ergreifende Massnahmen zur Selbstkontrolltherapie im Sinn aller aus der Arbeit von F. Kanfer bekannten Methoden : beginnend mit Gedankenstopp, Verdeckte Konditionierung wie in der Methode der Covert Sensitization von Cautela, aber auch wie im Selbstinstruktionstraining von Meichenbaum gedacht, speziell um die Fähigkeit des Patienten zur Selbstverstärkung zu verbessern. Da diese Methoden und Techniken bei allem Respekt vor der vor allem operanten Verhaltenstherapie denn doch als relativ schwach angesehen werden müssen (nicht zuletzt angesichts einer solch gravierenden Symptomatik wie einer Drogenabhängigkeit !), soll der hiermit entworfene Behandlungsplan "angereichert" werden mit konkreter und nicht nur kognitiver Aversionstherapie (vgl. Azrin, 1966 und Sandler, 1976), mit Beschämungstherapie (vgl. Serber, 1970) und last but not least dieses alles in der Form der Imagery Conditioning (von Kroger & Fezler, 1976).

Zugegebenermassen ein grosser Aufwand, der sich m.E. aber sehr wohl lohnen wird, für den aber kaum weniger als weitere 40 Behandlungsstunden ausreichen werden. Die Prognose ist als sehr günstig anzusehen,

1. weil recht gute Anfangserfolge vorliegen,
2. weil dieser Patient zunehmend immer besser und einsichtiger mitarbeitet,
3. weil er sehr gute Anlagen (Bildung und Intelligenz) hat, und
4. weil er sich zur Zeit mit seinen 19 Jahren in einer entscheidenden Lebensphase befindet, in der m.E. die entscheidende Weichenstellung für sein gesamtes weiteres Leben passiert

P.S. Von den beantragten 40 weiteren Behandlungsstunden wurden leider nur 20 vom Gutachter bewilligt.

April 2001 gez. Dr. H. Wendt