

Kapitel 10

Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen und Medikamenten

Gerhard Bühringer

Personen mit einem schädlichen Gebrauch bzw. einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Alkohol, verschiedene illegale Substanzgruppen wie Opiate, Kokain und Cannabisprodukte sowie bestimmte Medikamentengruppen) stellen mit etwa 8,0 Millionen die größte Gruppe psychischer Störungen in Deutschland dar (etwa 10 % der Gesamtbevölkerung). Weitere 10 Millionen haben einen gesundheitsschädlichen Gebrauch von Nikotin (Mehrfachnennungen möglich).

Die systematische Erkennung und Beschreibung des Mißbrauchpotentials erfolgte für die Opiate, vor allem für die injizierte Verabreichung, erst seit der Mitte des letzten Jahrhunderts, und zwar im Zusammenhang mit der Behandlung von kriegsbedingten Schmerzen mit Morphininjektionen (Schmitz, 1982). Das Abhängigkeitspotential der Medikamente, insbesondere der Analgetika, Sedativa/Hypnotika, Tranquillantien und Psychostimulantien, wurde erst in den letzten 30 Jahren erkannt. Während bisher vor allem die *Abhängigkeit* von psychotropen Substanzen im Mittelpunkt des therapeutischen Interesses stand, wird heute aus präventiven Überlegungen heraus die sehr viel größere Gruppe mit einem *schädlichen Gebrauch* (familiäre Störungen, Erkrankungen, Verkehrs- und Betriebsunfälle, Aggressionsdelikte) betrachtet.

Bis auf einige illegale Substanzen wie Haschisch, Kokain und Heroin haben die psychotropen Substanzen bis heute eine janusköpfige Funktion: auf der einen Seite sind sie Genuß- bzw. Heilmittel, auf der anderen Seite machen sie abhängig und bedrohen das Leben von Individuen und Familien.

1 Beschreibung der Störung

1.1 Diagnostische Kriterien

Es gibt die unterschiedlichsten Ansätze, die psychotropen Substanzen zu ordnen, zum Beispiel nach der chemischen Zusammensetzung, nach dem Abhängigkeitspotential oder nach psychischen und sozialen Auswirkungen. Alle

Klassifikationssysteme verwenden dabei zumindest eines der folgenden drei Hauptmerkmale:

1. *Psychische Abhängigkeit*

Damit bezeichnet man das unbezwingbare Verlangen nach ständig wiederholter Einnahme einer Droge, um einen lustvollen bzw. positiven Zustand zu erreichen und Unlustgefühle zu vermeiden.

2. *Körperliche Abhängigkeit*

Bei den meisten Drogen entsteht nach unterschiedlich häufiger Einnahme eine körperliche Abhängigkeit. Es handelt sich dabei um einen Anpassungszustand des Stoffwechsels, der dazu führt, daß der Körper regelmäßig auf die Zufuhr einer bestimmten psychotropen Substanz angewiesen ist. Zwei zentrale Kriterien gelten für das Vorliegen einer körperlichen Abhängigkeit:

- *Toleranz*: Es werden zunehmend größere Mengen der Substanz erforderlich, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Dies bedeutet gleichzeitig, daß bei gleicher Dosis die Wirkung der Substanz bei wiederholter Einnahme allmählich abnimmt.
- *Entzugerscheinungen*: Der Entzug tritt nach Absetzen der Droge auf, äußert sich in unterschiedlichen Symptomen wie Fieber, Schüttelfrost oder Gliederschmerzen (substanzspezifisches Abstinenzsyndrom).

3. *Gesundheitliche und soziale Auswirkungen*

Im Verlauf einer Mißbrauchsentwicklung treten zunehmend negative gesundheitliche und soziale Folgen auf. Dazu gehören z. B. zahlreiche Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis), die Vernachlässigung bzw. Einschränkung der sozialen Beziehungen, das Nachlassen der beruflichen Leistungsfähigkeit sowie Verwahrlosungserscheinungen im Rahmen der selbständigen Lebensführung. Der Konsum illegaler Drogen ist außerdem mit delinquenten Verhaltensweisen verbunden, u. a. mit Beschaffungskriminalität.

DSM-IV

Das Klassifikationssystem DSM-IV (APA, 1994) unterscheidet zwischen Substanzmißbrauch und Substanzabhängigkeit (Tabelle 1). Für Substanzmißbrauch gelten drei diagnostische Kriterien: Erstens müssen Merkmale pathologischen Gebrauchs auftreten (z. B. fortgesetzter Gebrauch trotz des Wissens um die Folgeprobleme oder wiederholter Gebrauch in gefährlichen Situationen, wie zum Beispiel im Straßenverkehr). Zweitens müssen die Symptome der Störung innerhalb der letzten zwölf Monate aufgetreten sein; und drittens dürfen die Kriterien für eine Abhängigkeit zu keinem Zeitpunkt erfüllt sein.

Substanzabhängigkeit wird dadurch definiert, daß (1.) zumindest drei von sieben diagnostischen Kriterien über das Konsumverhalten und dessen Folgen erfüllt sein müssen und (2.) die Störung in den letzten 12 Monaten aufgetreten sein muß. Zu den Kriterien gehören u. a. die körperlichen Symptome Toleranz und Entzugerscheinungen oder erhebliche Konsequenzen auf-

Tabelle 1
Klassifikation der Störungen durch psychotrope Substanzen (Medikamente und illegale Drogen) nach DSM-IV

<i>Mißbrauch</i>	<i>Abhängigkeit</i>
1. Zumindest eines der folgenden Symptome trifft zu: – Fortgesetzter Konsum, der zu Versagen bei wichtigen Verpflichtungen führt (z. B. in der Arbeit, Schule) – Fortgesetzter Konsum in gefährlichen Situationen (z. B. Straßenverkehr) – Juristische Probleme aufgrund des fortgesetzten Konsums – Fortgesetzter Konsum trotz Kenntnis der sozialen Probleme, die dadurch verursacht/verstärkt werden	1. Zumindest drei der folgenden Kriterien treffen zu: – Toleranz – Entzug; Einnahme der Substanz zur Bekämpfung von Entzugssymptomen – Konsum häufig in größeren Mengen als beabsichtigt – Wunsch/erfolglose Versuche zur Abstinenz/Kontrolle der Substanz – Hoher Zeitaufwand für die Beschaffung (z.B. Diebstahl) – Einschränkung sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten aufgrund des Substanzmißbrauchs – Fortgesetzter Mißbrauch trotz Kenntnis der Folgeprobleme
2. Auftreten der Symptome innerhalb der letzten 12 Monate	2. Auftreten der Symptome innerhalb der letzten 12 Monate
3. Keine Abhängigkeit	
305.2	Cannabis 304.3
305.3	Halluzinogene 304.5
305.4	Sedativa 304.1
305.5	Hypnotika 304.0
305.6	Opiate 304.2
305.7	Kokain 304.4
305.9	Amphetamine 304.9
305.9	Phencyclidin (PCP) 304.6
305.9	Inhalantien 304.6

grund eines Substanzmißbrauchs im sozialen, beruflichen oder Freizeitbereich. Neben den in Tabelle 1 aufgeführten Diagnosekriterien gibt es noch solche für sonstige Substanzen und für eine Polytoxikomanie. Weiterhin wird das aktuelle Verhalten klassifiziert (z. B. fortlaufender Konsum, Remission, in Behandlung).

ICD-10

Die 10. Revision der WHO-Klassifikation (Dilling, Mombour & Schmidt 1991) hat sich der Klassifikation nach DSM-IV stark angenähert. Die Diagnose „Schädlicher Gebrauch“ (analog dem Mißbrauch bei DSM) erfordert eine Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten, wobei aber keine Zeitangaben gemacht werden. Das System DSM-

IV ist hier präziser als ICD-10. Das Abhängigkeitssyndrom erfordert zumindest das Zutreffen von drei aus acht Kriterien, die denjenigen aus der DSM-Klassifikation ähnlich sind. Auch in diesem System können weitere diagnostische Merkmale verschlüsselt werden, wie etwa zusätzliche Zustandsbilder (z. B. akute Intoxikation, Entzugssyndrom oder psychotische Störung) sowie der aktuelle Stand des Konsums (z. B. abstinent oder in Methadon-Substitution).

1.2 Störungsbild

Die beiden Klassifikationssysteme gehen jeweils nur von einigen zentralen Kriterien für die Diagnostik eines schädlichen Gebrauchs oder einer Abhängigkeit aus. Dies genügt für Verständigungs- und Ordnungszwecke, *nicht* aber für eine genaue Beschreibung der Symptomatik als Grundlage für die Behandlungsplanung. Die Liste von Symptomen in Tabelle 2 kann als gemeinsames Syndrom aller Substanzen und Mißbrauchsformen bezeichnet werden. Allerdings sind die relevanten Symptome im Einzelfall zu bestimmen.

1.3 Diagnostische Verfahren

Die Diagnostik eines Substanzmißbrauchs oder einer Substanzabhängigkeit ist im Einzelfall nicht einfach. Der Konsum der Stoffe kann durch unterschiedliche chemische Analysen vor allem im Urin und im Blut, seit kurzem auch in den Haaren, nachgewiesen werden, wobei die quantitative Bestimmung in der täglichen Routine schwierig ist. Wiederholte Analysen über längere Zeiträume geben einen Hinweis auf ein Mißbrauchverhalten, erfordern aber für die Diagnose zusätzliche Informationen. Wichtig sind hier anamnestische Daten (Beginn, Art und Verlauf des Konsums, bisherige Versuche zur Aufgabe des Konsums, Entzugserscheinungen und bisherige Behandlungsversuche). Dazu kommt die Beurteilung des körperlichen Zustandes: Allgemeinzustand, Infektionskrankheiten, bei intravenösem Drogenkonsum auch der Umfang der Einstichstellen sowie die damit verbundenen körperlichen Komplikationen (z. B. Abszesse).

