

wiener

ZEITSCHRIFT

nr. 1

jg. 1 - 1977

für

**sucht-
forschung**

LUDWIG BOLTZMANN
INSTITUT FÜR
SUCHTFORSCHUNG

ANTON PROKSCH
INSTITUT

wien

Wiener Zeitschrift für Suchtforschung

Herausgeber:

Ludwig Boltzmann - Institut für Suchtforschung

Leiter: A. Springer

Anton Proksch - Institut / Stiftung Genesungsheim Kalksburg

Leiter: R. Mader

Redaktionelle Arbeiten:

W. Burian und A. Springer

Beirat:

P. Berner, G. Guttman, H. Steinert, H. Strotzka

Eigentümer und Verleger:

Ludwig Boltzmann - Institut für Suchtforschung und

Anton Proksch - Institut / Stiftung Genesungsheim Kalksburg

Für den Inhalt verantwortlich:

Dr. Alfred Springer

Ludwig Boltzmann - Institut für Suchtforschung und

Anton Proksch - Institut

1237 Wien, Kalksburg, Mackgasse 7 - 9 Telefon: 88 41 37

Druck:

Finsterle & Co KG, 1080 Wien, Albertgasse 43

Umschlag:

Marc Adrian, 1010 Wien, Mülkerbastei 3

wiener ZEITSCHRIFT

nr. 1

jg. 1 - 1977

für suchtforschung

Inhalt	Seite
Editorielle Vorbemerkung	2 - 3
Die Gedächtnisleistung kurz- fristig abstinenten Alkoholkranker A. Springer, S. Feselmayer, B. Wimmer, A. Uhl und K. Kadawy.	5 - 17
Ein verhaltenstherapeutisches Breitbandprogramm zur stationären Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger Sibylle Kraemer, Renate de Jong, Franz-Josef Feldhege	19 - 31
Alkoholismus und Suizid bei Frauen W. Burian	33 - 35
Alkohol-, Alkaloid- und andere Vergiftungspsychosen Dr. Bonhoeffer (Reprint)	37 - 43
Buchbesprechungen	45 - 47

Editorielle Vorbemerkung

Suchtforschung hat vielfältige Problemstellungen zum Objekt. Suchterzeugende Substanzen, süchtige Individuen, das Produkt aus Droge und Subjekt, Ausprägung und Ausbreitung süchtigen Verhaltens, die Auswirkung der Süchtigkeit auf die gesellschaftlichen Verhältnisse ebenso wie die Auswirkung der gesellschaftlichen Verhältnisse auf die Ausprägung der Süchtigkeit in einer bestimmten Gesellschaft zu einem bestimmten historischen Moment. Das "Sucht- oder Drogenproblem", wie es gerne genannt wird, ist ein Problem des Menschen und seiner Verhältnisse und nicht der Süchtigkeit oder der Droge.

Bemühungen wissenschaftlicher Art auf diesem Forschungsbereich beschäftigen demnach die einzelnen Fachrichtungen der humanen Wissenschaften. Sie können nicht isoliert als Aufgabe einer Richtung, wie etwa der Medizin, Pharmakologie, Psychiatrie, Psychologie oder der Soziologie gesehen werden. Bisher überwog lediglich in der Suchtforschung der klinische Zugang zum Problem, nebst dem kriminologischen. Ebenso wichtig, wie Aktivität in diesen Disziplinen ist jedoch die Bearbeitung ökonomischer, ökologischer, historischer, legistisch-juridischer Fragestellungen auf dem fraglichen Wissenschaftssektor. Daneben ist der Einbezug der Erfahrung von Praktikern: Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, Bewährungshelfern, Jugendarbeitern, etc. von außerordentlicher Bedeutung. Wenn die Erkenntnisse derartiger Personen auch eventuell noch in vorwissenschaftlicher Weise vorliegen und formuliert werden müssen, kann auf sie aus Gründen der Information nicht verzichtet werden, die Information als Basis überprüfbarer Hypothesen nutzbar gemacht werden. Die Notwendigkeit raschen Informationsaustausches ergibt sich aus dem Umstand, daß bestimmte Facetten der Suchtkrankheit raschem Wandel unterliegen, bzw. neue Entwicklungen möglichst rasch in ihren Anfängen erkannt werden sollten. Auch scheint es vorzüglich auf dem Weg des Einbeziehens der Erfahrung der Praktiker möglich, einen einseitigen klinischen Standpunkt zu überwinden und Einblick in die Geschehnisse des Feldes und in soziale Verläufe zu gewinnen. Dies wieder scheint notwendig um einen Schritt in Richtung der Erfassung der tatsächlichen, objektiv vorliegenden Verhältnisse tun zu können.

Um den notwendigen Informationsfluß einleiten und aufrechterhalten zu können, werden wir in Zukunft, um den Zwang zur "wissenschaftlichen Form" der Repräsentation von Ergebnissen und Erfahrungen zu mildern, einen Teil der Zeitschrift Zeitschriften vorbehalten, die in kurzer Form, ohne an irgendwelche methodischen oder formalen Kriterien gebunden zu sein, über interessante und relevante Beobachtungen berichten.

Wir wollen bestrebt sein, inhaltlich ein möglichst breites Spektrum von Studien zur Problematik der Süchtigkeit zu bieten, eine interdisziplinäre Diskussion zu eröffnen. Naturgemäß sollen auch Autoren zu Wort kommen, deren Auffassung nicht der der Herausgeber entspricht. Kritik jeder Art wollen wir offen sein. Das heißt, daß wir sowohl die Veröffentlichung kritischer Texte fördern wollen, als auch Kritik

an den bereits veröffentlichten Artikeln annehmen und publizieren werden. Dies scheint uns unerlässlich für die Einleitung einer Diskussion, die interdisziplinäre Zusammenarbeit motivieren will.

Wenn wir gesagt haben, daß wir Kritik fördern wollen, so soll das nicht heißen, daß Kritik um jeden Preis geübt werden soll. Ganz im Gegenteil sollten unseres Erachtens gerade Aufsätze, die sich kritisch mit der wissenschaftlichen Bearbeitung des Suchtproblems befassen oder Kritik an gesellschaftlichen Maßnahmen üben, in besonderer Weise an bestimmte Kriterien gebunden sein, die wir später noch genauer beschreiben wollen. Die Publikation unreflektierter Pamphlete scheint uns nicht sinnvoll. Wir sind uns jedoch im klaren darüber, daß in der bisherigen Form der Suchtforschung Mißstände zu beobachten sind, die kritisiert werden sollten.

Zu den Kriterien, die wir oben anführten: Wir wollen bestrebt sein, ein gewisses Niveau der zu veröffentlichenden Originalarbeiten aufrecht zu erhalten. Wir fühlen uns keiner umgrenzten Forschungsmethode ausschließlich verpflichtet, sind jedoch der Meinung, daß unabhängig von der gewählten Methodik, auch wenn diese unkonventionell sein sollte, sie definiert sein muß, ihre Kriterien beachtet werden müssen.

Warum liegt uns so viel daran, daß wir diese Forderung so ausdrücklich stellen? Ein Problem der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit abweichendem Verhalten generell und damit auch mit dem süchtigen Verhalten ist die Beziehung zwischen wissenschaftlicher Beobachtung und Erkenntnis zum sozialen und wohl auch politischen Handeln. Die Ergebnisse der Forschung wirken insofern auf die Personen und Gruppen, an denen sie erhoben wurden, rück, als sie öffentlich werden und die gesellschaftlichen Verhältnisse beeinflussen, indem sie Einstellungen induzieren, Maßnahmen der Behandlung, Prävention und wohl auch der Legislative motivieren und aktivieren, von denen eben Individuen, die zunächst Objekt der Forschung waren, wieder in besonderer Weise betroffen werden. Dieser Sachverhalt wird noch dadurch weiter kompliziert, daß nicht allein die Ergebnisse der Forschung soziale Maßnahmen nach sich ziehen können, sondern oftmals die Ergebnisse selbst bereits soziale Überlegungen des Untersuchers widerspiegeln, der seine Funktion nicht so sehr als Wissenschaftler, sondern eher als Aufklärer oder Gesundheitspolitiker sah und aus seiner Ideologie heraus zu Interpretationen gelangte, die die gefundenen Ergebnisse verzerren. Derart betriebene Wissenschaft ist nun nicht geeignet Klarheit zu schaffen, sondern vielmehr Vorurteile verbreiten zu helfen. Sie ist weiterhin geeignet, die betroffenen Individuen durch fortgesetzte Stigmatisierung zu schädigen, sowie auch gesamtgesellschaftlich ungünstige Verhältnisse zu schaffen. Als Beispiel aus unserem Sachbereich möge die als Abschreckungsmaßnahme eine Zeitlang durchgeführte Gleichstellung der Gefährlichkeit aller Rauschdrogen dienen, die vielleicht gut gemeint war, aber fatale Folgen zeitigte. Insbesondere die fortlaufende Stigmatisierung der Suchtkranken scheint uns außerdem nur schwer in Einklang mit den vorgegebenen Motivationen der Hilfe und Prävention zu bringen.

Es ist diese hohe soziale Relevanz der Suchtforschung, die uns dazu bringt, möglichstste Objektivität

zu fordern und damit ideologische Stellungnahmen möglichst zu vermeiden. Mit der sozialen Relevanz der Forschung sollte auch die Verantwortlichkeit derer, die sie betreiben steigen.

Notwendig ist die Beschäftigung mit dem Problem der Abhängigkeit von psychotropen/zentral-wirksamen Substanzen auf alle Fälle. Dies auch deshalb, weil zu erwarten ist, daß diese Problematik in der Zukunft neue Schattierungen erkennen lassen wird. Die Entwicklung der Psychopharmaka bringt es mit sich, daß immer mehr Substanzen auf den Markt kommen, die eine Gefährdung der Konsumenten im Sinne von Mißbrauch und Abhängigkeit mit sich bringen. Jede Substanz, die gebraucht wird, kann auch mißbraucht werden, mit ihrer Wirksamkeit, insbesondere ihrer Fähigkeit "angenehm" zu wirken, steigt auch das Risiko, daß sie zu Abhängigkeit führt. Dieses Problem ist nicht neu; die meisten der heute im illegalen Feld konsumierten oder mißbrauchten Drogen waren einst medizinisch verordenbar, manche sind es auch heute noch und waren von unbestreitbarer Bedeutung für den entsprechenden Zeitpunkt der Geschichte der Medizin. Heute besteht jedoch ein gigantisches, kaum mehr überblickbares Angebot und scheinen die neuen Substanzen allgemein mehr Verbreitung zu finden, wenn darüber auch genaue Zahlen nicht erhoben werden können. Untersuchungen derartiger Substanzen fallen jedoch bereits in den Aufgabenbereich der Suchtforschung. So müssen wir überprüfen, ob nicht neben den erwünschten Effekten dieser Substanzen Nebenwirkungen bestehen, die sie in die Nähe der diskriminierten Drogen rücken.

Der Titel der Zeitschrift wurde gewählt, weil sowohl die beiden Institutionen, die für die Herausgabe verantwortlich zeichnen, als auch der Beirat sich in Wien aufhalten. Unser Ziel ist es jedoch, ein Diskussionsforum für den deutschsprachigen Raum zu entwickeln und dem Mißstand abzuweichen, daß Publikationen aus verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen in den jeweiligen Fachzeitschriften erscheinen, die wieder bisweilen für Personen anderer Arbeitsbereiche schwer zugänglich sind, wodurch die interdisziplinäre Arbeit erschwert wird.

Aus obigem Grund freut es uns besonders, daß es uns gelungen ist, bereits für die erste Nummer ein

Manuskript eines Teams aus der BRD zur Erstveröffentlichung zur Verfügung gestellt bekommen zu haben. U.E. kommt dem Projekt, das darin vorgestellt wird, außerdem besondere Bedeutung zu. Bei der Studie selbst handelt es sich um eine erste Darstellung einer Arbeit, die die Psychologische Abteilung des Max Planck-Institutes in München im Auftrag des deutschen Gesundheitsministeriums in den Jahren 1973 - 76 durchführte. Es geht um die stationäre und ambulante Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger und die ambulante Behandlung jugendlicher Alkoholiker, nach verhaltensmodifikatorischen Grundsätzen. Über die aktuelle Behandlung hinaus gilt als Zielsetzung des Projekts die Erstellung von Therapierichtlinien und -handbüchern, so daß es als Modellprojekt für den Raum der Deutschen Bundesrepublik bezeichnet werden kann.

In zwei anderen Arbeiten dieses ersten Heftes stellen die herausgebenden Institutionen ihre hauptsächlichsten Arbeitsbereiche vor. Das Schwergewicht der wissenschaftlichen Aktivität des Anton Proksch-Institutes ist naturgemäß, da es sich ja um eine Behandlungseinheit handelt, patientennah, bringt direkte Beobachtung und Dokumentation des Patientengutes, sowie therapeutische Überlegungen. Das Ludwig Boltzmann-Institut als Forschungseinheit ist experimentell orientiert. Zwischen den beiden Instituten besteht jedoch engste Zusammenarbeit, so daß letztlich gemeinsame Ziele bestehen, deren wichtigstes wohl die Erstellung verbesserter therapeutischer Möglichkeiten darstellt.

Es bleibt noch zu sagen, daß wir in jeder Nummer der Zeitschrift einen Artikel eines älteren Autors vorstellen werden. Es schien uns angebracht, als ersten derartigen Klassiker Bonhoeffer zu Wort kommen zu lassen, der die Arbeit der klinischen Psychiatrie auf unserem Arbeitsgebiet einleitete und bis heute beeinflusst. Auch heute beeindruckt an dem Artikel, den wir nachdrucken, die Klarheit und Systematik der Darstellung, die Gültigkeit, die den Ausführungen immer noch zukommt und nicht zuletzt die Objektivität der Ausführungen.

Alfred Springer

Die Gedächtnisleistung kurzfristig abstinenter Alkoholkranker

A. Springer, S. Feselmayer, B. Wimmer, A. Uhl und K. Kadawy.

(Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung und Anton Proksch Institut, Wien - Kalksburg)

Zusammenfassung

Untersucht wurde die Gedächtnisleistung von 18 definierten Alkoholkranken während der ersten vier Wochen, die diese unter Abstinenzbedingungen in der Anstalt verbrachten. Es wurden sowohl herkömmliche Tests zur Überprüfung unserer Hypothesen eingesetzt, als auch die Vorgabe sinnlosen Silbenmaterials. Insgesamt wurden drei Untersuchungsdurchgänge im Abstand von je 10 Tagen durchgeführt, wobei für alle eingesetzten Tests Parallelförmigkeiten zum Einsatz kamen. An signifikanten Ergebnissen zeigte sich eine Abweichung von der Norm im Benton-Test und eine Reduktion der Fähigkeit des Erlernens sinnloser Silben in der Erstuntersuchung, die einer Alkoholabstinenz von 10 Tagen entsprach. Patienten, die bereits länger als 10 Jahre alkoholkrank waren unterschieden sich in der Fähigkeit des Erlernens sinnloser Silben und des Zahlenmachens signifikant von kürzer Alkoholkranken. Bei den zwei weiteren Untersuchungen ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patientengruppen mehr feststellen und wurde ein den Durchschnittswerten entsprechendes Resultat erzielt. Es werden Schlussfolgerungen gezogen, daß die Restitution der Gedächtnisleistung abstinenter Alkoholkranker rasch erfolgt, durchaus auch das Normalniveau erreichen kann und eine überdauernde Schädigung nicht generell zu erwarten ist. Die Untersuchungen von Autoren, die gegenteilige Befunde erhoben, werden revidiert und kritisiert.

Weiters wird darauf hingewiesen, daß diese Ergebnisse dafür sprechen, daß therapeutische Beeinflussung abstinenter Alkoholkranker auf verbalem Weg möglich und gerechtfertigt erscheint, wenn man berücksichtigt, daß in der ersten Phase der Abstinenz, also in den ersten 10 Tagen, noch eine gewisse Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung, vor allem bei Patienten mit langjähriger Alkoholismusanamnese, zu erwarten ist. Diese Zeitspanne wird aber ohnehin im allgemeinen von den Sensationen der körperlichen Entzugssymptomen beherrscht, so daß in ihr eher somatische Behandlungsmethoden zum Einsatz kommen als psychotherapeutische Techniken.

Einleitung

Daß chronischer Alkoholmißbrauch zu einer cerebralen Dysfunktion führe wird von verschiedenen Autoren behauptet. Es besteht die Annahme, daß es wohl vor allem durch eine diffuse Schädigung der Hirnrinde zu einem Zustandsbild komme, das als organisches Psychosyndrom bezeichnet wird. Dieses wäre nach D e m e l und K r y s p i n - E x n e r, 1975, charakterisiert durch Merkfähigkeitsstörung, Aufmerksamkeitsstörung,

Verlangsamung des Denkens, Konzentrations- und Antriebsstörung und emotionelle Labilität. Es wird angenommen, daß dieses organische Psychosyndrom in den ersten Wochen der Alkoholabstinenz deutliche Rückbildungstendenzen zeigt, Residualschäden jedoch über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben. G r ü n b e r g e r, 1977, interpretiert die Residualschäden nach mehrjähriger Abstinenz als "funktionelles Psychosyndrom."

Die Schwierigkeit, auf die alle Untersuchungen der Restitution stoßen, ist der Umstand, daß man das Leistungsniveau, das ursprünglich, d.h. vor Einsetzen des pathoplastischen Prozesses der Alkoholkrankheit bestand, zumeist nicht kennt. Dementsprechend ist die Aussage, in welchem Maß die beobachtbare Abweichung in bestimmten Leistungsparametern tatsächlich alkoholismusspezifisch interpretiert werden kann, letztlich doch immer spekulativ.

Daß Alkohol das Leistungsniveau beeinträchtigen kann, ist aus vielen Untersuchungen bekannt. Das Problem ist lediglich, wie weit tatsächlich eine bleibende organische Schädigung durch langjährige hohe Dosierung von Ethanol zu bestätigen ist.

D e m e l und K r y s p i n - E x n e r, 1975, weisen darauf hin, daß viele der für den chronischen Alkoholiker typischen Charaktereigenschaften, häufig als nicht organisch bedingte Wesensänderung interpretiert werden und stellen derartigen Auffassungen den Standpunkt B e n n e t t's (1966, 1967, 1968) entgegen, daß das Nichtbeachten der organischen Hirnschädigung des Alkoholikers eine der häufigsten Fehlerquellen in der Erstellung therapeutischer Konzepte für Alkoholkranker sei.

Die Untersuchung der Hirnleistung alkoholkranker Patienten muß dementsprechend einen Schwerpunkt in der Erforschung des Problems Alkoholismus sein. Da die bisher erbrachten Untersuchungen keineswegs einheitliche Ergebnisse brachten, bzw. methodologisch bestimmte Bias nicht beachtet wurden, ist es notwendig, an dieser Problemstellung weiter zu arbeiten, umfassendes Material zu liefern.

Der Untersuchung der Gedächtnisfunktionen kommt in dieser Fragestellung besonderes Gewicht zu. Es existiert eine Reihe von Untersuchungen, aus denen hervorgeht, daß die Substanz Alkohol die Funktionen des Gedächtnisses beeinflussen kann.

Störungen des Gedächtnisses, in wechselnder Ausprägung und von wechselnder Dauer, treten in allen Phasen der Alkoholkrankheit auf, eine der möglichen Endzustände der Erkrankung, der W e r n i c k e - Korsakow'sche Symptomenkomplex ist durch die Gedächtnisstörung in besonderer Weise charakterisiert. R y b a c k, 1971, vertritt den Standpunkt, daß möglicherweise der Verlauf der Alkoholkrankheit durch eine kontinuierliche Entwicklung der Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung vom Auftreten von Gedächtnislücken in der Folge sozialen Trinkens, über die alkoholischen Amnesien bis zur Ausprägung des Wernicke-Korsakow-Syndroms charakterisiert ist.

Über das theoretische Interesse hinaus, birgt die Problemstellung eminent praktische Fragen in sich, insbesondere in Bezug auf die Erstellung therapeutischer Konzepte. Es geht darum, zu erhärten, ab welchem Zeitpunkt der Abstinenz sinngemäß mit verbaler

Beeinflussung mit therapeutischer Zielsetzung begonnen werden kann. Der exakte Nachweis einer bleibenden Schädigung der Gedächtnisleistung, vor allem für verbale Inhalte, würde derartige therapeutische Versuche als absurd bezeichnen lassen.

Neuere Untersuchungen zu dieser Problemstellung befassen sich mit der Beeinträchtigung des Gedächtnisses bei experimenteller Alkoholisierung von Alkoholikern und Normalpersonen, sowie der Untersuchung der Gedächtnisfunktion und der Merkfähigkeit alkoholkranker Personen.

1. Auswirkungen experimenteller Alkoholisierung auf Gedächtnisfunktionen.

Grundlegend für diese Untersuchungen sind die Modellvorstellungen von A t k i n s o n und S h i f f r i n. Seit einer Untersuchung von S h u t t l e w o r t h und M o r r i s im Jahre 1966 wird meistens bei entsprechenden Untersuchungen zwischen drei Phasen oder Typen des Gedächtnisses unterschieden und die Beeinflussung dieser Phasen durch den Alkohol differenziert dargestellt. Diese drei Phasen werden folgendermaßen bezeichnet:

- Immediatgedächtnis; definiert als weitverzweigte neutrale Aktivität, die einige Sekunden bis zu einer Minute andauert.
- Kurzzeitgedächtnis; definiert als Überführung der neutralen Aktivität in makromolekuläre Form.
- Langzeitgedächtnis; definiert als weitverzweigte Speicherung makromolekularer Engramme.

Die experimentelle Abgrenzung des Immediat- und Kurzzeitgedächtnisses ist relativ schwierig. R y b a c k, 1971, meint, daß eine ideale Methode das Immediatgedächtnis zu messen, eine Aufgabe wäre, die nur eine Darbietung benötigt um perfekte Reproduktion zu gewährleisten (etwa die Darbietung von sieben Zahlen). Erweitert man die Aufgabe, z.B. auf 14 Zahlen, müßte man für perfekte Reproduktion mehrfache Wiederholungen annehmen, d.h., daß in die Messung eine Überprüfung der Speicherfunktion eingeht und würde dementsprechend das Kurzzeitgedächtnis messen.

Experimentelle Untersuchungen ergeben, daß akute Alkoholisierung vor allem das Kurzzeitgedächtnis in negativer Weise beeinflusst, während das Immediatgedächtnis unverändert zu bleiben scheint. Neuere Untersuchungen (J o n e s, 1973) differenzieren die Beeinflussung des Gedächtnisses im ansteigenden und absteigenden Schenkel des Blutalkoholspiegels. Diese Untersuchung erbringt, daß das Immediatgedächtnis im ansteigenden Schenkel stärker beeinträchtigt wird, während das Kurzzeitgedächtnis diese Differenzierung nicht erkennen läßt.

2. Die Gedächtnisleistung des Alkoholkranken.

Der klinische Eindruck und auch die Selbsterfahrung alkoholkranker Patienten spricht dafür, daß nach einer Phase auch schwerer Alkoholisierung, die Patienten schrittweise ihre Fähigkeit wieder erlangen, neue Informationen zu lernen und zu erinnern. Zur Erhärtung dieser Beobachtung liegt allerdings relativ wenig empirisch abgesichertes Material vor. Auch muß beachtet werden, daß in

derartigen Untersuchungen der Entwicklungsgrad der Alkoholkrankheit exakt definiert sein sollte. Ergebnisse, die an Korsakow-Patienten gewonnen wurden, sollten nicht Aussagen über den Zustand und das Leistungsniveau anderer Alkoholkranker gleichgesetzt werden. Die bisher vorliegenden Ergebnisse sind uneinheitlich, insbesondere was den Grad der erheblichen Schädigung und der erheblichen Restitution betrifft. So findet K ö h l e r, 1974, eine starke Beeinträchtigung der Lernfähigkeit, des assoziativen Denkens und der Gedächtnisfunktion, P a g e und L i n d e n finden, ebenfalls 1974, eine starke Beeinträchtigung unter anderem des Kurzzeitgedächtnisses und der Codierungsvorgänge, G r ü n b e r g e r und K r y s p i n - E x n e r, 1971, beschrieben anhand einer Untersuchung an 158 Patienten, mittels des Benton-Tests, ein Leistungsdefizit. C l a e s o n und C a r l s s o n, 1970, stellten anhand der Ergebnisse testpsychologischer Untersuchungen, die auch die Gedächtnisfunktionen zum Objekt haben, fest, daß in einem hohen Prozentsatz Alkohol zur cerebralen Dysfunktion führe. Diese Autoren bestätigen ihre Ergebnisse 1973. Dagegen konnte wieder 1973 H o y, der 75 Alkoholiker mittels des Benton - Tests untersuchte, derartige Ergebnisse nicht bestätigen. Er schloß, daß nur eine geringe Anzahl von Alkoholikern zweifelsfrei hirngeschädigt seien. Schon 1962 hatten J o n s s o n und M a. den Standpunkt bezogen, daß kaum generalisierbare Aussagen aus psychometrischen Untersuchungen Alkoholkranker gewonnen werden könnten. Alkoholiker seien als Gruppe extrem heterogen, auch signifikante Unterschiede in verbalen Tests könnten von der prämorbid Intelligenz, sowie Faktoren der sozialen Umwelt bedingt sein.

