

- 2) Die aktuelle Krisensituation bewältigen: Es ist zu klären, wie der rückfällige Patient wieder nüchtern werden kann, ohne eine Überforderung von Angehörigen oder des therapeutischen Personals bzw. eine unzumutbare Belästigung von Mitpatienten darzustellen. Längere Gespräche und unsystematische Zuwendung insbesondere bei stark intoxikierten oder demoralisierten Patienten sind kontraindiziert, da sie eine ungewollte Verstärkung des Problemverhaltens durch vermehrte Zuwendung und Aufmerksamkeit darstellen. Erforderlich ist vielmehr eine klare Struktur, um den Patienten zu verantwortlichem Verhalten und damit einem Wiederaufbau seiner Selbstwirksamkeitsüberzeugung zurückzuführen. Dem Patienten sollte klargemacht werden, dass eine Weiterbehandlung seine Kooperation (auch in angetrunkenem Zustand) voraussetzt.
- 3) Therapie- und Abstinenzsicherung: Erst wenn der Patient wieder nüchtern ist, sollte der Rückfall genauer untersucht werden. Allerdings sollte der Patient hierbei von demoralisierender Ursachenforschung über die vermeintlichen Hintergründe seines Rückfalls abgehalten werden. Stattdessen ist seine Aufmerksamkeit auf die künftige Bewältigung von Risikosituationen bzw. auf erforderliche Konsequenzen in der Therapie zu lenken.

! **Merke:** Die Möglichkeit eines Rückfalls sollte bereits zu Therapiebeginn und auch während der Behandlung mit dem Patienten besprochen und konkrete Vereinbarungen für diesen Fall getroffen werden.

Auch im weiteren Therapieverlauf sollte das Thema Rückfall immer wieder durch den Therapeuten thematisiert werden. Der Patient sollte regelmäßig aufgefordert werden einzuschätzen, welche Situationen er mittlerweile aus seiner Sicht problemlos bewältigen kann, welche Situation weiterhin ein Risiko darstellen und was er im Falle eines Rückfalls zu tun gedenkt.

5 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. Können Alkoholabhängige wieder kontrolliert trinken?

→ Der bisherige Forschungsstand kann dahingehend zusammengefasst werden, dass kontrolliertes Trinken zwar bei Alkoholabhängigen durchaus möglich ist, insgesamt aber im Vergleich zu Abstinenz ein weniger wahrscheinliches Behandlungsergebnis darstellt. Insbesondere wird das in der Tradition der rationalen Selbstkontrolle stehende Paradigma des kontrollierten Trinkens den aktuellen Erkenntnissen der neurophysiologischen Suchtforschung über die zentrale Bedeutung subkortikaler Suchtmechanismen nicht gerecht. Insofern besteht kein Grund, gegen Versuche des kontrollierten Trinkens aufgeregt zu polemisieren. Alkoholabstinenz ist für Alkoholabhängige allerdings weiterhin eindeutig als Therapieziel der Wahl zu bezeichnen. Insbesondere sei darauf hingewiesen, dass kontrolliertes Trinken kein unbefangenes Trinken wie früher bedeutet, sondern ein stark reglementiertes und diszipliniertes Verhalten darstellt (Kruse et

al., 2000). Will man dagegen Personen mit schädlichem Alkoholkonsum für eine Behandlung gewinnen, so sind sicherlich offene Trinkziele erforderlich. Hier weist das Paradigma der „Punktabstinenz“ (Abstinenz in kritischen Trinksituationen) deutliche Vorteile gegenüber kontrolliertem Trinken als Behandlungsziel auf (Lindenmeyer, 2002).

2. Ab wann ist jemand alkoholabhängig?

→ Für den klinischen Alltag ist die Heterogenität der Diagnosekriterien nach ICD-10 nur wenig befriedigend. Hier kann als einfach zu handhabende Faustregel gelten (Schneider, 1998):

Alkoholabhängig ist entweder,

wer den Konsum von Alkohol nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher oder psychischer Art eintreten,

oder

wer nicht aufhören kann zu trinken, obwohl er sich oder anderen immer wieder schweren Schaden zufügt.

3. Muss man gegenüber Alkoholabhängigen konfrontativ sein?

→ Der traditionell konfrontative Interaktionsstil in der Behandlung von Alkoholabhängigen hat sich in zahlreichen Studien als wenig effektive Motivierungsstrategie erwiesen. Mit der Einführung des sog. motivational interviewing (Miller und Rollnik, 1999) hat sich das Motivationskonzept in der Suchtbehandlung grundlegend verändert. Motivation wird heutzutage nicht mehr als Voraussetzung, sondern vielmehr als Teil der Behandlung verstanden. Motivation wird außerdem nicht mehr als Zustand des Patienten („Herr X ist hochmotiviert“), sondern als interaktioneller Prozess zwischen Patienten und Behandler gesehen. Insofern ist im Einzelfall zu entscheiden, welcher Interaktionsstil des Behandlers die Veränderungsmotivation des Patienten erhöht.

4. Wieviel Kontrolle ist in der Behandlung von Abhängigen erforderlich?

→ Im Rahmen der Behandlung von Alkoholproblemen sind regelmäßige Atemalkoholkontrollen dringend zu empfehlen:

- **Sicherheit:** Die teilweise deutlich erhöhte Alkoholverträglichkeit der Betroffenen bewirkt, dass der tatsächliche Grad der Alkoholintoxikation im Kontakt erheblich unterschätzt wird. Um daher die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung sowie gegebenenfalls die Fahrtauglichkeit des Betroffenen bestimmen zu können, ist eine Atemalkoholkontrolle im Erstkontakt und vor allem bei einer ambulanten Behandlung in regelmäßigen Abständen zur Absicherung des Therapeuten sinnvoll.

- **Diagnostik:** Die Blutalkoholkonzentration stellt an sich eine wichtige diagnostische Information dar. Insbesondere wenn ein Patient trotz hoher Promillewerte in seinem Verhalten weitgehend unauffällig ist, besteht der dringende Verdacht auf eine Alkoholproblematik. Außerdem sind alle Patienten mit einem Blutalkoholspiegel von mehr als 2 Promille gezielt auf eine Alkoholabhängigkeit zu untersuchen.

- **Verlaufskontrolle:** Wiederholte Atemalkoholkontrollen im Verlauf einer Behandlung können wichtige Interventionen darstellen, um die Abstinenz der Patienten sicherzustellen. Im Rahmen ambulanter Behandlung kann u.U. eine Atemalkoholkontrolle zu Beginn jeder Sitzung sinnvoll sein, inner-

4.2 Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen

halb stationärer Behandlungseinrichtungen gehören stichprobenartige Atemalkoholkontrollen zum Alltag.

5. Ist Alkoholismus vererbbar?

→ Zahlreiche Studien belegen einen erheblichen genetischen Einfluss bei der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Insbesondere ist das Risiko von männlichen Kindern von alkoholabhängigen Vätern erhöht. Andererseits kommen diese Unterschiede erst zum Tragen, wenn die Betroffenen über einen langen Zeitraum erhebliche Mengen an Alkohol trinken, und dieses Trinkverhalten ist nicht erblich bedingt. Insofern haben sich die Verfügbarkeit von Alkohol, persönliche, soziale und psychische Ressourcen, das Ausmaß an Komorbidität und die Modellfunktion von Eltern ebenfalls als wichtige Einflussgrößen erwiesen.

6. Wann sollte man Alkoholabhängige stationär, wann ambulant behandeln?

→ Stationäre Behandlungen bieten im Allgemeinen ein umfassenderes und intensiveres Therapieprogramm als ambulante Therapien und ermöglichen gleichzeitig eine stärkere Entlastung von beruflichen und familiären Alltagsproblemen. Sie entlasten auch kurzfristig das soziale Stützsystem des Betroffenen. Der Vorteil einer ambulanten Behandlung liegt in ihrer Niedrigschwelligkeit, der leichteren Einbeziehungsmöglichkeit von Bezugspersonen und in den geringeren Behandlungskosten. Eine ambulante Behandlung erscheint nur indiziert, wenn

- der Patient über ein stabiles soziales Stützsystem verfügt, das im Rahmen einer ambulanten Behandlung in die Abstinenzbemühungen mit einbezogen werden kann,
- der Patient sich in einem Arbeitsprozess befindet, der durch die Behandlung nicht unterbrochen werden soll,
- eine längere Abwesenheit des Betroffenen in der Familie nicht möglich ist (z.B. wegen der Versorgung von Kindern oder Angehörigen),

6 Prüfungsfragen

1. Benennen Sie wichtige Kriterien für das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit!
2. Benennen Sie typische Schwierigkeiten bei der Verhaltensanalyse von Alkoholproblemen und zeigen Sie hierfür Lösungswege auf!
3. Beschreiben Sie das therapeutische Vorgehen bei einem Rückfall während der Behandlung!
4. Skizzieren Sie ein verhaltenstherapeutisches Erklärungsmodell für Alkoholabhängigkeit!
5. Benennen Sie Gründe für die Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung von Alkoholabhängigen!
6. Warum spielen differentialdiagnostische Fragen in der Behandlung von Alkoholproblemen eine so große Rolle?
7. Welche Ziele werden mit der umfangreichen Informationsvermittlung in der Behandlung von Alkoholproblemen verfolgt?
8. Welche Funktion haben Atemalkoholkontrollen in der Behandlung von Alkoholproblemen?
9. Warum ist es nicht sinnvoll, Abstinenzmotivation zur Voraussetzung für eine Behandlung zu machen?

7 Literatur

a) zitierte Literatur

- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 4. Aufl. Bern: Huber, 2000
- Feuerlein W, Kufner H, Soyka M: Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, 1998
- John U, Hapke U, Rumpf HJ, Hill A, Dilling H: Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und –abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos, 1996
- Kraus L, Bauernfeind R: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. Sucht 1998;44(1):5-82
- Kruse G, Körkel J, Schmalz U: Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2000
- Lindenmeyer J: Diagnostik in der Suchtbehandlung. Sucht aktuell 2000; 16:44-49
- Lindenmeyer J: Kontrolliertes Trinken oder Punktabstinenz? – Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. In: Mann K (Hrsg.): Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Lengerich: Pabst Science Publishers, 2002
- Meyer C, John U: Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2003. Geesthacht: Neuland, 2003. 18-33
- Petry J: Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien. 3. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1996
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen (DSM-IV). 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 1998
- Schneider R: Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten. Baltmannsweiler: Schneider, 1998
- Schuhler P, Baumeister H: Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmißbrauch. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1999
- Wienberg G: „Die vergessene Mehrheit“ heute – Teil II: Zur Situation der traditionellen Suchthilfe. In: Wienberg G, Driessen M (Hrsg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2001

b) weiterführende Literatur

- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese, BS: Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1995
- Lindenmeyer J: Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Band 6. Göttingen: Hogrefe, 1999
- Lindenmeyer J: Lieber schlau als blau. Informationen zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. 6. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 2001
- Lindenmeyer J: Der springende Punkt – Stationäre Kurzintervention bei Alkoholmissbrauch. Lengerich: Pabst Science Publishers, 2001b
- Miller WR, Rollnik S: Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus, 1999

c) Diagnostikinstrumente

- Berlitz-Weihmann E, Metzler P: Fragebogen zum funktionalen Trinken (FFT). Testzentrale Göttingen, 1997
- Feuerlein W, Ringer Ch, Kufner H, Ringer C, Antons K: Münchner Alkoholismustest (MALT). Testzentrale Göttingen, 1979
- Funke W, Funke J, Klein M, Scheller R: Trierer Alkoholismus Inventar (TAI). Testzentrale Göttingen, 1987
- Gsellhofer B, Kufner H, Vogt M, Weiler D: European Addiction Severity Index. EuropASI. Manual für Training und Durchführung. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag, 1999

4.2 Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen

4.2.2 Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Drogen und Medikamenten*

HEINRICH KÜFNER UND TANJA BRÜCKL

1 Einleitung

Patienten mit Drogenproblemen sind nicht nur ungeliebte Kinder in der Psychiatrie, sondern auch in der Psychotherapie. Ihre Behandlung ist schwierig, und der Behandlungserfolg wird generell als unbefriedigend eingeschätzt (vgl. Küfner, 2001). Bei Medikamentenabhängigen gibt es kaum Untersuchungen zum Behandlungserfolg, der aber wahrscheinlich größer ist als bei den Drogenabhängigen. Beide Patientengruppen sind eine Herausforderung für psychotherapeutische Behandlungsansätze. Die Behandlung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit lässt sich prinzipiell auch zusammen mit der Behandlung von Alkoholabhängigkeit beschreiben. Beide Störungsgruppen wurden bislang häufig stationär in der gleichen Suchtfachklinik mit dem gleichen Therapieprogramm behandelt (siehe z.B. Schuller und Baumeister, 1999), während Drogenabhängige stationär meist in drogenspezifischen Suchtfachkliniken einer länger dauernden Behandlung unterzogen wurden. Es gibt aber auch gute Gründe, Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit zusammen mit Drogenmissbrauch zu beschreiben, da Drogenabhängige sehr häufig auch Medikamente, wie z.B. Benzodiazepine, missbrauchen und von diesen häufig auch abhängig sind.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Hauptmerkmale

Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz im Sinne einer Diagnose können unter dem von der WHO als unscharf abgelehnten Oberbegriff Sucht zusammengefasst werden, der Begriff Missbrauch ist weiter gefasst und schließt auch einen nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch (z. B. Drogenkonsum im Straßenverkehr) ohne Diagnose mit ein. Im klinischen Sprachgebrauch wird der Begriff Missbrauch auch im Sinne eines chronischen Missbrauchs unter Einschluss der Abhängigkeit verwendet.

