

wiener

ZEITSCHRIFT

jg. 1 nr. 2

november 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

ig. 1 nr. 2

november 1977

für suchtforschung

Inhalt	Seite
Editorielle Vorbemerkung	2
EEG - Längsschnittuntersuchungen bei Alkoholkranken in der Abstinenz nach experimenteller Verabreichung kleiner Alkoholmengen	
G. Heber, H. Frank, R. Mader und J. Masarik	3 - 14
Ein ambulantcs Breitbandprogramm zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger	
F.-J. Feldhege, G. Krauthahn, B. Schulze, R. Schneider und H. Vollmer	15 - 32
POLYTOXIKOMANIE	
W. Burian und S. Feselmayer	33 - 38
Die Krankenkassen im Kampf gegen den Alkoholismus	
Dr. B ratz - Wuhlgarten	39
Diskussionsbeitrag	
A. Springer	40 - 42
Zunahme der Süchtigkeit	
Paul Federn, Wien	43 - 44
Kongreßbericht über die Tagung: Experimentelle Therapien des Alkoholismus	
vom 1. - 4. Nov. 1977 in München	45 - 48
vom 28. Aug. - 1. Sept. 1977 in Bergen.	
Buchbesprechungen	49 - 50

Editorielle Vorbemerkung

An dieser Stelle der ersten Nummer unserer Zeitschrift haben wir bereits darauf hingewiesen, daß uns die Bearbeitung gesellschaftlicher Probleme, die mit dem Phänomen der Sucht in Zusammenhang stehen, in besonderer Weise beschäftigt und hier wieder insbesondere die Entwicklung gesellschaftlich zunächst tolerierter Suchten. Daran ist unseres Erachtens die komplexe Interaktion, die innerhalb des Spannungsfeldes zwischen Gemeinschaft und Individuum abläuft und eben in bestimmten Fällen in pathologischer Abhängigkeit resultiert, besonders klar zu erkennen. In diesem Sinne sind einzelne Beiträge in diesem Heft zu verstehen. Besonders möchten wir hier in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, wie sehr eine historisierende Betrachtungsweise uns Mängel an zeitgenössischen Einstellungsmustern aufzeigen helfen kann, indem wir auf die Zähigkeit und traditionsbildende Kraft bestimmter Denkschemata aufmerksam werden. Wir wollen hervorheben, wie sehr die frühe Kritik *Feder's*, die wir als Reprint bringen, am, wie dieser Autor meint, unverantwortlichen Verschreiben damals bekannter psychotroper Substanzen, heute immer noch gerechtfertigt scheint, wenn wir an das Zitat aus einem Aufsatz *Ba y's* im Überblicksartikel *Bur i a n's* zur Polytoxikomanie denken. Die ursprünglich von *Feder* kritisierte Einstellung ist nicht nur nicht verschwunden, sondern hat eher mit der Entwicklung neuer und immer höher potenterer Psychopharmaka eine zunehmende Verschärfung erfahren. Gleichzeitig damit rückt Kritik einer "Philosophie einer unendlichen Machbarkeit" im Sinne einer Beeinflussung der Gestaltung menschlichen Verhaltens und menschlicher Beziehungen in eine gewünschte Richtung durch chemische Substanzen immer mehr in den Hintergrund. *Bur i a n's* Schlußfolgerung, daß eine Sucht nur dann entstehen kann, wenn innerhalb des gesellschaftlichen Raumes gewisse Bedingungen bestehen und bereitgestellt werden und dementsprechend die süchtige Entwicklung nicht ausschließlich dem Individuum als Verfehlung angelastet werden kann, entspricht unserer Auffassung von Verschuldensfragen bei Alkoholismus, wie sie uns zur Diskussion der Meinung eines anderen Autors veranlaßt hat, die wir in diesem Heft beginnen wollen.

Zur Rezeption der ersten Nummer unserer Zeitschrift: wir wollen uns an dieser Stelle bei allen bedanken, die uns ihre Meinung kundtaten; ob diese nun freundlich oder kritisch war. Leider müssen wir sagen, daß uns keine Zuschriften erreichten, die eine Kritik äußerten, von der wir andererseits auf mündlichem Weg erfuhren. Diese Kritik bezog sich vor allem darauf, daß die Zeitschrift inhaltlich zu schwierig, zu einseitig medizinisch, bzw. psychologisch ausgerichtet sei und daher nicht dem Zweck dienen könne, den sie andererseits anzustreben vorgebe, nämlich interdisziplinäre Information zu bieten und interdisziplinäre

Zusammenarbeit zu stimulieren. Wir wollen erneut darauf hinweisen, daß wir uns zum Ziel gesetzt haben, eine Publikation herauszubringen, die Ergebnisse der Forschung, aber auch keineswegs wissenschaftlich stilisierte Beiträge, sowie rein informative Mitteilungen vereint an einen, an Problemen der Suchtkrankheiten interessierten Leserkreis heranbringt. Von vornherein war es uns dabei klar, daß sich unter diesem Personenkreis keineswegs nur mit der Wissenschaftssprache vertraute Interessenten befinden können. Dies kann man der Vorbemerkung zur ersten Nummer deutlich entnehmen. Ebenso, daß wir aufgefordert haben, uns andere als wissenschaftlich stilisierte Beiträge zukommen zu lassen, um uns dabei zu helfen auf informellem Weg informieren und diskutieren zu können. Das heißt: die Wünsche der Kritiker der stilistischen und formalen Aspekte der ersten Nummer könnten dadurch befriedigt werden, daß diese mitarbeiten und Beiträge veröffentlichen, die in ihrer Sprache und aus ihrem Verständnis heraus formuliert sind. Leider sind derartige Beiträge bisher nicht eingetroffen, fehlen daher auch in dieser zweiten Nummer. Unsere Aufforderung besteht jedoch weiterhin, weil auch wir der Meinung sind, daß eine Zeitschrift für Suchtforschung breitere Themenkreise zum Inhalt haben sollte, als sie von den Forschungsinstitutionen, die bisher zum Wort gekommen sind, bearbeitet werden können. Andererseits würden wir es auch als eine Form der Verbesserung interdisziplinärer Zusammenarbeit verstehen, wenn bestimmte Artikel, die bei uns erscheinen, aus einem engen und spezifischen Forschungsbereich stammen und daher vielleicht für einen Großteil der Interessenten schwer zugänglich sind, Gesprächsstoff für Teamarbeit liefern würden, da sich Teams schließlich aus Vertretern verschiedener Professionen zusammensetzen. Die Darstellung der Forschungsergebnisse ist notwendig, auch für die Arbeit an Veränderungen der Praxis und der Feldarbeit. Daraus ergibt sich auch die Notwendigkeit interdisziplinärer Arbeitsgruppen. Diese Zusammenarbeit sollte nicht an Verständnisschwierigkeiten zwischen den einzelnen Disziplinen scheitern, obwohl diese zunächst aufgrund des Umstandes, daß bestimmte Darstellungen von Methodik und Ergebnissen der Forschung eben nicht anders als in der bestehenden Fachsprache publiziert werden können, eintreten müssen. Das heißt, daß interdisziplinäre Zusammenarbeit auch die Diskussion dieser Schwierigkeiten beinhalten muß um vielleicht doch letztlich zu einer gemeinsamen Sprache finden zu können. Diese aber sollte nicht darin gefunden werden, daß allgemein das Anspruchsniveau herabgesetzt und damit auch ein Niveauverlust als Ausweg gesucht wird.

A. Springer

EEG - Längsschnittuntersuchungen bei Alkoholkranken in der Abstinenz nach experimenteller Verabreichung kleiner Alkoholmengen

von

G. HEBER, H. FRANK, R. MADER und J. MASARIK

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

Einleitung

Das Phänomen der neuerlichen Auslösung eines pathologischen Trinkmusters bei Alkoholabhängigen nach längerer Abstinenz durch kleine und kleinste Mengen ist aus der Literatur hinreichend bekannt. Ob diesem Vorgang neurophysiologische Mechanismen von der Art einer Triggerauslösung zugrunde liegen, ist derzeit noch nicht völlig geklärt. Berichte, wie die von Juan Marconi und Mitarbeitern, daß durch eine stereotaktische Ausschaltung des dorsomedialen Kerns des Thalamus eine Unterbrechung des pathologischen Trinkens erzielt werden könne, lassen das Vorhandensein eines organischen Substrates dieses Vorganges vermuten. Die kleine Zahl der behandelten Patienten und die inkonstanten Ergebnisse lassen jedoch lediglich hypothetische Vermutungen zu.

Zielsetzung

Zweck der gegenwärtigen Untersuchungen war es, durch EEG - Längsschnittuntersuchungen festzustellen, ob bei Alkoholabhängigen, die nach längerer Abstinenzzeit kleine Mengen Alkohol experimentell verabreicht bekamen, signifikante EEG-Veränderungen auftreten.

Electroencephalographische Veränderungen nach experimenteller Verabreichung von Alkohol bei Tieren und Menschen wurden von verschiedenen Autoren beschrieben. Solche Untersuchungen wurden in Humanversuchen sowohl bei alkoholgesunden Personen (Hedenström und Schmitt 1951, Caspers und Abele 1956, Lorenzoni et al. 1968, Rosadini et al. 1974) als auch in der Abstinenz bei Alkoholkranken (Wikler et al. 1956) beschrieben. Bei Alkoholkranken ergaben sich spektralanalytische Verschiebungen im Sinne einer Verlangsamung (Docter et al. 1966).

EEG-Veränderungen im Entzug wurden im Tierexperiment bei Mäusen von McQuarrie und Fingl (1958), Katzen von Himwich et al. (1966) und bei Kaninchen von Greenberg und Gokstein (1969) näher studiert, wobei als Folge im allgemeinen eine Verlangsamung und Amplitudenerhöhung der Hirntätigkeit, meist in Korrelation mit dem Anstieg des Alkoholspiegels festgestellt wurde. Bei evozierten Potentialen konnte unter Alkohol auch bei geringen Mengen eine Reduktion der späten Komponenten festgestellt werden, die frühen Komponenten waren erst bei hohem Blutalkoholspiegel reduziert (Gross et al. 1966, Schweigert et al. 1965, Salamy und Williams 1973). Bei Tierexperimenten wurde besonders im Entzug bei den verschiedensten Tierarten: Mäusen, Kaninchen, Katzen und Hunden (Freund und Walker 1971, Dolce

und Decker 1973) das Auftreten von paroxysmalen Zeichen im EEG, häufig auch verbunden mit klinisch feststellbarem Geschehen, registriert.

Zum Unterschied von den oben erwähnten Arbeiten, bei denen bei experimenteller Alkoholisierung im allgemeinen von einem verhältnismäßig hohen Alkoholspiegel ausgegangen wurde, hatten sich die Autoren der vorliegenden Arbeit die Aufgabe gestellt, Veränderungen nach kleinen Mengen experimentell verabreichten Alkohol bei Alkoholabhängigen nach längerer gesicherter Abstinenzzeit von 5 - 7 Wochen zu untersuchen.

Methodik

Als Versuchspersonen konnten 60 Patienten beiderlei Geschlechts der Stiftung Genesungsheim Kalksburg gewonnen werden, wobei die Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht aus Tabelle 1 zu ersehen ist. Von diesen Alkoholabhängigen wiesen 29 einen Gamma-verlauf und 30 einen Deltaverlauf auf, bei einer Person handelte es sich um einen Mischtyp. 55 Personen waren männlichen und 5 weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter war 34,8 Jahre, wie aus Tabelle 1 zu ersehen ist.

Eine Gruppe von 10 spontan Alkoholisierten diente als Kontrollgruppe, um zu überprüfen, ob ähnliche Veränderungen, wie nach einer Alkohol-Disulfiram-Belastung auch nach Alkoholmengen ohne Disulfiram auftreten. Das Durchschnittsalter dieser Gruppe betrug 39,1 Jahre. Entsprechende Untersuchungen wurden an einer Kontrollgruppe von 10 nicht alkoholabhängigen Normalpersonen durchgeführt mit einem Durchschnittsalter von 23,7 Jahren.

Als Zeitpunkt der experimentellen Alkoholisierung wurde die Alkohol-Disulfiram-Belastung gewählt und zwar aus folgenden Gründen: Voraussetzung für die Untersuchung war, daß durch das Experiment in keiner Weise in den Behandlungsablauf eingegriffen werden sollte. Aus diesem Grund bot sich die experimentelle Alkohol-Disulfiram-Belastung als der ideale Moment an. Diese Belastung wurde routinemäßig durchgeführt, stellte also keine zusätzliche Belastung des Patienten dar. Außerdem waren die Patienten zu diesem Zeitpunkt sicher mindestens 5 - 7 Wochen voll abstinent und erhielten zu diesem Zeitpunkt ein Minimum an anderen Medikamenten. Meist waren sie medikamentenfrei.

Was das Auftreten von Disulfiram-spezifischen EEG-Veränderungen betrifft, hatten wir eine Serie von Voruntersuchungen durchgeführt, bei denen festgestellt werden konnte, daß keine Unterschiede zwischen dem EEG von Alkoholkranken vor und nach der Verabreichung von Disulfiram zu beobachten sind. Bezüglich der EEG-Veränderungen während der Disulfiram - Alkohol-Reaktion konnten wir uns auf die Arbeit von Poire und Mitarbeiter (1965) stützen, die bei Alkohol-Disulfiram-Belastungen lediglich EEG-Veränderungen in Korrelation zur cerebralen Sauerstoffversorgung beobachten konnten. Von uns selbst konnten während der Alkohol-Disulfiram-Belastung keine wesentlichen Veränderungen im EEG der Patienten beobachtet werden, es ergaben sich lediglich Veränderungen in der Kreislaufsituation der Patienten (Pulsbeschleunigung,

Tab.2). Allerdings muß berücksichtigt werden, daß die von uns verabreichte Dosierung des Alkohols weit unter der Dosierung von anderen Autoren liegt.

Apparative Einrichtungen

Die Untersuchungen wurden mit einem 16-Kanal Kaiser-Polygraphen-Tintenschreiber vorgenommen. Im Verlauf der Alkohol-Disulfiram-Belastung dienten 12 Kanäle der elektroencephalographischen Registrierung, die übrigen der Registrierung von PGR, EKG, Atmung und Puls. Es wurden 19 Oberflächenelektroden angelegt mit einer bipolaren Ableitung in der Anordnung, wie sie aus Tabelle 3 zu ersehen ist.

Ablauf der Untersuchungen

Die Patienten wurden einer routinemäßigen EEG-Voruntersuchung in fünf verschiedenen Ableitungen unterzogen mit anschließender Hyperventilationsprovokation, worauf eine Stimulierung mit Flackerlicht nach einem standardisierten Schema der Darbietung hinsichtlich Dauer, Aufeinanderfolge, Frequenz und andere

Merkmale des verwendeten Flackerlichts, einschließlich Selbststeuerung erfolgte.

Im Anschluß daran wurde den Patienten bei nüchternem Magen 30 Milliliter 35 %iger Alkohol verabreicht. Unmittelbar nach der Verabreichung begann die neuerliche Registrierung in der Ableitung Nr. 7 (siehe Tabelle 3), die der Ableitung unter der Hyperventilation und Flackerlicht durchgeführt worden war, entsprach. Nach 20-minütiger Ableitungsdauer, wobei in jedem Fall der Höhepunkt der Alkoholreaktion beobachtet werden konnte, wurde nach dem selben standardisierten Schema wie vorher eine neuerliche Flackerlichtaktivierung vorgenommen. Der Eintritt der Alkoholisierung konnte durch klinische Beobachtung (leichte Gesichtsrötung nach 4-7 Minuten, intensive Gesichtsrötung – dies allerdings nicht in allen Fällen – nach 8-10 Minuten) festgestellt werden. Nach Beendigung der Untersuchung war die Reaktion meist völlig oder zumindest weitgehend abgeklungen; eine längere Untersuchungsdauer war unter den gegebenen technischen Voraussetzungen bei der Verwendung von Oberflächenelektroden und der dadurch hervorgerufenen Belästigung des Patienten nicht durchführbar.

Tabelle 1: Aufgliederung der Versuchspersonen nach Alter, Geschlecht und Verlaufstyp

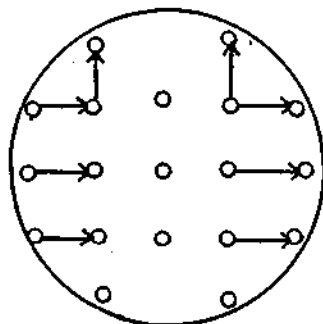
	Belastung	Spont. Alk.	Normalpersonen
Ø Alter	34,8 a	39,1 a	23,7 a
Geschlecht	m	55	10
	w	5	0
Verlaufstyp	Gamma	29	6
	Delta	30	4
	Mischtyp	1	0
Anzahl der Personen	60	10	10

Tabelle 2: Durchschnittliche Pulsfrequenz vor und während der Alkohol-Disulfiram-Belastung

	Vor Alk.-Dis.-Bel.	nach 1'	5'	10'	15'	20'
Ø Pulsfrequenz	79,3	81,6	88,3	95,0	97,2	95,8
N	62	62	62	62	61	61

Tabelle 3: Schema der bipolaren Ableitung Nr. 7

MEDIANE DER DIFFERENZ-
 WERTE ZUM VOR - EEG (n)



1. Kanal:	F8 – F4	5. Kanal:	T6 – P4
2. Kanal:	F3 – F7	6. Kanal:	P3 – T5
3. Kanal:	T4 – C4	7. Kanal:	P4 – O2
4. Kanal:	C3 – T3	8. Kanal:	P3 – O1

In der Folge wurde eine unterschiedliche Anzahl von Nachuntersuchungen vorgenommen, wobei getrachtet wurde, in der ersten Woche möglichst an aufeinanderfolgenden Tagen die Untersuchungen durchzuführen, was allerdings aus den Gegebenheiten des Behandlungsverlaufes und mit Rücksicht auf den normalen Kurverlauf nicht immer möglich war. Bei späteren Kontrollen wurden dann die Zeitintervalle größer und waren von Versuchsperson zu Versuchsperson verschieden.

Entsprechende Längsschnittuntersuchungen wurden bei der erwähnten Gruppe von spontan Alkoholisierten (Rückfällen) durchgeführt, wobei bei diesen Versuchspersonen die genaue Alkoholmenge nicht feststellbar war, wohl aber der Zeitraum zwischen der letzten Alkoholeinnahme und der Nachuntersuchung. Ebenso war gesichert, daß die Patienten während der Dauer der Nachuntersuchung abstinent waren. Bei den erwähnten 10 Normalpersonen, die allerdings ein geringeres Durchschnittsalter aufwiesen (23,7) als die Alkoholkranken, handelte es sich um nicht alkoholabhängige Versuchspersonen, die sich freiwillig zur Verfügung gestellt hatten. Sie wurden unter den selben Versuchsbedingungen wie die Alkoholabhängigen untersucht, das heißt Vor-EEG-Untersuchung, Verabreichung einer kleinen Menge Alkohol, unmittelbar darauf unter der Wirkung des Alkohols eine entsprechende EEG-Untersuchung mit den erwähnten Aktivierungsmethoden, sowie Nachkontrollen, wobei sich die Versuchspersonen zur Abstinenz während der Nachkontrollzeit verpflichtet hatten.

Auswertung

Die Untersuchungsergebnisse wurden visuell ausgewertet, wobei eine zehnstufige Diagnoseskala verwendet

wurde, die der in Österreich üblichen klinischen Diagnoseeinteilung von normal bis stark abnorm entspricht. Da für den Zweck der gegenwärtigen Arbeit die von der Klinik herstammende Diagnoseskala bzw. die Einstufung von EEG-Befunden als abnorm bzw. normal nicht von entscheidender Bedeutung war, wurde bei der Beurteilung eine Zwischenstufung vorgenommen, um Verschiebungen innerhalb einer Stufe der Diagnoseskala erfassen zu können.

Für die Beurteilung wurde verwendet:

- 1) Visuell beurteilbare Frequenzverschiebungen.
- 2) Das Auftreten von paroxysmalen Zeichen, bzw. die Aktivierung dieser paroxysmalen Zeichen unter Flackerlicht.
- 3) Das Auftreten von herdförmigen Zeichen, bzw. die Aktivierung dieser Zeichen durch eine der verwendeten Provokationsmethoden.
- 4) Das Auftreten von klinisch registrierbaren oder subklinisch registrierbaren Anfallsgeschehen.

Ergebnisse

Die Resultate der Untersuchung sind aus den in der Folge dargestellten Tabellen zu ersehen: Tabelle 4 und 5 beziehen sich auf die Alkohol-Disulfiram-Belastung, Tabelle 6 auf die Kontrollgruppe der Normalpersonen.

Alkohol-Disulfiram-Belastungen:
 Überprüfung der EEG-Veränderungen auf ihre statistische Signifikanz.

Als Variable dienten die Differenzen der Diagnosewerte der Kontrolltage zum Vor-EEG bzw. zwischen den Kontrolltagen. Es ergaben sich also + Abweichungen,

die eine Zunahme abnormer Zeichen darstellen, - Abweichungen, die eine Abnahme abnormer Zeichen anzeigen und Null-Abweichungen als Ausdruck eines Gleichbleibens der Diagnose. Die statistischen Verfahren waren: Wilcoxon mit Teilrang-Randomi-

sierung nach Cureton, Approximationsverfahren, two tailed; Wilcoxon mit Pratt'schem Randomisierungsverfahren unter Berücksichtigung von Rangaufteilungen, two tailed; Vorzeichentest.

Tabelle 4: Verlaufskurve für die Versuchsgruppe „Alkohol - Disulfiram - Belastung“ (Alkoholranke) – graphische Darstellung der mittleren Differenzen zwischen der Diagnosestufe des Vor-EEGs und den Diagnosestufen der Kontroll-EEGs (Mediane der Differenzwerte).

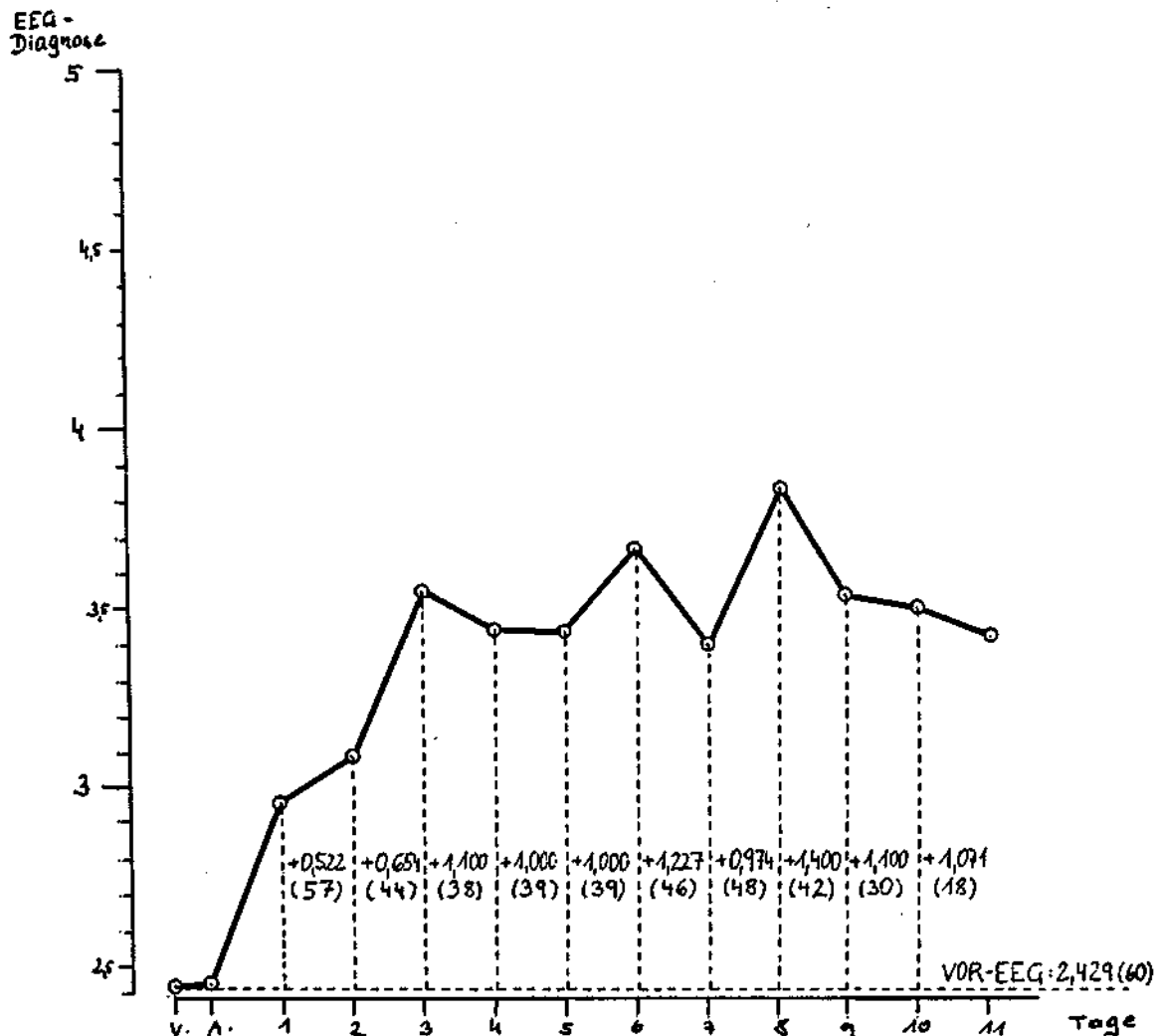


Tabelle 5: Verlaufskurve für die Versuchsgruppe „Alkohol - Disulfiram - Belastung“ (Alkohol Kranke) – graphische Darstellung der mittleren Diagnosestufen (Mediane) vor Alkohol, unter Alkohol und am 1. bis 11. Tag nach Alkohol.

In die Kurve eingetragen: signifikante Differenzwerte. In Klammer: die Anzahl der Versuchspersonen.

