

Drogenabhängigkeit

Heinz C. Vollmer* und Gerhard Bühringer**

Einführung

Zum besseren Verständnis der Falldarstellung werden im folgenden einige allgemeine Informationen über Drogenabhängigkeit gegeben.

Diagnose

Das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen DSM IV sowie der Diagnoseschlüssel und das Glossar psychiatrischer Krankheiten ICD-10 sind zur Diagnose der Abhängigkeit von illegalen Drogen gut geeignet. In der alltäglichen klinischen Praxis sind bei Abhängigen in der Regel zahlreichere Kriterien erfüllt als für die Diagnose „Abhängigkeit“ notwendig wären. Am eindrucksvollsten sind die Entzugsserscheinungen, die nach Reduzierung oder Absetzen der Drogeneinnahme auftreten, und je nach Art der psychotropen Substanz unterschiedlich ausfallen können. Schlaflosigkeit, Angst oder Reizbarkeit, Unruhe, Tremor, Schwäche sowie Depressionen sind einige der Symptome, die nach Absetzen der Droge auftreten und meistens eine medizinische stationäre Behandlung erfordern. Bei Amphetaminen, Kokain und Cannabis ist die Entzugssymptomatik schwächer ausgeprägt als bei Opiaten, Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika und sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten nicht so leicht erkennbar. Die Entzugssymptome verschwinden nach 7 bis 14 Tagen, können aber in leichter Ausprägung mehrere Wochen andauern. So klagen zum Beispiel Konsumenten von Remedacen noch 4 Wochen nach

* Salus-Therapiezentrum Friedberg

** IFT, München

Absetzen des Medikamentes über Entzugssymptome. Ein zweites entscheidendes Kriterium zur Diagnose der Abhängigkeit ist die Vermeidung oder Reduzierung der Entzugssymptome durch die Fortführung oder Wiederaufnahme des Drogenkonsums. Toleranzentwicklung* ist in der alltäglichen klinischen Praxis als Kriterium der Abhängigkeit bei Drogenabhängigen nur selten meßbar, da der Konsum verschiedener Drogen in kurzer zeitlicher Folge und mangelnde Kenntnisse über den Reinheitsgehalt der Substanzen nur ungenaue Angaben über die Dosierung erlauben.

Neben den Entzugssymptomen und deren Vermeidung durch Drogenkonsum ist für Drogenabhängige außerdem typisch, daß sie sehr viel Zeit darauf verwenden, die Droge zu beschaffen, und daß sie Verpflichtungen vernachlässigen (z. B. beruflicher oder familiärer Art) sowie soziale, berufliche und Freizeitaktivitäten aufgeben. Häufig steht der gesamte Lebensablauf unter vollständiger Kontrolle des Drogenerwerbs und -gebrauchs.

Prävalenz

Die am weitesten verbreitete illegale Droge ist Cannabis. 10,5 % der 12- bis 39jährigen in den alten Bundesländern haben Erfahrung mit dieser Substanz, hingegen nur 0,9 % mit Opiaten und 0,8 % mit Kokain (life-time Prävalenz, Simon & Wiblishauser, 1993). Die Anzahl der Abhängigen von harten Drogen wird in der Bundesrepublik auf ca. 100.000 geschätzt (Bühringer & Küfner, 1996).

Genese

Die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit verläuft bei den meisten Abhängigen ähnlich. Im Durchschnitt beginnen sie im Alter von etwa 12 Jahren Zigaretten zu rauchen, mit Cannabis und/oder Alkohol mit etwa 14 Jahren, für Opiate, Amphetamine und/oder Kokain liegt das Einstiegsalter bei etwa 17 Jahren. Opiate und Amphetamine werden in den ersten Monaten in der Regel nur gelegentlich geschnupft, dann jedoch – je nach Verfügbarkeit der Drogen – fast täglich intravenös gespritzt. Kokain hingegen wird von den meisten auch weiterhin unregelmäßig geschnupft oder zusammen mit Heroin intravenös appliziert. Im Verlauf der Drogengenesen werden viele andere Substanzen ausprobiert (z. B. Halluzinogene wie

* Toleranzentwicklung: Bei gleicher Substanzmenge nimmt die Wirkung ab, so daß die Menge gesteigert wird, um die gleiche Drogenwirkung zu erzielen.

LSD, Barbiturate wie Medinox, Benzodiazepine wie Rohypnol), auf die zurückgegriffen wird, wenn die Hauptdroge (vorübergehend) nicht verfügbar ist. Während sich bei intravenöser Injektion von Opiaten oder Amphetaminen eine Abhängigkeit innerhalb weniger Wochen entwickelt, können bei nasaler oder oraler Applikation dieser oder der anderen Drogen Monate vergehen, bis der gelegentliche Konsum in Mißbrauch, und Jahre, bis der Mißbrauch in Abhängigkeit übergeht.

Prädisponierende Faktoren

Störungen des Sozialverhaltens in der Kindheit oder Adoleszenz (z. B. antisoziales Verhalten) können zur Entwicklung einer Abhängigkeit prädisponieren. Persönlichkeitsstörungen sind häufig bei Drogenabhängigen vorzufinden, bei Männern insbesondere die antisoziale, bei Frauen häufig die histrionische Persönlichkeitsstörung. Kinder, bei denen ein Elternteil abhängig ist/war, haben ein höheres Risiko, selbst abhängig zu werden. Die Bedeutung genetischer Faktoren ist nicht ausreichend untersucht. Bestimmte Muster der familiären Interaktion, das Fehlen einer konsequenten elterlichen Erziehung und das Fehlen eines oder beider Elternteile scheinen prädisponierende Faktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeit zu sein. Hinzu kommt die räumliche und zeitliche Nähe von Drogen. Sind keine Drogen durch gleichaltrige oder etwas ältere Personen in der Nachbarschaft der gefährdeten Person verfügbar, so ist die Wahrscheinlichkeit, mit dem Konsum von Drogen zu beginnen, sehr gering. Die bei jedem Patienten individuelle Berücksichtigung der prädisponierenden Faktoren einer Abhängigkeit ist für eine erfolgreiche Therapie ebenso wichtig wie die Komplikationen (Bühringer, 1998, Vollmer, 1995).

Komplikationen

Charakteristisch für den jugendlichen Drogenmißbraucher oder -abhängigen ist der soziale Rückzug gegenüber Personen, die keine Drogen konsumieren (z. B. Eltern, Geschwister, Freunde) und die Fixierung auf eine in der Drogenszene verankerte Peergroup. Für die spätere Therapie ist von Bedeutung, daß der drogenkonsumierende Jugendliche in seiner Bezugsgruppe ab dem 14. Lebensjahr – häufig auch schon einige Jahre früher – eine andere Sozialisation erfährt als ein Jugendlicher, der sich länger an seinen Eltern und an einer drogenfreien Gruppe orientiert. Der Drogenkonsument lernt in dieser entscheidenden Entwicklungsphase im Gegensatz zu seinen drogenfreien Altersgenossen keine angemessenen Konfliktbewältigungsstrategien, Kommunikationsfertigkeiten, Kontakt- und Arbeits-

verhalten und andere Verhaltens-, emotionale und kognitive Fertigkeiten. Mehrjährige Abhängigkeit führt häufig zu einer Beeinträchtigung zielgerichteter Verhaltensweisen. Auch nach mehrmonatiger Drogenfreiheit leben die Patienten in den Tag hinein, haben keine aktiven Freizeitbeschäftigungen, erledigen keine Behördenangelegenheiten, schaffen keine mehrstündigen Arbeiten und haben starke Defizite in Konzentration und Durchhaltevermögen. Diese Störungen, die am ehesten bei Patienten auftreten, die sehr häufig Cannabis und/oder Halluzinogene genommen haben, werden in der Literatur des öfteren als „Amotivationsyndrom“ bezeichnet. Eine weitere Komplikation des Mißbrauchs oder der Abhängigkeit von Drogen sind depressive Symptome und eine erhöhte Suizidalität. Die hohe Mortalitätsrate bei Drogenabhängigen ist auf die hohe Anzahl der Suizide zurückzuführen, die sowohl im intoxikierten als auch nüchternen Zustand auftreten, auf eine unbeabsichtigte Überdosierung der Droge, auf medizinische Komplikationen, die durch die Abhängigkeit (z. B. Herzversagen) oder den Lebensstil des Abhängigen (z. B. Infektionskrankheiten) verursacht werden, und auf durch den Drogenkonsum bedingte riskante Verhaltensweisen (z. B. Autounfälle). Auch mehrere Wochen nach einer erfolgreichen Entgiftung berichten Drogenabhängige häufig ängstliche und/oder depressive Stimmungen und körperliche Beschwerden (z. B. Migräne). Erst im Verlauf der mehrmonatigen Therapie kann differentialdiagnostisch entschieden werden, ob es sich dabei um eine Anpassungs- oder um affektive bzw. Angststörungen oder einen durch psychische Faktoren beeinflussten körperlichen Zustand handelt.