Für die Diagnose der Opiatabhängigkeit gibt es einen einfachen, in der Praxis aber kaum eingesetzten Test mit Hilfe eines Antagonisten. Gibt man einem Abhängigen eine antagonistisch wirkende Substanz (z. B. Naloxon), so blockiert diese die Opiatrezeptoren im Gehirn, was bei Vorliegen einer körperlichen Abhängigkeit zu unmittelbaren Entzugserscheinungen führt, da die Droge vom Körper nicht mehr resorbiert werden kann. Bei Nichtabhängigen treten diese Entzugserscheinungen nicht auf. Zur Diagnose der Abhängigkeit von illegalen Drogen gibt es einen ins Deutsche übersetzten amerikanischen Test (Addiction Severity Index, McLellan et al., 1992; deutsche Fassung: Gsellhofer, Fahrner & Platt, 1994). Er erfaßt in 6 Themenbereichen den Schweregrad einer Abhängigkeit (Konsumverhalten, medizinische, berufliche, familiäre, juristische und emotionale Konsequenzen) und kann für die

Tabelle 2
Symptomatik einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

-
1. *Körperliche Abhängigkeit von einer Hauptsubstanz* (Toleranz, Entzug)
 2. *Zusätzlicher Mißbrauch anderer psychotroper Substanzen*
 3. *Körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen* (Magen- und Darmerkrankungen, Lebererkrankungen, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Karies, allgemeine Abwehrschwäche, Hepatitis, HIV, Krankheiten durch Fehl- und Unterernährung, Polyneuropathien)
 4. *Psychische Abhängigkeit* (unbeherrschbarer Zwang (Gier) nach ständiger Einnahme einer psychotropen Substanz, Ausführung verbotener bzw. extrem schwieriger Verhaltensweisen zur Sicherstellung der Substanzeinnahme)
 5. *Psychische Funktionsstörungen*
 - *Wahrnehmungsstörungen* (Zahlreiche ursprüngliche neutrale interne und externe Reize wirken als konditionierte Stimuli für abhängigkeitsbezogenes Erleben und Verhalten, wie z. B. Entzugserscheinungen, Wunsch nach Konsum, Beschaffung)
 - *Gedächtnisstörungen* (starke Konzentrationsstörungen)
 - *Denkstörungen* (langandauernde Perioden zwanghaft eingeschränkter Gedanken über Rauscherlebnisse, über erneuten Konsum und geeignete Wege zur Beschaffung der Drogen, einseitige Problemlösung durch Flucht in erneute Drogeneinnahme)
 - *Sprachstörungen* (eingeschränktes Sprachrepertoire für emotionale Äußerungen, drogenbezogenes eingeschränktes Sprachrepertoire bei jungen Drogenabhängigen)
 - *Emotionale Störungen* (unausgeglichenes und situationsunangepaßtes impulsives Verhalten, schnell wechselnde Stimmungen)
 - *Motivationsstörungen* (geringe Kompromißfähigkeit, geringe Fähigkeit zur Bewältigung schwieriger Situationen und langwieriger Aufgaben, geringe Toleranz gegenüber verzögerten Erfolgserlebnissen, geringe Fähigkeit im Umgang mit Mißerfolgen)
 - *Störung der Psychomotorik* (stark verlangsamte oder agitierte Psychomotorik je nach pharmakologischer Wirkung der Substanzen)
 6. *Entwicklungsstörungen im Bereich der Lebensführung* (Beginn des Substanzmißbrauchs bereits während der Pubertät oder im Jugendalter)
 - Altersunangepaßtes „kindisches“ Verhalten (z.B. keine Übernahme von Verantwortung)
 - Fehlende Fähigkeit zu einer selbständigen Lebensführung
 - Fehlende oder abgebrochene Schul- und Berufsausbildung
 - Mangelnde Freizeitgestaltung
 - Fehlende oder lediglich drogenkonsumierende Bezugsgruppe
 - Fehlende Partnerschaften (oder nur zweckbezogene auf Drogenerwerb); häufig mit Partnerschafts- und Sexualstörungen verbunden
 - Vernachlässigung von Körperhygiene und Kleidung
-

Therapieplanung sowie -evaluation eingesetzt werden, erfordert aber ein intensives Training.

2 Epidemiologie und Verlauf

2.1 Epidemiologie

Zum *Konsum* von illegalen Drogen und Medikamenten in der Bevölkerung liegen zahlreiche epidemiologische Daten vor (für eine Übersicht vgl. z. B. Simon, Tauscher & Gessler, 1997). Demgegenüber ist das Wissen über die Prävalenz und Inzidenz des *schädlichen Gebrauchs* und *der Abhängigkeit* von den genannten Substanzen unzureichend. Dies liegt zum einen daran, daß Abhängige von illegalen Drogen wegen ihres geringen Anteils in der Bevölkerung (etwa 0,2 % Drogenabhängige) und der Illegalität des Verhaltens in repräsentativen Bevölkerungsumfragen kaum erfaßt werden, zum anderen daran, daß eine Medikamentenabhängigkeit, die möglicherweise auch Folge der Verschreibungspraxis eines Arztes ist, in epidemiologischen Studien schwierig zu diagnostizieren ist.

Nach einer repräsentativen Untersuchung an Personen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren aus dem Jahre 1995 in den alten und neuen Bundesländern (Herbst, Kraus & Scherer, 1996; Simon et al., 1997) mit einer Stichprobe von etwa 8.000 Personen haben 21,8 % der Personen (18–39 Jahre) in den alten und 7,1 % in den neuen Bundesländern zumindest einmal in ihrem Leben irgendeine illegale Droge probiert (Lebenszeitprävalenz). 1990 lagen die Werte noch bei 18,4 % bzw. 1,0 %. Dabei handelt es sich überwiegend um Erfahrungen mit Cannabisprodukten. Der Anteil der Drogenkonsumenten in den letzten zwölf Monaten (aktuelle Prävalenz) liegt 1995 mit 9,3 % bzw. 3,5 % wesentlich niedriger. Dies sind ebenfalls überwiegend Cannabis-Konsumenten, 0,9 % sind aktuelle Opiat- und 1,6 % aktuelle Kokainkonsumenten (alte Bundesländer, 18–39 Jahre). Aus den genannten Gründen darf aus epidemiologischen Studien nicht direkt auf den Umfang der *Abhängigkeit* von Heroin, LSD, Kokain oder anderen Drogen geschlossen werden; hierfür müssen immer zusätzliche Berechnungsverfahren herangezogen werden.

Der *Konsum* von psychotropen Medikamenten ist über den Apothekenverkauf relativ präzise zu erfassen. Einen Hinweis auf das *Mißbrauchspotential* geben Daten aus der oben genannten Untersuchung (1995): Bei den 25- bis 39-jährigen Personen gaben 1,2 % an, in den letzten 4 Wochen täglich Schmerzmittel genommen zu haben. Schlafmittel nahmen 0,2 % dieser Personengruppe täglich, Beruhigungsmittel 0,7 %. Mindestens einmal in der Woche, aber nicht täglich konsumieren 8,3 % Schmerzmittel, 1,2 % Schlafmittel und 1,9 % Beruhigungsmittel. Daten zum Problem der Abhängigkeitsentwicklung durch ärztliche Verschreibung finden sich bei Melchinger, Schnabel und Wyns (1992) sowie Remien (1995).

Die Zahl der *Abhängigen* von illegalen Drogen (hohe Konsumfrequenz und/oder hochriskante Konsumform, d. h. intravenös) wird nach der letzten Berechnung Anfang 1997 in Deutschland auf etwa 100–150.000 geschätzt, die Zahl der Medikamentenabhängigen auf etwa 2,5 Mio (Hüllinghorst, 1994). Während die erste Schätzung einigermaßen abgesichert ist (Hochrechnungen aufgrund von Todesfällen, Nutzung therapeutischer Einrichtungen und Zahl der registrierten Straftäter), ist die Schätzung zur Medikamentenabhängigkeit mit äußerster Vorsicht zu betrachten.

Zur Geschlechterverteilung liegen genaue Zahlen aus der Nutzung therapeutischer Einrichtungen vor. Demnach sind etwa zwei Drittel bis drei Viertel der Klienten Männer und ein Drittel Frauen. In der Altersgruppe bis etwa 20 Jahre sind Frauen allerdings fast gleich stark vertreten. Bei der Aufschlüsselung nach der jeweiligen Substanz ergibt sich bei der Medikamentenabhängigkeit ein etwas anderes Bild: Männer und Frauen sind über alle Altersgruppen hinweg etwa gleich stark vertreten (Tauscher et al., 1996; Simon et al., 1997). In den stationären Einrichtungen liegt der Anteil der Frauen für die Opiatabhängigkeit bei etwa 25 %, für die Medikamentenabhängigkeit bei etwa 50 % (Lehntzk-Keiler & Simon, 1996). Die Schicht- und Intelligenzverteilung zeigt nach allen bisherigen Untersuchungen keine Auffälligkeiten im Vergleich zur Bevölkerung. Der wichtigste Altersbereich bei den Opiatabhängigen liegt zwischen 20 und 40 Jahren, bei den Abhängigen von Medikamenten zwischen 40 und 60 Jahren.

2.2 Verlauf

Langfristige Analysen zum Lebensverlauf von Abhängigen nach Beginn des Mißbrauchsverhaltens bzw. der Abhängigkeit gibt es wenige. Es handelt sich dabei fast ausschließlich um Therapiestudien, bei denen retrospektiv wichtige Daten zum Lebensverlauf vor Beginn der Behandlung erfaßt wurden, darüber hinaus prospektiv Daten im Therapieverlauf und über unterschiedlich lange Katamnesezeiträume (zu diesen Studien vgl. 4.4 Ergebnisse). Darüber hinaus gibt es eine Studie aus Deutschland, die nicht nur behandelte Drogenabhängige untersucht hat, sondern auch Personen aus der Drogenszene und in Gefängnissen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihrer „Drogenkarriere“, und die damit einer Lebensverlaufsstudie näher kommt (Sickinger & Kindermann, 1992). In einer eigenen Sekundäranalyse von angloamerikanischen und deutschen Therapiestudien zeigt sich eine gute Übereinstimmung bei den Daten über den Beginn des regelmäßigen Konsumverhaltens (Mittelwerte, hohe Schwankungsbreiten):

- Tabak: etwa 16 Jahre
- Alkohol: etwa 18 Jahre
- Haschisch: etwa 16–18 Jahre
- Opiate: etwa 18–20 Jahre
- Kokain: etwa 21–25 Jahre
- Opiatabhängigkeit: etwa ein Jahr nach dem ersten Opiatkonsum.

Der erste therapeutische Kontakt variiert über die Studien erheblich: es dauert zwischen einem und sechs Jahren, bis ein Opiatabhängiger das erste Mal in Behandlung kommt. Nur ein geringer Teil wird nach der ersten Behandlung langfristig abstinent. In der Regel entwickelt sich eine chronische Störung mit wiederholten Therapieversuchen, Abstinenzzeiten und Rückfällen. Wesentlich höher als bisher angenommen ist der Anteil der Personen, die zu einem gegebenen Zeitpunkt in Behandlung sind. Nach eigenen Berechnungen hatten in den vergangenen Jahren etwa 35 % der Drogenabhängigen pro Jahr einen Kontakt zu einer ambulanten oder stationären therapeutischen

Einrichtung. Seit der umfassenden Einführung der Methadon-Substitution ist die Erreichungsquote auf etwa 50 % – 60 % gestiegen (wegen möglicher Mehrfachbehandlung ist der Wert mit Vorsicht zu verwenden).