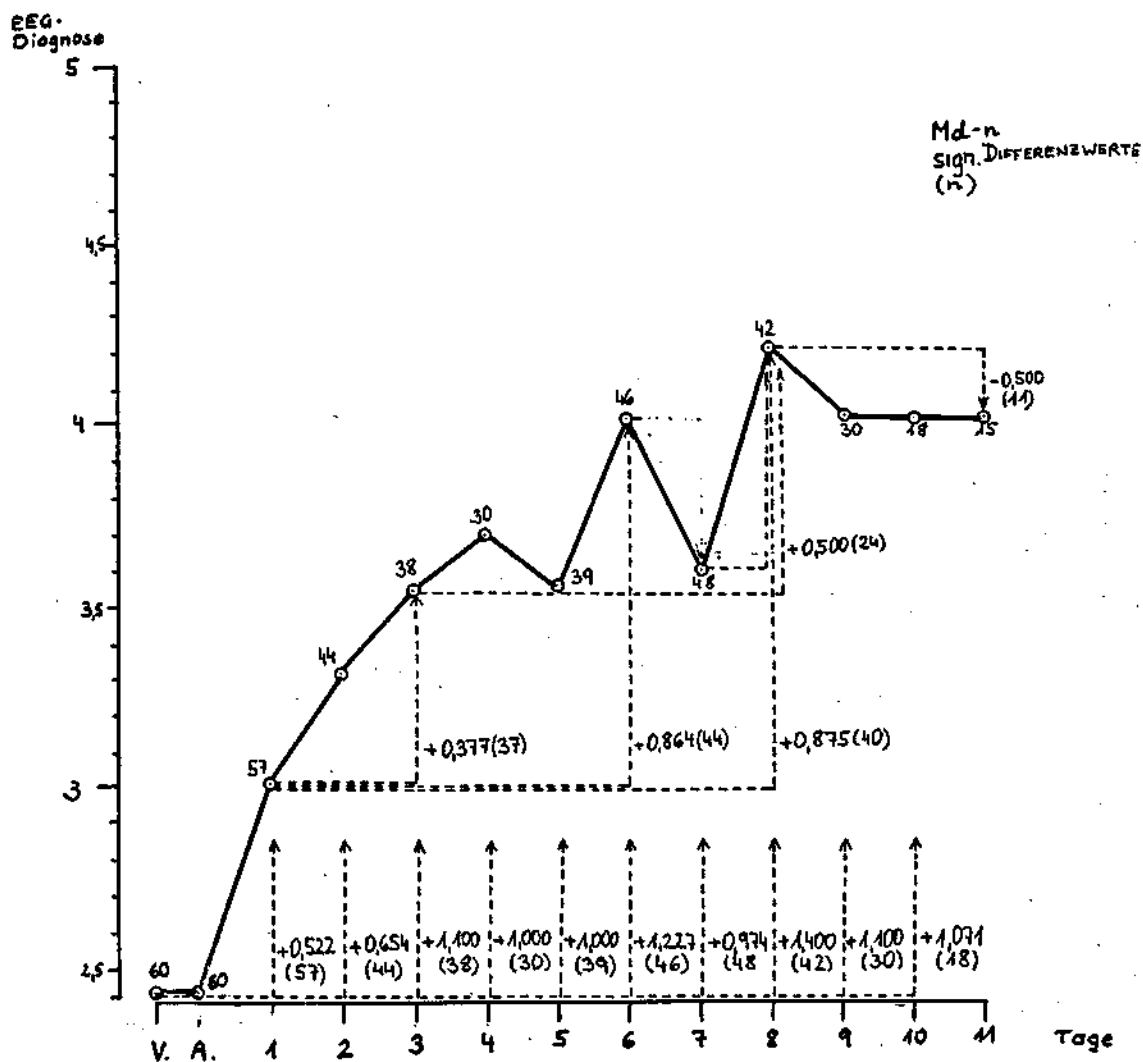
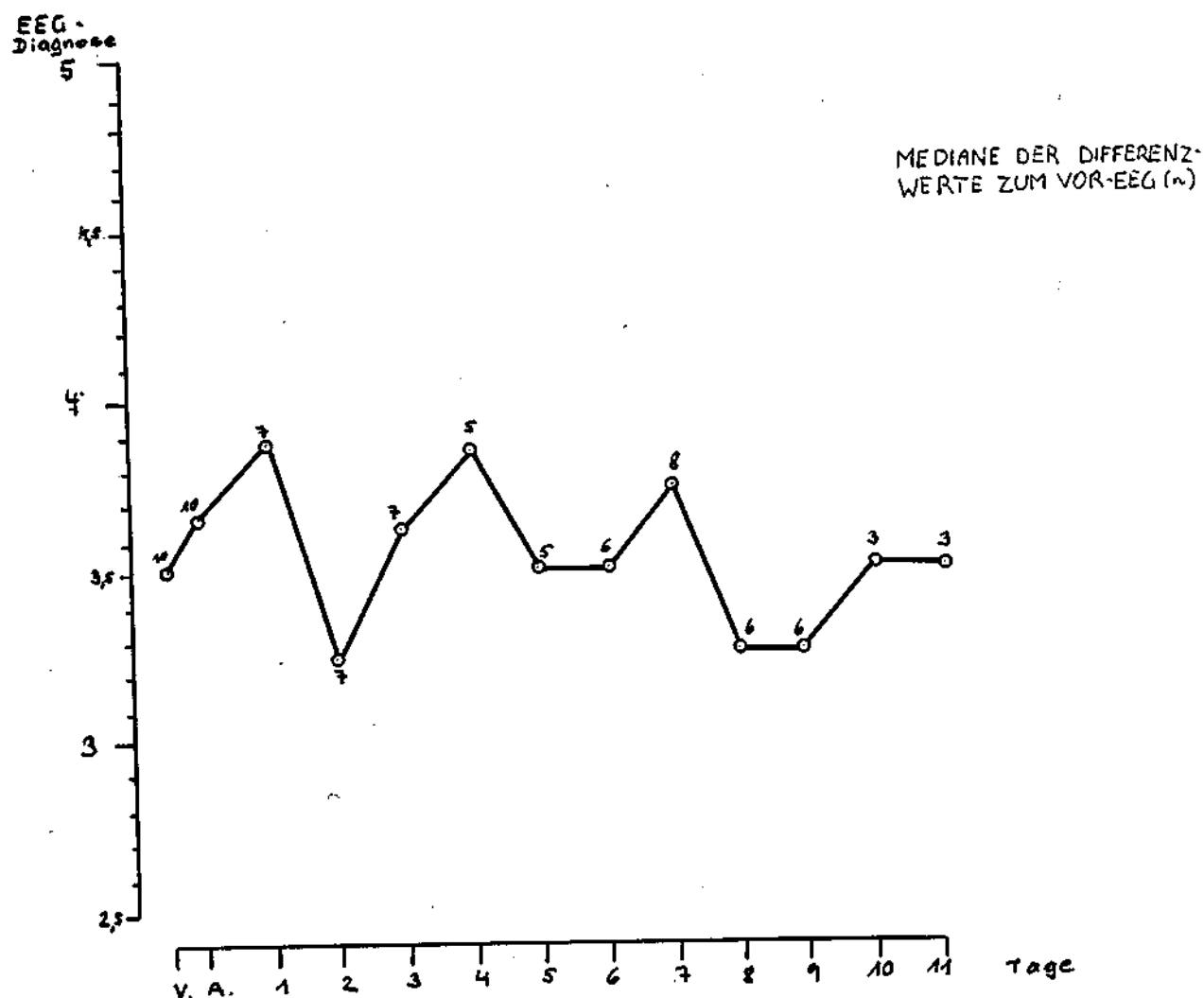


Tabelle 6: Verlaufskurve für die Kontrollgruppe „nicht alkoholabhängige Normalpersonen“ – graphische Darstellung der mittleren Differenzen (Mediane der Differenzwerte) zwischen der Diagnosestufe des Vor-EEGs und den Diagnosestufen der Kontroll-EEGs.



a) Vergleich Vor-EEG – Kontroll-EEGs:

Alle Kontrollen, mit Ausnahme der letzten (am 11. Tag nach der Alkoholgabe), unterscheiden sich signifikant bis sehr signifikant vom Vor-EEG. Das heißt, die Zunahme der abnormen Zeichen ist nicht zufallsbedingt, sondern mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 1-5 % durch die, ein Tag vor dem ersten Kontroll-EEG, verabreichte Alkoholmenge verursacht. Bis zum 10. Tag nach Alkohol kehrt das EEG nicht auf das Niveau des Vor-EEGs zurück: die Veränderungen halten bis zu diesem Zeitpunkt an. Erst am 11. Tag ist eine signifikante Veränderung gegenüber dem Vor-EEG nicht mehr nachweisbar.

b) Vergleich 1. Kontrolltag – 3. Kontrolltag:

Die Zunahme abnormer Zeichen ist aber am ersten Tag noch nicht sehr ausgeprägt, eine weitere signifikante Steigerung ist jedoch bis zum 3. Tag beobachtbar. Ebenso sind die EEGs des 5., 6., 8. und 10. Tages signifikant verschieden vom 1. Kontroll-EEG: das heißt, sie weisen eine höhere Frequenz, bzw. einen höheren Ausprägungsgrad abnormer Zeichen auf als das EEG am Tag nach der Verabreichung des Alkohols ($p = 0,01$ bis $0,05$).

c) Vergleich 3. Kontrolltag – 8. Kontrolltag:

Doch auch am 3. Tag ist das Maximum der EEG-Veränderungen noch nicht erreicht: denn die Zunahme vom 3. auf den 8. Tag ist ebenfalls signifikant ($p = 0,029$).

d) Vergleich 8. Kontrolltag – 11. Kontrolltag:

Der Abfall in der graphischen Darstellung der EEG-Veränderungen vom 8. auf den 11. Tag (Tabelle 4) konnte als mehr als nur zufällig nachgewiesen werden ($p = 0,01$), die Rückkehr jedoch auf das Niveau des Vor-EEGs ist statistisch ebenso wenig beweisbar wie jene auf das des ersten Kontrolltages (Hypothese).

e) Vergleich Vor-EEG – Alkohol-EEG:

Die gelegentlich beobachtbaren Veränderungen im EEG unter Alkoholeinwirkung („Belastung“) gegenüber dem Vor-EEG waren unter den gegebenen Versuchsbedingungen nicht nachweisbar, sondern sind nur als zufallsbedingt zu betrachten.

Kontrollgruppe „Normalpersonen“

Wenn auch – wegen der zu geringen Anzahl an Versuchspersonen – keine statistische Überprüfung erfolgen konnte, läßt sich doch mit einiger Sicherheit sagen, daß die mittleren Abweichungswerte nur zufallsbedingt sind. Dies soll anhand der höchsten Abweichungswerte am 1., 4. und 7. Tag demonstriert werden: Am 1. Tag (Median der Differenzwerte zum Vor-EEG = $+0,375$) wiesen von 7 Versuchspersonen 3 Personen eine Abnahme, 4 eine Zunahme der abnormen Zeichen und

1 Versuchsperson keine Differenz zum Vor-EEG auf. Am 4. Tag (5 Versuchspersonen, Median der Differenzwerte = $+0,334$) entsprach das EEG bei 3 Personen dem Vor-EEG, nur 2 zeigten eine Zunahme der abnormen Zeichen. Das EEG des 7. Tages wies bei 2 Versuchspersonen eine Abnahme, bei 3 eine Zunahme auf, 3 Versuchspersonen zeigten keine Änderung (8 Versuchspersonen, Median der Differenzwerte zum Vor-EEG = $+0,250$).

Art der aufgetretenen Veränderungen

Im wesentlichen kam es zu zwei verschiedenen Arten von Veränderungen:

1) zu einer mit verhältnismäßig großer Latenzzeit aufgetretenen diffusen Verlangsamung und langsamer Zunahme dieser diffusen und dysrhythmischen Verlangsamung der EEG-Tätigkeit und einer Verschiebung der Tätigkeit vom Alpha- in den Theta-Bereich. Diese Veränderungen fanden sich bei nur einem verhältnismäßig geringen Teil der untersuchten Fälle.

Als typisches Beispiel gestatten wir uns, den Fall einer 23-jährigen weiblichen Patientin vorzustellen, die von Dezember 1973 bis Ende Jänner 1974 in stationärer Behandlung war und bei der im EEG langsam zunehmende Veränderungen in der Abstinenz auftraten, die gegen Ende der Behandlung abzuklingen begannen, ohne jedoch das Ausgangsniveau zu erreichen. (Abb. 1).

2) Die zweite Art der Veränderungen bestand in generalisierten, zum Teil auch paroxysmalen Zeichen, die entweder spontan, meist allerdings aktiviert unter Flackerlicht, zum Teil auch in Form von subklinischen Anfällen, registriert werden konnten.

Als Beispiel möchten wir den Fall einer 34-jährigen weiblichen Patientin erwähnen, bei der es bei normaler Ausgangslage im EEG zu unter Flackerlicht aktivierten, zum Teil repetitiven steilen Wellen kam, mit dem Maximum am 5. Tag. (Abb. 2).

Ähnliches ergab sich bei der Kontrollgruppe der Spontanalkoholisierten, wobei wir den Fall eines 35-jährigen männlichen Patienten zitieren wollen, bei dem am 4. Tag der Abstinenz nach dem Rückfall ein völlig normales EEG registriert werden konnte, am 8. Tag aber ein EEG mit Paroxysmen und einem unter Flackerlicht provozierten subklinischen Anfall, weshalb die Aufnahme abgebrochen werden mußte. (Abb. 3).

Was nun die Wertung dieser generalisierten und paroxysmalen Zeichen als abnorm oder pathologisch betrifft, so möchten wir feststellen, daß wir lediglich das Auftreten dieser Zeichen bei vorher nicht bestehenden Erscheinungen oder die Zunahme der Frequenz des Auftretens gewertet haben, ohne eine Beurteilung über ihre absolut pathologische Bedeutung aussprechen zu wollen.

Bemerkenswert erscheint uns, wie aus den Verlaufskurven (Tab. 4 und 5) zu entnehmen ist, daß das Maximum an Veränderungen im Durchschnitt am 8. Tag auftrat, was in einem gewissen Gegensatz zu der in der Literatur angeführten Latenz von 22-33 Stunden steht.

Abb. 1: Kurvenausschnitt Fall Nr. 4 (Alkohol-Disulfiram-Belastung), 23 Jahre, weiblich.
 a) vor Alkohol, b) unter Alkohol, c) am 9. Tag nach Alkohol.
 FB = 70, ZK = 0,3

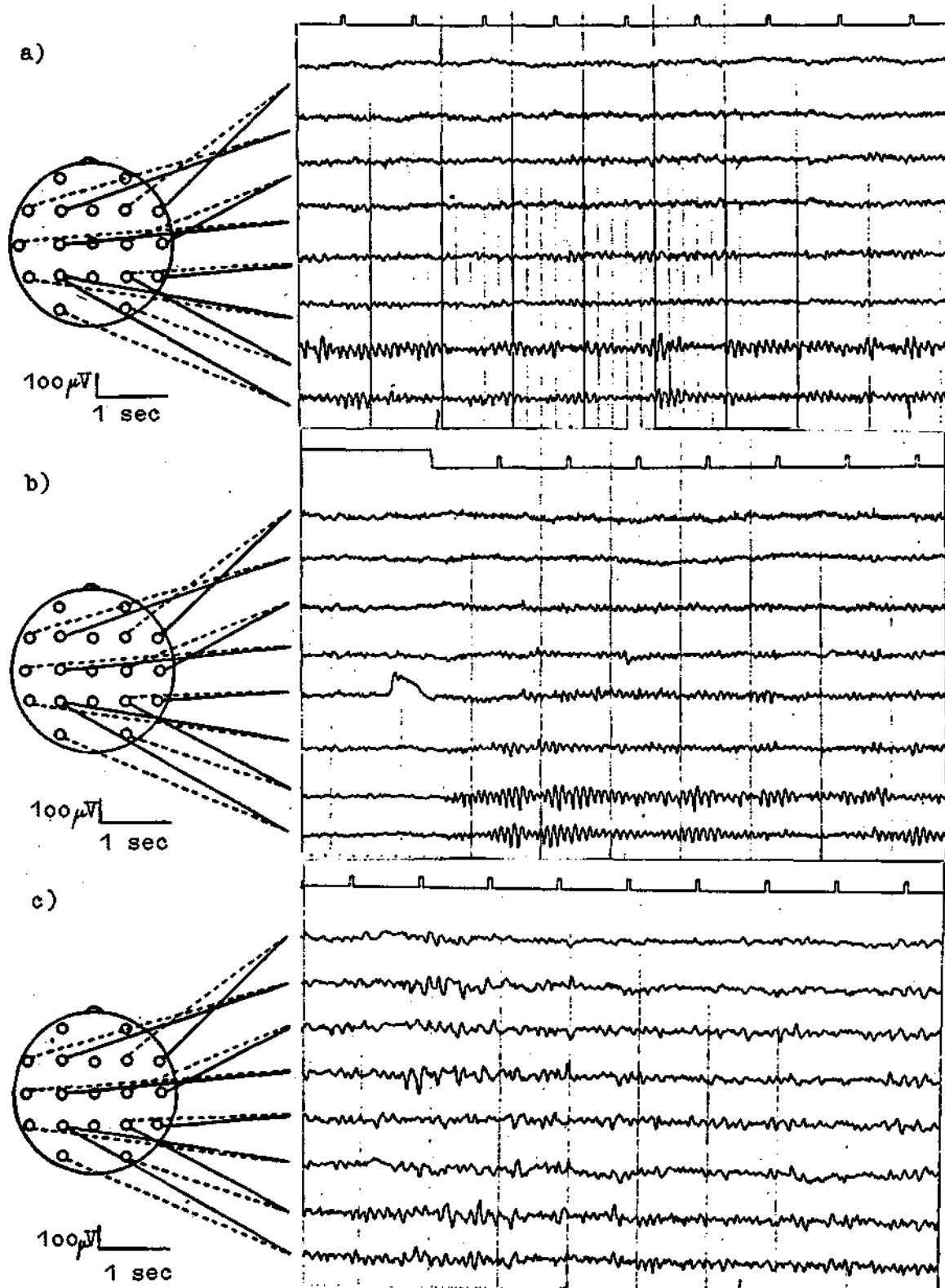


Abb. 2: Kurvenausschnitt Fall Nr. 47 (Alkohol-Disulfiram-Belastung), 34 Jahre, weiblich.
 a) vor Alkohol, b) unter Alkohol, c) am 5. Tag nach Alkohol.
 FB = 70, ZK = 0,3

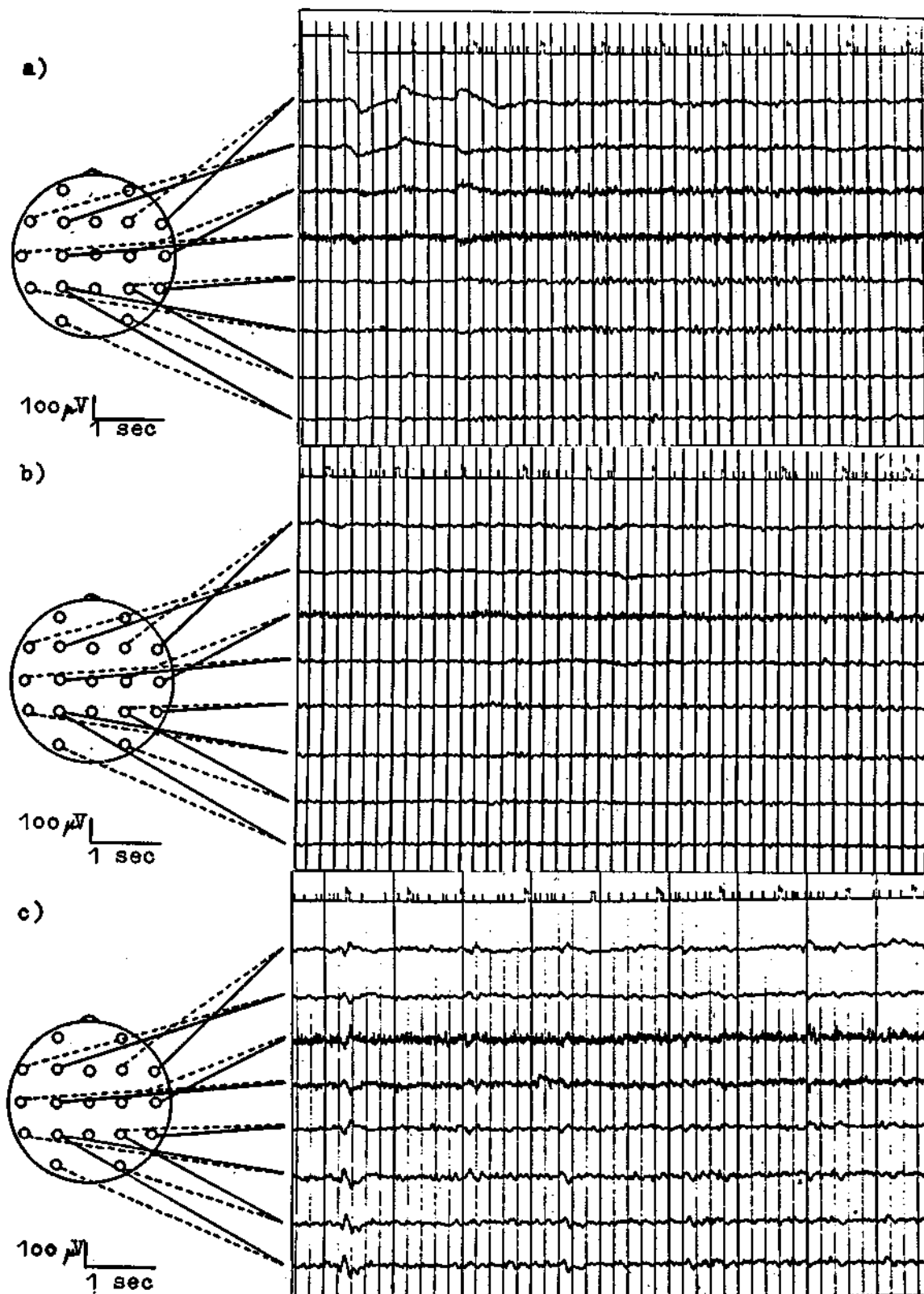
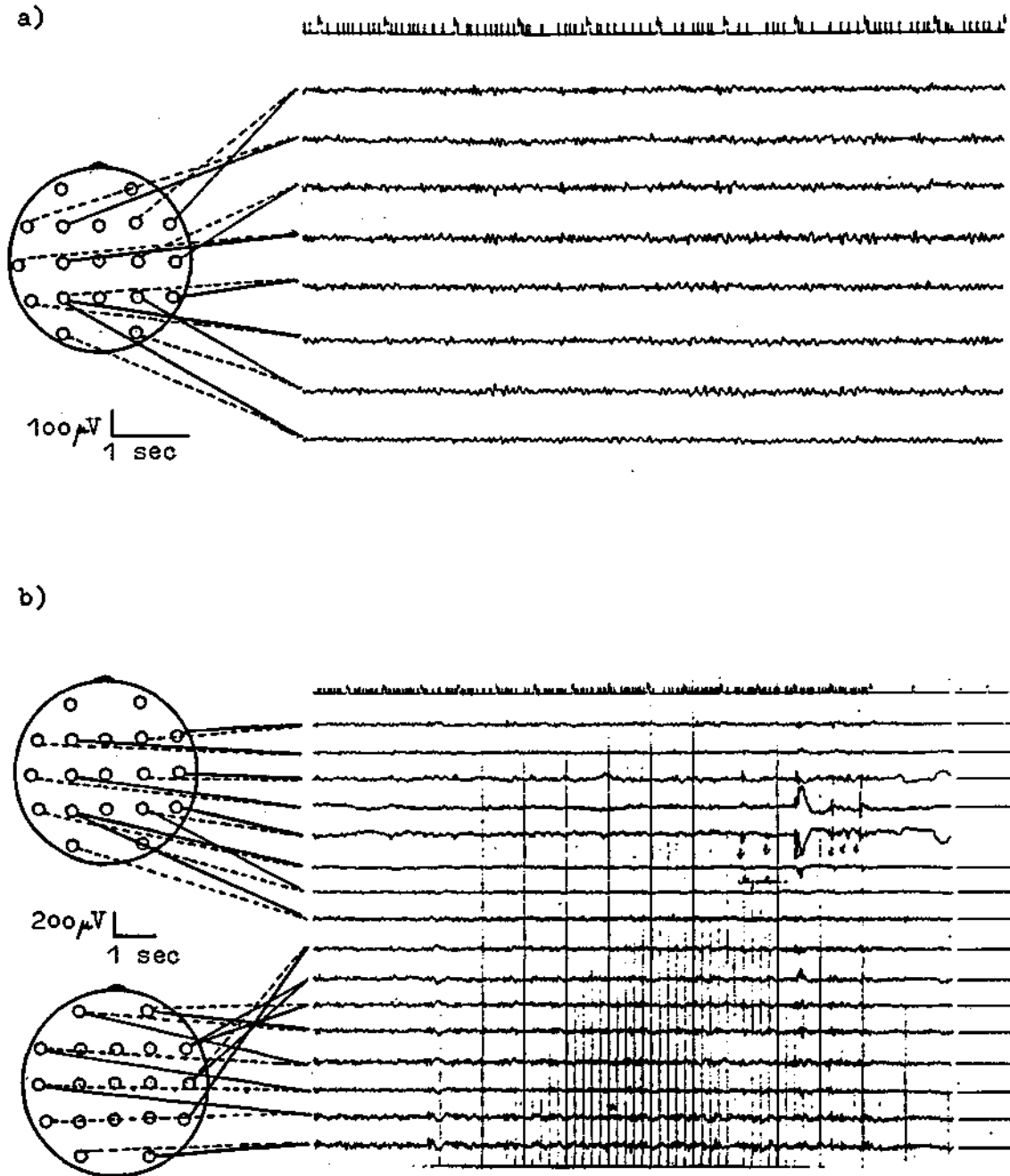


Abb. 3: Kurvenausschnitt Fall B (Spontanalkoholisierung), 32 Jahre, männlich.
 a) am 4. Tag nach Alkohol, b) am 8. Tag nach Alkohol.
 FB = 70, ZK = 0,3



Diskussion

Aufgrund der Verläufe der EEG-Kontrollen sowohl in der ersten Gruppe von 60 länger abstinenten Alkoholkranken mit anschließender Alkoholisierung durch kleine Mengen Alkohol, als auch in der Kontrollgruppe der Spontanalkoholisierungen erscheint es auffallend, daß mit verhältnismäßig großer Latenzzeit – das Maximum bei 8 Tagen – es zu bioelektrisch objektivierbaren Veränderungen kommt, die in einigen Fällen bis zur Provokation von vorher nicht provozierbaren paroxysmalen Zeichen mit bis zu subklinischen Anfällen gehenden Veränderungen feststellbar waren.