! **Merke:** Zentrale Begriffe der Sucht sind die psychische und körperliche Abhängigkeit. Die körperliche Abhängigkeit zeigt sich hauptsächlich in Entzugserscheinungen bei Absetzen der Droge bzw. des Medikaments.

Die körperliche Abhängigkeit ist bedingt durch die Anpassung der neurobiologischen Systeme und der Stoffwechselorgane auf die fortgesetzte Zufuhr von psychotropen Drogen- bzw. psychotropen Medikamenten. Meist kommt es zu einer so genannten Toleranzentwicklung, d.h., bei gleicher Dosis wird die Wirkung allmählich schwächer, und es muss eine größere Dosis der Substanz genommen werden, um die gleiche Wirkung zu erreichen. Nur unter der meist als selbstverständlich angenommenen Bedingung von Wahlmöglichkeiten stellt die körperliche Abhängigkeit einen starken Indikator auch für die psychische Abhängigkeit dar.

! **Merke:** Die psychische Abhängigkeit ist das Kernphänomen der Sucht und wird zum Teil über das so genannte unwiderstehliche Verlangen (craving) definiert, einen Lustzustand zu erreichen oder einen Unlustzustand zu vermeiden, zum Teil über die Unfähigkeit zur Kontrolle des Drogenkonsums über einen längeren, nicht genau definierten Zeitraum.

Die Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz setzt zwar einen mehr oder weniger häufigen Konsum der Droge voraus, ist aber nicht an ein bestimmtes Konsummuster (Häufigkeit, Menge) gebunden. Abhängigkeit zeigt sich darin, dass jemand trotz offensichtlich dadurch bedingten chronischen negativen Folgen im psychischen, sozialen oder körperlichen Bereich seinen Konsum nicht reduzieren bzw. aufgeben kann. Es erfolgt auch eine zunehmende Einengung auf die Beschaffung und den Konsum der Substanz, die einen zentralen Stellenwert im Leben des Abhängigen ausmacht. Nicht jeder Konsum von illegalen Substanzen ist mit einer Abhängigkeit verbunden.

! **Merke:** Wichtige Leitsymptome für eine Abhängigkeit sind körperliche Entzugserscheinungen nach Absetzen der Droge, die Unfähigkeit, über eine längere Zeit (z.B. drei Monate) ohne die Substanz auszukommen, sowie ein starkes, kaum kontrollierbares Drogenverlangen (craving) und die unterschiedlichsten negativen Folgen im körperlichen (Hepatitis u.a.), psychischen (depressive Reaktionen) und sozialen Bereich (z.B. Schulden, gerichtliche Klagen).

* Die Publikation wurde im Rahmen des Projekts „Optimierung der substitionsgestützten Therapie Drogenabhängiger“ erstellt. Die Studie ist Teil des Forschungsverbundes ASAT (Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity). Der Forschungsverbund wird in dem Programm „Forschungsverbünde für Suchtforschung“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell gefördert (01EB0140-0142). www.asat-verbund.de



Nach der Selbstmedikationshypothese erscheint es plausibel, dass die Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz ausschließlich auf die positive, belastungsreduzierende Wirkung bei Störungen oder bei chronisch belastenden Problemen zurückgeführt wird, ohne die Eigenständigkeit und Verselbständigung der Abhängigkeitsentwicklung zu beachten. Die Eigenständigkeit der Sucht zeigt sich jedoch (u.a.) in der Vielfältigkeit und Beliebigkeit von Anlässen für eine Substanzeinnahme, die erlebnismäßig sowohl negativ als auch positiv geprägt sein können. Hinzu kommen auf biologischer Ebene dauerhafte Veränderungen neuronaler Strukturen und Prozesse im Sinne einer neuronalen Plastizität, die das eigenständige Störungsbild unterstreichen (vgl. Rommelspacher, 1999).

Auch wenn wahrscheinlich jedes Verhalten mit positiver Wirkung süchtig entarten kann, stellt die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen eine besondere Entwicklung dar. Das Bedingungsgefüge insgesamt umfasst die psychotrope Substanz, die Person und das psychosoziale Umfeld als komplexe Einflussbereiche. Wie bei den anderen Störungen auch wird ein biopsychosoziales Grundmodell angenommen.

Psychotrope Substanz mit Abhängigkeitspotenzial

! Merke: Nicht jede psychotrope Substanz (Droge) hat ein Abhängigkeitspotenzial (Suchtpotenzial).

So haben Neuroleptika und auch Antidepressiva, die nicht zu einem euphorisierten Zustand, wohl aber zu einem Abklingen depressiver Zustände (z.B. der Antriebslosigkeit) beitragen, kein bislang nachweisbares Abhängigkeitspotenzial. Eine Erklärung könnten das Fehlen eines euphorisierten Zustandes, die zeitliche verzögerte Wirkung von Antidepressiva und aversive Nebenwirkungen sein.

! Merke: Vereinfacht lässt sich die Vielfalt psychotroper Substanzen einteilen in solche, die sedierend wirken (z.B. Opiate), solche, die stimulieren (z.B. Amphetamine), und solche, deren Wirkung als psychedelisch (z.B. LSD) bezeichnet wird (Rockstroh, 2001).

Die Substanzen sind in ihrer chemischen Struktur und den neuronalen Wirkmechanismen nicht einheitlich innerhalb dieser Gruppen. Bislang gibt es keine allgemein akzeptierte Einteilung der psychotropen Substanzen, auch wenn die wichtigsten Stoffgruppen bei allen Einteilungen auftauchen (vgl. Julien, 1997, Poser und Poser, 1996, Rockstroh, 2001). Psychopharmaka sind dadurch definiert, dass sie wegen ihrer psychischen Wirkung verordnet werden. Es gibt aber auch zahlreiche Arzneimittel mit psychischen Nebenwirkungen, die missbraucht werden können. Tabelle A im Anhang gibt einen Überblick über die Wirkungen der in der ICD-10 aufgeführten Substanzklassen. Am wichtigsten für den Bereich illegaler Drogen ist die Einteilung der WHO in verschiedene Substanzgruppen, die sich auch in der ICD-10 wiederfindet. Trotz der verschiedenartigen Wirkweisen der Substanzen und

der Unterschiede zwischen den Abhängigen gibt es auch gemeinsame Merkmale substanzinduzierter Folgen. Ein wesentliches Merkmal bei Drogen- und abgeschwächt bei Medikamentenabhängigen ist, dass die Droge einen zentralen Lebensinhalt darstellt. Drogenabhängige ordnen alle anderen Bereiche und Interessen der Beschaffung und dem Konsum der Droge unter. Bei Medikamentenabhängigen ist dies allerdings weniger ausgeprägt.

Person

Ohne Disposition auf Seiten des Individuums gibt es keine Abhängigkeit, auch wenn wir bislang nicht genau sagen können, wie diese Disposition aussieht.

! Merke: Die Substanz allein führt nicht automatisch zu einer Abhängigkeitsentwicklung, wenn man von einer körperlichen Abhängigkeit bei erzwungener Einnahme absieht. Dabei gibt es allerdings nicht den „typischen“ Abhängigen.

Ein wesentliches Ergebnis der persönlichkeitsorientierten Suchtforschung besagt, dass es die Abhängigkeit bzw. den Abhängigen sowohl prämorbid als auch nach der Abhängigkeitsentwicklung nicht gibt. Es findet sich einerseits der gut angepasste, beruflich und sozial integrierte Erwachsene, der Kokain zur Leistungssteigerung oder Tranquillizer zur Entspannung einnimmt, und andererseits der sozial und psychisch desintegrierte Heroinsüchtige mit zahlreichen körperlichen Folgeerkrankungen, Verwahrlosungstendenzen und kriminellen Verhaltensweisen (einschließlich der Beschaffungskriminalität). Betrachtet man die Gruppe der Medikamentenabhängigen, dann stößt man häufig auf einen anderen Typus von Abhängigen, nämlich auf psychosozial unauffällige Frauen, die die Medikamente zunächst aufgrund einer ärztlichen Verordnung einnahmen. Auch innerhalb der Gruppe der Abhängigen gibt es Abgrenzungsversuche; so kann sich z.B. der jugendliche sozial integrierte Ecstasy-Konsument kaum mit dem älteren körperlich kranken und in zahlreiche Probleme verwickelten Heroinabhängigen identifizieren. In der Literatur gibt es zahlreiche Typologie-Ansätze, von denen sich aber bislang keiner durchgesetzt hat, vielleicht mit Ausnahme der Unterscheidung von Niedrig- und Hochdosisabhängigkeit bei Medikamentenabhängigen. Solche Differenzierungsversuche können von unterschiedlichen Entwicklungsverläufen (z.B. früher oder später Beginn des Drogenmissbrauchs), unterschiedlichen Konsummuster (niedrigfrequente oder hochfrequente Einnahme u.a.) sowie unterschiedlichen kurz- und langfristigen Folgen im körperlichen, psychischen oder sozialen Bereich ausgehen.

Für die Therapie von Drogen- und Medikamentenabhängigen erscheint eine Differenzierung nach primären (vor Beginn der Sucht) und sekundären komorbiden Störungen relevant (s. z.B. Zimberg, 1999), um die Rolle einer suchtspezifischen Therapie entsprechend zu gewichten.

Außerdem stellt sich speziell bei Drogenabhängigen die Frage nach der psychosozialen Beeinflussbarkeit durch psychothera-

4.2 Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen

peutische und andere psychosoziale Methoden. Depressive Reaktionsweisen des Patienten gelten im Gegensatz zu starken antisozialen Tendenzen als Indikator für eine Beeinflussbarkeit durch psychosoziale Maßnahmen (Woody et al., 1985).

Soziales Umfeld

Die Verfügbarkeit bzw. die Zugänglichkeit der Droge ist eine Voraussetzung für den Konsum und damit für die Abhängigkeitsentwicklung. Sie wird durch eine Reihe sozioökonomischer Faktoren und sozialer Normen einschließlich repressiver Maßnahmen bestimmt. Die soziale Akzeptanz der Droge erschwert bzw. erleichtert die Zugänglichkeit (illegaler Drogenmarkt) und die soziale Lage. Zunächst beeinflusst die Familie mit dem Schutzfaktor der familiären Kohäsion und einer mittleren Anpassungsfähigkeit und Toleranz der Familie gegenüber Konflikten und Problemen das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung. Vermutlich kommen noch andere Faktoren wie emotionale und körperliche Vernachlässigung als Risikofaktoren hinzu (vgl. Küfner et al., 2000). Später hat auch die Peer-Gruppe mit ihren Normen und Einstellungen erheblichen Einfluss auf den Drogenkonsumenten (Sieber, 1993). Das Zusammenwirken dieser drei Bedingungsbe- reiche wird im Abschnitt „Onset und Verlauf“ betrachtet.