Die Mortalitätsrate liegt jährlich bei 1 % – 3 % und ist damit im Vergleich zur Normalbevölkerung um 10–30 mal höher (für Heroin und Kokain; Poser et al., 1990; Heckmann et al., 1993). Eine ernsthafte Gefahr für Drogenabhängige stellt die Hepatitis- und HIV-Infektion dar, übertragen über Spritzenaustausch sowie Sexualkontakte. Dabei bilden Drogenabhängige nach den Homosexuellen die zweitgrößte Gruppe bei den HIV-Infizierten mit etwa 25 %. Der Anteil der HIV-Positiven unter den Drogenabhängigen liegt bei etwa 20 % (Gsellhofer & Bühringer, 1995).

Wenig Klarheit trotz zahlreicher Untersuchungen herrscht über das sogenannte Phänomen des „maturing-out“ aus der Drogenszene. Damit ist gemeint, daß mit zunehmendem Alter wesentlich mehr Drogenabhängige den Drogenkonsum aufgegeben haben (bzw. nicht mehr auffällig werden), als aus Hochrechnungen von Therapieergebnissen zu erwarten wäre. Die Gründe dafür sind bis heute weitgehend spekulativ (vermutlich die Folge der zunehmenden Belastungen und negativen Konsequenzen durch langjährigen Drogenkonsum).

Etwas anders sieht das Bild bei den Medikamentenabhängigen aus, wobei hier noch wenig Forschungsergebnisse vorliegen. Nach Studien von Poser (1987) und Uchtenhagen (1987) liegt der durchschnittliche Abhängigkeitsbeginn bei etwa 35–40 Jahren. Die Zeit zwischen Abhängigkeitsbeginn und erster Diagnose/Hospitalisierung liegt bei etwa 5 Jahren. Die Mortalität ist gegenüber der Normalbevölkerung um das zweifache erhöht (Poser et al., 1990).

3 Erklärungsansätze

Es gibt eine nahezu unüberschaubare Anzahl von Einzelhypothesen, Erklärungsansätzen bis hin zu formalisierten Theorien über die Verursachung, den Beginn und die Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. Eine gute Einführung geben Platt (1986 und 1995 a) sowie O'Brien und Jaffe (1992) für die biologisch/lernpsychologischen Ansätze.

3.1 Biologische Theorien

Als frühes Beispiel soll die Theorie der Stoffwechselinsuffizienz von Dole und Nyswander (1967) genannt werden. Aufgrund der von ihnen vermuteten Ineffektivität traditioneller psychotherapeutischer Verfahren und der damit verbundenen psychogenen Theorien haben sie die Hypothese aufgestellt, daß es Personen mit einer nicht spezifizierbaren metabolischen Insuffizienz gibt. Das erste Experimentieren mit der Droge sei die Folge einer normalen Neugier, die genannte neurogene Auffälligkeit bilde aber mit suchtfördernden

Anlagen der individuellen Persönlichkeit die Grundlage für eine Suchtentwicklung. Die Theorie wird heute aufgrund fehlender empirischer Belege und wegen der besseren Kenntnisse über die biochemische Wirksamkeit von Drogen nicht mehr unterstützt.

3.2 Persönlichkeitstheorien

Das Konzept der Suchtpersönlichkeit im Sinne einheitlicher prädisponierender Merkmale für die Entwicklung einer Abhängigkeit beherrschte jahrelang die Forschung. Zwar wurden zahlreiche Unterschiede zwischen Abhängigen und Nichtabhängigen gefunden (zum Beispiel in den Bereichen Psychopathologie, neurotische Befunde, psychotische Befunde, Persönlichkeitsstörungen, Psychopathie und Soziopathie, Selbstkonzept und Wertvorstellungen), doch werden die Befunde aus methodischen Gründen häufig angezweifelt. Insgesamt ergibt sich keine konsistente und für Abhängige spezifische Persönlichkeitsstruktur. Darüber hinaus besteht auch hier das Problem von Ursache und Wirkung: Die Untersuchungen wurden retrospektiv gemacht, so daß offen bleibt, ob die gefundenen Ergebnisse bei bereits Abhängigen Ursache oder Folge der Abhängigkeit sind.

3.3 Psychoanalytische Theorien

Eine gestörte Ich-Entwicklung sehen zahlreiche Psychoanalytiker als Grundlage für eine Drogenabhängigkeit. Dies führt zu einem Zustand unerträglicher Spannungen (verursacht durch Versäumnisse der Mutter und durch eine passive, schwache Vaterfigur), die durch den Konsum von Drogen beseitigt werden können. Diese Spannungsreduktion wird dadurch erkauft, daß gleichzeitig die natürliche Ich-Organisation zusammenbricht und die Realität in den Hintergrund tritt. Mit Nachlassen der Drogeneffekte kehren die Depressionen und der erhöhte Spannungszustand wieder zurück und es kommt zu einem erneuten starken Verlangen nach der Droge (Rado, 1933). Die Toleranz spielt eine wichtige Rolle in dem Konzept von Rado. Bei fortgesetztem Drogengebrauch werden die euphorischen Folgen des Drogenkonsums immer schwächer, so daß der einzelne Abhängige Furcht vor der Reduzierung der positiven Empfindungen verspürt und der Zustand der Spannung und Depression immer stärker wird. Zuletzt geht es dem Abhängigen ausschließlich um die Beschaffung der Droge, wobei der pharmakologische Lust-Effekt allmählich sexuelle Empfindungen und Wünsche ersetzt. Andere Objekte treten als überflüssig hinter diesem primären Ziel zurück. Andere psychoanalytische Autoren sehen im Spritzen einer Droge ein primitives und simples Mittel zur Befriedigung von Bedürfnissen, die im Alltagsleben nicht erfüllt werden können. Die Injektion von Heroin löst die so entstehenden Spannungen und führen die Abhängigen auf eine infantile Stufe zurück, auf der Befriedigungen einfach und ohne große Schwierigkeiten erreicht werden können. Das Problem aller psychoanalytischen Theorien liegt, wie in anderen Bereichen auch, in dem Mangel empirischer Grundlagen.

3.4 Psychosoziale Theorien

Ein Beispiel für die zahlreichen psychosozialen Theorien ist das Konzept von Ausubel (1964). Er unterscheidet zwischen internen und externen suchtauslösenden Faktoren. Unter den externen Faktoren sieht er primär die Verfügbarkeit von Drogen, verbunden mit sozialen Elendszuständen bzw. der normierenden Macht von peer-groups. Die genannten Faktoren wirken zusammen und führen zu einem ständigen Drogenkonsum unter der Voraussetzung, daß die internen Faktoren ebenso vorhanden sind. Dazu gehören verschiedene Persönlichkeitsstörungen, die primär durch passive, nicht Verantwortung übernehmende und disziplinlose Verhaltensweisen gekennzeichnet sind. Ursachen für solche Persönlichkeitsstörungen sieht Ausubel in mangelnden Eltern-Kind-Beziehungen. Der Drogenkonsum erfüllt spezifische Funktionen im Rahmen der jeweiligen Persönlichkeitsstörungen, zum Beispiel die sofortige Beseitigung von Streß und von Spannungszuständen.

3.5 Soziologische Theorien

Die meisten soziologischen Theorien gehen davon aus, daß Sucht keine Folge einer individuellen Störung ist, sondern daß jede Person abhängig werden kann, vorausgesetzt daß spezifische soziale Bedingungen erfüllt sind. Die euphorisierenden Drogeneigenschaften spielen bei den soziologischen Theorien eine geringe Rolle. Ähnlich wie Ausubel sieht zum Beispiel Lindesmith (1947) den ersten Drogengebrauch unter dem Aspekt der Verfügbarkeit der Droge und dem Druck von peer-groups. Die Gründe für den ersten Drogengebrauch können dabei ganz unterschiedlicher Natur sein, maßgeblicher auslösender Faktor sind die Normen der peer-groups. Nach einer körperlichen Abhängigkeit spielt für die weitere kontinuierliche Drogenbeschaffung allein die Beseitigung der Entzugserscheinungen eine Rolle. Jemand wird dann süchtig, wenn er das Abstinenzsyndrom bewußt erlebt hat und erkannt hat, daß zwischen diesem und dem weiterem Gebrauch der Droge ein logischer Zusammenhang besteht.

3.6 Lerntheorien

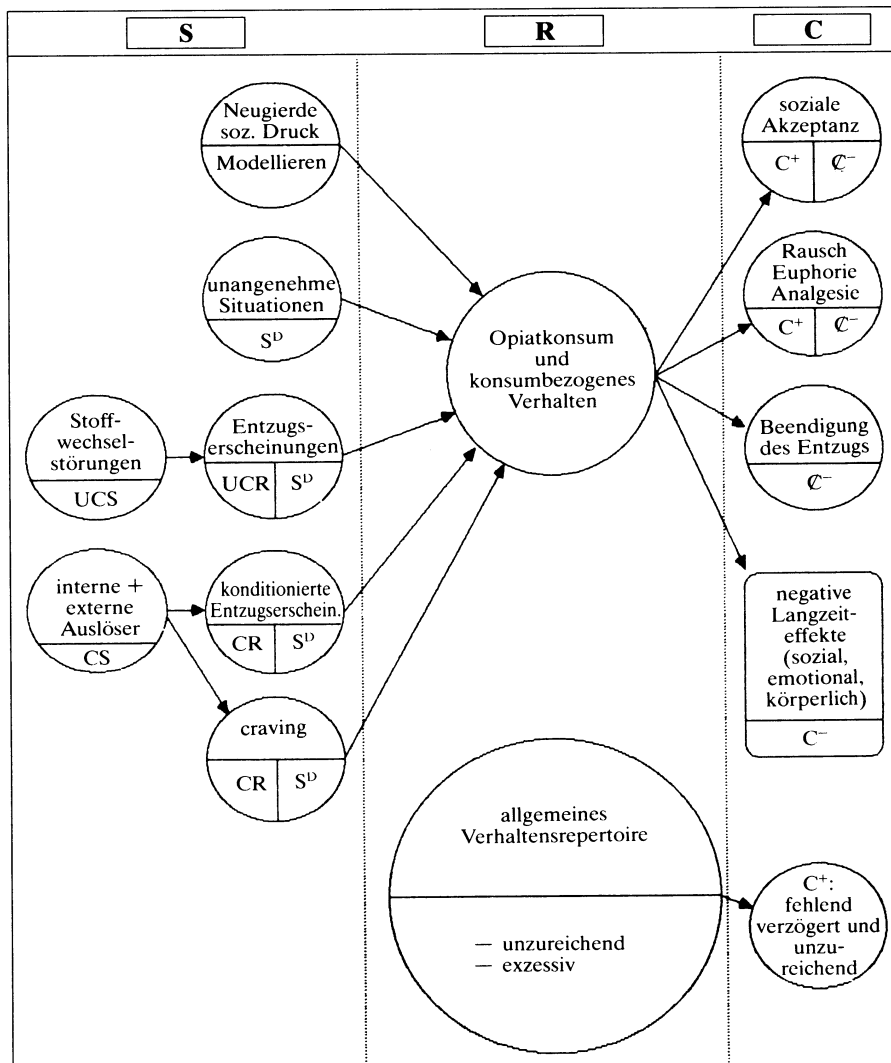
Die zwei Faktoren-Theorie von Wikler (1965) ist ein frühes lerntheoretisches Konzept. Er geht zunächst davon aus, daß der initiale Konsum von Drogen im wesentlichen mit sozialen Phänomenen erklärt werden kann. Er nimmt an, daß solche Personen Drogen probieren, die übersteigerte Erwartungen an die positiven Wirkungen der Droge zur Befriedigung der primären Bedürfnisse haben. Nach der Entwicklung der körperlichen Abhängigkeit führt die Erfahrung, daß Abstinenzsymptome durch erneuten Drogenkonsum beseitigt werden können, zu einem intensiven zweckgerichteten Verhalten in Hinblick auf die ständige Beschaffung der Droge.