Diesbezüglich scheint ein Unterschied gegenüber den Verläufen nach kleinen Mengen Alkohol bei nicht alkoholkranken Personen zu bestehen, die, ausgehend von der vor der Untersuchung bestehenden bioelektrischen Hirntätigkeit, keine wesentlichen Veränderungen im Verlauf aufweisen. Lediglich bei zwei Versuchspersonen aus der Gruppe der Normalpersonen ergab sich eine Zunahme der Veränderungen, ähnlich wie die bei den Alkoholkranken festgestellten Verlaufsformen. Da die Kontrollgruppe zahlenmäßig zu gering war, um eine statistische Signifikanz zu prüfen, kann man hier lediglich von einem Trend sprechen. Bezüglich der zwei abweichenden Versuchspersonen könnte eventuell die hypothetische Vermutung erstellt werden, daß es sich bei ihnen vielleicht doch um alkoholempfindliche Personen handelt, die im weiteren Verlauf eine ähnliche Entwicklung nehmen könnten wie die Alkoholabhängigen.

Die bei Alkoholkranken nach kleinen Mengen Alkohol mit relativ langer Latenzzeit auftretenden bioelektrischen Veränderungen sind sicher als Ausdruck einer erhöhten bioelektrischen Labilität, möglicherweise als Folge einer chronischen toxischen Schädigung des Zentralnervensystems aufzufassen. Ob diese Veränderungen mit dem klinisch zu beobachtenden Kontrollverlust nach kleinen Mengen Alkohol zu korrelieren sind, müßte noch durch weitere Längsschnitt- bzw. Dauer-EEG-Untersuchungen näher geklärt werden.

Summary

The authors studied EEG changes in 60 alcoholics after several weeks of abstinence. Patients were given small quantities of alcohol. EEG records being taken before, during drinking with repeated controls up to 15 days afterwards. This group was compared with a group of ten spontaneous relapses and a third group of ten normal volunteers. In the experimental group statistically significant EEG alterations with its peak on the eight day were registered being accompanied in some cases by subclinical fits in contrast to the lack of changes in the records of the group of normal volunteers.

Two main alterations were observed, the first consisting of an increasing dysrhythmic slow activity and the second of sporadically appearing eruptions of paroxysmal signs.

It is suggested there might be a relation between the clinically observed pathologic drinking pattern in alcoholics and the alterations of bioelectrical brain activity after small quantities of alcohol. Further longitudinal studies would be required to confirm this hypothesis.

Hingegen scheint es aufgrund der vorliegenden Ergebnisse mit verhältnismäßig großer Wahrscheinlichkeit sicher zu sein, daß die Reaktion von Alkoholabhängigen gegenüber Alkoholgesunden auf kleine Mengen Alkohol unterschiedlich ist.

Unter Berücksichtigung des Auftretens von sporadisch in der Abstinenz aufflackernden EEG-Veränderungen sowie ihrer Provozierbarkeit unter Flackerlicht, sollte die diagnostische Einschätzung von Anfallsleiden, die bisher als Alkohol-Epilepsie betrachtet wurden, neu überdacht werden.

Zusammenfassung

Es wurden 60 Versuchspersonen (Alkoholabhängige) nach mehrwöchiger gesicherter Abstinenzzeit eine kleine Menge Alkohol verabreicht und die Veränderungen vor und nach der Alkoholverabreichung untersucht. Ähnliche Untersuchungen wurden bei einer Kontrollgruppe von 10 Spontanalkoholisierten, das heißt Rückfälligen, durchgeführt, sowie bei 10 Normalpersonen. Es ergab sich ein signifikanter, zum Teil progredienter Anstieg der EEG-Veränderungen mit dem Maximum am 8. Tag nach der Verabreichung des Alkohols, wobei es auch in einigen Fällen zu provozierbaren paroxysmalen Zeichen mit subklinischen Anfällen gekommen ist, im Gegensatz zum flachen Verlauf der normalen Kontrollpersonen.

Diese Veränderungen zeigen im wesentlichen zwei Verlaufsformen: die erste, die eine zunehmende diffuse Verlangsamung der EEG-Tätigkeit aufweist und die zweite, bei der es zum Teil in eruptiver Form zu sporadisch aufflackernden paroxysmalen Zeichen kommt.

Es wird die Vermutung ausgesprochen, daß ein Zusammenhang zwischen der klinisch feststellbaren Auslösung von pathologischen Trinkmustern und den Veränderungen der bioelektrischen Hirnaktivität nach kleinen Mengen Alkohol bestehen könnte, was noch durch weitere Längsschnitt- und Daueraufnahmen zu verifizieren wäre.

LITERATUR

- CASPERS, H. und ABELE, G.: Hirnelektrische Untersuchungen zur Frage der quantitativen Beziehungen zwischen Blutalkoholgehalt und Alkoholeffekt.
 Dtsche.Ztschrift. für gerichtl.Medizin, 1956 45 : 492 - 509.
- DOLCE, G. und DECKER, H.: Spektrale Analyse des kortikalen und subkortikalen EEGs nach Alkohol im Tierexperiment.
 Z. EEG - EMG, 1973, 4 : 147 - 152.
- DRAVID, A.R., Di PERRI, R., MORILLO, A. and HIMWICH, H.E.: Alcohol and evoked potentials in the cat.
 Nature 1963, 28 : 1328 - 1329.
- FREUND, G. and WALKER, D.W.: Sound - induced seizures during Ethanol withdrawal in mice.
 Psychopharmacologia (Berl.) 1971, 22 : 45 - 49.
- GREENBERG, R.S. and GOLDSTEIN, L.: An EEG study of the relationship between brain structures in rabbits under Ethanol and d-Amphetamine.
 Quart.J.Stud.Alc. 1969, 30 : 843 - 848.
- GROSS, M.M., BEGLEITER, H., TOBIN, M. and KISSIN, B.: Changes in auditory evoked response induced by Alcohol.
 J.nerv.ment.Dis. 1966, 143 : 152 - 156.
- HEDENSTRÖM, V.J. und SCHMIDT, O.: Elektroencephalographische Untersuchungen nach Alkoholgabe.
 Dtsch.Ztschrift. für gerichtl.Medizin 1951, 40 : 234 - 251.
- HIMWICH, H.E., Di PERRI, R., DRAVID, A. and SCHWEIGERDT, A.: Comparative susceptibility to Alcohol of the cortical area and midbrain reticular formation of the cat.
 Psychosom.Med. 1966, 28 : 458 - 463.
- LORENZONI, E., LECHNER, H., GEYER, N., MANOWARDA, K. und MAURER, H.: Rheoencephalographische und EEG - untersuchungen unter Hypoxie und Alkohol.
 Nervenarzt 1968, 39 : 25 - 31.
- MARCONI, J., POBLETE, M., PALESTINI, M., MOYA, L., and BAHAMONDES, A.: Role of the dorsomedial thalamic nucleus in "Loss of Control" and "Inability to Abstain" during Ethanol Ingestion.
 In: Alcohol and Alcoholism, ed. by R. E. Popham, Canada, 1970.
- McQUARRIE, D.G. and FINGL, E.: Effects of single doses and chronic administration of Ethanol on experimental seizures in mice.
 J.Pharmacol. exp. Ther. 1958 : 124 : 264 - 271.
- POIRE, R., FEUILLET, C., GERARDIN, J.-R. et LINARD, C.: Etude electrographique (technique polygraphique) de l'impregnation par disulfiram (antabuse) et de la reaction disulfiram - alcohol.
 Rev.neurol. 1965, 113 : 298 - 318.
- ROSADINI, G., RODRIGUEZ, G. and SIANI, C.: Acute Alcohol poisoning in man : an experimental electrophysiological study.
 Psychopharmacologia 1974, 35 : 273-285.
- SALAMY, A. and WILLIAMS, H.L.: The effects of Alcohol on sensory evoked potentials in the cat.
 Nature 1965, 13 : 688 - 690.
- WIKLER, A., PESCOR, F.T., FRASER, H.F. and ISBELL, H.: Electroencephalographic changes associated with chronic alcoholic intoxication and the Alcohol abstinence syndrome.
 Amer.J.Psychiat. 1956, 113 : 106-114.

Ein ambulant Breitbandprogramm zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger

TEIL I

DARSTELLUNG DES PROGRAMMS UND DES THERAPIEVERLAUFS

von

F.-J. FELDHEGE, G. KRAUTHAN, B. SCHULZE,
R. SCHNEIDER und H. VOLLMER

(Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische
Abteilung, München).

I. Beschreibung des ambulanten Breitbandprogramms

1. Das therapeutische Konzept

Die Konzeption des ambulanten Therapieansatzes wurde ab Sommer 1974 ausgearbeitet und – nach einem Probelauf im Herbst 1974 – von Januar bis Dezember 1975 an 20 Klienten in drei Gruppen durchgeführt.

Das therapeutische Angebot richtet sich auf jugendliche Drogenabhängige, die noch ein gewisses Maß an sozialer Integration besitzen und daher noch ambulant behandlungsfähig sind. Insofern stellt dieses Konzept auch eine Alternative zu stationären Behandlungsformen dar.

Aufgrund der relativ kurzen Entwicklungs- und Erprobungszeit können die Ergebnisse lediglich erste Hinweise auf die Brauchbarkeit dieses Ansatzes geben.

1.1. Therapieziele

Drogenabhängigkeit ist einerseits durch den übermäßigen Konsum von Drogen und damit einhergehender Verhaltensweisen wie z.B. Drogenhandel u.ä. sowie andererseits durch Verhaltensdefizite im Sozial-, Arbeits- und Freizeitverhalten gekennzeichnet. Daraus lassen sich folgende Therapieziele ableiten:

1. Die Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit durch die Durchführung einer klinischen Entgiftungsbehandlung sowie allgemein indizierter internistischer Behandlungsmaßnahmen.
2. Die Vermittlung von Techniken der Selbstkontrolle zum Abbau des Drogenkonsums und des damit zusammenhängenden Drogenverhaltens sowie zur selbständigen Prävention von Rückfällen.
3. Der Abbau von Verhaltensdefiziten im Sozial-, Arbeits- und Freizeitverhalten.

1.2. Interventionsmaßnahmen

Die in jedem Interventionsbereich durchzuführenden Maßnahmen sind für jede an der Durchführung des Therapieprogramms beteiligten Gruppe – Klienten,

Therapeuthelfer, Kontaktgruppen, Verhaltenstherapeuten, Sozialarbeiter, Ärzte, Schwestern und Pfleger internistischer Stationen – durch Therapiemanuale, die Beschreibungen von Maßnahmen und Instruktionen zu deren Durchführung beinhalten, in eine standardisierte Form gebracht.

Das Therapieprogramm untergliedert sich in fünf Phasen, die in dem folgenden Schema aufgeführt sind.

I. Kontaktphase (Dauer ca. 2 Wochen)

1. Selektion der Klienten, die in das Therapieprogramm aufgenommen werden.
2. Einführung der Therapeuthelfer und der Kontaktgruppe in ihren Aufgabenbereich.

II. Kontrollphase (Dauer ca. 4 Wochen)

1. Einführung der Klienten in die Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie bei Drogenabhängigkeit.
2. Selbstkontrollprogramm zum Abbau des Drogenkonsums und zur Prävention von Rückfällen.
3. Unterstützung der Klienten bei der Arbeits- und Wohnungssuche.
4. Trainingsprogramm für Therapeuthelfer.
5. Praktische Einführung der Kontaktgruppe in ihren Aufgabenbereich.

III. Entzugsphase (Dauer ca. 7 - 10 Tage)

1. Psychologisch-therapeutisches Entzugsprogramm.
2. Medizinische Entgiftung.

IV. Verhaltenstrainingsphase (Dauer ca. 4 Monate)

1. Verhaltenstraining zum Aufbau sozialer Kompetenz für Klienten.
2. Praktischer Einsatz der Therapeuthelfer als Übungspartner der Klienten in ihrer natürlichen Umgebung.
3. Praktischer Einsatz der Kontaktgruppe zum Aufbau von Freizeitverhalten bei den Klienten.

V. Nachsorgephase (Dauer ca. 5 Monate)

1. Zwei je einwöchige Auffrischungsperioden mit den Klienten.
2. Selbständige Weiterführung der Klientenbetreuung durch die Therapeuthelfer und die Kontaktgruppe.

1.3. Aufnahmebedingungen

Gemäß der Hypothese, daß Klienten, deren Verhaltensrepertoire noch nicht so stark durch sozialisations- und drogenkonsumbedingte Einflüsse eingeschränkt bzw. defizitär entwickelt ist, eine günstigere Behandlungsprognose aufweisen – was u.a. durch Ergebnisse von Bowden & Langenauer (1972) unterstützt wird – wurden alle Klienten hinsichtlich der folgenden Aufnahmekriterien überprüft:

1. Klienten, die zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme noch drogenabhängig sind, sollten nicht

länger als zwei Jahre harte Drogen eingenommen sowie nicht länger als insgesamt vier Jahre regelmäßig Rauschmittel konsumiert haben.

2. Klienten, die direkt davor stationär oder ambulant behandelt wurden, müssen mindestens zwei Monate vor der Aufnahme in das Programm nachweislich drogenfrei gelebt haben (Kontrolle durch Urinproben).
3. Bei Verdacht auf Psychosen oder Suizidgefahr mußte vor Antritt der Behandlung ein psychiatrisches Gutachten beigebracht werden, das die gegenwärtige Gefährdung des Klienten ausschließt.
4. Der Klient durfte keine gerichtlichen Auflagen, die die Therapie betreffen, noch anstehende oder schwebende Verfahren im Zusammenhang mit Drogenkonsum, -besitz oder -erwerb haben.
5. Der Klient sollte einen nicht-drogenkonsumierenden Therapiehelfer finden, der für die Dauer des Therapieprogramms bereit ist, den Klienten regelmäßig zu betreuen.

Diese Aufnahmebedingungen konnten – bis auf die Kriterien 1, 4 und 5 – bei der Klientengruppe realisiert werden. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen ist es bei der kleinen Gesamtstichprobe von 20 Klienten noch nicht möglich, sichere Aussagen über die klinische Bewährung dieser Selektionskriterien zu machen.

1.4. Dauer des Therapieprogramms

Die Durchführung des Standardprogramms dauerte etwa 5 Monate. An diese Intensivbetreuung schloß sich eine 6-monatige Nachbetreuung an, in der sich die Therapeuten aus der Betreuung der Klienten langsam ausblendeten und diese von Therapiehelfern und der Kontaktgruppe übernommen und weitergeführt wurde. Die Gesamtdauer des Therapieprogramms betrug etwa 11 Monate.

1.5. Stärke und Zusammensetzung des therapeutischen Teams.

Das Behandlungsteam bestand aus zwei verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Psychologen. Diese waren für die gesamte Durchführung einer Klientengruppe – die sich im Durchschnitt aus 6 - 8 Klienten zusammensetzte – verantwortlich.

Der Arbeitsbereich umfaßte dabei einerseits die organisatorische und therapeutische Betreuung der Klienten wie auch andererseits die Ausbildung von Therapiehelfern und Kontaktgruppen.

Um eine effektive Nutzung der therapeutischen Arbeitskräfte zu gewährleisten, wurden organisations-therapeutische Maßnahmen, wie z.B. Arbeits- und Wohnungssuche für Klienten, bestimmte Ausbildungseinheiten für Therapiehelfer und Kontaktgruppe, einem dafür ausgebildeten Sozialarbeiter übergeben.

1.6. Durchschnittlicher Zeitaufwand für die Durchführung der Therapie.

Zur genauen Erfassung des Zeitaufwandes wurde von

allen Mitgliedern des therapeutischen Teams eine "professional time" – Liste geführt, in der alle Aktivitäten – aufgeteilt nach den vier Kategorien: Einzelsitzungen, Gruppensitzungen, Teambesprechungen und Organisation – aufgezeichnet wurden.

Tabelle 1 zeigt den durchschnittlichen Zeitaufwand pro Mann und Woche, gerechnet für ein Behandlungsteam von zwei ausgebildeten Verhaltenstherapeuten, bei einer Gruppengröße von acht Klienten, aufgeschlüsselt nach den fünf Therapiephasen.

Die phasenspezifische Zeitverteilung zeigt, daß die Kontrollphase, in der einmal die Bewältigung des Drogenverhaltens der Klienten im Vordergrund stand, zum anderen aber auch der wesentliche Teil der Ausbildung von Therapiehelfern und Kontaktgruppe geleistet werden mußte, den größten zeitlichen Aufwand beanspruchte.

Diese Zeitangaben sind Durchschnittswerte, die teilweise erheblichen Schwankungen nach oben und unten unterworfen sind. Dies hängt vor allem von der Ausgangsgröße der Klientengruppe sowie der Größe der Therapiehelfer- und Kontaktgruppe ab.

Diese Daten sind daher als vorläufige Richtwerte zu betrachten.

2. Verwendete Messinstrumente

2.1. Therapiespezifische Messinstrumente

Um eine optimale Konkordanz zwischen dem Messinstrument und der Interventionsmaßnahme herzustellen, mußte ein Teil der Messmittel eigens entwickelt und ausgearbeitet werden.

Zum besseren Verständnis des unter Punkt 3 dargestellten Datenmaterials sollen die einzelnen Messinstrumente im folgenden kurz beschrieben werden.

1. Dokumentationsbogen I¹⁾

In diesem Fragebogen werden Daten zum sozio-ökonomischen Status des Klienten und seiner Familie sowie zu seinem Drogenstatus erhoben. Zu den einzelnen Fragen gibt es standardisierte Antwortmöglichkeiten, wobei für manche Fragen Mehrfachantwortmöglichkeiten bestehen. Die Daten zum Dokumentationsbogen I wurden zu Beginn der Kontrollphase erhoben, nachdem die Klienten in das Therapieprogramm aufgenommen worden waren.

2. Erhebungs- und Auswertungsschema zur Verhaltensanalyse bei drogenabhängigen Jugendlichen.

Das Erhebungs- und Auswertungsschema zur Verhaltensanalyse gibt Richtlinien für die Erhebung von Daten zur Entstehungsgeschichte der Rauschmittelabhängigkeit, zur Analyse des gegenwärtigen Problemverhaltens sowie des allgemeinen Verhaltensrepertoires und zur Erstellung des Therapieplanes. Die Verhaltensanalyse wurde zu Beginn der Kontrollphase durchgeführt.

¹⁾Eine ausführliche Beschreibung aller Messinstrumente findet sich im Dokumentationsmanual zu diesem Therapieprogramm.

Tabelle 1:

	Kontakt- phase	Kontroll- phase	Entzugs- phase	Verhaltens- trainings- phase	Nachsorge- phase
<u>I. Einzelsitzungen:</u> Mit Klienten, mit Therapie- helfern, mit Klienten und Therapiehelfern, mit Ange- hörigen oder sonstigen Kon- taktpersonen des Klienten	8.5	16.0	9.5	6.0	0.5
<u>II. Gruppensitzungen:</u> Mit Klienten, mit Therapie- helfern, mit der Kontakt- gruppe	2.5	7.0	4.0	11.5	0.5
<u>III. Teambesprechungen:</u> Fallbesprechungen, gemein- same Entscheidungen bei Aufnahme von Klienten, bei Rückfällen von Klienten, bei Aufnahme von Therapie- helfern, gegenseitige Su- pervision	4.5	2.0	2.5	1.5	0.0
<u>IV. Organisationstherapie:</u> Besprechung mit Ärzten, Sta- tionspersonal, Telefonbera- tung von Eltern/sonstigen Kontaktpersonen des Klien- ten, Therapieplanung, Gut- achten, Korrespondenz, all- gemeine Veranstaltungen mit Therapiehelfern, Kon- taktgruppe, Klienten wie z.B. Ausflüge, Parties, Sport etc.	2.0	4.5	1.5	0.5	0.5
Durchschnittliche Stunden- zahl pro Mann/pro Woche	17.5	29.5	17.5	19.5	1.5

3. Dokumentationsbogen II (Daten zum Therapie- verlauf und zur Katamnese)

Der Dokumentationsbogen II umfaßt die Bereiche:

- Drogenverhalten
- Soziale Kompetenz: Kommunikation
Kontaktverhalten
Selbstbehauptung
Belastungsverhalten
- Arbeitsverhalten
- Freizeitverhalten
- Selbstorganisation

Zu jedem dieser Verhaltensbereiche gab der Klient Selbsteinschätzungen ab. Die Angaben der Klienten wurden zusätzlich durch die Befragung von Bezugspersonen (z.B. Eltern, Therapiehelfer, Arbeitgeber, Lehrer usw.) und objektive Kontrollen (z.B. Urinproben, Verhaltensproben) abgesichert.

Der Dokumentationsbogen II wurde den Klienten zum Beginn der Therapie und bei Beendigung dieser, sowie 3, 6, 12 und 24 Monate nach Therapieende vorgegeben. Dadurch wird es einerseits möglich, Verhaltensänderungen, die sich im Therapieverlauf ergeben, zu erfassen, wie auch andererseits die Stabilität der erzielten Verhaltensänderungen nach Beendigung der Therapie zu überprüfen.

4. Verlaufsbogen für Drogenkonsum

In diesem Bogen wird fortlaufend der Drogenstatus registriert. Die Informationen zur Drogenfreiheit basieren auf regelmäßig durchgeführte Urinalysen sowie den Angaben der Therapiehelfer bzw. naher Bezugspersonen des Klienten. In die Erhebung zum Drogenstatus wurden auch

die Nachkontrollen 3, 6, 12 und 24 Monate nach Therapieende miteinbezogen.

2.2. Allgemeine Tests und Fragebogen

Um allgemeine Vergleiche der Ergebnisse mit denen anderer Therapiekonzepte und anderer Klientenstichproben zu ermöglichen, wurden auch Tests verwendet, die allgemein im klinischen Bereich Anwendung finden.

1. Freiburger-Persönlichkeits-Inventar (FPI) von FAHRENBURG & SELG (1970)

Das FPI ist ein Persönlichkeitstest, der die Ausprägung verschiedener Persönlichkeitseigenschaften des Probanden feststellt. Dieser Test wurde zu Beginn und zum Ende des Therapieprogramms sowie zu den Nachkontrollterminen 3, 6, 12 und 24 Monate nach Therapieende vorgegeben.

2. Raven-Progressive-Matrices (RAVEN, 1960)

Der Raven-Test ist ein nicht-verbaler Intelligenztest, der den allgemeinen Intelligenzfaktor erfaßt. Dieser Test wurde nur zu Beginn des Therapieprogramms vorgegeben.

3. Unsicherheits-Angstfragebogen (U - A) von WAIBEL (1972)

Dieser Fragebogen wurde zur Überprüfung eines Selbstsicherheitstrainings entwickelt und erfaßt soziale Unsicherheit und Ängste. Er wurde zu Beginn und am Ende des Therapieprogramms sowie zu den Nachkontrollzeitpunkten 3, 6, 12 und 24 Monate nach Therapieende vorgegeben.

Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die in diesem Therapieprogramm angewandten Messinstrumente, die die Grundlage der im folgenden dargestellten Ergebnisse bilden.

Tabelle 2: Messinstrumente und Erhebungszeitpunkte im ambulanten Therapieprogramm

Messinstrumente	Erhebungszeitpunkte		
	zu Beginn des Therapie- programms	am Ende des Therapie- programms	3, 6, 12 u. 24 Monate nach Beendigung d..... Therapieprogramms
Dokumentations- bogen I	→		
Dokumentations- bogen II	→	→	→
Verhaltens- analyse	→		
Verlaufsbogen: Drogenkonsum	→	→	→
FPI	→	→	→
Raven-Progressive- Matrices	→		
U-A-Fragebogen	→	→	→

II. Beschreibung des Klientels anhand anamnestischer Grunddaten

Dieser Abschnitt umfaßt die Beschreibung des Klientels anhand anamnestischer und verhaltensanalytischer Grunddaten, die Darstellung des Therapieverlaufs aufgrund fortlaufend erhobener therapiespezifischer und testpsychologischer Messinstrumente, sowie die Überprüfung des Therapieerfolges anhand katamnästischer Daten, die bisher über einen Zeitraum von 6 Monaten nach Beendigung des Therapieprogramms erhoben werden konnten.¹⁾

Das Datenmaterial setzt sich aus den oben beschriebenen Messinstrumenten zusammen.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse der Anamnesen, des Therapieverlaufs und der Katamnésen in einer zusammenfassenden Bewertung der Darstellung der Daten jeweils vorangestellt. Eine differenzielle und vollständige Darstellung, Analyse und Interpretation des Datenmaterials, die hier aus Platzgründen nicht geleistet werden, findet sich bei Feldhege (1977).

1. Anmeldungen

Insgesamt lagen 44 Anmeldungen zur ambulanten Behandlung vor, davon erfüllten 35 Klienten die Aufnahmekriterien. 14 Klienten blieben den ersten drei Therapiesitzungen fern und wurden daher nicht in die Behandlung aufgenommen. 1 Klient wurde zu Beginn der Therapie verhaftet.

Von den verbleibenden 20 Klienten wurden drei Gruppen gebildet, wobei die erste Gruppe 7, die zweite Gruppe 6 und die dritte Gruppe wieder 7 Klienten umfaßte. Kein Klient kam aufgrund gerichtlicher Auflagen oder sonstigem direkten institutionellen Druck zur Behandlung.

2. Daten²⁾ zum sozioökonomischen Status der Klienten

Alter: Das Durchschnittsalter der Klienten betrug 22 Jahre. Der Jüngste war 16, der Älteste 26 Jahre alt.

Geschlecht: Die Gruppen setzen sich aus 11 männlichen und 9 weiblichen Klienten zusammen.

Familienstand: 18 Klienten waren alleinstehend, 2 waren verheiratet, wovon einer von seinem Ehepartner getrennt lebte.

Schulbildung: 45% der Klienten hatten einen planmäßigen Schulabschluß. 55% der Klienten hatten ihre Ausbildung abgebrochen bzw. wurden vorzeitig entlassen. Von den Abbrechern bzw. Entlassenen gaben als Grund 35% ökonomischen Druck, 44% eigenes Leistungsveragen, 11% soziale Auffälligkeit und 11% Unlust an.

Berufsbildung: 50% der Klienten hatten keine Berufsausbildung, 30% hatten ihre Berufsausbildung abgebrochen, nur 20% hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung. Zur Zeit der Anmeldung zur Therapie hatten 60% der Klienten keine Arbeit, 15% gingen einer unregelmäßigen ungelernten Tätigkeit nach und nur 25% gingen einer regelmäßigen Tätigkeit nach oder befanden sich noch in der Ausbildung.