Stationäre / ambulante Therapie

Die prädisponierenden Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit, der Beginn des Mißbrauchs von Drogen in der frühen Adoleszenz und die durch ihn bedingten Sozialisationsdefizite, der zumeist mehrjährige Konsum von Drogen hoher Suchtkapazität, die medizinischen und psychischen Folgeerkrankungen und die fast ausschließliche Fixierung des Abhängigen auf die Drogenwelt erfordern eine alle diese Aspekte berücksichtigende, intensive und lange Therapie. Unter günstigen situativen Bedingungen (z. B. fester Arbeitsplatz, drogenfreier Partner, keine offene Drogenszene am Wohnort) kann eine ambulante Therapie für Drogenabhängige erfolgreich sein. In der Regel ist eine stationäre Therapie von etwa 6- bis 12monatiger Dauer im Rahmen einer therapeutischen Wohngemeinschaft indiziert. Zuvor erfolgt durch Therapeuten einer Drogenberatungsstelle eine sich häufig über mehrere Monate erstreckende Motivierung des Abhängigen zu einer Therapie. Nach einer ein- bis dreiwöchigen Entgiftung auf einer geschlossenen medizinischen Station wird der Drogenab-

hängige unmittelbar in eine Therapieeinrichtung zur stationären Entwöhnungsbehandlung aufgenommen. Nach erfolgreichem Abschluß dieser Therapie sollte eine ambulante oder teilstationäre Weiterbehandlung folgen.

Der Patient, der im folgenden vorgestellt wird, wurde stationär behandelt. Zu den verbindlichen Standardinterventionen gehörten Verhaltensanalyse, ein Training zum Erwerb sozialer Basisfertigkeiten und ein Punkte-Verstärkungssystem. Die meisten Interventionen wurden je nach Indikation angeboten, so zum Beispiel kognitive Umstrukturierung, Kommunikationstraining, Rückfallprävention, verdeckte Kontrolle, Selbstsicherheits- und Aktivitätstraining. Die Erfolgsquote einer stationären verhaltenstherapeutischen Behandlung Drogenabhängiger liegt bei etwa 35 % unter Berücksichtigung aller Aufnahmen. Verhaltenstherapeutische Therapieprogramme sind dargestellt bei Bühringer, de Jong, Kaliner, Kraemer, Ferstl & Feldhege (1978), Vollmer & Dvorak (1983), Vollmer (1985), Vollmer, Ferstl & Ellgring (1992).

Vorbemerkung

Für die Falldarstellung wurde der im folgenden beschriebene Patient ausgewählt, da verschiedene Aspekte der Genese, der Aufrechterhaltung und des Therapieverlaufs bei ihm typisch für Drogenabhängige sind. Der Therapeut stufte auf der Grundlage seiner Erfahrungen mit ähnlichen Patienten die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Behandlung als gering ein und hoffte, durch Schwierigkeiten im Therapieverlauf, Charakteristika der Therapie Drogenabhängiger für den Leser besser herausarbeiten und darstellen zu können. Es wird im folgenden zwischen der Falldarstellung und den Kommentaren dazu unterschieden, die dem nicht mit der Verhaltenstherapie Drogenabhängiger vertrauten Leser das Verständnis erleichtern sollen.

1 Beschreibung der Störung

Biographische Angaben

Der 25jährige ledige Patient (Herr B.) hat nach dem qualifizierten Hauptschulabschluß eine Gesellenprüfung als Maurer absolviert, anschließend mit seinem Vater (53 Jahre, Maurer) zusammengearbeitet. Die Mutter (49

Jahre, Bedienung) hat sich vor vier Jahren vom Vater getrennt. Der Patient hat bis zum 21. Lebensjahr bei seinen Eltern gelebt, nach der Trennung der Eltern bei seinem Vater. Der 27jährige Bruder ist vor 8 Jahren zu Hause ausgezogen.

Aktuelle Situation und Aufnahmebefund

Der Patient wurde nach 12tägiger Entgiftung auf der geschlossenen Station einer Psychiatrischen Klinik in die Therapieeinrichtung aufgenommen. Der untersetzte, kräftig gebaute, angespannt wirkende, aber munter dreinblickende Patient gab an, er habe vor 14 Tagen zuletzt Heroin und Cannabis zu sich genommen und vor 12 Tagen zuletzt Alkohol getrunken (16 Bier und 8 Schnäpse). Er hat eine gerichtliche Auflage zu einer Therapie nach § 35 BtMG. Der Patient berichtete, er traue sich zu, auch ohne eine Therapie abstinent von Opiaten und Kokain zu leben. In seinem Cannabis- und Alkoholkonsum sehe er keine Probleme, er werde auch in Zukunft beide Substanzen reduziert zu sich nehmen. Er würde sich irgendwie gerne ändern, die Lustlosigkeit während der Zeit des Opiatkonsums sei für ihn deprimierend gewesen. Er glaube, daß er sehr kontrolliert, sehr konsequent und korrekt sei. Andererseits reagiere er manchmal zu schnell aggressiv und fresse Ärger häufig in sich hinein. Der Patient ist gut konzentriert, zeigt keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, ist gut schwingungsfähig, seine Grundstimmung scheint eher gehoben zu sein. Bei seiner Aufnahme liegen weder Hinweise auf Intoxikation, auf akute Psychose oder akute Suizidalität vor.

Anamnese

Die folgenden Angaben beruhen auf Explorationen des Patienten und aller Familienmitglieder. Der auf Montage arbeitende Vater hatte einen autoritären Erziehungsstil, wenn er am Wochenende zu Hause war. Die berufstätige Mutter (tagsüber kümmerte sich eine Tante um den Patienten) nahm ihren Sohn häufig vor dem Vater in Schutz und erfüllte ihm finanziell alle Wünsche. Seit Beginn der Ehe haben sich die Eltern mehrmals während der Woche laut gestritten. Der Vater hatte wegen erhöhten Alkoholkonsums zwei Jahre seinen Führerschein verloren, wurde aber nie ärztlich behandelt. Die Mutter hatte mehrere Jahre an depressiven Verstimmungen gelitten (ohne Behandlung). Durch die Abwesenheit der Eltern und ihren entgegengesetzten Erziehungsstilen hatte der Patient von frühester Kindheit an sehr viele Freiheiten. Bereits seit seinem 13. Lebensjahr hielt er sich nur noch selten zu Hause auf. Er schloß sich einer Gruppe etwas

älterer Personen an, die ihn durch ihre lockere, unkonventionelle Art faszinierten. Gemeinsam wurden die üblichen Jugendstreiche begangen, aber auch delinquente Verhaltensweisen wie Ladendiebstähle, PKW-Einbrüche, Beschädigungen an PKWs kamen vor. Alkoholkonsum begann mit 13, Cannabis mit 16, Heroin und Kokain mit 18 Jahren. Seinen Führerschein hat der Patient dreimal wegen Alkoholproblemen verloren. Partnerschaften waren von sehr kurzer Dauer und scheiterten an Herrn B.s Alkohol- und Drogenkonsum. Es gab keine Phasen der Abstinenz seit dem 13. Lebensjahr, sondern lediglich kurze Zeiträume, in denen er eine von mehreren Drogen vorübergehend absetzte, zum Beispiel mehrwöchige Abstinenz von Heroin, bei gleichzeitiger Erhöhung des Alkoholkonsums.