Die Untersuchung der Restitution der Gedächtnisleistung erbringt bei den meisten Autoren das Ergebnis, daß diese innerhalb der ersten vier Wochen der Abstinenz besonders deutlich ausgeprägt sei. B e a n und K a r a s i e v i c h, 1975, konnten feststellen, daß die Restitution innerhalb der ersten 30 Tage besonders deutlich imponiere, im Zeitraum des nächsten Monats nicht mehr dermaßen ausgeprägt sei. Dieses Ergebnis entspricht der Darstellung von D e m e l und K r y s p i n - E x n e r, 1975. Auch W e i n g a r t n e r und M a., 1971, A l l e n und M a., 1971, sowie C e r m a k und R y b a c k, 1976, konnten finden, daß innerhalb der zweiten bis vierten Woche der Abstinenz eine merkbare Verbesserung der Gedächtnisleistung zu beobachten ist. Die letztgenannten Autoren brachten außerdem den Umstand zur Darstellung, daß die Beeinträchtigung der Fähigkeit neues Material zu erinnern, eher nur für ältere Alkoholiker besteht. Es ließ sich feststellen, daß Alkoholiker, die älter als 50 Jahre waren, zunächst ein ähnliches Gedächtnisleistungsdefizit zeigten wie K o r s a k o w - Patienten. Ihre Leistung steigerte sich jedoch im Gegensatz zu der der K o r s a k o w - Patienten innerhalb eines Monats in beträchtlicher Weise. Aus diesen Ergebnissen formulierten die Autoren eine Hypothese, daß möglicherweise Alkohol das alternde, psychologisch bereits be-

einträchtigte Gehirn, stärker beeinträchtigt als das junge Gehirn.

Diesen Aussagen widersprüchliche Ergebnisse bringt die bereits erwähnte Untersuchung von Carlsson und Ma. aus dem Jahre 1973.

3. Eigene Problemstellung und Hypothesen.

Aufgrund der klinischen Erfahrung und des Überblicks über die Literatur, die bisher zur Frage der Störung der Gedächtnisleistung von Alkoholikern erstellt wurde, wollen wir folgende Hypothesen formulieren:

- 1. Hypothese: bei definierten Alkoholkranken ist zu erwarten, daß zunächst eine Beeinträchtigung der Gedächtnisleistungen experimentell festzustellen ist, die in besonderer Weise das Kurzzeitgedächtnis betrifft, aber auch das Langzeitgedächtnis beeinflußt.
- 2. Hypothese: wenn im Sinne R y b a c k's anzunehmen ist, daß die Störung der Gedächtnisleistung Alkoholkranker einen kontinuierlichen Prozeß darstellt, ist anzunehmen, daß Patienten, die anamnestisch bereits alkoholische Amnesien aufweisen, eine stärkere Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung "auf dem Weg zum Korsakow" zu erwarten wäre.
- 3. Hypothese: ältere Patienten, bzw. solche mit langer Dauer des Alkoholismus, müßten ebenfalls eine stärkere Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung erkennen lassen.
- 4. Hypothese: eine Restitution müßte innerhalb der ersten vier Wochen der Abstinenz feststellbar sein.

Versuchspersonen

Unser Patientengut bestand aus 18 männlichen Alkoholkranken unserer Institution. Das Durchschnittsalter betrug 36,94 Jahre. Selektionskriterien für die Stichprobe waren organisches Psychosyndrom, sowie ein IQ über 80. Der Untersuchungsbeginn wurde mit 10 Tagen nach Erreichung der Abstinenz festgesetzt. Von unserer Stichprobe wurden aufgrund der Exploration 9 Patienten als Trinker vom Gamma-Typ, 4 als Delta-Trinker und 5 als Mischtyp eingestuft.

Die Dauer des pathologischen Trinkens betrug bei 9 Patienten weniger als 10 Jahre, bei 9 mehr als 10 Jahre. Bei 11 unserer 18 Probanden wurden anamnestisch Amnesien festgestellt, die in den meisten Fällen innerhalb des der Aufnahme vorangehenden Jahres aufgetreten waren, in einem Fall dauerte sie bereits 10 Jahre und in einem Fall sogar länger als 10 Jahre. Versuchspersonen, bei denen anamnestisch eine cerebrale Schädigung erhoben werden konnte, etwa auf der Basis eines Schädelhirntraumas, wurden nicht in die Untersuchung aufgenommen, um die Einflüsse der chronischen Einnahme von Alkohol auf die hirnorganische Situation abgrenzen zu können.

Versuchsmaterial

Drei unterschiedliche Serien von je 10 sinnlosen Silben (bestehend aus jeweils einer Konsonant - Vokal - Konsonant - Kombination) gelangten zur Anwendung. Diese wurden in der Voruntersuchung genauestens auf ihren Schwierigkeitsgrad untersucht, um eine gleiche Trefferwahrscheinlichkeit zu garantieren. Um die eher spezifische Gedächtnisleistung mit sinnlosem verbalem Material zu validieren und um eine breitere Vergleichsbasis mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet zu schaffen, wurden grundsätzlich folgende standardisierte Testverfahren angewendet:

- Der IST nach Aintauer - zur Messung langfristigen Behaltens - bzw. der Fähigkeit, gelernte Wörter reproduzieren zu können.
- Der Benton - Test, als Maß für die visuelle Lern- und Merkfähigkeit, sowie für das Reproduzieren optisch gebotenen Materials aus dem Kurzzeitspeicher. Die Normwerte für unsere Ergebnisse wurden der Untersuchung von K e r e k j a r t o, 1961, entnommen.
- Weiters wurde der Subtest Zahlennachsprechen nach W e c h s l e r (HAWIE) vorgegeben. Als Auswahlkriterien dienten folgende Überlegungen:
 - 1. Dieser Subtest reagiert ebenso wie der Benton-Test sensibel auf organische Beeinträchtigung.
 - 2. Da mit diesem Test Kurzzeitgedächtnis mit Zahlenmaterial geprüft wird und somit über das Erfassen von sinnlosem verbalem Material hinaus - die Funktionsfähigkeit des Kurzzeitgedächtnisses mit einer weiteren Dimension erfaßt wird.

Experimentelle Durchführung

Nach Absetzen der Erstmedikation (ca. 5 Tage) mit Neprobamat erfolgte eine medikamentenfreie Periode von 5 Tagen, um die Auswirkung der Medikation auf die Testleistung der ersten Untersuchung auszuschalten. Nach der Vorgabe des Intelligenztests mußten die Versuchspersonen Silbenreihe A (10 Silben) nach der Treffermethode (wiederholte Vorgabe bis zur 100%igen Reproduktions- bzw. Nichterreichen des Kriteriums; - Testabbruch nach dem 20. Durchgang) erlernen. Die Silben wurden mittels eines Tachistoskops 2¹/₂ sec. Projektierungszeit bei 0,2 sec. Pause dargeboten. Unmittelbar nach der Darbietung der 10 sinnlosen Silben wurden die Patienten aufgefordert, die noch erinnerten Silben niederzuschreiben. Anschließend wurden die obenbeschriebenen Testbefunde erhoben. Nach einer 10-tägigen medikamentenfreien Periode wurde der Versuch wiederholt. Zunächst wurden die Versuchspersonen aufgefordert, die von der Erstuntersuchung noch erinnerbaren Silben frei zu reproduzieren ("Langzeitgedächtnis"). Es folgte anschließend das Wiedererlernen

der Silbenreihe A bis zur 100 %igen Reproduktion (bzw. Abbruch nach dem 20. Durchgang), um daraus den Ersparnisgradienten ermitteln zu können. Danach wurde die Silbenreihe B (Neuerlernen) ebenfalls bis zur 100 %igen richtigen Reproduktion vorgegeben. Der dritte experimentelle Durchgang erfolgte nach weiteren 10 medikamentenfreien Tagen.

Folgende Werte wurden erhoben :

Langzeitgedächtnis der Silbenreihe A und B, Ersparnisgradient beim Wiedererlernen der Silben A und B, sowie Neuerlernen der Silbenreihe D. Zusätzlich wurde für jede Versuchsperson der Perseverationsquotient pro Testvorgabe erfaßt.

Außerdem erfolgte eine Wiederholung der psychologischen Testuntersuchung mit Paralleltests der oben beschriebenen Verfahren.

Auswertung und Ergebnisse :

Bei den herkömmlichen Tests gelangte der T-Test als parametrisches Verfahren zur Anwendung, da bei diesem Verfahren die Normalverteilung angenommen werden kann. Für die Gedächtnisuntersuchung mit sinnlosen Silben kann eine Normalverteilung nicht angenommen werden, daher mußten nichtparametrische Verfahren verwendet werden : Rangkorrelation, U-Test, Vorzeichentest. Für die experimentelle Untersuchung des Lernens von sinnlosen Silben ergaben sich folgende Werte in den Vorzeichentests :

Tabelle I

I. Neuerlernen der Silbenreihe A, B, D

1. Durchgang = Neuerlernen der Silben A
2. Durchgang = Neuerlernen der Silben B
3. Durchgang = Neuerlernen der Silben D

	A/B	B/D	A/D
p Wert	0,018 s.1%	0,011 s.1%	0,000122 s.1%
Median	MA = 14	MB = 9	MD = 6

II. Wiedererlernen der Silbenreihe A, B.

2. Durchgang = Wiedererlernen der Silbenreihe A
3. Durchgang = Wiedererlernen der Silbenreihe A
+ Wiedererlernen der Silbenreihe B

		A	B
p Wert	1/2	0,00025 s.1%	—
	2/3	0,01123 s.1%	0,000015 s.1%
	1/3	0,000015 s.1%	—

Somit können folgende Ergebnisse festgestellt werden : Für den Faktor Neuerlernen ergab sich eine signifikante Verbesserung der Lernleistung von der 1. auf die 2. Testuntersuchung bei einem Testabstand von jeweils 10 Tagen. Der Vorzeichentest ergab eine Wahrscheinlichkeit von $p = 0,018$. Auch von der 2. auf die 3. Untersuchung konnte eine signifikante Verbesserung auf dem 1 % - Niveau festgestellt werden ($p = 0,011$). Ein Vergleich der Anzahl der benötigten Durchgänge bis zum 100 %igen Erlernen der 1. Testuntersuchung mit der 3. Testuntersuchung, bei einer Zeitspanne von 20 Tagen, konnte einen deutlichen Anstieg der Lernkapazität aufzeigen ($p = 0,00012$). Im Faktor Wiedererlernen der einzelnen Silbengruppen konnte ebenfalls durchgehend, wie man ersehen kann, eine signifikante Verbesserung innerhalb der einzelnen Testuntersuchungen ermittelt werden. So wurde für das Wiedererlernen der Silbengruppe A im Vorzeichentest ein Wert von $p = 0,00025$ errechnet, der einer hochsignifikanten Verbesserung der Lernleistung von der 1. auf die 2. Testdarbietung entspricht. Ebenso bedeutet der Wert von $p = 0,0112$ ein signifikant schnelleres Erlernen der dargebotenen Silben von der 2. auf die 3. Testdurchführung. Ein Vergleich der Anzahl der benötigten Silbendarbietungen bis zum 100 %igen Wiedererlernen von der 1. zur 3. Testuntersuchung in der Silbenreihe A, konnte ebenfalls eine hochsignifikante Steigerung der Gedächtnisleistung aufzeigen ($p = 0,000015$). Dieselbe Aussage kann für die Silbenreihe B getroffen werden. Auch hier konnten signifikante Verbesserungen der Lernleistungskapazität nachgewiesen werden ($p = 0,000015$).

Im Faktor "Langzeitgedächtnis" (freies Reproduzieren der noch erinnerbaren Silben) konnte sowohl in allen 3 Testuntersuchungen, als auch in den beiden Silbengruppen A und B kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Tabelle II

Langzeitgedächtnis

2. Durchgang = freies Reproduzieren der Silbenreihe A
3. Durchgang = freies Reproduzieren der Silbenreihe A
+ freies Reproduzieren der Silbenreihe B

		2/3	3/3
p Wert	A/B	0,21 n.s.	0,5 n.s.
	A/A	0,5 n.s.	—

Für die Testuntersuchung ergaben sich folgende Werte :

Tabelle III

Mittelwertsunterschiede zwischen I. Untersuchung (10-tägige Abstinenz) und III. Untersuchung (30-tägige Abstinenz)

IST I	$\bar{x} = 102,78$	$s = 11,06$	$t = 2,321 > 2,131$ s.5%
IST II	$\bar{x} = 104,06$	$s = 12,94$	
Benton Σ Fehler I	$\bar{x} = 4,28$	$s = 3,23$	$t = 1,101 < 2,120$ n.s.
Benton Σ Fehler II	$\bar{x} = 3,17$	$s = 2,90$	
Benton - Anzahl d. richtigen I	$\bar{x} = 7,44$	$s = 1,15$	$t = 1,85 < 2,120$ n.s.
Benton - Anzahl d. richtigen II	$\bar{x} = 7,61$	$s = 1,85$	
Zahlennachsprechen I	$\bar{x} = 9,22$	$s = 2,02$	$t = 0,925 < 2,120$ n.s.
Zahlennachsprechen II	$\bar{x} = 9,50$	$s = 2,20$	

Im Subtest "Merkfähigkeit" ergab sich zwischen der 1. und 2. Untersuchung bei einem t-Wert von 2,321 ein signifikanter Unterschied auf dem 5% - Niveau. Nach 20 Tagen zeigte unsere Versuchsgruppe eine signifikante Verbesserung im Bereich des verbalen Merks. Bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse der 1. und 2. Untersuchung in den übrigen herkömmlichen Testverfahren, konnte kein signifikantes Ergebnis gefunden werden, wobei jedoch gesagt werden muß, daß außer im Bentontest I sich unsere Versuchsgruppe in keinem der Testverfahren, weder in der 1. noch in der 2. Untersuchung, signifikant von der Normpopulation unterschied. Nach Inbeziehungsetzung unserer Testdaten ergaben sich folgende Korrelationswerte :

Tabelle IV

Korrelation zwischen	R	
MWT / Neuerlernen I	0,26	n.s.
Zahlennachsprechen V. I/ Neuerlernen I (Wechsler)	0,43	s. 5%
Zahlennachsprechen R. I/ Neuerlernen I	0,80	s. 1%
IST I / Neuerlernen I	0,54	s. 5%
IST II / Neuerlernen II	0,35	n.s.
Erinnerte Silben / IST I (A II)	0,34	n.s.
Erinnerte Silben / IST II (A III)	0,10	n.s.
Erinnerte Silben / IST II (B III)	0,01	n.s.
Summe der Fehler/ Benton I / Neuerlernen I	- 0,25	n.s.
Anzahl der richtigen / Benton I / Neuerlernen I	- 0,02	n.s.
Erinnerte Silben / Neuerlernen II (A II)	0,65	s. 1%

Wie aus Tabelle IV ersichtlich ist, ergibt sich eine sehr signifikante Korrelation zwischen Zahlennachsprechen und dem Neuerlernen. Die Korrelation beträgt 0,80 und ist auf dem 1 % - Niveau signifikant. Ebenso erwähnenswert ist eine signifikante Korrelation der Merkfähigkeit im IST I mit dem Neuerlernen der 1. Untersuchung ($R = 0,54$, $T =$).

Um ermitteln zu können, inwieweit, bzw. in welche Richtung die beiden Variablen
 – Dauer des pathologischen Trinkens, sowie
 – das frühere Auftreten von Amnesien

die Gedächtnisleistung beeinflussen, wurden die Probanden zusätzlich in folgende Gruppen aufgeschlüsselt:

1. Nach der Dauer des pathologischen Trinkens (mehr – weniger als 10 Jahre)
2. Nach der Dauer der anamnestischen Amnesie.

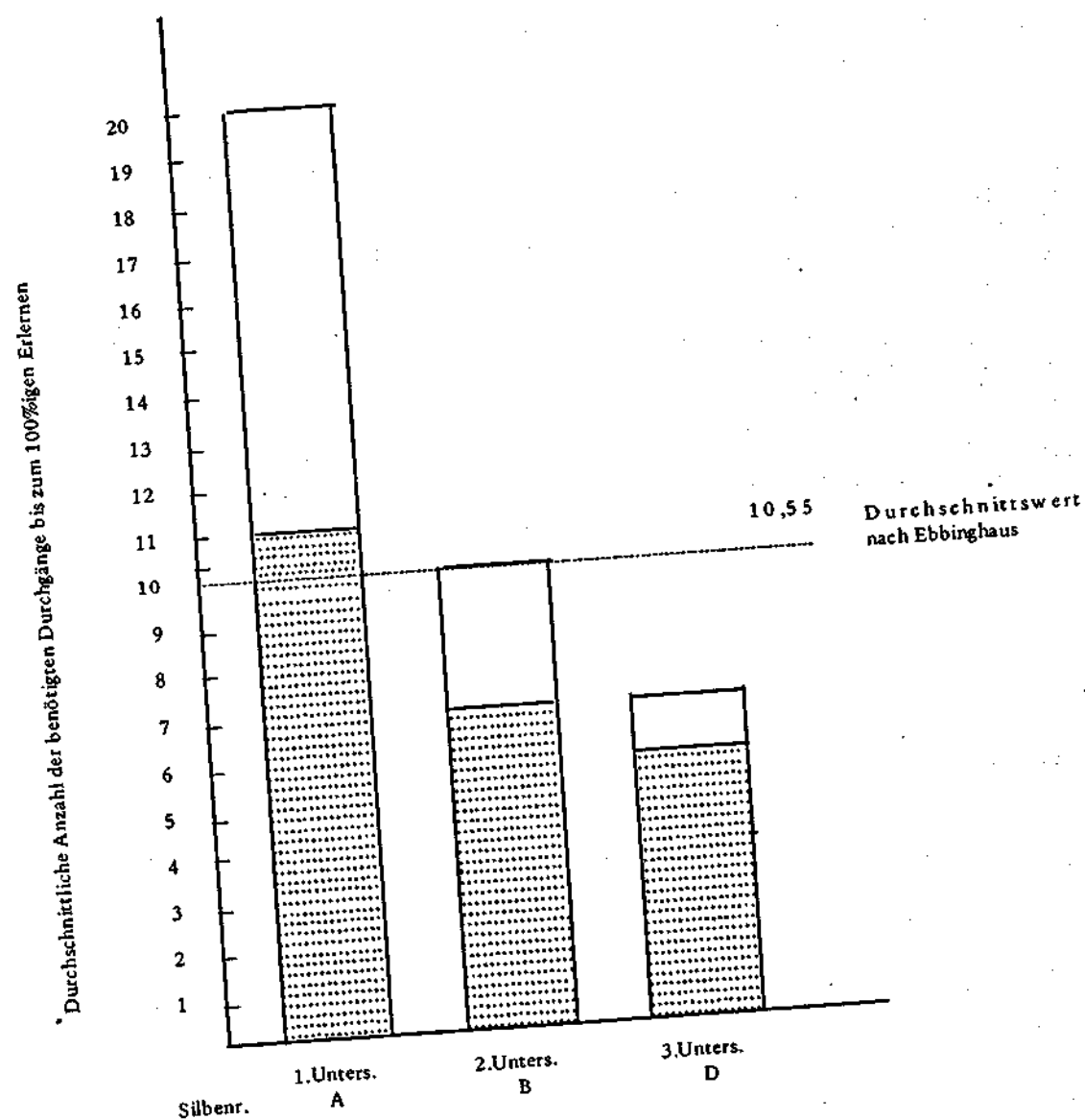
Ein Vergleich dieser Gruppen gibt folgende Daten :

Tabelle V

Vergleich der Gruppen mit weniger und mehr als 10-jähriger Trinkdauer

p - Werte	Neuerlernen der Silbenreihe A, B, D		Perseveration
	A	0,0023 s. 1 %	0,00048 s.1%
	B	0,019 s. 5 %	0,054 n.s.
	D	0,08 n.s.	0,15 n.s.

Mediane (Neuerlernen)	Gruppe mit mehr als 10 jähriger Trinkdauer		Gruppe mit weniger als 10 jähriger Trinkdauer
	A	20	11
	B	10	7
	D	7	5,5



Legende :

- Gruppe mit mehr als 10-jähriger Trinkdauer
- Gruppe mit weniger als 10-jähriger Trinkdauer

Signifikante Unterschiede ergaben sich, wie aus den Tabellen zu ersehen ist, innerhalb des Gruppenvergleichs aufgrund der Trinkdauer darin, daß bei der ersten Untersuchung die Gruppe mit längerer Dauer des pathologischen Trinkens signifikant schlechter die dargebotenen Silben erlernen konnte. Ebenso lag der Perseverationsquotient dieser Gruppe signifikant höher.

Wesentlich geringer (5% Signifikanzniveau) unterschieden sich die Testleistungen der beiden Gruppen im Neuerlernen jedoch bei der zweiten Untersuchung, die mit einem Zeitabstand von 10 Tagen erfolgte. Bei der Drittuntersuchung (20 Tage nach der Erstuntersuchung) konnte kein signifikanter Unterschied mehr im Neuerlernen des Silbenmaterials festgestellt werden. Die Probanden mit mehr als 10-jährigem pathologischem Trinken erbrachten keine wesentlich schlechtere Testleistung als die Probanden mit kürzerer Trinkdauer.

Bei genauerer Betrachtung dieser Daten, ergibt sich folgendes, interessantes Phänomen: Die Restitution der Gedächtnisleistung weist in der Dimension "Erlernen neuen Materials" einen stufenweisen Verlauf auf. Die beiden Gruppen unterscheiden sich in der Ausgangsleistung (1. Testvorgabe) sehr signifikant voneinander, wobei die Gruppe mit mehr als 10-jähriger Trinkdauer überdurchschnittlich schlechte Leistungen erbringt. Bereits nach 10 Tagen weiterer Abstinenz konnten bei der Gruppe mit mehr

als 10-jähriger Trinkdauer Testergebnisse erzielt werden, die durchaus der Norm entsprachen. Der Unterschied zur Gruppe mit weniger als 10 Jahren pathologischen Trinkens war nur auf dem 5%-Niveau signifikant. Nach weiteren 10 Tagen konnte kein Unterschied in der Testleistung zwischen den beiden Gruppen nachgewiesen werden. Beide Gruppen wiesen im Neuerlernen von sinnlosem Silbenmaterial gute Testleistungen auf, wobei die Gruppe mit mehr als 10-jährigem pathologischem Alkoholkonsum geringfügig schlechter abschnitt.

Ein anderer Verlauf zeichnete sich hingegen in der Perseverationstendenz ab:

Wurde bei der Erstuntersuchung ein signifikant höherer Perseverationsquotient bei der Gruppe mit mehr als 10-jähriger Trinkdauer festgestellt, so konnte dieses Ergebnis bereits bei der Zweituntersuchung nicht mehr vorgefunden werden. Auch in der Drittuntersuchung (20 Tage nach der Erstuntersuchung) wurde kein signifikanter Unterschied im Gruppenvergleich, im Bezug auf die Dauer des pathologischen Trinkens, festgestellt.

Bei den Untersuchungen mittels herkömmlicher Testverfahren ergab sich lediglich ein signifikanter Unterschied im Zahlennachsprechen, wobei abermals die Gruppe mit mehr als 10-jähriger Trinkdauer signifikant schlechter abschnitt. Die Ergebnisse sind in Tabelle VI dargestellt.

Tabelle VI

Mittelwertsunterschiede der Gruppen mit weniger und mehr als 10-jähriger Trinkdauer

	I. Untersuchung	II. Untersuchung
IST > 10	$\bar{x} = 105,44$ s = 11,26	$\bar{x} = 107,00$ s = 14,55
IST < 10	$\bar{x} = 100,11$ s = 10,83	$\bar{x} = 101,11$ s = 11,15
	t = 1,33 n.s.	t = 0,87 n.s.
Benton Σ Fehler > 10	$\bar{x} = 4,22$ s = 1,92	$\bar{x} = 3,33$ s = 2,29
Benton Σ Fehler < 10	$\bar{x} = 3,22$ s = 1,72	$\bar{x} = 3,00$ s = 3,54
	t = 1,18 n.s.	t = 0,23 n.s.
Benton Anz.d.r. > 10	$\bar{x} = 7,00$ s = 1,00	$\bar{x} = 7,33$ s = 1,80
Benton Anz.d.r. < 10	$\bar{x} = 7,88$ s = 1,17	$\bar{x} = 7,89$ s = 1,96
	t = 1,74 n.s.	t = -0,63 n.s.
Zahlennachspr. > 10	$\bar{x} = 10,22$ s = 1,64	$\bar{x} = 10,00$ s = 2,00
Zahlennachspr. < 10	$\bar{x} = 8,22$ s = 1,92	$\bar{x} = 9,00$ s = 2,40
	t = 2,35 s.5%	t = 0,96 n.s.

Tabelle VII gibt die Ergebnisse dieses Gruppenvergleichs wieder :

Tabelle VII

Vergleich der Gruppen mit und ohne anamnestischer Amnesien

		Neuerlernen der Silbenreihe A, B, D	Perseveration
p-Werte	A	0,18 n.s.	0,39 n.s.
	B	0,278 n.s.	0,341 n.s.
	D	0,063 n.s.	0,15 n.s.

		Gruppe mit Amnesien	Gruppe ohne Amnesien
Mediane (Neuerlernen)	A	14	17,50
	B	9	10
	D	5	7,5

Tabelle VIII

Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Amnesien

	I. Untersuchung	II. Untersuchung
IST m.A.	$\bar{x} = 105,18$ $s = 13,08$ $t = 1,37$ n.s.	$\bar{x} = 107,73$ $s = 14,17$ $t = 1,75$ n.s.
IST o.A.	$\bar{x} = 99,00$ $s = 5,86$	$\bar{x} = 98,29$ $s = 8,71$
Benton Σ Fehler m.A.	$\bar{x} = 3,64$ $s = 1,75$ $t = -0,26$ n.s.	$\bar{x} = 3,55$ $s = 2,25$ $t = 0,43$ n.s.
Benton Σ Fehler o.A.	$\bar{x} = 3,86$ $s = 2,16$	$\bar{x} = 2,87$ $s = 3,87$
Benton Anz.d.r. m.A.	$\bar{x} = 7,36$ $s = 0,92$ $t = 0,12$ n.s.	$\bar{x} = 7,45$ $s = 1,69$ $t = -0,75$ n.s.
Benton Anz.d.r. o.A.	$\bar{x} = 7,29$ $s = 1,16$	$\bar{x} = 8,14$ $s = 2,04$
Zahlennachspr.m.A.	$\bar{x} = 9,55$ $s = 1,75$ $t = 1,19$ n.s.	$\bar{x} = 10,00$ $s = 1,73$ $t = 1,10$ n.s.
Zahlennachspr.o.A.	$\bar{x} = 8,43$ $s = 2,07$	$\bar{x} = 8,71$ $s = 2,75$

Diskussion

Zunächst können wir sagen, daß unsere Ausgangshypothese, die besagte, daß zu erwarten wäre, daß definierte Alkoholranke bei experimenteller Untersuchung ihrer Gedächtnisfunktionen eine Beeinträchtigung erkennen lassen würden, nicht voll bestätigt werden konnte.