Straffälligkeit der Klienten: 58% der Klienten wurden wegen Besitz, Erwerb von Drogen oder Drogenhandel mindestens einmal straffällig. 47% der Klienten gaben an, wegen allgemeiner Delikte straffällig geworden zu sein.

Daten zum Drogenstatus der Klienten

Einstiegsdroge: Die „Einstiegsdroge“ war bei 55% der Klienten Haschisch, bei je 15% Aufputschmittel bzw. Opiate oder starke Schmerzmittel, bei 10% Barbiturate und bei 5% Alkohol.

Bisher konsumierte Rauschmittel: Die in den letzten 6 Monaten vor der Anmeldung zur Therapie überwiegend eingenommene Droge war bei 70% der Klienten Heroin, bei 15% Morphin und bei weiteren 15% starke Analgetika. Das Verhältnis von Polytoxikomanen zu ausschließlich bis überwiegend harte Drogen konsumierenden Jugendlichen betrug 60 : 40 %.

Einnahmeart: Bei allen Klienten handelte es sich um „Fixer“. In den letzten 6 Monaten vor Beginn der Therapie wurde als vorherrschende Einnahmeart der Drogen von 19 Klienten die intravenöse Injektion der Drogen, bei einem Klienten die orale Einnahme angegeben.

Dauer des Rauschmittelkonsums: Die durchschnittliche Dauer des Rauschmittelkonsums („weicher“ und „harter“ Drogen zusammen) betrug bei unseren Klienten zum Zeitpunkt der Anmeldung 4,75 Jahre. Die durchschnittliche Dauer des ausschließlichen Konsums „harter“ Drogen betrug 1,85 Jahre. Streubreite: 0,6 bis 3,5 Jahre.

Menge der konsumierten Rauschmittel: Die durchschnittliche pro Tag eingenommene Stoffmenge wurde mit 2 Gramm angegeben (Streubreite: 0,5 bis 4 Gramm). Diese Mengenangaben beziehen sich auf die vorwiegend eingenommenen Drogen Heroin und Morphin.

¹⁾ Nach Abschluß aller Nachkontrollen (12 und 24 Monate) wird ein weiterer Bericht erstellt.

²⁾ Die Daten beziehen sich in der Regel auf 20, in Einzelfällen auf 18 bzw. 19 Klienten. Alle Prozentwerte sind auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet.

Für Präparate, die in flüssiger Form eingenommen wurden (z.B. Analgetika wie Polamidon (R) oder Valoron (R)) wurden die Mengen entsprechend umgerechnet.

Gründe für den Erstkonsum "weicher" und "harter" Drogen:

Es erschien sinnvoll, die Gründe für den Erstkonsum von Rauschmitteln getrennt nach "weichen" und "harten" Drogen zu erfragen und bezüglich möglicher Verschiebungen der Motive zu untersuchen. Tabelle 3 und 4 enthalten die prozentuale Verteilung der Klientenantworten zur Einstiegsmotivation "weicher" bzw. "harter" Drogen.

Tabelle 3: Prozentuale Verteilung der Klientenantworten auf die Frage nach den Gründen für den Erstkonsum "weicher" Drogen (Mehrfachantworten möglich)

Rangreihe	%	Rangreihe	%
1. Neugierde	78,9	7. Bedürfnis nach Glück und Zufriedenheit	15,8
2. Bedürfnis nach Rauscherlebnis	36,8	8. Zur Lösung eigener Probleme	15,8
3. Bewußtseinsweiterung	31,6	9. Angst vor der Zukunft	10,5
4. Geselligkeitsbedürfnis	26,3	10. Protest gegen die Gesellschaft	5,3
5. Trendreaktion ("weil soviel darüber geredet wird")	26,3	11. Konflikte mit Eltern, Schule, Vorgesetzten	5,3
6. Vorbildwirkung (Freund(in) nahm auch Rauschmittel)	15,8	12. Leistungssteigerung	5,3

Tabelle 4: Prozentuale Verteilung der Klientenantworten auf die Frage nach den Gründen für den Erstkonsum "harter" Drogen (Mehrfachantworten möglich)

Rangreihe	%	Rangreihe	%
1. Neugierde	57,9	6. Zur Lösung eigener Probleme	26,3
2. Konflikte mit Eltern, Schule, Vorgesetzten	42,1	7. Bedürfnis nach Glück und Zufriedenheit	26,3
3. andere Mittel reichten nicht aus	42,1	8. Vorbildwirkung (Freund(in) nahm auch Rauschmittel)	15,8
4. Bedürfnis nach Rauscherlebnis	42,1	9. Trendreaktion ("weil soviel darüber geredet wurde")	5,3
5. Angst vor der Zukunft	31,6	10. Protest gegen die Gesellschaft	5,3

Bisherige Entzüge und Entzugsversuche:

15% der Klienten hatten vor Aufnahme in das Therapieprogramm noch keine körperliche Entgiftung durchgeführt oder versucht, die restlichen Klienten hatten durchschnittlich 3,5 Entgiftungsversuche bzw. Entgiftungen gemacht (Streubreite: 1 - 25). 60% aller Entgiftungsversuche bzw. Entgiftungen wurden von den Klienten allein, d.h. ohne ärztliche

Betreuung,

20% wurden in stationären Behandlungseinrichtungen, 10% zwangsweise während eines Gefängnisaufenthaltes durchgeführt.

Tabelle 5 zeigt die prozentuale Verteilung der Gründe, die zu den Entgiftungen bzw. zu den Versuchen geführt haben.

Tabelle 5: Gründe für Entgiftungsversuche bzw. Entgiftungen (Rangreihe)
 (Mehrfachantworten möglich)

Gründe / Ursachen	Angaben in Prozent
1. Eigener Wunsch, weg von den Drogen	84
2. Sozialer Druck seitens der Eltern, Freunde, Partner	26
3. Körperliche Ursachen (Krankheiten etc.)	16
4. Soziale Ursachen (z.B. Kündigung der Arbeits-/ Ausbildungsstelle o.ä.)	5
5. Gerichtliche Auflagen	5

3. Daten zur Bezugsgruppe der Klienten

Alter: Das durchschnittliche Alter der Eltern der Klienten betrug 49 Jahre mit einer Streubreite von 36 bis 68 Jahren.

Familienstand der Eltern: 50% der Eltern unserer Klienten waren verheiratet, 35% geschieden oder lebten getrennt, bei 15% der Klienten waren ein oder beide Elternteile verstorben, 32% der Klienten hatten einen Stiefvater bzw. eine Stiefmutter.

Schulbildung der Eltern (getrennt nach Ehepartnern) Von den Vätern hatten 74% die Volksschule abgeschlossen, 5% die Realschule, 16% hatten das Abitur und weitere 5% einen Hochschulabschluß. Von den Müttern hatten 69% die Volksschule, 26% die Realschule und 5% das Gymnasium abgeschlossen.

Berufssituation der Eltern: Ein Drittel der Klientenväter waren Arbeiter, Angestellte in unterer bis mittlerer Position oder Rentner. Ein weiteres Drittel bekleidete als leitende Angestellte bzw. Beamte eine Position, das letzte Drittel arbeitete freiberuflich.

Erziehungsstile der Eltern (getrennt nach Ehepartnern)

Da die Einflüsse des Elternhauses auf die Entwicklung

des Jugendlichen eine sehr wesentliche Rolle spielt, wurde diese Fragestellung in die Anamnese aufgenommen.

Tabelle 6 zeigt die prozentuale Verteilung der Klientenantworten zu den vorherrschenden Erziehungsstilen der Eltern.

Vergleichbare Größenordnungen ergaben sich bei der Frage nach der elterlichen Reaktion auf schulische und berufliche Leistungen des Klienten (siehe Tabelle 7.)

Beziehungsverhältnisse der Eltern untereinander

Neben der Frage nach der Eltern-Klient Interaktion wurde auch die Frage nach der Interaktion zwischen den Eltern - aus der Sicht des Klienten - gestellt.

In Tabelle 8 sind die wesentlichen Kategorien zu den Interaktionsmustern zusammengestellt.

Diese Angaben müssen unter Berücksichtigung des Familienstandes der Eltern gesehen werden, von denen 35% geschieden waren oder getrennt lebten. Außerdem hatten 31,6% der Klienten einen Stiefvater bzw. eine Stiefmutter.

Rauschmittel- und Alkoholkonsum in der Familie bzw. Verwandtschaft der Klienten

55% der Eltern bzw. nahen Verwandten der Klienten konsumierten selbst regelmäßig Schmerz- oder Schlaf-tabletten, Aufputschmittel oder verschiedene Präparate gleichzeitig.

30% der Eltern waren mäßige, 20% starke bis übermäßige Alkoholkonsumenten. (Mehrfachantworten möglich).

Tabelle 6 : Vorherrschende Erziehungsstile der Eltern unserer Klienten (Rangreihe) (Mehrfachantworten möglich)

Vorherrschende Erziehungsstile	Prozent der Väter	Prozent der Mütter
1. Bestrafung (Klagen, Vorwürfe, Ermahnung, Prügel)	47	37
2. Inkonsistenter Erziehungsstil (Belohnung/Bestrafung je nach Laune)	47	32
3. Belohnung (Lob, Zuwendung)	21	32
4. Desinteresse	11	5

Tabelle 7 : Reaktionen der Eltern auf die schulischen bzw. beruflichen Leistungen der Klienten (getrennt nach Ehepartnern) (Mehrfachantworten möglich)

Vorherrschende Reaktionsmuster	Prozent der Väter	Prozent der Mütter
1. Bestrafung für schlechte Leistungen	58,0	52,7
2. Desinteresse an den Leistungen	15,8	5,3
3. Belohnung, Freude über gute Leistungen	26,3	47,4

Tabelle 8 : Beziehungsverhältnis der Eltern untereinander (Mehrfachantworten möglich)

Beziehungsverhältnis untereinander	Angaben in Prozent	Vater dominant	Mutter dominant
1. Häufige Streitigkeiten	36,9		
2. Gegenseitiges Desinteresse	36,9		
3. Dominanz eines Elternteiles		21,1	15,8
4. Partnerschaftliches Verhältnis	36,9		

4. Test- und Fragebogenergebnisse

Ergebnisse zum Intelligenztest (Raven - Progressive - Matrices):

Der Beschreibung der Testdaten nach hat die Klientengruppe einen mittleren Rohwert von 47,6 und eine Streubreite von 21 bis 59. In IQ-Werte transformiert beträgt der mittlere Intelligenzquotient der Klientengruppe etwa 110. Das bedeutet, daß die Klientengruppe etwas intelligenter als der Durchschnitt der entsprechenden Altersgruppe ist.

Ergebnisse zum Freiburger - Persönlichkeits - Inventar (FPI):

Alle Gruppenmittelwerte der Klientengruppe liegen bis auf die Faktoren "Nervosität" und "Depressivität" im Normbereich (siehe Tabelle 10). Auch die aufgetretenen Abweichungen sind so geringfügig, daß sie zur Interpretation nicht herangezogen werden können. Da-

rüber hinaus lassen sich aus diesen Ergebnissen keine Anhaltspunkte für das in der Psychiatrie aufgestellte Konstrukt einer "Suchtpersönlichkeit" ableiten. Allerdings weisen die einzelnen Profile zum Teil deutliche Abweichungen von der Norm auf, nur liegen diese eben nicht bei allen Klienten in derselben Richtung.

(Siehe Diagramm 1)

Ergebnisse zum Unsicherheits-Angst-Fragebogen (U-A):

Die Analyse der Mittelwerte zeigt, daß lediglich in den Faktoren I (Allgemeine Unsicherheit) und II (Kritik- und Fehlschlagangst) eine allgemeine Behandlungsindikation besteht. Im übrigen deuten die großen Standardabweichungen darauf hin, daß erst eine differentielle Bewertung einzelner Untergruppen eine nähere Beschreibung der Klientenstichprobe ermöglicht. Dies wird bei der Darstellung der Therapieverlaufs- und Katamneseergebnisse versucht.

Tabelle 10 : Mittelwerte und Standardabweichungen der Faktoren des U-A Fragebogens

Faktoren	Mittelwerte der Gesamtstichprobe (N = 18)	Standardabweichungen	Behandlungsindikation besteht ab ¹⁾
1. Allgemeine Unsicherheit	47,8	17,9	40
2. Kritik- und Fehlschlagangst	34,8	9,2	28
3. Nicht "nein-sagen" können	20,2	8,4	22
4. Befangenheit im Kontakt	28,0	11,9	30
5. Unfähigkeit, zu fordern	15,4	6,6	16
6. Schuldgefühle	15,1	5,5	18
7. Anständigkeit	15,2	8,8	16

¹⁾ Die Referenzwerte zur Behandlungsindikation wurden von De Jong et al. (1976) übernommen.

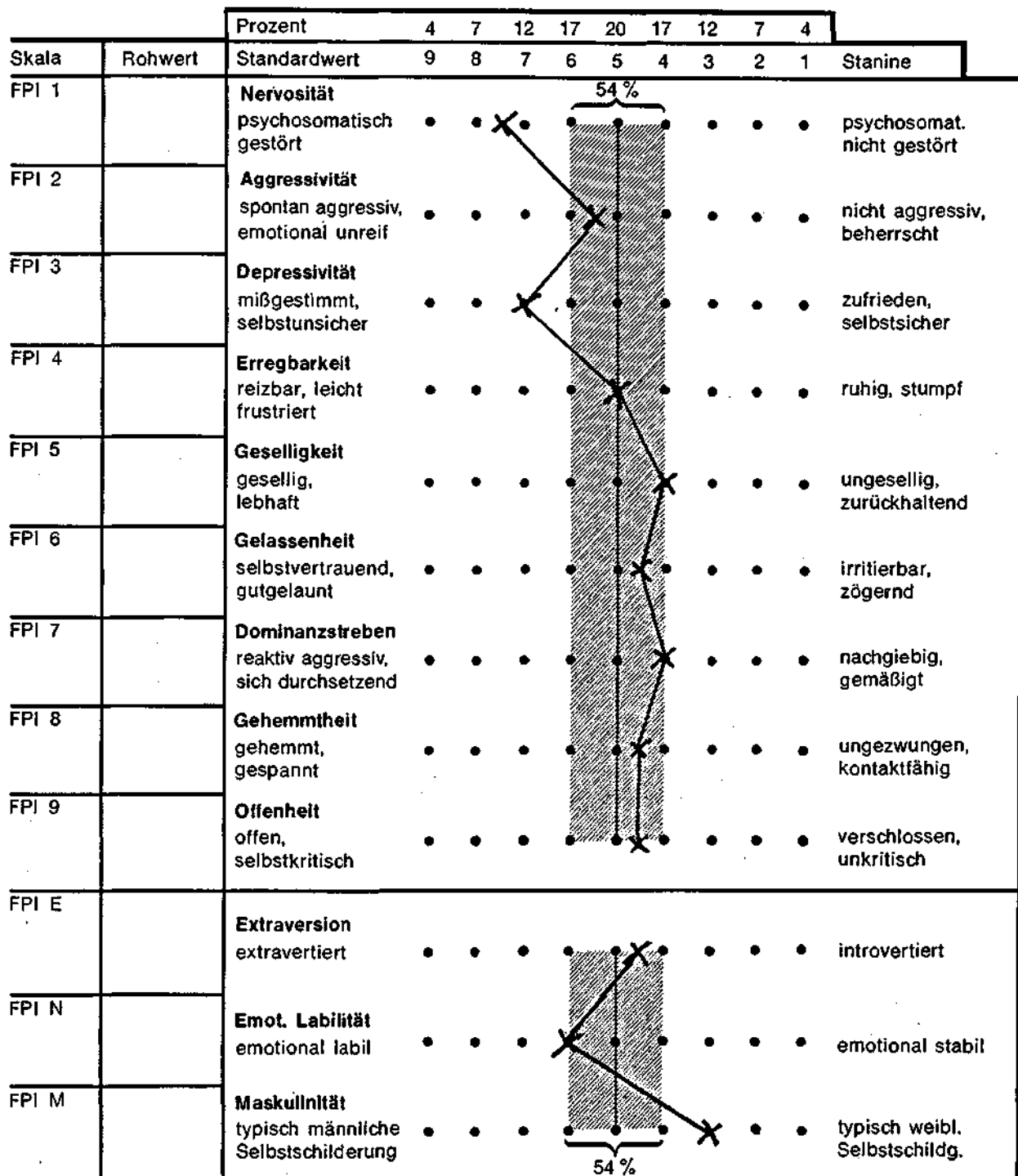
Diagramm 1 : Persönlichkeitsprofil der Klientengruppe im FPI

Auswertungsbogen

FPI

Gesamtform
 Halbform A-B

Datum



5. Zusammenfassung der anamnestischen Grunddaten

Die Ergebnisse zum sozioökonomischen Status der Klienten zeigen einen besonders hohen Prozentsatz von Ausbildungsabbrechern und die damit hochkorrelierende Zahl der arbeitslosen bzw. nur unregelmäßig beschäftigten Klienten.

Ähnliche Ergebnisse fanden J a s i n s k y (1971), G o s t o m z y k et al. (1973), S c h w a r z (1973) u.a. in ihren Untersuchungen.

In dieselbe Richtung weist der Straffälligkeitsindex von 57%, der darüber hinaus ein wesentliches Bedingungsmoment bei der Aufrechterhaltung und Verschärfung der Drogenabhängigkeit, wie auch überhaupt in der Entstehung abweichenden Sozialverhaltens (vergleiche dazu auch z.B. K u h l e n, 1973) darstellen dürfte.

Die Ergebnisse zum Drogenstatus weisen unsere Klientenpopulation als Dauerkonsumenten "harter" Drogen aus, die zum überwiegenden Teil zum harten Kern der mehrjährig drogenabhängigen Jugendlichen zu rechnen sind. In dieselbe Richtung weist der relativ hohe Prozentsatz der polytoxikomen Jugendlichen.

Diese Ergebnisse zur Konsummotivation, insbesondere auch der herausragende Stellenwert der "Neugierde" als Grundmotiv für den Erstkonsum, finden ihre Entsprechung in den Untersuchungen von J a s i n s k y (1971), W a n k e (1971), G o s t o m z y k et al. (1973), S c h w a r z et al. (1973) und andere.

Interessante Verschiebungen im Motivationsprofil ergaben sich, wie erwartet, bei den Angaben zum Erstkonsum "harter" Drogen. Obwohl "Neugierde" als Konsummotiv noch immer an erster Stelle steht, ergeben sich doch bedeutsame Verschiebungen im Vergleich zum Konsumprofil für "weiche" Drogen insofern, als eine Steigerung der Konflikthäufigkeit und -intensität im Elternhaus und am Arbeitsplatz - einhergehend mit der Unzulänglichkeit schwächerer Mittel und dem Rauschbedürfnis - nunmehr die Schwerpunkte der Konsummotivation bilden. Diese Ergebnisse entsprechen den verhaltensanalytisch gewonnenen Daten.

Es zeigt sich weiterhin, daß die Jugendlichen ihren Drogenkonsum in keiner Weise mehr mit den gesamtgesellschaftlichen Verhältnissen in Verbindung bringen, sondern diesen vor allem in Abhängigkeit von konkreten Bedingungen ihrer individuellen Umwelt sehen. Ebenso treten Faktoren wie Bewußtseinsweiterung, aber auch Trendreaktionen und ähnliches, mehr in den Hintergrund.

Die Ergebnisse zur Entzugsmotivation zeigen, daß den meisten Klienten die eigene Motivation zum Drogenentzug, unbeeinflusst von äußerem Druck, am stärksten ausgeprägt, gefolgt von "sozialem" Druck und "körperlichen Ursachen", war.

Diese Angaben dürfen vor allem als Indikation für den Therapieerfolg wichtig werden, weshalb später bei der Darstellung der Therapieverlaufs- und -erfolgsergebnisse noch darauf eingegangen wird.

Die Analyse der Ergebnisse zum familiären Milieu der Klienten zeigt Schwerpunkte in den Erziehungsstilen, in der Beziehung der Eltern untereinander, sowie im Rauschmittelkonsum der Eltern.

Das Erziehungsmilieu ist überwiegend durch negative Einflüsse wie Bestrafung, Inkonsistenz oder Desinteresse gekennzeichnet.

Die Interaktion zwischen den Eltern ist ungefähr ein Spiegelbild ihrer Erziehungsmaßnahmen.

Der hohe Prozentsatz von Eltern, die selbst regelmäßig Rauschmittel konsumieren, findet seine Entsprechung in der Nachahmung durch die Klienten.

Als negative Folgen solcher Erziehungseinflüsse für den Jugendlichen sind vor allem die soziale Hilfs- und Orientierungslosigkeit, die Unfähigkeit zu stabilen und dauerhaften zwischenmenschlichen Beziehungen, ein negatives Selbstbild sowie geringe Selbstsicherheit und Belastbarkeit bekannt.

Alle Daten zu diesem Bereich weisen überdies bedeutsame Unterschiede zu den häuslichen Verhältnissen bei nicht - drogenkonsumierenden Jugendlichen (siehe dazu auch W e t z, 1972, G o s t o m z y k, et al., 1973, J a s i n s k y, 1973, S c h w a r z et al., 1973 u.a.) auf und erfüllen die Voraussetzungen einer "Risikokonstellation" (nach W a n k e, 1971), die bei der Entwicklung abweichenden Sozialverhaltens, wie auch insbesondere einer Drogenabhängigkeit anzutreffen ist.

Als weitere wichtige Folgerungen ergeben sich aus diesen Daten Hinweise für erfolgsversprechende prophylaktische und therapeutische Maßnahmen.

III. Beschreibung der Ergebnisse zum Therapieverlauf

Die Daten zum Therapieverlauf umfassen alle wesentlichen, therapeutisch indizierten Veränderungen beim Klienten, die sich zwischen dem Beginn und der Beendigung des Therapieprogramms ergeben haben. Zur Erfassung solcher Verhaltensänderungen wurden die in Tabelle 1 aufgeführten Messinstrumente verwendet. Die Erhebungszeitpunkte des Datenmaterials waren bei allen Klienten - mit geringen Streuungen - gleich.

Als Interviewpartner der Klienten wurden bei jeder Befragung jeweils die Bezugstherapeuten eingesetzt. Die durch dieses Verfahren eventuell entstandenen Verfälschungseffekte in den Antworten dürften durch die größere Bereitschaft und Offenheit der Klienten bei den Befragungen wieder aufgehoben worden sein.

Die Daten zum Therapieverlauf werden nach folgenden Bereichen aufgeschlüsselt dargestellt:

- Drogenverhalten

- Soziale Kompetenz: Kommunikation
Kontaktverhalten
Selbstbehauptungsverhalten
Belastungsverhalten
Sexualverhalten

- Arbeitsverhalten

- Freizeitverhalten

- Selbstorganisation

Dabei wird zunächst der Stand der Gesamtgruppe zu Beginn der Therapie dargestellt - soweit dies nicht schon bei der Darstellung der anamnestischen Grunddaten geschehen ist. Dies ermöglicht eine differenzierte Abschätzung der Behandlungsbedürftigkeit des Drogenklientels. Daran schließt sich die Darstellung der im Verlauf der Therapie erzielten Verhaltensänderungen an.

Eine ausführliche, tabellarische Beschreibung und Diskussion der Ergebnisse, die an dieser Stelle aus Platzgründen nur zusammenfassend vorgenommen werden kann, findet sich bei Feldege (1977).

1. Ergebnisse zum Bereich Drogenverhalten

Nach der Selbsteinschätzung der Klienten nehmen das "Bedürfnis nach einem Rauscherlebnis" und "zufällige Rauschmittelangebote" die erste Stelle bei den Rückfallauslösern ein, gefolgt von "Schwierigkeiten mit Partnern" und "Überredung durch andere", sowie "bestimmte Gefühlszustände", die etwa bei der Hälfte der Klienten bisherige Rückfälle verursacht haben. Die hierzu ergänzend durchgeführte Rückfallanalyse zeigt indes, daß die zum Rückfall führenden Bedingungen meist in sozialen Schwierigkeiten (Partnerprobleme, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, depressive Gefühlszustände) des Klienten liegen, zu deren Bewältigung ihm die adäquaten Verhaltenstechniken fehlen. Bilden diese Bedingungen den Anfang der zum Rückfall führenden "Verhaltenskette", so dürfen die an ihrem Ende stehenden "kritischen" Auslöser eher die von der Mehrzahl der Klienten angegebenen Items "Lust auf das Rauscherlebnis" und "zufälliges Angebot" sein. Die hohe Bewertung dieser Auslöser dürfte also darauf zurückzuführen sein, daß die Klienten die zeitlich unmittelbar vor dem Rückfall liegenden Ereignisse klarer wahrnehmen (und daher auch angeben können) als die weiter zurückliegenden Auslösebedingungen.

Ähnliches gilt für die Auslösebedingungen des gegenwärtigen Drogenkonsums. Als die wirksamsten Auslöseitems wurden von den Klienten die gedankliche Beschäftigung (Gedanken, Gespräche) mit dem Drogenkonsum und der Drogenwirkung sowie der Anblick drogenbezogener Gegenstände (Spritze, Stoff etc.) und etwas seltener unangenehme Gefühlszustände (Depression, Ärger, Schmerzen etc.) angegeben.

Die sehr hohen Prozentzahlen weisen besonders auf den Stellenwert hin, den das drogenbezogene Auslösegefüge bei der Behandlung des Drogenverhaltens und der Prävention erneuter Rückfälle einnehmen muß. Ergänzend zur Auslöseranalyse wurden die Klienten gefragt, welche Verhaltenstechniken bisher von ihnen zur selbstständigen Bewältigung des Drogenkonsums angewandt wurden. Es zeigte sich, daß weniger als ein Viertel aller Klienten bisher versucht hatte, mittels Selbstkontrollmaßnahmen sein Drogenverhalten abzubauen. Die Verhaltensanalyse zeigte darüber hinaus, daß solche Versuche, sofern sie durchgeführt wurden, weder systematisch noch sehr intensiv verlaufen waren. Aufgrund dieser Angaben ergibt sich eine sehr starke Indikation zur Vermittlung von Techniken der Selbstkontrolle hinsichtlich des Abbaus drogenbezogener Verhaltensweisen und der Anleitung zu ihrer systema-

tischen Anwendung.

Veränderungen im Drogenverhalten im prä - post - Therapievergleich

Zwischen Beginn und Beendigung des Therapieprogramms ergab sich folgender Verlauf des Drogenstatus:

6 Klienten hatten zu Beginn der Therapie bereits einen körperlichen Entzug in einem Krankenhaus durchgeführt und traten drogenfrei in das Therapieprogramm ein.