Kommentar

Der Patient hat eine gerichtliche Auflage zu einer Therapie nach §35 BtMG. D. h., wenn er die Behandlung vorzeitig beendet, wird er inhaftiert, falls er nicht in sehr kurzer Zeit eine neue stationäre Therapie beginnt. Bei erfolgreichem Abschluß der Behandlung wird die Strafe, die der Patient noch offen hat, zur Bewährung ausgesetzt. Der Patient hätte ohne eine gerichtliche Auflage keine stationäre Therapie begonnen.

Typisch für viele Drogenabhängige zu Therapiebeginn ist die Einstellung, daß sie sich Abstinenz von Opiaten und Amphetaminen ohne eine Therapie zutrauen. Diese Fehleinschätzung basiert auf „erfolgreichen“ Selbstkontrollversuchen bezüglich der Abstinenz von beiden Drogen in der Vergangenheit der Patienten. Erst eine ausführliche Exploration ergibt in der Regel, daß die Patienten in solchen mehrmonatigen, von ihnen als drogenfrei bezeichneten Zeiten exzessiv andere Drogen (z. B. Cannabis, Alkohol, Medikamente) zu sich nehmen. Aus therapeutischer Sicht ist eine akzeptierende Haltung gegenüber den Einstellungen des Patienten notwendig und keine konfrontative Intervention, wie es früher bei der Behandlung Abhängiger üblich war. Eine ausführliche Exploration der angeblich drogenfreien Zeiten, die Analyse von Rückfällen, die Exploration von erfolglosen Selbstkontrollversuchen, eine motivierende Gesprächsführung sind Interventionen, die bei den Patienten zu einer Einstellungsänderung führen können.

Die Anamnese des Patienten ist typisch für die meisten Drogenabhängigen, die stationär behandelt werden: Häufige Streitigkeiten zwischen den Eltern, häufige Abwesenheit eines bzw. beider Elternteile, ein Elternteil hebt die Regeln des anderen wieder auf, Abwesenheiten vom Elternhaus sind seit frühester Jugend möglich, Orientierung an einer Gruppe Jugendlicher, die zu delinquenten Verhaltensweisen neigt und die zufällig in räumlicher Nähe zum Wohnsitz des Patienten besteht. Die Freizeit des Gefährdeten wird ab etwa dem 13. Lebensjahr geprägt durch Jugendstreiche, kleinere delinquente Verhaltensweisen und Alkohol- und Drogenkonsum. Die genaue zeitliche Reihenfolge ist häufig nicht mehr festzustellen. Wie der nächste Abschnitt der Falldarstellung zeigen wird, ist eine therapeutische Wohngemeinschaft mit ihren alltäglichen Konflikten eine ideale Rahmenbedingung, psychische Störungen, die dem Abhängigen nicht bekannt sind, zu erkennen. Auch wenn die diagnostische Phase innerhalb der ersten 6 Wochen des stationären Aufenthaltes schwerpunktmäßig abgeschlossen sein sollte, läßt es sich

bei Abhängigen mit der Neigung, Probleme zu überspielen, manchmal nicht vermeiden, daß noch 3 bis 4 Monate nach Therapiebeginn wichtige diagnostische Informationen gewonnen bzw. behandlungsbedürftige Störungen erstmalig erkannt werden. Zusätzlich zu den Verhaltensbeobachtungen in der therapeutischen Wohngemeinschaft gestattet die Exploration der Familienangehörigen und die Beobachtung der Familieninteraktion die Identifizierung von Störungen, die die Entwicklung der Abhängigkeit beeinflussen haben und die in Zukunft eine potentielle Rückfallgefahr bedeuten können.

Psychische Störungen und Zustände zu Beginn der Therapie (die ersten 6 Therapiewochen)

Der Patient entwickelt in den ersten 4 Wochen seines Aufenthaltes zu keinem Mitpatienten eine persönliche Beziehung und bespricht keine Probleme mit anderen Patienten. Der einzige engere Kontakt besteht zu einem Patienten über die Diskussion der Hausordnung und inwiefern diese von den anderen Patienten nicht eingehalten wird. Von anderen Patienten verlangt Herr B., daß Dinge so erledigt werden, wie er es für korrekt hält. Bei gegenteiligen Meinungen reagiert er mit Unverständnis und zieht sich lachend und kopfschüttelnd zurück. Über kleine Unkorrektheiten anderer Patienten wird er plötzlich aggressiv, ist mehrere Tage gedanklich damit beschäftigt, hat manchmal kurze wiederholte aufbrausende Phasen, daß sich andere Patienten nicht seiner Meinung entsprechend verhalten (z. B. Geschirr nicht abräumen, Blumen nicht gießen). Gefühle kann der Patient nicht bei sich benennen, auch wenn er erregt wirkt, äußert er, daß es ihm gut geht. Gefühle, die sein Verhalten bei den anderen auslösen, nimmt er ebenfalls nicht wahr. Der Patient ist nicht in der Lage, über sich und seine Probleme annähernd reflektiert zu berichten. Delinquente Verhaltensweisen stellt er zum Beispiel als Jugendstreiche dar, den Führerscheinentzug interpretiert er als unverständliches, rigides Verhalten der Behörden.

In der Arbeitstherapie arbeitet der Patient exzessiv, führt alle Arbeiten – mit Ausnahme von sehr komplexen Arbeiten, die in kurzer Zeitfolge mehrere eigenständige Entscheidungen erfordern (z. B. Kochen) – perfekt aus. Anweisungen von Autoritätspersonen befolgt er ohne Widerspruch. Bei den Therapeuten ist der Patient wegen seines korrekten, zuverlässigen und verantwortungsvollen Verhaltens beliebt.

Die Mutter äußert im Einzel- wie auch im gemeinsamen Gespräch mit dem Patienten keine Gefühle; belastende Situationen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum ihres Sohnes oder ihrer Ehe kann sie nicht schildern. Sie macht sich Vorwürfe, daß sie ihrem Sohn gegenüber zu nachgiebig war; insgesamt fällt eine depressive Grundstimmung der Mutter auf. Vater und Bruder zeigen sich im Einzelgespräch wie in den Gesprächen mit dem

Patienten sehr engagiert und aktiv, äußern konkrete Vorstellungen, wie es zur Drogenabhängigkeit kommen konnte (Schuld liegt bei ihnen bekannten Drogenhändlern) und wie der Patient ein drogenfreies Leben gestalten könnte (z. B. beim Vater wohnen und mit ihm in der gleichen Firma arbeiten). Vater und Bruder verhalten sich sehr zwanghaft und rigide, beide reagieren schnell aufbrausend. Der Patient bewundert seinen Vater und dessen korrektes, engagiertes Verhalten, hat aber entgegengesetzte Einstellungen bezüglich seiner Drogengenese. Der (Index-)Patient äußert in den Gesprächen mit seinen Familienangehörigen kaum eine eigene Meinung, geht nicht auf seine Angehörigen ein, äußert keine Gefühle, bei depressiven Äußerungen der Mutter oder bei extrem rigiden und zwanghaften Ansichten des Vaters zeigt er eine belustigt wirkende Mimik. Wenn es um Probleme untereinander geht, schauen sich alle Angehörigen nicht an, sondern sehen aus dem Fenster sowohl beim Reden als auch beim Zuhören. Vater und Sohn sind einander in ihren Grundeinstellungen (z. B. Perfektion, Korrektheit, Ordnung), ihren emotionalen (z. B. aufbrausen) und Verhaltensmustern (keine direkte Kommunikation) sehr ähnlich.

