

Alkohol- und Drogenabhängigkeit

Gerhard Bühringer

1 Grundlagen

Dieses Kapitel gibt einen kurzen Überblick über Krankheitsbild, Ätiologie, Epidemiologie und das therapeutische Versorgungssystem. Ausführliche Angaben und weiterführende Literatur finden sich bei Bühringer und Kufner (in Druck) für den Drogenbereich und Kufner und Bühringer (in Druck) für den Alkoholbereich.

1.1 Krankheitsbild

Alkohol- und Drogenmißbrauch sind Störungsbilder, die sehr unterschiedliche Ausprägungsformen annehmen können. Einbezogen sind zum Beispiel:

- Der sozial integrierte Angestellte, der im Alter von 40-45 Jahren Symptome eines zunehmenden Alkoholmißbrauchs entwickelt,
- jüngere Männer mit einem Wochenend-Kokainmißbrauch oder
- sozial destabilisierte Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Heroinabhängigkeit, Verwahrlosungserscheinungen, HIV-infiziert, sozial isoliert und ohne Lebensperspektive.

Trotz der phänomenologischen Unterschiede gibt es Gemeinsamkeiten des Krankheitsbildes (Edwards, Arif & Hadgson, 1981):

- Einengung des Verhaltensrepertoires auf ein **regelmäßiges Konsummuster**,
- **zunehmende Bedeutung der Substanzeinnahme** im Verhältnis zu anderen Verhaltensweisen, trotz damit verbundener negativer Konsequenzen,
- **Entwicklung einer Toleranz** (Merkmal der körperlichen Abhängigkeit; es wird eine zunehmend höhere Dosis benötigt, um den gleichen Effekt zu erreichen),
- **Auftreten von Entzugssymptomen** nach kurzen Abhängigkeitsperioden (ebenfals ein Merkmal einer körperlichen Abhängigkeit),
- **Konsum psychoaktiver Substanzen** um den Entzug zu vermeiden,

- **Entwicklung eines Zwangs zum Substanzgebrauch**, damit verbunden “craving” (unstillbare Gier, die Substanz einzunehmen) und die Unfähigkeit, die Einnahme zu kontrollieren sowie
- erhöhte Wahrscheinlichkeit, daß das genannte Syndrom nach Phasen der Abstinenz sich sofort entwickelt, wenn es zu einem ersten Rückfall kommt.

Bei einer ausgeprägten Abhängigkeit von Alkohol, Opiaten oder Kokain ist das Krankheitsbild als Syndrom zahlreicher Störungen deutlich zu erkennen:

- **Körperliche Störungen**
 - körperliche Abhängigkeit von einer Hauptsubstanz (Toleranz, Entzug),
 - Mißbrauch anderer Substanzen (häufig psychoaktive Medikamente als Ersatzmittel) sowie
 - Begleit- und Folgeerkrankungen (z.B. Magen- und Darmerkrankungen, Lebererkrankungen, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Zahnerkrankungen, allgemeine Abwehrschwäche, Infektionskrankheiten wie AIDS und Hepatitis).
- **Psychische Störungen**
 - psychische Abhängigkeit und
 - psychische Funktionsstörungen (z.B. Wahrnehmungs-, Denk- und Motivationsstörungen; vgl. Tab. 3).
- **Soziale Störungen** (vor allem bei Drogenabhängigen)
 - delinquente Verhaltensweisen (Beschaffungskriminalität),
 - dauerhafte Arbeitslosigkeit (fehlende Ausbildung, Arbeitsunfähigkeit) und
 - Prostitution (Duldung unangenehmer Sexualpraktiken zur Geldbeschaffung).

1.2 Klassifikationen

Die beiden internationalen Klassifikationssysteme in der gegenwärtig gültigen Fassung DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) beziehungsweise ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) unterscheiden sich in ihrer Struktur und Logik nur geringfügig. Zentral ist die Klassifikation auf zwei Dimensionen:

- **Substanz** (Alkohol; Opioide, Cannabinoide, Sedativa, Hypnotika, Kokain und anderen Stimulanzien und Halluzinogene) und
- **Schweregrade**, nämlich dem Mißbrauch/schädlichen Gebrauch als einer weniger schweren Form und dem eigentlichen Abhängigkeitssyndrom.

Hierzu müssen von sieben beziehungsweise acht Symptomen, die sich an den oben genannten Merkmalen von Edwards et al. (1981) orientieren, drei zutreffen.

1.3 Ätiologie und Krankheitsverlauf

Trotz einer nahezu unübersehbaren Fülle von Untersuchungen und theoretischen Konzepten zur Entstehung einer Substanzabhängigkeit, gibt es bis heute wenig gesichertes Wissen. Die Forschung konzentriert sich derzeit auf Risiko-beziehungswise Schutzfaktoren, wobei die Suche nach Schutzfaktoren von der Überlegung ausgeht, daß nur ein geringer Anteil von Personen, die eine bestimmte Substanz probieren oder regelmäßig konsumieren, davon auch abhängig wird (vgl. auch Künzel-Böhmer, Bühringer & Janik-Konecny, 1993). Als Risiko- beziehungsweise Schutzfaktoren können genannt werden:

- **Biologische Bedingungen** (z.B. Vererbung, unterschiedliche Wahrnehmung der physiologischen Wirkung des Alkohols, unterschiedliche Vulnerabilität),
- **psychische Faktoren** wie Streßverarbeitung und Kommunikationsfähigkeit, Selbstvertrauen und Selbstsicherheit, sowie - insbesondere bei Jugendlichen - die Fähigkeit, in der Clique gegenüber Drogenangeboten "Nein" zu sagen,
- **soziale Bedingungen** wie Mißbrauchsverhalten in der Familie, Erziehungsstile, Freundeskreis der Kinder, der Umgang mit psychoaktiven Substanzen in der Familie sowie die Verfügbarkeit solcher Substanzen im unmittelbaren Lebensraum (vor allem illegale Drogen).

Die lerntheoretischen Konzepte haben die fruchtbarste Integration empirischer Einzelergebnisse zu einem Modell der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Substanzmißbrauchs geleistet. Grundlagen sind die:

- Prinzipien der klassischen und operanten Konditionierung,
- pharmakologische Wirkung der Drogen sowie
- die sozialen und kognitiven Lerntheorien.

Initialer Konsum wird vor allem als Konsequenz von Neugierde und sozialem Druck in der Bezugsgruppe gesehen. Die Wahrscheinlichkeit eines solchen ersten Konsums wird durch die oben genannten Risiko- beziehungsweise Schutzfaktoren bestimmt. Die nächste Phase ist in der Regel die Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit: Die Verstärkung durch die soziale Zuwendung der Bezugsgruppe und die beobachtete positive Wirkung des Konsums bei anderen (**Modellernen**) spielt eine zentrale Rolle. Erst danach werden die positiven pharmakologischen Auswirkungen der Substanz erlebt, je nach Droge Entspannung, Anspannung, verändertes Bewußtsein, Glücksgefühle und

Rauscherlebnisse. Zu diesen positiven körperlichen und emotionalen Folgen der Substanzwirkung kommt noch die zumindest zeitweilige Ausblendung unangenehmer Situationen (**negative Verstärkung**), die vor allem dann relevant ist, wenn sich der Konsument über längere Zeit in einer negativ erlebten Situation befindet (Schul- oder Arbeitsprobleme, Probleme im Elternhaus, Probleme der Übergangszeit zum Erwachsenen, Partnerschaftsprobleme). Somit entsteht eine erste **operante Konditionierung** mit **diskriminativen Stimuli**:

- Positiv erlebte soziale Situationen innerhalb der Bezugsgruppe sowie unangenehme Empfindungen und kritische Situationen im Alltag werden zum Hinweisreiz für einen erneuten Konsum, der wiederum durch die positiven Konsequenzen verstärkt wird.