Epidemiologie

In einer bundesweiten Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in den Altersgruppen 18-59 Jahre gaben 0,3% der Befragten einen Missbrauch und 0,6% eine Abhängigkeit von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung an¹ (Kraus und Augustin, 2001). Betroffen sind vor allem die 18-24-Jährigen: 5,3% der 18- bis 20-Jährigen und 4,2% der 21- bis 24-Jährigen zeigten einen schädlichen oder abhängigen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Der hohe Anteil an Abhängigkeitsdiagnosen von illegalen Substanzen kommt größtenteils durch den Konsum von Cannabis zustande. Andere illegale Drogen, wie z.B. Heroin, werden auch von Jugendlichen selten missbraucht (Prävalenzwerte für Heroinkonsum Jugendlichen und junger Erwachsener liegen zwischen 0,4 und 0,5%, für Kokain zwischen 2,6 und 4,8%, für Amphetamine zwischen 2,4 und 3,4% und Ecstasy zwischen 5,2 und 5,7% (Kraus und Augustin, 2001). Nur ein kleiner Teil davon kann als abhängig eingeschätzt werden (unter 10%, außer bei Halluzinogenen, nach Lieb et al., 2000). In den älteren Altersgruppen sind die 12-Monatsprävalenzen für eine Missbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnose von illegalen Drogen sehr niedrig (< 1%). Auffällig ist auch, dass fast dreimal so viel Männer (1,4%) als Frauen (0,5%) illegale Drogen missbrauchen oder von ihnen abhängig sind.

Die relativ niedrigen Prävalenzwerte für den schädlichen und abhängigen Konsum von illegalen Drogen können zum Teil durch verfälschte Angaben oder/und Verzerrungen der Stichprobe bedingt sein. Aufgrund der Illegalität dieser Substanzen ist anzu-

nehmen, dass Betroffene entweder nicht antworten oder ihren Konsum nicht wahrheitsgemäß angeben.

In der gleichen Untersuchung wurde auch die Abhängigkeit von Medikamenten² mit an DSM-IV-Kriterien angelehnten Fragen erhoben. Danach erfüllen insgesamt 2,9% der Befragten die Kriterien für eine Medikamentenabhängigkeit. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, und am stärksten betroffen ist die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen.

Abhängigkeits- und Missbrauchsdiagnosen von illegalen Drogen kommen vor allem bei jungen Männern vor. Cannabis stellt hierbei die bevorzugte Substanz dar. Bei der Medikamentenabhängigkeit ergibt sich das umgekehrte Bild: Vor allem ältere Frauen (50 bis 59 Jahre) sind von Medikamenten abhängig. Von den Medikamenten werden Schlafmittel am häufigsten missbraucht.

Tabelle 1: 12-Monatsprävalenz (nach Kraus und Augustin, 2001)

12-MONATSPRÄVALENZ			
	Gesamt	Frauen	Männer
ILLEGALE DROGEN (DSM-IV Diagnosen)			
Missbrauch	0,3%	0,1%	0,5%
Abhängigkeit	0,6%	0,4%	0,9%
MEDIKAMENTE (DSM-IV ABHÄNGIGKEIT)			
Medikamente insg.	2,9%	3,2%	2,5%
Schmerzmittel	2,2%	2,7%	1,8%
Schlafmittel	0,5%	0,3%	0,6%
Beruhigungsmittel	0,5%	0,6%	0,5%

Onset und Verlauf

Pragmatisch kann man zwischen einer Anfangsphase, einer Gewöhnungsphase und einer Abhängigkeitsphase unterscheiden. Viele Drogenabhängige beginnen mit dem Konsum von illegalen Drogen in ihrer Jugend. Das Einstiegsalter für den Erstkonsum ist von Substanz zu Substanz verschieden (vgl. Tab. 2). Ein häufiges Motiv für den Erstkonsum ist Neugier. Vergleicht man Drogenabhängige mit Drogenkonsumenten, dann stellt man fest, dass Drogenkonsumenten mit einer späteren Suchtdiagnose beim ersten Mal eine stärkere Wirkung und insgesamt die Atmosphäre als angenehm erlebt haben und bald darauf anfangen, die Droge regelmäßig einzunehmen (Schumann et al., 2000).

Tabelle 2: Alter bei Erstkonsum

	Alter bei Erstkonsum
Haschisch	etwa 16 bis 18 Jahre
Opiate	etwa 18 bis 20 Jahre
Kokain	etwa 21 Jahre
Cannabis	etwa 13 bis 14 Jahre

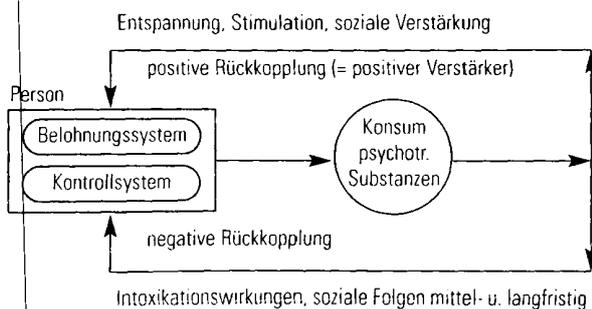
¹ Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Opiate, Kokain

² Schmerz-, Beruhigungs-, Anregungsmittel und Appetitzügler.

Am Anfang steht also häufig eine positive, unter Umständen ein- drucksvolle Rauscherfahrung mit der Droge, aber auch eine all- mähliche Gewöhnung an die zunächst nicht als sonderlich posi- tiv oder sogar negativ eingeschätzte Substanzwirkung kann zu einem Einstieg in den Substanzmissbrauch führen. Dabei können zahlreiche Faktoren beteiligt sein: die familiäre Vorbelastung mit Substanzmissbrauch (z.B. Vater mit Alkoholabhängigkeit), die fehlenden Schutzfaktoren der familiären Kohäsion, Persönlich- keitsfaktoren wie Neugierde, Sensation Seeking, Aufmerksam- keitsdefizite und Hyperaktivitätsstörungen (ADHD), Impulsivität oder antisoziale Tendenzen, soziale Faktoren wie Normen und Einstellungen der Peer-Gruppe und die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der Droge (s. Glanz und Pickens, 1992). Bei einem Medikamentenmissbrauch muss zwischen einem Beginn mit einer ärztlichen Verordnung von Psychopharmaka mit Abhängig- keitspotenzial wegen psychischer Störungen, z.B. bei Angststö- rungen, und einer hoch dosierten Medikamentenabhängigkeit, die sich nicht selten aus einer Abhängigkeit von einer anderen Substanz heraus entwickelt, unterschieden werden.

Drogen- und Medikamentenkonsum werden einerseits durch die erwarteten oder tatsächlichen positiven Auswirkungen der psychoaktiven Substanz (Belohnungssystem) und andererseits durch die negativen Auswirkungen (Warnsystem oder Kontroll- system) auf den unterschiedlichen Rückmeldeebenen von der unmittelbaren physiologischen Rückwirkung der Substanzen (z.B. Nebenwirkungen bei Medikamenten, Dämpfung oder Akti- vierung) bis hin zur Wahrnehmung sozialer Folgen (z.B. Erwünschtheit oder sozialer Druck durch die Peer-Gruppe) ge- steuert. Drogenmissbrauch/-abhängigkeit liegt vor, wenn diese Regelung mit einer positiven und negativen Rückkopplung der Auswirkungen und Folgen derart gestört ist, dass negative Fol- gen im psychischen, sozialen und körperlichen Bereich über- wiegen. Suchtspezifisch ist die Frage, wie trotz offensichtlich negativer Folgen die positive Rückwirkung überwiegt bzw. wie die positive Erwartung der Drogenwirkung weiterhin aufrechter- halten werden kann. Einerseits kann dazu eine erhöhte soziale oder physiologisch vermittelte Wertigkeit der erwarteten Dro- genwirkung im Belohnungssystem mittels klassischer und ope- ranter Konditionierung beitragen, andererseits können Defizite im Warnsystem (mangelnde Wahrnehmung negativer Auswir- kungen) oder beides auftreten. Beide Bedingungsbereiche kön- nen genetisch bedingt oder im Verlauf des Drogengebrauchs erlernt worden sein. Dieses zunächst abstrakte funktionale

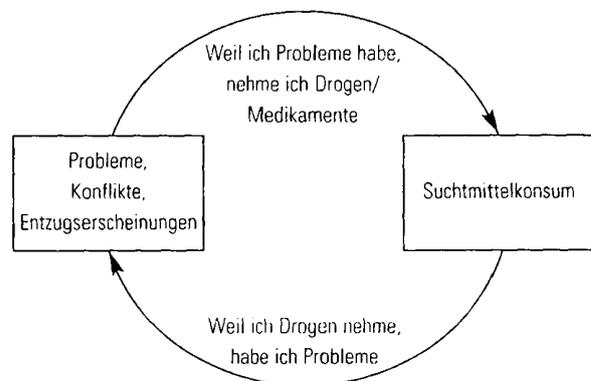
Abbildung 1: Funktionales Rückkopplungs- modell der Sucht



Rückkopplungsmodell erlaubt eine Einordnung wichtiger Hypo- thesen wie der anfangs erwähnten Selbstmedikationshypothese (Drogen gegen Störungen, z.B. Ängste) oder auch genetischer Unterschiede hinsichtlich positiver oder negativer Drogenwir- kungen als Ausgangspunkt der Suchtentwicklung.

Bei der unterschiedlich langen Gewöhnungsphase überwiegen zunächst die positiven Folgen, so dass das Warnsystem zu Beginn der Missbrauchs- und Abhängigkeitsentwicklung nicht ausreichend gegensteuern kann, sei es, dass anfangs keine negativen Folgen der Drogenwirkung auftreten oder diese viel schwächer oder zeitlich verzögert in Erscheinung treten, oder sei es, dass das Warnsystem die negativen Folgen nicht ausrei- chend wahrnehmen und attribuieren kann. In der Phase der Abhängigkeit kommen so genannte Teufelskreise hinzu, die dadurch charakterisiert sind, dass die jeweils negativen Folgen des Drogenkonsums (z.B. Entzugserscheinungen) Anlass sind, erneut zum Medikament oder zur Droge zu greifen (siehe Abb. 2). Die verschiedenen Teufelskreise im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich führen zu einer Einengung von Interessen und des gesamten Verhaltens auf Drogen, d.h. auf deren Beschaffung und Konsum.

Abbildung 2: Teufelskreismodell Sucht



Für die Bewältigung der Abhängigkeit erscheint das Verände- rungsmodell von Prochaska und DiClemente (1986) heuristisch nützlich. Es unterscheidet die Phasen der Absichtslosigkeit (Dro- gen und Medikamente werden nicht als Problem gesehen), der Absichtsbildung (es entstehen Fragen über negative Folgen), der Vorbereitung (Überlegung und Entscheidung, wie der Droge- konsum reduziert oder eingestellt werden kann), der Handlung (Durchführung der Reduktion oder Drogenabstinenz), der Auf- rechterhaltung (Gewöhnung an die Situation ohne Drogen) und des Rückfalls (eventuell Rückfall mit Drogen oder Medikamenten und Wiedereinstieg in frühere Phasen).

Klinische Merkmale

Drogenabhängige Jugendliche fallen häufig in der Schule durch stark nachlassende Leistungen, durch die Anbindung an Peer- Gruppen mit Drogenkonsum und durch delinquente Verhaltens-

4.2 Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen

weisen auf. Erwachsene Drogenabhängige leben häufig in einem drogennahen Umfeld, zeigen Entzugserscheinungen (psychomotorische Unruhe, Übelkeit, Schlafstörungen, Diarrhoe, Schwitzen, u.a.), wenn der Stoff nicht ständig zur Verfügung steht und werden durch Drogendelinquenz auffällig. Auch bestimmte Erkrankungen wie Abszesse an Einstichstellen, Hepatitis-C und zum Teil auch HIV-Infektionen können Hinweise, aber allein keinesfalls ausreichende Indikatoren für eine Drogenabhängigkeit darstellen. Sozial besser angepasste Drogenabhängige fallen eher im Straßenverkehr auf oder am Arbeitsplatz durch häufiges unentschuldigtes Fernbleiben oder zeigen einen starken Leistungsabfall (für einzelne Substanzgruppen siehe Tabelle A).

! Merke: Zeichen akuter Intoxikation sind Überwachheit oder starke Gedämpftheit, verwaschene Sprache und Gangstörungen (Ataxien, Verwirrheitszustände).