Die Untersuchung mittels herkömmlicher Testmethoden ergab lediglich für die erste Vorgabe des Benton-Tests eine signifikante Abweichung von den von uns herangezogenen Erwartungswerten in die erwartete Richtung.

Für unsere Erkenntnisse aus der Untersuchung mittels der Vorgabe sinnlosen Silbenmaterials liegen für die Verlaufsuntersuchung keine an einer vergleichbaren Kontrollgruppe erhobenen Richtwerte vor. Es scheint uns jedoch möglich sie mit den in frühen klassischen Untersuchungen gewonnenen Werten zu vergleichen. Führt man den Vergleich in diesem Sinn anhand der von *Ebbinghaus* erhobenen Werten durch, können wir feststellen, daß der Durchschnittswert unserer Gesamtstichprobe bei der ersten Vorgabe sinnloser Silben mit 14 bis zur fehlerfreien Reproduktion benötigten Durchgänge noch deutlich über dem von *Ebbinghaus* angegebenen Durchschnittswert von 10,5 Durchgängen liegt.

Bei den weiteren Untersuchungen ist keine Abweichung von diesen alten Richtwerten in die erwartete Richtung mehr zu erheben. Ganz im Gegenteil lag der Durchschnittswert der Gesamtstichprobe bereits bei der zweiten Untersuchung, die am 20. Tag der Abstinenz der Patienten durchgeführt worden war, mit 9 benötigten Durchgängen etwas unter dem Erwartungswert, bei der dritten Untersuchung mit 6 benötigten Durchgängen weit unter dem Erwartungswert, der aus der von *Ebbinghaus* erstellten Lernkurve hervorgeht.

Auch ein Vergleich der Vergessenskurve nach *Ebbinghaus* mit den von uns erhobenen Ergebnissen weist darauf hin, daß unsere Probanden in der Dimension "Lernen von sinnlosen Silben" im Normbereich angesiedelt sind. Von *Ebbinghaus* wird für 10 Tage eine Lernersparnis von 23% angegeben. In unserer Untersuchung ergibt sich nun ein aus dem Wiedererlernen der Silbenreihe A und B sowohl im 2. wie auch 3. Testdurchgang gemittelt Ergebnis von 28% Ersparnis. Zusätzlich wurde die Variable "freies Reproduzieren" der vor 10 Tagen 100 % ig gelernten Silben mit den von *Ebbinghaus* angegebenen Werten verglichen. Auch dieser Vergleich erbringt ein für unsere Probanden günstiges Resultat. Sie konnten im Durchschnitt 50 % der gelernten Silben frei reproduzieren, während *Ebbinghaus* angab, daß nach 10 Tagen nur mehr etwa 30 % frei aus dem Gedächtnis reproduzierbar seien. Wir müssen noch anführen, daß sich auch der oben beschriebene Sachverhalt, daß im Durchschnitt bei der Erstuntersuchung 14 Durchgänge bis zum fehlerfreien Reproduzieren der 10 sinnlosen Silben benötigt wurden, verändert, wenn man die Patienten im Sinne unserer dritten Hypothese aufschlüsselt. Es zeigt sich nämlich dann, daß der relativ hohe Mittelwert auf das schlechte Abschneiden der Gruppe zurückzuführen ist, die sich aus Patienten zusammensetzt, bei denen ein pathologisches Trinkverhalten bereits seit mehr als 10 Jahren besteht. Die Patienten die kürzer pathologisch

tranken liegen mit ihrem Durchschnittswert von 11 nur grenzwertig über dem Erwartungswert nach *Ebbinghaus*.

Unsere 2. Hypothese, daß Patienten, die bereits anamnestic Anzeichen von alkoholischer Beeinträchtigung ihres Gedächtnisses erkennen hatten lassen, bei der Untersuchung schlechtere Ergebnisse erwarten ließen, konnte nicht bestätigt werden.

Die 3. Hypothese, die besagte, daß die Dauer des pathologischen Trinkens Einfluß auf das Untersuchungsergebnis in Richtung einer deutlicheren Beeinträchtigung haben würde, wurde bestätigt.

Die Erstuntersuchung mittels der Darbietung sinnlosen Silbenmaterials erbrachte einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen mit verschieden langer Alkoholismusanamnese in die erwartete Richtung, in Bezug auf die Fähigkeit des Neuerlernens. (Kurzzeitgedächtnis). Ebenso ließ sich in der Gruppe mit längerer Alkoholismusanamnese eine signifikant erhöhte Perseverationstendenz nachweisen. Dem Faktor der Dauer des Alkoholismus ist demgemäß eine akut nachwirkende Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung zuzuordnen.

Bei der Untersuchung mittels herkömmlicher Testmethoden ergab sich aus dem Vergleich der nach Dauer des Alkoholismus gegliederten Gruppen nur in einem Test ein signifikanter Unterschied in die erwartete Richtung, dem Subtest "Zahlennachsprechen" des HAWIE. Dieses Ergebnis ist für uns interessant, da, wie wir eingangs bereits darstellten, zwischen diesem Subtest und dem Neuerlernen sinnloser Silben eine hohe positive Korrelation besteht. Interessant ist auch, daß der Benton-Test keine Trennung ergab. Dieser Test, der allgemein als gut geeignet für die Abgrenzung hirneorganischer Syndrome gilt, war zwar der einzige, der bei der Testung mittels gebräuchlicher Methoden bei der Erstuntersuchung für die Gesamtgruppe eine Abweichung markierte, versagte jedoch bei der Abgrenzung der stärker Beeinträchtigten in unserer Population. Dieser Umstand schränkt für unsere Untersuchung seine Aussagekraft ein.

Ließ sich also unsere 3. Hypothese bestätigen, so müssen wir zusätzlich bemerken, daß die Restitution nicht von der Dauer des Bestehens der Alkoholkrankheit abhängig war. Dies leitet uns über zur

4. Hypothese, die ebenfalls bestätigt werden konnte.

Innerhalb eines Zeitraumes von 3 Wochen, das heißt 4 Wochen ab dem Einsetzen der Alkoholabstinenz, ließen alle Patienten im Durchschnitt eine deutliche Verbesserung ihrer Gedächtnisleistung erkennen. Besonders bemerkenswert ist es, daß innerhalb dieses Zeitraumes kein Unterschied zwischen den Gruppen mit verschieden langer Alkoholismusedauer in Hinblick auf die Funktion des Kurzzeitgedächtnisses und der Perseverationsneigung mehr zu finden war. Dafür können spekulativ zwei Ursachen verantwortlich gemacht werden:

– Bei der Gruppe mit längerer Dauer des Alkoholismus besteht eine erhöhte Restitutionstendenz.

– Die guten Ausgangsleistungen, die allgemein erhoben werden konnten, machten es für die Probanden, die nicht bei der Erstuntersuchung deutliche Defizite erkennen ließen, schwer, ihre Leistung in dem Ausmaß zu steigern, wie die zunächst defiziente Probandengruppe.

Von Restitution wäre also überhaupt nur bei letzterer zu sprechen; bei dieser wäre sie allerdings innerhalb der ersten 30 Tage der Abstinenz deutlich zu erkennen und führt bei den von uns untersuchten Probanden zu einem faktisch normalen Leistungsniveau. Bei diesen Untersuchten wäre dementsprechend nicht zu erwarten, daß sie eine bleibende Schädigung der Gedächtnisleistungen entwickeln würden. Damit unterstützen unsere Ergebnisse Aussagen von Autoren wie *Templer und Ma., 1975*, die meinen, daß es nicht gerechtfertigt wäre einen Standpunkt einzunehmen und aufrechtzuerhalten, daß der "typische" Alkoholiker an bleibenden hirnganischen Schäden zu leiden habe. Interessanterweise weisen diese Autoren darauf hin, daß die in anderen Untersuchungen beschriebenen schlechten Leistungen in psychometrischen Erhebungen auf den Umstand zurückzuführen sein dürften, daß die Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung kürzer als zwei Wochen abstinent gewesen sein könnten. Sie vertreten ihr Meinung aufgrund einer Untersuchung an bereits mehrjährig abstinenten Alkoholikern.

Unsere Untersuchungsergebnisse stehen auch in Einklang mit den Ergebnissen von Autoren wie *Weingartner, 1971*, *Allen und Ma., 1971*, *Cermak und Ryback, 1976*, wie auch *Demel und Kryspin-Exner, 1975*. Von vor allem den letztgenannten Autoren unterscheidet sich unser Ergebnis jedoch dadurch, daß diese finden konnten, daß trotz Besserung in der entsprechenden Zeitperiode der Abstinenz keine normale Leistung erreicht wurde, während wir an unseren Patienten von der 2. Testvorgabe an durchaus normale Leistungen erheben konnten.

Diese Bemerkung führt uns zur Darstellung und Diskussion der Ergebnisse von Autoren, die auch über den von uns beobachteten Zeitraum der Abstinenz hinaus signifikant schlechtere Leistungen an ihren Probanden erheben konnten, also vor allem der Ergebnisse von *Claeson und Carlsson, 1970*, sowie von *Carlsson, Claeson und Pettersson, 1973*. Methodisch sind die Untersuchungen dieser Autoren mit unserer Arbeit insofern vergleichbar, als diese ebenfalls den Benton-Test als Instrument für die Erfassung der visuellen Merkfähigkeit einsetzen. Das unterschiedliche Ergebnis könnte eine Folge davon sein, daß nach den Angaben der Autoren eine bestimmte Anzahl der Probanden zum Zeitpunkt der Untersuchung auf zentralwirksame Substanzen eingestellt war. Die Autoren selbst meinen zwar, daß die eingesetzten Dosierungen kaum beeinträchtigend gewirkt haben könnten, jedoch scheinen uns die angeführten Dosierungen von z.B. höchstens 150 mg Amitriptylin/die doch ausreichend für eine Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung.

Auch *Hoy, 1973*, kritisiert die Ergebnisse von *Carlsson und Claeson*. Er vertritt den Standpunkt, daß diese Autoren ihre Ergebnisse aufgrund bestimmter Auswertungstechniken gefunden hätten, die mit seinen nicht vergleichbar wären.

Andere Autoren, die mittels des Benton-Tests Anzeichen einer bleibenden organischen cerebralen Schädigung fanden, sind *Boeke, 1970*, sowie *Brewer und Perrett, 1971*. Eine Revision der Ergebnisse von *Boeke* erbringt einen für uns schwer interpretierbaren Sachverhalt. *Boeke* stellt seine Ergebnisse dar: Die von ihm untersuchten Probanden lagen, was die Anzahl der

richtigen Reproduktionen betraf 1,38 Punkte unter, was die Anzahl der Fehler betraf 2,35 Punkte über dem Erwartungswert. Dieses Ergebnis entsprach der Erstuntersuchung, änderte sich aber auch bei einer Kontrolle nach 3 Monaten nicht in signifikanter Weise. Die Erstuntersuchung wurde nach 10 Tagen stationärer Behandlung durchgeführt. *Boeke* interpretiert dieses Ergebnis, unter Berufung auf *Benton* als Bestätigung für das Vorliegen einer organischen Beeinträchtigung. Ein Vergleich mit den von *Benton (1961)* angegebenen Normwerten zeigt jedoch, daß die Resultate *Boeke's* durchaus im Normbereich angesiedelt sind und dementsprechend eine "Restitution" nicht zu erwarten ist.

Die Untersuchung von *Brewer und Perrett* ist schwer zu revidieren, da keine Maßzahlen angeführt werden, sondern lediglich eine von den Autoren entworfene Graduierung als Basis der Interpretation vorgestellt wird und außerdem die Probanden eine röntgenologisch erwiesene Hirnatrophie aufwiesen, wobei der Untersuchung keine Angabe darüber zu entnehmen ist, ob anamnestisch SHT vorlagen, oder eine andere cerebrale Erkrankung bestanden hatte. Die Selektion war danach durchgeführt worden, daß die Untersucher den "Eindruck hatten, der Patient habe in einer Weise getrunken, die es nahelegte, daß er einen alkoholischen Hirnschaden haben könnte." Andererseits wurden "mit einer Ausnahme Patienten mit klinisch offensichtlichem Hirnschaden ausgeschlossen, da es unsinnig gewesen wäre, diese zu untersuchen."

Grünberger, 1977, vergleicht Alkoholiker, die 4 Wochen abstinent waren, mit solchen, die bereits ein Jahr ohne Konsumation von Alkohol gelebt hatten und findet, daß die Erstgenannten in verschiedenen der von ihm erhobenen psychometrischen Parameter eine bessere Leistung erbringen. Dieses Ergebnis kann ebenfalls als Stütze unserer Erkenntnisse dienen. Wir würden uns einer Interpretation, daß die kurzfristig Abstinenten sich im Lauf der Abstinenz verschlechtern und dem Niveau der länger Abstinenten anglichen nicht anschließen, sondern eher meinen, daß das Ergebnis eine Folge der Inhomogenität der mit dem Etikett "Alkoholismus" versehenen Patientenpopulation darstellt. Wir wollen auch die tentative Interpretation *Grünberger's*, daß die bessere Leistung kurzfristig Abstinenter eventuell dadurch bedingt sei, daß ein "leistungsfördernder Effekt" des Alkohols nachhinke, nicht teilen. Diese Annahme wird dadurch widerlegt, daß ja im Verlauf der Zeit der Abstinenz eine deutliche Verbesserung der Leistung erkennbar ist. Ein nachwirkender Effekt hingegen müßte ja mit der Zeit ab- und nicht zunehmen und dies wohl besonders in der ersten Zeit der Abstinenz. Uns erscheint eher die Aussage berechtigt, die, wie wir dargestellt haben, auch aus den Ergebnissen anderer Autoren hervorgeht, daß innerhalb der allgemeinen Abstinenzproblematik in der akuten Phase der Entziehung auch mentale Parameter betroffen sind, die jedoch mit Abklingen der allgemeinen Abstinenzsymptome ebenfalls rasch restituieren.

Drei Aspekte imponieren in unserer Untersuchung in bedeutender Weise.

1. Die Restitution Alkoholkranker in Bezug auf ihre Gedächtnisleistung scheint relativ rasch zu erfolgen und kann innerhalb einer Abstinenz von 4 Wochen

durchaus ein normales Niveau erreichen. Diese Aussage kann sich natürlich nur auf die von uns erhobenen Parameter beziehen und es ist fraglich, ob eine Untersuchung, die andere komplexere mentale Funktionen mißt, eine ebenso rasche und gründliche Restitution erfassen würde. Wir denken dabei insbesondere an eine Messung der adaptativen Fähigkeiten, der abstraktiven Fähigkeiten und des Konzeptbildungsvermögens. Allerdings scheint es nach unseren Ergebnissen nicht möglich, diese eventuell erheblichen Schädigungen auf eine faßbare hirnrnorganische Beeinträchtigung zurückzuführen. Dies führt zum zweiten Aspekt.

2. Nach der klinischen Diagnostik imponierten 80 % der von uns untersuchten Fälle als mit einer "Hirnleistungsschwäche" oder einem "organischen Psychosyndrom" behaftet. Diese Diagnose konnte mittels unserer Untersuchung nicht bestätigt werden. Die rasche Restitution zum Durchschnittsniveau spricht gegen das Vorliegen einer bleibenden cerebralen Dysfunktion, wie sie das organische Psychosyndrom ja charakterisieren müßte. Zur Diagnose dürften andere Phänomene, die an den Patienten beobachtbar waren, als Kriterien eingesetzt worden sein, vor allem wahrscheinlich Störfaktoren aus dem sozialen Gefälle zwischen Untersucher und Untersuchtem, sowie eine aus der Abstinenz einerseits, aus der konkreten Situation

der Patienten andererseits, verständliche affektiv-emotionelle Labilität, die im Sinne eines Durchgangssyndroms interpretierbar wäre.

3. Nichts spricht dagegen, daß nach einer relativ kurzen Abstinenzperiode von 2 - 4 Wochen verbale therapeutische Methoden eingesetzt werden können. Die Restitution auch langjähriger Alkoholkranker wurde von uns als ausreichend erfaßt.

Unsere Ergebnisse müssen naturgemäß an einem größeren Patientengut überprüft werden. Sollten sie sich bestätigen, scheint es nicht zulässig, den Standpunkt aufrecht zu erhalten, daß Alkoholranke häufig auch noch bei langjähriger Abstinenz cerebral - sei es nun "organisch" oder "funktionell" - gestört bleiben. Daß dieser Standpunkt überprüft gehört, geht unter anderem auch aus unserer Kritik der Autoren hervor, die eine schwere organische Beeinträchtigung der Hirnleistung abstinenter Alkoholkranker beschreiben. Eine Fragestellung, deren Untersuchung doch erhebliche Konsequenzen für die Untersuchten haben kann, - die Beschreibung einer langjährigen hirnrnorganischen Beeinträchtigung abstinenter ehemaliger Alkoholkranker ist eben keine rein wissenschaftliche Streitfrage, sondern hat soziale Konsequenzen -, sollte mit möglichst sauberen Methoden untersucht werden, jede Störvariable sollte ausgeschaltet werden. Dieser Forderung scheint bisher nicht von allen Autoren ausreichend Rechnung getragen worden zu sein.

LITERATUR

- ALLEN, R.P., FAILLACE, L.A. and REYNOLDS, D.M.: Recovery of memory functioning in alcoholics following prolonged alcohol intoxication. *J. nerv. ment. Dis.* 153: 417 - 423, 1971.
- BEAN, K.L. and KARASIEVICH, G.O.: Psychological Test Results at Three Stages of Inpatient Alcoholism Treatment. *J. of Stud. on Alc.* 36, 7, 838 - 852, 1975.
- BENNETT, A.E.: 1966, 1967, 1968. Zit. aus: Demel, I. und Kryspin-Exner, K.: op. cit.
- BENTON, A.L.: Der Benton-Test, Handbuch. Bern: Huber, 1972 (4. A.).
- BOEKE, P.E.: Some remarks about alcohol - dementia in clinically treated alcoholics. *Brit. J. of Addict.* 65, 3, 173 - 180, 1970.
- BREWER, C. and PERRETT, L.: Brain Damage due to Alcohol Consumption. *Brit. J. of Addict.* 66, 3, 170-182, 1971.
- CARLSSON, C., CLAESON, L.-E. and PETTERSSON, L.: Psychometric Signs of Cerebral Dysfunction in Alcoholics. *Brit. J. of Addict.* 68, 2, 83-86, 1973.
- CERMAK, L.S. and RYBACK, R.S.: Recovery of Short Term Memory in Alcoholics. *J. of Stud. on Alc.* 37, 1, 46-52, 1976.
- CLAESON, L.-E. and CARLSSON, C.: Cerebral Dysfunction in Alcoholics. A Psychometric Investigation. *Quart. J. of Stud. on Alc.* 31, 2, 317-323, 1970.
- DEMEL, I. und KRYSPIN-EXNER, K.: Restitution im Bereich der Motorik und der Hirnleistung chronischer Alkoholiker unter Abstinenzbedingungen. *Z. für Klin. Psychol.* 4, 1, 18-37, 1975.
- EBBINGHAUS, H.: zit. nach: Foppa, K.: Lernen, Gedächtnis, Verhalten. Köln: Kiepenheuer und Witsch, 1965 und Meili, R. / Rohrer, H.: Lehrbuch der experimentellen Psychologie. Bern: Huber, 1968 (2. A.).

- GRÜNBERGER, J. und KRYSPIN-EXNER, K.: Psychovisuelles Merken nach metalkoholischen Psychosen unter Abstinenzbedingungen.
 Wt. Med. Wschr.: 1971, 20/21, 416-421.
- GRÜNBERGER, J.: Psychodiagnostik des Alkoholkranken.
 Wien: Maudrich, 1977.
- HOY, R. and ELLISON, B.: Alcoholism and Brain Damage.
 Brit.J. of Addict.: 68, 3, 201-204, 1973.
- JONES, B.M.: Memory Impairment on the Ascending and Descending Limbs of the Blood Alcohol Curve.
 J. Abn. Psychol.: 82, 1, 24-32, 1973.
- JONSSON, C.-O., CRONHOLM, B. and IZIKOWITZ, S.: Intellectual changes in alcoholics. Psychometric studies on mental sequels of prolonged intensive abuse of alcohol.
 Quart.J.Stud.Alc.: 23, 221-242, 1962.
- KÖHLER, W.: Kriterien verstandesmäßigen Leistungsverlusts chronisch Alkoholkranker im HAWIE.
 Z.exp.angew.Psychol.: 21, 103-114, 1974.
- PAGE, R.D. and LINDEN, J.D.: "Reversible" organic brain Syndrome in alcoholics. A psychometric evaluation.
 Quart.J.Stud.Alc.: 35, 98-107, 1974.
- RYBACK, R.S.: The Continuum and Specificity of the Effects of Alcohol on Memory; a Review.
 Quart.J.Stud.Alc.: 32, 4, 995-1016, 1971.
- SHUTTLEWORTH, E.C. and MORRIS, C.E.: The transient global amnesia syndrome; a defect in the second stage of memory in men.
 Arch.Neurol.: 15, 515-520, 1966.
- WEINGARTNER, H., FAILLACE, L.A. and MARKLEY, H.G.: Verbal Information Retention in Alcoholics.
 Quart.J.Stud.Alc.: 32, 293-303, 1971.

Ein verhaltenstherapeutisches Breitbandprogramm zur stationären Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger

Theoretisches Konzept, Durchführung und Ergebnisse von

Sibylle KRAEMER, Renate de JONG,
Franz-Josef FELDHEGE

(Max Planck Institut-München, Psycholog. Abteilung)

1. Einleitung

Im Laufe des vergangenen Jahrzehntes wurde die Abhängigkeit Jugendlicher von illegalen Drogen ein zunehmend manifestes Problem.

Die zu Beginn der Drogenwelle formulierte Hypothese einer bloßen Übergangserscheinung gesellschaftskritischer oder allgemein weltanschaulicher Art mußte kritischen Erfahrungswerten weichen.

Statistiken zeigten, daß der Kern Abhängiger von "harten" Drogen sich verstärkte und auch auf untere Altersstufen und auf alle sozialen Klassen übergriff (Sollmann, 1974).

Nicht erst mit der Kenntnis dieser Beobachtungen wurde die Forderung nach wirkungsvollen therapeutischen Maßnahmen erhoben. Auf unterschiedlichen theoretischen Vorannahmen basierend, wurde eine Reihe von Behandlungskonzepten (z.B. Day-Top, Release) und therapeutischen Ansätzen (wie etwa Gestalttherapie, Primärtherapie, Gruppendynamik, Verhaltensmodifikation etc.) entwickelt und auch in verschiedenen Drogeneinrichtungen oder Kliniken praktiziert. Ihnen lagen zum größten Teil angloamerikanische Erfahrungen zugrunde.

In dieser Arbeit wird die Entwicklung und Durchführung eines verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes für Konsumenten "harter" Drogen beschrieben.

2. Theoretisches Konzept

Grundlage für ein verhaltenstherapeutisches Programm ist die Auffassung, daß Drogenabhängigkeit ein Verhalten ist, dessen Entstehung und Aufrechterhaltung nach lerntheoretischen Prinzipien erklärt werden kann (Bühner, 1974; Cahoon u. Crosby, 1972; Wikler, 1971).

Im Rahmen der lerntheoretisch fundierten Behandlungsversuche bei Abhängigkeiten (sowie auch bei anderen Verhaltensstörungen) ist eine Entwicklung zu beobachten, die von streng behavioristisch orientierten, auf die Verminderung oder gänzliche Beseitigung lediglich des symptomatischen Verhaltens gerichteten therapeutischen Interventionen bis hin zu breitgefächerten Behandlungsprogrammen verlief.

Bis in die 70er Jahre hinein wurden in der Behandlung von Abhängigen - vorwiegend Alkoholiker - aversive Techniken ziemlich einseitig verwendet. (Hsu, 1955; Blake, 1965; Franks, 1970; Blachly, 1971; Liberman, 1968; Vögleir et al. 1973).

Trotz einzelner Erfolge wurden diese Methoden

- auch von Verhaltenstherapeuten - streng kritisiert und teilweise zielte diese Kritik verallgemeinernd auf eine Ablehnung der Verhaltenstheorie insgesamt.

Franks (1970) argumentiert in diesem Zusammenhang folgendermaßen: "Nach meiner Meinung liegen dabei die Schwächen nicht in der Anwendung verhaltenstheoretischer Prinzipien an sich, sondern eher in der vorherrschenden, ziemlich auf das Symptom eingeschränkten Behandlungsstrategie." (S.)

Auch Lazarus (1965) befürwortet für Abhängige eine Breitbandtherapie (broad spectrum therapy), die außer dem symptomatischen Verhalten auch weitere Verhaltensbereiche, wie etwa Sozial- Arbeits- und Freizeitverhalten, therapeutisch berücksichtigen sollte.