3 von diesen 6 Klienten wurden bis zu Beginn der Verhaltenstrainingsphase wieder rückfällig und von der Therapie ausgeschlossen.

6 der 14 zu Beginn der Therapie noch drogenkonsumierenden Klienten hatten entweder die Bedingungen der Kontrollphase nicht erfüllt oder waren während des Entzugs rückfällig geworden und wurden von der Therapie ausgeschlossen, bzw. hatten diese von sich aus abgebrochen.

Insgesamt traten 11 Klienten drogenfrei in die Verhaltenstrainingsphase ein.

Von diesen 11 Klienten wurden 5 während der Verhaltenstrainingsphase rückfällig und ebenfalls von der Therapie ausgeschlossen.

Tabelle 11 zeigt den Drogenstatus der Klientengruppe vor, während und nach Beendigung des Therapieprogramms.

Die restlichen 6 Klienten führten die Therapie planmäßig bis zum Ende durch und waren bei der Befragung zum Therapieende drogenfrei. 1)

Zur Ausdifferenzierung und Gewichtung der prä-post Therapieergebnisse zum Bereich Drogenverhalten wurde die Klientengruppe nach dem Kriterium der Teilnahmedauer in die folgenden drei Subgruppen unterteilt:

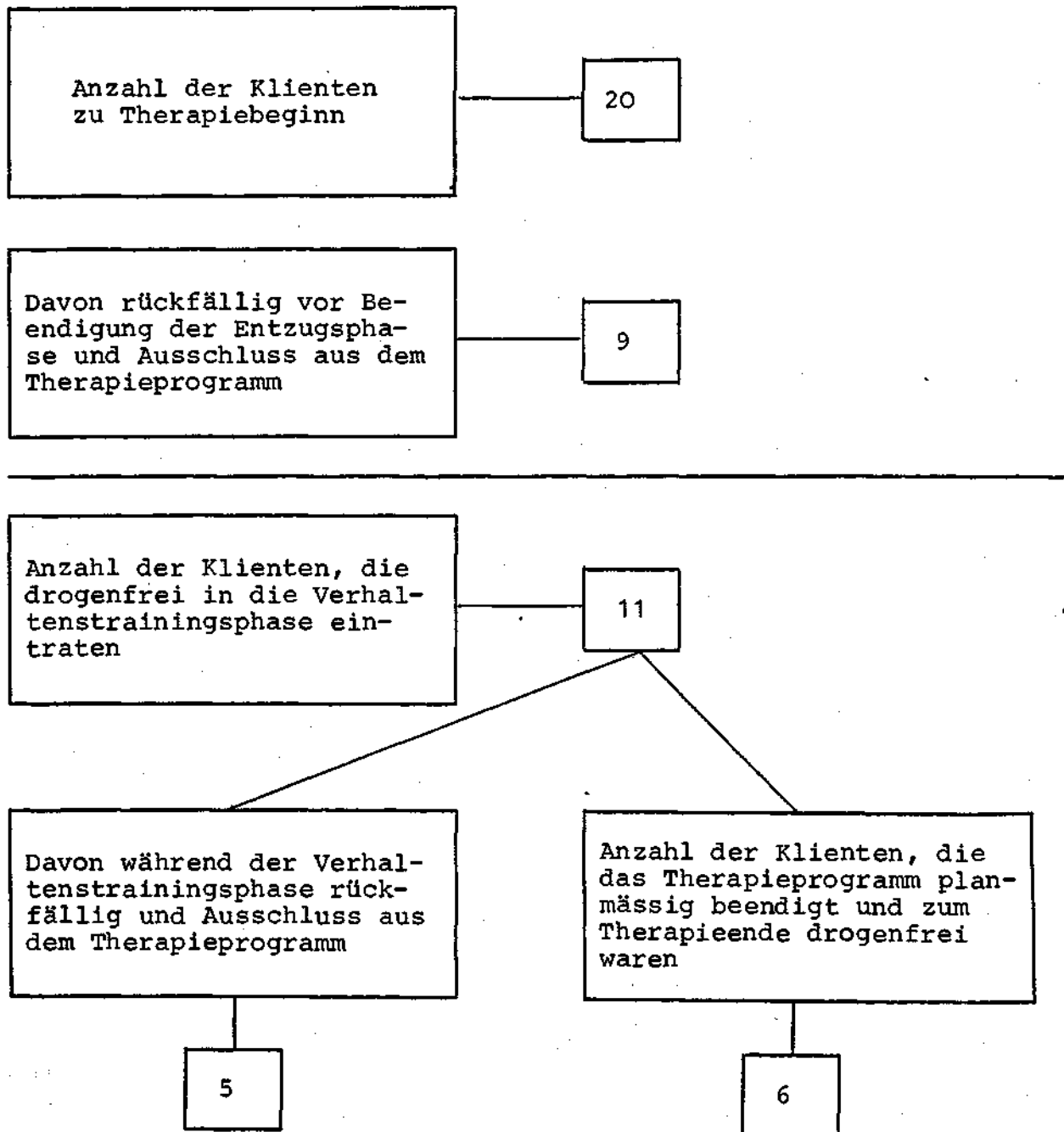
1. Die Gruppe der *erfolgreichen Klienten* (N=16)
Diese sind definiert als Klienten, die das Therapieprogramm planmäßig bis zum Ende durchgeführt haben.
2. Die Gruppe der *bedingt erfolgreichen Klienten* (N=5)
Dieser Gruppe wurden diejenigen Klienten zugezählt, die das Therapieprogramm mindestens bis zur Beendigung der Entzugsphase durchgeführt, dieses aber vor der planmäßigen Beendigung abgebrochen haben bzw. wegen Drogengebrauchs und / oder Regelverletzung entlassen wurden.
3. Die Gruppe der *erfolglosen Klienten* (N=9)
Diese Gruppe setzt sich aus denjenigen Klienten zusammen, die die Therapie vor Beendigung der Entzugsphase abgebrochen hatten bzw. wegen Drogengebrauchs und / oder Regelverletzung entlassen wurden.

Im folgenden werden die Klienten dieser drei Gruppen verglichen und hinsichtlich ihrer Veränderungswerte im Bereich Drogenverhalten dargestellt. 2)

1) Die Drogenfreiheit wurde durch Analysen des Urins, der auf Barbiturate, Amphetamine und Opiate untersucht wurde, festgestellt.

2) Die dazu ausgewählten Daten entsprechen den unter Punkt II dargestellten Ausgangsdaten.

Tabelle 11: Drogenstatus der Klientengruppe vor, während und nach Beendigung des Therapieprogramms



Der Vorher-Nachher-Vergleich umfaßt einen Zeitraum von sechs Monaten, die Laufzeit des Therapieprogramms, gerechnet vom Anfang der Kontrollphase bis zur Beendigung der Verhaltenstrainingsphase (eingerechnet die Dauer der beiden einwöchigen Auffrischungssitzungen in der Nachsorgephase).

Es wurde erwartet, daß sich bei allen Klienten in allen therapie relevanten Verhaltensbereichen Änderungen in Richtung des Therapieziels ergeben, und zwar in Abhängigkeit von der Dauer und Intensität der Teilnahme am Therapieprogramm. Das bedeutet, daß bei der Gruppe der "erfolgreichen" Klienten die deutlichsten Verbesserungen erwartet wurden, bei den "bedingt erfolgreichen" und "erfolglosen" Klienten entsprechend geringere Verhaltensänderungen, eventuell sogar Verschlechterungen.

Die Häufigkeit des "Besuches der Drogenszene" sank bei der Gruppe der "erfolgreichen" und "bedingt erfolgreichen" Klienten erheblich, während die "erfolglosen" keine Veränderungen aufwiesen.

Drogengedanken und -gespräche traten bei den "erfolgreichen" Klienten erwartungsgemäß im Vorher-Nachher-Vergleich signifikant seltener auf. Die von den "erfolglosen" Klienten angegebene signifikante Senkung der Drogengespräche dürfte darauf zurückzuführen sein, daß sich zum Zeitpunkt der ersten Nacherhebung mehrere Klienten dieser Gruppe entweder in stationärer Behandlung oder im Gefängnis befanden und sich daher eine "natürliche" Verringerung der Gesprächsmöglichkeiten ergab, außerdem dachte diese Gruppe im Vergleich zum Therapiebeginn nicht weniger an Drogen.

Während sich in der Zusammensetzung des Freundeskreises bei allen drei Gruppen keine Unterschiede ergaben, sank der Drogenhandel bei allen drei Gruppen bedeutsam ab, am deutlichsten jedoch bei den "erfolgreichen" und "bedingt erfolgreichen" Klienten.

Hinsichtlich der Straffälligkeitsrate im Zusammenhang mit Drogenbesitz, -handel oder -erwerb unterschied sich die Gruppe der "erfolgreichen" Klienten von den beiden anderen Gruppen insofern, als diese zwar schon Drogenhandel betrieben hatte, deswegen aber noch nicht straffällig wurde, während die beiden anderen Gruppen bereits strafrechtlich aufgefallen waren.

Möglicherweise ist dieser Umstand als einer unter mehreren möglichen Indikatoren für eine ambulante Behandlungsfähigkeit und den Therapieerfolg zu betrachten.

Beim prä-post Therapievergleich der Wirksamkeit bestimmter Auslösebedingungen für Drogenkonsum ergaben sich signifikante Veränderungen bei den "erfolgreichen" Klienten bezüglich mehrerer Items, während dies bei den "bedingt erfolgreichen" Klienten nur für zwei Items zutraf. Bei den "erfolglosen" ergab sich lediglich ein bedeutsamer Unterschied bei der Auslösewirkung von Drogengesprächen, für den der oben genannte Grund verantwortlich sein dürfte.

Ähnliche Proportionen fanden sich bei den Veränderungen in der Anwendung wirksamer Verhaltenstechniken zum Abbau des Drogenverhaltens. Am besten schnitten auch hier die "erfolgreichen" Klienten, gefolgt von den "bedingt erfolgreichen" Klienten ab.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß sich die bedeutsamsten Veränderungen im Bereich

Drogenverhalten hinsichtlich der Häufigkeit von Drogengedanken und -gesprächen sowie bezüglich des Handels mit Drogen ergaben.

Die Veränderungen bestätigten die Erwartung, daß die stärksten Veränderungen – bei gleicher Ausgangslage – sich bei der Klientengruppe ergaben, die das Therapieprogramm am längsten und intensivsten durchgeführt hat.

Die gleichen Verhältnisse ergaben sich für die Veränderungen in der Wirksamkeit der drogenbezogenen Auslöser sowie in der Anwendung der auf den Abbau des Drogenverhaltens gerichteten Selbstkontrolltechniken.

2. Ergebnisse zum Bereich "Soziale Kompetenz"

Der Verhaltensbereich "Soziale Kompetenz" umfaßt das kommunikative Verhalten Partnern, Freunden und Bekannten gegenüber; das selbständige Aufbauen und Aufrechterhalten von Kontakten zu fremden Personen; das Durchsetzen eigener Bedürfnisse und Interessen; das adäquate Bewältigen von Fehlschlägen und Mißerfolgen sowie eine befriedigende sexuelle Interaktion mit einem festen Sexualpartner.

Zum Aufbau bzw. zur Verbesserung des Verhaltensstandards in diesen Bereichen wurde hauptsächlich das "Verhaltenstrainingsprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenz (VTP)" von Feldhege & Krauthan (1976) eingesetzt. Hier lernen die Klienten im Rollenspiel, verbunden mit Videofeedback, neue Verhaltensmuster, die darauf auch – unter Hilfestellung durch den Therapeuten und Therapiehelfer – in ihrer natürlichen Umgebung eingeübt und stabilisiert werden.

Kommunikationsverhalten

Die Gruppe der "erfolgreichen" Klienten wies – insbesondere in den Bereichen, in denen besondere Schwierigkeiten angegeben wurden, z.B. "Gefühle offen äußern" und "feste Verpflichtungen bzgl. der Beziehungen eingehen" – erhebliche Verbesserungen auf. In Übereinstimmung damit wurden auch deutliche Verbesserungen in der Zufriedenheit mit der Beziehung zu Partnern und Freunden angegeben.

Ähnliche Verbesserungen – obwohl in geringerem Ausmaß – erzielte die Gruppe der "bedingt erfolgreichen" Klienten, während sich bei den "erfolglosen" Klienten keine Veränderungen – außer in der Zufriedenheit mit der Beziehung zu Partnern und Freunden – ergaben.

Da die meisten der "bedingt erfolgreichen" Klienten noch am Kommunikationstraining teilgenommen hatten, entsprach deren Verbesserung ebenfalls der Erwartung.

Kontaktverhalten

Zwei Drittel der Klienten hatten keine bzw. weniger als drei nicht-drogenkonsumierende Personen in ihrem Freundes- bzw. näheren Bekanntenkreis. Die Verhaltensanalyse ergab überdies, daß der Freundeskreis der meisten Klienten auch vor Beginn des Drogenkonsums nicht sehr groß war. Mehr als zwei Drittel der Klienten gaben an, große bis sehr große Schwierigkeiten im Herstellen und Aufrechterhalten von Kontakten zu nicht-drogenkonsumierenden Personen zu haben. Fast 100% der Klienten waren dementsprechend unzufrieden mit

ihrem Kontaktverhalten. Weiterhin ergab sich besonders bei den länger drogenkonsumierenden Klienten, daß sich vor allem durch die lange Zugehörigkeit zur drogengebrauchenden Bezugsgruppe spezifische "Sprachbarrieren" gebildet hatten, die es den Klienten erschwerten, Kontakte zu knüpfen und längere Gespräche mit nicht-drogenkonsumierenden Personen zu führen. Eine deutliche Veränderung gegenüber dem Ausgangswert in der Anzahl der nicht-drogenkonsumierenden Freunde und Bekannten mit regelmäßigem Kontakt ergab sich lediglich bei der Gruppe der "erfolgreichen" Klienten.

Daß bei den "bedingt erfolgreichen" Klienten hier keine bedeutsamen Veränderungen zu verzeichnen waren, muß unter anderem darauf zurückgeführt werden, daß von dieser Gruppe nur zwei Klienten am Kontakttraining teilnahmen.

Ein vergleichbares Bild ergab sich im Schließen und Aufrechterhalten von Kontakten. Signifikante Veränderungen wurden von den "erfolgreichen" Klienten beim Kontakte knüpfen und - aufrechterhalten angegeben sowie bei der Zufriedenheit mit dem eigenen Kontaktverhalten. Die beiden anderen Gruppen wiesen hier keine Veränderungen auf, obwohl sie sich in den Ausgangswerten von der ersten Gruppe nicht unterschieden.

Selbstbehauptungsverhalten

Im Bereich "Selbstbehauptung" wurden die Schwierigkeiten erfaßt, die die Klienten bei der Durchsetzung ihrer berechtigten Ansprüche und Forderungen im Arbeits- bzw. Ausbildungsbereich und im allgemeinen sozialen Kontakt hatten. Besondere Schwierigkeiten ergaben sich für die Klientengruppe auch in diesem Verhaltensbereich, so daß eine besondere Behandlungsindikation gegeben war.

Die "erfolgreichen" Klienten wiesen im Vorher-Nachher-Vergleich gegenüber dem Ausgangsstatus bei allen Items sehr bedeutsame Veränderungen auf. Ähnliche Veränderungen konnten lediglich die "bedingt erfolgreichen" Klienten bezüglich des Zufriedenheitsitems repliziert werden, was möglicherweise auf ihre positiven Erfahrungen bei der praktischen Anwendung der entsprechenden Verhaltenstechniken dieses Bereiches zurückzuführen ist. Die "erfolglosen" Klienten verbesserten sich erwartungsgemäß in ihrem Selbstbehauptungsverhalten nicht.

Belastungsverhalten

Dieser Bereich umfaßt die Verhaltensschwierigkeiten bei der Bewältigung von Fehlschlags- und Mißerfolgssituationen. Fast alle Klienten zeigten unzureichendes Wissen über adäquate Bewältigungstechniken in Belastungssituationen sowie Verhaltensdefizite im Ablehnen ungerechtfertigter Forderungen im Arbeits- bzw. Ausbildungsbereich und gegenüber fremden Personen. Diese Verhaltensdefizite korrelierten mit der Unzufriedenheit mit dem gegenwärtigen Belastungsverhalten.

Die "erfolgreichen" Klienten erzielten die größten Verbesserungen. Auffällig ist, daß auch die "bedingt erfolgreichen" Klienten bedeutsame Verbesserungen aufwiesen, wobei dies nicht auf das Belastungstraining zurückgeführt werden kann, da kein Klient dieser Gruppe daran teilnahm. Die "erfolglosen" Klienten blieben fast unverändert auf ihrem Ausgangs-

wert stehen.

Sexualverhalten

Obwohl keine direkten, symptombezogenen Interventionsmaßnahmen eingesetzt werden mußten, da keiner der Klienten über so massive Störungen, die sofortiger Behandlung bedurft hätten, klagte, wurde auch in diesem Bereich eine allgemeine Verbesserung vor allem in der Partnerbeziehung und im Aufbau einer festen Beziehung zu einem Sexualpartner erstrebt. Diese Änderungen wurden als sekundäre Effekte aus dem Kommunikations- und Kontakttraining erwartet.

Fast die Hälfte der Klienten hatte zu Beginn der Therapie einen festen Sexualpartner. Für alle anderen war der Aufbau einer stabilen Sexualbeziehung zu einem festen Partner erforderlich. Ein Drittel der Klientengruppe gab an, Sexualstörungen zu haben.

Entsprechend der vergleichsweise eher geringen Behandlungsbedürftigkeit ergaben sich weder bezüglich der Sexualbeziehungen noch der Sexualstörungen statistisch bedeutsame Veränderungen.

Bemerkenswert ist die geringe Ausprägung von Sexualstörungen bei den "erfolgreichen" Klienten gegenüber den beiden anderen Gruppen. Dieser Umstand dürfte eventuell in eine ähnliche Richtung weisen wie die Ergebnisse zu den anderen Verhaltensbereichen, daß das Nicht-vorhandensein anderer Verhaltensstörungen – außer dem Drogenkonsum und den damit zusammenhängenden Verhaltensdefiziten – die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs erhöht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß in diesem Verhaltensbereich für alle Klienten große Verhaltensdefizite bestanden, die auf eine starke Behandlungsindikation hinweisen.

Entsprechend der Teilnahmedauer weisen die unterschiedlich erfolgreichen Klientengruppen differentielle Verbesserungen auf, wobei die "erfolgreichen" Klienten gefolgt von den "bedingt erfolgreichen" - erwartungsgemäß die größten Verhaltensverbesserungen erzielen konnten. Dagegen ergaben sich bei den "erfolglosen" Klienten keine – über das Zufallsmaß hinaus gehende – Veränderungen.

3. Ergebnisse zum Bereich "Arbeitsverhalten"

Der hohe Prozentsatz der Klienten mit unvollendeter Ausbildung und die hohe Arbeitslosenrate von 60% zeigt, daß der Aufbau von Durchhaltefähigkeit und regelmäßigem Arbeitsverhalten und die Neueingliederung vieler Klienten in den Ausbildungs- bzw. Arbeitsbereich eine wichtige Maßnahme im gesamten Rehabilitationsprozeß bildet.

Die hohe Zahl der arbeitslosen bzw. unregelmäßig arbeitenden Klienten in Verbindung mit der relativ hohen Zahl der Arbeitsstellen-Wechsler (40%) dokumentiert das Ausmaß der Störungen in diesem Verhaltensbereich. (Etwas über ein Drittel der Klienten kam zwar selbständig für seinen Unterhalt auf, dabei muß aber berücksichtigt werden, daß hier auch das durch illegalen Drogenhandel erworbene Einkommen miteingeht. Aus diesem Grund verwundert nicht der relativ hohe Prozentsatz der Einkommen von über DM 1.000,- im Monat.)

Angesichts der Ausgangsdaten wurde das vor-

rangige Therapieziel bei einem Großteil der Klienten in der Reintegration in eine Ausbildungs-/Arbeitsstelle sowie im Aufbau eines regelmäßigen Arbeitsverhaltens gesehen.

Veränderungen in diesem Bereich zeigen sich lediglich bei den "erfolgreichen" Klienten, die nach Beendigung der Therapie sehr viel zufriedener mit ihrer Arbeitsfähigkeit waren als vorher. Allerdings wiesen die Klienten der beiden anderen Gruppen sehr viel ungünstigere Ausgangsbedingungen auf als die "erfolgreichen" Klienten. Möglicherweise kann das Arbeitsverhalten daher als ein wichtiger Faktor interpretiert werden. Obwohl die "erfolgreichen" Klienten nach der Therapie zufriedener mit ihrer Arbeitsfähigkeit waren, unterschieden sie sich nicht in ihren Schwierigkeiten im Arbeitsverhalten.

Dieses Ergebnis ist schwer zu interpretieren, läßt sich aber möglicherweise auf die sehr kleine Stichprobe zurückführen, auf die diese Fragestellung überhaupt zutrifft.

4. Ergebnisse zum Bereich "Freizeitverhalten"

Die selbständige und aktive Freizeitgestaltung bildet ein wesentliches Element der Rehabilitationsbemühungen und dürfte für die Stabilität des Therapieerfolgs von Bedeutung sein.

Die Ausgangsdaten zu diesem Bereich umfassen sowohl die Anzahl der Freizeittätigkeiten (Hobbies, Interessenschwerpunkte usw.) als auch die Zahl der besuchten Freizeiteinrichtungen.

Die Anzahl der Freizeitaktivitäten konnte von den "erfolgreichen" Klienten deutlich gesteigert werden. Allerdings wies diese Gruppe von Anfang an weniger Defizite auf als die beiden anderen Gruppen. Entsprechendes gilt für die Anzahl der besuchten Freizeiteinrichtungen.

5. Ergebnisse zum Bereich "Selbstorganisation"

Der Verhaltensbereich "Selbstorganisation" umfaßt die Organisation der eigenen Wohnung sowie die finanzielle Selbstverwaltung. Als erstrebenswertes Ziel wurde hier die Beschaffung und Führung einer eigenen Wohnung oder das Leben in einer Wohngruppe sowie die selbständige und adäquate Verwaltung des eigenen Geldes angesehen.

Die Herstellung einer stetigen Wohnmöglichkeit war nur bei einem kleinen Prozentsatz der Klienten erforderlich. Allerdings war für ein Drittel der Klienten, die noch bei ihren Eltern wohnten, ein Wohnungswechsel dringend erwünscht, da das Verhältnis zu den Eltern sehr schlecht und für die Auslösung bzw. Aufrechter-

haltung des Drogenkonsums mitverantwortlich war. (Siehe dazu auch die Ausgangsdaten zum Bereich "Drogenverhalten".)

Die therapeutische Notwendigkeit zum Wohnungswechsel ergab sich ebenfalls bei einigen Klienten, die allein in einer Wohnung lebten, und für die vor allem das Alleinsein ein wesentlicher Auslöser für Drogenkonsum war.

Der hohe Prozentsatz der Klienten, die Schwierigkeiten mit der Selbstverwaltung eigenen Geldes hatten (55%), verwundert nicht, wenn man diese Zahl in Verbindung mit der hohen Zahl der arbeitslosen jugendlichen Drogenabhängigen sieht und zudem die sehr beträchtlichen Aufwendungen für die Beschaffung der Drogen einrechnet, deren Bezahlung nur zum Teil durch Drogenhandel kompensiert werden konnte. Im Sinne des Therapiezieles haben sich die "erfolgreichen" Klienten deutlich verändert. Zum Ende der Therapie wohnte kein Klient mehr bei den Eltern. Hingegen stieg der Prozentsatz der Klienten, die in einer Wohngemeinschaft wohnten, auf 50%. Bei den "bedingt erfolgreichen" Klienten ergaben sich keine bedeutsamen Veränderungen, dagegen verschlechterten sich die "erfolglosen" Klienten signifikant, wobei diese Veränderung hauptsächlich dadurch zustande kam, daß ein Teil dieser Gruppe im Gefängnis saß bzw. sich in stationärer Behandlung befand. Hinsichtlich des Umgangs mit Geld ergaben sich bei keiner Gruppe signifikante Veränderungen.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse zum Therapieverlauf

In der Gesamtbewertung der Therapieverlaufsergebnisse läßt sich zunächst feststellen, daß in den therapeutisch indizierten Verhaltensbereichen "Drogenverhalten", "Soziale Kompetenz", "Arbeits- und Sozialverhalten" bei den "erfolgreichen" Klienten überwiegend deutliche bis sehr deutliche Veränderungen in Richtung der angestrebten Therapieziele zu verzeichnen waren.

Die Gruppe der "bedingt erfolgreichen" Klienten wies ebenfalls Verbesserungen auf, die sich jedoch deutlich von denen der "erfolgreichen" Klientengruppe unterschieden, andererseits aber die Hypothese bestätigen, daß die Intensität der Therapie mit dem Therapieerfolg korreliert. In Übereinstimmung damit stehen die sehr geringen Verbesserungen, zum Teil sogar Verschlechterungen bei den "erfolglosen" Klienten.

Insgesamt scheint eine Voraussetzung für einen zumindest kurzfristigen Therapieerfolg zu sein, daß ein Klient das ganze Therapieprogramm zuendezuführen muß.