Medikamentenabhängige haben oft über Jahre psychotrope Medikamente verschrieben bekommen oder sich diese geschickt von unterschiedlichen Ärzten verschreiben lassen. Dabei können chronische Schmerzzustände zugrunde liegen oder psychovegetative Störungen unterschiedlichster Art. Häufig kommt es zu Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und Entzugserscheinungen, wenn das Medikament einmal nicht zur Verfügung steht, bis hin zu Krampfanfällen. Auch häufige hausinterne Unfälle, die anderweitig keine Erklärung finden, können im Zusammenhang mit Ataxien und psychomotorischen Koordinationsstörungen auf der Grundlage eines Medikamentenmissbrauchs gehäuft auftreten.

! Merke: Eine Niedrigdosisabhängigkeit von Medikamenten zeigt sich in einer kontinuierlichen, regelmäßigen, aber niedrig dosierten Einnahme von Psychopharmaka, die trotz entsprechender Versuche der Patienten nicht aufgegeben werden können (Unfähigkeit zur Abstinenz). Bei einer Hochdosisabhängigkeit sind die Einnahmestrukturen eher heterogen und es kommt immer wieder zu Intoxikationszuständen (siehe Tab. A im Anhang).

Ein praktisch sehr bedeutsames Merkmal von Drogenabhängigkeit ist die hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen. In einer Metaanalyse von 16 Studien wiesen 78% der Opiatabhängigen eine zusätzliche psychiatrische Störung auf. Am häufigsten waren Persönlichkeitsstörungen mit 42%, gefolgt von affektiven Störungen mit 31% und Angststörungen mit 8% (Frei und Rehm, 2002). In einer Gruppe von Drogenabhängigen aus einer stationären Einrichtung wiesen 63% sowohl eine primäre Substanzabhängigkeit als auch mindestens eine primäre substanzunabhängige Störung auf, und 37% zeigten eine primäre Substanzabhängigkeit und zusätzlich sekundär andere psychische Störungen. Die Kombination einer primären substanzunabhängigen Störung und einer sekundären Substanzstörung trat in dieser Gruppe gar nicht auf. Dagegen fand sich dieser letztere Typ von Komorbidität in 21 % der Fälle in einem ambulanten psychiatrischen Setting von Patienten mit einer Dualdiagnose (Zimberg, 1999).

! Merke: Bei Drogenabhängigkeit besteht eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen.

Seit dem Bekanntwerden der hohen Komorbiditätsraten bei Drogenabhängigen wird kritisiert, dass bisherige Behandlungsprogramme zu wenig auf zusätzliche psychische Störungen bei Süchtigen eingehen (Krausz et al., 1998; Schwoon, 2001).

Diagnostik

Im Diagnosesystem ICD-10 sind Störungen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen und Medikamenten im Kapitel F1 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* aufgeführt. Die Diagnose Medikamentenabhängigkeit wird somit nur bei Medikamenten vergeben, die eine psychotrope Wirkung haben, also auf Erleben und Verhalten wirken. Hierzu gehören alle Psychopharmaka mit Abhängigkeitspotenzial. Tabelle 3 fasst die diagnostischen Leitlinien für ein Abhängigkeitssyndrom und einen „schädlichen Gebrauch“ nach ICD-10 zusammen.

Tabelle 3: ICD-10 Kriterien für eine Störung durch psychotrope Substanzen (WHO, 2001)

Diagnose Abhängigkeitssyndrom (F1x.2)

1. Mindestens drei der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:
 - Starkes Verlangen, bestimmte Substanzen zu konsumieren (= Craving)
 - Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
 - Körperliches Entzugssyndrom oder Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern
 - Toleranzentwicklung bezüglich Substanzwirkung
 - Eingeengtes Verhalten auf Umgang mit psychoaktiven Substanzen (großer Zeitaufwand, fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen)
 - Anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutiger körperlicher und psychischer schädlicher Folgen
2. Die Symptome müssen über einen Zeitraum von 12 Monaten auftreten.

Diagnose Schädlicher Gebrauch (F1x.1)

1. Konsumverhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führt (körperliche und psychische Störungen, z.B. Hepatitis durch Selbstinjektion, depressive Episode)
2. Kein Abhängigkeitssyndrom

! Merke: Die Diagnose Schädlicher Gebrauch wird vergeben, wenn zwar körperliche und psychische Folgeschäden vorhanden sind, aber keine psychische und physische Abhängigkeit festzustellen ist.

Die Art der Substanzstörung, also Missbrauch, Abhängigkeit oder Intoxikation, wird in der ICD-10 an vierter Stelle kodiert (F1x.0). Eine Diagnose nach ICD-10 erlaubt zudem eine Kodierung

Anwendungen – Störungsspezifische Interventionen

der Art der Substanz (dritte Stelle) und des aktuellen Zustands (fünfte Stelle). Die Klassifikation der Substanzstörungen im amerikanischen Diagnosesystem DSM-IV unterscheidet sich mittlerweile kaum von der oben dargestellten Einteilung nach ICD-10. Im amerikanischen Diagnosesystem DSM-IV wird ebenfalls zwischen einer schweren Form („Substanzabhängigkeit“) und einer leichteren Form („Missbrauch“) unterschieden. Die diagnostischen Leitlinien von DSM-IV und ICD-10 für die schwere Form der Substanzstörung (Abhängigkeitssyndrom bzw. Substanzabhängigkeit) basieren beide auf dem Abhängigkeitskonzept von Edwards und Gross (1976). Die Systeme unterscheiden sich hauptsächlich in den diagnostischen Kriterien für Missbrauch bzw. schädlicher Gebrauch.

In der klinischen Praxis ist die Unterscheidung von Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch bzw. von Missbrauch und Abhängig-

keit umstritten. Manche Therapieansätze, wie z.B. die Kognitive Therapie der Sucht nach Beck, verzichten auf diese Unterscheidung und gehen immer dann von einem Therapiebedarf aus, wenn der Drogenkonsum mit erheblichen sozialen, gesundheitlichen oder rechtlichen Problemen verbunden ist, unabhängig davon, ob der Betroffene die Kriterien einer Abhängigkeitsdiagnose erfüllt (Beck et al., 1997). In Zusammenhang mit der Komorbidität und der Frage, welchen Stellenwert Abstinenz von der Droge zukommt, erscheint diese Unterscheidung jedoch bedeutsam. Außerdem wird nur der Abhängigkeitsdiagnose, unabhängig von den aufgetretenen Folgen, Krankheitswert zuerkannt.

In der folgenden Tabelle 4 sind die Aspekte des süchtigen Verhaltens von Patienten aufgeführt, die in der Anamnese erfasst werden sollten.

Tabelle 4: Aspekte süchtigen Verhaltens (vgl. Müller, 2001)

Aktuelles Konsumverhalten

Menge, Häufigkeit, psychische und körperliche Wirkung, kurzfristige Folgen, typisches Konsumverhalten

Erstkonsument

Alter, Art der Droge, Motiv etc.

Veränderungsstadium

Wahrnehmung des Zusammenhangs von Konsum und Folgen; Bereitschaft zum Verzicht auf tatsächliche oder vermeintliche Vorteile des Drogenkonsums

Reaktionen der Umwelt auf das Konsumverhalten

Soziale Folgen

Längerfristige Folgen im körperlichen Bereich

Folgeerkrankungen

Frühere Abstinenz-/ Selbstkontrollversuche

Gab es solche Perioden? Wann? Wie sahen diese aus?

Frühere Behandlungen der Sucht

Entgiftungen, Entwöhnungstherapien etc.

Probleme und Defizite in verschiedenen Lebensbereichen

Alltagssituation, Wohnung, finanzielle Situation, Arbeit, rechtliche Situation, soziale Beziehungen

Ein im Suchtbereich häufig eingesetztes Instrument, mit dem sich u.a. die oben erwähnten Aspekte des Konsumverhaltens und Probleme in verschiedenen Lebensbereichen erfassen lassen, ist der EuropASI (Gsellhofer et al., 1999). Der EuropASI erhebt Art

und Schweregrad der Probleme des Klienten in sieben wesentlichen Lebensbereichen und eignet sich somit sehr gut zur Therapieplanung. Weitere hilfreiche diagnostische Instrumente für süchtiges Verhalten sind in der Tabelle 5 angeführt.

Tabelle 5: Diagnostische Instrumente

Screening

- Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (Watzl, Rist, Höcker und Miehle, 1991). Wenn 4 von den 12 Fragen als zutreffend bewertet werden, dann sollte geklärt werden, ob ein Abhängigkeitssyndrom vorliegt.

Standardisierte Interviews

- MINI-DIPS (Margraf, 1994): Diagnostisches Kurzinterview: Erfasst anhand von 9 Fragen die wesentlichen Merkmale von Abhängigkeit und Missbrauch in Anlehnung an DSM-IV

Mehrdimensionale Instrumente

- CIDI-SAM Substance Abuse Modul des Composite International Diagnostic Interviews (Lachner und Wittchen, 1996): Diagnosestellung und Bestimmung von Beginn, Schweregrad und Persistenz des Substanzgebrauchs

Biochemische Testverfahren

- Sektion E des Strukturierten Interviews für Klinische Störungen (SKID) (Wittchen, Zaudig und Fydrich, 1997): Lebenslauf- und Querschnittsdiagnosen von Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

- Internationale Diagnose Checklisten für ICD-10 bzw. DSM-IV (IDCL) (Hiller, Zaudig und Mombour, 1997): Diagnostik von Abhängigkeit und Missbrauch/ Angaben zu Schweregrad und Verlauf

(vgl. Backmund, 1999; Götz, 1998)

- Urin-Analysen: Dabei sind die unterschiedlichen Halbwertszeiten zu beachten. D.h., die meisten Drogen außer Cannabis sind nur kurzfristig innerhalb weniger Tage nachweisbar

- Haar-Analysen: Damit lassen sich längerfristige (Wochen und Monate) Einnahmen von Drogen nachweisen

4.2 Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen

! Merke: Bei der Diagnostik des Substanzkonsums ist davon auszugehen, dass der Klient versucht, das tatsächliche Ausmaß seines Konsums zu bagatellisieren. Es ist daher nützlich, zusätzlich zu den Selbst- auch Fremdanfragen durch Partner, Angehörige oder Behörden einzuholen.

Die bei Drogenabhängigen oftmals vorkommende geringere Konzentrationsfähigkeit und geringere Selbstaufmerksamkeit lassen eine umfassende Diagnostik zu einem langwierigen Prozess werden. Zum Beispiel ist es durchaus üblich, dass eine diagnostische Erhebung mittels eines Instruments wie dem Europ-ASI auf zwei Sitzungen verteilt werden muss. Dennoch lohnt sich eine ausführliche Diagnostik, da sich aus ihr wesentliche Punkte für die Therapieplanung ergeben.

Störungsmodell

! Merke: Die Annahme eines multifaktoriellen biopsychosozialen Bedingungsmodells findet auch im Suchtbereich breite Zustimmung. Ausgangspunkt ist das Phänomen eines nicht ausreichend kontrollierten Gebrauchs psychotroper Substanzen mit den beiden Aspekten des starken Verlangens nach der psychotropen Substanz und der mangelhaften Kontrolle sowie den negativen Auswirkungen des Konsums psychotroper Substanzen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich.