Innerhalb der verhaltenstherapeutischen Methoden vollzogen sich zwei weitere Entwicklungsschritte: Zunächst wurden nicht mehr nur von außen zu beobachtende Verhaltensweisen, sondern auch interne Prozesse, wie Gedanken, Gefühle und Stimmungen, mit in die Behandlung einbezogen. Darüberhinaus wurde es unter dem Gesichtspunkt der längerfristigen Stabilisierung eines im Rahmen der therapeutischen Betreuung einmal erreichten Verhaltens wünschenswert, dem Klienten selbst therapeutische Strategien an die Hand zu geben. Das heißt, der Klient sollte lernen, sein eigener Therapeut zu sein ("to learn to be his own therapist" nach Kanfer, 1970).

Diese beiden neueren Ansätze stehen im Mittelpunkt der Erforschung des Konzeptes der Selbstkontrolle, die insbesondere in der Gruppe um Kanfer geleistet wurde (Übersichten siehe Kanfer & Phillips, 1970; Hartig, 1976).

Auf der Basis der beschriebenen theoretischen wie auch eigener praktischer Erfahrungen in der Analyse und Therapie des Verhaltens Drogenabhängiger gingen wir davon aus, daß für die Behandlung der Drogenabhängigkeit komplexe Therapieprogramme erforderlich sind, da das Verhaltensrepertoire von Drogenabhängigen weitgehend auf den Drogenkonsum eingeschränkt ist und adäquate Verhaltensmuster in verschiedenen Verhaltensbereichen schrittweise wieder aufgebaut werden müssen.

Aus den Ergebnissen von Verhaltensanalysen mit Drogenabhängigen leiteten wir die Indikation für die speziellen Verfahren der Selbstkontrolle ab. Diese Analysen zeigten, daß interne Prozesse wie Gedanken und Gefühle wichtige Bedingungen für Drogenkonsum darstellen und die Kontrolle über das eigene Verhalten fehlt.

Unsere Konzeption von Drogenabhängigkeit bildete die Grundlage für die allgemeine Therapiezielbestimmung und die Auswahl der Verfahren, die wir im Rahmen unseres Therapieprojektes durchführten.

Sie lautet folgendermaßen: "Drogenabhängigkeit ist eine komplexe Verhaltensstörung, die einerseits durch exzessiven Drogenkonsum und damit meist einhergehende Verhaltensweisen wie Drogengedanken, Drogengespräche und Drogenjargon, andererseits durch schon vorher bestehende oder im Laufe der Drogenabhängigkeit sich entwickelnde defizitäre Verhaltensweisen in verschiedenen Bereichen (Arbeit, Freizeit, Sozialkontakt usw.) gekennzeichnet ist. Die Wechselwirkung von Drogenkonsum und defizitärem Verhalten

begünstigt die Entstehung und Aufrechterhaltung des Verhaltensmusters Drogenabhängigkeit."

3. Die Beschreibung des Therapieprogramms

3.1. Organisation und methodisches Vorgehen

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurden drei Therapieprogramme entwickelt, die in schon bestehenden Einrichtungen eingegliedert wurden und eine Behandlungskette bildeten:

- a) Klinischer Entzug auf offenen Stationen eines Allgemeinkrankenhauses (Städt. Krankenhaus München-Schwabing)
- b) Stationäre Rehabilitation (Prop-Alternative e.V., Aiglsdorf)
- c) Teilstationäre bzw. ambulante Nachsorge (Soziotherapeutische Wohngemeinschaft der Prop-Alternative e.V.)

Datenerhebung

Die im Laufe des stationären Therapieprogramms vorgenommene Datenerhebung zur Kontrolle der Effektivität des Programms umfaßte folgende Bereiche:

- a) Beschreibung der Klienten nach sozioökonomischen Charakteristika sowie nach Therapiezielbereichen:
 Anamnese- und Katamnese-Erhebungen wurden vor Beginn sowie 1, 3, 6, 12 und 24 Monate nach Beendigung der Behandlung vorgenommen.
- b) Beschreibung des Therapieverlaufs:
 Therapiebegleitend wurden folgende Messmittel eingesetzt:
Therapeutenbeurteilung zur Indikation, Durchführung und Beendigung therapeutischer Maßnahmen zu den einzelnen Zielbereichen.
Checklisten zur laufenden Beurteilung der Therapiefortschritte durch Therapeuten und Klienten.
Urinkontrollen.

Anamnese-, Katamnese-, Therapieverlaufsbogen und Checkliste wurden in der Entwicklungszeit des Programms erstellt.

Selektionskriterien

Das Programm sollte an jugendlichen Drogenabhängigen erprobt werden, die 16 - 26 Jahre alt sind, Drogen spritzen ("Fixer") und keinen gerichtlichen Auflagen hinsichtlich einer Behandlung unterliegen. Ausgeschlossen wurden Klienten, die psychose- oder suizidgefährdet waren, da die Behandlung auf offenen Stationen durchgeführt wurde. Weiterhin wurden eng befreundete Klienten nicht gleichzeitig aufgenommen, da die Gefahr der Cliquenbildung vergrößert wird. Eine Selektion anhand einer Motivationsprüfung, etwa in Form eines "Aufnahmerituals", fand nicht statt.

3.2. Beschreibung des Therapieprogramms

Allgemeine Therapiezielbereiche und therapeutische Maßnahmen

Als wichtigstes allgemeines Therapieziel wurde der Aufbau selbstkontrollierten Verhaltens angesehen, da gerade abhängiges Verhalten durch einen Mangel an Selbstkontrolle gekennzeichnet ist.

Im Laufe des Therapieprogramms sollte ein Übergang von Maßnahmen der Fremdkontrolle zu solchen erfolgen, die Selbstkontrolle fördern und schließlich zu solchen, die ein gewisses Maß an Selbstkontrolle schon voraussetzen, dieses verstärken und auf Dauer stabilisieren.

Der Prozeß der Zielbestimmung erfolgte aufgrund bisher vorliegender Literatur sowie besonders aufgrund der bereits durchgeführten Verhaltensanalysen.

Es wurden sechs Verhaltensbereiche formuliert, in denen Defizite beobachtet werden konnten:

- Drogenverhalten (exzessives Spritzen)
- Freizeitverhalten (eingeschränkte Interessen und Aktivitäten)
- Arbeitsverhalten (ungeregt, meist Beruf / Ausbildung abgebrochen)
- Sozialverhalten (sozial unsicher, keine guten Kommunikationstechniken)
- Selbst- und Umweltorganisation (gestörter Tages-/Nacht-Rhythmus, Versäumen von Behörden Terminen usw.)
- Problemerkennen und Entscheiden (alles auf sich zukommen lassen, sehr spontan handeln etc.)

Für jeden dieser Bereiche wurden Unterziele auf der Verhaltensebene formuliert (einen Überblick gibt Tabelle 1).

Die Wahl und Ausgestaltung der therapeutischen Maßnahmen erfolgte dann auf diese Unterziele hin. Die wichtigsten pro Bereich angewendeten einzeltherapeutischen Maßnahmen waren:

- Drogenverhalten : Koverantenkontrolle, Gedankenstopp, Ablehnungstraining
- Freizeitverhalten : Gestuftes Verstärkungsprogramm
- Arbeitsverhalten : Punktesystem
- Sozialverhalten : Selbstsicherheits- sowie Kommunikationstraining
- Selbst- und Umweltorganisation : Therapeutische Vorträge, Rollenspieltechniken
- Problemerkennen und Entscheiden : Anleitung zur Selbstbeobachtung, Entscheidungstraining

Beschreibung der Therapiestufen

Klinischer Entzug auf offenen Stationen eines Allgemeinkrankenhauses.

Die klinische Entgiftung fand auf internisti-

schen Stationen eines Allgemeinkrankenhauses statt. Parallel zu der medizinischen Behandlung wurde ein verhaltenstherapeutisches Programm mit den Zielbereichen "Drogenverhalten" ("kurzfristige Rückfallprophylaxe") und "Aufbau von Selbstorganisation" durchgeführt.

Weiterhin wurde die Anamnese erhoben und die Rehabilitationsbehandlung vorbereitet.

Es wurden akut abhängige Klienten aufgenommen, teilweise auch solche zur Kontrolle einer angegebenen Drogenfreiheit.

Im ersten Fall dauerte die Behandlung zwei bis drei Wochen, im zweiten bis zu einer Woche, soweit sich keine medizinischen Komplikationen ergaben.

Stationäre Rehabilitation

Die Behandlung fand in einem zum Rehabilitationszentrum umgebauten ehemaligen Bauernhof statt. Hier konnten bis zu 14 Klienten aufgenommen werden.

Ziele waren die selbständige Kontrolle möglicher "Rückfallsituationen" durch die Klienten sowie der Aufbau der vorher genannten Verhaltensbereiche.

Es wurden in der Regel nur Klienten behandelt, die an dem Entzugs- oder Kontrollprogramm teilgenommen hatten. Die Dauer der Behandlung war unterschiedlich. Sie schwankte bei den planmäßigen Entlassungen zwischen zwei und zehn Monaten (Durchschnitt etwa fünf Monate).

Teilstationäre bzw. ambulante Nachsorge

Ein Teil der Klienten konnte in München nachbetreut werden. Die Klienten wohnten in einem Haus der Pro-Alternative e.V. und gingen tagsüber zur Arbeit oder zur Schule. Im Haus wohnte eine Sozialtherapeutin, die die Klienten betreute. Es konnten bis zu acht Personen aufgenommen werden.

Einige Klienten, die nicht in der Nachsorgeeinrichtung wohnten, wurden je nach Entfernung des Wohnortes mehr oder weniger intensiv nachbetreut.

Der folgende Teil gibt einen Überblick über die behandelte Klientel, einige Therapieverlaufsindikatoren sowie Ergebnisse aus den Katamnesen.

4. Ergebnisse

4.1. Ergebnisse zur Beschreibung der Klientengruppe

Im Verlauf der Projektzeit wurden 105 Klienten in die erste Behandlungsstufe - den klinischen Entzug - aufgenommen.

In die statistische Auswertung gingen die aus den Erhebungsbogen gewonnenen Daten von 51 Klienten ein. Von 14 Personen konnten keine Werte erhoben werden, da entweder die Bogen in der Anfangszeit noch nicht verfügbar waren und / oder die Klienten nach ein bis zwei Tagen die Klinik verlassen hatten.

Allgemeine anamnестische Ergebnisse

Das durchschnittliche Eingangsalter der Klienten betrug 20 Jahre mit einer Streubreite von 16 bis 26 Jahren. Die Gruppe bestand zu zwei Dritteln (67 %) aus männlichen und zu einem Drittel (33 %) aus weiblichen Jugendlichen.

Die Gruppenmittelwerte eines Persönlichkeitsfragebogens (FPI) lagen bis auf geringe Abweichungen in Richtung Nervosität, Depressivität und Irritation im Normalbereich.

Die sozioökonomische Verteilung innerhalb der Klientengruppe (50 % Unterschicht, 40 % untere und mittlere Mittelschicht und 10 % obere Mittelschicht) entsprach mit der Überrepräsentierung der Mittelschicht nicht ganz dem Bevölkerungsquerschnitt. Die meisten unserer Klienten (64 %) kamen aus Großstädten. Sie waren überwiegend (78 %) bei den Eltern, ein geringer Teil (7 %) bei Verwandten und 15 % im Heim aufgewachsen.

Die Eltern der meisten Klienten (60 %) waren verheiratet, die von 22 % geschieden; insgesamt 18 % der Klienten waren unehelich geboren oder Waisen.

Der Erziehungsstil der Eltern wurde von den Klienten als überwiegend negativ geschildert. Insgesamt 75 % gaben Drohungen, Strafen, Launen und Desinteresse an. Entsprechend kennzeichneten die meisten Klienten (75 %) ihr Verhältnis zu den Eltern als schlecht.

In der engeren Familie von 30 % der Klienten waren klinisch diagnostizierte Alkoholiker, von 10 % "Fixer" bekannt.

Anamnестische Ergebnisse zu einigen therapie relevanten Verhaltensbereichen

Drogenverhalten

Die Ergebnisse werden hier entsprechend einer Verhaltensanalyse strukturiert: zunächst wird das problematische Verhalten selbst bezüglich Drogenkonsum, Drogenentzüge, Drogengedanken, Drogenjargon und Drogengespräche beschrieben. Anschließend werden die Auslösebedingungen dargestellt.

Sie lassen sich in Vorbedingungen für die Entstehung und in solche für die Aufrechterhaltung des problematischen Verhaltens einteilen. Zunächst sollen die externen und internen Konsequenzen des problematischen Verhaltens aufgezeigt werden.

Die Untersuchungsgruppe hatte für die Dauer von durchschnittlich zwei Jahren vor dem Konsum "harter" Drogen "weiche" Drogen genommen. In diesem Zeitraum war von nahezu allen Klienten Haschisch und LSD, dann in der Reihenfolge ihrer Nennung abnehmend, Tabletten, Tabletten kombiniert mit Alkohol sowie Alkohol alleine vorwiegend konsumiert worden.

Die durchschnittliche Dauer "harten" Drogenkonsums betrug 3,5 Jahre. Die prozentuale Verteilung der Klienten zeigt, daß 10 % weniger als ein Jahr, 45 %

zwischen einem und drei Jahren und weitere 45 % über drei Jahre gespritzt hatten.

Überwiegend und über einen längeren Zeitraum hatten etwa die Hälfte der Klienten Morphin (47 %), über ein Drittel (37 %) Heroin und ein kleinerer Teil Amphetamine, Kokain oder andere Opiate (16 %) gespritzt.

Im letzten halben Jahr vor der Aufnahme in das Behandlungsprogramm wurde von 80 % der Klienten vorwiegend Morphin und Heroin gespritzt. In diesem Zeitraum war bei 35 % der Klienten der Morphingebrauch, bei 60 % der Heroingebrauch gestiegen.

Über einen längeren Zeitraum hinweg belief sich die durchschnittliche Häufigkeit des Drogenkonsums der Klientengruppe auf sieben Injektionen pro Tag. Die Häufigkeit streute zwischen zwei und 15 Spritzen täglich.

Die durchschnittlich gespritzte Stoffmenge pro Injektion wurde bis 2 cm³ angegeben. Der monatliche Geldbetrag (600,- bis 2.000,- DM), der für den Konsum von Drogen aufgewendet wurde, erreichte eine recht ansehnliche Höhe, zumal auch diese Klienten eingeschlossen wurden, die ihre Drogen geschenkt bekamen oder gestohlen hatten.

10 % der Klienten hatten vor der Aufnahme in das Therapieprogramm noch keinen Drogenentzug versucht. 90 % hatten bereits durchschnittlich fünf Entzugsversuche hinter sich.

Die Analyse der Auslösebedingungen für den erstmaligen Gebrauch "weicher" und "harter" Drogen ergab, daß als allgemein wichtigste Faktoren Neugierde, Rauscherlebnis, Konflikte sowie Vorbildwirkung genannt wurden. Allgemein keine Rolle spielten Anlässe wie Leistungssteigerung, Steigerung des Lebensgefühls und Protest gegenüber der Gesellschaft (siehe Anhang, Tabelle 2).

Die Pfeile in Tabelle 2 markieren die Veränderungen der Auslösebedingungen, die sich vom erstmaligen Konsum "weicher" Drogen zum erstmaligen Konsum "harter" Drogen ergaben. Im Vergleich häufiger angegeben bei "harten" Drogen wurden Faktoren wie Konfliktlösung, Problemlösung, Angst, Rauscherlebnis und Glückserlebnis. Relativ unbedeutend wurden Anlässe wie Anpassung, Gerede, Bewußtseinsweiterung und Vorbildwirkung.

Die Analyse der wirksamen Auslöser für die Aufrechterhaltung des Drogenkonsums (siehe Anhang, Tabelle 3) zeigt, daß interne Vorgänge wie Gefühle, Gedanken oder Schmerzen die Aufrechterhaltung des Drogenkonsums bedeutsam zu begünstigen scheinen. Als Reaktionen der Umwelt (externe Konsequenzen des Drogenkonsums) bei Bekanntwerden des Rauschmittelkonsums, wurden hauptsächlich relativ harte Maßnahmen wie Gerichtsverfahren, Bestrafung und Rausschmiß aus dem Elternhaus genannt.

Als körperliche (interne) Konsequenzen des Drogenkonsums wurden die Entzugssymptome erfaßt. Hier gaben die Klienten vorwiegend Unruhe, Schweißausbruch, Schlaflosigkeit und Gliederschmerzen an.

Als längerfristige körperliche Folgen wurden bei 70 % der Klienten Leberschäden, bei 40 % andere Krankheiten (z.B. Geschlechtskrankheiten, Zahnverfall) diagnostiziert.

Zusammenfassend sollen noch einmal die

wichtigsten Aspekte der Ergebnisse zum Verhaltensbereich Drogenverhalten aufgeführt und beurteilt werden:

- Die Zahlen zum problematischen Verhalten Drogenkonsum zeigen, daß es sich bei der Klientengruppe um harte "Fixer" mit langjähriger und starker Drogenabhängigkeit handelte.
- Die Analyse der Auslösebedingungen für die Entstehung des Drogenkonsums, bzw. für den erstmaligen Gebrauch "weicher" und "harter" Drogen weist darauf hin, daß eine eher passive Anpassungshaltung, gekennzeichnet durch Mechanismen der Vorbildwirkung, der Anpassung und Suggestibilität, die wohl beim erstmaligen Konsum "weicher" Drogen vorherrschte, einer mehr aktiven Herbeiführung körperlicher und seelischer Veränderung gewichen war.
- Die Jugendlichen brachten ihren Drogenkonsum kaum mehr mit gesellschaftspolitischen Überzeugungen in Zusammenhang.
- Die Analyse der Auslöser für die Aufrechterhaltung des Drogenkonsums bestätigt, daß die für das Therapieprogramm ausgewählten Selbstkontrollverfahren bei dieser Klientengruppe indiziert waren. Denn Drogengedanken und bestimmte Gefühle, wie Depression oder Enttäuschung, traten als starke innere Auslöser sehr häufig auf.

Freizeitverhalten

Hier ergab die Befragung, daß die Klienten bestenfalls ein bis zwei aktive, zum Drogenverhalten alternative Freizeitbeschäftigungen angeben konnten. Außer den als aktiv definierten Tätigkeiten wurden hauptsächlich "Herumsitzen" und "Musik hören" genannt; 72 % der Klienten äußerten ihre Unzufriedenheit bezüglich dieses Verhaltensbereichs.

Arbeitsverhalten

Zur Zeit der Aufnahme in das Therapieprogramm ging nur ein kleiner Teil unserer Klienten (20 %) noch zur Schule, in eine Lehrstelle oder übte einen erlernten Beruf aus.

Über die Hälfte der Klienten (68 %) arbeitete nicht, der Rest (12 %) hatte Gelegenheitsjobs.

60 % der Klienten, die regelmäßig oder unregelmäßig arbeiteten, waren unzufrieden mit den entsprechenden Tätigkeiten.

60 % der Gesamtgruppe strebte im Arbeitsbereich eine Weiterbildung an.

Sozialverhalten

In diesem Bereich wurden Kontaktverhalten, Kommunikation und sexuelles Verhalten einbezogen.

Die Befragung ergab, daß Kontaktprobleme mit den verschiedenen Personen eher verneint als bejaht wurden. Dennoch waren die Klienten eher unzufrieden mit ihren sozialen Kontakten.

Im Teilbereich Kommunikation äußerte etwa die Hälfte der Klienten Schwierigkeiten bei einzelnen Verhaltensweisen. Ebenfalls die Hälfte der Klienten war mit dem eigenen Kommunikationsverhalten unzufrieden.

Bei der Befragung nach sexuellen Kontakten stellte sich heraus, daß die meisten Klienten einen festen Sexualpartner (40 %) oder wechselnde sexuelle Kontakte (30 %) hatten. Rund ein Drittel (30 %) hatten keinen sexuellen Kontakt.

Etwa die Hälfte der Klienten (48 %) gab sexuelle Probleme an. Bei den männlichen Jugendlichen äußerten sich diese in Form von Ejaculatio praecox und Impotenz, bei den weiblichen in Unlustgefühlen. Insgesamt über die Hälfte der Jugendlichen (61 %) war mit ihren sexuellen Kontakten unzufrieden.

Aus den Resultaten zu den Verhaltensbereichen lassen sich folgende Punkte zusammenfassen:

- In den Bereichen Arbeits- und Freizeitverhalten wiesen unsere Klienten erwartungsgemäß deutliche Defizite auf. Dies spiegelt sich auch auf der subjektiven Ebene der Beurteilung der Unzufriedenheit mit diesen Bereichen wider.
- Schwierigkeiten im Kontakt zu verschiedenen Personengruppen werden von sehr vielen Klienten verneint. Dieses etwas überraschende Resultat sollte man vorsichtig beurteilen, da die sozialen Kontakte überwiegend zu Personen der Drogenszene bestanden.
- Analysiert man die sozialen Kontakte näher und geht auf das Kommunikationsverhalten ein, so werden in einzelnen Verhaltenszielen von mehr Klienten Schwierigkeiten berichtet.
- Die Drogenproblematik scheint sich auch auf das Gebiet der Sexualität auszuwirken. Nach den Äußerungen sehr vieler Klienten hängen die genannten Schwierigkeiten direkt mit dem Konsum bestimmter Drogen und Drogenmengen zusammen. Man kann aber nicht ohne weiteres davon ausgehen, daß bei einem Nachlassen solcher, wahrscheinlich physiologischer, Wirkungen auch die Probleme innerhalb dieses Verhaltensbereichs zurückgehen; es bleibt also eine Behandlungsindikation bestehen.

4.2. Ergebnisse zum Verlauf und Erfolg der Therapie in der Klinik

Die Klienten waren durchschnittlich 16 Tage in der Klinik. Die Resultate zum Therapieverlauf behandlungsrelevanter Verhaltensweisen aus dem Bereich Drogenkonsum, sehen folgendermaßen aus:

Eine Zusammenfassung der Unterziele aus dem Bereich Drogenverhalten unter einen Behandlungsindex "Drogen" ergab, daß nur bei 44 % der Klienten die Behandlung der meisten Verhaltensweisen in der Klinik beendet werden konnte.

Die entsprechenden Verläufe einzelner Verhaltensweisen im Bereich "Selbstorganisation"

wurden zusammengefaßt unter den Behandlungsindex "Selbstorganisation". 63 % der Klienten konnten soweit therapiert werden, daß eine intensive weiterführende Behandlung in der Rehabilitation nicht notwendig wurde.

Als das in der Klinik zu erreichende oberste Therapieziel galt die körperliche Drogenfreiheit der Klienten. Häufige, zufällig verteilte, Urinkontrollen gewährleisteten die Kontrolle dieses Kriteriums. Die Drogenfreiheit der Klienten sollte unterstützt werden durch die Reduktion von Verhaltensweisen, die mit dem Drogenkonsum assoziiert waren. Die in der kurzen Zeit des Klinikaufenthaltes eingesetzten therapeutischen Maßnahmen der Selbstkontrolle dienten der Erreichung von Mindestkriterien in den problematischen Verhaltenseinheiten. Insgesamt wurden hierin also Teilziele angestrebt. Eine Reduktion therapie-relevanter Komponenten der verschiedenen Verhaltensbereiche konnte zwar in vielen Fällen (siehe Therapie-verlauf), jedoch auch nur in unterschiedlichem Ausmaß, erreicht werden.

Nachgewiesen drogenfrei konnten 55 Klienten (52 %) aus der Klinik planmäßig entlassen werden.

Zur Zeit der Auswertung dieser Ergebnisse lagen keine Daten aus anderen Kliniken vor, die vergleichbar gewesen wären. Denn üblicherweise finden die körperlichen Entzüge auf geschlossenen Stationen statt und / oder es werden keine objektiven Kontrollen durchgeführt. Nach Expertenschätzungen liegen die tatsächlichen Erfolge bezüglich Drogenfreiheit (auch auf geschlossenen Stationen) bei etwa 30 %. Damit bestätigte sich vorläufig die Effektivität einer schon während des körperlichen Entzugs einsetzenden psychotherapeutischen Intervention. Noch zu überprüfen wäre allerdings die längerfristige Wirkung.

4.3. Ergebnisse des Rehabilitationsprogramms

Insgesamt wurden 89 Klienten in das Rehabilitationsprogramm drogenfrei aufgenommen. Davon hatten 55 Klienten die klinische Entgiftung mit begleitendem Verhaltenstherapieprogramm durchlaufen. Die übrigen 34 Klienten waren aus Gefängnissen, psychiatrischen Krankenhäusern oder anderen Kliniken bei nachgewiesener Drogenfreiheit direkt übernommen worden. Die allgemeinen anamnестischen Daten der letzteren unterscheiden sich nicht von den oben geschilderten der Gesamtgruppe.

Ergebnisse zum Therapieverlauf

In der Tabelle 1 (siehe Anhang) ist links neben den einzelnen Verhaltenszielbereichen jeweils der Prozentsatz von Klienten aufgeführt, bei denen die Therapeuten die *Indikation zur Durchführung von Maßnahmen* bejaht hatten, Indikationsschwerpunkte lagen demnach bei den Unterzielen der Bereiche Drogen-, Freizeit-, und Sozialverhalten.

Bei den indizierten Unterzielen wurde in der Regel mit einer Behandlung begonnen. Ob diese *Behandlung zu Ende geführt* wurde, richtete sich vor allem nach der Aufenthaltsdauer der Klienten, der benötigten Behandlungsdauer (z.B. Freizeitprogramm oder Selbstsicherheitstraining etwa 3 bis 4 Monate), sowie ihrer

Reihenfolge im Behandlungsprogramm (z.B. " feste Vereinbarung einer Arbeitsstelle " erst gegen Ende des Aufenthalts). Die entsprechenden Angaben finden sich in Tabelle 1 (siehe Anhang), rechts neben den Profilen.