L I T E R A T U R

- BOWDEN, C.L. & LANGENAUER, M.D.: Success and failure in the NARA addiction program.
 In: Amer.J.Psychiat., 1972, 128, 853-856.
- DE JONG, R., BÜHRINGER, G. KALINER, B. & KRAEMER, S.: Ergebnisse eines stationären Programms zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger. Beschreibung der Klienten, Verlauf der Behandlung und erste Ergebnisse. (12. Zwischenbericht an das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit), München 1976.
- FAHRENBURG, J. & SELG, H.: Das Freiburger-Persönlichkeits-Inventar – Handanweisung für die Durchführung und Auswertung.
 Verlag Hogrefe, Göttingen, 1970.
- FELDHEGE, F.-J.: Die Entwicklung und klinische Überprüfung eines verhaltenstherapeutisch orientierten, ambulanten Breitbandprogramms zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger ("Fixer").
 Wien, 1977 (unveröffentl. Phil.Diss.).
- FELDHEGE, F.-J. & KRAUTHAN, G.: Ein Verhaltenstrainingsprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenz (VTP).
 München, 1976 (unveröffentlicht).
- GOSTOMZYK, J.G., EDELMANN, H., STOLL, J.E. & LEITHOFF, H.: Rauschmittel in Rheinland-Pfalz. Eine Schülerbefragung.
 In: Dt.Med.Wschr., 1973, 98 (4), 174-175.
- JASINSKY, M.: Drogenkonsum Hamburger Schüler.
 In: Berichte und Dokumente aus der Freien und Hansestadt Hamburg, 1971.
- JASINSKY, M.: Rauschmittelkonsum Hamburger Schüler. Zweite Repräsentativerhebung an Hamburger Schulen.
 In: Berichte und Dokumente aus der Freien und Hansestadt Hamburg, 1973, Nr. 387.
- KUHLEN, V.: Verhaltenstherapie im Kindesalter.
 Juventa Verlag, München, 1972.
- RAVEN, J.C.: Standard Progressive Matrices.
 H.K. Lewis & Co., London, 1958.
- SCHWARZ, J., LAUBENTHAL, J., LEINWEBER, D. & RUSTAD, A.K.: Ergebnisse einer zweiten Umfrage über den Rauschmittelgebrauch bei Schülern in Schleswig-Holstein.
 In: Drogen-Report, 1973, 2.
- WAIBEL, H.: Der Unsicherheitsfragebogen – ein Messmittel zur Kontrolle des Selbstsicherheitstrainings.
 München, 1972.
 (unveröffentl. Diplomarbeit)
- WANKE, K.: Neue Aspekte zum Suchtproblem. Multifaktorielle Analysen klinischer Erfahrungen mit jungen Drogenkonsumenten.
 Habilitationsschrift, Frankfurt, 1971.
- WETZ, R.: Jugendliche und Rauschmittel-Bericht über eine explorative Studie.
 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 1972.

POLYTOXIKOMANIE

EINE KRITISCHE LITERATURÜBERSICHT DER ABHÄNGIGKEIT DER ARZNEIMITTEL VOM BARBITURATYP.

W. BURIAN und S. FESELMAYER

(Anton Proksch - Institut, Wien Kalksburg)

1: Geschichte

Mit der Erzeugung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln im industriellen Maßstab in der zweiten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts beginnt die Geschichte des Mißbrauches und der Abhängigkeit. Erst die organisch-chemische Synthese und Forschungsarbeit machte die Pflanzenstoffe (wie z.B. Valeriana) überflüssig und eröffnet neue Möglichkeiten der industriellen Verwertung.

Das Chloralhydrat wird zwar schon 1832 von Liebig hergestellt, seine einschläfernde Wirkung entdeckte man erst 35 Jahre später. Ende des neunzehnten Jahrhunderts werden die verschiedenen Chloral-, Urethan- und Sulfonalderivate als Schlafmittel entwickelt, dann die hypnotisch stärker wirksamen Säureamide und Carbamidderrivate und schließlich stellen Fischer und Mehring 1903 das erste Barbitursäurepräparat her: das Veronal. Obwohl Veronal sofort eine rasche Verbreitung fand (B. Isserkutz, 1971) werden bald höhere Homologe der Verbindung produziert und 1912 das erste asymmetrisch aufgebaute Barbitursäurederivat, Luminal, herausgebracht. In den nächsten Jahrzehnten werden in rascher Folge immer neue Präparate auf den Arzneimittelmarkt geworfen. Nach dem 2. Weltkrieg kommen die Abkömmlinge der Piperidingruppe (wie z.B. Glutethimid), dann aus der Gruppe der Chinazolone (z.B. Methaqualon) und zuletzt die Hypnotika der Benzodiazepinreihe. Neben den Riesenprofiten, welche die meisten dieser Medikamente einbrachten (Levinson, 1975), hat die Produktion noch einen wichtigen ideologischen Aspekt. Das medizinische Motiv für die Herstellung derartiger Medikamente ist letzten Endes der Versuch, immer besser wirksame Medikamente zu produzieren – rein auf die Beseitigung des Symptoms gerichtet –, die immer weniger unangenehme oder schädliche Nebenwirkungen besitzen. Welche fatalen Auswirkungen diese Tendenz haben kann hat als Extrem der Skandal um Thalidomid ("Contergan") gezeigt.

Von besonderem Interesse für uns ist die Tatsache, daß sehr lange die Entwicklung einer Abhängigkeit nicht gesehen wurde. Wurden dennoch Beobachtungen gemacht, die auf eine Sucht hinweisen, wurde regelmäßig auf den psychopathischen Charakter der Kranken hingewiesen, die Frage nach der Ursache galt damit als erledigt.

Über die ersten Fälle von Chloralhydratmißbrauch (Rehm, 1886) wird berichtet, daß es zwar als Ersatzmittel für Morphinum versucht wurde, süchtiges Verhalten wird aber nicht beschrieben. Obwohl die industrielle Produktion der Hypnotika sehr rasch zunimmt – Pohlisch zeigt die Expansion der häufigsten Schlafmittel –:

1869 Chloralhydrat	1	Schlafmittel
1890	12	„
1900	17	„
1914	33	„
1932	54	„

(aus Pohlisch und Panse, 1934)

gibt es in der psychiatrischen Literatur nur wenige Berichte über diese Medikamente, meistens beschreibt man schwere Intoxikationen oder psychotische Komplikationen. Die psychiatrischen Handbücher von Aschaffenburg bzw. Bumke, Schröder (1912) über Intoxikationspsychosen und Meggendorfer (1928) über das gleiche Thema, bestätigen diesen Trend. Erst Renner (1925), Pohlisch und Panse (1934) durchbrechen diese Mauer und legen die ersten großen Monographien vor. Da nicht angenommen werden kann, daß die suchtmachende Wirkung jener Mittel erst 1925 festzustellen war, muß ein weiterer Entstehungszusammenhang gesucht werden. Unserer Ansicht nach sind zwei Faktoren von besonderer Bedeutung. Zuerst die Verschärfung der politischen und sozialen Krisen seit dem Beginn des Weltkrieges 1914 - 18 und der Zusammenbruch der wirtschaftlichen Systeme mit allen Folgeerscheinungen für die psychische Verfassung großer Teile der Gesellschaft. In diesem Rahmen fiel der Psychiatrie in den industrialisierten Ländern eine neue Aufgabe zu, sie mußte sowohl das Versagen herkömmlicher Konzepte für Theorie und Praxis ihrer Wissenschaft, als auch die rapide Zunahme „neuer“ Krankheitsbilder erklären, ohne Staat und Gesellschaft in Frage zu stellen, bzw. die sozialen Bezüge zu hinterfragen. Der „süchtige Psychopath“ etwa wäre das Paradigma für diese Haltung, wie sie besonders für die deutsche Psychiatrie dieser Zeit charakteristisch war. Mit Hilfe dieser Kategorisierung konnte sowohl von den eigentlichen Ursachen abgelenkt werden, als auch sozialpolitische Maßnahmen eingeleitet werden: in letzter Instanz das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (Gütt/Rüd in/ Ruttk, 1936), das Süchtige sterilisieren ließ.

Die Geschichte der Polytoxikomanie ist noch durch eine weitere Fälschung gekennzeichnet. Immer wieder sprechen die modernen Autoren von einem „Modetrend“ oder von „neuen Entwicklungen“. Kryspin-Exner z.B. spricht von der Polytoxikomanie als einer „modernen Form“ des Suchtmittelmißbrauches (Kryspin-Exner, 1971). Dagegen müssen wir feststellen, daß jede süchtige Entwicklung eine starke Tendenz zeigt, auch verschiedenste psychotrope Substanzen zu verwenden. Es scheint mehr eine Frage der sozialen Erreichbarkeit einer Substanz und in zweiter Linie erst ihrer besonderen Pharmakodynamik zu sein. Mehrere Beispiele können diese konstante Entwicklung bestätigen:

Es gibt eine weitverbreitete Meinung in der wissenschaftlichen Literatur, daß süchtiges Verhalten sich stets auf eine bestimmte Substanz bezieht, als ob damit andere Suchtmittel (synergistisch oder antagonistisch wirksam) ausgeschlossen seien. Zum Beispiel das Trinken oder Einatmen von Äther war sowohl in Irland als auch in Deutschland weitverbreitet (Cohn, 1898): „nachdem seit einigen Jahren auch der Äther höher besteuert wird, hat dieser Mißbrauch fast ganz aufge-

hört". Der soziale Zugang zu dem Mittel bestimmt die Verwendung als brauchbares Suchtmittel. „Statt reinen Äthers werden vielfach Hoffmannstropfen (Äther 1 + Weingeist 3 Teile) genommen und bei Frauen der besseren Stände in Frankreich und Amerika soll sich Eau de Cologne großer Beliebtheit als Getränk erfreuen. Vereinzelt findet man überall Individuen, welche dem Äthergenuß ergeben sind; meist sind es schwer Degenerierte, welche daneben bereits mit anderen Genußmitteln Bekanntschaft gemacht haben" (Schroeder 1912, S.176).

Der Einsatz von Chloralhydrat bei Schlaflosigkeit hat zu ähnlichen Beobachtungen über die Austauschbarkeit von Suchtmitteln geführt: „...gelegentlich ist es auch als Ersatzmittel für Morphinum versucht worden. Nicht selten findet man Morphinum- und Chloralhydratmißbrauch nebeneinander" (Rehm, 1886). Ähnliches finden wir in der Beschreibung des Morphinismus (Erlenmeyer, 1887 und Levinstein, 1883). Die Polytoxikomanie scheint entgegen den Behauptungen vieler Suchtforscher keine „neue" Bewegung zu sein, sondern von dem sozialen Zugang zum Suchtmittel und der Persönlichkeit des Konsumenten abhängig zu sein. Auch Meggendorfer, der sehr wenig über Arzneimittelsucht berichtet, betont, daß bei Morphinisten in über 60%, alles gut belegte Fälle, der Gebrauch mindestens eines anderen Suchtmittels zu verzeichnen war: führend ist Alkohol vor Barbituraten und Cocain (Meggendorfer, 1928). Um einiges schärfer ist die Beschreibung der Polytoxikomanie bei Pohlisch, der enge Beziehungen des „chronischen Schlafmittelmisbrauches" zum Morphinisten und geringe zum chronischen Alkoholismus (Pohlisch und Panse, 1934) beschreibt.

Fassen wir die geschichtlichen Erfahrungen zusammen:

- 1) Sucht als medizinisches Phänomen gibt es seit der Industrialisierung. Die Anforderung der Gesellschaft, wie Leistung und soziale „Ordnung", macht erst Sucht zu einem sozialen Stoff. Die Verwendung der Suchtmittel ist vom sozialen Zugang abhängig, süchtiges Verhalten wird von gesellschaftlichen Institutionen definiert, ist kein einfacher medizinisch-psychiatrischer Begriff.
- 2) Polytoxikomanie ist dem Suchtbegriff immanent. Historisch wird Polytoxikomanie von Bedeutung als Arzneimittel industriell produziert werden. Aufgegriffen wird das Thema systematisch erst fünfzig Jahre später, weil es durch die sozialen und wirtschaftlichen Krisen eine immer größer werdende Zahl von Personen erfaßt.

2: Entstehungsbedingungen

Während über die historische Entwicklung und das Auftreten der Polytoxikomanie einigermaßen Klarheit herrscht, kann dies über die Entstehungsbedingungen des Mißbrauches und der Abhängigkeit von Arzneimitteln nicht behauptet werden. Verschiedene ideologische Standpunkte verzerren die Beurteilung des Materials und geben oft eine sehr unwissenschaftliche Wiedergabe und Interpretation.

Pohlisch und Panse (1934) vertreten den Standpunkt, daß nur „psychopathische Persönlichkeiten" von einem Hypnotikum abhängig werden können. Sie unterscheiden den „psychisch Robusten", der das Schlafmittel infolge seines Grundleidens benötigt, vom „psychisch Normalen", der zwar die Dosis erhöht, aber nicht abhängig wird: „Wir halten es für richtig, auch diese Form schon als Mißbrauch zu bezeichnen, selbst wenn sich keine Sucht aus ihr entwickelt und Intoxikationserscheinungen ausbleiben. Deren Fehlen erklärt sich nämlich durch die Giftfestigkeit des Organismus.... Es widerspricht auch dem natürlichen Empfinden, sich dauernd an ein Medikament zu binden" (Pohlisch und Panse, S.150). Der Kern der Süchtigen wird von Pohlisch unter erbbiologischem Gesichtspunkt betrachtet. Das Erlebnis des Schlafmittels wird vom „Psychopathen" als „Wesensfremdes, aber gerade darum Angenehmes empfunden". Es folgt die zweifelhafte Erkenntnis: „Sozial gesehen ist die angeborene psychopathische Minderwertigkeit meist so schwer, daß viele dieser Psychopathen bereits vor dem Schlafmittelmisbrauch nicht als vollwertig anzusehen sind. Durch die Sucht belasten sie dann erst recht Familie und Staat.... Die Kenntnis der persönlichen Voraussetzungen, die zur Sucht führen, gewinnt dadurch große praktische Bedeutung." (Pohlisch und Panse, S.153/54).

Erst in den 60er Jahren gewinnt das Thema der Arzneimittelabhängigkeit im deutschsprachigen Raum wieder an Bedeutung. Der massive Einsatz der Tranquilizer ist der auslösende Faktor. Es tauchen anthropologische Interpretationen auf (E. Bay, 1960), die neben dem Leistungsanspruch der Industriegesellschaft eine „innere Einstellung" verantwortlich machen: körperliche Beschwerden und Schlafstörungen sind nicht mehr „eine Fügung des Schicksals, mit der man sich irgendwie auseinandersetzen muß, sondern ein Atavismus, der schnellstens mit den neuesten Errungenschaften ... der pharmazeutischen Industrie ... behoben werden muß".

Kielholz und Battagay (1967) etwa sehen eine multifaktorielle Kombination hereditärer und sozialer Faktoren und meinen, „daß die Toxikomanen im allgemeinen erst in einem Alter zum Suchtgift greifen, in dem sie beruflich und familiär eine gewisse Reife erlangen und Verantwortung übernehmen sollten".

Kryspin-Exner (1971) sieht erst in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme der Polytoxikomanie und führt das auf ihre Persönlichkeitsstruktur zurück: „Im Gegensatz zum Alkoholismus findet man bei den Medikamentenabhängigen eine stärkere Beteiligung des weiblichen Geschlechts mit meist über 50%. Während Milieufaktoren – der Medikamentenmißbrauch ist in der Bevölkerung in keiner Weise gleichartig akzeptiert wie der Alkoholkonsum – eine wesentlich geringere Rolle spielen, unterscheiden sich die Medikamentensüchtigen auch in ihrer Persönlichkeitsstruktur" (S.118). Es soll sich „um schwer gestörte Persönlichkeiten" handeln.

Alle Autoren vermerken, daß die Medikamente in der Regel vom Arzt verordnet wurden. Wenig wird über verantwortungsbewußte Medikation gesprochen, der Ersatz des (ärztlichen) Gespräches durch Ver-

ordnung von Psychopharmaka usw.

Die Kontroverse über die Entstehungsbedingungen der Polytoxikomanie wird durch die Hypothese der „spezifischen“ oder „allgemeinen Suchtneigung“ noch besser verständlich. Während wir schon in der Einleitung unsere historisch begründete Annahme von der „allgemeinen Suchtneigung“ und dem sozialen Zugang vorgestellt haben, soll nicht unterschlagen werden, daß viele Experten immer wieder die Abhängigkeit von einer bestimmten psychotropen Substanz hervorheben (z.B. Freedmann, 1971; Wikler, 1953). Wir haben schon oben angeführt, daß ein Übergang von einer Substanz zur anderen sehr häufig ist, daß der Konsum von Alkohol und Barbituraten oder Tranquilizern nicht erst der Gegenwart zuzurechnen ist (Cheslik, 1961; Glatt, 1961; Kryspin-Exner, 1966). Diese Tendenz zur Polytoxikomanie ist schon alleine aus dem Charakter des Krankheitsbildes zu verstehen. Mit dem Auftreten von Abstinenzerscheinungen werden Barbiturate oder heute mehr Tranquilizer verordnet, Alkohol könnte derart zum „Einstieg“ für polytoxikomane Entwicklung werden (z.B. Pohlsch, 1939; Glatt, 1959; Ravensborg, 1964; Deveny u.a., 1971). Die Verwendung eines bestimmten Suchtmittels hängt, sogar bei einer rasch körperlich abhängig machenden Substanz wie Heroin, nicht von der Fixierung auf eine bestimmte Substanz, sondern vom sozialen Zugang ab. Ersatz von Heroin durch Alkohol oder Tranquilizer - Barbiturate wird häufig beschrieben (z.B. de Alarcon, 1969; Langrod, 1970).

3: Klinik

Unter Medikamentenabhängigkeit verstehen wir im Sinne der ICD ein „psychisches und manchmal auch körperliches Zustandsbild als Folge einer Drogeneinnahme. Dies ist charakterisiert durch Verhaltensstörungen und andere Störungen, die immer den Zwang einschließen, die Droge über eine kürzere oder längere Dauer einzunehmen, um ihre psychischen Wirkungen zu erfahren und manchmal, um das Mißbehagen beim Fehlen der Droge zu vermeiden. Gewöhnung kann vorliegen, Abhängigkeit kann für eine oder mehrere Drogen bestehen“ (WHO, ICS 8. Revision). Es folgt dann eine Unterteilung in die Wirkungsklassen der Drogen, wie Barbiturate oder andere Schlafmittel oder Tranquilizer. Leider läßt diese Definition viele Wünsche offen, besonders der unklare Begriff der „psychischen Abhängigkeit“ wird mit der körperlichen Abhängigkeit vermischt, ohne klare Kriterien dafür anzugeben.

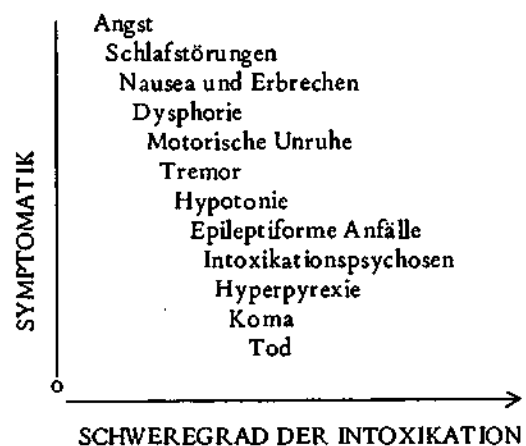
Die psychopathologischen Bilder der Sucht werden noch immer nach Bonhoeffer (1912) geordnet, der von der klinischen Tatsache ausgegangen war, daß unabhängig von der Schädigung, die das menschliche Gehirn trifft, bestimmte Ausfallerscheinungen bzw. psychische Veränderungen auftreten, die Reaktionstypen. Diese klinischen Bilder werden in allen psychiatrischen Lehrbüchern ausführlich behandelt (Conrad, 1973).

Für unsere Diskussion ist von Interesse, daß das psychoorganische Syndrom (in der Definition von E. Bleuler) bei unseren Patienten sehr häufig als

reversibles Syndrom zu sehen ist, also ein Durchgangssyndrom im Sinne von Wiek darstellt. Vor allem bei den Polytoxikomanien sehen wir gelegentlich schwere, aber kurzdauernde psychoorganische Zustandsbilder, die sich nach wenigen Wochen auflösen. Diese Syndrome entsprechen nicht der strengen Definition von Bleuler, der das psychoorganische Syndrom bekanntlich als irreversible Dauerschädigung auffaßt.

Ein Phänomen bei der Abhängigkeit vom Alkohol-Barbiturat-Typ ist ein dem Kontrollverlust des Alkoholikers verwandtes Bild, das als „drug automatism“ bezeichnet wird (). Der Süchtige, durch die Einnahme des Medikaments in seinem Bewußtsein schon stark eingeschränkt, nimmt weitere Medikamente zu sich, ohne sich des Vorganges bewußt zu sein. Häufig kommt es zu Überdosierungen, die in enger Beziehung zu Selbstmordversuchen stehen (Burian, 1977).

Dem Auftreten von Abstinenzerscheinungen wurde, abgesehen die Arbeiten von Pohlsch und Pansse, erst in den letzten Jahren mehr Aufmerksamkeit zugewendet. Der Schweregrad und das zeitliche Auftreten der Abstinenzerscheinungen bestimmt sich nach der Pharmakodynamik der verwendeten Substanz, der Einnahmedauer und -verhalten. In einer experimentellen Studie hat Wikler (1968) gezeigt, daß die tägliche Einnahme von 600 mg Pentobarbital oder Secobarbital über dreißig Tage ausreicht, um in einigen Personen epileptiforme Entzugsanfälle zu produzieren. Wesson/Smith (1976) geben nach Schwere der Vergiftung die dargestellte Reihenfolge:



Die Abstinenzerscheinungen bei der Abhängigkeit vom Alkohol-Barbiturat-Typ sind abhängig vom Schweregrad der körperlichen Abhängigkeit und von dem Typus der Persönlichkeitsstörung (Fraser, 1958; Isbell, 1950).

Wir beschränken uns hier auf die Darstellung der Abstinenzerscheinungen bei der Abhängigkeit von Barbituraten, ein gut untersuchter Bereich der Polytoxikomanie, da klinisch keine prinzipiellen Unterschiede zu den Tranquilizern zu erheben sind (Wikler, 1968). Die verbindende Eigenschaft aller dieser Pharmaka, seien es Barbiturate, Tranquilizer oder „nicht-barbiturathaltige“ Hypnotika und Alkohol, ist eine dämpfende Wirkung auf das Zentralnervensystem.

In einer experimentellen Untersuchung über Abhängigkeit von Barbituraten hat W i k l e r (1968) folgende Abstinenzphänomene klinisch festgehalten und ihrer

Häufigkeit nach gereiht. (Nach mindestens 6-wöchiger Gabe von 0,8 - 2,2 gm Pentobarbital täglich).

KLINIK	VORKOMMEN in %	ZEITPUNKT	DAUER	BEMERKUNGEN
Angst	100 %	1. Tag	3 - 14 d	Unruhe, Angst vor Entzugerscheinungen
Muskelschwäche	100 %	1. Tag	3 - 14 d	
Tremor	100 %	1. Tag	3 - 14 d	grobwellig, Intentionstremor
Hypotonie	100 %	1. Tag	3 - 14 d	orthostatisch
Anorexie	100 %	1. Tag	3 - 14 d	häufiges Erbrechen
Myoklonische Zuckungen	100 %	1. Tag	3 - ? d	Meist an Extremitäten, gelegentlich bizarre Bewegungsmuster
Krampfanfälle	80 %	2.-3.Tag	8 d	Bis zu 4 Grand Mal, mit Amnesie und Dämmerzustand
Psychosen	60 %	3.-8.Tag	3 - 14 d	Häufig als Delir; selten Korsakoff oder Panikzustände

Tabelle nach W i k l e r (1968)

Von besonderer Bedeutung ist die Unterscheidung eines Abstinenzsyndroms im Anfangsstadium von psychogenen Angstzuständen und Dysphorie. Die leichten Abstinenzerscheinungen treten etwa nach einem Tag auf und sind in der Hauptsache ein grobwelliger Tremor der oberen Extremitäten, gesteigerte Reflexe, Schlafstörungen, Hyperhidrosis und Nausea. Der weitere Verlauf und die Schwere der Symptome sind, wie W i k l e r nachgewiesen hat, dosisabhängig. Der Verlauf richtet sich in groben Zügen wie in der Tabelle angezeigt.

Ein besonderes Kapitel der klinischen Phänomenologie sind die hirnnorganischen Schädigungen oder solche Bilder, die dafür gehalten werden. K i e l h o l z / L a d e w i g beschreiben beispielsweise eine Wesensveränderung mit „charakterlicher Entkernung und Aushöhlung, eine fortschreitende Lähmung des Antriebes und des Durchhaltevermögens die Tendenz der Abhängigen zum Haften, ihre Viskosität, erinnert an epileptische Persönlichkeiten“. Die genannten Autoren aber bestreiten, daß es unter chronischem Hypnotikaabusus zu hirnnorganischen Schädigungen kommt. Dem gegenüber behauptet K r y s p i n - E x n e r, daß es bei der Barbituratabhängigkeit zu schweren hirnnorganischen Schädigungen kommen muß, einer Reduktion wesentlicher Leistungsqualitäten des Zentralnerven-

systems als Ausdruck des organischen Psychosyndroms : „ Die Stoffe dieser Klasse erzeugen aber bei langdauerndem Mißbrauch eine organische Gehirnschädigung, auf der sich dann sekundär alle nur denkbaren Formen psychotischer Komplikationen aufpfropfen können “ (K r y s p i n - E x n e r, 1971; vgl. auch L a b h a r d t, 1972).

(Zur Diskussion um die Frage der hirnnorganischen Schädigung oder einer vorübergehenden Intoxikation im Sinne des Durchgangssyndroms vgl. S p r i n g e r u.a., 1977; G r ü n b e r g e r, 1977).

4: Toleranz - Abhängigkeit

Vom pharmakologischen Standpunkt aus soll besser nicht von Sucht oder Gewöhnung gesprochen werden, sondern von Toleranz bzw. Toleranzerhöhung. Die regelmäßige Einnahme eines Arzneimittels führt zu einer Toleranzerhöhung und der Abnahme der Reaktionsfähigkeit bestimmter Rezeptiver Strukturen im Organismus. Für die Entwicklung einer erhöhten Toleranz sind Interaktion bei der Resorption, der Effekt am Wirkort (ZNS), sowie die Vorgänge bei der Elimination von Bedeutung. Aufgrund von Tierver-

suchen unterscheidet J.H. Jaffe (1975) zwei unabhängige Mechanismen: eine pharmakodynamische Toleranz und eine drogenspezifische Toleranz. Letztere scheint nicht direkt mit dem Phänomen der körperlichen Abhängigkeit (und der pharmakodynamischen Toleranz) verknüpft zu sein. Z.B. Unterschiede in der enzymatischen Eliminierung von Barbituraten können von der Substanz hervorgerufen werden, die selbst keine Dämpfung des Zentralnervensystems oder pharmakodynamische Toleranz bewirken (Aktivierung von Enzymsystem in der Leber).