Nach unterschiedlich langer Zeit (abhängig von der Substanz und vom Lebensalter) entwickelt sich bei den meisten Drogen eine körperliche Abhängigkeit. Damit ist die Notwendigkeit einer regelmäßigen Substanzzufuhr gegeben. Wird ein bestimmter Einnahmerhythmus nicht eingehalten, führt dies zu einer Stoffwechselstörung im Körper, die im Sinne einer unkonditionierten Reaktion das **Abstinenzsyndrom** auslöst (Schmerzen, Zittern, Schweißausbrüche, Angst und Depression). Diese **Entzugserscheinungen** werden zu diskriminativen Stimuli für einen erneuten Konsum, wobei jetzt die Beendigung der Entzugserscheinungen (negative Verstärkung) als zusätzliche Bekräftigung hinzukommt.

Im Laufe der Zeit dominieren immer stärker die Verhaltensweisen, die für eine regelmäßige Einnahme der Substanz notwendig sind. Dies betrifft speziell bei Drogenabhängigen in großem Maße die Beschaffung (Betrug, Einbruch, Diebstahl, Handel und Prostitution). Dazu kommt die zunehmende Unfähigkeit mit der Umwelt zu kommunizieren beziehungsweise normale Alltagsabläufe und Aufgaben der Selbstorganisation zu bewältigen, solange die regelmäßige Einnahme der Substanz nicht sichergestellt ist. Der exzessive Konsum führt weiterhin zu schwerwiegenden Erkrankungen, von denen fast alle Körperorgane betroffen sind. Bei Drogenabhängigen mit intravenösem Konsum kommen erhebliche Infektionsrisiken hinzu (Hepatitis, HIV). Behandlungsbereitschaft besteht in der Regel erst dann, wenn die negativen Konsequenzen des Mißbrauchsverhaltens die positiven der Substanzeinnahme deutlich überwiegen (z.B. Erkrankungen, emotionale Störungen, sozialer Druck). Für die therapeutische Praxis ist die komplette Analyse der Entwicklungsgeschichte aufwendig und im Einzelfall wenig hilfreich; wichtig sind nur einzelne Aspekte (vgl. Kapitel 2.2).

1.4 Epidemiologie

Nach repräsentativen Umfragen in Haushalten haben in den alten Bundesländern 16,3% der Bevölkerung zwischen zwölf und 39 Jahren zumindest einmal in ihrem Leben irgendeine illegale Droge probiert (Lebenszeitprävalenz; Simon, Bühringer & Wiblshauer, 1991), 4,8% in den letzten zwölf Monaten (aktuelle Konsumenten); in beiden Fällen handelt es sich überwiegend um Haschischkonsum. Etwa 0,2% der Bevölkerung entwickelt eine schwere Abhängigkeit von Opiaten und Kokain (80000-100000 Menschen in den alten Bundesländern).

Die Zahl der Alkoholabhängigen ist schwer zu schätzen, da es graduelle Übergänge vom exzessiven Konsum über den Mißbrauch zur Abhängigkeit gibt; es wird von etwa 3% der gesamten Bevölkerung ausgegangen (2,5 Millionen). Personen mit einem Mißbrauchsverhalten haben eine deutlich höhere Morbidität und Mortalität sowie ein höheres Unfall- und Verletzungsrisiko am Arbeitsplatz und im Straßenverkehr (Bühringer & Simon, 1992).

1.5 Therapeutische Versorgung

Die Bundesrepublik verfügt über ein dichtes Netz von ambulanten und stationären Einrichtungen. Zentrale Anlaufstelle ist die **Psychosoziale Beratungs- und Behandlungseinrichtung** mit einem umfangreichen Angebot an:

- Beratung für Patienten und Angehörige,
- Einzel- und Gruppentherapie,
- sozialen Hilfen sowie
- vorbereitenden Maßnahmen für eine eventuelle stationäre Behandlung.

Die stationären Einrichtungen sind entweder auf Alkohol- und Medikamentenabhängige (Therapiedauer zwei bis vier Monate) oder Drogenabhängige (vier bis acht Monate) spezialisiert. Insgesamt gibt es etwa 1200 ambulante Einrichtungen unterschiedlicher Größe und 18000 Therapieplätze für die stationäre Behandlung (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994; Simon, Strobl, Schmidtreick, Hllinghorst, Bühringer, & Helas, 1995).

Trotz des ausreichenden Angebots an Beratungs- und Therapieeinrichtungen fehlt es an qualitativ gut ausgebauten Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung - im Vergleich zu anderen Ländern ist in Deutschland die stationäre Behandlung überrepräsentiert - und zur teilstationären Behandlung. Neben diesem therapeutischen Versorgungssystem, das vorwiegend durch gemeinnützige Organisationen der Wohlfahrtsverbände, teilweise auch durch Kommunen

und private Klinikträger getragen wird, hat sich im Zusammenhang der **Methadon-Substitution** bei Heroinabhängigen ein zweites Versorgungssystem durch niedergelassene Ärzte entwickelt. Die Problematik besteht darin, daß die Abstimmung der medizinischen (Substitution) mit den psychotherapeutischen und sozialen Maßnahmen nicht erfolgt, beziehungsweise letztere zu kurz kommen oder entfallen (Bühringer, Künzel & Spies, 1995; Bühringer, Spies & Künzel, 1995).

Für die Praxis gibt es:

- Standards für die Behandlung insgesamt (Empfehlungsvereinbarungen der Rentenversicherungsträger) beziehungsweise für
- die Behandlung unter Einbeziehung einer Methadon-Substitution (Bühringer et al., in Druck),
- umfassende Dokumentationsstandards (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 1992) sowie
- ausgearbeitete Dokumentationssysteme für den ambulanten (EBIS; Simon, Strobl & Lehnitzk, 1992) und stationären Bereich (SEDOS; Lehnitzk & Simon, 1994).

2 Therapeutische Bausteine

2.1 Somatische Therapie

Die somatische Maßnahmen lassen sich in folgende Bereiche gliedern:

- **Notfallbehandlung** (akute Intoxikation aufgrund von Überdosierung, akutes Entzugssyndrom),
- **geplante Entzugsbehandlung**,
- **Behandlung der Sekundärerkrankungen** und
- **Behandlung der eigentlichen Abhängigkeit**.

2.1.1 Alkoholabhängigkeit

Somatische Therapiemaßnahmen spielen im Regelfall bei Alkoholabhängigen keine große Rolle, Schwerpunkt ist die Behandlung von Sekundärerkrankungen. Bei starken Entzugserscheinungen ist die Gabe von Sedativa angezeigt (z.B. Clomethiazol). Die Vergabe sollte nicht länger als etwa zehn Tage erfolgen, da diese Substanzen ebenfalls ein hohes **Mißbrauchspotential** haben. Es steht keine somatische Behandlung der Alkoholabhängigkeit selbst zur

Verfügung. In einzelnen Fällen ist eine begleitende Behandlung mit Disulfiram (Antabus) möglich, ein Medikament, das regelmäßig eingenommen wird und bei Rückfällen unangenehme Symptome wie Übelkeit hervorruft. Voraussetzungen für die Behandlung sind unter anderem:

- **Aufklärung** des Patienten über mögliche Komplikationen,
- eine sehr gute **Kooperation**,
- eine Bezugsperson, die die Einnahme überwacht,
- die **Kombination mit sonstigen psychotherapeutischen Verfahren** und
- die Beachtung der zahlreichen **Kontraindikationen**.