Im folgenden wird aus aktuellen Untersuchungsergebnissen und Konzepten ein Modell für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit

entwickelt, wobei als Grundlage die sozialen Lerntheorien, die pharmakologische Wirkung der Drogen, kognitive Ansätze sowie die Prinzipien der klassischen und operanten Konditionierung herangezogen werden (vgl. O'Brien, Childress, McLellan & Ehrman, 1992). In dem in Abbildung 1 dargestellten Modell wird davon ausgegangen, daß der initiale Drogenkonsum eine Folge von vier Faktoren ist:

- Verfügbarkeit von Drogen
- Hohe Bindung an eine soziale Bezugsgruppe (peer-group)

Abbildung 1
Modell für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Opiatabhängigkeit (modifiziert nach Bühringer, 1974)



- Positive Bewertung des Drogenkonsums in dieser Bezugsgruppe und hoher Druck der Mitglieder zum Drogenkonsum
- Hohe Beeinflussbarkeit des Individuums durch Gruppendruck.

Der initiale Drogenkonsum hat häufig auf der pharmakologisch-physischen Ebene keine oder sogar negative Auswirkungen (z. B. Übelkeit). Wichtig für die Weiterführung des Konsums ist zum einen die Verstärkung durch soziale Zuwendung der Bezugsgruppe und zum anderen die beobachtete positive Wirkung des Drogenkonsums bei anderen (Modellernen). Wird aufgrund dieser beiden Faktoren der Drogenkonsum fortgesetzt, so werden früher oder später die positiven pharmakologischen Auswirkungen der Droge erlebt (Rauscherlebnisse, Entspannung, verändertes Bewußtsein, Glücksgefühle).

Die positiven sozialen und körperlichen Folgen werden dann als besonders stark erlebt wenn der Konsument sich über längere Zeit aus den unterschiedlichsten Gründen in einer emotional negativ erlebten Situation befindet (Schul- oder Arbeitsprobleme, Probleme im Elternhaus, Probleme in der Übergangssituation zum Erwachsenenleben, Partnerschaftsprobleme). Somit entsteht eine erste operante Konditionierung mit diskriminativen Stimuli, ohne daß bereits eine körperliche Abhängigkeit ausgebildet ist: Verschiedene soziale Situationen innerhalb der Bezugsgruppe sowie unangenehme Empfindungen und Situationen werden zum Hinweisreiz für Opiatkonsum, der wiederum durch die Beendigung der unangenehmen Situationen/Empfindungen und durch die positiven sozialen und pharmakologischen Wirkungen der Droge verstärkt wird.

Wird der Konsum weitergeführt, kommt es nach einiger Zeit zu einer körperlichen Abhängigkeit. Das Fehlen der Droge führt zu einem Stoffwechsellmangel im Körper (UCS) und schließlich zum Abstinenzsyndrom (UCR). Die verschiedenen Entzugserscheinungen werden zu zusätzlichen diskriminativen Stimuli für einen erneuten Opiatkonsum, der wiederum durch die unmittelbare Beendigung der Entzugserscheinungen bekräftigt wird. Allmählich gerät das gesamte Verhaltensrepertoire unter die totale Kontrolle des Erwerbs und Konsums einer Droge. Diese Verschiebung im Verhaltensmuster einer Person wird um so wahrscheinlicher, je mehr Mängel und Schwierigkeiten im ursprünglichen Verhaltensrepertoire einer Person erlebt werden. Mängel meint u. a. defizitäre Verhaltensweisen (z. B. Unsicherheit), die zu mangelnden Erfolgserlebnissen führen (z. B. Kennenlernen eines Partners). Langfristig kann es zum totalen Zusammenbruch des üblichen alltäglichen Verhaltensrepertoires kommen, da einzig und alleine die Beseitigung der Entzugserscheinungen durch erneuten Drogenkonsum im Vordergrund steht. Wegen der Illegalität des Verhaltens ist hierfür ein erheblicher Aufwand notwendig, um die entsprechenden finanziellen Mittel zu beschaffen (z. B. Beschaffungskriminalität, Prostitution oder Handel).

Auch der Rückfall kann in dieses Konzept eingeordnet werden. Im Zusammenhang mit dem Stoffwechsellmangel nach Ausbleiben der Drogenwirkung werden im Laufe der Zeit ursprünglich neutrale interne und externe Stimuli zu konditionierten Auslösern für konditionierte Entzugserscheinungen. Sol-

che Symptome berichten Drogenabhängige noch Monate nach Beendigung der körperlichen Abhängigkeit. Entsprechend der ursprünglichen operanten Konditionierung stellen auch die konditionierten Entzugserscheinungen einen diskriminativen Stimulus für den erneuten Drogenkonsum zur Beseitigung der negativen Empfindungen dar. Darüber hinaus können die auf den Stoffwechsellmangel konditionierten Auslöser auch die „spontan“ auftretende Gier nach einem erneuten Drogenkonsum ohne Entzugserscheinungen hervorrufen (die Erklärungen für das Auftreten des einen oder anderen sind dabei umstritten). Diese Gier, von der Drogenabhängige ebenfalls noch Jahre nach Ende der Abhängigkeitsbehandlung berichten, stellt ebenfalls einen diskriminativen Stimulus für den Rückfall dar. Der Rückfall wird dabei um so wahrscheinlicher, je unattraktiver das alternative Verhaltensrepertoire der Person in der subjektiven Einschätzung dasteht. Da die positiven Wirkungen des Opiatkonsums bei einem „erfahrenen“ Abstinente(n) als sehr intensiv antizipiert werden und vor allem bei intravenösem Gebrauch sehr schnell eintreten, und da aufgrund der verschiedenen Konditionierungen zahlreiche interne und externe diskriminative Stimuli für Drogenkonsum vorliegen, ist die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles hoch.

Marlatt (Marlatt & Gordon, 1985) hat in einer wichtigen Publikation ein kognitives Modell zur Erklärung des Rückfalls vorgestellt, das eine Alternative zur Erklärung von Rückfällen als klassisch konditionierte Reaktionen darstellt. Er geht davon aus, daß sich ein Rückfall in den meisten Fällen über längere Zeit auf der kognitiven und auf der Verhaltensebene vorbereitet. Folgende Bedingungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit für einen erneuten Konsum nach einer Abstinenzphase: (1) Problematische Lebenssituationen, (2) Auftreten einer Risikosituation und (3) fehlende Bewältigungsstrategien für diese Risikosituationen.

Kommt es aufgrund einer solchen Situation zu einem ersten Konsum, so führt dies entgegen dem Konzept der klassischen Konditionierung nicht sofort und nicht immer zu einem vollständigen Rückfall in das alte Gebrauchsmuster. Vielmehr spielen nach dem Modell von Marlatt verschiedene kognitive Faktoren eine Rolle, unter anderem (1.) die Einschätzung der eigenen Fähigkeit zur Bewältigung der Situation (self-efficacy) und (2.) die negativen oder positiven Erwartungen an eine Fortsetzung des Konsums.

Trotz zahlreicher Untersuchungen zu den genannten beiden Konzepten (klassische Konditionierung versus kognitive Faktoren) gibt es bis heute keine Daten für die Überlegenheit des einen oder anderen Modells. Für die Praxis sind die beiden Konzepte gut miteinander zu kombinieren. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, daß klassisch konditionierte Auslöser im Rahmen der Abhängigkeitsentwicklung aufgebaut werden. Daß nicht jeder dieser klassisch konditionierten Stimuli automatisch zu einem erneuten Konsum führt, und nicht jeder Konsum automatisch zu einem vollständigen Rückfall, liegt wahrscheinlich an den von Marlatt untersuchten kognitiven Prozessen, die diese vom Konditionierungskonzept beschriebenen automatischen Abläufe beeinflussen. Hierzu gehören Faktoren wie die aktuelle emotionale Situation, die Bewertung der eigenen Bewältigungsstrategien und die positiven oder negativen Erwartungen an eine erneute Substanzeinnahme. Dabei

ist zu berücksichtigen, daß es sich um sehr individuelle Vorgänge handelt (für praktische Hinweise vgl. Vollmer, 1995).

Das Modell hat den Vorteil, daß es für die Anamnese und konkrete Therapieplanung gezielte Hinweise gibt. Unter anderem lassen sich folgende Konsequenzen daraus ableiten:

- Die individuellen konditionierten Auslöser des Drogenkonsums (sowohl CS wie SD) müssen im einzelnen erfaßt und in ihrer Auslöserfunktion möglichst beseitigt werden.
- Die Einschätzung der allgemeinen Lebenssituationen, die Sicherheit, mit kritischen Rückfallsituationen umgehen zu können sowie die Erwartungen an Abstinenz bzw. weiteren Drogenkonsum müssen erhoben und für die Therapieplanung berücksichtigt werden.
- Die erlebten positiven Konsequenzen des Drogenkonsums müssen erfaßt und in ihrer Wertigkeit durch geeignete Maßnahmen abgebaut werden, bis sie zumindest die negativen Konsequenzen in der subjektiven Beurteilung nicht mehr übertreffen.
- Das allgemeine Verhaltensrepertoire muß analysiert und individuell so verbessert werden, daß die damit erzielte Befriedigung möglichst so intensiv erlebt wird wie die Befriedigung durch den früheren Drogenkonsum.

Bei Michael ergab die Anamnese, daß er aus Protest gegen das „sture Arbeiten“ der Eltern sich einer gleichaltrigen Clique anschloß und dort erstmals Haschisch rauchte (Modellernen: C⁺: soziale Zuwendung, Akzeptanz, später der Besitz von viel Geld durch Haschischhandel und neue Kontakte zu Freundinnen; C⁻: Gleichgültigkeit gegenüber den Schwierigkeiten mit seinen Eltern). Durch den intensiven Haschischkonsum ergaben sich Probleme in der Arbeitsstelle und dem Verhältnis zu seiner Freundin, und er begann Heroin zu nehmen, das zu intensiver Euphorie führte (C⁺; C⁻: Vergessen der Probleme, Beendigung der Entzugserscheinungen). Rückfallauslöser (S^S) nach Gefängnis- und Krankenhausaufenthalten waren vor allem der Kontakt zu Freunden aus der Drogenszene.