Eine erste Grundannahme besteht darin, dass psychotrope Substanzen und Medikamente missbraucht werden, damit einerseits Defizite und Probleme besser bewältigt und andererseits mehr Genuss und Leistung erreicht werden können (Selbstmedi-

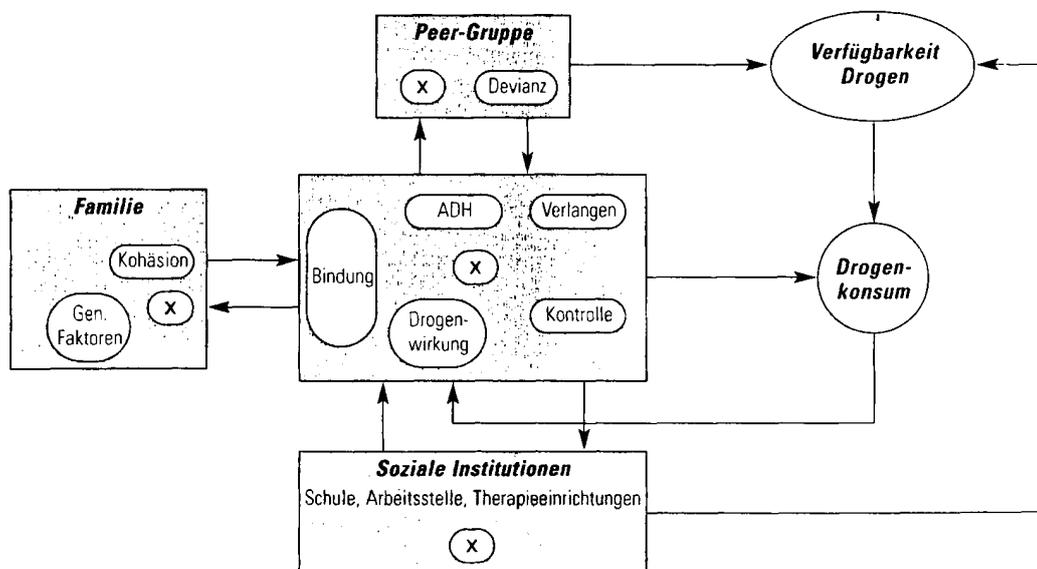
aktion, Unlustvermeidung, Lust- und Leistungssteigerung). Eine zweite Grundannahme betrifft zugrunde liegende oder sekundär entwickelte Defizite und Störungen im funktionalen Rückkopplungsmodell (starkes Verlangen, Kontrolle), wobei offen bleiben muss, wo im Einzelnen die Schwerpunkte liegen, auf denen eine Abhängigkeit beruht. Eine dritte Grundannahme bezieht sich auf die drogenbedingten Folgen, das heißt auf körperliche Erkrankungen, Störungen (z.B. Konzentrationsstörungen) und Probleme in den verschiedenen Lebensbereichen, die ihrerseits Anlass zum Drogenkonsum sein können (siehe Abb. 3).

In dem Bedingungsmodell der Abbildung 3 sind neben der psychotropen Substanz und der betroffenen Person die wichtigsten Einflussbereiche dargestellt, nämlich Herkunftsfamilie, Peer-Gruppe und soziale Institutionen wie Schule und Arbeitsbereich.

Innerhalb des Systems der Person kann man die Konstrukte „Verlangen“ (craving) nach der Droge und das Kontrollsystem des Betroffenen unterscheiden. Weitere wichtige Konstrukte sind die Bindung an die Herkunftsfamilie, aber auch an andere Bezugspersonen und weitere Persönlichkeitskonstrukte, von denen in Abbildung 3 stellvertretend nur die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen eingezeichnet sind. Auch wenn es, wie bereits erwähnt, keine typische Suchtpersönlichkeit als Disposition zur Abhängigkeitsentwicklung gibt, werden bestimmte Persönlichkeitskonstrukte wie Sensation Seeking, das ADHD-Syndrom, Impulsivität und antisoziale Persönlichkeit als Dispositionsfaktoren weiterhin diskutiert.

Die Herkunftsfamilie wirkt zum einen über die genetische Grundlage des Drogenkonsums (Unterschiede in der positiven oder negativen physiologischen Wirkung psychotroper Substanzen, Defizite im Belohnungs- oder Kontrollsystem), die bislang im Drogenbereich noch nicht so gut belegt sind wie bei Alkoholab-

Abbildung 3: Allgemeines Strukturmodell des Gebrauchs und Missbrauchs psychotroper Substanzen



ADH = Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperaktivität

Anwendungen – Störungsspezifische Interventionen

hängigkeit, oder über die familiäre Sozialisation des Betroffenen (Vermittlung von Normen und Einstellungen zu psychotropen Substanzen, traumatische Erlebnisse wie emotionaler, körperlicher oder sexueller Missbrauch oder körperliche Verwahrlosung). Ein weiteres psychologisches Konstrukt ist die Vermittlung von Norm- und Wertvorstellungen gegenüber Drogenkonsum, die familiäre Atmosphäre und die familiäre Kohäsion zwischen den Betroffenen und seiner Herkunftsfamilie. Als problematisch gilt eine zu starke oder zu schwache familiäre Bindung. Meist erfolgt ein Bruch mit der Herkunftsfamilie, unter Umständen nur wegen des Drogenkonsums, so dass häufig die Peer-Gruppe entscheidenden Einfluss auf den Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausübt.

Die biologische Bedingungssebene bezieht sich auf die pharmakologische Wirkung der Substanzen im ZNS sowie auf genetische Faktoren, die zu einer Modifikation dieser Wirkungen beitragen, so dass das Verlangen nach der Substanz verstärkt und die Kontrolle darüber geschwächt wird. Außerdem gehören die körperlichen Folgeerkrankungen zu dieser Analyseebene.

Drogen und psychotrope Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial wirken hauptsächlich im ZNS auf unterschiedliche Weise (vgl. Rommelspacher, 1999; Tretter, 2001): Sie können stimulierend oder dämpfend auf neuronale Aktivitäten und Strukturen einwirken, wobei es phänomenal, d.h. beobachtbar und erlebbar, auch zu gegensätzlichen Effekten zwischen neuronaler (z.B. hemmend) und erlebter Wirkung (z.B. befreiend, antriebssteigernd) kommen kann. Die physiologische Wirkung beruht zum Teil auf den Effekten der Substanzen an spezifischen Rezeptoren der Neuronen, die nur durch bestimmte Substanzgruppen (Agonisten) aktiviert werden. Das gilt für die Opiode, die an Opiatrezeptoren (mit unterschiedlichen Subgruppen) anbinden und normalerweise von körpereigenen Endorphinen aktiviert werden. Benzodiazepine haben spezielle Rezeptoren im ZNS, die zum GABAergen Transmittersystem gehören, das wiederum aus hemmenden Neuronen mit der im ZNS weit verbreiteten Transmittersubstanz GABA besteht. Auch für Cannabis wurden spezielle Rezeptoren im ZNS festgestellt. Andere Substanzgruppen greifen in komplexer und häufig nicht im Einzelnen bekannter Weise in das Transmittersystem und in das endokrine System der Hormone mit ein, z. B. in die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindachse, die bei der Stressverarbeitung aktiviert ist. Im ZNS kommt es auf die wiederholte Einnahme von Medikamenten und Drogen zu Anpassungsprozessen der Neurone mit der Folge vermehrter oder reduzierter Ausschüttung von Transmittersubstanzen und einer vermehrten Bildung oder Reduzierung der Anzahl von Rezeptoren. Einerseits kommt es zu einer Sensitivierung für die psychotrope Substanz, die durch eine verstärkte neuronale Reaktion (Langzeitpotenzierung) charakterisiert ist und als neuronales Substrat der Sucht für das Drogenverlangen diskutiert wird. Andererseits kommt es zu Adaptationsprozessen, die eine erhöhte Dosis erfordern, wenn die gleiche Wirkung erreicht werden soll (Toleranzentwicklung). Bei Absetzen der psychotropen Substanz kommt es zu sog. Rebound-Phänomenen, da das neu entwickelte adaptive Gleichgewicht der neurobiologischen Prozesse nach Absetzen der Droge gestört wird, so dass verschiedene, zum Teil von der Substanz abhängige Entzugserscheinungen auftreten (s. Tretter, 2001, u.a.).

Die positive psychische Wirkung bezieht sich je nach Substanzgruppe auf die angstreduzierende, euphorisierende, antriebssteigernde oder wahrnehmungs- oder aufmerksamkeitsverändernde Wirkung. Drogen sind unterschiedlich starke positive und negative Verstärker (vgl. Rist und Watzl, 1999).

Der Versuch, den Drogenkonsum oder den Medikamentenkonsum drastisch zu reduzieren oder auf Null zu bringen, stößt bei drogen- oder medikamentenabhängigen Patienten zunächst häufig auf Ambivalenz, Verunsicherung oder totale Ablehnung. Änderungsmotivation und Abstinenzmotivation bezüglich des Drogenkonsums sind keine selbstverständliche Voraussetzung, sondern müssen erst als Teil der Therapie erarbeitet werden, was bei Drogenabhängigen häufig nur als Fernziel betrachtet werden kann. Konfrontationen sind nur in dosierter individuell verträglicher Form nützlich, Argumentieren, z.B. gegen einseitige Schuldzuweisung an Eltern, Staat oder Polizei, sollte vermieden werden. Veränderungsmotivation ist mit der Erwartung positiver Folgen und im Vergleich dazu geringer eingeschätzten Verlusten der als positiv erlebten Drogenwirkung verbunden.

Wegen der unterschiedlichen labilen Motivationslage versucht man bei Drogenabhängigen zunächst nach dem Prinzip der Schadensminimierung ein möglichst gesundes Überleben zu sichern. Bei fehlender Abstinenzmotivation werden Substitutionsmittel eingesetzt, die das Verlangen reduzieren sollen und gleichzeitig eine euphorisierende Wirkung vermeiden. Antagonistisch wirkende Substanzen wie Naltrexon verdrängen Opiate (Agonisten) von den Rezeptoren, so dass diese keine Wirkung entfalten können. Therapeutisch ist das Problem, die Drogenabhängigen zu einer dauerhaften Einnahme der Substanz zu motivieren.

Die Verhaltensanalyse des Drogenmissbrauchs führt zu situativen, (externen oder internen) konditionierten oder diskriminativen Reizbedingungen, die regelhaft Drogenverlangen auslösen und schließlich zum Drogenkonsum führen (siehe Marlatt und Gordon, 1985). Solche Reizbedingungen können entweder vermieden oder durch wiederholte Exposition habituiert oder kognitiv ohne die Assoziation mit Drogenkonsum verarbeitet werden. Irrationale Gedanken und Vorstellungen über Drogen und deren Wirkung sowie die defizitäre Verarbeitung von Problemzuständen verstärken ein Drogenverlangen, das dann für den Betroffenen nicht mehr als kontrollierbar erscheint. Einen Ersatz der offenbar positiven Effekte psychotroper Substanzen für die Bewältigung von Problemen zu finden stellt einen wichtigen, aber nicht ausreichenden therapeutischen Ansatz dar.

Drogenabhängige ordnen die negativen Folgen häufig nicht den Drogen, sondern anderen Personen oder der Gesellschaft zu und bagatellisieren gleichzeitig das Ausmaß und die Intensität der Schäden. Grundsätzlich wird eine Ambivalenz des Patienten zu seinem Drogenkonsum und seiner Kontrolle angenommen. Da Rückfälle häufig sind, geht es darum, den Patienten auf Risikosituationen vorzubereiten.

Die psychosozialen Anpassungsprobleme in verschiedenen Lebensbereichen (Alltagssituation, Wohnung, finanzielle Situation, rechtliche Situation) sowie die Vielfalt sekundärer psychischer Symptome und Beschwerden (Ängste, Depressionen u.a.) legen einen störungsspezifischen Ansatz nahe, der nicht allein vom

4.2 Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen

Drogenmissbrauch ausgeht, sondern die einzelnen Störungen und Defizite auch für sich sieht und therapeutisch bearbeitet.

Die Peer-Gruppe und die sozialen Institutionen wie Schule, Arbeitsplatz wirken ebenfalls in vielfältiger Weise auf den Betroffenen. Die Bindung an die Peer-Gruppe mit der Vermittlung von Normen, Einstellungen und Verhaltensweisen zum Substanzkonsum ist von erheblicher Bedeutung für den Einstieg und die Aufrechterhaltung des Drogenkonsums. Soziale Institutionen können eine drogenfreie Alternative aufzeigen, gleichzeitig auch durch Sanktionen und negative Reaktionen auf den Einzelnen einwirken. Beide Einflusssysteme steuern auch die Verfügbarkeit der Droge für den Betroffenen.

Nach der Sicherung des Überlebens besteht bei Drogenabhängigen ein primäres Ziel darin, den Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und negativen Folgen in den verschiedenen Bereichen zu unterbrechen. Zum Beispiel: Drogenabhängigkeit führt zu delinquentem Verhalten, um sich Drogen zu beschaffen, und damit zu einer Beschaffungskriminalität. Schließlich führt die Belastung durch das delinquente Verhalten wiederum zu verstärktem Drogenkonsum. Wenn Abstinenz nicht erreichbar erscheint, soll dieser zirkuläre Zusammenhang durch die Einnahme eines Substitutionsmittels unterbrochen werden, damit der Beschaffungsdruck von Drogen wegfällt. Gleichzeitig wird versucht, personale Ressourcen des Patienten (sichtbar in erfolgrei-

chen Aktivitäten) zu aktivieren, sowohl für alternative drogenfreie Problemlösungen als auch zur Förderung von mit Drogen inkompatiblen Verhalten, so dass auf diese Weise der Drogenkonsum zurückgeht oder ganz aufhört.