Ein Praxisleitfaden für die somatischen Maßnahmen hat die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1991) zusammengestellt.

2.1.2 Drogenabhängigkeit

Wegen der unterschiedlichen Substanzen mit beruhigender (z.B. Opiate) oder aufputschender Wirkung (z.B. Kokain, Amphetamine) können keine einheitlichen Hinweise für die somatische Behandlung gegeben werden. Grundsätzlich handelt es sich um die gleichen Aufgabengebiete wie bei Alkoholabhängigen. Ausführliche Anweisungen finden sich in einem Praxisleitfaden für Ärzte der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1995). Wichtig ist bei allen somatischen Maßnahmen, insbesondere im Notfallbereich, eine möglichst genaue Kenntnis über die eingenommenen Substanzen (wobei sich zusätzliche, teilweise tödliche Risiken durch die Kombination unterschiedlicher Stoffe mit potenzierender Wirkung wie zum Beispiel Methadon und Alkohol oder Barbiturate ergeben), die Toleranzbildung und die Einnahmeform. Zu beachten ist, daß sich hinter akuten Intoxikationen **Suizidversuche** verbergen können und daß ungeplante, massive Entzugserscheinungen das Suizidrisiko deutlich verstärken.

Im Gegensatz zum Alkoholbereich spielt die somatische Behandlung bei der Heroinabhängigkeit eine wichtige Rolle, in manchen Ländern eine nahezu ausschließliche. Es handelt sich um die Substitution durch Substanzen, die ebenfalls zu den Opiaten gehören aber weniger Nebenwirkungen aufweisen als die (illegale) Einnahme des Heroins. Mittel der Wahl ist dabei **Methadon**, ein synthetisches Opiat, das oral eingenommen werden kann (Vermeidung von injektionsbedingten Infektionen). Ein weiterer Vorteil liegt darin, daß Methadon zwar eine analgetisch wirkt und Entzugserscheinungen beendet, aber keine euphorische Wirkung hat, so daß der Drogenabhängige arbeits- und kontaktfähig bleibt. Bei einer ausreichend hohen Dosierung, die individuell eingestellt werden muß, hat die Einnahme weiterer (z.B. illegal erworbener) Opiate keine zusätzliche Wirkung, so daß die Motivation für den Handel und Konsum illegaler Substanzen entfällt. Das therapeutische Rational besteht in der Annahme,

daß therapeutische Erfolge dann leichter zu erreichen sind, wenn zunächst die emotionale und soziale Stabilisierung des Patienten bei Beibehaltung der Abhängigkeit erfolgt (Distanzierung von der Drogenszene, regelmäßiger Tagesablauf, Aufnahme einer Arbeitstätigkeit und drogenfreie soziale Kontakte), und daß es nach Erreichung dieser Ziele leichter ist, die Abhängigkeit aufzugeben.

Trotz der umfangreichen Verbreitung (in Deutschland werden nach einer vergleichsweise späten Einführungszeit derzeit jährlich 20000-30000 Drogenabhängige substituiert) ist diese Form der Behandlung auch heute noch umstritten und wird immer wieder kontrovers diskutiert. Die Kritikpunkte entzündeten sich vor allem daran, daß:

- Drogenabhängige über sehr lange Zeiträume, in der Regel über fünf Jahre und mehr, substituiert werden müssen und dabei das Ziel einer langfristigen Abstinenz verloren geht und
- der Nebekonsum illegaler Substanzen und damit die zumindest teilweise Beibehaltung der damit verbundenen Lebensweise in der Praxis zu sehr toleriert wird.

Auf der anderen Seite zeigen deutliche empirische Belege, daß sich zumindest bei einem Teil der Abhängigen die somatische, emotionale und soziale Situation relativ schnell verbessert. Es gibt wenige klare Indikationen für eine Substitution, bis heute erfordert diese Entscheidung sehr viel therapeutische Erfahrung und Fingerspitzengefühl. Eine Kombination mit sozialen und psychotherapeutischen Verfahren ist unerlässlich (Bühringer, Künzel & Spies, 1995; vgl. Bühringer et al., in Druck).

2.2 Verhaltenstherapeutische Ansätze

Die Verhaltenstherapie der Alkohol- und Drogenabhängigkeit hat in den letzten Jahren ähnliche Entwicklungen erlebt wie die Verhaltenstherapie insgesamt. Beispiele sind die Einbeziehung kognitiver Verfahren oder die Entwicklung von der umfassenden "Breitbandtherapie" hin zu einer individuellen, auf den einzelnen Patienten aufgrund der Problemanalyse ausgerichteten Therapieplanung und -durchführung. Gerade diese Individualisierung der Therapie führt dazu, daß letzten Endes die gesamte Bandbreite der Verhaltenstherapie im Rahmen der Abhängigkeitsbehandlung eingesetzt wird. Im Vordergrund stehen dennoch drei Themenbereiche, die im folgenden etwas ausführlicher erläutert werden:

- **Therapiemotivation,**
- **Rückfallprävention** und
- **Behandlung begleitender Störungen.**

2.2.1 Therapiemotivation

Die Motivation zur Verhaltensänderung ist der schwierigste Bereich bei der Behandlung von Abhängigen. Die **operante Konditionierung** ist aufgrund der unmittelbaren Konsequenzen der Substanzeinnahme (bei intravenöser Einnahme wenige Sekunden) und ihrer starken positiven Auswirkungen auf der physiologischen und emotionalen Ebene sehr dominant. Die zeitlich verzögert eintretenden **negativen Konsequenzen** spielen über Jahre keine Rolle. Erst wenn die negativen Konsequenzen dauerhaft überwiegen, entsteht eine Bereitschaft zur Verhaltensänderung. Da die negativen Folgen (körperliche Erkrankung, soziale Sanktionen) im Laufe der Behandlung relativ schnell verschwinden, die positiven Erinnerungen an den Substanzmißbrauch und die emotionalen Probleme als ein Teil der ursprünglich auslösenden Bedingungen zunächst jedoch weiterbestehen, ist die Bereitschaft zum Beginn und zur planmäßigen Beendigung der Behandlung schwankend. Ambivalenz ist ein zentrales Merkmal von Abhängigen über Jahre, manchmal über Jahrzehnte.

Die Förderung und langfristige Unterstützung der Therapiemotivation ist insofern einer der wichtigsten Bestandteile einer modernen Behandlung von Abhängigen. In Tabelle 1 sind die Schritte für diesen Therapiebaustein dargestellt. Wichtig ist dabei eine ausführliche Problemanalyse - und zwar aus Sicht des Therapeuten und des Patienten - sowie eine sorgfältige Zielvereinbarung. In nicht-verhaltenstherapeutisch orientierten Therapien wird häufig konfrontativ mit vorgegebenen Zielen gearbeitet (sofortige Abstinenz), die zu der hohen Therapieabbruchquote beitragen.

Eine Grundlage für die Zielvereinbarung ist die Erfassung der aktuellen Phase der Veränderungsbereitschaft (Prochaska & DiClemente, 1992). Diese Autoren gehen von zyklischen Lebensabläufen bei Abhängigen mit folgenden Phasen aus:

- “Precontemplation” (Phase des kontinuierlichen Konsums ohne Bereitschaft zur Veränderung),
- “Contemplation” (Phase des Nachdenkens über die Vor- und Nachteile des Konsums und über eine mögliche Aufgabe dieses Verhaltens),
- “Preparation” und
- “Action” (falls in dem kognitiven Prozeß die Vorteile für eine Verhaltensänderung überwiegen, wird diese mittels Selbstheilungsversuch oder Behandlungsantritt angestrebt) sowie
- “Maintenance” (Phase der Aufrechterhaltung der Abstinenz).