Einen größeren therapeutischen Stellenwert als die oben beschriebene Therapeuteinschätzung zur Indikation, Durchführung und Beendigung von Maßnahmen, hatten die *kontinuierlich erfolgenden Verlaufsurteile* :

Alle 3 Wochen bestimmten der Klient, der behandelnde Psychologe, sowie ein in der Einrichtung ständig anwesender Mitarbeiter, wie weit sich der Klient den einzelnen Verhaltenszielen genähert hatte (von 1 = Ziel noch nicht erreicht, bis 6 = Ziel vollkommen erreicht; festgehalten wurde das Urteil, auf das sich die Teilnehmer als verbindlich einigten). Diese Angaben lassen sich zwar nicht, über die Klientenstichprobe hinweg, statistisch verrechnen, sie erfüllen jedoch als Hilfe für die individuelle Therapieplanung, sowie als Erfolgsrückmeldung für den Klienten eine doppelte Funktion.

Im Mittelteil der Tabelle 1 (siehe Anhang) sind die Ergebnisse des ersten und letzten Checklistengesprächs bei einem Klienten aufgezeichnet.

Kriterium für den Beginn der Entlassungsphase eines Klienten waren seine Beurteilungen bei allen Verhaltensbereichen.

Zwei für die Beurteilung des Gesamtprogramms wichtige Indikatoren waren die Aufenthaltsdauer, sowie die Entlassungsgründe. Tabelle 4 (siehe Anhang) zeigt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Gesamtgruppe sowie den Vergleich von vorzeitig (NPL), bzw. planmäßig (PL) entlassenen Klienten bei diesem Indikator.

Ergebnisse der Therapieerfolgskontrolle

Bereich Drogenverhalten

Drogenfreiheit war trotz der bei der Beschreibung der Rahmenbedingungen versuchten Relativierung das wichtigste allgemeine Ziel, das durch die Therapie erreicht werden sollte.

Tabelle 5 (siehe Anhang) gibt einen Überblick über die bisherigen Ergebnisse. Folgende Erläuterungen sollten bei diesen Daten berücksichtigt werden :

- Mitgezählt wurden alle Klienten, die drogenfrei in die Rehabilitation gekommen waren und dort länger als sieben Tage geblieben sind. Enthalten in der Gesamtstichprobe ist z.B. auch ein Klient, der nach acht Tagen die Einrichtung verließ oder verlassen mußte.
- Als " + " oder drogenfrei wurden diejenigen Klienten eingestuft, bei denen zwischen den Befragungen kein Rückfall lag und die zum Zeitpunkt der Befragung nach den Urinkontrollen, ihrer Aussage und dem Urteil des Interviewers keine Drogen genommen hatten. Klienten, die zwischen zwei Nachkontrollen einen Rückfall hatten, aber ohne fremde Hilfe wieder drogenfrei wurden, zählen ebenfalls als " + ", solange kein Rückfall mehr

eintrat.

- Die Kategorie " T/G " soll erfassen, wieviele Klienten sich zum Stichtag wieder in einer Institution (entweder stationäre Therapie oder Gefängnis) befanden.
- In die Kategorie " ? " fallen Klienten, die bei den Katamnese - Terminen nicht erreicht wurden. Im Sinne einer konservativen Schätzung zählen diese Klienten für uns zu den Rückfällen, genauso wie die " T/G " - Gruppe.

Mit Ausnahme der dritten Nachkontrolle (sechs Monate nach Rehabilitationsende) liegt der Erfolgsprozentsatz der Gesamtgruppe etwas über 33 %. (Nicht berücksichtigt wird derzeit die 5. Nachkontrolle, weil noch bei über der Hälfte der Klienten ausständig.)

Der Anteil der klar als rückfällig eingestuften Klienten nimmt bei der Gesamtstichprobe von Nachkontrolle zu Nachkontrolle hin ab, stattdessen ist die Kategorie " neuerliche Therapie, bzw. Gefängnis " zunehmend stärker besetzt. Der Anteil der drogenfreien Klienten bleibt demgegenüber relativ konstant.

Wesentlich unterscheiden sich drogenfrei von rückfälligen Klienten durch den Entlassungsgrund : Planmäßig entlassene Klienten waren deutlich häufiger drogenfrei als vorzeitig entlassene Klienten. Von diesen wiederum gibt es insbesondere unter solchen, die auf eigenen Wunsch vorzeitig das Programm beendeten, sowie unter den wegen Alkoholkonsum strafweise entlassenen, noch Klienten, die nicht rückfällig wurden.

In Tabelle 6 (siehe Anhang) sind einige weitere Erfolgskontrolldaten aus dem Bereich Drogenverhalten zusammengestellt. Sowohl zum Zeitpunkt der Anamnese, als auch bei den Katamnesen, wurden die Klienten gefragt, wie oft sie tatsächlich an Drogen denken, über Drogen sprechen, Drogenorte aufsuchen, wie hoch der Prozentsatz der Drogenkonsumenten unter ihren Freunden noch ist und ob sie mit Drogen handeln.

Die aus Tabelle 6 (siehe Anhang) ersichtlichen Veränderungen gehen ausnahmslos in Richtung der Therapieziele, d.h. der Anteil derjenigen Klienten, der nach der Therapie die " Szene " nicht mehr aufsucht, nimmt deutlich zu. Es gibt über die einzelnen Nachkontrolltermine zunehmend einen beträchtlichen Teil von Klienten, die nie oder selten über Drogen sprechen und an Drogen denken. Der Anteil derjenigen, die mit Drogenkonsumenten verkehren, nimmt deutlich ab, ebenso wie der Anteil derjenigen, die handeln.

Die wichtigsten Auslöser für Drogenkonsum waren vor der Therapie " Gefühle ", " Drogengedanken ", der " Anblick bestimmter Personen ", sowie Entzugsschmerzen.

Bei den Nachkontrollen nahm zwar der Prozentsatz der Klienten ab, die diese Auslöser für tatsächlich oder potentiell rückfallkritisch hielten, bestehen bleibt jedoch, daß die kritischen Auslöser entweder intern (Gefühle, Gedanken), oder sozial (Personen) waren. Orte allein oder der Anblick von Drogen oder Spritzen wurde demgegenüber für weniger gefährlich gehalten.

Fast die Hälfte der Klienten wandte die gelernten Selbstkontrolltechniken, wie " Ablehnung von Drogenangeboten ", sowie " Ablehnung bei Drogen-

gedanken" an (43 % noch ein halbes Jahr nach Entlassung aus der Rehabilitation) und hielten sie in der Mehrzahl (zu 2/3) auch für wirksam. Bisher 3 der 89 Klienten stiegen auf Alkohol um (z.T. mitbedingt durch Arbeit in Gaststätten).

Von den Klienten, die rückfällig wurden, konsumierten zunächst 2/3 weniger als vor Beginn der Therapie. Die bei der 1. Jahres-Nachkontrolle befragten, durchgängig rückfälligen Klienten waren allerdings wieder "voll eingestiegen".

Bereiche Freizeit- und Sozialverhalten

Verglichen mit der Anamnese nahm nach Ende der Therapie die Anzahl der Freizeitaktivitäten (gezählt wurden nur "aktive" Tätigkeiten), die Dauer aktiver Freizeitgestaltung, sowie die Frequenz besuchter Freizeiteinrichtungen zu. Außerdem gaben die Klienten eine größere Zufriedenheit in diesem Bereich an. Je mehr Zeit nach Therapieende verging, umso geringer wurden allerdings die Unterschiede zur Anamnese (siehe Anhang, Tabelle 7a).

Analoge Effekte waren bezüglich der Erfolgsindikatoren im Sozialbereich zu beobachten (siehe Anhang, Tabelle 7b). Der Anteil der Klienten mit Kommunikationsschwierigkeiten, sowie von Klienten mit Problemen bei bestimmten Bezugspersonengruppen ging von vor zu nach der Therapie zurück.

In den Unsicherheits-/Angst-Faktoren, deren Werte als Therapieindikation interpretiert worden waren, zeigten sich günstige Veränderungen.

Wie im Freizeit- und auch im Drogenbereich nahmen die günstigen Therapieeffekte jedoch mit der Zeit wieder ab.

Innerhalb des Rehabilitationsprogramms erscheint es nach den erhobenen Daten sinnvoll, weiter an einer schrittweisen Verbesserung und Intensivierung der einzelnen Maßnahmen zu arbeiten, an der Konzeption jedoch festzuhalten.

4.4. Ergebnisse zum Verlauf und Erfolg des teilstationären Nachsorgeprogramms

Im Rahmen der Nachsorge konnte nur eine kleine Anzahl von Klienten teilstationär nachbehandelt werden. Die Einrichtung wurde erst in der zweiten Hälfte der Projektzeit eröffnet, das Programm mußte dann erst entwickelt werden. Außerdem ging eine Reihe von Klienten nach Ende der Rehabilitationsphase an ihre ursprünglichen Wohnorte zurück, die sich über ganz Deutschland verteilten. Aus dem gleichen Grund und wegen Personalmangels konnten auch nur einige Klienten ambulant nachbetreut werden. Tabelle 8 (siehe Anhang) gibt einen Überblick über den Anteil der nachbehandelten Klienten.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Klienten in der Nachsorgeeinrichtung betrug 12 Wochen und streute von 3 bis 30 Wochen. Planmäßig entlassen wurden 6 Klienten. Vorzeitig entlassen wurden 5 Klienten auf eigenen Wunsch, 4 wegen Konsum harter oder weicher Drogen, sowie 3 aus sonstigen Gründen.

Die Resultate zu den verschiedenen Verhaltensbereichen zusammengefaßt, ließen erkennen, daß eine

hohe Interaktion zwischen Drogenverhalten und den Bereichen Sozialkontakt, Freizeit und Arbeit bestand. Drogentypische Verhaltensweisen traten umso eher wieder auf, je weniger es den Klienten gelang, am Arbeitsplatz und in der Freizeit den Kontakt zu einer neuen Bezugsgruppe herzustellen.

Unabhängig von den Nachkontrollergebnissen insgesamt, in denen nachbetreute Klienten mit eingeschlossen waren (siehe Ergebnisse des Rehabilitationsprogramms), galt speziell für die 18 nachbehandelten Klienten folgendes: Zum Stichtag (durchschnittliche Entlassungsdauer nach Ende der Rehabilitation: 15 Monate, Streuung von 5 bis 24 Monaten) waren 9 Klienten rückfällig oder unerreichbar und 9 Klienten drogenfrei. Als drogenfrei wurden dabei nur Personen eingestuft, die seit ihrer Entlassung aus der Rehabilitation keinen einzigen Rückfall hatten.

Im folgenden sollen die Ergebnisse der drei Behandlungsprogramme – Klinik, Rehabilitation und Nachsorge – und einige Verbesserungsmöglichkeiten des gesamten Programms kurz diskutiert werden.

5. Beurteilung und Verbesserungsvorschläge

Eine Beurteilung der vorliegenden Behandlungsprogramme und der Ergebnisse ihres Verlaufs und Erfolgs ist im Sinne eines Vergleichs mit anderen Behandlungsprogrammen kaum möglich, da eine Vielzahl von höchst unterschiedlichen Bedingungen zu berücksichtigen wäre. Beispielhaft seien einige Faktoren genannt, die unser Programm kennzeichneten, in zum gleichen Zeitpunkt durchgeführten Programmen jedoch kaum zu objektivieren waren:

- a) Die Selektion schloß möglichst wenige Klienten aus. Damit ist das Programm breit anwendbar.
- b) Die klinische Entgiftung fand auf offenen Stationen eines Allgemeinkrankenhauses statt. Damit waren Spezialeinrichtungen für diese Phase nicht notwendig.
- c) Das Therapieziel der Drogenfreiheit wurde über kontinuierliche Urinproben kontrolliert und damit weitgehend objektiviert.
- d) Standardisierte Nachkontrollen wurden geplant und im Zeitraum bis zu zwei Jahren nach Ende der Rehabilitation erhoben.
- e) Die Dokumentation des Klientels wurde in standardisierter Form vorgenommen. Die Behandlungsprogramme mit den einzelnen Therapieschritten wurden schriftlich niedergelegt. Diese beiden Voraussetzungen vor allem machten das Behandlungsprogramm übertragbar und replizierbar.
- f) Die Behandlungszeiten waren relativ kurz (dies im Vergleich zu anderen Programmen). Das Therapieprogramm war damit kostengünstig.

Die potentiellen Verbesserungsvorschläge bewegen sich im Rahmen der eigenen Untersuchungshypothesen

und können in den nachstehenden Zielen zusammengefaßt werden.

Für die drei Therapieprogramme insgesamt gilt, daß mit einer verhaltenstherapeutischen Schulung des neben entsprechend ausgebildeten Psychologen benötigten Personals, wie Pflegepersonal, Sozialarbeiter und Ärzte, eine Verbesserung in Richtung einer systematischen und konsistent durchgeführten Therapie erreicht werden könnte.

Ebenfalls für Klinik, Rehabilitation und Nachsorge gemeinsam gilt, daß eine Intensivierung der therapeutischen Maßnahmen im Bereich Drogenverhalten erstrebenswert wäre. Besonders gezielt sollten hier Reaktionen auf interne Auslösebedingungen behandelt werden. Im Bereich Sozialverhalten wäre ein intensiveres Belastungs- und Kontakttraining wünschenswert. Letzteres berührt die spezielle Problematik des Übergangs von der Rehabilitationseinrichtung zur Nachsorge bzw. zur realistischen beruflichen und sozialen Umwelt.

Im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung wurde

deutlich, daß sie, in einer Einrichtung auf dem Lande durchgeführt, auch bei einer relativ kurzfristigen Behandlungsdauer Tendenzen zur Hospitalisierung nicht verhindern konnte.

Diese Beobachtung macht zukünftig fließendere Übergänge von der Rehabilitations- in die Nachsorgephase erforderlich. Möglichkeiten bestünden hier in Arbeitsproben noch während der Rehabilitation (etwa im Sinne einer Nachtklinik), sowie im Aufbau einer neuen Bezugsgruppe schon vor der Entlassung. Letzteres ließe sich mit dem Einsatz von Therapiehelfern oder der Organisation einer Kontaktgruppe besser ermöglichen. Auch die Nachsorge sollte mit Hilfe solcher Personengruppen intensiv unterstützt werden.

Die angesprochenen Verbesserungsvorschläge zur Optimierung des Therapieprogramms können grundsätzlich als realisierbar eingeschätzt werden. Darüber hinaus könnten sie, relativ unabhängig vom therapeutischen Konzept, auch anderen Therapieeinrichtungen empfohlen werden.

Summary :

Based on various theoretical assumptions a number of methods of treatment and therapeutic dispositions were developed and practiced in diverse clinics and drug addiction centers. Angloamerican experience in this field served for the most part as the basis. This essay is discussing the experience of some drug addiction centers and describes the development and execution of a behaviour therapy for consumers of hard drugs.

LITERATUR

- BLACHLY, P.H.: An "electric needle" for aversive conditioning of the needle ritual.
 Int.J.Addictions 1971, 6, 327 - 328.
- BLAKE, E. : The application of behavior therapy to the treatment of alcoholism.
 Beh.Res.Ther. 1965, 3, 75 - 85.
- BÜHRINGER, G.: Beitrag zum "Suchtsymposium" im Kongressbericht des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Saarbrücken.
 Hogrefe, 1974.
- CAHOON, D.D. und CROSBY, C.C.: A learning approach to chronic drug use : Sources of reinforcement.
 Beh.Ther. 1972, 3, 64 - 71.
- FRANKS, C.M.: Alcoholismus. In : Fortschritte der klinischen Psychologie. Abhängigkeiten. Ferstl, R. und Kraemer, S.(Hrsg.).
 Urban und Schwarzenberg, München - Berlin - Wien, 1976.
- HARTIG, M.: Selbstkontrolle. Fortschritte der klinischen Psychologie.
 Urban und Schwarzenberg, München - Berlin - Wien, 1976.
- HSU, J.J.: Electroconditioning therapy of alcoholics. A preliminary report.
 Quart.J.Stud.Alc. 1955, 26, 449 - 459.
- KANFER, F.H. und PHILLIPS, I.S.: Learning foundations of behavior therapy.
 John Wiley & Sons, Inc., New York, 1970.
- LAZARUS, A.A.: Towards the understanding and effective treatment of alcoholism.
 S.A.Med.J. 1965, 39, 736 - 741.
- LIBERMAN, R.: Aversive conditioning of drug addicts: A pilot study.
 Beh.Res.Ther. 1968, 6, 229 - 231.
- SOLLMANN, U.: Therapie mit Drogenabhängigen. Edition A.Achenbach, Giessen 1974.
- VOGLER, R.E., KRAEMER, S., FERSTL, R. und BRENGELMANN, J.C.: Aversion conditioning with severe alcoholics. In : Behavior Therapy - Verhaltenstherapie.
 Urban und Schwarzenberg, München 227 - 232.
- WIKLER, A.: Some implications of conditioning theory for problems of drug abuse.
 Beh.Sci. 1971, 16, 92-97.

Tabelle 2: Auslöser für den ersten Konsum "weicher" und "harter" Drogen (Mehrfachantworten möglich)

Auslöser für " weiche " Drogen		Auslöser für " harte " Drogen	
Neugierde	(74 %)	Neugierde	(60 %)
Vorbildwirkung	(32 %)	Rauscherlebnis	(37 %)
Rauscherlebnis	(30 %)	Konflikte	(34 %)
Konflikte	(24 %)	Vorbildwirkung	(28 %)
Gerede	(22 %)	Problemlösung	(23 %)
Anpassung	(21 %)	Glück	(20 %)
Glück	(15 %)	Angst	(16 %)
Problemlösung	(15 %)	Anpassung	(10 %)
Bewußtseinserweiterung	(12 %)	Gerede	(10 %)
Steigerung des Lebens	(9 %)	Protest gegen Gesellschaft	(7 %)
Protest gegen Gesellschaft	(8 %)	Leistungssteigerung	(4 %)
Angst	(8 %)	Bewußtseinserweiterung	(2 %)
Leistungssteigerung	(6 %)		

Tabelle 3: Derzeit wirksame Auslöser für die Aufrechterhaltung des Drogenkonsums (Mehrfachantworten möglich)

91 %	Gefühle (Langeweile, Depressionen, Ärger, Enttäuschung)
85 %	Drogengedanken
82 %	Schmerzen (besondere Entzugssymptome)
78 %	Drogengespräche
76 %	Personen
76 %	Drogenutensilien
67 %	Besuch von Drogenlokalen
58 %	soziale Situationen (z.B. Streit)
56 %	Musik
35 %	Tageszeiten
34 %	Sonstiges (Zimmereinrichtung, Toilette)

Tabelle 4: Aufenthaltsdauer im Rehabilitationprogramm (in Monaten)

	N	Mittelwert	Median	Streuung
Gesamtgruppe	89	3.8	3	2.2
PL-Gruppe	21	5.4	5	2.1
NPL-Gruppe	68	3.1	3	2.3

PL = planmäßig entlassene Klienten

NPL = Klienten mit vorzeitiger Entlassung

Tabelle 5: Drogenfreiheit bzw. Rückfälligkeit der Klienten des stationären Rehabilitationsprogramms zum Zeitpunkt der Nachkontrollen (Stand: Feb. 1976)

	1. Nachkontrolle (1 Monat)	2. Nachkontrolle (3 Monate)	3. Nachkontrolle (6 Monate)	4. Nachkontrolle (12 Monate)
Gesamtstichprobe (N = 89)	n 100% (89)	100% (89)	100% (89)	81% (72)
	+ 35 (31)	33 (29)	30 (27)	35 (25)
	- 56 (50)	48 (43)	34 (30)	28 (20)
	T/G 3 (3)	9 (8)	21 (19)	21 (15)
	? 6 (5)	10 (9)	13 (12)	14 (10)
	† -	-	1 (1)	3 (2)
PL-Gruppe (N = 21)	n 100% (21)	100% (21)	100% (21)	66% (14)
	+ 71 (13)	76 (16)	62 (13)	79 (11)
NPL-Gruppe (N = 68)	n 100% (68)	100% (68)	100% (68)	88% (60)
	† 24 (16)	19 (13)	21 (14)	23 (14)

PL = planmäßig entlassene Klienten

N = Gesamtzahl der Klienten

+ = drogenfrei

NPL = Klienten mit vorzeitiger Entlassung

n = Zahl der Klienten bei der jeweiligen Nachkontrolle

- = drogenkonsumierend

~ = Zahl der befragten Klienten zu gering

T/G = in Therapie / Gefängnis

? = unbekannt

† = gestorben

Tabelle 6: Veränderungen in einigen Indikatoren aus dem Bereich Drogenverhalten 1)

Prozentsatz der Klienten, die nach ihren Angaben	Befragungszeitpunkte				
	Anamnese	1. NK	2. NK	3. NK	4. NK
— nie oder selten an Drogen denken	8.8	70.6	69.7	58.8	60.0
— nie oder selten über Drogen reden	28.1	75.8	78.8	79.4	72.0
— keine Drogenorte (Szene) aufsuchen	7.1	57.1	54.3	48.6	65.0
— keine Drogenfreunde haben	3.5	51.1	39.3	37.5	38.3
— nicht "handeln"	18.6	86.8	79.5	76.0	75.7

1)

Die Analyse spezifischer Verhaltensindikatoren (mit Ausnahme einiger Standardwerte wie Drogenfreiheit) ist nur bei Klienten möglich, die nach Fertigstellung der Entwicklung der Kontrollbogen das Programm durchliefen. Zum Stichtag 20.2.1976 beruhen die Prozentangaben bei den einzelnen Terminen auf einem N von 38, 38, 36, 35, 19 Klienten (T - Gruppen minus Anzahl der " ? " - Klienten).

Tabelle 7: Veränderungen in einigen Indikatoren aus den Bereichen Freizeit- und Sozialverhalten

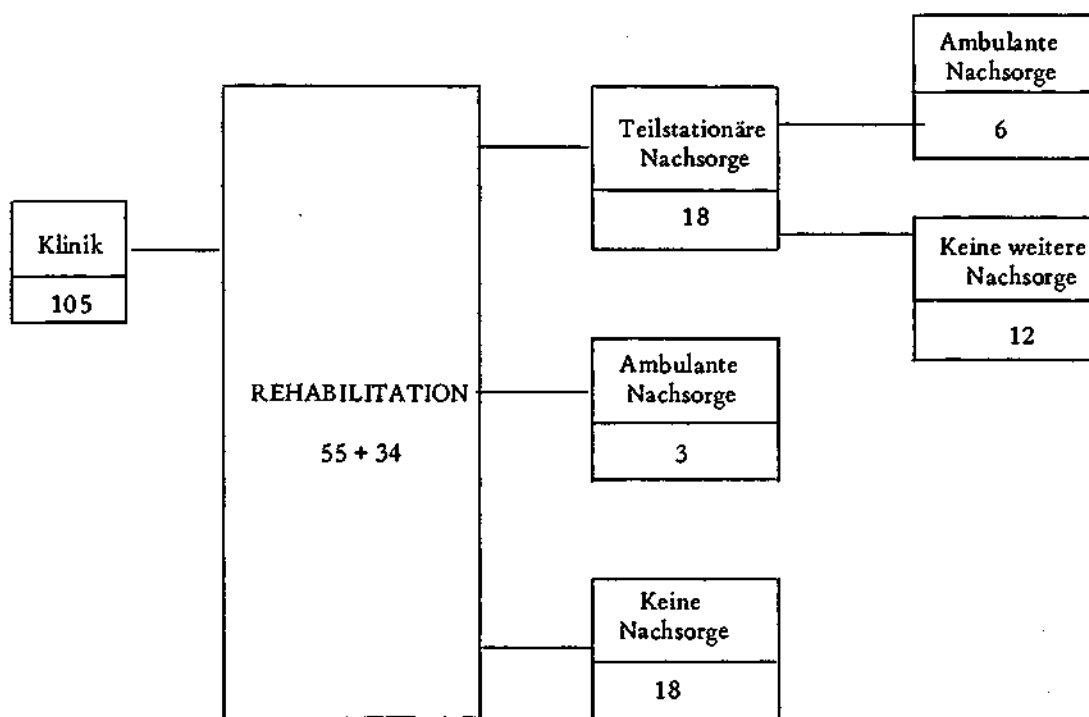
a) Freizeitbereich

	Befragungszeitpunkt				
	Anamnese	1. NK	2. NK	3. NK	4. NK
Anzahl angegebener Freizeitaktivitäten	2.4	4.3	4.5	3.7	4.9
Frequenz besuchter Freizeiteinrichtungen	3.6	6.1	4.3	3.1	6.7
— Anzahl der Stunden, die pro Wochentag im Durchschnitt mit aktiven Freizeitbeschäftigungen ausgefüllt wurden	2.9	4.4	3.9	3.0	3.7
— pro Sonn- / Feiertag	3.7	6.3	6.8	5.2	6.0
Prozentualer Anteil von Klienten, die mit ihrem Freizeitverhalten eher zufrieden sind (Urteil 4)	28.2%	42.8%	57.2%	50.0%	62.5%

b) Sozialbereich

		Befragungszeitpunkt				
		Anamnese	1. NK	2. NK	3. NK	4. NK
prozentualer Anteil von Klienten, die Schwierigkeiten angeben bei	offen sein	48.1	25.0	22.2	21.2	29.2
	Kompromisse schließen	44.2	28.6	25.9	24.2	37.5
	Wünsche äußern	40.4	14.3	14.8	24.2	29.2
	loben	44.2	28.6	14.8	21.2	20.8
	Lob annehmen	50.0	32.1	33.3	36.4	41.7
	nicht verletzend Kritik üben	55.8	42.9	29.6	39.4	29.2
bzw. mit	Vorgesetzten	26.9	7.1	14.8	9.1	12.5
	Kollegen	19.2	10.7	11.1	9.1	12.5
	Kontaktpersonen in der Freizeit	38.5	21.4	14.8	21.2	33.3
	Personen des eigenen Geschlechts	19.2	7.1	11.1	21.2	16.7
	Personen des anderen Geschlechts	32.7	25.0	7.4	12.1	20.8
Unsicherheit / Angst		vor dem Sozialtraining		nach dem Sozialtraining		2. NK
— allgem. Unsicherheit (Faktorenwert besonders indiziert wenn 40)		47.2		36.9		37.1
— Kritik- und Fehlschlagangst (Faktorenwert besonders indiziert wenn 28)		30.6		22.6		26.3

Tabelle 8 : Anteil der nachbehandelten Klienten



Alkoholismus und Suizid bei Frauen

W. Burian

(Anton Proksch Institut, Wien - Kalksburg)

Zusammenfassung

Unsere Institution wird sehr oft mit Krisenintervention befaßt; von der sozialen Krise einer Person bis zum Selbstmordversuch. Neben den bekannten Konstellationen für Suizidversuche haben wir eine Reihe von Fällen, wo Alkohol oder Psychopharmaka Suizidversuche ausgelöst haben, soziale oder individuelle Vorgeschichte ist nicht ausschlaggebend, weil unbewußte narzistische Phantasien aktiviert werden. Suchtkranke müssen daher bei jedem Rückfall behandelt werden, weil Suizidgefahr besteht.