Trotz einer beachtlichen Anzahl von Untersuchungen über die Entstehung der körperlichen Abhängigkeit konnten die wirksamen Mechanismen nicht geklärt werden (für die hier beschriebene Arzneimittelgruppe siehe Kalant, 1971 und Hug, 1972). Die meisten Theorien postulieren eine „Gegenadaptation“ des Zentralnervensystems zur agonistischen Wirkung der psychotropen Substanz. Die „Gegenadaptation“ bewirkt eine latente Überregbarkeit, die sich klinisch in Form von Abstinenzerscheinungen bemerkbar macht. Demnach entsteht Toleranz, wenn die primären Wirkorte einer Substanz blockiert und sekundäre Mechanismen einbezogen werden. Beim Entzug werden die primären Wirkorte wieder frei und die Aktivität des Stoffes tritt in den sekundären Mechanismen als Rebound-Effekt auf, das entspricht den Abstinenzerscheinungen (Jaffe und Sharpless, 1968, zit. bei Jaffe, 1975). Andere Theorien nehmen eine verlängerte Bindung des Arzneistoffes am Rezeptor an, bei hoher Konzentration des Wirkstoffes entsteht nur ein relativ schwacher pharmakologischer Effekt. Die initiale Wirkung des Arzneimittels bewirkt zuerst eine Abnahme der Konzentration des Transmitters in der Zelle und gleichzeitig eine erhöhte Synthese des Enzyms, mit dem Ziel der Wiederherstellung der Transmitterkonzentration. Toleranz ist das Ergebnis des „Repressoreffektes“, zur Hemmung des Enzyms werden höhere Konzentrationen des Wirkstoffes benötigt. Das Absetzen des Arzneimittels (Wirkstoffes) führt bei dem Überschuss der Enzymaktivität zu einer exzessiven Produktion des Transmitters, der Rebound-Effekte (Abstinenzerscheinungen) auslöst. Diese Vorstellung über die „zelluläre Adaptation“ gilt gegenwärtig als führende Theorie der Entwicklung körperlicher Abhängigkeit (Goldstein, und Goldstein, 1968; Shuster, 1971).

Neben diesen allgemeinen theoretischen Annahmen gibt es eine Reihe von biochemischen Studien über den Prozeß der körperlichen Abhängigkeit. Praktisch jede Substanz, die als Transmitter im Zentralnervensystem in Frage kommt, ist schon untersucht worden. Bei der Abhängigkeit vom Barbiturat-Alkohol-Typ nimmt man gegenwärtig an, daß die Entleerung von Katecholaminen das Entzugssyndrom verstärkt, nur Substanzen, die eine Kreuztoleranz bewirken oder die Konzentration von GABA im Gehirn erhöhen, können die Entzugserscheinungen mildern (Gold-

stein, 1973, zit. bei Jaffe, 1975).

Für unsere Arbeit ist von besonderer Bedeutung die Ähnlichkeit von Barbituraten (sowie anderen Schlafmitteln) und der Gruppe der Tranquilizer in der klinischen Praxis und in ihrer Wirkung, körperliche Abhängigkeit hervorzurufen.

Die Arzneimittel des Alkohol-Barbiturat-Typs rufen eine Dämpfung der Aktivität des Zentralnervensystems hervor. Wirkort der Barbiturate und ähnlicher Verbindungen sind die Blockierung der Transmittertätigkeit in den zentralen Synapsen. Die besonderen Wirkorte der Barbiturate sind nicht genau bekannt, es scheint nur mit einiger Sicherheit festzustehen, daß das Retikuläre System besonders empfindlich auf die Zentralnervensystem-Depressoren reagiert und die Funktion einer zentralen Schaltstelle für diese Substanzen besitzt (Harvey, 1975). Die Arzneimittel aus der Tranquilizergruppe, man denke an Meprobamat und an Diazepam (und Abkömmlinge), sind in ihrer zentralen Wirkung weitgehend unerforscht. Der Wirkort des Meprobamates im Zentralnervensystem ist nicht bekannt (Ludwig und Potterfield, 1971, zit. bei Harvey, 1975), es hat mit Sicherheit keine depressorische Wirkung auf das Retikuläre System. Die Diazepamgruppe ist chemisch wieder sehr uneinheitlich, ihre angstlösende Wirkung ist sehr unterschiedlich, der zentrale Wirkort scheint ähnlich den Barbituraten im Retikulären System zu liegen. Wie das Meprobamat und die Barbiturate dämpft das Chlordiazepoxid (Przybyla und Wang, 1968) das limbische System, insbesondere das Septum, Nucl. amygdalae und den Hippocampus.

Über die Entwicklung der Toleranz gibt es nur über Barbiturate exakte Untersuchungen (Fraser, 1957; Shuster, 1971). Da bei Tranquilizern auch andere zentralwirksame Mechanismen eine wesentliche Rolle einnehmen, können die klinischen Erfahrungen nur beschränkt herangezogen werden. Sie bestätigen immerhin allgemein unsere klinischen Erfahrungen, daß für die Entwicklung der Sucht Umwelt und Persönlichkeit von größerer Bedeutung sind als das biologische Substrat.

5: Zusammenfassung

Die Entstehung der Polytoxikomanie ist ein Phänomen der Industriegesellschaft, die sowohl Erzeugung und Verbreitung ermöglicht hat, als auch die gesellschaftlichen Bedingungen geschaffen hat, die zur Abhängigkeit führen. Polytoxikomanie ist zwar ein multifaktoriell bestimmter Prozeß, doch bestimmen sozialer Zugang und Persönlichkeit mehr das Geschehen als biologische und pharmakodynamische Faktoren. Beschrieben werden Geschichte, Entstehungsbedingungen, Klinik und Pharmakologie der Abhängigkeit der Arzneimittel vom Barbiturattyp.

Dieser Artikel dient als Einführung in das Thema und wird in den nächsten Nummern mit einer eigenen Untersuchung über Persönlichkeit und Leistung von Polytoxikomanen und Alkoholikern fortgesetzt.

L I T E R A T U R

- ALARCON de u.a.: Observations on heroin abuse, in: Steinberg (Hrsg): Scientific Basis of Drug Dependence, New York 1969.
- BAY, E.: Der Arzneimittelmisbrauch des „modernen Menschen“.
Deutsche med. Wochenschr. 85, 1960.
- BURIAN, W.: Alkoholismus und Suizid bei Frauen.
W.Z. f. Suchtf. 1, 1977.
- CHESSIK u.a.: The Alcoholic-narcotic Addict.
Quart. J. Stud. Alc., 22, 261, 1961.
- COHN, A.: Mißbrauch des Äthers.
Vierteljahresschrift für gerichtl. Medizin, Bd. 15, 1898.
- CONRAD, K.: Die symptomatischen Psychosen.
Psychiatrie der Ggw., Band II, 1960.
- DEVENY, P. und WILSON: Abuse of Barb. in an alcoholic population.
Can. Med. Ass. Journal, 104, 1971.
- ERLENMEYER: Die Morphiumsucht und ihre Behandlung, 1887.
- FRASER, H.F. u.a.: Partial equilavation of chronic alcohol and barb.intox.
Quart. J. Stud. Alc., 18, 541, 1957.
- FREEDMAN, D.X.: Drug abuse, in: Drug Dependence and Abuse Resource Book, 1971.
- GLATT, M.M.: The use and abuse of tranquilizers in alc.
Br. J. Addictions, 55, 111, 1959.
- GLATT, M.M.: Sensitivity to barbiturates.
British Med. J. 1: 2943, 1961.
- GRÜNBERGER, J.: Psychodiagnostik des Alkoholkranken.
Wien 1977.
- GUTT/RÜDIN/RUTTKE: Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.
2. Aufl., München 1936.
- ISELL, H.: Treatment of addiction to narcotic drugs.
Med. Clin. N. Am., 34, 1950.
- ISSEKUTZ, B.: Die Geschichte der Arzneimittelforschung, Budapest 1972.
- JAFFE, J.H.: Drug addiction and Drug Abuse, in Goodman/Gilman, The Pharmacological Basis of Therapeutics.
New York 1975.
- KALANT u.a.: Tolerance to and dependence on some non-opiate psychotropic drugs.
Pharmac. Rev., 23, 135-191, 1972.
- KIELHOLZ, P. und BATTEGAY, R.: Vergleichende Unters. Drogenabh. und Alk.
Schw. Med. Wochenschr. 97, 893, 1967.
- KRYSPIN-EXNER, K.: Drogen, Psychotrope Stoffe als Sucht und Heilmittel. Wien 1971.
- KRYSPIN-EXNER, K.: Der Mißbrauch von Benzodiazepin bei Alk.
Br. J. Add., 61, 1966.
- LABHARDT, F.: Symptomatologie toxischer Zustände, in: Labhardt (Hrsg), Aktuelle Aspekte der Toxikomanie.
Basel 1972.
- LANGROD, J.: Secondary Drug use among heroin users.
Intern. J. Add., 5, 611, 1970.
- LEVINSON, CH.: Valium zum Beispiel.
Hamburg 1974.
- LEVINSTEIN: Die Morphiumsucht, 1883.
- MARVEY, S.C.: Hypnotics and Sedatives, in Goodman/Gilman u.o.
- MEGGENDORFER, F.: Intoxikationspsychosen, in: Handbuch der Geisteskrankheiten, Band 5.
Berlin 1928.
- POHLISCH, K.: Klinik des Alkoholismus.
Allgem. Zeitschrift Psychiat. 99, 193, 1933.
- POHLISCH, K.: Prophylaxe des Rauschgiftmißbrauches.
Z. Psych. Hygiene, 12, 1939.
- POHLISCH, K. und PANSE, F.: Schlafmittelmisbrauch.
Leipzig 1934.
- RAVENSBORG, I.S.: Misuse of Drugs among Alc.
T. Norsk Lægef., 84, 1964.
- REHM: Chloroformsucht, Berl. klin. Wochenschrift, 1885.
- RENNER, A.: Schlafmitteltherapie. Berlin 1925.
- SHUSTER, L.: Tolerance and physical dependence, in: Clouet (Hrsg), Narcotic Drugs: Biochemical Pharmacology.
New York 1971.
- SPRINGER, A. u.a.: Die Gedächtnisleistung kurzfristig abstinenter Alkoholkranker.
W.Z. f. Suchtf. 1, 1977.
- SCHRÖDER, P.: Intoxikationspsychosen, in: Handbuch der Psychiatrie, Hrsg. von Aschaffenburg,
Wien 1912.
- WESSON, D.R. u.a.: Managing the Barbiturate Withdrawal Syndrome, in: Bourne (Hrsg), Acute Drug abuse Emergencies.
New York, 1976.
- WIKLER, A.: Opiate Addiction, Springfield 1953.
- WIKLER, A.: Diagnosis and Treatment of Drug Dependence of the Barbiturate Type.
Am. J. Psych., 125, 758, 1968.

Aus: *PSYCHIATRISCH - NEUROLOGISCHE WOCHENSCHRIFT*, Nr. 2, 1903.

Die Krankenkassen im Kampf gegen den Alkoholismus

Von Dr. Bratz-Wuhlgarten

Das Kapitel „Krankenkasse und Trunkfällige“ ist zur Zeit ein aktuelles Thema. Bekanntlich bestimmt der § 6a des deutschen Krankenversicherungsgesetzes, daß die Kasse denen keine Unterstützung zu gewähren braucht, welche „sich eine Krankheit durch Trunkfälligkeit zugezogen haben.“ In gleicher Weise unterliegen auch die selbstverschuldeten und bisher auch die durch Geschlechtsverkehr erworbenen Krankheiten nicht der Beitragspflicht der Krankenkassen. Die rührige Agitation der „deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ hat es nun erreicht, daß nach der neuen, zur Zeit der Beschlußfassung des Reichstages unterliegende Novelle zum Krankenversicherungsgesetze die Geschlechtskranken nicht mehr von der Unterstützung ausgeschlossen sind. Für die Volksgesundheit zweifellos ein großer Fortschritt!

Mancher früher in der Dunkelheit gebliebener oder vom Kurpfuscher behandelter Fall von Syphilis und Gonorrhoe wird in Zukunft rechtzeitig auf Kassenkosten der Heilung zugeführt werden. Die Wünsche dagegen für den Kampf gegen den Alkoholismus haben in der Novelle keine Berücksichtigung gefunden. Der Trunkfällige soll nach der Regierungsvorlage auch in Zukunft hinsichtlich seiner Ausschließung von der Krankenunterstützung dem Selbstverstümmeler gleichgestellt bleiben, der sich von der Arbeit drücken will. Wie unbillig gegenüber den Vielen, deren Trunksucht nur das Zeichen und die Folge tiefer nervöser Erkrankung ist! Wie unzweckmäßig vom Standpunkte der Volksgesundheit, daß so die frühzeitige consequente Behandlung der Trunksucht auf Kassenkosten unmöglich gemacht ist! Gerade die neue Novelle kommt in ihren sonstigen Bestimmungen diesem Zwecke in ausgezeichnete Weise entgegen: Die Unterstützungspflicht der Kassen wird auf die Dauer eines

halben Jahres ausgedehnt, bekanntlich beginnt nach halbjähriger Krankheitsdauer aber die gesetzliche Wirksamkeit der Invalidenversicherung. In einer früher kaum erhofften Weise wären damit alle die finanziellen Grundlagen für die Behandlung der Trunksüchtigen gegeben. Es haben denn auch, seit der Text des Regierungsentwurfes bekannt geworden ist, besonders die Irrenärzte ihre Stimme für eine entsprechende Änderung des Krankenversicherungsgesetzes erhoben. In diesem Blatte hat der Schreiber dieser Zeilen die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf die Angelegenheit gelenkt. Der Psychiatrische Verein zu Berlin hat eine Petition an Reichstag und Reichsamt des Innern eingereicht. Bei der ersten Lesung der Krankenversicherungsnovelle im Reichstage haben sich die Abgeordneten Hofmann-Dillingen und Lenzmann in unserem Sinne ausgesprochen.

Die Kommission des Reichstages hat aber den bezüglichen, vom Reichstagsabgeordneten Rösicke gestellten Antrag, die Trunkfälligen in die Versicherung aufzunehmen, mit 6 gegen 6 Stimmen abgelehnt, die Entscheidung wird der Reichstag in seiner zweiten Lesung sofort nach den Osterferien treffen, also unmittelbar nach der Tagung des internationalen Kongresses gegen den Alkoholismus. Noch in letzter Stunde wird der Kongress seine Autorität für diese so bedeutsame Angelegenheit in die Waagschale werfen. Aber auch wenn die Einfügung der Trunkfälligen in die Krankenversicherung in dieser Session noch nicht Gesetz werden sollte, eine Hoffnung können wir zuversichtlich aussprechen: Dem Kongresse wird es sicher gelingen, das Interesse seines hohen Protektors, des Staatssekretärs Grafen v. Posadowsky, zu gewinnen für die spätere Mitwirkung auch der Krankenkassen im Kampf gegen den Alkoholismus.

Diskussionsbeitrag

E. Radmayr: *"Erfahrungen bei der Begutachtung für das Schiedsgericht der Sozialversicherung"*

Erschienen in: Forensia. 1. Band, Nr. 3, Seite 244-262, 1976.

1. Einleitung

Der Artikel befaßt sich mit der Praxis der schiedsgerichtlich angeforderten Begutachtenstätigkeit vom psychiatrischen Standpunkt her. Da der Autor angibt, daß relativ junge Alkoholiker einen hohen Prozentsatz der männlichen Antragsteller verkörpern und er an diesen Umstand weitreichende Überlegungen und Forderungen knüpft, scheint es gerechtfertigt, den Aufsatz im Rahmen unserer Zeitschrift extensiv zu diskutieren.

R a d m a y r liefert zunächst eine Darstellung des Verfahrensweges und des Schiedsgerichtsverfahrens selbst, um dann seine eigenen Erfahrungen vorzustellen, die auf 15 Jahre Gutachtenstätigkeit, in welchem Zeitraum er insgesamt 457 Personen begutachtete, zurückgehen. 36% dieser Personen waren männlichen Geschlechts und gliedern sich nach Radmayr überwiegend in 2 Gruppen: (Verkehrs-) Unfälle und relativ jugendliche Alkoholiker, die (nach der Diagnostik Radmayrs) "zumeist zur Gruppe der neurotischen, psychopathischen oder der schwachsinnigen Trinker" zählen. Der Autor meint, daß das Rentenbegehren der betroffenen Individuen einerseits eine Folge ihrer sozialen Depravation sei, andererseits eines bestimmten Auslösers, der häufig in der sozialen, arbeitstechnischen Situation, oftmals aber auch in einem Unfall in alkoholisiertem Zustand zu finden sei.

Seine Erfahrungen führen R a d m a y r zu einem Postulat, das wir nunmehr diskutieren wollen.

In der Interpretation seiner Ergebnisse meint er nämlich, daß vielfältige Überlegungen es nahe legen, von Selbstverschuldung bei bestimmten Krankheitszuständen zu sprechen. Diese Überlegungen seien ökonomisch, wissenschaftlich und letztlich auch therapeutisch bedingt.

2. Selbstverschuldete Krankheiten nach Radmayr

Unter der Anwendung dieses Begriffes fielen nach dem Autor alle "gewohnheitsmäßigen Mißbraucher" und Süchtigen. Nach R a d m a y r wäre grundsätzlich die Berentung selbstverschuldeter Leiden nicht gerechtfertigt. Aus diesem Grund bedauert er, daß vom Gesetzgeber diesem Umstand nicht Rechnung getragen werde, sondern dieser Selbstverschulden nur im Zusammenhang mit vorsätzlicher Selbstschädigung und damit vorsätzlicher Zerstörung der Arbeitskraft anerkenne. Für R a d m a y r hingegen besteht Selbstverschulden bereits darin, daß eine bestimmte Person dem ärztlichen Rat zuwider handle und daraus eine Verschlechterung des Zustands oder zumindest eine Aufrechterhaltung der Krankheit resultiert.

Um jedoch zu verdeutlichen, was nach diesem Autor alles diesem Begriff zu subsumieren sei, wollen

wir nahezu wörtlich aus seinem Artikel zitieren. Der Personenkreis, der "selbstverschuldet erkrankt" sei, würde folgende Störungen zeigen:

- Erkrankungsformen, wie sie bei Rauchern auftreten oder durch den Nikotingebrauch verschlechtert werden, wie alle Erkrankungen der Atemwege und alle Herz- und Gefäßerkrankungen, soweit sie durch das Rauchen entstanden sind oder durch den Nikotingebrauch sich verschlechtert haben oder als therapieungünstiger sich erwiesen haben als ähnliche Verläufe bei Nichtrauchern.
- Alle Erkrankungen, die auf Schädigungen des Alkohols zurückzuführen sind, hier insbesondere Lebererkrankungen und die ganze Palette neuropsychiatrischer Erkrankungen des Alkoholmißbrauches von Polyneuropathie bis Delirium Tremens.
- Alle anderen Suchtgiftformen, die insbesondere in den kommenden Jahren in Erscheinung treten werden: gewohnheitsmäßiger Haschischgebrauch, LSD, Opiate, Heroin, Mescaline und vor allem die damit verbundenen Kombinationen (Droge plus Alkohol).
- Des weiteren wäre bei Arbeits- und Verkehrsunfällen besonderes Gewicht darauf zu legen, daß die eventuelle alkoholbedingte Verschuldungskomponente ebenfalls berücksichtigt wird.

Wenn wir nun auf die Begründungen R a d m a y r s für sein Postulat der Selbstverschuldung eingehen, lassen sich zunächst einmal ökonomisch bedingte finden. Etwa die Formulierung: "Ich bin der Meinung, daß sowohl vom Gesetzgeber einerseits, wie auch von der verantwortungsbewußten Ärzteschaft andererseits und hier insbesondere von den Begutachtern alles getan werden muß, um dieser ins chaotische führenden Kostenexplosion Einhalt zu gebieten." Und weiter: "Einwände aus einer falsch eingesetzten Humanitätsduselei sind rechtlich und psychologisch falsch und unverantwortlich"

Demgegenüber fallen die wissenschaftlichen Begründungen relativ mager aus. R a d m a y r führt seine theoretische Position, was Annahmen über die Entwicklung von Sucht betrifft, nicht aus. Er meint, daß es zu weit führen würde innerhalb des vorliegenden Artikels auf die verschiedenen Ursachen des Alkoholismus, und auch des Nikotin- und Drogengebrauchs einzugehen. Es ist jedoch zu entnehmen, daß er annimmt, daß sich Abhängigkeit im Rahmen bestimmter Grundstörungen oder -krankheiten entwickle. Auch aus anderen Teilen des Artikels läßt sich ableiten, daß der theoretische Standpunkt R a d m a y r s sich am ehesten als eindimensional biologistisch verstehen läßt. Allerdings schreibt er auch darüber, daß es erschreckend sei, wenn man beobachte, in welch jungem Alter Männer im Konnex ihres sozialen Lebens und der in ihren Kreisen herrschenden Trinkensitten bereits begännen, große Quantitäten alkoholischer Getränke zu konsumieren. Damit weist er also auf soziale Determi-

nanten des Alkoholmißbrauchs hin. Andererseits beilegt er sich sofort hinzuzufügen, daß eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur präformiert sein müsse, um eben nicht in den Verdacht zu kommen, den Alkoholmißbrauch als sozial oder kulturell, d.h. exogen determiniert anzusehen. Derartige Konzepte würden schließlich nicht ganz in die Selbstverschuldentheorie passen.

3. Diskussion

Die theoretische Position, daß der Alkoholismus regelmäßig auf einer Grundstörung aufbaue, ist keineswegs durch gesichertes Wissen abgestützt. Akzeptiert man sie jedoch, wirft sie unweigerlich Fragen der Behandlung auf, wie sie auch besonders für die Frage der Berentung wesentlich sind. Selbst wenn man die Radmayr'sche Auffassung über das depressive Krankheitsgeschehen als metabolische Erkrankung, die auf chemischem Weg behandelbar ist, teilt und dementsprechend den Hinweis des Autors, daß der symptomatische Alkoholkonsum Depressiver durch medikamentöse Behandlung der Grundkrankheit zu beheben sei, kommt man um das Problem nicht herum, daß dieser Autor selbst anführt, daß das Hauptkontingent der von ihm begutachteten Alkoholiker eben gerade nicht eine nach der Auffassung der biologisch orientierten Psychiatrie behandelbare Grundkrankheit aufwies, sondern der pathologische Alkoholkonsum auf dem Boden einer Psychopathie, einer Oligophrenie, oder einer neurotischen Entwicklung aufgetreten war. Nun sind weder die Psychopathie als Variante menschlichen Seins, noch der Schwachsinn als defizitäre Existenzform im medizinischen Sinn heilbar. Die Behandlung neurotischer Entwicklungen schließlich stellt immer noch ein spezielles Problem für die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten dar. Wir teilen völlig Radmayr's Meinung, daß Tranquilizer nicht die Potenz besitzen, kausal bei Neurosen anzugreifen. So bleibt auch weiterhin die Palette psychotherapeutischer Methoden mit allen ihren prognostischen Problemen, und hier zeigt sich wieder die Problematik der Radmayr'schen Position: bedenkt man nämlich, daß sich für ihn die Feststellung "Selbstverschuldung" daraus ergibt, daß ein ärztliches Gespräch, das bei Erstmanifestation der Suchtkrankheit den Erkrankten damit konfrontierte, daß er seine Gesundheit aufs Spiel setze wenn er weiter trinke, nicht dazu führte, daß die betreffende Person tatsächlich abstinent wurde, was für Radmayr bedeutet, daß sie sich willentlich schädige, ergibt sich daraus logisch, daß eine erfolglos verlaufende Psychotherapie erneut dem Patienten den Vorwurf des "Selbstverschuldens" einbringen würde. Diese Schlußfolgerung ist eher ironisch gemeint. Ernsthaft jedoch: wir wissen heute doch wohl genug über Suchtkrankheit, daß wir nicht annehmen können, ein aufklärendes oder warnendes Gespräch könne bei bereits vorliegender Abhängigkeit von irgendeinem Rausch- oder Suchtmittel hemmend auf die prozeßhafte Entwicklung dieser Erkrankung einwirken. Ganz im Gegenteil müssen wir doch eingestehen, daß die bestehenden Therapiekonzepte zwar hinreichend erfolgreich sind, daß sie es rechtfertigen, davon zu sprechen, daß wir der Suchtkrankheit gegenüber nicht vollständig resignieren müssen, wir aber dennoch an einer dauernden Verbesserung

dieser Konzepte arbeiten müssen und auch akzeptieren müssen, daß es im derzeitigen Zustand unseres Wissens "Unheilbare" geben muß. Dies bezieht sich auf die Suchtkrankheit selbst, wie auch auf die angenommenen "Grundstörungen". Man muß es betonen: weder ist die Psychotherapie ein unfehlbares Heilmittel, dessen Versagen nur im Verschulden des Patienten gesucht werden kann, noch auch ist es ein Sakrileg einen ärztlichen Rat nicht zu befolgen. Letzteres kann nicht einer Übertretung einer gesetzlichen Schranke analoge Folgen für das Individuum nach sich ziehen. Die Auseinandersetzung um derartige Inhalte, die in engem Konnex mit den Grundrechten des Individuums zu sehen sind, ist nicht gerade neu. Der Kulturphilosoph Leo Berg schrieb 1906: "Die Pflicht des Arztes ist seinen Patienten zu sagen, dies und das schadet dir. Aber das Recht des Patienten ist es, seinen Arzt für einen Esel zu halten."

Dies alles bezog sich vorwiegend auf eine Auffassung von Grundstörung, wie sie aus Radmayr's Artikel hervorgeht. Es sei nur noch darauf hingewiesen, daß es höchst fragwürdig ist, insbesondere in einem Land wie Österreich, wo für einen nicht unerheblichen Anteil der Bevölkerung alkoholische Getränke unheimlich leicht zugänglich und oftmals auch das billigste Getränk sind, a priori die Ursachen des Alkoholismus im Individuum zu suchen. Wir haben jedoch schon darauf hingewiesen, daß eine kulturelle Theorie des Alkoholismus die "Selbstverschuldungsannahme" nicht rechtfertigen kann. Schließlich stellt die Gemeinschaft das Suchtmittel zur Verfügung, die Schuld des einzelnen wäre es dann lediglich, den Gebrauch desselben nicht kontrollieren zu können. Nehmen wir jedoch nun zusätzlich an, daß die Unfähigkeit zur Kontrolle Symptom einer Krankheit sei, beziehungsweise ein Hauptmerkmal der Suchtkrankheit selbst, wird es umso deutlicher, daß die Annahme einer "Selbstverschuldung" bei Süchtigen von keiner wissenschaftlichen Hypothese abgestützt werden kann. Sie entlarvt sich vielmehr als ökonomische oder moralistische Einstellung. In einer Zeit, in der ohnehin die Psychiatrie in ihrer Funktion und in dem ihr zugeschriebenen Machtanspruch in besonderer Weise kritisiert und in Frage gestellt wird, scheint es uns notwendig vor einer Überdehnung psychiatrischen Handelns in die richterliche Kompetenz zu warnen. Auch wollen wir mit unserem Abdruck über das Problem der Kassenbehandlung von Trunksüchtigen aus dem Jahre 1903 auf die humanitär-liberale Tradition der Disziplin der "Irrenärzte" hinweisen, die zu meist übersehen wird.