Tabelle 1: Therapiebaustein "Motivation".

Therapieschritte	Therapeutische Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Problemanalyse <ul style="list-style-type: none"> • Aktueller Anlaß für Therapiebeginn z.B. äußerer Druck (Justiz, Familie, Arbeitsplatz, Gesundheit) • Objektive positive Konsequenzen einer Behandlung • Subjektiv wahrgenommene positive Konsequenzen • Erwartungen an die eigene Kompetenz zur Verhaltensänderung • Phase der Veränderungsbereitschaft • Sonstige Störungen (funktionaler Zusammenhang zum Substanzmißbrauch) • Fördernde und hemmende Faktoren für Veränderungen <ul style="list-style-type: none"> • Faktoren der sozialen Umgebung (Partner, Angehörige, Arbeitsplatz) • Gesundheitliche Situation • Zielsetzung des Patienten <ul style="list-style-type: none"> • Bereich Drogenkonsum (z.B. Abstinenz, Methadon-Substitution, Weiterführung des illegalen Konsums) • Sonstige Lebensbereiche • Zielvereinbarung <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung der Therapieziele (Drogenbereich, sonstige Bereiche) • Prioritätenliste 	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verfahren u.a. <ul style="list-style-type: none"> • Motivationales Interview • Herausarbeitung und Bekräftigung positiver Konsequenzen und Erwartungen an eine Therapie • Erarbeitung mit dem Patienten <ul style="list-style-type: none"> • Motivationales Interview • Auswahl von Teilzielen mit raschen Erfolgserlebnissen <ul style="list-style-type: none"> • Registrierung von Fortschritten durch den Patienten • Laufende Bekräftigung von Fortschritten

An diesen Phasen wird deutlich, daß es nicht sinnvoll ist, eine abstinenzorientierte stationäre Langzeitbehandlung mit starken Einschränkungen der Lebensführung vorzuschlagen, wenn ein Patient noch in der Phase des Nachdenkens (Contemplation) über Vor- und Nachteile der Behandlung ist. Hier ist es angezeigt, mit kognitiven Verfahren die Veränderungsbereitschaft im positiven Sinn zu fördern. Eine Möglichkeit hierfür ist das **motivationale Interview** (Miller & Rollnick, 1991). Es handelt sich dabei um eine Strategie im Rahmen einer nicht-konfrontativen Gesprächsführung, bei der der Patient motiviert wird, mit eigenen Worten und Argumenten die Vor- und Nachteile einer Fort-

führung des Substanzmißbrauchs beziehungsweise einer umfassenden Verhaltensänderung in mehreren Schritten auszuarbeiten. Der Therapeut hat dabei die Aufgabe, die positiven Äußerungen zu bekräftigen und durch entsprechendes Nachfragen beim Patienten die Gewichtung dieser Argumente auszubauen. Weitere praxisrelevante Informationen zur Behandlungsmotivation finden sich bei Petry (1993).

2.2.2 Rückfallprävention

Ein zweites zentrales Merkmal bei Abhängigen ist der **Rückfall**, der lange Jahre wenig beachtet wurde, heute jedoch eine zentrale Stellung in der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Abhängigen einnimmt. Zwei Jahre nach Therapieende sind etwa 70% der Drogen- und 50% der Alkoholabhängigen rückfällig. Auch in Phasen der Abstinenz beziehungsweise des kontrollierten Konsums im Rahmen einer Methadon-Substitution geraten Patienten immer wieder in Versuchung, die kritischen Substanzen erneut einzunehmen. Ursprünglich neutrale interne und externe Situationen wurden während der Zeit des Substanzmißbrauchs zu konditionierten Auslösern für konditionierte Entzugserscheinungen beziehungsweise für ein sehr starkes Bedürfnis zum erneuten Drogenkonsum ("craving", unstillbare Gier). Diese Phänomene können noch Monate, teilweise Jahre nach Aufgabe des Konsumverhaltens auftreten und erhöhen die Wahrscheinlichkeit für Rückfälle.

Marlatt hat diese bereits seit längerem bekannten Prozesse um kognitive Aspekte ergänzt (z.B. Marlatt & Gordon, 1985). Er geht davon aus, daß ein Rückfall sich in zahlreichen Schritten vorbereitet. Dabei gibt es aufgrund der Lerngeschichte für jede Person individuelle **Risikosituationen**. Die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Konsums ist von den folgenden drei Bedingungen abhängig:

- Konfrontation mit einer Risikosituation,
- der allgemeinen Lebenssituation ("unbalanced lifestyle") und
- den fehlenden Bewältigungsstrategien für den Umgang mit solchen Situationen

Führt eine solche kritische Konstellation zu einem ersten Konsum, ist dieser nicht automatisch mit einem vollständigen Rückfall verbunden. Vielmehr hängt die weitere Entwicklung ab vom:

- Grad der **Einschätzung der eigenen Fähigkeit zur Bewältigung** der Situation und
- den **negativen und positiven Erwartungen** an eine fortgesetzte Substanzeinnahme.

Ist der Grad der Erwartung hoch und die Selbsteinschätzung gering, kann es zu fortschreitendem Mißbrauchsverhalten bis hin zum alten Gebrauchsmuster kommen. Es ist bis heute empirisch nicht zu klären, ob die Erklärungsmuster aufgrund der klassischen Konditionierung oder die kognitiven Faktoren nach Marlatt und anderen eine stärkere Rolle spielen. Praxisrelevante Rückfallpräventionsprogramme umfassen daher beide Aspekte (vgl. Tab. 2). Weitere Hinweise finden sich bei Körkel (1988).

Tabelle 2: Therapiebaustein "Rückfallprävention".

Therapieschritte	Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Verständnis des Rückfallkonzepts <ul style="list-style-type: none"> • individuelle kritische Auslöser • Verhaltensketten bis zum Rückfall • Lebensstil und fehlende Bewältigungsstrategien • Kenntnis der eigenen rückfallkritischen Auslöser <ul style="list-style-type: none"> • intern/extern • Stimmungen/Situationen • positiv/negativ • Übung zur Rückfallprävention <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau von Selbstwirksamkeit • Vermeidung kritischer Situationen in der Vorstellung/in der Realität • Richtiges Verhalten in kritischen Situationen in der Vorstellung/in der Realität • Richtiges Verhalten nach einem ersten Rückfall 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprächsführung • Erarbeitung mit dem Patienten • Selbstbeobachtung Selbstinstruktionen Kognitive Proben Gedankenstoptraining Modelldarbietung/Rollenspiele

2.2.3 Behandlung begleitender Störungen

Die **Behandlung begleitender Störungen**, läßt sich nur exemplarisch darstellen, da sie stark vom Einzelfall abhängt. Die Störungen können beim einzelnen Patienten sehr unterschiedlich ausgeprägt sein, entweder funktional mit dem Mißbrauchsverhalten verbunden oder bereits weitgehend verselbständigt sein. In Tabelle 3 sind die wichtigsten Beispiele und Vorschläge für therapeutische Maßnahmen zusammengestellt (vgl. Bühringer, 1994a), wobei je nach spezifischem Bedingungsgefüge und Störungsbild das gesamte Repertoire der Verhaltenstherapie eingesetzt werden muß.