4 Interventionen

Es gibt eine fast unübersehbare Fülle von therapeutischen Verfahren, umfassenden Programmen und grundsätzlichen Interventionsansätzen, die aufgrund des Mangels einer einheitlich akzeptierten Theorie über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Sucht in den meisten Fällen eklektizistisch ausgewählt und zu einem Behandlungsprogramm zusammengestellt sind. Grundsätzlicher Mangel der meisten therapeutischen Programme ist das Fehlen theoriegeleiteter Hypothesen und die unzureichende empirische Überprüfung der therapeutischen Ergebnisse (für eine Übersicht vgl. Platt, 1986, 1995 a, 1995 b, speziell für Kokain Tims & Leukefeld, 1993; für praktische Hinweise und Anleitungen, vor allem für Ärzte, DHS 1991 und 1995). Herausragendes Problem bei der Therapie aller Abhängigkeitsformen ist die Motivierung zu Beginn einer Behandlung und zur aktiven Durchführung bis zu einem planmäßigen Abschluß.

4.1 Motivation zur Behandlung als zentraler prognostischer Faktor

Entzugserscheinungen – notwendige Aktivitäten zur Beschaffung der psychotropen Substanz – Einnahme dieser Substanz – Beendigung der Entzugserscheinungen – dies sind die zentralen Bestimmungsstücke einer Verhaltenskette, deren tägliche Sicherstellung das Leben eines Abhängigen mehr oder weniger total kontrolliert. Da die unangenehmen Entzugserscheinungen durch die wiederholte Einnahme der Droge schnell und sicher beseitigt werden können und die langfristigen unangenehmen Auswirkungen zu Beginn einer „Abhängigkeitskarriere“ noch keine Rolle spielen, ist die Motivation zur Behandlung in dieser Phase gering bis nicht vorhanden.

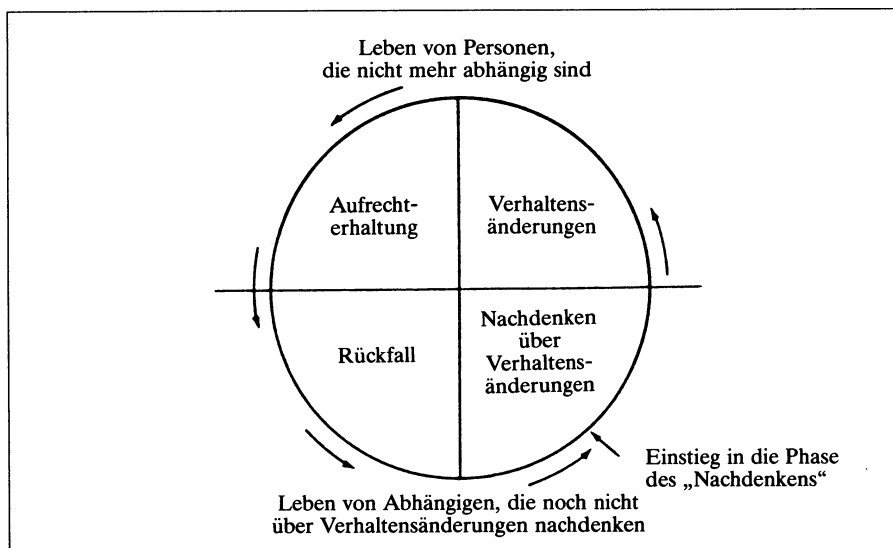
Ausgehend von dem Modell in Abbildung 1 wird ein Abhängiger dann in Behandlung gehen, wenn die negativen Wirkungen des Drogenkonsums (vor allem Krankheitsfolgen und sozialer Druck wie Polizeiverfolgung, Verlust des Arbeitsplatzes, des Elternhauses oder der sozialen Bezugspersonen) allmählich gleich intensiv werden wie die positiven. Das Problem ist dabei, daß die negativen Folgen des Drogenkonsums zu Beginn der Behandlung relativ schnell verschwinden (Abklingen der körperlichen Symptome, angenehmes Klima in einer therapeutischen Einrichtung). Gerade in der Entgiftungsphase und kurz danach werden aber die ursprünglichen Auslöser für einen erneuten Drogenkonsum wieder relevant. Sie werden noch verstärkt durch die Schwierigkeiten des Abhängigen, sich nach einer langjährigen Abhängigkeitszeit wieder in „nüchternem“ Zustand zurechtzufinden. *Ambivalenz* zwischen erneutem Drogenkonsum und Abstinenz ist deshalb das zentrale Merkmal eines Abhängigen in der Phase kurz vor Beginn einer Behandlung bis weit hinein in die Behandlungsdurchführung.

Michael infiziert sich mit 27 Jahren an einer bereits gebrauchten Injektionsnadel mit Hepatitis B. Der Arzt im Krankenhaus gibt ihm nur noch eine Lebenserwartung von wenigen Jahren, wenn er weiterhin Drogen spritzt. Daraufhin beschließt Michael zum ersten Mal mit dem Konsum aufzuhören und hält dies auch im Krankenhaus sechs Wochen durch. Sobald es ihm körperlich besser geht, beschäftigt er sich gedanklich mehr und mehr mit Drogen. Die Vorladung zu einem Gerichtstermin und die damit verbundene Unsicherheit und Unlust wird zum aktuellen Auslöser für den Rückfall.

Lange Jahre wurde erwartet, daß der Abhängige die Motivation zur Behandlung selbst aufbringt. Motivationstests wie zum Beispiel die Erledigung umfangreicher Arbeiten vor einer Behandlungszusage oder ein manchmal unmenschliches Aufnahmegespräch waren an der Tagesordnung. Vorzeitige Abbrüche wurden als Problem des Abhängigen abgetan. Erst seit einigen Jahren, unter einer mehr gesundheitspolitischen Betrachtungsweise des Abhängigkeitsproblems wird versucht, Abhängige möglichst zahlreich und möglichst bald nach Abhängigkeitsbeginn zu einer Behandlung zu motivieren. Die Frage der Motivation wurde zu einem zentralen Thema der therapeutischen Versorgung wie der Forschung.

Prochaska und DiClemente (1986) haben in ihren Untersuchungen vier Phasen der Veränderungsbereitschaft gefunden (Abbildung 2). Für die Behand-

Abbildung 2
Phasen der Veränderungsbereitschaft bei Abhängigen (Prochaska & DiClemente, 1986)



lung bedeuten die Ergebnisse, daß die jeweilige Phase im Einzelfall erfaßt werden sollte, und daß die motivationsfördernden therapeutischen Maßnahmen jeweils diesen Zielen entsprechen müssen. Zum Beispiel wäre es ein Fehler, der zur Gefahr eines Abbruchs führen könnte, wenn man einen Klienten in der Phase des „Nachdenkens über die mögliche Änderung seines derzeitigen Lebensstils bereits mit der Forderung nach Entgiftung und langfristiger Abstinenz konfrontiert. Hier wäre es vielmehr nötig, die Selbstbeobachtung des Klienten in Hinblick auf die negativen Konsequenzen des Drogenkonsums und die positiven Konsequenzen einer Veränderung zu fördern, die Entscheidungsbildung zu unterstützen und eine therapeutische Allianz mit dem Klienten aufzubauen.

Kanfer hat seine bereits vor langer Zeit formulierte Phaseneinteilung des Therapieprozesses speziell für die Arbeit mit Abhängigen dargestellt (Kanfer, 1986). Die ersten vier seiner sieben Schritte sind dabei für die Behandlung von Abhängigen von zentraler Bedeutung (Tabelle 3).

Insgesamt ist die Forschung zur Prognose des Behandlungserfolges für Drogen- und Medikamentenabhängige wenig entwickelt. Dies hat zum Teil rein methodische Gründe, da die Prognoseforschung umfangreiche Stichproben braucht, die speziell bei dieser Klientel schwer zu erreichen sind. In zwei großen multizentrischen Studien DARP (Simpson, 1984) und TOPS (Hubbard et al., 1984) aus den USA zeigten folgende Faktoren eine ungünstige Prognose für eine planmäßige Therapiebeendigung:

- Schlechte Berufssituation vor und während der (ambulanten) Behandlung
- Hohe juristische Auffälligkeit (Verurteilung, Strafhaft) vor der Behandlung
- Unzureichende Mitarbeit während der Behandlung

Tabelle 3
Die motivationsfördernden Therapiephasen und -ziele nach Kanfer (1986)

Phase	Ziele
1. Strukturierung der therapeutischen Rollen und Aufbau einer therapeutischen Allianz	1.1 Akzeptanz der Klientenrolle erleichtern 1.2 Arbeitsbeziehung schaffen 1.3 Motivation zur Zusammenarbeit mit dem Therapeuten aufbauen
2. Entwicklung einer Verpflichtung zur Verhaltensänderung	2.1 Motivierung des Klienten, positive Konsequenzen einer Änderung zu sehen 2.2 Aktivierung des Klienten zur Änderung des Status quo 2.3 Reduzierung der Gefahr einer Demoralisierung
3. Verhaltensanalyse	3.1 Präzisierung der Problembeschreibung des Klienten 3.2 Identifizierung wichtiger funktionaler Beziehungen 3.3 Motivierung des Klienten zu spezifischen Veränderungen
4. Gemeinsame Ausarbeitung der Behandlung	4.1 Vereinbarung der Zielbereiche 4.2 Entwicklung einer Prioritätenliste 4.3 Übernahme der Verantwortung für die aktive Beteiligung an der geplanten Therapie durch den Klienten

- Auffällige psychiatrische Störungen vor Beginn der Behandlung, vor allem Depressionen.

In den zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, daß die planmäßige Beendigung der Therapie eine der wichtigsten prognostischen Faktoren für den mittelfristigen Status der Person darstellt: Zwei Jahre nach Ende der Behandlung hat ein planmäßig entlassener Klient eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, abstinent zu sein. Aus der multizentrischen Studie zur stationären Therapie von Drogenabhängigen von Herbst und Hanel (1989 b) lassen sich unter anderem folgende prognostische Faktoren für eine planmäßige Therapiebeendigung ableiten:

- Verbesserung psychischer Probleme im Urteil der Therapeuten nach zwei-monatiger Behandlung (hochsignifikant)
- Geringe psychosoziale Problematik
- Positive Klientenbeurteilung des Therapieerfolgs.