Die Literatur über Alkoholismus spricht oft über eine hohe Korrelation von Sucht und Suizidhäufigkeit. Auf die Ätiologie wird nur selten und meist widersprüchlich eingegangen, die sogenannten konstitutionellen Faktoren meist überwertet und die Wirkung der psychotropen Substanzen kaum berücksichtigt.

Von über 300 Frauen, die unsere Ambulanz regelmäßig seit 1974 in Anspruch genommen haben, haben zwanzig einen Selbstmordversuch (SMV); drei davon mehrere SMV und neun Selbstmord (SM) begangen. Über die sicherlich vorhandene Dunkelziffer können wir keine Aussage treffen.

Tabelle 1

	SMV	SM
25a - 35a	16	7
35a - 50a	2	0
über 50a	2	2
Total	20	9

Ein Blick auf die wissenschaftlichen Arbeiten über unser Thema fordert mehr die Verwirrung. Alkoholismus wird zwar gerne als selbstdestruktiv oder als "langsamer Selbstmord" bezeichnet, die empirischen Daten sind aber weniger aufschlußreich.

Nach Springer (1975) schwanken die Suizidendenzen der Alkoholiker in Österreich zwischen 5,3% im Burgenland und 19,1% in Vorarlberg, die Suizidversuche zwischen 0,7% bis 5,3%. Nach Demel und Köhler (1977) liegt die Höhe der SMV bei 20%, die Autoren Rathod und Thomson (1971) geben sogar 37% an. In der von mir beschriebenen Population liegt die Rate der SMV etwa bei 10%. Über den Wirkungszusammenhang von Alkoholismus und Suizid gibt es noch weniger Unterlagen. Ringel und Rottler berichten 1975, daß 15% der von ihnen aufgenommenen SMV zum Zeitpunkt der Tat getrunken haben, die Hälfte dieser Patienten seien Alkoholiker gewesen. Ähnliche Angaben finden wir bei Kessel (1961) über eine britische Population. Schmid und de Lint (1972) berichten, daß die Biographie von Alkoholkranken und suizidgefährdeten

Personen viele Gemeinsamkeiten besitzen, SMV sind bei Alkoholikern sechsmal größer als in der Restbevölkerung. Sowohl Schmid / de Lint als auch Rusing behaupten, daß weibliche Alkoholiker weniger SMV unternehmen als männliche Alkoholiker. Wessely / Pernhaupt (1973), Demel / Köhler und Feuerlein / Kunstmann sehen bei weiblichen Alkoholikern einen ungleich höheren Prozentsatz an Selbstmordversuchen als bei Männern. Aus diesen sehr unterschiedlichen Angaben muß geschlossen werden, daß die genannten Autoren ihre Daten aus nicht vergleichbaren Untersuchungsbedingungen gewonnen haben und zugleich wenig Auskunft über die verschiedenen Variablen dieses komplexen Geschehens geben.

Diese Arbeit will eine praktische Erfahrung theoretisch absichern, die bei der Untersuchung der SMV unserer ambulanten Patienten gewonnen wurde. Neun von 29 SMV bieten weder anamnesticke Hinweise auf depressive Symptomatik, noch Zeichen sozialer Krisensituationen. Die Einnahme von Alkohol und/oder bestimmter Psychopharmaka scheint unter bestimmten Bedingungen ein depressives Zustandsbild zu produzieren, das in einem SMV endet. Die Wirkung des Alkohols auf das Zentralnervensystem besteht allgemein in einer Unterdrückung neocorticaler Hemmungen, im Verhalten kommt es zu einer Häufung von Impulshandlungen. Die pharmakologische Wirkung des Alkohols ist aber nur im Zusammenwirken mit Alkoholtoleranz, sozialer Situation und Persönlichkeit zu verstehen. Unter Alkohol werden primitive, früh erlernte Verhaltensweisen, die nicht in das Ich vollständig integriert werden konnten, aktiviert. Die Intoxikation führt zu einer "Löschung" der Abwehr- und der Kontrollmechanismen und zu einer Wiederbelebung narzistischer Größenphantasien, affektiv zu massiven Schwankungen von euphorischen zu depressiven Zuständen.

Diese Annahme würde sowohl erklären warum Süchtige häufiger SMV unternehmen, als auch die Tatsache, daß viele SM unter Alkohol begangen werden.

Wenn das "praesuizidale Syndrom", 1953 von Ringel als "Einengung, Aggressionsumkehr und Suizidphantasie" beschrieben, verdeckelt wird oder keine Gültigkeit besitzt, wird das Erkennen einer Krisensituation sehr erschwert. Außerdem werden suizidgefährdete Personen bei Intoxikation durch Alkohol oder Psychopharmaka mit einer hohen Wahrscheinlichkeit eine stärkere depressive Symptomatik bieten. Die Basis des praesuizidalen Syndroms ist die Einengung. Sie kann sowohl psychodynamisch oder / und sozial ausgelöst werden; sie bezeichnet eine regressive Tendenz der Persönlichkeit mit einer zunehmenden Einschränkung der dynamischen und situativen Entfaltungsmöglichkeiten. Es kommt zu einer Reduzierung der zwischenmenschlichen Beziehungen und des objektiven Werterlebens. Die Einengung kann auch durch eine Intoxikation ausgelöst werden und Verhaltensmuster aktivieren, die lange erfolgreich unterdrückt wurden (Gulle, 1972). Speziell der Alkohol- kranke ist eine in seinem Selbstgefühl stark verunsicherte Persönlichkeit, die sich zum Schutz vor Kränkungen und zur Konfliktlösung in hohem Maß infantiler Kompensationsmechanismen bedient. Besonders der

Rückzug in den Rausch aktiviert diese Persönlichkeitsanteile.

Während bei zwanzig unserer Patienten anamnestiche Hinweise gefunden werden konnten und die aktuelle Situation (depressive Verstimmung, Verlust des Arbeitsplatzes oder Ehekrise usw.) typisch für einen SMV war, konnten bei neun Patienten keine Hinweise für das praesuizidale Syndrom gefunden werden. Diese Frauen unternahmen den SMV aber unter Einwirkung von Alkohol (drei davon Alkohol und Tranquilizer).

Tabelle 2

Auslöser	SM	SMV	bei SM: mehrere SMV	bei SMV: vorherg. SMV
Depress. Verst.	6	6	5	6
Alk. u./od. Med.	1	9	1	0
Soz. Krise	0	3	0	0
Partnerverlust	1	2	0	1
Psychose	1	0	0	0

Beispiel: Eine 37-jährige Frau, Pflichtschule, angelernte Arbeiterin, dzt. im Haushalt wegen ihrer Kinder, trinkt seit etwa drei Jahren. Anamnestisch keine depressiven Verstimmungen und Suizidideen feststellbar. Nach mehrmonatiger Abstinenz kommt es zu einem massiven Alkoholrückfall und die Frau unternimmt einen SMV durch Schnitt in die Arteria radialis. Die Patientin gibt nach ihrer stationären Aufnahme an, daß der SMV ihr nicht erklärbar sei und sie durch die Tat "wie vom Blitz getroffen sei". Sie schreibe das alleine dem Alkohol zu.

Das spezifische Moment hier ist eine "typische" Situation des Alkoholikers. Das Suchtmittel ist einerseits "Schutz" vor Konflikten, andererseits wird durch das Trinken die psychosoziale Krise verschärft, die abwehrende Funktion reicht nicht mehr aus und es kommt zu einer Krise mit dem Lösungsversuch des SM.

Die akute therapeutische Hilfe in Krisensituationen wird durch unsere rasche Verfügbarkeit bestimmt. Die überwiegende Mehrheit meldet sich durch Telefonanruf, durch Aufsuchen der Ambulanz oder einer Beratungsstelle. Wir bieten unseren Patienten schon während der stationären Behandlung die sofortige therapeutische Hilfe, als Teil unseres Behandlungsangebotes, an. Das hat den Vorteil, daß die Mehrheit unserer Patienten sich schon zu Beginn einer Krisensituation melden. Die Voraussetzung dafür ist allerdings eine gewaltige Ausweitung unseres ambulanten Behandlungsangebotes. Meist ist es möglich, durch ein beratendes Gespräch, dem Hilfesuchenden, mit Einbeziehung von Angehörigen, eine Konfliktlösung anzubieten. Da die verursachenden Faktoren teilweise durch den Charakter unserer Institution vorgegeben sind oder vermutet werden können, ist eine Lösung in den meisten Fällen möglich. In manchen Fällen, insbesondere Fälle wo akute Suizidgefahr gegeben ist, nehmen wir

den Patienten nach Möglichkeit stationär auf. Unter besonderen Umständen haben wir den Patienten zu Hause aufgesucht und veranlaßt, eine stationäre Therapie durchzuführen. Das Beratungsgespräch selbst bewegt sich in der Regel auf einer kognitiven Ebene, vermittelt die Eindrücke des Therapeuten derart, daß sie sofort verstanden und verarbeitet werden können.

Man muß sich stets vor Augen halten, daß das Ziel unseres Eingriffes nicht die Klärung der gesamten Persönlichkeitsentwicklung sein kann, sondern Alternativen zur Lösung der Krisensituation anbieten muß. Ein wichtiger Aspekt scheint mir zu sein, dem Hilfesuchenden die Dynamik der Krise zu erläutern und durch die Erkenntnis ihm ein Instrument zu geben, das den Prozeß unter Kontrolle bringen kann. Geht die Intervention über mehrere Sitzungen, versuchen wir stets Familienmitglieder in die Lösung der Krise miteinzubeziehen. In vielen Fällen entdecken wir chronische Konfliktsituationen, die durch die Krisenintervention nur überbrückt, bzw. verdeckt werden können; wir empfehlen in solchen Fällen, je nach Indikation, eine Psychotherapie. Das ist zugleich die schwächste Stelle unserer Ambulanz, und der psychiatrischen Versorgung überhaupt, weil Psychotherapie praktisch nicht verfügbar ist.

Zusammenfassend können wir sagen, daß unsere Institution sehr oft mit Krisenintervention befaßt wird; von der sozialen Krise einer Person bis zum SMV. Neben den bekannten Konstellationen für Suizidversuche haben wir eine Reihe von Fällen, wo Alkohol oder Psychopharmaka Suizidversuche ausgelöst haben, soziale oder individuelle Vorgeschichte ist nicht ausschlaggebend, weil unbewußte narzistische Phantasien aktiviert werden. Suchtkranke müssen daher bei jedem Rückfall behandelt werden, weil Suizidgefahr besteht.

Summary

Our institute often deals with crisis intervention ranging from aid in personal social crisis to suicide. Besides commonly accepted reasons suicide and suicide attempts we have a number of cases where suicide attempts were triggered by the consumption of either alcohol or minor tranquilizers (or sedatives). The previous social or individual history of the individual is irrelevant in this case as subconscious narcissistic fantasies were activated by the consumed substance. Addicts must therefore be treated at every relapse as there is always the danger of a suicide.

LITERATURHINWEISE

- DEMEL, I., I. KÖHLER : Alkoholismus bei Frauen (in Veröffentlichung).
- FEUERLEIN, W., G. KUNSTMANN : Die Häufigkeit des Alkoholismus.
- GURLEE, J.: Depression and alcoholism.
Bull.Neuringer Clin. 36 (451-455) 1972.
- KESSEL, N. and G. GROSSMAN : Suicide in alcoholics.
Brit.med. 12 (1671 - 72) 1961.
- RATHOD, N.H. and I.G. THOMSON : Woman alcoholics.
Quart.J.Stud.Alc. 32 (45 - 52) 1971.
- RINGEL, E.: Der Selbstmord. Wien 1953 (vgl. auch E.Ringel: Selbstmordverhütung, Wien 1969 und H. Heuseler : Narzistische Krisen; zur Psychodynamik des Selbstmordes, Hamburg 1974).
- SCHMID, W. and J. de LINT : Causes of Death of Alcoholics.
Quart.J.Stud.Alc. 33 (171-185) 1972.
- SPRINGER, A. et al.: Das Krankengut der Stiftung "Gene-
sungsheim Kalksburg" in : Alkoholismus
in Österreich (Herausgeber : K.Kryspin -
Exner, A. Springer, I. Demel)
Schriftenreihe des Ludwig Boltzmann -
Institutes für Suchtforschung, Band 1
Wien, Brüder Hollinek, 1975.
- WESSELY, P., G.PERNHAUPT : Der Alkoholismus bei Frauen
Wr.med.Wschr. 123 (473-478) 1973.

I. Alkohol-, Alkaloid- und andere Vergiftungspsychosen

Von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. BONHOEFFER in Breslau.
Aus dem Zyklus von Vorträgen über „Die Grundzüge
der modernen Psychologie und Psychiatrie“, veranstaltet vom
Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in
Preußen

(Wintersemester 1910/11).

M.H.! Das Kapitel der Intoxikationspsychosen hat in der Psychopathologie seit langem in besonderem Maße das Interesse beansprucht, weil hier für eine wichtige Frage der Pathologie, für die Frage der Klassifikation der Psychosen, ein fester Ausgangspunkt gegeben schien. Hier, wo die direkte ursächliche Beziehung zwischen exogener Schädigung und Funktionsstörung des Bewußtseinsorgans sich ohne weiteres zu ergeben schien, konnte man hoffen, einen sicheren klinischen Boden für eine ätiologische Einteilung der Psychosen zu gewinnen, und es ließ die anscheinend ätiologisch klare Bedingtheit der pathologischen Bewußtseinsphänomene tiefere Einsichten in das pathologisch - physiologische Geschehen im Gehirn erwarten. Diese Hoffnungen haben sich bis zu einem gewissen Grade auch erfüllt. Das Studium der häufigeren Intoxikationspsychosen hat uns den Blick geschärft für die symptomatologische Festlegung bestimmter psychischer Typen, die wir als exogene psychische Reaktionsformen zusammenfassen können. Dabei zeigt sich allerdings gleichzeitig, daß das Bereich des Vorkommens dieser Reaktionsformen hinausreicht über das Gebiet der Intoxikationen und auch die psychischen Störungen umfaßt, die man im Gefolge körperlicher Erkrankungen, akuter Infektionen, akuter Stoffwechselerkrankungen, erschöpfender Prozesse, Autointoxikationen auftreten sieht. Entgegen früheren Hoffnungen sieht man weiter, daß von einer Spezifität der psychischen Störungen je nach der Art der speziell vorliegenden toxischen Schädigung nicht oder nur in beschränktem Maße die Rede ist. Es ist dies einer der Gründe, aus dem sich die Einteilung der Intoxikationspsychosen nach der chemischen Verwandtschaft, wie es Heiberg gewollt hat, klinisch verbietet.

Gerade das Studium der Intoxikationspsychosen lehrt nun aber weiter, daß die ätiologischen Verhältnisse auch hier in der Mehrzahl der Fälle keineswegs so einfach liegen, wie etwa in dem Verhältnis von Alkoholzufuhr und Trunkenheit. Wir sehen gerade bei den klinisch wichtigsten Intoxikationspsychosen, bei denen, die auf den Mißbrauch narkotischer Mittel zurückzuführen sind, das Moment der individuellen pathologischen Disposition der Konsumenten eine große Rolle spielt. Es kommen also ausgesprochen endogene Faktoren zu der exogenen Ätiologie hinzu, ja sie überwiegen sogar bei manchen Zuständen fast die exogenen. Ich erinnere an den sogenannten pathologischen Rausch, die periodische Trunksucht und an gewisse Formen des chronischen Alkoholismus und Morphinismus bei instabilen Degenerierten. Aber auch in den Fällen, in denen die exogenen toxischen Schädigungen ätiologisch durchaus im Vordergrund stehen, sind die ätiologischen Beziehungen zwischen Intoxikation und eigentlich psychotischen Zuständen anscheinend keine ganz direkten. Die klinische Beobachtung spricht dafür, daß auf dem Boden der chronischen Intoxikation sich ein neues Agens entwickelt, das akute psychische Veränderungen bestimmter Färbung zu erzeugen imstande ist. Diese neue Agens entwickelt sich wahrscheinlich bei verschiedenen exogenen Prozessen in derselben Weise und bedingt die grundsätzliche Übereinstimmung der resultierenden psychischen Bilder. Ich komme auf diese ätiologischen Zwischenglieder, wie man sie nennen kann, noch zurück. Hier sollen sie nur erwähnt sein, um die Kompliziertheit der ätiologischen Beziehungen selbst bei den scheinbar so einfach liegenden Intoxikationspsychosen zu kennzeichnen.

M.H.! Wenn ich mich zur speziellen Besprechung der wichtigsten Intoxikationspsychosen wende, so ist zunächst darauf hinzuweisen, daß die durch einmalige akute Vergiftung hervorgerufenen akuten Bewußtseinsveränderungen, die in Stimmungsanomalien, in Benommenheit, Traumbildern, Schlaf, Rausch, Exzitation bestehen können, hier nicht zur Besprechung kommen. Man pflegt diese in einem direkten Abhängigkeitsverhältnis von der Anwesenheitsdauer des Giftes im Organismus stehenden transitorischen akuten Bewußtseinsveränderungen einer stillschweigenden Konvention entsprechend nicht als Psychose zu bezeichnen. Die Intoxikationspsychosen im engeren Sinne haben eine chronische Einführung des Giftes zur Voraussetzung. Eine Ausnahme machen die nach Kohlenoxyd und die nicht ganz sichergestellten nach Jodoform und Salizylgebrauch aufgestellten Psychosen.

Unter diesen stehen unbestreitbar an praktischer Wichtigkeit wie an prinzipieller Bedeutung an erster Stelle die alkoholischen Psychosen. In der kurzen Spanne Zeit, die mir zur Verfügung steht, kann es sich natürlich nicht darum handeln, Ihnen eine eingehende Schilderung und symptomatologische Analyse alles klinisch vorkommenden zu geben. Es wird vielmehr der Stand einiger wichtiger Fragen zu skizzieren und das praktisch bemerkenswerte hervorzuheben sein.

Was zunächst die Frage nach der Spezifität der alkoholischen Psychosen anlangt, so findet noch immer die Anschauung vereinzelter Vertreter, daß jede Psychose alkoholisch verursacht sein kann. Dies ist nur richtig, wenn man im einzelnen Falle sich mit dem Nachweis begnügt, die Mitwirkung von Alkoholismus in der Vorgeschichte festgestellt zu haben. Bei der Häufigkeit des Alkoholismus ist es a priori wahrscheinlich, daß es kaum eine Psychose geben wird, bei der er sich nicht gelegentlich in ausgesprochenem Maße in der Anamnese findet. Nach allgemeinen naturwissenschaftlichen Grundsätzen wird man aber einen gesetzmäßigen Zusammenhang zwischen Alkoholismus und dem Auftreten von Psychosen erst dann anzunehmen berechtigt sein, wenn bestimmte Krankheitsbilder von charakteristischer Symptomgruppierung in regelmäßiger Wiederkehr auf dem Boden des Alkoholismus sich finden. Legt man diesen Maßstab an, so gelangt man ohne weiteres dazu, Katatonie, Hebephrenie, paranoide Demenz, manisch-depressive Erkrankung, progressive Paralyse und vieles andere auszuschließen und sieht, daß es nur eine ganz beschränkte Anzahl von Erkrankungen ist, die man auf dem Boden des Alkoholismus erwachsen sieht.

Diese wird man bei der eminenten quantitativen Überlegenheit der alkoholischen über alle anderen Intoxikationspsychosen als alkoholische zu bezeichnen berechtigt sein, auch wenn sich nachweisen läßt, daß übereinstimmende oder wenigstens fast übereinstimmende Krankheitsbilder sich gelegentlich auf dem Boden anderer exogener Ätiologie finden. Es ergeben sich dabei folgende Erkrankungen: zunächst der pathologische Habitualzustand der chronischen Intoxikation, der chronische Alkoholismus mit seiner Neigung zu pathologischen Rauschen und epileptiformen Erregungen, dann das Delirium tremens, die protrahierten Delirien und die alkoholische Korsakow'sche Psychose, die akute Halluzinose und endlich die auf dem Boden des Alkoholismus sich entwickelnden Defektzustände.

Was zunächst den chronischen Alkoholismus anlangt, so kann ich die körperlichen Symptome als bekannt beiseite lassen; das Wesentliche seines psychopathologischen Wesens läßt sich dahin resümieren, daß er eine epileptoiden Veränderung darstellt. Der unter chronischer Alkoholeinwirkung stehende Potator befindet sich in einem Zustande einer mehr oder weniger starken Herabsetzung des Sensorium mit Erschwerung der Auffassung und Neigung zum Illusionieren. Es besteht eine Affektrichtung, die geneigt ist, die Dinge ängstlich und gereizt aufzufassen. In dieser Bewußtseinslage bedarf es oft geringer Anstöße, um einerseits epileptische Anfälle, die Alkoholepilepsie und die epileptiformen Bewußtseinsstörungen des pathologischen Rausches und andererseits auf dem Wege des Illusionierens wahnhaftige Gedankengänge im Sinne der Beeinträchtigung auszulösen. Daß diese letzteren bei chronischem Alkoholismus mit Vorliebe die Form des Eifersuchtswahns annehmen ist bekannt, es spielen hierbei neben pathologischen psychologische, wahrscheinlich auch direkte abnorme Zustände der Sexualsphäre ein Mißverhältnis von Potenz und Libido eine Rolle.

Unter Abstinenz schwinden die toxischen Symptome, und es bleibt zunächst lediglich der Defekt der Energie und die Abstumpfung der feineren Gefühlsregungen, die sich vor allem in einem Mangel an Einsicht in die Brutalität der Lebensführung, in einem Defekt an Verantwortlichkeitsgefühl und in einer meist euphorischen Bonhomie ausspricht. Diese Form des chronischen Alkoholismus ist diejenige, die wir als die eigentlich toxische betrachten dürfen, und für sie ist charakteristisch, daß sie, soweit es sich nicht um alte invertierte Säuer mit ausgesprochenen Gefäßveränderungen handelt, im allgemeinen eine lediglich gute prognostische Beurteilung bietet, wenn eine systematische Behandlung durch monatelange Totalabstinenz in nicht zu später Phase einsetzt.

Ein anderer häufig geschilderter Typus der chronisch alkoholischen Veränderung ist der der Charakterdegeneration im Sinne des lügnischen, renomnistisch-sentimentalen Prahlers, der sich als stets verkanntes Opfer ungünstiger Verhältnisse darstellt, seinen Alkoholismus in Abrede stellt und alles für die Zukunft verspricht. Dieser Typus ist seltener, als er in den üblichen Lehrbuchschilderungen auftritt, und die Prognose dieser Fälle ist schlechter, weil hier das Wesentliche die

zugrunde liegende unkorrigierbare psychopathologische Anlage bildet. Es sind meist ab ovo Degenerierte mit Anklängen des pathologischen Schwindlertums. Der Alkoholismus wirkt hier im wesentlichen nur in der Weise, daß er die der krankhaften Anlage entgegenstehenden Hemmungen abschwächt. Daß wir diesen Typus gerade unter chronischen Alkoholisten gelegentlich finden, liegt daran, daß für diese Kategorie haltloser Schwächlinge der Alkoholismus die nächstliegende Form der sozialen Entgleisung ist.

Es mag bei diesen wenigen Bemerkungen zur Klinik des chronischen Habitualzustandes der Trinker sein Bewenden haben. Auf dem Boden dieses chronischen epileptoiden Zustandes entwickeln sich nun meist dann, wenn gleichzeitig die bekannten chronischen somatischen Veränderungen an Herz, Nieren, Leber und Schleimhäuten sich eingestellt haben, die eigentlichen akuten Alkoholpsychosen, von denen das Alkoholdelir die wichtigste ist, sowohl der Häufigkeit wegen als weil es klinisch den Ausgangspunkt für das Verständnis auch der anderen Alkoholpsychosen darstellt. Ich kann darauf verzichten, in diesem Kreise die psychische Symptomatologie des Delir zu erörtern. Es handelt sich um einen Zustand herabgesetzter Aufmerksamkeit, der in psychischer Beziehung hinsichtlich der Elementarsymptome den ganzen Komplex des Korsakow'schen Syndrom in sich birgt, äußerlich aber seine besondere Farbe dadurch bekommt, daß kombinierte Sinnestäuschungen überwiegend optisch-taktiler und bewegter Art in traumhaftem Wechsel sich folgen, daß gleichzeitig ein ausgesprochener Betätigungsdrang innerhalb der halluzinierten Situation zumeist im Sinne der Alltagsbeschäftigung des Patienten besteht. Die eigentümliche Verbindung von leichter Benommenheit, lebhafter halluzinatorischer Situationsverkenntnis zusammen mit einer Stimmungslage, die zwischen Angst und Euphorie schwankt, gibt dem Deliranten das äußerlich groteske Aussehen.