Tabelle 3: Therapiebaustein “Sonstige Störungen”.

Psychische Funktionsstörungen	Therapeutische Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wahrnehmungsstörungen <ul style="list-style-type: none"> • zahlreiche ursprünglich neutrale interne und externe Reize wirken als konditionierte Stimuli für abhängigkeitsbezogenes Verhalten (z.B. Entzugserscheinungen, Wunsch nach Drogen, Beschaffung, Konsum) ▶ Gedächtnisstörungen <ul style="list-style-type: none"> • starke Konzentrationsstörungen ▶ Denkstörungen/Problemlösestörungen <ul style="list-style-type: none"> • langandauernde Perioden zwanghaft eingeschränkter Gedanken über Rauscherlebnisse, erneuten Konsum und geeignete Wege zur Beschaffung der Drogen • einseitige Problemlösung durch Flucht in erneute Drogeneinnahme • Sprachstörungen <ul style="list-style-type: none"> • eingeschränktes Sprachrepertoire für emotionale Äußerungen • abhängigkeitsbezogene Sprache (bei jungen Drogenabhängigen auch mit subkulturellen Begriffen) • Emotionale Störungen <ul style="list-style-type: none"> • unausgeglichenes und nicht situationsangepaßtes impulsives Verhalten (verbal und körperlich aggressives Verhalten, Rückzugtendenzen, depressives Verhalten) • schnell wechselnde Stimmungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sammlung individueller Stimuli • Gedankenstop • Coveranten-Kontrolle • verdeckte Sensibilisierung • Ablehnungstraining • Aufgabenschwierigkeit steigern (mit Kontrakten) • Gedankenstop • Verhaltensalternativen üben • Problemanalyse und Entscheidungstraining • Löschung drogenbezogener Begriffe • Selbstkontrollverfahren • Selbstbeobachtung • Kommunikationsübungen • Rollenspiele

<ul style="list-style-type: none"> • Motivationsstörungen <ul style="list-style-type: none"> • geringe Kompromißfähigkeit • geringe Fähigkeit zur Bewältigung schwieriger Situationen und langwieriger Aufgaben • geringe Toleranz gegenüber verzögerten Erfolgserlebnissen • geringe Fähigkeit im Umgang mit Mißerfolgen • Störungen der Psychosomatik <ul style="list-style-type: none"> • stark verlangsamte oder agitierte Psychosomatik (je nach pharmakologischer Wirkung der Substanzen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenstellung schwieriger Situationen • Rollenspiele • Kontrakte mit abgestufter Schwierigkeit • Symptomatik verschwindet nach längerer Abstinenz • Aktivierungsübungen
<p style="text-align: center;">Entwicklungsstörungen im Bereich der Lebensführung</p>	<p style="text-align: center;">Therapeutische Maßnahmen</p>
<p>(Beginn des Substanzmißbrauchs bereits während der Pubertät oder im Jugendalter)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 zweckbezogen auf Drogenwerb); häufig mit Partnerschafts- und Sexualstörungen verbunden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sammlung von Interessen (Beruf, Freizeit) • Rollenspielübungen (Bewerbungsgespräche, Kommunikation, Selbstsicherheit) • Partnerschafts- und Sexualtherapie • abgestufte Dauer täglicher Arbeit (mit Punktesystemen) • Kontrakte (z.B. Verantwortung übernehmen)

Speziell bei Drogenabhängigen ist seit dem Auftreten der HIV-Infektion ein neuer Therapiebereich entstanden, der sich einerseits mit der:

- **Verhinderung einer HIV-Infektion** (Infektionswege über ungeschützten Sexualverkehr und kontaminierte Spritzen),
- der **Bewältigung einer solchen Infektion** und
- der **Verhinderung der Ansteckung** Dritter beschäftigt.

Hierfür liegt ein praxisrelevantes AIDS-Präventionsprogramm für Drogenabhängige vor (AIPP; Fahrner & Gsellhofer, 1995) vor, das im Rahmen der ambulanten und stationären Behandlung von Drogenabhängigen als Baustein eingesetzt werden kann.

3 Verhaltensmedizinische Interventionsstrategie

In diesem Abschnitt werden praktische Hinweise gegeben, wobei jeweils auf die genannten Therapiebausteine verwiesen wird. Die logische Abfolge vom Erstkontakt bis zu den Vorschlägen für die Nachbehandlung erfolgt aus didaktischen Zwecken, entspricht aber nicht der Realität bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Häufig müssen Entscheidungen zur ambulanten oder stationären Therapieform vor Erhalt der dafür notwendigen diagnostischen Erkenntnisse getroffen werden oder sind durch äußere Bedingungen bereits vorgegeben (z.B. ist Therapie als Alternative zum Gefängnisarrest nach §35 Betäubungsmittelgesetz nur in einer stationären Einrichtung und nur unter bestimmten Bedingungen in einer ambulanten Einrichtung möglich). Zur Illustration der vorgeschlagenen Maßnahmen wird auf Fallbeschreibungen für die Behandlung der Drogenabhängigkeit (Vollmer & Bühringer, 1995) sowie der Alkoholabhängigkeit (Kryspin-Exner, 1995) verwiesen.

3.1 Situation des Therapeuten

Ein Patient bittet um einen Termin, nennt in der ersten Behandlungssitzung sein Problem und seine Zielsetzung, nach der Problemanalyse wird der Therapieplan erstellt, der Patient arbeitet aktiv mit und schließt die Therapie erfolgreich ab. Dieser Regelablauf einer therapeutischen Behandlung ist bei Abhängigen eine Illusion. Der allergrößte Teil der Patienten kommt nicht aufgrund eines subjektiven Leidensdrucks in die Behandlung, sondern aufgrund externer Zwänge. Dabei handelt es sich in der Regel nicht um die Motivierung durch Partner oder Angehörige, sondern um äußeren Druck durch drohenden Schulverweis oder Arbeitsplatzverlust, polizeilichen oder justitiellen Zwang, drohende Obdachlosigkeit oder Gesundheitsschädigung. Da dieser Druck objektiv laufend variiert und subjektiv unterschiedlich erlebt wird, ist die Bereitschaft zum Therapiebeginn und zur planmäßigen Durchführung oder Beendigung ambivalent.

Nichteinhaltung von Terminen, Unpünktlichkeit, Lügen und Betrugsversuche sind besonders bei Drogenabhängigen, in weniger intensiver Form auch bei Alkoholabhängigen, ein normaler Bestandteil des Therapieverlaufs. Dazu

kommt, daß die Patienten regelmäßig versuchen, die Grenzen im Hinblick auf den unerlaubten Konsum (einschließlich psychoaktiver Medikamente als Ersatzstoffe) aufzuweichen (zur Notwendigkeit von Urinproben vgl. Bühringer, Simon & Vollmer, 1988). Der Therapeut ist versucht nachzugeben, beziehungsweise erneute Vereinbarungen zu treffen, um den Abbruch der Behandlung und die damit verbundenen Risiken für den Patienten zu vermeiden. Eine solche therapeutische Situation ist vor allem für junge und unerfahrene Therapeuten äußerst belastend. Unerlässlich sind deshalb eine gute Ausbildung sowie laufende Supervision und Fallbesprechung, um im Einzelfall das jeweilige Vorgehen und die Möglichkeit oder Notwendigkeit eines Therapieabbruchs überprüfen zu können.