3 Umsetzung in die klinische Praxis

Für die Behandlungsplanung sind die in Tabelle 6 dargestellten diagnostischen Fragen von zentraler Bedeutung, um die Dringlichkeit einer suchtspezifischen Behandlung und anderer psychosozialer Maßnahmen nach dem Prinzip der Abstinenzorientierung oder Schadensminimierung zu klären.

! Merke: Nach einer Sicherung des Überlebens ist das Ziel, möglichst schnell durch Abstinenz oder Substitution eine Reduzierung bzw. eine Unterbrechung des Drogenkonsums zu erreichen, um weitere negative Folgen zu verhindern und andere Problembereiche therapeutisch angehen zu können.

Anschließende Therapieansätze sind in der Regel suchtspezifisch, wobei die dauerhafte Reduzierung oder Abstinenz des Substanzkonsums im Mittelpunkt steht (Motivation, Rückfallprä-

Tabelle 6: Zentrale diagnostische Fragen

1. Liegt ein Missbrauch bzw. schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz vor?	Bei einem Missbrauch kommt anderen primären Störungen eine größere Bedeutung zu. Die Suchtbehandlung steht in der Regel nicht im Vordergrund, sondern die Bewältigung der Probleme und Störungen ohne psychoaktive Substanzen hat Vorrang vor suchtspezifischen Therapieansätzen.
2. Liegen zusätzliche Abhängigkeiten von anderen psychotropen Substanzen vor?	Weitere Abhängigkeitsdiagnosen ohne andere primäre Störungen mit Krankheitswert sprechen für suchtspezifische Behandlungsansätze. Von einer primären Suchtdiagnose wird gesprochen, wenn vor dieser keine andere Störung mit Krankheitswert aufgetreten ist.
3. Ist der Patient zu einer abstinenzorientierten oder schadensminimierenden Behandlung bereit?	Die Weichenstellung für eine abstinenzorientierte oder schadensminimierende Behandlung kann später auch wieder geändert werden.
4. Gibt es andere psychische Störungen mit Krankheitswert?	Mit Hilfe von Screening-Fragen kann relativ schnell eine Übersicht und eventuell ein Einstieg in die diagnostische Abklärung erreicht werden. Wenn eine solche vorliegt, ist zu fragen, ob diese im Vergleich zur Abhängigkeit als primär oder sekundär eingestuft werden kann. Dabei sind auch Persönlichkeitsstörungen mit zu berücksichtigen. Bei sekundär aufgetretenen Störungen im Sinne einer zeitlich nach der Suchtentwicklung entstandenen Störung steht wiederum die Suchtbehandlung im Mittelpunkt. Eventuell ist die sekundäre Diagnose auch als Folge der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen zu verstehen. Bei primären Störungen wird die komorbide Störung und die Suchtstörung als gleichgewichtig angesehen (Doppeldiagnose). Wenn die Suchtproblematik unter Kontrolle ist, wird die primäre Störung im Mittelpunkt stehen.
5. Liegen körperliche Folgeerkrankungen vor, die eine sofortige Behandlung erfordern?	Drogenabhängige haben sehr häufig eine Form von Hepatitis und andere körperliche Erkrankungen, die unter Umständen eine Akutbehandlung erforderlich machen.
6. Gibt es psychosoziale Störungsbereiche, die einer Intervention bedürfen?	Dazu gehören Wohnsituation, Alltagssituation, Arbeit, finanzielle Situation (z.B. Schulden), soziale Beziehungen (Familie und Partnerschaft, Freunde).
7. Welche Bedingungsfaktoren (Situationen, Stimmungen und eigene Interpretationen sowie die soziale Folgen) beeinflussen den Drogen- oder Medikamentenkonsum?	Durch eine Verhaltensanalyse können solche Fragen geklärt werden.
8. Welche Bewältigungsversuche wurden mit welchem Erfolg versucht? Welche Ressourcen liegen bei dem Patienten vor? (getrennt nach Entzugsbehandlung, Entwöhnungsbehandlung und sonstigen)	Eine Suchtanamnese eruiert die bisherigen Behandlungsversuche. Zeiten mit deutlich reduziertem oder keinem Substanzkonsum sowie erfolgreiche Aufgabenbewältigungen, Aktivitäten, die mit Freude und Genießen verbunden sind. Hinweise auf personale Ressourcen des Patienten. Das Ansprechen von Ressourcen ist auch hilfreich für eine gute Therapeut-Patient-Beziehung.

vention); sie können störungsspezifisch sein, wobei die Therapie nach den jeweiligen Störungen bzw. Syndromen oder Problem-bereichen ausgerichtet ist; und sie können ganzheitlich ausgerichtet sein, wobei mehr allgemeine Wirkfaktoren für Verhaltensänderungen von zentraler Bedeutung sind (siehe z.B. motivationale Gesprächsführung nach Miller und Rollnick, 1999).

Merke: Die klassische Behandlungskette der Sucht besteht in einer Klärungs- und Motivationsbehandlung (Orientierungs- oder Kontaktphase), einer Entzugsbehandlung (Entgiftungsphase), einer Entwöhnungsbehandlung (medizinische Rehabilitation, Entwöhnungsphase) und der Nachsorge (Nachsorgephase). In einer qualifizierten Entzugsbehandlung werden Elemente der Entwöhnungsbehandlung mit der Entgiftung verknüpft.

In jüngster Zeit besteht die Tendenz, im Suchtbereich zwischen Akutbehandlung (Entzug + Motivationsbehandlung + Rückfallprävention) und Postakutbehandlung (Entwöhnung, Nachsorge) zu unterscheiden.

3.1 Medikamentenabhängigkeit

Im Gegensatz zu Drogenabhängigen sind Medikamentenabhängige stärker sozial integriert und mehrheitlich Frauen.

Merke: Wenn die Medikamentenabhängigkeit sich sekundär auf der Grundlage einer Angststörung und einer entsprechend medikamentösen Therapie, z.B. mit Benzodiazepinen, entwickelt hat, ist ein anderes therapeutisches Vorgehen zu wählen als bei einer primären, u.U. polytoxikomanen Abhängigkeit, bei der sich die Sucht ohne eine zuvor vorhandene psychische Störung entwickelt hat.

In beiden Fällen geht es zunächst um eine Unterbrechung des Medikamentenkonsums. Bei einer sekundären Abhängigkeit steht jedoch die Behandlung der primären Störung zumindest gleichgewichtig im Mittelpunkt. Nach einer ambulanten, aber wegen erwarteter Komplikationen (z.B. Krampfanfall) meist stationären Entzugsbehandlung geht es um die Bewältigung der primären Störungen ohne die Abhängigkeit erzeugenden Medikamente.

Motivationsbehandlung:

Die Klärung des Medikamentenproblems durch den Arzt oder einen anderen Behandler und die Motivierung zu einer Behandlung können in wenigen Gesprächen erfolgen und stellen in der Regel eine Kurzintervention dar. Dabei erfolgt eine Entscheidung über eine ambulante oder stationäre Entzugsbehandlung, je nachdem wie stark und welche Entzugserscheinungen (z.B. Krampfanfälle) erwartet werden.

Entzugsbehandlung:

Elsesser und Sartory (2001) schlagen für den Benzodiazepin-Entzug ein umfangreiches Programm vor: Es besteht aus den Komponenten Information über den Entzugsverlauf, Festlegung der

Reduktionsschritte der Medikamenteneinnahme, Atem- und Entspannungstraining, Angstbewältigungstraining, Symptommanagement-Training für Entzugssymptome, Tagebuch, Hausaufgaben und Rückfallprophylaxe.

Bei einer Niedrigdosisabhängigkeit kann eine derartige Entzugsbehandlung ausreichend sein, wenn der Patient die gesamte Behandlung durchhält.

Entwöhnungsbehandlung (medizinische Rehabilitation)

Diese kann ambulant oder stationär erfolgen. Spezielle suchtspezifische ambulante Programme für Medikamentenabhängige werden kaum angeboten. Nach einem Entzug kann bei einer sekundären Medikamentenabhängigkeit vielfach auch eine suchtspezifische ambulante Psychotherapie erfolgen, wenn die Patienten eine Abstinenzphase erreicht haben. Die stationäre Entwöhnungsbehandlung von Medikamentenabhängigen erfolgt in Suchtfachkliniken, meist gemeinsam mit Alkoholabhängigen, je nach Beteiligung illegaler Substanzen auch zusammen mit Drogenabhängigen (siehe z. B. Schuhler und Baumeister, 1999).

Entsprechend den vier Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grawe (1995) sollte eine Behandlung folgende Komponenten enthalten:

1. Problemaktualisierung

Zunächst wird auf die negativen und positiven Auswirkungen des Medikamentenkonsums hingewiesen. Unter dem Aspekt der Ambivalenz ist es wichtig, die für die Patienten positiven Wirkungen anzusprechen, wie sie in der Selbstmedikationshypothese angenommen werden. Dazu wird eine Verhaltensanalyse des Problemverhaltens durchgeführt.

Von den verschiedenen Modellen und Varianten einer Verhaltensanalyse erscheint pragmatisch das Modell mit den Komponenten S (innere und äussere Situation), I (Wahrnehmung, Interpretation), R = Reaktion (emotional, kognitiv, motorisch) und K als die Konsequenzen einschließlich der Rückkopplungsschleifen am besten vermittelbar. Die Analyse sollte regelhaftes Verhalten aufzeigen, ohne sich in Details zu verlieren.

2. Motivationsförderung

Dazu gehören verschiedene Aspekte der Motivation: Die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, ist bei Medikamentenabhängigen in der Regel besser ausgeprägt als bei Drogenabhängigen. Die Motivation zur Reduktion des Medikamentenkonsums kann am anschaulichsten in Form einer sog. Entscheidungswaage dargestellt werden, bei der Vor- und Nachteile sowohl für die Beibehaltung des problematischen Medikamentenkonsums als auch für den Zustand der Abstinenz von psychotropen Substanzen aufgelistet werden.

Merke: Die Zielklärung ist ein zentraler Aspekt der Motivation. Dabei sollen die Ambivalenz und Vielschichtigkeit der emotionalen und kognitiven Gründe für und gegen eine Reduzierung sowie das Für und Wider gegen die Aufrechterhaltung des bisherigen Drogenkonsums als unterschiedliche Seiten der eigenen Persönlichkeit sichtbar werden.

4.2 Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen

3. Ressourcenaktivierung

Um die Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken, kann auf Zeiten zurückgegangen werden, in denen das Problem nicht oder nur deutlich abgeschwächt aufgetreten ist. Die Frage ist, ob die damals vorhandenen Ressourcen heute wieder zur Lösung der anstehenden Probleme und Aufgaben aktiviert werden können. Generell werden die Stärken des Patienten angesprochen.

Merke: Das Ansprechen erfolgreicher Aktivitäten, d.h. der Stärken des Patienten in den verschiedensten Lebensbereichen, stützt die Selbstsicherheit des Patienten, verbessert die Therapeut-Patient-Beziehung, führt zu einer größeren Selbstwirksamkeitserwartung bei geplanten Veränderungen und erleichtert den Verzicht auf eine medikamentöse Unterstützung.

4. Aktive Hilfe

Als Rückfallprophylaxe werden individuelle Risikosituationen erarbeitet und deren Bewältigung in Rollenspielen erprobt. Darüber hinaus kann es auch um die Bewältigung der Alltagssituation oder um eine Schuldenberatung gehen.

Nachsorge/Nachbehandlung

In dieser Behandlungsphase sollte eine Stabilisierung der Abstinenz von psychotropen Medikamenten durch neue Gewohnheitsbildungen im Alltag und bei Problemlösungen erreicht werden. Ohne Stützung und Sicherheit durch Medikamente gilt es neue Ziele, Aufgaben und soziale Beziehungen zu finden oder wieder zu aktivieren. Selbsthilfegruppen können dabei unterstützend sein.

Zusammenarbeit mit anderen therapeutischen Einrichtungen

Die Psychotherapie von Patienten mit Medikamentenmissbrauch oder Abhängigkeit erfordert die Zusammenarbeit vor allem mit niedergelassenen Ärzten, sowohl zur Abklärung des Medikamentenmissbrauchs und der körperlichen Folgeschäden als auch wegen einer eventuell erforderlichen Entzugsbehandlung. Wenn eine stationäre Entwöhnungsbehandlung notwendig erachtet wird, ist ebenfalls ein niedergelassener Arzt einzuschalten.