In einem umfangreichen Modellprojekt zur Analyse und Reduzierung der Abbruchquote von Drogenabhängigen in stationären Einrichtungen in Deutschland (Küfner, Denis, Roch, Arzt & Rug, 1994) ergaben sich folgende Ergebnisse:

- Die durchschnittliche Abbruchquote in 40 Einrichtungen mit fast 9000 Klienten lag bei 72 %, mit einem Schwankungsbereich von 43 %–91 % (!).
- Die klientenbezogenen Prognosefaktoren (z. B. Therapiebereitschaft, Arbeitsplatzverlust) spielen im Vergleich zu einrichtungsbezogenen Faktoren für die Abbruchquote nur eine geringe Rolle.
- Einrichtungen mit einer geringen Abbruchquote zeigen u. a. folgende Merkmale: geringe Aufnahmebedingungen, umfassendes „erlebnispädagogisches“ Angebot, geringes Kontrollsystem.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Reduzierung der Abbruchquote in der ambulanten und stationären Therapie und die damit verbundene motivationsfördernde Gestaltung der Therapiedurchführung zentrale Aufgaben für die Forschung und Praxis der nächsten Jahre sein werden.

4.2 Therapeutische Ansätze und Prinzipien

Grundlegende Therapieansätze

Die zahlreichen therapeutischen Programme lassen sich in drei grundlegende therapeutische Strategien ordnen:

- Medikamentöse Behandlung
- Psychotherapeutische Behandlung
- Soziotherapeutische Behandlung.

Die *medikamentöse Behandlung* spielt eine wichtige Rolle in der Entgiftungsphase, insbesondere zur Bewältigung des Abstinenzsyndroms und zur Behandlung der zahlreichen körperlichen Begleiterkrankungen (Daunderser, 1988). Die Methadon-Erhaltungstherapie (methadone-maintenance) als langfristiger Behandlungsansatz für die Rehabilitation nimmt in den USA seit etwa 1970 einen wichtigen Platz ein, seit wenigen Jahren auch in Deutschland (etwa 30.000 Klienten pro Jahr). Methadon ist ein synthetisches Opiat, das täglich unter Aufsicht oral eingenommen wird (Vermeidung von injektionsbedingten Infektionen). Der Klient bleibt weiterhin abhängig, die illegalen Opiate werden durch ein legales Opiat ersetzt. Methadon hat eine analgetische Wirkung (Beendigung der Entzugsserscheinungen), aber keine euphorisierenden Effekte, sodaß der Drogenabhängige trotz der Drogeneinnahme arbeits- und kontaktfähig bleibt. Die Einnahme zusätzlicher Opiate hat bei genauer Dosierung keine Wirkung mehr. Die großen multizentrischen Studien in den USA haben gezeigt, daß die Ergebnisse der abstinenzorientierten Behandlung und die der Methadon-Erhaltungstherapie etwa gleich sind. Es gibt allerdings bis heute keine am Therapieerfolg orientierte Indikation für einzelne Teilgruppen von Klienten. Bei Methadon-Programmen mit starker Kontrolle und hohen therapeutischen Auflagen (tägliches Kontakt, Urinkontrollanalysen) sind die Abbruchquoten hoch, bei geringer Kontrolle werden zwar viele Klienten angesprochen und in Behandlung gehalten, doch sind die gesundheitlichen Risiken erheblich, z. B. bei einem zusätzlichen Alkoholmißbrauch (für eine umfassende Literaturübersicht vgl. Ward, Mattick

& Hall, 1992; für die aktuelle Situation in Deutschland Bühringer, Künzel & Spies, 1995; für Qualitätsstandards Bühringer et al., 1995).

Im Vordergrund der *psychotherapeutischen Behandlung* stehen zahlreiche eklektizistische Ansätze (vor allem aus der Gestalttherapie und der sogenannten humanistischen Psychologie), die weitgehend ohne theoretisches Konzept und empirische Grundlage zusammengestellt sind. Gesprächspsychotherapie wird ebenfalls häufig eingesetzt, während die tiefenpsychologischen Therapien, vor allem in der klassischen Form, kaum eine Rolle spielen. Verhaltenstherapeutische Prinzipien sind heute in fast allen therapeutischen Programmen zu finden, auch wenn sie selten theoriegeleitet und „lege artis“ eingesetzt werden. Umfassende verhaltenstherapeutische Programme sind selten zu finden, doch sind sie differenziert ausgearbeitet, da sowohl die emotionalen und kognitiven Probleme, die Rückfallgefahr als auch die notwendigen Änderungen der Lebensführung in die Therapie einbezogen werden.

Selbsthilfeansätze als eine Version *soziotherapeutischer Konzepte* wie Synanon oder Phönix spielen in den angloamerikanischen Ländern eine große Rolle, während sie in Deutschland wenig vertreten sind. Die Konzepte sind unter anderem gekennzeichnet durch das weitgehende oder völlige Fehlen von professionellen Mitarbeitern, durch die gemeinsame Verantwortung für den Lebensunterhalt und die Wohngebäude, durch die Betonung eigenständiger Arbeit sowie häufig durch eine starke Hierarchie der Mitbewohner, wobei langjährige ehemalige Abhängige eine zentrale Rolle spielen (Fredersdorf, 1995).

Die Übergänge der auf Selbsthilfe beruhenden Gruppen zu sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften mit mehr oder weniger professionellen Merkmalen sind fließend. Die Ziele sind ähnlich: Es wird angenommen, daß ein drogenfreies Leben nur in einem langfristigen Prozeß in einer therapeutischen Gemeinschaft mit anderen Abhängigen außerhalb der „krankmachenden“ Umwelt erreicht werden kann, wobei die Tages- und Wochenstruktur, die Arbeits- und Freizeitgestaltung, die selbständige Lebensführung und die Arbeit für die Gemeinschaft zentrale Aspekte darstellen. In Deutschland finden sich überwiegend stationäre therapeutische Wohngemeinschaften, die sozialtherapeutische Prinzipien mit professioneller Einzel- und Gruppentherapie kombiniert haben. Pro Jahr werden etwa 35.000 Klienten in abstinenzorientierten Maßnahmen behandelt.

Organisation der Behandlung

Bis vor wenigen Jahren galt in Deutschland die stationäre Behandlung von Drogen- und Medikamentenabhängigen als das Mittel der Wahl. Ambulante Behandlung wurde insbesondere bei Drogenabhängigen als Kunstfehler betrachtet, obwohl bereits in frühen Pilotstudien (Feldhege et al., 1977, 1978; Spies, Böhmer & Bühringer, 1992) gezeigt werden konnte, daß die Ergebnisse mit denen einer stationären Behandlung vergleichbar sind. In den letzten Jahren hat sich hier ein Wandel vollzogen. Ambulante Behandlung wird mehr und mehr als gleichberechtigte Form neben der stationären Behandlung an-

gesehen. Ein Behandlungsprogramm ist dann optimal, wenn sich ambulante und stationäre Phasen je nach Indikationen ergänzen. Die Methadon-Substitution wird nahezu ausschließlich ambulant durchgeführt, überwiegend in Arztpraxen.

Dauer der Behandlung

Aufgrund des chronischen Verlaufs der Abhängigkeit wurde früher möglichst lange stationär behandelt. Aufenthaltszeiten von bis zu 2 Jahren waren keine Seltenheit. Die damalige hohe Abbruchquote wurde als notwendiges Übel hingenommen. In der Zwischenzeit hat sich die Meinung durchgesetzt, daß bei abstinenzorientierter Behandlung kürzere stationäre Zeiten von etwa 4–8 Monaten bei Drogenabhängigen und 2–4 Monaten bei Medikamentenabhängigen, verbunden mit einer langfristigen ambulanten Weiterbehandlung und Nachsorge, die bessere therapeutische Alternative darstellen. Im Gegensatz dazu wird eine Methadon-Substitution möglichst lange durchgeführt, da die Rückfallquoten bei kurzer Behandlung und/oder zwangsweiser Beendigung sehr hoch sind (90 % und mehr).

Umfassender therapeutischer Ansatz

Je jünger Personen bei Konsumbeginn und Abhängigkeitsbeginn sind, desto wichtiger ist es, eine umfassende Umstrukturierung des Lebens in die Therapie einzubeziehen. Drogenabhängigen, die ihre Abhängigkeit im Alter unter 20 erworben haben, fehlt in der Regel eine ihrer Intelligenz angemessene Schul- und Berufsausbildung. Auch die für das selbständige Erwachsenenleben notwendigen Verhaltenskompetenzen fehlen weitgehend. Ein solcher umfassender Therapieansatz erfordert häufig die Behandlung von Partnerschaftsstörungen, die Neugestaltung des Freizeitbereichs, das Nachholen von Schul- und Berufsausbildungen, die Behandlung der häufig auftretenden Konzentrations- und Arbeitsstörungen sowie den Aufbau einer langfristig angelegten Zukunftsplanung. Bei einem Medikamentenabhängigen, der seine Abhängigkeit erst im Alter zwischen 30 und 40 Jahren ausbildet, entfallen diese Probleme meistens.

In der Gruppentherapie werden die für Michael spezifischen Auslöser für Rückfälle zusammengestellt. Er lernt mit verdeckten Übungen (z. B. verdeckte Sensibilisierung) und Rollenspielen in den kritischen Rückfallsituationen adäquat zu reagieren bzw. nach einem erneuten Konsum möglichst nicht vollständig rückfällig zu werden. Weiterhin lernt er, mit Konfliktsituationen im Partnerschaftsbereich besser umzugehen (z. B. Kritik angemessen zu formulieren) und auf positive Emotionen ohne Drogenkonsum stärker zu achten, da ihm im Leben nichts mehr interessant und wichtig erschien. Das „Knast- und Drogenverhalten“ reduziert er u. a. durch Rollenspiele, durch die Änderung des Sprachvokabulars (ohne drogenbezogene Begriffe) und einen veränderten Tagesablauf.