Von den Fragen, die beim Delirium zurzeit noch zur Diskussion stehen, ist die nach seinem eigentlichen Wesen und seiner Spezialätiologie noch immer nicht geklärt. Noch immer wird von mancher Seite, neuerdings wieder von Wassermeyer die Anschauung vertreten, daß es sich im Delir gewissermaßen lediglich um eine Exazerbation des chronischen Alkoholismus handele, um einen Kulminationspunkt, in dem die klinischen Erscheinungen des chronischen Alkoholismus ihre höchste Ausbildung erfahren.

Dem gegenüber meine ich, daß das Delirium tremens in seiner ganzen Erscheinungsweise nach psychischer Symptomatologie, nach körperlichen Begleiterscheinungen, nach Pathogenese und Ablauf der Krankheitssymptome sich von den Symptomen der einfachen Alkoholintoxikation wie von dem chronischen Habitualzustand des Alkoholisten in schärfster Weise abhebt. Das schließt nicht aus, daß Andeutungen deliranter Symptome, abortive Delirien interkurrent beim chronischen Alkoholisten auftreten, ohne daß es zum Delir kommt oder, was relativ häufig ist, daß diese dem Ausbruch des eigentlichen Delirs oft wochenlang vorangehen.

Es scheint mir nach dem klinischen Bilde des Delirs unumgänglich anzunehmen, daß hier ein ätiolo-

gisches Zwischenglied, wie schon oben erwähnt, von Bedeutung ist. Der chronische Alkoholismus bringt in dem Organismus eine Veränderung hervor, die ihrerseits für den Ausbruch der akuten Psychose ein neues ätiologisches Moment bildet, das ein von der eigentlichen Alkoholintoxikation völlig verschiedenes Symptombild hervorruft. Die Wahrscheinlichkeit, daß es sich dabei um eine Autointoxikation handelt, ergibt sich aus folgenden Gründen. Das psychische Bild des Alkoholdelirs hat die größte Ähnlichkeit mit den Delirien, die wir auf dem Boden der im Körper selbst gebildeten Gifte im Gefolge von Infektionen, von kachektischen und von Stoffwechselerkrankungen finden. Die körperlichen Begleiterscheinungen der Blutdruckveränderung, der transitorischen Albuminurie mit dem Nachweis der Verfettung der Nierenepithelien, die Pulsbeschleunigung und die Pulsdikrotie, die Vermehrung der polynukleären und Verringerung der eosinophilen Leukozyten, die Neigung zu kapillären Hämorrhagien mit Bevorzugung des Höhlengrau, der starke Tremor, die Schweißsekretion, das akute Auftreten von starker konjunktivaler Injektion, das alles weist auf einen akuten Vergiftungsprozeß hin. Dazu kommt der akute Ausbruch, der meist kritische Abfall der Symptome. Auch die nicht zu bezweifelnde Tatsache, daß das Delir sich mit Vorliebe an Störungen des Stoffwechselgleichgewichts anschließt, spricht im Sinne einer Autointoxikation. Über den Ausgangspunkt der Autointoxikation und über den hypothetischen toxischen Stoff selbst besteht noch völliges Dunkel. Aber eins - möchte ich wiederholen - ist wohl sicher, daß der Alkohol selbst es nicht beziehungsweise nur indirekt ist. Ich kann deshalb füglich davon absehen, über die Hypothesen, die in dieser Hinsicht ausgesprochen worden sind, mich auszulassen. Nur eines mag der praktischen Wichtigkeit wegen Erwähnung finden.

Es ist vor allem die Wiener Schule, die die Ansicht vertritt, daß es sich um ein unter dem Einfluß des Alkohols im Organismus entwickeltes Gift handelt, dessen Gegengift der Alkohol ist. Daraus würde sich mit anderen Worten der Rückschluß ergeben, daß unter bestimmten Umständen die plötzliche Entziehung des Alkohols Delirien auszulösen imstande ist. Damit stehen wir vor der praktisch wichtigsten Frage: ist diese Beziehung zwischen Alkoholentziehung und Deliriumausbruch eine sichergestellte Tatsache? Es ist Ihnen bekannt, daß die Auffassung des Delirs als Abstinenzpsychose früher durchaus die landläufige Ansicht war. Es ist dann vor allem von den Vertretern der Abstinenzbewegung mit großem Nachdruck auf die Erfahrung insbesondere der englischen Abstinenzhospitäler und der Kliniken, in denen kein Alkohol an Alkoholisten verabreicht wurde, hingewiesen worden, wonach in diesen Hospitälern keineswegs ein gehäuftes Auftreten von Delirien zu beobachten war. Diese Tatsache ist unzweifelhaft richtig, und es ist sicher, daß im allgemeinen dem Potator der Alkohol plötzlich entzogen werden kann. Wir haben dies seit 17 Jahren an der Breslauer Klinik an einem nicht geringen Alkoholistenmaterial gesehen. Diese Erfahrungen haben eine große Anzahl von Autoren veranlaßt, die Abstinenzdelirien als Mythos überhaupt ganz in Abrede zu stellen. Ich habe schon vor zehn Jahren auf meine Erfahrungen am Gefängnis material hingewiesen, wo sich bei einer rela-

tiv nicht geringen Anzahl von alkoholistischen dekrepiden Individuen innerhalb der kritischen Zeit am zweiten oder dritten Tag nach der Einlieferung und nach der Sistierung des Alkoholkonsums ausgesprochene typische oder auch abortive Delirien zeigten von mildem Verlauf und guter Prognose. Es war hier kein anderes Moment, als die mit der plötzlichen Entziehung verbundene Stoffwechseländerung nachweisbar. Es scheint danach, daß unter gewissen Umständen, anscheinend insbesondere bei stark reduziertem Allgemeinbefinden der erzwungenen Abstinenz doch eine Bedeutung für die Auslösung des Delirs zukommt. Spätere Erfahrungen anderer Untersucher haben das bestätigt. Eine hübsche Illustration für die Bedeutung der Abstinenz hat neuerdings an allerdings nicht sehr umfangreichem Material W i g e r t aus Stockholm gebracht. Er fand nach einem plötzlichen Alkoholverbot in Stockholm in der ersten Woche des Verbots ein rasches Ansteigen der Delirantenkurve auf das Vierfache der früheren Durchschnittszahl und dann ein Absinken der Kurve auf Null.

Ich habe in Breslau eine ähnliche Untersuchung darüber anstellen lassen (J e s k e), ob sich anschließend an das neue Spiritusgesetz und den Schnapsboykott im Herbst des letzten Jahres eine Änderung in der Deliriumsziffer hat nachweisen lassen. Der Einfluß ist zwar insofern deutlich, als die Delirantenziffer seit jener Zeit in ganz Breslau sehr abgenommen hat, aber ein Anstieg in den Tagen nach dem Boykott ist nicht nachweisbar. Es ergibt sich daraus weder für noch gegen die Bedeutung der Abstinenz etwas, da der Boykott naturgemäß nicht so einschneidend ist. Er zwingt nicht zur Totalabstinenz, wie das Verkaufsverbot.

Man wird also der plötzlichen Alkoholentziehung zwar nicht mehr die übertriebene Bedeutung früherer Zeiten beilegen dürfen, aber es geht auch nicht an, sie als ganz belanglos zu bezeichnen. Für die Behandlung des Alkoholismus ergibt sich daraus, daß bei sehr reduzierten Individuen die plötzliche Entziehung nicht angezeigt, daß sie im übrigen unbedenklich ist.

Für die Therapie des Deliriums selbst lehrt die Erfahrung, daß das ausgesprochene Delir im Ablauf durch Alkoholverabreichung nicht beeinflusst wird, dagegen läßt sich zeigen, daß Tremor und Ataxie, vielleicht auch die motorische Unruhe durch Alkoholverabreichung günstig zu beeinflussen sind.

Das wichtigste Moment in der Therapie des Deliriums ist aber sicherlich nicht der Alkohol. Er ist vielmehr, da er im allgemeinen entbehrlich ist, gerade beim Potator aus sozialpädagogischen Gründen eher zu vermeiden. Das wichtigste ist die Beobachtung der Herzfunktion. Die Höhe der Mortalitätsziffer wird zum sehr großen Teil von der Häufigkeit der Herzkomplicationen bedingt. Die einleuchtendste Illustration hierfür gibt G a n s e r, der zwei große Beobachtungsreihen von im ganzen über 1000 Fällen einander gegenüberstellen konnte. Die eine ältere Gruppe wurde ohne besondere Beeinflussung der Herztätigkeit, die andere systematisch mit Verabreichung von Digitalis vom ersten Verpflegungstage ab behandelt. Er hat in der ersten Serie eine Mortalität von 6,4, in der zweiten mit Digitalis behandelten Gruppe, die 565 Fälle umfaßt, eine Mortalität von nur ca. 0,9 %. Diese Erfahrung lehrt auf das eindringlichste, unter allen Umständen von An-

fang an Digitalis zu verabreichen und es, wie wir es regelmäßig machen, mit Kampfer zu unterstützen. Abgesehen von dieser vitalen Indikation ist beim Delirium tremens die Verabreichung von warmen Bädern, Paraldehyd, Isopral oder Veronal indiziert zur Linderung der motorischen Unruhe, die das Herz zu überanstrengen geeignet ist.

Wenn ich es zu erwähnen wage, daß es ein Fehler ist, das Stillliegen des Deliranten durch Zwangsmittel, insbesondere durch Festschnallen zu erzwingen, so könnte ein solches Monitum fast antiquiert erscheinen. Ich weiß aber, daß dieser Brauch selbst in Krankenhäusern, die viele Delirante aufnehmen, noch keineswegs ausgestorben ist. Abgesehen davon, daß die Gefahr des Todes im epileptischen Anfall durch diese Zwangsmittel vermehrt wird, bedeutet das Festschnallen ohne Zweifel eine Erregung und Steigerung der Herztätigkeit. Der Vergleich der Mortalitätsstatistik bei dieser und bei der Behandlung ohne Zwangsmittel ergibt klare Zahlen zur Verurteilung der Zwangsmittelbehandlung.

Eine besondere Beachtung verdient die Neigung des Deliranten infolge der Unorientiertheit und der durch die Aufmerksamkeitsstörung herabgesetzten Schmerzempfindung sich Selbstbeschädigungen zuzuziehen. Eigentliche Suizidgefahr besteht während des ausgesprochenen Delirs kaum, höchstens im einleitenden Angststadium.

In letzterer Beziehung verhält sich anders die dem Delir nach verwandte Halluzinose der *Trinker*. Sie unterscheidet sich vom Delir symptomatologisch durch die geringe Benommenheit des Sensorium, durch die erhaltene Orientierung und durch die Neigung, die halluzinierten Erlebnisse systematisch zu ordnen. Die kombinierten deliranten Sinnestäuschungen treten gegenüber den sprachlichen Gehörstuschungen zurück. Bei dieser Erkrankung besteht insbesondere im Beginn, eine oft recht schwere Angst mit Verfolgungsideen und es ist nicht ungewöhnlich, daß ein ernsthafter Suizidversuch die Erkrankung einleitet. Es ist deshalb hier die sofortige sorgfältigste Überwachung, am besten die Verbringung in die Anstalt, geboten. Die Erkrankung ist viel seltener als das Delir, betrifft häufiger jüngere Individuen und rekrutiert sich mehr aus sozial höher stehenden Kreisen. Relativ häufig sind Übergangsformen zwischen Delir und Halluzinose und halluzinoseähnliche Episoden im Delir.

Unter den vom gewöhnlichen Verlaufstypus abweichenden Delirien bedürfen noch besonderer Erwähnung die protrahierten Delirien der *Trinker*. Hier tritt nicht nach 4 - 5 Tagen kritischer Abfall und abschließender Schlaf ein, sondern die Erkrankung zieht sich in die Länge, und die eigentlichen Delirien treten nur episodisch und mit Vorliebe gegen Abend auf. Es bleibt aber auch in der nicht deliranten Zeit ein Zustand herabgesetzter Merkfähigkeit mit zeitlicher und örtlicher Desorientierung, mit mehr oder weniger ausgesprochener Neigung zu Pseudoreminiszenzen und Erinnerungsfälschungen bestehen. Es ist das der Zustand, der als *Korsakow'sche Psychose* oder amnestisches Zustandsbild bezeichnet wird. Fast ausnahmslos ist er mit polyneuritischen Symptomen verbunden, und es ist diese Erkrankung deshalb auch als alkoholische polyneuritische Psychose bezeichnet worden. Diese protrahierten oder chronischen Delirien

entwickeln sich mit Vorliebe aus schweren akuten Delirien oder aus Stuporzuständen, mitunter auch aus epileptischen Anfällen. Bevorzugt sind ältere Alkoholisten oder solche mit Komplikationen durch Tuberkulose und andere akute Infektionen. Auch sind alkoholische Frauen relativ mehr zu diesen schweren Formen disponiert als Männer. Treten zu den genannten Symptomen noch Augenmuskellähmungen peripher oder assoziierter Art, so resultiert das von *Wernicke* als Polioencephalitis hämorrhagica superior beschriebene Krankheitsbild. Die Neigung zu kapillaren Blutungen, die ich als Eigentümlichkeit des Delirs schon erwähnt habe, hat im Gehirn hier wie auch bei anderen Intoxikationen als Prädispositionsstelle die Gegend des Aquädukt und führt auf diesem Wege zu den Augenmuskellähmungen.

Die Prognose dieser protrahierten Delirien mit dem amnestischen Zustandsbilde ist quoad restitutionem wenig günstig. In der Mehrzahl der Fälle bleibt als Endstadium ein Defekt der Merkfähigkeit und der Initiative. Ist dieser Defektzustand mit neuritischen oder zerebralen Symptomen verbunden, so wird auch von Alkoholparalyse gesprochen. Von der dementen Form der echten progressiven Paralyse unterscheidet sie sich, abgesehen von dem Befund des Spinalpunkts und der fehlenden *Wassermann'schen* Reaktion, klinisch durch die fehlende Tendenz zur Progression.

M.H. ! Im ganzen kann man von den alkoholischen Psychosen sagen, daß sie an sich eine ausgesprochene Tendenz zur Heilung haben. Die Fälle, in denen dies anders zu liegen scheint, wie bei den chronischen Delirien und den sogenannten alkoholparalytischen Defektzuständen, liegt die ungünstigere Prognose wohl stets an stärkeren zerebralen Gefäßveränderungen oder an anderen komplizierenden somatischen Erkrankungen. Mit dieser ausgesprochenen Heiltendenz der Alkoholpsychosen hängt es zusammen, daß chronische progressive Psychosen, insbesondere progressive Wahnbildungen, auf dem Boden des Alkoholismus eine nur untergeordnete Rolle spielen. Es sind zwar Fälle sogenannter chronischer Alkoholparanoia und chronisch halluzinatorischer Psychosen beschrieben worden, aber es ist nicht zu verkennen, daß bei diesen Fällen das Moment der toxischen Ätiologie oft von der Bedeutung endogener Faktoren überwogen wird. Daß der sogenannte alkoholische Eifersuchtswahn an sich keine progressive Tendenz hat, sondern unter Abstinenz abzuheilen pflegt, kann als allgemein anerkannt gelten.

Wenn in der Praxis die Prognose des chronischen Alkoholismus im allgemeinen trotzdem als nicht günstig gilt, so liegt das weniger an der Schwere des Giftes als an zwei anderen Faktoren, nämlich an der Natur der sozialen Verhältnisse, welche den Rückfall in den Abusus erleichtern und zweitens an der großen Bedeutung der psychopathischen Anlage, welche vor allem die ab ovo Labilen und Instabilen dem schweren Alkoholismus verfallen läßt.

Die Therapie des chronischen Alkoholismus ist einfach. Es gibt nur eins, was Erfolg verspricht, das ist die Unterbringung in einem Trinkerasyll, beziehungsweise einer Spezialanstalt. Es ist ein erfreulicher Fortschritt, daß neuerdings die Landesversicherungsanstalten Alkoholisten zum Heilverfahren annehmen. Auf Einzelheiten der Behandlung einzugehen würde zu weit

führen.

Im Zusammenhang mit den Alkoholpsychosen pflegt zumeist auch der pathologische Rausch und die periodische Trunksucht besprochen zu werden. Streng genommen gehört ihre Besprechung zu den pathologischen Reaktionsformen der Psychopathen.

Der pathologische Rausch ist nach seiner klinischen und symptomatologischen Erscheinungsform ein Dämmerzustand, der die Eigentümlichkeit hat, auf dem Boden angeborener oder erworbener Psychopathie im Anschluß an Alkoholgenuß aufzutreten. Die Tatsache, daß Alkoholfuhr bei diesen Individuen keineswegs regelmäßig nach Art des Experiments den pathologischen Rauschzustand auslöst, beweist, daß neben der allgemeinen Disposition, die durch den psychopathischen angeborenen oder erworbenen Zustand gegeben ist, noch eine spezielle innere Konstellation vorhanden sein muß, um den pathologischen Rausch auszulösen, ganz wie wir es beim Epileptiker kennen.

Bei der periodischen Trunksucht ist der Alkoholkonsum etwas Sekundäres, und es handelt sich um endogene Verstimmungszustände, in denen eine innere Unruhe oder Angst, unter Umständen auch eine gehobene Stimmung die Neigung zu Alkoholexzessen auslöst. Nur ganz selten ist wohl ein eigentliches exzessives krankhaftes Durstgefühl dabei im Spiel. Doch kommt es gelegentlich vor. Wir hatten einen Kranken, der in seinen Anfällen eimerweise Wasser zu sich nahm. Mitunter handelt es sich bei den Quartalsäußern um echte Epileptiker. Es ist aber keineswegs zutreffend, die periodische Trunksucht generell der Epilepsie zu subsumieren. Es unterliegt keinem Zweifel, daß gerade die Degenerierten in ihren Verstimmungen dem periodischen Trunk verfallen. Nach unseren Breslauer Erfahrungen, die von Schroeder gesammelt sind, überwiegen die letzteren durchaus.

Was die pathologische Anatomie der Alkoholpsychosen anlangt, so ist zunächst zu sagen, daß sie nicht spezifisch ist. Sie unterscheidet sich nach unserer jetzigen Kenntnis nicht von den anatomischen Befunden bei anderen schweren Intoxikationen. Die gleiche Art der Veränderung findet man bei infektiösen Delirien, bei Blei- und anderen zerebralen Vergiftungen. An der Rinde sehen wir bei den schweren Delirien den von Nissl als akute Zellveränderung bezeichneten Befund in den Ganglienzellen Chromatolyse der Körner, geblähten, wandständigen, etwas tingierten Kern neben chronischen Veränderungen: Pigmenthaufen, Fettkörnchen in den Lymphscheiden, Verdickung des Gliafasernetzes. Die Gliakerne haben bei den akuten schweren Delirien die Neigung sich reihenförmig an den Gefäßen und um die Ganglienzellen als Trabantzellen zu gruppieren und können Lymphocyten allerdings nur bei oberflächlicher Betrachtung vortäuschen. Die Markscheiden zeigen in diesen Fällen eine Neigung zu scholligem Zerfall, der sich mit Osmiumsäure oft sehr eklatant zeigen läßt. Bei meinen Untersuchungen schien es mir, daß Prädilektionsstellen für diesen Zerfall die Rinde der Zentralwindungen und vor allem der Markkegel des Kleinhirnwurms sind. Eine Bestätigung dieses Befundes geben die Untersuchungen Alzheimers, der besonders starke Gliawucherungen im Wurm des Kleinhirns

nachwies. Zellarchitektonik und das kortikale Faseretz bleiben im wesentlichen gut erhalten. Doch kann eine gewisse diffuse Rarefizierung der ganzen Rinde vorliegen. Besonders bemerkenswert ist, wie schon erwähnt, das Verhalten des Gefäßsystems, mit der Neigung zu kleinen miliaren Blutungen, die als Prädilektionsstelle das Höhlengrau haben. Man findet sie quantitativ sehr verschieden stark ausgebildet, in geringem Maße sind sie, wenn man danach sucht, nach meinen Erfahrungen nicht selten. Ich zeige Ihnen ein Bild frischer derartiger Blutaustritte und eines aus einer späteren Phase eine polioencephalitische Narbe mit zahlreichen Gefäßsprossen (Demonstration). Im übrigen zeigen die Gefäße oft mehr oder weniger starke regressive Veränderungen an den Endothelien. In den Lymphscheiden der Adventitia liegen zahlreiche Pigmentbrocken und mit Marchi sich schwarz färbende Schollen. Stärkere Gefäßneubildungen außerhalb der lokalen Herdchen, Einscheidungen der Gefäße mit Lymphocyten finden sich im Gegensatz zur progressiven Paralyse nicht.

M.H. ! Dem Alkoholismus stehen unter den narkotischen Giften an sozialer Bedeutung, weniger an innerer klinischen Verwandtschaft am nächsten der Morphinismus und der Kokainismus. Die Verwandtschaft mit dem Alkoholismus besteht vor allem darin, daß es im ganzen dieselbe Kategorie von Individuen ist, welche diesen narkotischen Mitteln als Süchtige zu verfallen pflegen. Daß es beim Morphinum und Kokain mehr die Angehörigen der oberen Stände sind, liegt an der schwereren Zugänglichkeit und dem höheren Preise dieser Mittel. Die Bedeutung der psychopathischen Anlage ist beim Morphinum und Kokain wohl sicher noch größer. Dadurch wird die Abtrennung des eigentlich toxischen von dem endogen bedingten bei diesen Intoxikationsformen noch schwieriger. Vielleicht ist sogar das, was als charakteristisch für den chronischen Morphinismus bezeichnet wird, die Charakterveränderung im Sinne der Lügenhaftigkeit lediglich als ungehemmtes Hervortreten der degenerativen Anlage aufzufassen. Denn es gibt zweifellos alte Morphinisten, die es durch dauernde körperliche Schmerzen geworden sind, die kaum etwas von dieser Charakterdegeneration zeigen. Sicher aber ist als eigentliche Morphinwirkung zu bezeichnen, eine starke Reaktion der Energie und eine Abnahme der Willensimpulse. Das Bedürfnis zu motorischer Betätigung sinkt. In diesem Punkte besteht ein kardinaler Unterschied gegenüber dem chronischen Alkoholismus, für den wenigstens bei der durchschnittlichen Dosierung des Alkoholquantums die Erleichterung der motorischen Impulse charakteristisch ist. Eine eklatante Illustration dieses Verhaltens zeigt Ihnen der Vergleich der Kriminalität. Denken Sie an die eminente Kriminalität des Alkoholisten, für den die impulsiven motorischen Erregungen der Roheitsdelikte charakteristisch sind. Beim Morphinisten finden Sie nichts von Roheitsdelikten, lediglich Eigentumsvergehen; zumeist im Zusammenhang mit der Sucht nach dem Narkotikum. Neigung zu Betrug, Diebstahl und Urkundenfälschung, insbesondere die Rezeptfälschung spielen hier eine Rolle. Intelligenz und Gedächtnis werden beim Morphinismus nicht wesentlich geschädigt. Auch die Selbstkritik über den eigenen Zustand fehlt dem Morphinisten im Gegensatz zu

Alkoholisten selten. Das kommt auch darin praktisch zum Ausdruck, daß der Morphinist im allgemeinen schließlich die Behandlung selbst aufsucht, was beim Alkoholisten erfahrungsgemäß durchaus die Ausnahme bildet. In somatischer Beziehung ist beim Morphinismus ein erheblicher Rückgang der Gesamternährung das Gewöhnliche, während Sie beim Alkoholisten häufig Fettansatz sehen. Neuritische Symptome sind beim Alkoholisten gewöhnlich, beim Morphinisten kommen sie auch vor, sind aber seltener.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Alkoholismus und Morphinismus besteht darin, daß es Morphiumpsychozen im Sinne der eben geschilderten Alkoholpsychozen nicht gibt.

Dagegen wird im ganzen viel von Morphiumpsychozen gesprochen. Die Entziehung des Morphiums gilt für etwas gefährliches, sowohl in somatischer Hinsicht als gerade auch im Hinblick auf die Gefahr der Entwicklung von psychotischen Zuständen.

Es ist wohl nicht zu bestreiten, daß bei dem Morphinisten der Hunger nach seinem Narkotikum größer ist als beim Alkoholisten. Beim Alkoholisten habe ich es nie gesehen, daß der Wunsch nach Schnaps innerhalb der Klinik sich zu einem energischen süchtigen Verlangen gesteigert hätte, beim Morphinisten kann man dies aber sehr wohl beobachten. Trotzdem stehe ich der Furcht vor den Abstinenzerscheinungen des Morphiums skeptisch gegenüber.

Daß gelegentlich in der Entziehungszeit des Morphiums Psychozen auftreten, soll natürlich nicht bestritten werden. Aber es ist kein häufiges Vorkommnis, und auch die Fälle der Literatur, die einwandfrei für die Abstinenzätiologie zu verwerten sind, sind recht spärlich. Fast immer handelt es sich um Summationen von toxischen Wirkungen, es treten zum Morphiumpsychose Alkohol, Kokain, Veronal, Chloral, Nikotin und oft noch manches andere. Ein neuer Fall A b r a h a m s ist auch nicht ganz klar, weil hier neben dem Morphiumpsychose noch Amylenhydrat genommen wurde. Da außerdem für einen großen Teil der Fälle Unterernährung und infektiöse Prozesse von seiten der in schweren Fällen fast niemals fehlenden zahlreichen Abszedierungen von den Stichkanälen aus hinzukommen, so wäre es fast verwunderlich, wenn sich nicht gelegentlich Psychozen von delirantem amentiaartigem Charakter und unter Umständen auch K o r s a k o w'sche Zustandsbilder fänden. Auf solche Fälle hat C h o t z e n hingewiesen und hierher gehört auch die Beobachtung H e y m a n n's.