3.2 Drogenabhängigkeit

Allgemeine Handlungsprinzipien

Drogenabhängige werden meist in suchtspezifischen Therapieeinrichtungen (Entzugsstationen in Psychiatrischen Kliniken oder Allgemeinkrankenhäusern, Suchtberatungsstellen und Suchtfachkliniken) behandelt. Generell wird zwischen abstinenzorientierten und schadensminimierenden Ansätzen unterschieden. Beide Behandlungsansätze können stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. Zu den schadensminimierenden Ansätzen gehören eine Teilentgiftung, eine substitutionsgestützte Behandlung und drogenakzeptierende Hilfen wie Drogenkonsumräume zur Drogeninjektion, Safer Use Techniken mit Spritzenaustausch u.ä.m. Bei einer klaren Abhängigkeit erscheint kein kontrollierter Umgang mit Drogen möglich. Wegen der erheblich schwankenden Veränderungsbereitschaft bzw. der u. U. über-

haupt nicht vorhandenen Bereitschaft zur Abstinenz ist die Drogentherapie stärker nach dem Prinzip der Schadensminimierung (harm reduction) ausgerichtet.

Schwerpunkte der Behandlung von Drogenabhängigen sind neben der körperlich-medizinischen Behandlung von Folgekrankheiten das Drogenmanagement (Entzug, Substitution, Rückfallprävention, Motivation), die Stabilisierung der psychosozialen Lebensbereiche und die Behandlung komorbider Störungen.

Am häufigsten verbreitet ist die Substitutionstherapie (oder substitutionsgestützte Behandlung), die aus der Vergabe eines Substitutionsmittels (Methadon oder Buprenorphin, in seltenen Fällen auch Dihydrocodein) und einer psychosozialen Therapie (psychosoziale Begleitung) besteht. Bei Auftreten entsprechender komorbider Störungen ist im Sinne eines Case Management Ansatzes eine zusätzliche Psychotherapie denkbar. Entscheidend ist, dass der Suchtmittelkonsum durch eine spezifische Suchttherapie in ständiger Kontrolle bleibt. Die Substitution muss in der Regel über Jahre erfolgen und sollte grundsätzlich nicht zeitlich befristet sein (außer als Übergang zur Entzugsbehandlung). Die wichtigsten Substitutionsmittel sind zur Zeit Methadon (Methadon Racemat, Levomethadon (L-Polamidon®) und Buprenorphin (Subutex®).

Während der Beginn der Substitution schnell erfolgen kann, bedarf es zur Vorbereitung der psychosozialen Therapie einer unterschiedlich langen Orientierungsphase zur ersten Abklärung von Zielen, Aufgaben, personalen Ressourcen und der Motivation für eine psychosoziale Behandlung.

Abstinenzorientierte Behandlung (Entwöhnung)

Ambulante Entwöhnungsbehandlung von Drogenabhängigen

Im ambulanten Bereich können folgende Behandlungsansätze unterschieden werden:

- (1) eine ambulante medizinische Rehabilitation entsprechend der von den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern ausgehandelte Vereinbarung „Abhängigkeit“,
- (2) eine psychosoziale Beratung für Drogenabhängige außerhalb dieser Vereinbarung mit zum Teil ähnlichen, zum Teil aber auch mehr drogenakzeptierenden Konzepten und
- (3) eine ambulante Psychotherapie bei Drogenabhängigen, primär als Nachbehandlung.

Von einer Entwöhnungsbehandlung im engeren Sinn sollte nur gesprochen werden, wenn das Suchtverhalten im Mittelpunkt steht. Außerdem kann noch eine Reihe komplementärer Hilfen wie Schuldenberatung, Rechtsberatung, berufliche Wiedereingliederungshilfen, Wohnungshilfen u.a. hinzukommen. Durch die Vielfalt der beteiligten Einrichtungen und der instabilen Behandlungsverläufe entstehen Probleme der Vernetzung, die einen Gesamtplan erforderlich machen, z. B. als Case-Management-Ansatz (vgl. Wendt, 1997).

Von psychosozialer Therapie wird hier gesprochen, um die Einheit von psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Elementen und Hilfen zu bezeichnen, die über eine Psychotherapie hinausgehen. Als Alternative zur stationären abstinenzorientierten medizinischen Rehabilitation ist die ambulante medizinische Rehabilitation als Abstinenzbehandlung wenig etabliert. Drohende Strafverfahren, Schulden, körperliche Folgekrankheiten, un-

Anwendungen – Störungsspezifische Interventionen

gesicherter Lebensunterhalt und ungesicherte Unterkunft sind ungünstige Rahmenbedingungen für eine strukturierte ambulante Therapie.

Vor allem in der Anfangsphase besteht die ambulante psychosoziale Therapie von Drogenabhängigen oft in einer Suchtbegleitung als einem niederschweligen Therapieangebot. Das bedeutet, die Betreuung wird nach dem Prinzip der Schadensminimierung durchgeführt, auch wenn der Patient weiterhin Suchtmittel zu sich nimmt. Im Mittelpunkt dieses Ansatzes stehen ein möglichst gesundes Überleben durch Praktiken des „safer use“ (z.B. Spritzentausch) und „safer sex“ (Sexualpraktiken zur Vermeidung der Ansteckung durch das HIV-Virus) sowie die Sicherung von Lebensunterhalt und Unterkunft.

Außerdem geht es um aktuelle Probleme und Konflikte im Sinne einer Krisenintervention, um die Motivierung zur Drogenreduktion bzw. Drogenabstinenz und zur Behandlung sowie um die Förderung sozialer Kompetenzen. Eine Psychotherapie muss in einen Gesamtbehandlungsplan eingebaut sein. Depressive und angstbezogene Störungen gelten als Indikationshinweise für Psychotherapie, antisoziales Verhalten ist dagegen schwieriger mit einzubeziehen. Im Ansatz der medizinischen Rehabilitation (der Begriff wird von Rentenversicherungsträgern für ein von ihnen anerkanntes Therapiekonzept verwendet) kann nach einer Orientierungsphase eine ambulante medizinische Rehabilitation mit einer strukturierten drogenfreien psychosozialen Therapie begonnen werden. Ambulante drogenfreie Behandlung wird häufig bei Rückfällen nach stationärer Entwöhnungsbehandlung in Anspruch genommen, wenn ein länger dauernder stationärer Aufenthalt nicht erforderlich erscheint. Auch um einen Patienten nicht aus seinem stützenden sozialen Umfeld herauszunehmen, erscheint in solchen Fällen eine ambulante Behandlung wünschenswert. Der Therapeut sollte über spezielle Erfahrung in der Behandlung von Drogenabhängigen verfügen. Meist wird eine solche ambulante Behandlung nur in speziellen Beratungsstellen für Drogenabhängige durchgeführt.

Vor Beginn einer ambulanten medizinischen Rehabilitation ist neben einer Orientierungsphase zur Stabilisierung der äußeren Lebenssituation, zur Reduktion bzw. Abstinenz des Drogenkonsums und zur Klärung der Therapiemotivation häufig eine stationäre Entgiftung bzw. eine qualifizierte Entzugsbehandlung erforderlich.

In der Regel besteht die ambulante Entwöhnungsbehandlung wegen der Gefahr szeneartiger Gruppenbildung in einer Einzelbehandlung, psychotherapeutische oder freizeitorientierte Gruppen können zusätzlich durchgeführt werden. Auch familientherapeutische Ansätze werden angeboten. Vereinzelt gibt es auch Tageskliniken für Drogenabhängige (ambulante Ganztagsbetreuung). Hinzu kommen die oben dargestellten komplementären Hilfen.

Indikation für eine ambulante abstinenzorientierte Rehabilitation sind Drogenrückfälle nach früherer stationärer Behandlung bei guter Abstinenz- und Therapiemotivation sowie günstigem sozialem Umfeld. Bei jüngeren Drogenabhängigen mit guter familiärer Integration ist ein familientherapeutischer Ansatz erfolgversprechend (s. Thomasius, 1996).

Eine empirisch begründete Indikationsstellung für Klienten ohne frühere stationäre Behandlung ist ein offenes Problem. Die Unterscheidung von Drogenmissbrauch bzw. schädlichem Gebrauch und Drogenabhängigkeit hilft nur bedingt weiter, da die Differenzierung bei illegalen Drogen im Einzelnen Schwierigkeiten machen kann. Drogenmissbrauch ist dadurch gekennzeichnet, dass bislang keine Entzugserscheinungen aufgetreten sind und das Leben noch nicht auf die Beschaffung von Drogen und deren Konsum eingeengt ist.

Weitere Kriterien für eine Indikation zur ambulanten Behandlung:

- Wohnung und Lebensunterhalt sollten gesichert sein, berufliche Integration
- ein stützendes und vom Klienten akzeptiertes soziales Umfeld außerhalb des Drogenmilieus
- das Einhalten von Terminen
- das Erreichen drogenfreier Phasen

Behandlung mit Opiatantagonisten

Nach einer Entgiftung kann bei Opiatabhängigen auch an den Einsatz von Opiatantagonisten (Naltrexon) gedacht werden. Diese besetzen die Morphinrezeptoren im ZNS und blockieren auf diese Weise die Wirkung des Heroins. Das Verlangen nach der Droge werde dadurch allerdings nicht beeinflusst (Wanke u. Täschner, 1985).

Die Wirkungsdauer von Naltrexon (Nemexin) ist mit bis zu 72 Stunden deutlich länger als die von Naloxon (Keup, 1991), das nur bei akuter Intoxikation verwendet wird. Es weist kein Missbrauchspotenzial auf (weder körperliche noch psychische Abhängigkeit). Hinsichtlich des antagonistischen Effekts tritt keine Gewöhnung auf. Nebenwirkungen werden als sehr geringfügig eingestuft (Keup, 1991; Koc et al., 1998). Das entscheidende Problem besteht in einer geringen Akzeptanz durch die Patienten und der notwendigen guten Motivation (Compliance). Erforderlich ist auch eine kontinuierliche Überwachung und regelmäßige Urinkontrolle.

Indikation: Hoch motivierte Heroinabhängige nach vollständiger Entgiftung mit guter Compliance und guter sozialer Integration.

Abstinenzorientierte stationäre Behandlung

In vielen Fällen ist eine stationäre Behandlung angezeigt, damit der Betroffene mehr Abstand zum Drogenmilieu und zur Droge gewinnen kann. Die Vermittlung und Vorbereitung stationärer Behandlung für Drogenabhängige erfolgen hauptsächlich durch die Drogenberatungsstellen.

Nicht selten erfordert die labile Therapiemotivation eine persönliche Begleitung des Drogenabhängigen durch seinen Berater oder Betreuer von der stationären Entgiftung unmittelbar zur stationären Behandlungseinrichtung. Ein differenzierter Ansatz zur erweiterten Erfassung und Motivation von Drogenabhängigen stellt der „niedrigschwellige qualifizierte Entzug“ dar (vgl. Mann und Kapp, 1997).

Äußerer Druck zur Behandlung, z.B. bedingt durch justizielle Auflagen, ist die Regel. Grundlage für gerichtliche Auflagen sind bei der Beschaffungsdelinquenz das Betäubungsmittelgesetz (§35: Bedingungen für Therapie statt Strafe, §36: Anrechnung von Therapiezeiten, §37: Aufschieben drohender Strafverfahren) sowie die auch bei anderen psychiatrischen Störungen maßge-

4.2 Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen

benden Paragraphen des Strafgesetzbuches, der Strafprozessordnung und des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Die Behandlung erfolgt meist in Suchtfachkliniken für Drogenabhängige, in denen relativ selten auch Alkoholabhängige behandelt werden. Es gibt aber auch umgekehrt Suchtfachkliniken für Alkoholabhängige, die auch Drogenabhängige aufnehmen. Außerdem gibt es Behandlungseinrichtungen in Justizvollzugsanstalten (Maßregelvollzug). Die Therapiezeiten betragen zwischen 6 und 24 Monaten, zur Zeit ist eine Therapiedauer von ca. 9 Monaten üblich mit einer anschließenden Adaptionsphase (meist in einer anderen angeschlossenen Einrichtung) von ca. 3 Monaten. Neuerdings werden in einigen Einrichtungen auch „Kompakttherapien“ von 4 bis 6 Monaten, hauptsächlich für Rückfällige mit einer früheren Langzeitbehandlung angeboten. Die Behandlung verläuft in zwei, meist noch weiter unterteilten Phasen. Phase 1: Schwerpunkt psychische Entwöhnung und Bearbeitung von Persönlichkeitsproblemen, Phase 2 (Adaptionsphase): berufliche und soziale Integration als Übergang zu Alltagsbedingungen. Hauptsächlich für Phase 1 werden von den Behandlungseinrichtungen Stufenprogramme mit jeweils abgestuften Rechten und Pflichten aufgestellt.