3.2 Therapeutische Kontakte im Vorfeld einer strukturierten Behandlung

Im Vorfeld einer gezielten Rehabilitation (der in Deutschland gebräuchliche Begriff lautet "Entwöhnungsbehandlung") gibt es zahlreiche Möglichkeiten, einen therapeutischen Kontakt aufzunehmen. Beispiele sind:

- **"Streetwork"** an Plätzen, an denen sich Drogenabhängige treffen,
- eine **medizinische Behandlung** (Notfallbehandlung oder Behandlung von Folgeerkrankungen),
- eine geplante **Entgiftungsbehandlung** oder
- **Kontakte mit Polizei und Justiz** (z.B. therapeutische Auflagen; bei Alkoholabhängigen im Zusammenhang mit Trunkenheit am Steuer).

Häufig sind diese Kontakte nur kurz, so daß die Maßnahmen sehr gezielt ausgewählt werden müssen (vgl. Tab. 4). Ziele sind in allen Fällen:

- **Kontaktaufnahme und Motivierung** des Patienten zum Halten des Kontakts,
- **Förderung der Veränderungsbereitschaft** im Hinblick auf eine gezielte Behandlung - soweit Zeit bleibt -,
- zumindest bestimmte Teile der **Problemanalyse** um den Schweregrad und damit verbunden die Art des geeigneten Behandlungssettings abschätzen zu können sowie
- einige **Vorschläge zu risikoreduzierenden Verhaltensweisen** des Patienten, falls dieser den Kontakt doch abbricht.

Die aufgeführten Probleme des Therapeuten treten in den hier beschriebene therapeutischen Situationen verstärkt auf.

Tabelle 4: Therapeutische Kontakte im Vorfeld einer strukturierten Behandlung.

Themenbereiche	Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> ● Kontakt aufnehmen und halten ● Veränderungsbereitschaft erfassen und fördern • Teile der Verhaltensanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> • momentane Ziele des Patienten akzeptieren • Zuwendung • unmittelbare Hilfestellung in “unproblematischen” Bereichen (sozial, gesundheitlich) • Motivationales Interview <ul style="list-style-type: none"> • Konsequenzen der Ziele abwägen lassen • alternative Ziele • kognitive Maßnahmen • Gesprächsführung <ul style="list-style-type: none"> • Schweregrad (- > Behandlungssetting) • Therapiemotivation • fördernde und hemmende Faktoren • Risikoreduzierende Verhaltensweisen • Vorschläge zur Einnahmeform (Änderung der i.v.Injektionen/Desinfektion), Sexualverhalten (Kondome) und Vermeidung von Alkohol im Straßenverkehr <ul style="list-style-type: none"> • Selbstbeobachtung • Selbstinstruktionen • kognitive Proben • Abwägung der Vor- und Nachteile • Verhaltensproben

3.3 Auswahl des therapeutischen Settings

Sowohl bei Alkohol- als auch bei Drogenabhängigen müssen nach einer ersten Phase des therapeutischen Kontakts - die aufgrund äußerer Zwänge kurz sein kann, so daß keine ausreichenden diagnostischen Informationen vorliegen - verschiedene Entscheidungen hinsichtlich des therapeutischen Settings getroffen werden. Sie befassen sich mit der Frage ob - als Zwischenschritt oder endgültiges Therapieziel - ein kontrollierter Umgang mit der problematischen Substanz oder möglichst unmittelbar die Abstinenz angestrebt werden soll und mit der Frage der Therapieintensität. Die wichtigsten Kriterien sind in Tabelle 5 dargestellt.

Dabei ist zu berücksichtigen, daß diese Entscheidungen im Laufe der Zeit mehrfach geändert werden können. So ist es wenig sinnvoll, selbst wenn der Therapeut von der Notwendigkeit einer stationären Behandlung überzeugt ist, diese unter allen Umständen zu fordern, wenn der Patient hierzu noch nicht bereit ist. In diesem Fall sollte zunächst eine ambulante Behandlung versucht und dabei bestimmte Zwischenziele erreicht werden (z.B. gesundheitliche Stabilisierung, Änderung riskanter Konsumformen).

Tabelle 5: Kriterien für die Auswahl des therapeutischen Settings.

<p>Kontrolliertes Trinken</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine körperliche Abhängigkeit • soziale Stabilität (Familie, soziale Beziehungen, Arbeit) • Phasen kontrollierten Konsums in der Vergangenheit • Fähigkeit zur zeitweiligen Abstinenz <p>Methadon-Substitution</p> <ul style="list-style-type: none"> • nicht-befristete Indikation (schwere konsumierende Erkrankungen; opioidpflichtige Schmerzzustände; AIDS; Notwendigkeit nach einer befristeten Indikation zu Diagnosezwecken) oder • befristete Indikation (sechs Monate zur Diagnostik) oder • Überbrückungsindikation (spezifische Situationen wie lebensbedrohlicher Entzug oder Schwangerschaft) und • Vorliegen grundsätzlicher Voraussetzungen (Alter, soziale Bedingungen) und • keine Kontraindikation (z.B. Unverträglichkeit) <p>Ambulante Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • kontrolliertes Trinken (Regelfall; Ausnahmen stationär) • Methadon-Substitution (Regelfall; Ausnahmen stationär) • drogenfreie Behandlung <ul style="list-style-type: none"> • gute soziale Stabilität • 2-3 Termine pro Woche realisierbar • Drogenabhängige nur bei sehr intensiver Behandlung und sozialer Betreuung (z.B. Freizeit) 	<p>Alkoholabstinenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • körperliche Abhängigkeit • mißlungene Versuche kontrollierten Trinkens • bei Rückfällen sofortige Trinkexzesse • schlechte soziale Stabilität <p>Drogenabstinenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle anderen Fälle <p>Stationäre Behandlung</p> <p>@ alle anderen Fälle, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • ohne regelmäßigen Wohnsitz * arbeitslos • abhängige Partner • zahlreiche Rückfallauslöser in der normalen sozialen Umgebung • mißlungene ambulante Behandlung
--	--

Falls die ambulante Form nicht gelingt, ist dies ein deutliches Argument für den Therapeuten, eine stationäre Behandlung vorzuschlagen. Vor der eigentlichen Rehabilitationsbehandlung ist im Regelfall bei Drogenabhängigen und bei einem Teil der Alkoholabhängigen eine - üblicherweise stationär durchzuführende - Entgiftung notwendig. Nach Ende einer stationären Rehabilitation muß eine Übergangsphase mit entsprechenden therapeutischen Maßnahmen (teilstationär, ambulant) rechtzeitig eingeplant und sorgfältig durchgeführt werden. Ansonsten droht ein schneller Rückfall, vor allem wenn Abhängige in die alte räumliche und soziale Situation zurückkehren.

3.4 Therapeutische Maßnahmen

Die therapeutischen Maßnahmen orientieren sich an den genannten Therapiebausteinen. Je nach Art und Intensität der begleitenden Störungen kann es notwendig sein, diese im therapeutischen Verlauf sehr früh anzugehen. Dies trifft insbesondere bei Drogenabhängigen zu, bei denen sich aufgrund des frühzeitigen Mißbrauchsbeginns psychosoziale Entwicklungsstörungen zeigen, da deren Modifikation sich über lange Zeit hinzieht. Hierbei ist immer eine stationäre Behandlung angezeigt, da der komplette Tages- und Wochenablauf strukturiert werden muß.