Ich selbst habe bei plötzlicher Entziehung, die ich in der Klinik auch bei sehr schweren Morphinisten stets mache, niemals Psychozen gesehen. Dabei rechne ich allerdings hysterische Erregungen von kurzer Dauer nicht als Abstinenzpsychozen. Doch solches Auftreten kann nicht wundernehmen, wenn man die Kategorie der in Frage kommenden psychopathischen Individuen und die suggestive Macht der seit Jahrzehnten großgezogenen Furcht vor der plötzlichen Entziehung bei den Patienten selbst in Rechnung zieht. Aber auch zu solchen Erregungen kommt es nur selten. Wir haben meist mit der Suggestion, daß wir über ein sicheres Mittel verfügen, Abstinenzerscheinungen nicht in Erscheinung treten zu lassen, guten Erfolg gehabt. Bei Verabreichung von Brom und Veronal, eventuell ver-

bunden mit Digitalis und Kampfer, während mehrerer Tage, lassen sich wohl ausnahmslos auch die nervösen Beschwerden der Übelkeit, des Erbrechens, des Magenkolikens, des Zitterns, Niesens und Schluckens auf ein dem Patienten durchaus erträgliches Maß reduzieren und man hört von dem Patienten meist die Verwunderung darüber aussprechen, wie leicht sie über die Abstinenzzeit hinweggekommen sind. Die Behandlung hat natürlich unter sorgfältiger Überwachung auf der Wachstation stattzufinden. Ich bin überzeugt, daß man von der dogmatischen Tradition über die Schwere der Abstinenzerscheinungen ein gut Teil streichen kann. Ich halte diesen Punkt praktisch für wichtig und hielte es für wünschenswert, daß diese Erfahrungen anderwärts bestätigt würden. Denn es ist kein Zweifel, daß die übertriebene Angst vor den Abstinenzerscheinungen viele Morphinisten abhält, frühzeitig sich in Behandlung zu begeben. Wenn der Morphinist erst weiß, daß er die Entziehung verhältnismäßig recht leicht ertragen wird, so wird sich diese Kenntnis verhältnismäßig bald in der Morphinistengemeinde verbreiten und vielleicht doch manchen bestimmten sich zeitiger in Behandlung zu geben.

Klinisch in vieler Beziehung anders verhält sich der K o k a i n i s m u s. Er steht in der Wirkungsweise in mancher Beziehung dem Alkoholismus näher. Als reiner Kokainismus ist er etwas ganz exceptionelles. Der Weg zu ihm führt meist über das Morphiumpsychose und die Kranken gelangen häufig zu ihm auf dem Wege der wunderlichen Fabel, daß sich das Morphiumpsychose mittels des Übergangs zum Kokain leicht abgewöhnen lasse. Sie bleiben dann meist bei ihm, weil sie im Gegensatz zu der Lethargie des Morphiums in ihm die anregende, Sprechlust erzeugende Wirkung, schätzen. Das Kokain hat außer dieser die motorische Sphäre anregende Wirkung, offenbar eine Steigerung der Erregbarkeit der zentralen Sinnessphären zur Folge, die sich in einer ausgesprochenen Neigung zum Halluzinieren bekundet. Es treten bald Akoasmen, Gesichts- und Hautsensationen auf. Häufig entwickeln sich Halluzinosen mit ausgesprochen paranoischer Wahnbildung. Unter den Sinnestäuschungen gelten für besonders charakteristisch die sexuellen Beeinträchtigungsideen und die Hautsensationen mit den Erklärungswahnideen an parasitärer Hauterkrankung zu leiden. Diese Halluzinationen sollen abheilen nach Aussetzen des Kokain, doch tun sie es nicht immer, wie ich es in einem Falle gesehen habe.

Im ganzen ist kein Zweifel, daß das Kokain ein erheblich gefährlicheres Narkotikum, insbesondere für die Psyche, ist als das Morphiumpsychose.

Hinsichtlich der Entziehung gilt dasselbe wie vom Morphiumpsychose. Daß über die Unbedenklichkeit der plötzlichen Kokainentziehung im Gegensatz zum Morphiumpsychose allgemeine Übereinstimmung besteht, liegt wohl daran, daß man bei dem fast stets vorliegenden Morphiumpsychose - Kokainismus sich praktisch von Anfang an daran gehalten hat, das Gefährlichere bald beiseite zu lassen und gesehen hat, daß es gar kein Bedenken hat.

Die Prognose des Morphinismus, wie die des Kokainismus, ist abhängig von der Dauer der Sucht und von dem Grade der körperlichen Reduktion. Vor allem ist die Gefahr des Rückfalls groß bei Individuen von instabiler psychischer Beschaffenheit und bei chroni-

schon schmerzhaften Affektionen z.B. Tabes mit lanzierenden Schmerzen und Krisen.

M.H. ! Es wären nun noch gewisse chronische Vergiftungen zu besprechen, die nicht auf dem Wege der narkotischen Genußmittel in den Körper gelangen, sondern auf gewerblichem Wege oder zufällig mit den Nahrungsmitteln. Unter den hier in Frage kommenden sind geeignet zu psychischen Störungen zu führen vor allem Blei, Kohlenoxyd und Ergotin. Im einzelnen auf sie einzugehen kann ich mir um so mehr versagen, als die Art der psychischen Störungen durchaus in den Grundzügen einen dem chronischen Alkoholismus ähnlichen Charakter hat, nur daß die Symptome schwerer sind, die organischen zerebralen Symptome im Vordergrund stehen und den psychischen meist lange vorangehen. Die psychischen Störungen sind auch hier episodischer Art. Epileptiforme Erregungen, stuporöse Korsakow'sche Zustände, Delirien treten wie beim chronischen Alkoholismus auf, nur daß die Herabsetzung des Sensorium besonders stark ist. Die Restitution geschieht langsamer und unvollständiger als beim Alkoholismus. Die Defektzustände sind durchaus denen der sogenannten Alkoholparalyse ähnlich und wie dieser fehlt ihnen die Neigung zur Progression.

Werfen wir zum Schluß noch einen Blick auf die heutige Verbreitung der Intoxikationspsychosen, so ergibt sich, daß die praktische Bedeutung der gewerblichen Vergiftungen im letzten Jahrzehnt zweifellos abgenommen hat. Insbesondere sind wohl die Bleiver-

giftungen bei uns viel seltener geworden. Die Verbesserung der gewerblichen Betriebsvorschriften und die Kenntnis der Gefahr bei Töpfen und Buchdruckern hat hier offenkundige Besserung gebracht.

Besonders bemerkenswert ist, daß auch bei den Alkoholpsychosen infolge der veränderten äußeren Bedingungen, unter denen vor allem die Spiritusversteuerung zu nennen ist, zurzeit ein deutlicher Rückgang zu konstatieren ist, wie ich schon erwähnt habe. Für die Delirien in Breslau beträgt er im Vergleich zum Vorjahr sogar mindestens 50 %. Ich nehme an, daß es sich anderwärts in Preußen ähnlich verhalten wird. Ob wir freilich diese erfreuliche Erscheinung als dauernd betrachten dürfen, erscheint mir zweifelhaft. Ein ähnlicher Rückgang hat auch im Jahre 1889 nach der Branntweinbesteuerung nach den damaligen Beobachtungen W e r n i c k e 's stattgehabt und nachher wieder einer Steigerung Platz gemacht. Immerhin werden wir bei dem in letzter Zeit dauernd abnehmenden Alkoholkonsum mit einem langsamen Rückgang des chronischen Alkoholismus und der durch ihn bedingten Erkrankungen rechnen dürfen. Vom Morphismus und Kokainismus heißt es, daß sie zunehmen. Sichere Zahlen gibt es wohl nicht. Es ist aber nicht zum kleinsten Teil in die Hand von uns Ärzten gegeben, diese beiden Intoxikationen in ihrem Wachstum zu hemmen. Zurückhaltung im Ordinieren dieser Mittel wird das wichtigste Prophylaktikum bleiben.

Buchbesprechungen

IS ALCOHOLISM HEREDITARY?

Donald Goodwin
New York, Oxford University Press, 1976
172 Seiten, 12 US Dollar

Die Frage nach einer genetischen Basis der Geisteskrankheiten hat eine lange Tradition in der Psychiatrie, besonders die deutsche Psychiatrie war der Stützpfeiler dieser Bewegung im psychiatrischen Denken. Der erbbiologische Standpunkt wurde dann unter der faschistischen Diktatur Gesetz, neben Schwachsinn und Psychose wurde auch der "schwere Alkoholismus", von vielen heute gerne übersehen, als genetisch verursachte Erkrankung interpretiert. Die Folgen reichten damals von der Sterilisierung bis zur Vergasung.

Nachdem viele Jahre die Klärung der Frage nach der genetischen Bestimmung psychischer Krankheit ruhte, mehrdeutige Resultate der Psychoseforschung ausgenommen, aktualisiert die amerikanische Psychiatrie neuerlich das überholte Thema. Zwei ideologische Momente mögen diese Tendenz besonders gefördert haben, nämlich die Schwierigkeit Alkoholismus und Drogenproblem in den USA zu bekämpfen und die mit der Suchtfrage verknüpften gesellschaftlichen Fragen des gegenwärtigen Amerika. Eine biologische Interpretation löst nicht nur die Niederlagen in Theorie und Praxis der Suchtbekämpfung, sie macht letzten Endes auch eine Therapie überflüssig, wo nur symptomatisch vorgegangen werden braucht.

Theoretischer Ausgangspunkt Goodwins ist sein Artikel "Is Alcoholism Hereditary" (Arch. Gen. Psychiatry 1971), in dem er sich massiv auf K. Pohlisch, "Soziale und persönliche Bedingungen des chronischen Alkoholismus", (Berlin 1933) bezieht, die umfangreichste Arbeit auf diesem Gebiet. Die statistischen Methoden von Pohlisch sind aber derart unzureichend, daß von einem Nachweis nicht gesprochen werden kann. Überdies sind seine "erbtheoretischen" Überlegungen mit dem obskuren Begriff der "vererbten" Psychopathie verknüpft, der keine Objektivierung gestattet.

Im Anschluß an eine Studie über die Vererbung der Schizophrenie in Dänemark untersuchte Goodwin und seine Mitarbeiter zwei Gruppen von Adoptivkindern: 55 Männer, bei denen ein Elternteil (in 85% der Vater) wegen Alkoholismus hospitalisiert waren und in der Kontrollgruppe 78 Männer, deren Elternteile z.T. wegen psychischer Erkrankungen hospitalisiert waren. Für beide Gruppen trifft zu, daß sie spätestens 6 Wochen nach der Geburt von den biologischen Eltern getrennt wurden und auch später keine Kontakte nachzuweisen waren. Die Ergebnisse weisen darauf hin, daß die Gruppe der Adoptivkinder von Alkoholikern besonders im Alter von 25 - 29 Jahren eine hohe Inzidenz von Alkoholismus zeigt.

Eine nicht zu umgehende Problematik der Studie ist eine formale Frage: Die Kontrollgruppe besteht aus Kindern hospitalisierter und nicht hospitalisierter Eltern - die unterschiedliche Verteilung von psychischen Krankheiten in beiden Gruppen wird nicht erwähnt. Gerade bei der Diskussion genetischer

Verursachung scheint dieses Vorgehen besonders unwürdig. Die Studie verzichtet auch großzügig, allgemeine Beteuerungen ausgenommen, die Wirkung der Umwelt zu untersuchen, was in der Alkoholfrage, bislang unbestritten, großen Einfluß im Verlauf des Alkoholismus nahelegt. Die statistisch signifikanten Merkmale sind Halluzinationen, Kontrollverlust und Hospitalisierung wegen Alkoholismus. Gerade die letzten Faktoren sind nicht sehr überzeugend für die Diagnose Alkoholismus. Der Kern der Untersuchung läßt sich denn darauf reduzieren, daß sechs Männer der Gruppe ein Delir durchmachten, während in der Kontrollgruppe kein Delir auftrat. Nur vier Fälle von Delirien sind mit einer Krankengeschichte nachgewiesen. Während die Inzidenz des dokumentierten Alkoholismus (4 von 6) sich statistisch gerade noch von der Kontrollgruppe unterscheidet, scheint mir dies doch ungenügend für weitreichende genetische Schlußfolgerungen zu sein. Polemisch könnte man fragen, warum die große Mehrheit der Probanden mit elterlichem Alkoholismus keinen Alkoholismus entwickelte?

W. Burian

SUCHT UND MISSBRAUCH

(Körperliche und psychische Gewöhnung sowie Abhängigkeit von Drogen, Medikamenten und Alkohol)

Hrg. W. Steinbrecher und H. Solms
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975

Das von F. Laubenthal 1964 begründete Handbuch erschien 1975 in der 2. Auflage, die neuen Herausgeber sind W. Steinbrecher (Bremen) und H. Solms (Genf). Die Schwäche einer solchen Publikation liegt immer in der Breite der Ansätze, die von der klinisch-medizinischen Seite bis zur gesellschaftlichen Problemstellung reicht, zu inhaltlichen Überlappungen führt und trotzdem nicht alle Aspekte der Krankheit erfassen kann. Dennoch konnte in dieser Auflage eine Vertiefung des Informationsgehaltes erzielt werden und neue Aspekte vermittelt werden. Besonders hervorzuheben sind die biochemischen Beiträge von F. Hoffmeister, E.L. Way und A. Herz, sowie von Wartburg, die Übersichten über die wichtigen psychotropen Substanzen liefern. Die psychiatrischen Krankheitsbilder scheinen mir gegenüber den internistischen Befunden zu kurz geraten, während der Teil VI über Therapie (besonders H. Solms über Behandlungsrichtlinien des chronischen Alkoholismus und H. Janz über psychotherapeutische Probleme) eine gültige Zusammenfassung des gegenwärtigen Entwicklungsstandes bietet. Der Teil VII ist juristischen und wirtschaftspolitischen Fragestellungen gewidmet. Ein ausführlicher Schlußteil versucht die Erfahrungen des Auslandes zu vermitteln und auf spezifische regionale Probleme hinzuweisen.

Im Handbuch wird zwar eine Fülle von wertvollen Informationen angeboten, doch werden einige Themen ausgeklammert oder nicht berücksichtigt. Obwohl die Frage der Ätiologie entsprechend der Problemstellung des Kapitels behandelt wird, wäre

doch sehr wünschenswert, eine abgeschlossene Darstellung des Krankheitskonzeptes anzubieten, das seit Jellineks "Disease Concept of Alcoholism" praktisch unverändert geblieben ist. Auch die soziologischen Ansätze zu einer Theorie der Sucht werden nur am Rande erwähnt, obwohl die Zunahme des Alkoholismus und der nichtalkoholischen Süchte (besonders Polytoxikomanie) in den industrialisierten Ländern gesellschaftliche Beweggründe zumindest nahelegen.

Insgesamt gesehen, ist "Sucht und Mißbrauch" ein wertvolles Handbuch auf seinem Gebiet, das einzige im deutschen Sprachraum.

W. Burian

DER ALKOHOLIKER UND DIE HILFE DIE ER BRAUCHT (Diagnose und Hilfen)

Max Glatt

Mit einem Beitrag von Wilfried Ruff: "Alkoholismus
in den deutschsprachigen Ländern"
Herder, Wien - Freiburg - Basel, 1976
198 Seiten, öS 143,-

Die Absicht des Autors, wie es schon der Titel des Buches vermuten läßt, all jene anzusprechen, die es in irgend einer Form mit Alkoholikern zu tun haben. Er bringt seine therapeutische und wissenschaftliche Erfahrung aus 25-jähriger Arbeit mit Alkoholikern in allgemeinverständliche und leicht lesbare Form, so daß das Buch auch als eine erste Einführung in die Problematik des Alkoholismus bezeichnet werden könnte.

Glatt geht auf den Krankheitswert und auf die verschiedenen Arten des Alkoholismus ein und weist auf seine multifaktoriellen Bedingungen hin. Er ist der Meinung, daß die Krankheit als Symptom für eine tieferliegende Störung anzusehen ist, jedoch reicht seiner Ansicht nach die Therapie dieser Störung nicht aus, da die Alkoholkrankheit sich mit der Zeit verselbstständigt und daher eine eigene zusätzliche Behandlung braucht.

Der Weg in die Abhängigkeit wird anhand der Symptome, wie sie Jellinek in seinen vier Phasen, die zur Sucht führen, angibt, beschrieben. Beim Kontrollverlust ist er nicht der Meinung, daß der Gamma-Alkoholiker nach dem ersten Glas Alkohol unausweichlich weitertrinken müsse, sondern daß der Alkoholiker in diesem Fall nicht mehr mit Sicherheit von sich sagen könne, daß er imstande sei, aufzuhören.

Er geht auch auf das schwierige Diagnoseproblem ein, wo er weitgehend den Standpunkt der WHO vertritt. Zum Zweck der Selbstdiagnose führt er den 35-Item-Fragebogen von R. V. Seliger an.

Schade ist es, daß in diesem und im letzten Kapitel dem in weinanbauenden Gegenden relativ häufig vorkommenden Delta-Alkoholiker so wenig Raum gewidmet wird und er nur bei den Definitionen berücksichtigt wird. Ein Grund dafür mag sein, daß man in England fast nur den psychogenen Konflikttrinker kennt, man hätte diese Ergänzung aber dann in dem von Ruff verfaßten Beitrag: "Alkoholismus in den deutschsprachigen Ländern" erwartet.

Es wird ferner kritisch und leicht verständlich auf das Problem der Ursache für den Alkoholismus eingegangen und eine Reihe von möglichen Faktoren genannt.

Als körperliche Abstinenzerscheinungen, die er nur bei einer Minderheit seiner Patienten beobachtet, führt er nur das Delirium Tremens und epileptische Krämpfe an. Nicht erwähnt werden die bei uns in Österreich vielfältig beobachteten neurologischen, vegetativen und gastrointestinalen Störungen während des akuten Entzuges, was auf eine anders zusammengesetzte Patientenpopulation schließen läßt.

Bei der Besprechung der körperlichen und psychischen Folgekrankheiten vermißt man das organische Psychosyndrom; ansonsten werden hier, auch für den Laien gut verständlich, die verschiedenen psychischen und somatischen Schädigungen, die durch übermäßiges Trinken entstehen können, dargestellt.

Viel Raum wird speziellen Problemen, wie denen des Alkoholismus bei Jugendlichen, älteren Menschen und Frauen gewidmet. Auch die Probleme, die ein alkoholkrankes Familienmitglied für die ganze Familie mit sich bringt, werden hier beschrieben. Die volkswirtschaftliche Belastung, die durch den Alkoholismus entsteht, sowie Verbrechen unter Alkoholeinfluß, Selbsttötung und Autofahren unter Alkoholeinfluß, wird sachlich erörtert. Die Daten die er nennt, stammen zwar meist aus britischen und amerikanischen Untersuchungen und können, was die Zahlenwerte anbetrifft, nur bedingt auf deutschsprachige Verhältnisse generalisiert werden; die beschriebenen typischen Verhaltensweisen der Alkoholiker und die sozialpsychologischen und soziologischen Interpretationen sind jedoch auch hierorts aktuell. Als Reaktion auf diese Probleme fordert er weniger negative Sanktionen und mehr präventive und therapeutische Maßnahmen.

Im umfangreichen Teil über die Behandlung und Rehabilitation vertritt der Autor den Standpunkt, daß die multifaktorielle Genese, die verschiedenen Formen und Ausprägungsgrade der Krankheit und ihre sozialen Begleiterscheinungen, einen Einsatz von medizinischen, psychologischen und sozialtherapeutischen Behandlungsmethoden notwendig machen, die nur von einem Behandlungsteam geleistet werden können. Es werden die verschiedenen Phasen der Behandlung, angefangen von der akuten Entwöhnung mit dem im Einzelfall notwendigen Einsatz von Medikamenten über die Phasen mit Psychotherapie, Gruppentherapie, Sozialtherapie und Manipulation des Milieus, sehr praxisnah beschrieben. Die Nachbetreuung durch die Anonymen Alkoholiker, die in Großbritannien den für den Behandlungserfolg schwierigen Teil der Rehabilitationsphase übernehmen, wird detailliert dargestellt. Es werden viele Schwierigkeiten, die im Verlauf der Behandlung bei den Patienten auftreten können, geschildert und Glatt beschreibt auch, wie versucht wird, mit diesen Schwierigkeiten fertig zu werden. Kein Zweifel wird am Behandlungsziel gelassen, das in jedem Fall die totale Abstinenz ist.

Interessant ist sein Bericht über die Entwicklung der Behandlungsformen und Einrichtungen für Alkoholiker in Großbritannien. Für die Zukunft sieht er als Ziel spezialisierte Heime für Alkoholiker in verschiedenen Suchtphasen und für verschiedene Schwierigkeitstypen. Für eine Zwangsbehandlung sieht er trotz

zunächst fehlender Behandlungsmotivation, unter bestimmten Umständen, im Einzelfall günstige Chancen.

Für die allgemeine Therapieprognose nennt er einige begünstigende und erschwerende Faktoren, die den derzeitigen Stand der Behandlungserfahrung wiedergeben.

Die ausführlichen Berichte von genesenen Alkoholikern können und wollen nicht repräsentativ sein. Sie zeigen jedoch, daß es vielen Patienten gelingt, sich nach einer Behandlung wieder in die Gesellschaft einzugliedern und ein zufriedenes Leben zu führen.

Zum Thema " Vorbeugung " gibt er einen kurzen Bericht über die gescheiterte Prohibition in den angelsächsischen Ländern und schlägt sachliche und nicht moralisierende Information über den Alkohol und den Alkoholismus als bessere Präventivmaßnahme vor.

In seinem Beitrag über " Alkoholismus in den deutschsprachigen Ländern " macht Ruff zunächst einige Zahlenangaben aus Erhebungen über das Trinkverhalten in den genannten Ländern und macht darauf aufmerksam, wie sehr die allgemeine Einstellung zum Alkohol in den einzelnen Ländern das Krankheitsbild des Alkoholismus mitbestimmt. Die Angaben über den jährlichen pro Kopf Verbrauch an Alkohol zeigen in den letzten zwanzig Jahren einen deutlichen Anstieg. Er weist darauf hin, daß es schwer ist, exakte Zahlen über die Anzahl von Alkoholikern in der Bevölkerung festzustellen. In den Angaben über die Delirien be-

schreibt er eine Zunahme in den letzten Jahren um 700 %. Diese Angabe deckt sich nicht mit denen von Glatt, was wohl auf eine andere Verteilung von Trinktypen zurückzuführen ist. Eine Zunahme von jugendlichen und weiblichen Alkoholikern wird auch von ihm beschrieben.

Was die Behandlung anbetrifft, meint er, daß die Patienten nicht mehr grundsätzlich viele Monate lang in einer entlegenen Spezialklinik verbringen müssen, sondern auch zum Teil in Ambulanzen, Beratungsstellen und halbstationären Einrichtungen behandelt werden könnten. Das bevorzugte Behandlungsprinzip sei auch hier die "therapeutische Gemeinschaft" in Fachabteilungen von psychiatrischen Kliniken oder Fachkliniken, in denen verschiedene Behandlungsformen kombiniert werden.

Im Anhang des Buches wird noch eine Adressenliste über Behandlungseinrichtungen in den drei deutschsprachigen Ländern gegeben.

Es liegt hier ein Buch vor, das die Probleme der Alkoholkrankheit und ihre Behandlung so schildert, daß es dem Laien einen guten und verständlichen Überblick, und Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Krankenpflegern etc. eine empfehlenswerte erste Einführung gibt.

R. Marx

Die P.T. Leser werden auf die bisherigen Veröffentlichungen des Ludwig Boltzmann - Institutes für Suchtforschung hingewiesen:

1. Alkoholismus in Österreich

Herausgegeben von K. Kryspin - Exner, A. Springer,
I. Demel

2. Alkoholismus und Drogenabhängigkeit

Herausgegeben von K. Kryspin - Exner, A. Springer
I. Demel

3. Süchtigkeit und Geschlecht

Herausgegeben von A. Springer (ist im Druck)

Alle diese Publikationen sind bei Brüder Hollinek, Wien, erschienen.

Bei Bestellungen möge man sich an den Verlag direkt wenden.

Das Ludwig Boltzmann - Institut für Kriminalsoziologie in Wien veröffentlicht laufend eine Zeitschrift, die " Kriminalsoziologische Bibliographie ".

Wiener Zeitschrift für Suchtforschung

Herausgeber:

Ludwig Boltzmann - Institut für Suchtforschung
Leiter: A. Springer

Anton Proksch - Institut / Stiftung Genesungsheim Kalksburg
Leiter: R. Mader

Redaktionelle Arbeiten:
W. Burian und A. Springer

Beirat:
P. Berner, G. Guttmann, H. Steinert, H. Strotzka

Eigentümer und Verleger:

Ludwig Boltzmann - Institut für Suchtforschung und
Anton Proksch - Institut / Stiftung Genesungsheim Kalksburg

Für den Inhalt verantwortlich:

Dr. Alfred Springer
Ludwig Boltzmann - Institut für Suchtforschung und
Anton Proksch - Institut
1237 Wien, Kalksburg, Mackgasse 7-9 Telefon: 88 41 37

Druck:

Finsterle & Co KG, 1080 Wien, Albertgasse 43

Umschlag:

Marc Adrian, 1010 Wien, Mölkerbastei 3