4.3 Wichtige Zielbereiche und therapeutische Verfahren

In Tabelle 4 sind am Beispiel der Funktions- und Entwicklungsstörungen von Drogenabhängigen (vgl. Tabelle 2) die wichtigsten verhaltenstherapeutischen

Tabelle 4
Funktions- und Entwicklungsstörungen bei Abhängigen und verhaltenstherapeutische Maßnahmen

Störungen	Maßnahmen
1. Psychische Funktionsstörungen	
1.1 Wahrnehmungsstörungen – Zahlreiche ursprüngliche neutrale interne und externe Reize wirken als konditionierte Stimuli für abhängigkeitsbezogenes Verhalten (z. B. Entzugerscheinungen, Wunsch nach Drogen, Beschaffung, Konsum)	– Sammlung individueller Stimuli – Gedankenstopp – Koverantenkontrolle – verdeckte Sensibilisierung – Ablehnungstraining im Rollenspiel
1.2 Gedächtnisstörungen – Starke Konzentrationsstörungen	– Aufgabenschwierigkeit steigern (mit Kontrakten)
1.3 Denkstörungen/Problemlösestörungen – Langandauernde Perioden zwanghaft eingeschränkter Gedanken über Rauscherlebnisse, über erneuten Konsum und geeignete Wege zur Beschaffung der Drogen – Einseitige Problemlösung durch Flucht in erneute Drogeneinnahme	– Gedankenstopp – Verhaltensalternativen üben – Problemanalyse und Entscheidungstraining
1.4 Sprachstörungen – Eingeschränktes Sprachrepertoire für emotionale Äußerungen – Abhängigkeitsbezogenes Sprachrepertoire (bei jungen Drogenabhängigen auch mit subkulturellen Begriffen)	– Löschung drogenbezogener Begriffe – Selbstkontrollverfahren
1.5 Emotionale Störungen – Unausgeglichenes und nicht situationsangepaßtes impulsives Verhalten (verbal und körperlich aggressives Verhalten, Rückzugstendenzen, depressives Verhalten – Schnell wechselnde Stimmungen	– Selbstbeobachtung – Kommunikationsübungen – Rollenspiele
1.6 Motivationsstörungen – Geringe Kompromißfähigkeit – Geringe Fähigkeit zur Bewältigung schwieriger Situationen und langwieriger Aufgaben – Geringe Toleranz gegenüber ver-	– Motivationales Interview – Zusammenstellung schwieriger Situationen – Rollenspiele – Kontrakte mit abgestufter Schwierigkeit – Positives Selbstkonzept

Tabelle 4 Fortsetzung

Störungen	Maßnahmen
zögerten Erfolgserlebnissen – Geringe Fähigkeit im Umgang mit Mißerfolgen	
1.7 Störungen der Psychosomatik	
– Stark verlangsamte oder agitierte Psychomotorik (je nach pharmakologischer Wirkung der Substanzen)	– Symptomatik verschwindet nach längerer Abstinenz – Aktivierungsübungen
2. Entwicklung im Bereich der Lebensführung (Beginn des Substanzmißbrauchs bereits während der Pubertät oder im Jugendalter)	
– Altersunangepaßtes „kindisches“ Verhalten (z. B. keine Übernahme von Verantwortung)	– Sammlung von Interessen (Beruf, Freizeit)
– Fehlende Fähigkeit zu einer selbständigen Lebensführung	– Rollenspielübungen (Bewerbungsgespräche, Kommunikation, Selbstsicherheit)
– Fehlende oder abgebrochene Schul- und Berufsausbildung	– Abgestufte Dauer täglicher Arbeit (mit Punktesystemen)
– Partnerschafts- und Sexualtherapie	– Kontrakte (z. B. Verantwortung übernehmen)
– mangelnde Freizeitgestaltung	
– Fehlende oder lediglich drogenkonsumierende Bezugsgruppe	
– Fehlende Partnerschaften (oder nur zweckbezogen auf Drogenerwerb); häufig mit Partnerschafts- und Sexualstörungen verbunden	

Maßnahmen zusammengestellt (für eine ausführliche Darstellung eines verhaltenstherapeutischen Programms vgl. Kraemer & De Jong, 1980; für eine Übersicht über verhaltenstherapeutische Ansätze Onken, Blaine & Boren, 1993; Beck, Wright, Newman & Liese, 1993; für eine Darstellung der in Deutschland eingesetzten Maßnahmen Küfner et al., 1994).

Neben der Notsituation stellt der Rückfall das zweite zentrale Problem bei der Behandlung dar. Langzeitverläufe zeigen, daß 40 %–80 % spätestens nach zwei bis fünf Jahren rückfällig geworden sind (ein großer Teil der rückfälligen Opiatabhängigen bereits in den ersten Tagen nach Behandlungsende). Erst seit wenigen Jahren befaßt sich die Forschung systematisch mit dem Thema, vor allem durch die theoretischen und experimentellen Arbeiten von Marlatt und Gordon (1985). Aus ihren Untersuchungen haben sie zahlreiche neue Ansätze für Rückfallpräventions-Programme entwickelt (ausführliche Darstellung in Körkel, Lauer & Scheller, 1995).

4.4 Ergebnisse

Zur Beurteilung der Effektivität der unterschiedlichen therapeutischen Programme liegen kaum Daten aus kontrollierten Therapiestudien mit Zufallszuweisung zu verschiedenen Interventionsformen vor. Die wenigen Studien beschränken sich im Ausland vor allem auf amerikanische Methadon-Erhaltungsprogramme. Es wurde untersucht, inwieweit diese Programme bei unterschiedlicher Durchführung bzw. bei Einbeziehung einer jeweils isolierten zusätzlichen therapeutischen Technik (zum Beispiel Entspannungstraining) verbesserte Ergebnisse zeigen. Darüber hinaus mangelt es auch an Therapiestudien mit unbehandelten Kontrollgruppen, da diese aus praktischen Gründen kaum gebildet werden können: Es gibt keine Drogenabhängigen, die zur Behandlung bereit sind und dann einige Wochen warten wollen.

In den USA wurden zwei große multizentrische Feldstudien mit mehreren tausend Klienten aus zahlreichen Therapieeinrichtungen durchgeführt (Hubbard et al., 1984; Simpson, 1984). In der Katamnese von Simpson mit über 6.000 Klienten aus 34 Therapieeinrichtungen ergaben sich ein Jahr bzw. fünf Jahre (Klammerwerte) nach Ende der Behandlung folgende Ergebnisse:

	erfolgreich	gebessert
<i>Ambulante Methadon-Erhaltungstherapie (Abstinenz bzw. noch in Substitution)</i>	27 % (30 %)	41 % (26 %)
<i>Stationäre therapeutische Einrichtung (Abstinenz)</i>	28 % (37 %)	40 % (16 %)
<i>Ambulante Behandlung (Abstinenz)</i>	24 % (35 %)	33 % (20 %)
<i>Entgiftungsbehandlung ohne Rehabilitation (Abstinenz)</i>	15 % (20 %)	25 % (16 %)
<i>Frühabbrecher (lediglich einen Tag Behandlung, kann hilfsweise als Kontrollgruppe zur Abschätzung der Spontanremission verwendet werden)</i>	14 % (21 %)	27 % (16 %)

Die Ergebnisse der ersten drei Therapiemodalitäten zeigen keine signifikanten Unterschiede. Betrachtet man nur Klienten mit einem längeren Aufenthalt, so verbesserten sich die Erfolgsquoten je nach Therapiemodalität um etwa ein Drittel. Wegen zahlreicher methodischer Probleme ist eine differenzierte Analyse der Ergebnisse allerdings fragwürdig.

Im deutschsprachigen Raum gibt es zwei multizentrische stationäre Therapiestudien, die eine mit etwa 300 Klienten aus 13 Einrichtungen und einer Katamnesedauer von bis zu vier Jahren (Herbst & Hanel, 1989 a, b; Herbst, 1992) die andere mit 32 stationären Einrichtungen und etwa 9.000 Klienten, wobei bei letzterer allerdings keine Katamnesen durchgeführt wurden (Küfner et al., 1994). Demnach ergeben sich etwa folgende Werte:

- Anteil der Klienten mit planmäßigem Behandlungsende: 28 % (Schwankungsbereich 10 % bis 60 %).
- Erfolgreiche Behandlung nach 1 Jahr (reguläre Beender): 50 %
- Erfolgreiche Behandlung nach 4 Jahren (reguläre Beender): 27 %

Systematische Therapiestudien zur ambulanten abstinenzorientierten Behandlung von Opiatabhängigen gibt es in Deutschland erst in den Anfängen.

In einer Untersuchung mit einem ambulanten verhaltenstherapeutischen Programm (planmäßige Dauer etwa 10 Monate) haben 33 % die Behandlung planmäßig beendet, 47 % gehören zu den Frühabbrechern (Therapiedauer weniger als 3 Monate) und 19 % zu den Spätabbrechern (N = 78). Die Halbjahres-Katamnesen zeigen, daß je nach Kriterien 12 % bis 18 % der Klienten erfolgreich behandelt wurden und weitere 24 % deutlich gebessert sind (Dehmel, 1989; Spies, Böhmer & Bühringer, 1992).

Bei den noch geringen Untersuchungen zur Substitution mit Methadon in Deutschland lassen sich folgende erste Ergebnisse zusammenfassen (für eine ausführliche Darstellung vgl. Bühringer, Künzel & Spies, 1995; für eine kurze Übersicht Bühringer, Spies & Künzel, 1995):

- Die Haltequote liegt sechs Monate nach Substitutionsbeginn bei etwa 90 %, nach zwei Jahren bei etwa 75 % und ist damit besser als in drogenfreier Behandlung.
- Der Gesundheitszustand verbessert sich deutlich, die Beschaffungskriminalität geht um etwa 50 % zurück.
- Die berufliche Rehabilitation zeigt nur geringe Verbesserungen.
- Der Nebenkonsum mit anderen Substanzen wie Alkohol, Cannabis, Koka-in und Benzodiazepinen, teilweise in gesundheitsriskanten Kombinationen, ist mit 25 %-75 % erheblich; dies erschwert auch die notwendige Distanz zur Drogenszene.

Nur Einzelfällen ist es bisher gelungen, die Substitution erfolgreich zu beenden. Es muß nach bisherigen Erfahrungen davon ausgegangen werden, daß Behandlungszeiten von drei bis sechs Jahren notwendig sind, für einen Teil auch sehr viel länger. Alle Daten aus deutschen Untersuchungen stellen eine positive Selektion dar, da die Situation der Therapieabbrecher bei der Berechnung der Prozentwerte nicht berücksichtigt wurde.

5 Resumée

Insgesamt ist der wissenschaftliche Kenntnisstand in bezug auf die differenzierte Prognose des Therapieerfolgs, die Analyse der therapeutischen Wirkfaktoren und die Erfassung von Langzeitverläufen derzeit unbefriedigend. Die teilweise sehr lange Zeiträume umfassenden Katamnesen zeigen aber, daß Drogenabhängige eine wesentlich bessere Chance für eine langfristige Abstinenz bzw. zumindest für eine deutliche – durch Rückfälle gelegentlich unterbrochene – Besserung haben als ursprünglich angenommen wurde (für eine Analyse von Katamneseuntersuchungen und methodischen Problemen vgl. Herbst, 1991).

Weiterführende Literatur

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.

- Bühringer, G. & Kufner, H. (1996). Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. Mißbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen und Medikamenten. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Serie 2: Klinische Psychologie. Band 2: Psychische Störungen und ihre Behandlung* (S. 513–588). Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe.
- Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.). (1996). *Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart: G. Fischer.
- Platt, J. J. (1986). *Heroin Addiction: Theory, research and treatment* (second edition). Melbourne, Florida: Krieger (2nd printing 1988). Deutsche Übersetzung der ersten Ausgabe von 1976: Platt, J. J. & Labate, C. (1982). *Heroin sucht. Theorie, Forschung, Behandlung*. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Platt, J. J. (1995 a). *Heroin addiction. Theory, research and treatment. The addict, the treatment process and social control* (Vol. 2). Malabar, Florida: Krieger.
- Platt, J. J. (1995 b). *Heroin addiction. Theory, research and treatment. Treatment advances and Aids* (Vol. 3). Malabar, Florida: Krieger.
- Watzl, K. & Rockstroh, B. (Hrsg.). (1995). Themenheft Abhängigkeiten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24(2), 83–198.