Bei dem Therapiebaustein **“Rückfallprävention”** ist eine sorgfältige Analyse früherer Rückfallsituationen, der auslösenden Bedingungen und Reaktion des Patienten notwendig. Dabei müssen auch die Ressourcen erfaßt werden, etwa im Hinblick auf eigene Ansätze zur Rückfallverhinderung oder zur Schadensbegrenzung nach erfolgten Rückfällen. Die in Kapitel 2.2 genannten therapeutischen Maßnahmen sollten jeweils nacheinander zunächst kognitive Ansätze umfassen (z.B. wie können kritische Rückfallsituationen vermieden werden, wie kann man sich in solchen Situationen verhalten). Anschließend sollte dies in Rollenspielen in der Therapieeinrichtung geübt werden, zuletzt kognitiv und motorisch auch in der normalen räumlichen und sozialen Umwelt (z.B. Ablehnung eines Alkoholangebots in der Stammkneipe).

Zur **Behandlung begleitender Störungen** gehören bei Drogenabhängigen Maßnahmen zur HIV-Prävention beziehungsweise zum Umgang mit einer bereits erfolgten HIV-Infektion zum Standardangebot. Ein standardisiertes verhaltenstherapeutisches Programm mit detaillierten Anweisungen liegt als Manual vor (Fahrner & Gsellhofer, 1995). Weiterhin wird auf ausgearbeitete Therapiemanuale für die stationäre Behandlung von Drogenabhängigen (Kraemer & De Jong, 1980), sowie die ambulante (Vollmer & Kraemer, 1982) und stationäre (Schneider, 1982) Behandlung von Alkoholabhängigen verwiesen. Diese beruhen auf praktischen Erfahrungen und empirischen Überprüfungen, müssen aber

durch neue kognitive Verfahren ergänzt werden (vgl. Vollmer, 1993). Praktische Hinweise für Angehörige geben Lindenmeyer (1990) und Schneider (1991). Bei der **Therapieplanung und -durchführung** müssen folgende Punkte beachtet werden:

- **Erfassung der Lebensgeschichte vor Mißbrauchbeginn.** Damit sollen Problemsituationen erfaßt werden, deren Vermeidung durch den Mißbrauch verstärkt wurden und die nach Aufgabe des Konsums als potentielle Rückfallauslöser fortbestehen. Weiterhin soll speziell bei Drogenabhängigen geklärt werden, ob eine primäre Delinquenz vorliegt. Dies ist bei einem zunehmenden Anteil der Drogenabhängigen der Fall und hat entscheidenden Einfluß auf die Behandlungsplanung, da in solchen Fällen mit antisozialem und aggressivem Verhalten sowie der Fortführung der Delinquenz gerechnet werden muß.
- **Gemeindenähe.** Entgegen der früheren Tendenz, Drogen- und Alkoholabhängige möglichst entfernt vom Wohnort zu behandeln, ist es für viele Patienten von Vorteil, in der Nähe des eigenen Lebensraums behandelt zu werden, soweit eine stationäre Behandlung notwendig ist. Angehörige können besser einbezogen und Verhaltensproben in der natürlichen Umwelt leichter organisiert werden. Der Übergang in den normalen Alltag ist leichter zu gestalten.
- **Individuelle Behandlung.** Die Behandlung von Abhängigen war jahrelang dadurch gekennzeichnet, daß ein einheitliches Vorgehen für alle Patienten gewählt wurde. In den 70er Jahren wurden - parallel zu den Entwicklungen in der Verhaltenstherapie insgesamt - Breitbandprogramme entwickelt, die zwar viele therapeutische Bereiche umfaßten, aber für alle Patienten standardisiert waren. In neuerer Zeit konnte bei Drogenabhängigen gezeigt werden, daß sich solche verbindlichen Standardinterventionen **negativ** auf die Therapie auswirken (Vollmer, Ferstl & Ellgring, 1992). Neuere Entwicklungen zielen darauf ab, eine individuelle Therapieplanung und -durchführung aufgrund der Verhaltensanalyse vorzunehmen und den Entwicklungen im Therapieverlauf anzupassen. Darüber hinaus wird stärker nach dem Prinzip der minimalen Intervention gehandelt, also nur die therapeutischen Maßnahmen eingesetzt, die aufgrund der Problemanalyse und der strategischen und taktischen Therapieplanung in der jeweiligen Situation wirklich notwendig sind.

3.5 Therapie unter der Bedingung justitieller Zwänge

Justitielle Zwänge sind ein Spezialfall äußerer Zwänge, die bei fast allen Abhängigen einen starken Einfluß auf den Behandlungsbeginn und den planmäßigen Verlauf haben (bei Alkoholabhängigen z.B. die Wiedererlangung der

Führerscheins nach Trunkenheit am Steuer unter der Bedingung des erfolgreichen Abschlusses einer "Nachschulung" ; bei Drogenabhängigen z.B. die Möglichkeit, unter bestimmten Bedingungen zwischen Gefängnisaufenthalt und Therapie zu wählen). Entgegen der Annahme zahlreicher Therapeuten stellt dieser äußere Druck **keine** negative Bedingung für die Therapiedurchführung dar. Untersuchungen bei Drogenabhängigen konnten zeigen, daß Patienten in einer "Therapie statt Strafe"-Bedingung keine schlechteren Ergebnisse haben als solche ohne. Es gibt sogar Hinweise, daß bessere Ergebnisse erreicht werden können (vgl. Bühringer, 1991; Egg, 1992; Melchinger, 1989). Lediglich die Anfangszeit der Behandlung ist deutlich erschwert und setzt eine noch intensivere Motivierung voraus.

4 Schlußfolgerungen

Die Praxis der Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit hat sich in den letzten 20 Jahren rasch entwickelt. Es ist zu erwarten, daß zahlreiche aktuelle Forschungsthemen in Zukunft ebenfalls praxisrelevant werden.

4.1 Primärprävention des Substanzmißbrauchs

Lange Jahre wurden präventive Maßnahmen bei Abhängigen mit wenig Fachkenntnissen durchgeführt und skeptisch beurteilt. Neuere Literaturübersichten (Denis, Heynen & Kröger, 1994; Künzel-Böhmer et al., 1993) konnten zeigen, daß **primärpräventive Maßnahmen**, unter der Bedingung, daß sie fachgerecht auf der Grundlage verhaltenstherapeutischer Prinzipien durchgeführt werden, erfolgreich sind. Im Mittelpunkt steht dabei die **Förderung verschiedener Lebenskompetenzen**, die sich in Längsschnittuntersuchungen als Schutzfaktoren zur Vermeidung eines Mißbrauchsverhaltens herausgestellt haben. Dazu gehören:

- **Substanzspezifische** Maßnahmen wie etwa ein "Standfestigkeits-Training" zum Ablehnen von Alkohol- und Drogenangeboten und
- **substanzunspezifische** Maßnahmen wie die Förderung der Selbstsicherheit, Durchsetzungsfähigkeit, Fähigkeit zur Erkennung und Bewältigung von Streßsituationen sowie die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit.

In den genannten Literaturübersichten sind Beispiele für das praktische Vorgehen genannt; erste Untersuchungen werden in Deutschland durchgeführt. Praktische Hinweise und Anleitungen aus den Literaturübersichten wurden für

Laien allgemein (Bühringer, 1994b) sowie speziell für Eltern (Bühringer, 1992) und Ärzte (Bühringer, 1995) publiziert.

4.2 Substitutionsgestützte Behandlung

Die Behandlung von Drogenabhängigen unter Einbeziehung einer Substitution mit Methadon hat in den letzten Jahren in Deutschland stark zugenommen. Es wird in Zukunft notwendig sein, die medizinischen, psychologischen und sozialen Maßnahmen im Sinne einer umfassenden verhaltensmedizinischen Behandlung auszuwählen und durchzuführen.