Kommentar

Das Selbstbild des Patienten war es, ohne Probleme zu sein und seine Umwelt unter Kontrolle zu haben. Abgesehen vom Drogenkonsum traf letzteres auf seine Drogenzeit zu einem großen Teil zu. Der Patient war „erfolgreich“ im Drogenhandel, arbeitete exzessiv, wenn finanziell attraktive Aufträge vorlagen. Um besser arbeiten zu können, reduzierte er vorübergehend den Opiat- und steigerte den Amphetaminkonsum und gewann so auch den Eindruck, den Konsum der Drogen unter Kontrolle zu haben. Die geringe Selbstreflexion des Patienten, seine Unkenntnis eigener Probleme und sein sozial geschicktes und ansprechendes Verhalten gegenüber den Therapeuten barg die Gefahr, psychische Störungen zu übersehen, die in funktionaler Beziehung zum Drogenkonsum stehen. Einige Therapeuten neigten dazu, Verhaltensstörungen des Patienten (übertriebene Hilfsbereitschaft, Verantwortungsgefühl, exzessives Arbeiten) als angemessenes und für sie angenehmes Verhalten zu akzeptieren. Erst die Analyse von Verhaltensweisen, sei es durch Explorationen oder Verhaltensbeobachtungen im drogenfreien Zustand des Patienten im Rahmen der Therapeutischen Wohngemeinschaft und die Einbeziehung der Familie, gestatteten das Erkennen für den Patienten noch unbekannter Problembereiche.

2 Diagnostik

Auf Grundlage der Informationen über die Genese des Patienten und über sein Verhalten in den ersten Wochen der Therapie wurden folgende vorläufige Diagnosen gestellt:

DSM IV

- | | | |
|------|---------|--|
| 1. | 304.00 | Opiatabhängigkeit (Hauptdiagnose) |
| | 303.90 | Alkoholabhängigkeit |
| | 305.20 | Mißbrauch von Cannabis |
| | 305.60 | Mißbrauch von Kokain |
| | 305.70 | Mißbrauch von Amphetaminen |
| II. | 301.40 | Zwanghafte Persönlichkeit |
| | V 61.20 | Eltern-Kind-Probleme |
| | V 62.81 | Andere zwischenmenschliche Probleme |
| | V 71.01 | Antisoziales Verhalten |
| III. | | Keine |
| IV. | | (drohende Inhaftierung und durch den Drogenkonsum
andere länger andauernde Belastungen) |
| V. | | Derzeitiger GAF: 45
Höchster Funktionsstand im letzten Jahr: 55 |

Kommentar

Zum besseren Verständnis der Persönlichkeit des Patienten und der Hintergründe für den Drogenkonsum ist eine Einzelaufzählung der verschiedenen Abhängigkeiten und der Mißbräuche sinnvoll. Die nach unseren Erfahrungen sehr selten vorzufindende Diagnose Polytoxikomanie trifft auch bei diesem Patienten nicht zu, da während seiner Drogenzeit jeweils eine psychotrope Substanz dominierte. Unter bestimmten situativen Bedingungen wurde zum Beispiel der Opiatkonsum reduziert und der Alkoholkonsum nahm zu. Abhängigkeit und/oder Mißbrauch als einzige Störung ist sehr selten vorzufinden. Bei den meisten Patienten liegen zusätzlich noch Persönlichkeitsstörungen und zwischenmenschliche Probleme vor.

Verhaltensanalyse

*1. Mißbrauch und Abhängigkeit von verschiedenen psychotropen Substanzen**Verhalten*

Täglich mehrmalige intravenöse Applikation von Heroin, manchmal gemischt mit Kokain. Bei mangelnder Verfügbarkeit von Opiaten und unter bestimmten situativen Bedingungen exzessiver Konsum von Alkohol, vorwiegend Bier und Schnaps. Gelegentlich intravenöse Aufnahme von Amphetaminen. Gelegentlich Rauchen von Cannabis. Wenigstens eine der Drogen wurde täglich genommen, der Drogenkonsum war über den ganzen Tag verteilt.

Kognitionen

Einstellung, den Konsum der Drogen einigermaßen unter Kontrolle zu haben, bestätigt dadurch, daß einige Drogen vorübergehend abgesetzt werden; die Zunahme anderer Drogen als Folge davon wird nicht wahrgenommen. Außerdem Eindruck der Kontrolle über Drogen durch die zufriedenstellende Ausführung verschiedener Arbeiten wie Maurerarbeiten, Handel mit Drogen. Daß für die Arbeit der Konsum von Amphetaminen notwendig ist, wird nicht wahrgenommen.

Körperliche Reaktion

Verlangen nach Drogen mit körperlichen Reaktionen: Schwitzen, Unruhe, Reizbarkeit, Muskelschmerzen, Tremor, Schlaflosigkeit.

*2. Symptome der zwanghaften Persönlichkeitsstörung**Verhalten*

Übermäßige Beschäftigung mit der Hausordnung und häufig wiederholte Appelle an Patienten, die Hausordnung einzuhalten (z. B. die Nachtruhe zu beachten). Ebenso häufiges und wiederholtes Ansprechen von trivialen, nachlässigen Verhaltensweisen anderer (z. B. Zimmertür offen lassen, Teller nicht wegräumen); dies wird abgelöst durch Phasen, in denen nichts angesprochen wird, sondern er belustigt, kopfschüttelnd, durch die Einrichtung läuft, bis es anscheinend nicht mehr auszuhalten ist und er in aufbrausende Verhaltensweisen übergeht mit in beleidigender Art und Weise erhobenen Beschwerden über triviale, unkorrekte Verhaltensweisen anderer. Er stellt Forderungen auf, daß andere Patienten sich genauso verhalten sollten, wie er es für richtig hält: Zum Beispiel, obwohl dafür nicht zuständig, versucht Herr B. Einfluß darauf zu nehmen, wie andere Patienten ihre private Wäsche waschen sollen. Erledigung der Anweisungen von Therapeuten ohne Widerspruch. Exzessives Arbeiten in der Arbeitstherapie, einfache Arbeiten werden pedantisch erledigt. Ansammlung von Arbeitspunkten, die nicht für Freizeitaktivitäten ausgegeben werden. Überforderung bei komplexen Arbeiten (z. B. in der Küche). Hinauszögern von Entscheidungen, zum Beispiel welche Freizeitaktivitäten durchgeführt werden sollen. Keine persönliche Beziehung zu anderen Patienten; Kontakte finden vorwiegend über formale Punkte statt, zum Beispiel über die Klärung der Frage, warum und wie die Hausordnung einzuhalten ist.

Kognitionen

Einstellung, daß es nur eine richtige Wahrnehmung und nur eine einzige Lösung/Schlußfolgerung für Probleme gibt. Wunsch, von allen akzeptiert zu werden und Einstellung, daß Anerkennung durch andere bzw. zwischenmenschliche Beziehungen durch sehr korrektes Verhalten (auch bei Kleinigkeiten) und durch perfektes Arbeitsverhalten erreicht

werden. Keine Wahrnehmung, welche Gefühle bei anderen durch eigenes Verhalten ausgelöst werden.

Körperliche Ebene

Ständige innere Unruhe und Anspannung.

3. *Kommunikationsdefizite in zwischenmenschlichen Beziehungen*

Verhalten

Keine Äußerung eigener Gefühle (anscheinend auch keine Wahrnehmung); kein Nachfragen nach Gefühlen anderer; kein direktes Ansprechen von Konflikten, kein Blickkontakt bei belastenden Gesprächen. Die sogenannte sachliche Ebene wird nie verlassen, bei gegenteiligen Meinungen nahestehender Personen (z. B. Vater) keine Diskussionen, sondern Äußerungen wie „du wirst es schon wissen“ oder Schweigen, Wegschauen und Lächeln.

Kognitionen

Einstellung, daß es unmännlich sei, Gefühle zu zeigen und dazu führe, daß man schneller und schlimmer angreifbar sei.

Körperliche Reaktionen

Unbekannt

4. *Antisoziales Verhalten*

Verhalten

Einbrüche, Diebstähle in Kaufhäusern, mutwillige Beschädigung von PKWs, Provokation von Schlägereien, Angriffe auf Heime für Aussiedler.

Kognitionen

Einstellung, von der „Gesellschaft“ ungerecht behandelt zu werden (z. B. unberechtigte Führerscheinabnahme, da durch alkoholisiertes Fahren niemandem geschadet wurde).

Körperliche Reaktionen

Unbekannt.