Literatur

- American Psychiatric Association (Hrsg.). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA Press.
- Ausubel, D. P. (1964). *Drug addiction: Physiological, psychological, and sociological aspects*. New York: Random House.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.
- Bühringer, G. (1974). Zur Entstehung drogenabhängigen Verhaltens bei Jugendlichen. In *Bericht über den 28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie* (Band 4, S. 252–258).
- Bühringer, G., Künzel, J. & Spies, G. (1995). *Methadon-Expertise. Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 55). Baden-Baden: Nomos.
- Bühringer, G., Gastpar, M., Heinz, W., Kovar, K. A., Ladewig, D., Naber, D., Täschner, K. L., Uchtenhagen, A. & Wanke, K. (1995). *Methadon-Standards. Vorschläge zur Qualitätssicherung bei der Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen*. Stuttgart: Enke.
- Bühringer, G., Spies, G. & Künzel, J. (1995). Methadon-Substitution bei Opiatabhängigen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24(2), 184–192.
- Dauderer, M. (1988). *Klinische Toxikologie, Band 3: Drogen*. München: Ecomed Verlag (35. NL.).
- Dehmel, S. (1989). Therapieergebnisse sowie Unterschiede zwischen planmäßigen Therapiebeendern und Abbrechern bei der ambulanten Behandlung von Drogenabhängigen. In W. Feuerlein, G. Bühringer & R. Wille (Hrsg.), *Therapieverläufe bei Drogenabhängigen. Kann es eine Lehrmeinung geben?* (S. 75–101). Berlin: Springer.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). (1991). *Medikamentenabhängigkeit. Eine Information für Ärzte* (3. neubearbeitete Aufl.). Hamm: DHS.

- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). (1995). *Drogenabhängigkeit. Eine Information für Ärzte* (2. neubearbeitete Aufl.). Hamm: DHS.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V(F), klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation*. Bern: Huber.
- Dole, V. P. & Nyswander, M. E. (1967). Rehabilitation of the street addict. *Archives of Environmental Health*, 14, 30–309.
- Feldhege, F.-J., Krauthan, G., Schneider, R., Schulze, B. & Vollmer, H. C. (1977). Ein ambulantes Breitbandprogramm zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, I(2), 15–32.
- Feldhege, F.-J., Krauthan, G., Schneider, R., Schulze, B. & Vollmer, H. (1978). Ein ambulantes Breitbandprogramm zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, II(3), 3–14.
- Fredersdorf, F. (1995). *Leben ohne Drogen. Zwei Jahrzehnte Synanon* (2. Aufl.). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Gsellhofer, B. & Bühringer, G. (1995). HIV-Infektion bei Drogenabhängigen: Aktuelle Situation und zukünftige präventive Maßnahmen. *Sucht* 41(5), 355–361.
- Gsellhofer, B., Fahrner, E.-M. & Platt, J. J. (1994). *European Addiction Severity Index. Deutsche Version*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Heckmann, W., Püschel, K., Schmoldt, A., Schneider, V., Schulz-Schaeffer, W., Soellner, R., Zenker, C. & Zenker, J. (1993). *Drogennot- und -Todesfälle. Eine differentielle Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie der Drogenmortalität: Drogentodesfälle in Berlin, Bremen, Hamburg, Drogennotfälle in Bremen und Hamburg*. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 28). Baden-Baden: Nomos.
- Herbst, K. (1991). Evaluationsprobleme und Lösungsansätze in der Therapieforschung am Beispiel der stationären Entwöhnungsbehandlung von Drogenabhängigen. In Projektträgerschaft Forschung im Dienste der Gesundheit in der Deutschen Forschungsanstalt für Luft- und Raumfahrt e.V. (DLR) im Auftrag des Bundesministers für Forschung und Technologie (Hrsg.), *Suchtforschung. Bestandsaufnahme und Analyse des Forschungsbedarfs* (S. 137–156). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH.
- Herbst, K. (1992). Verlaufsanalyse bei Drogenabhängigen nach stationärer Behandlung. *Sucht*, 38, 147–154.
- Herbst, K. & Hanel, E. (1989 a). Meßbare Größen des Therapieprozesses bei Drogenabhängigen in stationärer Entwöhnungsbehandlung. In W. Feuerlein, G. Bühringer & R. Wille (Hrsg.), *Therapieverläufe bei Drogenabhängigen. Kann es eine Lehrmeinung geben?* (S. 170–183). Berlin: Springer.
- Herbst, K. & Hanel, E. (1989 b). Verlauf der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Drogenabhängigen. *Suchtgefahren*, 35, 235–251.
- Herbst, K., Kraus, L. & Scherer, K. (1996). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Schriftliche Erhebung 1995*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Hubbard, R. L., Rachal, J. V., Craddock, S. G. & Cavanaugh, E. R. (1984). Treatment outcome prospective study (TOPS): Client characteristics and behaviors before, during, and after treatment. In F. M. Tims & J. P. Ludford (Eds.), *Drug abuse treatment evaluation: strategies, progress, and prospects* (NIDA Research Monograph 51) (pp. 42–68). Washington, DC.
- Hüllinghorst, R. (1994). Zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 95* (S. 153–162). Geesthacht: Neuland.

- Kanfer, F. H. (1986). Implications of a self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviors. In W. E. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors. Processes of change* (pp. 29–47). New York: Plenum.
- Körkel, J., Lauer, G. & Scheller, R. (1995). *Sucht und Rückfall*. Stuttgart: Enke.
- Kraemer, S. & De Jong, R. (Hrsg.). (1980). *Therapiemanual für ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen*. München: Röttger.
- Küfner, H., Denis, A., Roch, I., Arzt, J. & Rug, U. (1994). *Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 37). Baden-Baden: Nomos.
- Lehnitzk-Keiler, C. & Simon, R. (1996). *Jahresstatistik 1995 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Berichtszeitraum: 1.1.1995–31.12.1995* (SEDOS-Berichte Bd. 2). Hamm: SEDOS AG bei der DHS.
- Lindesmith, A. R. (1947). *Opiate addiction*. Bloomington, IN: Principia.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissim, G., Pattinati, H. & Argerou, M. (1992). The fifth edition of the Addiciton Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.
- Melchinger, H., Schnabel, R. & Wyns, B. (1992). *Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 13). Baden-Baden: Nomos.
- O'Brien, C. P. & Jaffe, J. H. (Hrsg.). (1992). *Addictive states* (Association for Research in Nervous and Mental Disease, Volume 70). New York: Raven.
- O'Brien, C. P., Childress, A. R., McLellan, A. T. & Ehrman, R. (1992). A learning model of addiction. In C. P. O'Brien & J. H. Jaffe (Eds.), *Addictive states* (pp. 157–177). New York: Raven.
- Onken, L. S., Blaine, J. D. & Boren, J. J. (Hrsg.). (1993). *Behavioral treatments for drug abuse and dependence* (NIDA-Research Monograph 137). Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Platt, J. J. (1986). *Heroin Addiction: Theory, research and treatment* (2nd edition). Melbourne, Florida: Krieger.
- Platt, J. J. (1995 a). *Heroin addiction. Theory, research and treatment. The addict, the treatment process and social control* (Vol. 2). Malabar, Florida: Krieger.
- Platt, J. J. (1995 b). *Heroin addiction. Theory, research and treatment. Treatment advances and Aids* (Vol. 3). Malabar, Florida: Krieger.
- Poser, W. (1987). Langzeituntersuchungen bei Medikamentenabhängigen. In D. Kleiner (Hrsg.), *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten* (S. 70–86). Berlin: Springer.
- Poser, W., Poser, S., Thaden, A., Eva-Kondemarin, P., Dickmann, U. & Stötzer, A. (1990). Mortalität bei Patienten mit Arzneimittelabhängigkeit und Arzneimittelkonsum. *Suchtgefahren*, 36, 313–319.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. E. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors. Processes of change* (pp. 3–27). New York: Plenum.
- Rado, S. (1933). The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction). *Psychoanalytic Quarterly*, 2, 1–23.
- Remien, J. (1995). Medikamente mit Mißbrauchspotential. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 96* (S. 124–133). Geesthacht: Neuland.

- Schmitz, R. (1982). Opium als Heilmittel. In G. Völger & K. von Welck (Hrsg.), *Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich* (S. 650–661). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Sickinger, R. & Kindermann, W. (1992). Recovery from opiate addiction: A longitudinal perspective study. In G. Bühringer & J.J. Platt (Eds.), *Drug addiction treatment research. German and American perspectives* (pp. 173–186). Malabar, Florida: Krieger.
- Simon, R., Tauscher, M. & Gessler, A. (1997). *Suchtbericht 1997*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Simpson, D. D. (1984). National treatment system evaluation based on the drug abuse. Reporting program (DARP). Follow-up research. In F. M. Tims & J. P. Ludford (Eds.), *Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress, and prospects*. NIDA Research Monograph 51 (pp. 27–41). Washington, DC.
- Spies, G., Böhmer, M. & Bühringer, G. (1992). Evaluation of a drug-free outpatient treatment program for drug addicts. In G. Bühringer & J. J. Platt (Eds.), *Drug addiction treatment research. German and American perspectives* (pp. 323–332). Malabar, Florida: Krieger.
- Tauscher, M., Simon, R., Bühringer, G., Helas, I., Schmidtobreck, B. & Hüllinghorst, R. (1996). *Jahresstatistik 1995 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. Berichtszeitraum: 1.1.1995–31.12.1995* (EBIS-Berichte, Band 23). Hamm: EBIS-AG bei der DHS.
- Tims, F. M. & Leukefeld, C. G. (1993). *Cocaine Treatment: Research and Clinical Perspectives* (NIDA Research Monograph 135). Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Uchtenhagen, A. (1987). Langzeitverläufe bei erwachsenen Toxikomanen. In D. Kleiner (Hrsg.), *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten* (S. 137–148). Berlin: Springer.
- Vollmer, H. C. (1995). Innere und äußere Realität und entwicklungspsychologische Aspekte der Abhängigkeit. Verhaltenstherapeutische Sicht. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H. C. Vollmer (Hrsg.), *Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität. Praxis der Suchttherapie im Methodenvergleich* (S. (30–78). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ward, J., Mattick, R. & Hall, W. (1992). *Key issues in methadone maintenance treatment*. Kensington: New South Wales University Press.
- Wikler, A. (1965). Conditioning factors in opiate addiction and relapse. In D. M. Wilner & G. G. Kassebaum (Eds.), *Narcotics* (pp. 85–100). New York: McGraw-Hill.