4.3 Anwendung von "cue-exposure"-Techniken

Ein großes Forschungsinteresse haben derzeit Maßnahmen zur Löschung der konditionierten und diskriminativen Stimuli für Entzugerscheinungen und das "craving". Dahinter steht die Überlegung, daß nach Abschluß der Lösungsprozesse das Rückfallrisiko reduziert wird. Obwohl die jeweiligen Auslöser im Hinblick auf ihre Löschung gut therapeutisch beeinflußt werden können, sind die Ergebnisse zur tatsächlichen Reduktion des Rückfallrisikos bis heute uneinheitlich. Insofern ist weitere Forschung notwendig, bevor diese Maßnahme in die Praxis übernommen werden kann.

Literatur

- American Psychiatric Association (Hrsg.)(1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: APA, 4. Auflage.
- Bühringer, G. (1995). Prävention der Drogenabhängigkeit. Fortschritt und Fortbildung in der Medizin, 19, 187-199.
- Bühringer, G. (1994a). Mißbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen und Medikamenten. In H. Reinecker (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen (299-325). Göttingen: Hogrefe.
- Bühringer, G. (1994b). Prävention ist wirksam! In R. Sauer & J. Singer (Hrsg.), Keine Macht den Drogen. Strategien gegen die Sucht - Experten informieren (37-51). München: Bonn Aktuell.
- Bühringer, G. (1992). Drogenabhängigkeit. Wie wir Mißbrauch verhindern und Abhängigen helfen können. Freiburg: Herder, 2. Auflage.
- Bühringer, G. (1991). Therapie von Drogenabhängigen unter Bedingungen äußeren Zwangs. In R. Egg (Hrsg.), Brennpunkte der Rechtspsychologie. Polizei - Justiz - Drogen (119-137). Bonn: Forum.
- Bühringer, G., Gastpar, M., Heinz, W., Kovar, K.-A., Ladewig, D., Naber, D., Täschner, K.-L., Uchtchagen, A. & Wanke, K. (in Druck). Methadon-Standards. Standards für

- die Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen. Stuttgart: Enke.
- Bühringer, G. & Küfner, H. (in Druck). Mißbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen und Medikamenten. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. D/II/2 Psychische Störungen und ihre Behandlung. Göttingen: Hogrefe.
- Bühringer, G., Künzel, J. & Spies, G. (1995). Methadon-Expertise. Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland (IFT-Berichte, Bd. 76). München: Institut für Therapieforchung.
- Bühringer, G., Spies, G. & Künzel, J. (1995). Methadon-Substitution bei Opiatabhängigen. Zeitschrift für klinische Psychologie, 24, 184-192.
- Bühringer, G. & Simon, R. (1992). Die gefährlichste psychoaktive Substanz. Epidemiologie zum Konsum und Mißbrauch von Alkohol. Psyche, 3, 156-14-162-18.
- Bühringer, G., Simon, R. & Vollmer, H. (1988). Urinkontrollanalysen in der Therapie von Drogenabhängigen. In W. Arnold, M. Möller & W. Poser (Hrsg.), Suchtkrankheiten. Diagnose, Therapie und analytischer Nachweis (108-125). Berlin: Springer.
- Denis, A., Heynen, S. & Kröger, Ch. (1994). Fortschreibung der Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.)(1992). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.)(1995). Drogenabhängigkeit. Eine Information für Ärzte. Hamm: Eigenverlag, 2. vollständig bearbeitete Auflage.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.)(1994). Jahrbuch Sucht '95. Gestacht: Neuland.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.)(1991). Alkoholismus. Eine Information für Ärzte Hamm: Eigenverlag, 3. vollständig bearbeitete Auflage.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.)(1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.
- Edwards, G., Arif, A. & Hadgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drugs- and alcohol-related problems: A WHO memorandum. Bulletin of the World Health Organization, 59, 225-242.
- Egg, R. (Hrsg.)(1992). Die Therapieregungen des Betäubungsmittelrechts. Deutsche und ausländische Erfahrungen (Kriminologie und Praxis, Bd. 9). Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e.V..
- Fahrner, E.-M. & Gsellhofer, B. (1995). Das AIPP: Ein AIDS-Präventionsprogramm für Drogenabhängige. Baltmannsweiler: Schneider.
- Körkel, J. (Hrsg.)(1988). Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? Berlin: Springer.
- Kraemer, S. & De Jong, R. (Hrsg.)(1980). Therapiemanual für ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen (IFT-Texte, Bd. 2). München: Röttger.
- Kryspin-Exner, I. (1995). Alkoholismus. In H. Reinecker (Hrsg.), Fallbuch der klinischen Psychologie (113-128). Göttingen: Hogrefe.
- Küfner, H. & Bühringer, G. (im Druck). Alkoholismus. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. D/II/2 Psychische Störungen und ihre Behandlung. Göttingen: Hogrefe.
- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G. & Janik-Konecny, T. (1993). Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 20). Baden-Baden: Nomos.

- Lehntzk, Ch. & Simon, R. (1994). Systembeschreibung SEDOS, Version 1.2 (IFT-Manuale Bd. 27). München: Institut für Therapieforschung.
- Lindenmeyer, J. (1990). Lieber schlau als blau. Informationen zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (Hrsg.)(1985). Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford.
- Melchinger, H. (1989). Therapie unter Freiheitsentzug - Kammnestische Untersuchungen bei Klienten der Fachklinik Brauel. In W. Feuerlein, G. Bühringer & R. Wille (Hrsg.), Therapieverläufe bei Drogenabhängigen. Kann es eine Lehrmeinung geben? (245-264). Berlin: Springer.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (Bds.)(1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviors. New York: Guilford.
- Petry, J. (1993). Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendung in der Suchttherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Prochaska, J.O. & DiClemente C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (184-218). Sycamore: Academic Press.
- Schneider, R. (1991). Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten. München: Röttger.
- Schneider, R. (Hrsg.)(1982). Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen (IFT-Texte, Bd. 8). München: Röttger.
- Simon, R., Strobl, M., Schmidtbreich, B., Hllinghorst, R., Bühringer, G. & Helas, I. (1995). Jahresstatistik 1994 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. Berichtszeitraum: 1.1.1994 - 31.12.1994 (EBIS-Berichte Bd. 20). Hamm: EBIS AG bei der DHS.
- Simon, R., Strobl, M. & Lehntzk, Ch. (1992). Systembeschreibung zum Programm EBIS-A, Version 4.0 (IFT-Manuale Bd. 26). München: Institut für Therapieforschung.
- Simon, R., Bühringer, G. & Wiblishauser, P.M. (1991). Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. Berichtszeitraum: 1.1.1990 - 21.12.1990 (IFT-Berichte, Bd. 62). München: Institut für Therapieforschung.
- Vollmer, H. (1993). Therapie als kontinuierlicher Entscheidungsprozeß. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H.C. Vollmer (Hrsg.), Eingrenzung und Ausgrenzung (67-100). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Vollmer, H. & Bühringer, G. (1995). Drogenabhängigkeit. In H. Reinecker (Hrsg.), Fallbuch der klinischen Psychologie (129-150). Göttingen: Hogrefe.
- Vollmer, H., Ferstl, R. & Ellgring, H. (1992). Individualized behavior therapy for drug addicts. In G. Bühringer & J.J. Platt (Eds.), Drug addiction treatment research. German and American perspectives (333-352). Malabar: Krieger Publishing.
- Vollmer, H. & Kraemer, S. (Hrsg.)(1982). Ambulante Behandlung junger Alkoholabhängiger (IFT-Texte, Bd. 5). München: Röttger.