Kommentar

Für die Therapie der Abhängigkeit ist es ohne Bedeutung, welche Substanz wann und in welcher Menge genommen wurde. Einige wenige Grundinformationen (z. B. weiche Substanz wann im Vordergrund steht, wie die Substanzen appliziert werden, wie häufig der Patient intoxikiert ist (Tage in der Woche und Verteilung am Tag) sind für die Therapieplanung ausreichend. Die Menge illegaler Drogen kann zumeist nicht angegeben werden, da dem Abhängigen der Reinheitsgrad der Droge unbekannt ist. Bei der

Analyse von Rückfällen nach einer wenigstens vierwöchigen drogenfreien Phase ist dagegen eine detaillierte Beschreibung des Konsummusters sinnvoll. Bei diesem Patienten gab es leider keine drogenfreien Phasen.

Bei den drei Ebenen der Symptome handelt es sich sowohl um dem Symptom zugehörige Merkmale als auch um auslösende Bedingungen für das symptomatische Verhalten. Das Verlangen nach Drogen ist z. B. gleichzeitig ein Merkmal der Abhängigkeit wie auch eine auslösende Bedingung des Konsums. Ob eine Reaktion (z. B. „Verlangen nach Drogen“ oder die Kognition „von allen anerkannt werden“) ein Auslöser, eine Reaktion oder eine Konsequenz ist, hängt von den Therapiezielen und der prinzipiellen Therapieplanung ab. Bei diesem Patienten orientiert sich die Beschreibung des symptomatischen Verhaltens an den DSM IV-Kriterien, bei anderen Drogenabhängigen sind häufig noch zusätzliche Symptombereiche zu beschreiben, die nicht im DSM IV oder ICD-10 vorkommen, z. B. Selbstunsicherheit, Kontaktschwierigkeiten, Defizite in der Selbstorganisation, unkontrollierter Umgang mit Geld, „Amotivierungssyndrom“.

3 Erklärungsansätze/Funktionales Bedingungsmodell

Genese

Durch die Berufstätigkeit der Eltern, deren häufige Streitereien und Defizite bei der Lösung von Konflikten und in der Kommunikation hatte der Patient keine Modelle, von denen er angemessene Konfliktbewältigungsstrategien und Kommunikationsfertigkeiten lernen konnte. Der Patient war auf sich allein gestellt, da beide Eltern tagsüber abwesend waren. Anerkennung und Zuwendung erhielt er von einer Gruppe delinquenter Jugendlicher durch die Erfüllung deren Gruppennormen, zum Beispiel übermäßigen Alkoholkonsum, Cannabiskonsum oder Diebstähle. Der Konsum von Drogen führte zur Spannungsreduktion, die für den Patienten, bedingt durch die Konflikte im Elternhaus und die zwanghaft hohen Erwartungen des Vaters an ihn, unbedingt notwendig war und zu welchen er keine alternativen Verhaltensweisen besaß. Menge und Art der Drogen und eine Steigerung delinquenter Verhaltensweisen führte zu weiterer Anerkennung und zu Erfolgserlebnissen. Neben diesen operant konditionierten Verhaltensweisen wurden beim Drogenkonsum zusätzlich die klassisch konditionierten Variablen wie die Auslösung von Verlangen durch externe (z. B. Drogenpersonen) und interne Reize (z. B. Anspannung) wirksam. Die Übernahme verschiedener irrationaler Kognitionen und Verhaltensweisen vom Vater wie übermäßiger Alkoholkonsum, exzessives, perfektes Arbeiten, aufbrausendes Verhalten, wenn jemand die Erwartungen nicht erfüllt, zeigt, daß der Vater eine wichtige Modellperson für den Patienten ist. Prädisponierende genetische Faktoren der Abhängigkeit könnten zusätzlich von Einfluß sein.

Aufrechterhaltung

Antisoziales Verhalten und zwanghafte Persönlichkeit sind kaum miteinander vereinbar. Der Konflikt, der durch das Vorhandensein beider Störungen besteht (z. B. Diebstahl vs. korrektes Verhalten) wird reduziert durch Rationalisierungen (z. B. „Schadensersatz durch Versicherungen“ und „ungerechte Behandlung durch die Gesellschaft“) und durch erhöhten Konsum psychotroper Substanzen, so daß die durch das antisoziale Verhalten ausgelösten Schuldgefühle abnehmen. Durch die auf die antisozialen Verhaltensweisen folgende Anerkennung (= C+, mit starker Valenz durch langjährige Deprivation) und Aggressionsabbau (= C-, wegen fehlender alternativer Reaktion ebenso stark wirksam) sind die antisozialen Verhaltensweisen inzwischen selbstverstärkend. So erzählt der Patient mit Stolz und Freude über seine „Streiche“.

Der Mißbrauch und die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen wird durch die Beendigung der Entzugserscheinungen aufrechterhalten und durch den Abbau der Spannungen, denen der Patient ausgesetzt ist, wie Konflikte mit dem Vater, eigene zwanghafte Verhaltensnormen, Konflikte durch antisoziale Verhaltensweisen. Neben diesen negativ verstärkenden Bedingungen kommt noch die soziale Anerkennung durch Drogenfreunde als positiver Verstärker hinzu. Lustlosigkeit und depressive Verstimmungen als negative Konsequenzen für den Drogenkonsum führen zwar zu dem Wunsch, den Drogenkonsum zu reduzieren, aber mangelndes Wissen über die funktionalen Bedingungen und fehlende Verhaltensalternativen zur Bewältigung von Konflikten und Reduzierung innerer Anspannungen und zur Bewältigung des klassisch konditionierten Verlangens verhindern die Reduzierung bzw. Einstellung des Drogenkonsums. Durch den Drogenkonsum bedingte Mißerfolge des Patienten, die durch Erfolge (z. B. gute Arbeitsleistungen) abgelöst wurden, führten zu einer intermittierenden Verstärkung der Kognition „den Konsum von Drogen unter Kontrolle zu haben“. Diese Kognition ist wahrscheinlich sehr löschungsresistent und dürfte somit eine aufrechterhaltende Bedingung des Drogenkonsums darstellen.

Die der Persönlichkeitsstörung und den Kommunikationsdefiziten zugehörigen Verhaltensweisen und Kognitionen haben sich in der frühen Kindheit und in der Adoleszenz als feste Verhaltensgewohnheiten herausgebildet, die inzwischen automatisiert ablaufen. Neben den der Automatisierung zugrundeliegenden Prozessen werden sie aufrechterhalten durch soziale Anerkennung von Bezugspersonen, Orientierung an Modellpersonen, die sich ähnlich verhalten (z. B. der Vater), und der Selbstverstärkung im Rahmen der eigenen Verhaltenspläne.

Kommentar

Diese Hypothesen über die funktionalen Bedingungen des Drogenkonsums wurden im ersten Drittel der Therapie herausgearbeitet. Es ergaben sich zwar recht bald Anhaltspunkte, daß die zwanghafte Persönlichkeit und die Kommunikationsdefizite auslösende Bedingungen des Drogenkonsums sind, aber es waren mehrwöchige Explorationen und Verhaltensbeobachtungen notwendig, um die Störungen des Patienten und die funktionalen Zusammenhänge genauer zu erkennen. Es ist für die Verhaltenstherapie typisch, daß sich der diagnostische Prozeß über einen großen Zeitraum der Therapie erstreckt.