Manche stationären Einrichtungen arbeiten mehr oder weniger explizit nach dem Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft.

Das Grundprinzip einer therapeutischen Gemeinschaft besteht darin, im Rahmen eines engen, quasi-familiären Zusammenlebens nach sozialen Grundregeln (z.B. Gewaltlosigkeit, Selbstverantwortung) einen kontinuierlichen Lernprozess der sozialen Integration und persönlichen Entwicklung in Gang zu bringen. Dabei stehen meist die Gruppe, die gemeinschaftlichen Aufgaben und das Gespräch mit den anderen Betroffenen als therapeutisches Agens im Vordergrund. Selbstorganisation (z.B. Verpflegung) und Selbsthilfe sind ein wesentliches Merkmal.

Im Zusammenleben kommt es zu Problemen und Konflikten, deren Bewältigung unter Mithilfe von Therapeuten und Mitpatienten zur sozialen Integration und Persönlichkeitsentwicklung (Nachreifung, Ich-Stärkung) des Betroffenen beiträgt. Die Orientierung an anderen Drogenabhängigen, die es geschafft haben, von den Drogen wegzukommen oder die „weiter“ sind im Therapieverlauf, fördern die Entwicklung im Sinne eines Modelllernens. Die unterschiedlichen Rollen und Funktionen, die der Einzelne im Therapieverlauf einnehmen kann, tragen zur Entwicklung sozialer Kompetenzen bei. Schließlich wird auf diese Weise die Identifizierung mit Normen und Werten eines drogenfreien Lebens begünstigt. Im Übrigen wird ein breites Spektrum von Verfahren (kreative Verfahren bzw. Beschäftigungstherapie, Sport, Einzeltherapie, Gruppentherapie u.a.) angewandt. Das Angebot der Arbeitstherapie oder spezieller Ausbildungsprogramme soll die spätere berufliche Integration erleichtern. Reine Selbsthilfeorganisationen wie SYNANON sind selten (vgl. Frensdorf, 1997).

Schadensminimierende Therapieformen Substitutionstherapie

Durch die abstinenzorientierten Therapieangebote wird nur ein relativ kleiner Teil der Opiatabhängigen erreicht. Unter anderem deshalb wurden Substitutionstherapien entwickelt, die jene Gruppen von Opiatabhängigen ansprechen sollen, die für eine

drogenfreie Behandlung nicht zugänglich sind oder mehrmals erfolglos behandelt wurden. Bei der Substitutionsbehandlung geht man davon aus, dass durch die meist über mehrere Jahre erfolgende Substitution eine zunehmende soziale Integration (Beruf, Familie) ermöglicht wird, und schließlich Drogenfreiheit erreicht werden kann. Die Frage einer evtl. lebenslangen Substitution ist umstritten.

Am häufigsten sind Substitutionstherapien mit Methadon (s. Raschke, 1994, Bühringer et al., 1997) oder Buprenorphin. In Ausnahmefällen ist auch Codein und Dihydrocodein (Remedacen) zugelassen. Heroin als Ersatzdroge befindet sich im Stadium der Überprüfung (vgl. Uchtenhagen, 1997; Wanke u. Täschner, 1985; Wille, 1988.). Methadon als Ersatzmittel soll das Verlangen nach Opiaten aufheben oder zumindest stark reduzieren, ohne selbst euphorisierend zu wirken; es soll die Beschaffungskriminalität abbauen und die Wiederaufnahme einer geregelten Arbeit erleichtern. Die Drogenabhängigen erhalten täglich eine bestimmte Menge Methadon Racemat als Lösung oder in Tablettenform (Methadict®) oder Levomethadon (L-Polamidon®), die sie unter Aufsicht einnehmen (zu Dosierung und Nebenwirkungen s. Gölz, 1998). Der Methadon verschreibende Arzt benötigt eine arztbezogene Genehmigung der KV. Eine Verschreibung von Methadon zur freien Verfügung eines Süchtigen ist gegenwärtig nach dem Stand der Rechtsprechung nicht zulässig. Es gibt aber eine so genannte Take-home-Dosis, wenn die Stabilität des Drogenabhängigen keinen Missbrauch erwarten lässt. Wenn nach ärztlicher Beurteilung eine Stabilität erreicht ist, kann z. B. für das Wochenende eine Take-home-Dosis mitgegeben werden. Auch eine Vergabe über Apotheken ist möglich.

Ohne zusätzliche psychosoziale Betreuung/Therapie ist eine Methadonvergabe nicht ausreichend. Die psychosoziale Therapie kann sich als Standardtherapie über die gesamte Zeit der Substitution erstrecken, sie kann aber auch zusätzlich in Form einer Intensivbehandlung, z.B. über sechs Monate, im Rahmen einer Suchtberatungsstelle erfolgen. Inhalte einer solchen Intensivphase sind Methoden der Zielklärung, der Rückfallprävention, der Bewältigung negativer Gefühle und Gedanken sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen zur Konfliktlösung. Außerdem geht es um aktive Hilfen bei Wohnungsproblemen sowie bei rechtlichen und finanziellen Problemen. Nicht zuletzt stellt sich die Aufgabe der beruflichen Rehabilitation. Häufig werden in unkontrollierter Weise weitere Drogen und Medikamente (Beikonsum) eingenommen und die Entwicklung zur Drogenfreiheit zieht sich über einen längeren Zeitraum hin. Zur Kontrolle zusätzlicher Drogeneinnahme sind Urinuntersuchungen erforderlich (s. hierzu Gastpar et al., 1999; Gölz, 1998).

Indikation (nach BUB-Richtlinien): neben der Diagnose Opiatabhängigkeit keine weiteren Kriterien. Die Dokumentation von Kerndaten erfolgt in einem Zentralregister.

Teilentgiftung

Als Vorbereitung auf eine substitutionsgestützte Behandlung kann eine Teilentgiftung z.B. hinsichtlich Benzodiazepine durchgeführt werden. Gleichzeitig wird der Patient auf Methadon oder Buprenorphin eingestellt.

Akzeptierende Drogenhilfe

In sogenannten Drogenkonsumräumen können Drogenabhängige unter hygienischen Bedingungen Drogen spritzen und wer-

den auf Techniken des Safer Use verwiesen (Zurhold et al., 2001). Zur Vermeidung von Infektionen werden an manchen Orten Spritzenautomaten aufgestellt.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Warum machen nicht alle psychoaktiven Substanzen abhängig?*

→ Eine Substanz macht umso eher abhängig, je schneller sie positiv wirkt, je weniger aversive Nebenwirkung sie hat, je breiter das positive Wirkungsspektrum ist und je leichter verfügbar die Substanz ist.

2. *Wenn psychotrope Substanzen zur Bewältigung von Problemen und Störungen genommen werden, dann müsste doch die Bewältigung dieser Probleme und Störungen ohne psychotrope Substanzen dazu führen, dass der (die) Betroffene wieder kontrolliert damit umgehen kann!*

→ Drogen haben nicht nur eine die Problemlösung erleichternde, sondern auch eine die Lust und das Erleben scheinbar steigernde Wirkung, so dass nicht immer ein Problem als Grund einer Drogeneinnahme vorliegen muss. Außerdem gewinnt die Suchtentwicklung eine Eigenständigkeit, in dem der Anwendungsbereich immer breiter und die Gründe für Drogengebrauch immer vielfältiger werden. Parallel dazu kommt es zu neuroplastischen Veränderungen im ZNS (limbisches System, Nucleus accumbens), die kaum oder sehr schwer veränderbar erscheinen. Schließlich bleibt eine biologisch-genetische Disposition erhalten, die als erhöhtes Risiko für eine erneute Suchtentwicklung aufgefasst werden muss.

3. *Kann eine Abhängigkeit wieder verlernt werden, so dass wieder ein kontrollierter Konsum der psychoaktiven Substanz möglich ist? – (siehe auch Frage 3)*

→ Gegen das Erlernen eines kontrollierten Umgangs mit Drogen bei eindeutig Drogenabhängigen sprechen folgende Gründe:

- biologisch-genetische Faktoren, die nach wie vor wirksam bleiben;
- das Suchtgedächtnis mit neuronalen Veränderungen, die kaum oder nur sehr schwer zu verändern sind;
- bisherige negative Erfahrung mit dem Ziel eines kontrollierten Konsums (individuell, aber auch in wissenschaftlichen Untersuchungen und Erfahrung von Selbsthilfegruppen);
- eine ständig aufrechtzuerhaltende differenzierte Kontrolle erscheint schwieriger realisierbar und weniger klar als eine eindeutige Ja-nein-Aussage.

4. *Dürfen Medikamentenabhängige nie wieder Psychopharmaka mit Abhängigkeitspotenzial einnehmen?*

→ Psychotrope Medikamente ohne Abhängigkeitspotenzial (z.B. Neuroleptika) können bei medizinischer Indikation eingenommen werden. Die Anwendung von Schmerzmitteln in Fällen klar körperlicher Ursachen und in weitgehend vom Patienten unabhängiger Einnahmeform sowie in Notfallsituationen erscheint gerechtfertigt, das Risiko für eine erneute Abhängigkeitsentwicklung ist gering.

5 Prüfungsfragen

1. Ist die körperliche Abhängigkeit eine notwendige Bedingung für die Diagnose Abhängigkeit?
2. Was ist psychische Abhängigkeit?
3. Warum werden manche Menschen abhängig, andere nicht?
4. Von welchen Bedingungsfaktoren ist die Wirkung einer Droge abhängig?
5. Welche Faktoren tragen zur Abhängigkeitsentwicklung bei?
6. Warum ist es für einen Drogenabhängigen schwierig, auf Drogen zu verzichten?
7. Welche Merkmale von Drogenabhängigen erschweren deren psychotherapeutische Behandlung?
8. Was sind die primären Ziele bei der Behandlung von Drogenabhängigen?
9. Welche Behandlungsformen gibt es für Drogen- und Medikamentenabhängige?

6 Literatur

a) zitierte Literatur

- Backmund M: Sucht-Therapie. Grundlagen, Klinik, Standards. Leitfaden für die Praxis und Fortbildung. Landsberg: ecomed, 1999
- Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V.: Leitfaden für Ärzte zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. München, 1999
- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS: Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1997
- Bühringer G, Künzel J, Spies G: Methadon-Substitution bei Opiatabhängigen. In: H. Watzl und Brigitte Rockstroh (Hrsg.), Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen (S. 249-264). Göttingen: Hogrefe, 1997
- Edwards G, Gross MM: Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal, 6017, p. 1058, 1976
- Federsdorf F: Sucht, Selbsthilfe und soziale Netzwerke. Geestacht: Neuland, 1997
- Elsesser K, Sartory G: Medikamentenabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe, 2001
- Frei A, Rehm J: Komorbidität: Psychische Störungen bei Opiatabhängigkeit zu Beginn einer heroingestützten Behandlung. Psychiatrische Praxis, 29, 251-257, 2002
- Gastpar M, Mann K, Rommelspacher H: Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart, New York: Thieme, 1999
- Glantz M, Pickens R: Vulnerability to drug abuse. Washington D.C.: American Psychological Association Press, 1992
- Götz J: Moderne Suchtmedizin. Stuttgart, New York: Thieme, 1998
- Grawe K: Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut, 40, 130-145, 1995
- Gsellhofer B, Küfner H, Vogt M, Weiler D: European Addiction Severity Index – EuropASI. Manual für Training und Durchführung. Stuttgart: Schneider Verlag, 1999
- Julen R M: Drogen und Psychopharmaka. Heidelberg: Spektrum, 1997
- Hiller W, Zaudig M, Mombour W: Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV und ICD-10. Göttingen: Hogrefe, 1997
- Keup W: Naltrexon-Einsatz für Opiatabhängige. Arzneimitteltherapie 9, 129-132, 1991
- Koc J, Weyandt M, Pruchniewicz: Rezeptorblockade mit Naltrexon. In: J. Götz, (Hrsg.), Moderne Suchttherapie (S. C3.9.1 1 - 5). Stuttgart, New York: Thieme, 1998