Therapieziele

Therapieziele des Therapeuten sind bei diesem Patienten die Einstellung bzw. Reduzierung des Konsums psychotroper Substanzen, die Reduzierung der Intensität und Auftretenshäufigkeit der Symptome der zwanghaften Persönlichkeit, die Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten und die Einstellung der antisozialen Verhaltensweisen. Der Patient hat lediglich das Therapieziel „irgendwie besser klarzukommen“, genauere Vorstellungen dazu hat er nicht. Der Patient befindet sich nur in den Zielen „Abstinenz von Opiaten, Amphetaminen und Kokain“ in der Veränderungsphase „Absicht“, traut sich aber auch ohne eine Therapie die Erreichung dieser Ziele zu – nach Einschätzung des Therapeuten eine unrealistische Einstellung des Patienten. In allen anderen Zielen befindet sich der Patient in der Phase „vor der Absicht“. Seinen exzessiven Alkohol- und Cannabiskonsum schätzt er als unproblematisch ein, ebenso die antisozialen Verhaltensweisen. Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung und die Kommunikationsdefizite sind dem Patienten auch nicht andeutungsweise bewußt, so daß funktionale Zusammenhänge zum Drogenkonsum für ihn auch nicht erkennbar sind. Aus den vom Therapeuten festgelegten Therapiezielen, der Veränderungsbereitschaft des Patienten, dem geringen Kenntnisstand über seine Probleme und deren Zusammenhänge und aus dem obigen vorläufigen Bedingungsmodell ergeben sich für die ersten Wochen der Behandlung folgende Unterziele:

1. Erkennen von funktionalen Zusammenhängen sowohl bezüglich der Wechselwirkungen eigener Kognitionen, Emotionen, physiologischer Reaktionen und Verhaltensweisen als auch des Einflusses situativer Bedingungen, einschließlich der Verhaltensweisen anderer Personen.
2. Veränderung von Merkmalen der zwanghaften Persönlichkeit (z. B. irrationale Einstellung, alles perfekt zu machen).
3. Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten (z. B. Gefühle wahrnehmen, Gefühle direkt äußern).
4. Bestimmung von persönlichen Zielen (z. B. Abstinenz von welchen Drogen?).

Kommentar

Für den Therapeuten ergaben sich die Therapieziele zwangsläufig aus den von ihm gestellten, aber dem Patienten weiterhin unbekannt bleibenden Diagnosen. Da sich der Patient nur in den Phasen „Absicht“ und „vor der Absicht“ befindet (siehe Vollmer, 1993; Vollmer et al., 1992), würde die Bekanntgabe der Diagnosen an den Patienten (z. B. Alkoholabhängigkeit, Cannabismißbrauch oder zwanghafte Persönlichkeit) zu einer langandauernden Diskussion über deren Zutreffen führen, Widerstände gegenüber der Therapie fördern, den Patienten bei der Findung eigener Ziele stören und ihn von Denkanstößen, die er durch die Therapie erhalten kann, ablenken. Der Patient hat nur sehr vage Vorstellungen davon, wie er sich ändern möchte. Wie bei vielen Abhängigen ist das Finden von Zielen für den Patienten ein vorrangiges Therapieziel, ein Prozeß, der sich über die gesamte Therapie erstrecken kann (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990). Auch wenn der Therapeut aufgrund seines Fachwissens glaubt, daß zum Beispiel Abstinenz von Alkohol für den Patienten das einzig richtige Ziel sei, sollte er ihm gestatten, für sich andere Therapieziele zu definieren und zu erproben. Die Verhaltenstherapie unterscheidet sich hier wesentlich von einigen anderen therapeutischen Richtungen, besonders von den klassischen Abhängigkeitstherapien, die konfrontativ vorgehen. Zwar kann der Verhaltenstherapeut auch den Patienten mit seiner entgegengesetzten Meinung konfrontieren oder die Einstellung des Patienten hinterfragen (Vollmer, 1993), die letzte Entscheidung über das Therapieziel liegt aber beim Patienten und dieses wird vom Therapeuten von Beginn an eindeutig signalisiert. Auch für den Therapeuten erstreckt sich das Finden von Therapiezielen für den Patienten über die gesamte Therapiezeit. Gleichzeitig geschieht der Einsatz von therapeutischen Interventionen zur Erreichung der Ziele bereits ab der zweiten Sitzung. Bei diesem Patienten wurde von Beginn an durch den Explorationsstil des Therapeuten zu erreichen versucht, daß funktionale Zusammenhänge erkannt und eigene Gefühle wahrgenommen und geäußert werden. Der diagnostische und therapeutische Prozeß laufen in der Verhaltenstherapie zeitlich parallel ab und greifen inhaltlich teilweise ineinander über (Fiedler, 1974). Im folgenden liegt der Schwerpunkt der Darstellung in der Therapie.

4 Therapie: Prinzip und Verlauf

Therapeutische Beziehung

Der Patient befolgte von Beginn an alle Anforderungen der Therapeuten und verhielt sich in der stationären Einrichtung sehr verantwortungsbewußt, so daß er als angenehmer Patient galt, auf den man sich verlassen kann. Die Gefahr besteht dabei, daß die Therapie an der Oberfläche bleibt, Verhaltensweisen des Patienten – da sie für die Therapeuten sehr angenehm sind – nicht hinterfragt werden. Der Einzeltherapeut des Patienten ist selbst leistungsorientiert und leicht zwanghaft, so daß sich zwischen Therapeut und Patient die gleiche Interaktion wie zwischen Vater und Patient wiederholen könnte.

Behandlungsplan

Strategische Therapieplanung

Zur Erreichung der obigen Therapieziele sind voraussichtlich u. a. folgende Veränderungen in den funktionalen Bedingungsmodellen und folgende Interventionen notwendig:

- Veränderung der kognitiven Bewertungen bzw. Neubewertung verschiedener problematischer Verhaltensweisen (z. B. antisoziales Verhalten) bzw. potentieller Rückfallschritte (z. B. exzessives Arbeiten), d. h. Veränderung der sogenannten Rationalisierungen (z. B. „von der Gesellschaft ungerecht behandelt zu werden“) durch kognitive Interventionen wie „sokratischer Dialog“, Disputation, Entscheidungsmatrix etc.
- Unterbrechung der A-B-Automatismen (z. B. A: Ein Patient räumt seinen Teller nicht weg; B: Gedanke „der läßt absichtlich den Teller stehen“) durch rational-emotive Therapieinterventionen.
- Aufbau von R' (anstatt z. B. aggressiver Äußerungen) nach Auftreten irrationaler Kognitionen durch Verhaltensanalysen der betreffenden Situationen, Rollentausch, Verstärkung von R'.
- Ausbleiben von Verstärkung durch Therapeuten bei potentiellen Rückfallschritten (z. B. exzessiv Arbeiten, Hausordnung genau einhalten), sondern Training von und Verstärkung für R' (z. B. Freizeitverhalten, Gefühle äußern, Konflikte direkt ansprechen), durch die sich langfristig diskriminative Reize, die zum Drogenkonsum führten (z. B. Langeweile, unausgesprochene Konflikte), verändern.
- Aufbau von R' (anstatt Drogenkonsum), Verhaltensweisen, die zur Spannungsreduktion führen.
- Aufbau von R' (anstatt Drogenkonsum), zur Reduzierung des klassisch konditionierten Verlangens durch Verhaltensanalysen, kognitive Umstrukturierung, positive differentielle Verstärkung.
- Reduzierung der CS-CR-Stärke (CS: z. B. Gespräche über Drogen; CR: Verlangen) durch Exposition und kognitive Umstrukturierung.

Taktische Therapieplanung

Die Hilflosigkeit und Überforderung des Patienten in sozialen Interaktionen und die dem medizinischen Krankheitsmodell entsprechende Erwartungshaltung des Patienten gegenüber der Therapie erforderte zu Behandlungsbeginn einen fremdkontrollierten, direktiven Therapiestil, damit der Patient möglichst schnell Hilfestellungen erhielt, wie Streßsituationen zu bewältigen seien und damit er nicht von der Therapie enttäuscht wird bzw.

den Eindruck gewinnt, die Therapeuten könnten ihm nicht helfen. Die Beibehaltung dieses Therapiestils würde langfristig ausschließlich zu fremdkontrollierten Veränderungen führen und die zwanghafte Persönlichkeitsstruktur des Patienten stärken und innere Konflikte erhöhen. Die Persönlichkeit des Patienten erfordert im späteren Therapieverlauf eine individuelle Erarbeitung von Veränderungszielen durch den Patienten und die Entwicklung und Durchführung von Interventionen in Selbstkontrolle, d. h. ein Vorgehen, das der Erwartungshaltung des Patienten widerspricht und vom Therapeuten daher Beharrlichkeit, bei gleichzeitiger Stützung des Patienten, verlangt. Eine Vorgabe von Zielen und Interventionen durch den Therapeuten wäre sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten kurzfristig die angenehmste soziale Interaktion, würde aber dem Patienten langfristig schaden.

Eine Überforderung des Patienten könnte durch die geplanten Familieninterventionen geschehen. Der Patient orientiert sich stark an seinem Vater, beide haben sehr ähnliche kognitive und emotionale Reaktionsmuster. Verhaltensweisen, die der Patient bei sich selbst als problematisch erkennt, wird er somit auch bei seinem Vater, der sich nicht in einer Therapie befindet und sich wahrscheinlich auch nicht ändern wird negativ bewerten, so daß für den Patienten eine kognitive Dissonanz entsteht: sich selbst verändern und gleichzeitig den Vater weiterhin akzeptieren. Ein weiterer Konflikt kann sich für den Patienten bei zunehmender Selbständigkeit ergeben, die gleichzeitig eine Reduzierung der Abhängigkeit vom Vater bedeuten würde. Diese potentiellen Konflikte erfordern seitens des Therapeuten ein neutrales Vorgehen, keine Koalitionen trotz gleichzeitiger Stützung des Patienten zu bilden, Geduld gegenüber dem unentschlossenen, entscheidungsunfreudigen Patienten zu zeigen, so daß dieser Zeit hat, Konfliktlösungen zu entwickeln.

Kommentar

Bei der stationären Behandlung Drogenabhängiger kann ein ausführlicher Behandlungsplan frühestens nach 6 Wochen erstellt werden. Es liegen dann auch schon therapeutische Erfahrungen vor, so daß die therapeutische Beziehung bei der Therapieplanung berücksichtigt werden kann, ein für die Behandlung Drogenabhängiger wichtiger Bereich wegen der Störungen in der Kommunikation, die bei den meisten Betroffenen stark ausgeprägt sind. Verhaltensbeobachtungen in der Interaktion des Patienten mit seinen Familienangehörigen, mit seinen Mitpatienten im Rahmen der therapeutischen Wohngemeinschaft und vertikale Verhaltensanalysen auch zu der Patient-Therapeut-Interaktion ergeben Hinweise zur Therapiegestaltung und zu potentiellen Schwierigkeiten im Therapieverlauf, deren Niederschrift im Therapieplan eine vorbeugende Maßnahme für Therapiefehler sein kann.

Bei diesem Patienten wurden die üblichen verhaltenstherapeutischen Interventionen eingesetzt, die sich für die Behandlung Drogenabhängiger als hilfreich erwiesen haben (siehe Vollmer, 1985, 1993, 1997, Vollmer et al., 1992). In der Darstellung des Therapieverlaufs werden nicht alle Interventionen aufgelistet, anstelle dessen werden wenige Interventionen etwas ausführlicher dargestellt.

Therapieverlauf

Die Therapie erstreckte sich über 42 Wochen mit 77 Einzel-, 46 Gruppen- und 6 verhaltenstherapeutischen Familien-Therapiesitzungen mit regelmäßiger Arbeitstherapie, häufigen Verhaltensbeobachtungen und vielen kurzen informellen Gesprächen mit allen Therapeuten. In den ersten Wochen der Behandlung war der Patient sehr angespannt, reagierte in kleinen Konfliktsituationen sehr schnell aggressiv, stürzte sich in die Arbeit, um abzuschalten, und zog sich auf sein Zimmer zurück, um Konfliktsituationen zu vermeiden. Den Kontakt reduzierte er auf nur einen Patienten, der ähnliche Normen wie er selbst hatte. Klar strukturierte Anweisungen des Therapeuten, gestützt durch Rollenspiele zum Erwerb der für die Umsetzung der Anweisungen notwendigen Verhaltensfertigkeiten (z. B. andere nach ihrer Meinung fragen), wurden vom Patienten als hilfreich erlebt. Informationen über Rückfallmodelle, Zusammenhänge zwischen irrationalen Kognitionen, Emotionen und Verhalten, Zwangsprozesse in der Partnerschaft und andere psychologische Modelle wurden vom Patienten unter Einbeziehung eigener Beispiele gut verarbeitet. In den ersten Wochen gestaltete der Therapeut die Interaktionen so, daß er die Erwartungen des Patienten an die Therapie erfüllte. Die strukturierten Anweisungen wurden allmählich reduziert, um beim Patienten Selbstkontrollfertigkeiten zu fördern. Die Änderung der therapeutischen Interaktion, die rational-emotive Therapie und die Analyse der Familien-Interaktionen führten beim Patienten zu starken Belastungen, zu einer Zunahme seiner Aggressionen und zu einer erhöhten Abbruchgefährdung. Der Patient hatte bereits gelernt, Gefühle besser wahrzunehmen, so daß eine Analyse der Aggressionen und der Abbruchgefährdung und die Entwicklung von Lösungsstrategien möglich war. Der durch die langsame Ablösung vom Vater ausgelösten Belastung wurde mit der Analyse von positiven Eigenschaften des Vaters und positiven Kindheitserlebnissen gegengesteuert.

Einige konkrete, kurz dargestellte Beispiele für Interventionen

Zu den verhaltenstherapeutischen Familien-Interventionen

1. Situation: Der Vater gibt bestimmten Drogendealern die Schuld an der Abhängigkeit seines Sohnes. Der Patient lacht und äußert „wird schon so sein“.
Intervention: Der Therapeut bittet den Patienten, die Ansicht des Vaters in seinen eigenen Worten zu wiederholen, Stellung dazu zu nehmen und seine Meinung zur

Genese seiner Abhängigkeit darzustellen. Der Vater wird gebeten, die Meinung seines Sohnes in seinen Worten zu wiederholen, Stellung zu nehmen, seine Meinung zu äußern etc. Der Patient wird gebeten, zu versuchen zu erklären, warum sein Vater die anfangs geäußerte Meinung hat. Der Vater paraphrasiert und äußert sein psychologisches Erklärungsmodell etc. Der Therapeut springt manchmal modellhaft ein oder faßt bisher Gesagtes zusammen, da dieses Gespräch beim ersten Besuch des Vaters stattfand.

2. Situation: Der Vater berichtet überraschend, daß er für seinen Sohn bereits eine Arbeitsstelle nach Abschluß der Therapie habe und dieses bereits mit dem zukünftigen Arbeitgeber abgeklärt hätte. Der Patient reagiert nicht auf die Äußerung des Vaters. Intervention: Der Therapeut exploriert den Patienten, wie er glaubt, wie sich sein Vater fühlen wird, wenn er die Arbeit a) ablehnt, b) ihr zustimmt, c) eine Entscheidung vertagt. Der Therapeut exploriert den Vater, wie sich sein Sohn fühlen wird, wenn er die Arbeit a) ablehnt, b) annimmt, c) eine Entscheidung vertagt. Die Exploration wird so durchgeführt, daß zwischen Vater und Sohn ein Dialog zu den Fragen stattfindet, ebenso bei den weiteren Themen (z. B. wie wird er sich fühlen, wenn er bei seinem Vater wohnt). Zu einem späteren Zeitpunkt wurden diese Themen nach dem Vorgehen des Problemlösetraining mit dem Patienten allein erarbeitet.

Zu den rational-emotiven Interventionen

1. Situation: Ein Mitpatient wäscht seine Turnschuhe in der Waschmaschine der Einrichtung. Der Patient ist darüber sehr erregt, da er befürchtet, daß die Waschmaschine beschädigt werden könnte, regt sich dann aber noch mehr darüber auf, daß der andere Patient seine Argumentation nicht einsieht.
Intervention: Disputation der Themen: wie häufig der Patient mit seiner Meinung selbst im Unrecht ist, wodurch er eigentlich weiß, wann er im Recht ist; warum er möchte, daß der Mitpatient ihm zustimmt, wenn er sich im Recht fühlt etc. Außerdem stellte der Therapeut im Rollentausch dar, wie indirekt der Patient seine Kritik gegenüber dem Mitpatienten geäußert hatte. Anschließend Exploration der Gefühle des Patienten, die durch die therapeutische Intervention ausgelöst wurden und „sokratischer Dialog“ zu den obigen Themen.
2. Weitere Situationen, die sich durch die Rahmenbedingung Therapeutische Wohngemeinschaft ergaben, und bei denen ähnlich interveniert wurde, waren: ein Patient läßt versehentlich die Herdplatte in der Küche an, ein anderer Patient ist in seinem Zimmer sehr unordentlich, einige Patienten möchten im Nieselregen Volleyball spielen, andere äußern in Gegenwart von Therapeuten andere Meinungen als in deren Abwesenheit etc.

Zur Rückfallprävention

1. Thema: Rückfallstraße. In der Gruppe, zusammen mit anderen Patienten, werden aufgrund eigener Erfahrungen mit Rückfällen oder aufgrund von Beobachtungen bei anderen Patienten potentielle Rückfallschritte sowohl während der Therapie (z. B. Kontakte zu alten Drogenfreunden) als auch nach Abschluß der Therapie (z. B. altes Drogenlokal besuchen) gesammelt und Rationalisierungen dazu erarbeitet (z. B. dem Drogenfreund helfen, auch eine Therapie zu beginnen; die Musik ist in keinem anderen Lokal so gut).
2. Thema: Rückfall nach der Therapie. In der Gruppe wird exploriert, welche Konsequenzen ein ein- oder zweitägiger Rückfall nach Abschluß der Therapie hätte, wie

man sich nach Abklingen der Drogenwirkung fühlen würde, und die Kognitionen (z. B. Schuldgefühle, kognitive Dissonanz), wie dadurch der zukünftige Drogenkonsum beeinflusst wird und welche kognitiven und emotionalen Reaktionen und welche Verhaltensweisen in konkreten Einzelfällen sinnvoll sind, um weiter abstinent zu leben.

Situation zu Therapieende

Bei Abschluß der Behandlung befand sich der Patient bezüglich des Ziels „Abstinenz von Opiaten, Amphetaminen und Kokain“ in der Aufrechterhaltungsphase, bezüglich des Ziels „Abstinenz von Cannabis und Alkohol“ hat eine positive Veränderung in die Absichtsphase, eventuell sogar Beginn der Handlungsphase, stattgefunden; bezüglich des Ziels „Kommunikation“ befand sich der Patient in der Handlungsphase. Irrationale Kognitionen sind dem Patienten bewußt geworden und haben sich etwas reduziert, aggressive Verhaltensweisen haben sich in Häufigkeit und Intensität reduziert. Die Kenntnisse des Patienten über potentielle funktionale Zusammenhänge haben sich stark verbessert, so daß der Patient insgesamt reflektierter geworden ist, und damit eine Basis für Selbstkontrolle geschaffen wurde. Merkmale der Zwanghaftigkeit sind, obwohl reduzierter, noch stark vorhanden. Der Patient war sich noch nicht im klaren darüber, wie er die zukünftige Beziehung zu seinem Vater gestalten soll. Dem Patienten wurde eine Behandlung bei einem niedergelassenen Psychologen vermittelt.

5 Resümee

Eine Therapie besteht nicht aus der Durchführung von Standardmaßnahmen, sondern erfordert eine individuelle, auf den Patienten zugeschnittene Ausgestaltung der Interventionen (siehe Kanfer et al., 1990). Bei der stationären Behandlung Drogenabhängiger ergeben sich kleine individuelle Interventionen aus den Explorationen und Verhaltensbeobachtungen der alltäglichen Konflikte, die im Rahmen der Therapeutischen Wohngemeinschaft auftreten und durch die die zukünftige Alltagswelt des Patienten in komprimierter Form simuliert wird. Da der Patient die Konflikte bisher mit Drogen „bewältigt“ hat, besteht, wenn der Patient auf die Interventionen anspricht, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, daß das Verlangen nach Drogen und die Gefährdung, die Therapie abzubrechen, zunimmt. Abhängige haben häufig seit mehr als 10 Jahren keine Konflikte mehr im drogenfreien Zustand bewältigt, falls dies überhaupt jemals geschehen ist. Die

enormen emotionalen Belastungen, denen der Patient durch die alltäglichen Konflikte und durch die Verhaltensanalysen ausgesetzt ist, erfordern eine Gratwanderung zwischen einer den Patienten fordernden und gleichzeitig sehr stützenden Therapie. Konfrontative Methoden, die früher üblich waren, sind aus verhaltenstherapeutischer Sicht bis auf wenige Ausnahmen kontraindiziert.

Um die im Rahmen der Therapie entstehenden Belastungen drogenfrei zu bewältigen, ist bei Drogenabhängigen – bei heutigem Wissensstand – in der Regel eine stationäre Therapie notwendig, in der der Patient vor zusätzlichen klassisch-konditionierten Auslösern (CS) für Verlangen (CR) geschützt ist. Der hier dargestellte Patient war mehrmals abbruchgefährdet, einmal sogar fest entschlossen zu gehen. Bei einer ambulanten Therapie wäre der Patient so vielen konditionierten Stimuli ausgesetzt gewesen, daß wegen der gleichzeitigen leichten Verfügbarkeit von Drogen, Rückfälle sehr wahrscheinlich gewesen wären.

Bei diesen wie bei vielen anderen Drogenabhängigen waren die Familien-Interventionen von entscheidender Bedeutung. Ohne die Informationen der Familienangehörigen hätte der Patient bei seinen geringen Fähigkeiten zur Selbstreflexion dem Therapeuten das Bild einer intakten Familienstruktur und einer sinnvollen Zukunftsplanung geliefert, d. h. es wären rückfallentscheidende, diagnostische Informationen vom Therapeuten nicht erkannt worden.

Auch bei der verhaltenstherapeutischen stationären Behandlung von Drogenabhängigen wird nach dem Prinzip der Minimal-Intervention vorgegangen. Die Durchführung von allgemeinen verbindlichen Standard-Interventionen wirkt sich sogar negativ auf die Therapie aus (Vollmer et al., 1992). Im Gegensatz zu einigen anderen Störungsbildern erfordert die Behandlung der Drogenabhängigkeit wegen der zugrundeliegenden Entwicklungsstörung in der Regel eine Vielzahl von Interventionen, die individuell auf den Patienten abgestimmt werden. Auch bei diesem Patienten wurde nach dem Prinzip vorgegangen, nicht mehr Interventionen anzubieten als indiziert.

Literatur

- Bühringer, G., de Jong, R., Kaliner, B., Kraemer, S., Ferstl, R. & Feldhege, F.-J. (1978). Beschreibung eines stationären verhaltenstherapeutischen Programms zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger. In R. de Jong & G. Bühringer (Hrsg.), *Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen* (S. 9–104). München: Gerhard Röttger Verlag.

- Bühringer, G. & Küfner, H. (1996). Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Psychologische Störungen und ihre Behandlung* (S. 514–588). Göttingen: Hogrefe.
- Bühringer, G. (1998). Prävention. In A. Kreuzer (Hrsg.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts* (S. 447–487). München: C.H. Beck.
- Fiedler, P.A. (1974). Gesprächsführung bei verhaltenstherapeutischen Explorationen. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 128–151). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1990). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer Verlag.
- Simon, R. & Wibtishauser, P.M. (1993). Ergebnisse der Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. *Sucht*, 39, 177–180.
- Vollmer, H. (1985). Verhaltenstherapie der Opiatabhängigkeit. *Psychiatrische Praxis*, 12, 94–100.
- Vollmer, H.C. (1993). Therapie als kontinuierlicher Entscheidungsprozeß. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H.C. Vollmer (Hrsg.), *Eingrenzung und Ausgrenzung* (S. 67–100). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Vollmer, H.C. (1995). Innere und äußere Realität und entwicklungspsychologische Aspekte der Abhängigkeit. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H.C. Vollmer (Hrsg.), *Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität* (S. 30–78). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Vollmer, H.C. (1997). Selbstregulationsprozesse in ihrer Dynamik und Vernetzung als therapeutische Wirkvariablen. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H.C. Vollmer (Hrsg.), *Die Person des Therapeuten in der Behandlung Suchtkranker* (S. 28–63). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Vollmer, H.C. & Dvorak, A. (1983). Stationäre Entwöhnungsbehandlung für junge Drogenabhängige. In O. Schrappe (Hrsg.), *Methoden der Behandlung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit* (S. 115–128). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Vollmer, H.C., Ferstl, R. & Ellgring, H. (1992). Individualized behaviour therapy for drug addicts. In G. Bühringer & Platt, J.J. (Hrsg.), *Drug addiction treatment research* (S. 333–352). Malabar: Krieger.