Wir wollen Radmayr darin bestätigen, daß allzu freizügig ausgesprochene Berentungen sich pathogen oder zumindest pathoplastisch auswirken können und schließen uns dementsprechend seiner Warnung vor unnötiger vorzeitiger Berentung an. Seine Auffassung von "Selbstverschuldung" und seine Forderung nach gesetzlicher Verankerung dieses Begriffes um die Anzahl der zu Berentenden einzuschränken, müssen wir jedoch ablehnen. Aus unseren eigenen Beobachtungen scheint es uns auch nicht klar, inwieweit ausgerechnet an Suchtkranken eine Einschränkung der Berentung besondere Vorteile bringen sollte. Die Sorge vor der in der Zukunft auftretenden Welle von Süchtigen scheint übertrieben. Es ist nicht recht vorstellbar welche

Folgeerscheinungen von LSD-, Mescaline- oder auch Cannabismißbrauch ein Berentungsverfahren einleiten könnten, außer es handelt sich um ausgeklinkte Psychosen, die früher oder später auch durch andere Auslöser zum Vorschein gekommen wären; in solchen Fällen, bei chronischen Psychosen, scheint die Verschuldensfrage irrelevant.

Für die Frage der berenteten Alkoholiker haben wir eine kleine Untersuchung anhand des uns vorliegenden Materials durchgeführt. Wir überprüften, wieviel der im Genesungsheim Kalksburg 1975 und 1976 behandelten Fälle vorzeitig berentet waren. Von rund 2500 Aufnahmen waren 54 Fälle berentet, davon wieder 10 wegen Alkoholismus. Das heißt, daß also unter diagnostisch abgesicherten Alkoholkranken nicht

einmal 1/2 % wegen dieses Leidens in Frühpension lebt. Die anderen berenteten Fälle zeigen ein buntes Muster an chronischen Leiden. Überprüft man überdies die Berentungsverfahren genauer, läßt sich feststellen, daß auch bei den wegen des Alkoholismus berenteten Fällen, oftmals auch andere Krankheiten bestanden, die nicht in Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum des Patienten zu bringen waren. Der Alkoholismus erlangte lediglich im Verlauf des Verfahrens einen immer höheren Stellenwert. Ironischerweise hatte sich der Alkoholismus anderer Berenteter erst nach dem Ausspruch der Berentung entwickelt.

A. Springer

Zunahme der Süchtigkeit

Von Paul Federn, Wien

Aus einem im Wintersemester 1933/34 im Akademischen Verein für medizinische Psychologie in Wien gehaltenen Vortrag.

Allen psychotherapeutischen Praktikern fällt auf, daß in den letzten Jahren weniger ausgesprochene Neurosen als Charakterstörungen, Depressionen und Süchte zur Beobachtung kamen. Offizielle Stellen erklären aber, daß infolge der Not und dank den neuen Gesetzen und Verordnungen die schweren Suchtformen, Alkoholismus und Morphinismus, sehr abgenommen haben, der Kokainismus fast ganz geschwunden ist. Die alten Morphinisten sind geblieben, aber es kommen kaum neue hinzu.

Trotzdem ist mein Eindruck von der Zunahme der Süchtigkeit richtig. Doch müssen wir das Wort auch richtig verstehen. Es bezeichnet einen Reaktionshabitus, auf ein auflebendes Bedürfnis nach sofortiger Erleichterung von quälenden Seelenzuständen sich diese Erleichterung durch Einverleibung bestimmter Medikamente oder durch Hingabe an bestimmte Funktionen sofort zu verschaffen. Süchtigkeit bezeichnet auch die Struktur, vermöge welcher das Individuum der Bedürfnisspannung, die es verspürt, nicht anders als durch Erleichterung Herr werden kann, daß es also nicht anders instande ist, den peinlichen Zustand zu überwinden, ihn zu ertragen und das auftauchende Gelüste zu beherrschen. Außer den genannten Medikamenten sind es insbesondere die Schlafmittel und auch, wenngleich weniger, die schmerzstillenden, welche suchartig genommen werden. In diesem Falle werden die Schlafmittel nicht einmal vorzugsweise als solche genommen, sondern in Intervallen während des Tages, um bestimmte seelische Peinzustände zu überwinden; oft treten auch körperliche Sensationen, Schmerzen, Schwäche und Symptome aller Art dazu, welche dann als rationalisierender Anlaß zur Entschuldigung in den Vordergrund gestellt werden. Analog werden normale Funktionen und Betätigungen zu Süchten, zum Beispiel zur Eßlust, Schlafsucht, Kauf- und Herumlauf-, auch Unterhaltungssucht. Als Zwang bezeichnen wir nur, was zeremoniell und ichfremd auftritt. Seltener und spezifiziert sind die triebhaften Süchte, wie Kleptomanie, Pyromanie und andere. Daß auch manches Rauchertum als gewöhnlichste, für normal geltende Sucht anzusehen ist, sei nur erwähnt. Eigentlich wäre das regelmäßige Nehmen von Schlafmittel zum Zweck des Schlafens, das Nehmen von Alkohol oder einer Droge vor einer schwierigen Inanspruchnahme, die meistens ein besonderes Auftreten verlangt, auch als zu bestimmten Gelegenheiten auftretende Süchtigkeit zu bezeichnen. Auch hier fehlt nicht das Moment der Abstinenzerscheinungen, welche zur echten Süchtigkeit gehören. Sie sind entweder nur das gesteigerte Gefühl des quälenden seelischen Zustandes, oder – wie namentlich bei den schweren Rauschgiften – es kommen noch besondere Kollaps- und Erregungssymptome hinzu.

Die Zunahme der Medikamentensucht hat große praktische Bedeutung. Hätte die Mehrzahl unserer Patienten eine normale Fähigkeit erworben und be-

wahrt, Peinliches zu ertragen, so würden die medizinischen Fabriken nicht die interne Medizin erobert haben; viele Vorwürfe gegen die „bloß symptomtötende“ Medizin wären ihr erspart. Hilfe kann nur bringen, wenn jeder Arzt es weiß, daß er den Kranken dann erst als krank „gewesen“ aus seiner Obhut zu entlassen hat, wenn derselbe ohne Medikamente auskommt. Wir haben auch keine richtige Kenntnis von einem chronischen Fall, wenn wir ihn nicht in einer medikamentenfreien Zeit beobachtet haben; noch mehr gilt das von einem angeblich Gesunden, der sein Medikament „nur“ nimmt, um besser zu schlafen oder zu arbeiten. Solche Menschen sind – wenigstens psychisch – nicht gesund. Denn umgekehrt, wie die Weichheit gegen die eigene Person die Gewöhnung an Medikamente herbeiführt, so macht diese ihrerseits wieder den Menschen weniger fähig, unangenehme oder quälende psychische Zustände zu ertragen, das heißt, sich selbst zu ertragen. Meistens fällt es weder Arzt noch Patienten ein, daß solches Medizinerien der psychischen Hygiene zuwiderläuft. Damit soll weder gegen eine kausale medikamentöse Therapie noch gegen eine symptomatische bei schmerzhaften und gar unheilbaren Fällen etwas gesagt sein. Für letztere allerdings ist das Erzielen völliger Euphorie nur mit raschem Niedergang der für solche Lebenslage besonders wichtigen Kraft der Persönlichkeit zu erzielen.

Die gleiche Erscheinung „Sucht“ bezieht sich auf so disparate Ziele wie Medikament, Spielen, Essen oder Schlafen. Die Medikamentensucht ist künstlich, die Funktionssucht von selbst entstanden. Alle Art Süchte decken andere triebhafte Verlangen, die unbewußt mit der Sucht zusammenhängen. Es kann ein Medikament suchartig verlangt werden, eben um nicht schlafen, essen, stehlen oder davonlaufen zu müssen, so daß eine Medikamentensucht an Stelle einer Funktionssucht getreten ist.

Wir haben also in jedem Falle die bewußten und die unbewußten Motivierungen vom Ziel der Sucht zu unterscheiden; sie sind nicht leicht festzustellen, denn auch bewußt erlebte Verursachungen werden oft verleugnet, so daß erst der Arzt sie in ihrer Bedeutung dem Kranken klarmachen muß. Die Süchte nivellieren die Krankheitsbilder. Das Einnehmen des Medikaments hebt den quälenden Affektzustand oder die quälende Sensation auf, die beim Neurotiker durch die Entwicklung eines neurotischen Symptoms ersetzt wird. Tatsächlich entstehen viele Süchtigkeiten, wenn eine Neurose rezidiert und, statt zur kausalen psychischen Behandlung zu kommen, nur symptomatisch mit Medikamenten kuriert wird. Schlaflosigkeit gibt entweder direkt oder durch die darauffolgende Erschöpfung den Anlaß für den Gebrauch von allen möglichen Mitteln. Oder es gibt eine rheumatische oder sonstige schmerzhaft Affektion, deren Schmerz neurotisch gesteigert ist, eventuell ein rein neurotischer Schmerz den Anlaß zum chronischen Gebrauch von Gegenmitteln.

Um der Gewöhnung und noch mehr der jeder Süchtigkeit drohenden Steigerung vorzubeugen, muß man von Beginn an in Intervallen von einigen Tagen den Gebrauch der Mittel aussetzen. Der Patient muß wissen, daß es ein verderbliches und ärztlich unerwünschtes Ziel ist, mit Medikamenten ohne Unter-

brechung Schmerzlosigkeit oder Schlafvermögen zu bekommen. Dieser Standpunkt muß Gemeingut der Ärzte sein. Der Anlaß ist nicht immer eine Neurose, oft sind es direkt der psychische Konflikt oder ein hereingebrochenes Leid, die Steigerung lang bestehender Konflikte, das Bedauern eines fehlerhaften Entschlusses, Schuldgefühl oder quälender Zweifel, die, durch Körpersymptome rationalisiert, zur Angewöhnung führen. Der Kranke pflegt entweder diese oder kurz das Wort „Nervosität“ als Begründung zu wählen.

Der peinliche Spannungszustand verschiedener Art entspricht einem toxischen Vorgang. Daß aber ein Individuum diesem gegenüber ebenso wehrlos ist wie den psychischen Konflikts- und Spannungszuständen, die ihm vorangegangen sind, hängt mit der seelischen Entwicklung seit der Kindheit zusammen. Unbewußte Komplexe einerseits, fixierte infantile Stadien des Ichs andererseits erklären die Stärke des Begehrens und die Schwäche des Gegenwillens. Wenn unser Krankenmaterial weniger Neurosen und mehr Süchtige aufweist, es sind dieselben Menschen, die heute in anderen Formen ihr mangelhaftes seelisches Gleichgewicht äußern. Gierhafte Wünsche, feindselige Tendenzen, unerfüllte Verlangen aller Art kommen in der Analyse zutage. Sie alle wirken unbewußt mit bei der Enttäuschungsspannung, die den Süchtigen immer wieder zur Suchtstillung treibt. Solange daher die psychische Grundlage nicht behoben ist, ist eine psychische Behandlung nötig. In leichteren Fällen genügt die suggestiv-führende und geleitende des Vertrauensarztes. In schweren Fällen muß die Entwöhnung in einem besonders tauglichen Milieu, meistens in der Anstalt, durchgeführt werden, in manchen Fällen mehr wegen der Willensschwäche des Patienten, in anderen mehr wegen der Unverantwortlichkeit, mit der die nächste Umgebung und auch völlig Fremde dem Aufgeben der Süchtigkeit entgegenarbeiten. Die lange dauernde Behandlung muß, um endgültig gute Resultate zu geben, auch die latent gewesene oder manifeste Neurose und Charakteranomalie heilen. Die Ausdehnung der Psychoanalyse auf dieses Gebiet ist noch nicht genügend lange geübt, um über die Endresultate bei schweren Fällen ein Urteil zu haben. Als Nebenergebnis der aus anderen Gründen geübten Psychoanalyse sind leichtere und ganz schwere Süchte oft geheilt worden. Das Dauerresultat und der Grad der Umwandlung der Persönlichkeit wird über den Wert der Methode entscheiden. Zu erwarten ist, daß eine auf den neuen Erkenntnissen aufgebaute Erziehung und ärztliche Seelsorge das Entstehen der Süchtigkeit oft hintanhaltend können wird.

Aus dem Mitgeteilten geht besonders hervor, daß auch für die psychische Beurteilung und Behandlung eines Neurotikers überhaupt, eines Süchtigen besonders, die Einschränkung des Mittels durch den Willen des Kranken, den der Arzt stärkt und aufrechterhält, nötig ist. Das Medikament verdeckt die Erscheinungen – wovon allerdings direkte Rauschzustände eine Ausnahme machen; diese verraten viel Verdrängtes und lassen es auch für einige Zeit abreagieren. Doch hat das keine andauernde Heilwirkung auf den Normalzustand des Ichs. Manche dieser Medikamente wirken direkt als Angstgifte, das heißt sie beseitigen die Angst, die sonst als Anfall, als Phobie oder als frei flottierende und Er-

wartungsangst auftreten würde. In anderen Fällen erfährt man von schweren Entfremdungszuständen oder von Zwangsvorgängen erst, wenn man die Kranken vermocht hat, das Mittel auszusetzen oder die Einnahme zu verschieben. In anderen Fällen sind es Depressionen mit tiefer und weiter Begründung, die das Medikament zudeckt; oder sexuelle Tendenzen, insbesondere auch schuldvoller oder perverser Art; auch Fälle mit kanibalischen Phantasien wurden mitgeteilt. Wir begreifen, daß in solchen Fällen die einfachen Formen rascher Psychotherapie nur selten dauernden Erfolg haben können und daß die volle Umerziehung nötig ist, obgleich sie lange dauert. Immer werden refraktäre Fälle übrig bleiben. Aber heute bleiben noch mehr Fälle ungeheilt, als dem Wissen um ihre Verursachung entspricht. Wir kennen dank der psychoanalytischen Erforschung die verdrängten Triebe und ihre Repräsentanten, wir kennen die Konflikte, die zu den Krankheiten führen, und auch das Ich, seine Schichten, Besetzungen und Grenzen. Jedes Suchtverlangen ist charakterisiert durch das insofern abnorme Verhalten, daß das *g a n z e* Ich von der Suchtbegierde erfaßt wird und nicht, wie beim nichtsüchtigen Menschen, ein *T e i l* desselben frei und wehrhaft gegen den begehrenden Teil des Ichs bleibt. Die unbeherrschte Reaktion mit dem ganzen Ich ist das infantile Verhalten, bei dem viele Süchtige verblieben sind, während andere zu ihm regredieren. An dem Infantilismus der Süchtigen liegt es auch, daß gerade bei seiner Heilung die Hilfe einer Pflege- oder Geleitperson nötig ist. Die Übertragung auf den Arzt bedeutet auch eine Stützung des Ichs, sowie das Kind sein Ich durch das Einschließen der elterlichen Person in die eigenen Ichgrenzen erweitert und stärker fühlt. Diese Stärkung des Ichs ist aber eine erborgte und soll durch die Eigenkraft des Gesundgewordenen ersetzt werden; in vielen Fällen muß man sich aber mit dem praktischen Erfolge der Hilfe durch die Übertragung begnügen.

Nachdruck aus „Almanach der Psychoanalyse 1935“, mit Genehmigung des Sohnes des Autors, Herrn Ernst F e d e r n.

Nachtrag: Der Reprint der ersten Nummer (Alkohol-, Alkaloid- und andere Vergiftungspsychosen von Prof. Dr. B o n h o e f f e r) erschien erstmals in der Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung, 8. Jahrgang, Nr. 14, 1911, Verlagsort Jena.

Kongreßbericht über die Tagung: Experimentelle Therapien des Alkoholismus

vom 1.—4. Nov. 1977 in München

Am ersten Tag stellten die Poliklinik München und das Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, ihre verhaltenstherapeutisch orientierten Breitbandprogramme zur Behandlung von Suchtkranken vor.

W. Feuerlein gab eine kurze Übersicht über das Krankengut der Klinik und beschrieb die vier Phasen der Alkoholtherapie, die aus einer Kontaktphase, Entgiftungsphase, Entwöhnungsphase und Nachsorgephase besteht.

Die langfristige Entwöhnungsbehandlung wird in verschiedenen Programmen vorgenommen, wie

1. Verhaltenstherapie für Männer und Frauen in der Gruppe
2. Gruppentherapie unter psychodynamischen Gesichtspunkten
3. Familientherapie in einzelner Gruppenbehandlung
4. Einzeltherapie unter Zuhilfenahme von Alkohol sensibilisierenden Medikamenten

Von F. Dittmar wurde ein ambulant Therapieprogramm konzipiert, mit dem Ziel, durch eine systematische Entwicklung von Selbstkontrolle die Rückfallhäufigkeit bei Alkoholkranken bis zur völligen Abstinenz zu reduzieren. An diesem Programm nahmen 28 Patienten teil, wovon 50% das Programm mit "gutem Erfolg" beendeten, bei 30% war ein "geringer Erfolg" zu erzielen und 20% der Patienten mußten als "nicht erfolgreich" beurteilt werden. Zumindest für sozial noch relativ integrierte Patienten stellt dieses Therapieprogramm eine effiziente Behandlungsalternative zu anderen ambulanten Behandlungsmethoden dar.

Das von J. Heuschneider entwickelte Konzept der ambulanten Betreuung von alkoholkranken Frauen umfaßt im therapeutischen Teil Verhaltenstherapie (Grundlagen der Lerntheorie, Verhaltensanalyse, modifiziertes Gedankenstopttraining, alternative Verhaltensweisen), sowie unspezifische Therapiemethoden wie Entspannungsübungen nach Jacobson, gemeinsame Freizeitunternehmungen, Rollenspiel und Lösungsversuche aktueller Probleme in der Gruppe. Es wurde versucht, mit diesem Programm intensiv auf die Besonderheiten des weiblichen Alkoholismus einzugehen (wie z.B. depressive Reaktionen, Angst- und Schuldgefühle, gestörte weibliche Identifikation). Bei den katamnestischen Untersuchungen nach 1 1/2 Jahren, bzw. 10 Monaten, sind von den 14 zu wertenden Alkoholkranken 8 mit Sicherheit in Zusammenhang mit dieser Therapie als sehr gut hinsichtlich ihres Trinkverhaltens und als psychisch wesentlich stabilisiert anzusehen. Die niedrige Abbruchquote und die positive Tendenz hinsichtlich Alkoholfreiheit und psychischer Stabilisierung lassen den Schluß zu, daß wahrscheinlich einigen Besonderheiten des weiblichen Alkoholismus Rechnung getragen wurde.

D. Wilchfort konzipierte ein familien-therapeutisches Programm bei Alkoholikern, das aus Kommunikationstherapie, Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie (Antabusritual) bestand.

Bei der Untersuchung über die Behandlungsfähigkeit und Behandlungsmotivation von Alkoholikern bei Erstkontakten stellte M. Salaschek fest, daß unterschiedliche Einstufungen je nach Behandlungsmotivation schon im Anschluß an den ersten Kontakt generell möglich sind; für den Einzelfall kann dagegen eine sichere Voraussage nicht gemacht werden.

Die Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, unter Prof. J.C. Brengelmann, stellte ein verhaltenstherapeutisch orientiertes ambulantes Breitbandprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene mit Alkoholproblemen vor.

Das Ziel der Therapie besteht in der Veränderung des Trinkverhaltens, im Aufbau eines adäquaten Sozial-, Arbeits- und Freizeitverhaltens, sowie in der Behandlung spezifischer Verhaltensschwierigkeiten, wie z.B. Ängste, Depressionen usw.

In der ersten Phase lernen die Patienten mittels Selbstkontrolltechniken ihren Alkoholkonsum sukzessive einzuschränken. Es folgt eine vierwöchige Phase der Abstinenz, wo die Patienten gemeinsam mit ihrem Therapeuten ihr Therapieziel, entweder "völlige Abstinenz" oder "kontrolliertes Trinken", auswählen können, wobei beim Therapieziel "kontrolliertes Trinken" ein gezieltes Trainingsprogramm in der dritten Phase einsetzt. Zusätzlich erfolgt in der dritten Phase ein soziales Kompetenztraining in der Gruppe mittels Rollenspiel und Video-Feedback. Nach Beherrschung dieser Verhaltensweisen im Rollenspiel werden diese auch in der natürlichen Umgebung des Patienten geübt.

Das Therapieprogramm erstreckt sich insgesamt über 6 Monate. Nach Beendigung der Therapie werden nach Bedarf Auffrischungssitzungen durchgeführt. Das Therapieprogramm wurde bisher an 5 Klientengruppen durchgeführt. Der Therapieerfolg wurde durch Überprüfung des Alkoholkonsums, durch Befragung von Bezugspersonen der Klienten, sowie speziell zur Therapiekontrolle erstellte Tests und Fragebogen ermittelt.

In dem Vortrag von H. Bräuniger und O. Hartung, Psychiatrisches Krankenhaus Mönchberg, über Planung, Organisation und Durchführung eines verhaltenstherapeutisch orientierten stationären Behandlungsprogrammes für suchtkranke Frauen, wurden folgende Schwerpunkte skizziert:

Alkoholismus wurde nicht als ein Persönlichkeitsmerkmal mit bestimmten korrespondierenden Verhaltensweisen, sondern verhaltenstheoretisch als exzessiver Alkoholgenuß, der aufgrund negativer Konsequenzen einer Modifikation bedarf, definiert. Therapeutisches Ziel im Bereich Trinkverhalten ist die totale Abstinenz. Folgende verhaltenstherapeutische Methoden gelangten dabei zur Anwendung:

Selbstkontrolltechniken und Steigerung der Eigenaktivität im Verhaltensrepertoire des Patienten und operante Methoden, wobei erwartet wird, daß im Laufe der Behandlung externale Verstärkung zu Selbstverstärkung wird.

Die Dauer des dreistufigen Therapieprogrammes wurde

auf 12 Wochen festgelegt; die Vergabe von Punkten bei Durchführung bestimmter Aufgaben aus einer Verhaltenstrainingsbatterie wurde als sekundärer Verstärker benutzt.

Der Effekt des Programmes basiert auf der Kombination einer Vielzahl verschiedener externer und interner Verstärker mit der Punkteverstärkung, die, gerichtet eingesetzt, die neugelernten Verhaltensschritte stabilisieren kann.

Ebenso wurden Möglichkeiten diskutiert, eine Station nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien des sozialen Lernens aufzubauen, inform von verhaltenstherapeutischer Schulung des Pflegepersonals und der Patienten, systematischer stufenweiser Entwicklung von geeigneten Verhaltenstrainingsaufgaben mit dem Ziel außerklinischer Generalisierbarkeit, stationärer Verstärkung bei wachsender Eigenverantwortlichkeit, Selbstbehauptung und Selbstkontrolle des Patienten, Prinzip der indirekten Bestrafung bei Rezidiven usw. Die Effizienz des Programmes basiert im wesentlichen auf folgenden Faktoren:

- einfacher Umsetzung und Anwendung im stationären Rahmen
- Flexibilität in der Anwendung auf individuelle Kontingenz bei Alkoholmißbrauch
- weitgehender Generalisierbarkeit des neugelernten Verhaltens auf außerklinische Situationen

R. C o h e n stellte im Rahmen eines Gemeinschaftsberichtes aus dem Fachbereich Psychologie - Soziologie ein stationäres Behandlungsprogramm, Behandlungsmaßnahmen und katamnestische Ergebnisse nach 2 Jahren bei Frauen vor. Es handelte sich um eine dreimonatige Behandlungszeit mit dem Therapieziel der totalen Abstinenz, wobei folgende Ausschlusskriterien vor Aufnahme der jeweiligen Patientin festgelegt wurden:

- Alkohol als sekundäres Symptom einer anderen psychiatrischen Grunderkrankung
- wenn Tablettenabhängigkeit im Vordergrund des Suchtverhaltens stand
- mangelnde Krankheitseinsicht und Bereitschaft zur Abstinenz
- Fragliche Involutionsdepressionen

Die Patientinnen wurden in verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Einzel- und Gruppentherapien zu je 12 Frauen behandelt, wobei nach dem zweiten Behandlungsmonat alle 14 Tage ein Wochenend-Belastungsurlaub eingeführt wurde, um sie so mit Alltagssituationen und rückfallgefährdenden Situationen zu konfrontieren. Zusätzliche Therapieschritte: Alkoholkontaktprogramm, Training zur Erhöhung der Sicherheit Alkoholkranker in Versuchssituationen, sowie ein vierstündiges verhaltenstherapeutisches Training gegen Rückfallangst und phobische Vermeidungstendenzen gegenüber psychisch belastenden Situationen. Dieses Programm wurde von H. A p p e l t, F. R i s t und S. D a v i e s - O s t e r k a m p durchgeführt.

H. W a t z l und R. O l b r i c h berichteten über Therapieversuche mit dem Ziel kontrollierten Trinkens; es wurden hier zumeist Behandlungspakete aus mehreren verhaltenstherapeutischen Techniken

geprüft. Selbstkontrollmaßnahmen, operantes Konditionieren, aversives Konditionieren in Bezug auf Blutalkoholspiegel und/oder den Trinkstil, Modellverhalten und Social-Skills-Training.

Differentialsdiagnostische Entscheidungshilfen für den alternativen Einsatz eines der beiden Therapieziele "kontrolliertes Trinken" oder "totale Abstinenz" sind bisher nicht vorhanden. Prognosekriterien wären daher ebenso notwendig wie die Erprobung zusätzlicher Behandlungstechniken, etwa Verbesserung der Selbstkontrollmaßnahmen oder Modellernen. Entgegen verfrühten euphorischen Erwartungen erscheint aus den Ergebnissen der Therapieversuche eine Anwendung dieses Behandlungszieles noch nicht vorstellbar.

Im Rahmen eines Gemeinschaftsberichtes brachte K.-E. M ü l l e r eine Darstellung eines erweiterten Selbstsicherheitstrainings während einer viermonatigen stationären Entwöhnungsbehandlung am psychiatrischen Krankenhaus.

Die verhaltenstherapeutischen Gruppen mit Alkohol- und Medikamentenabhängigen waren Teil einer Breitbandtherapie, in deren Mittelpunkt ein Selbstsicherheitstraining zum Abbau sozialer Ängste und Förderung sozialer Kompetenz stand. Die Wichtigkeit der besonderen Berücksichtigung all jener sozialen Schwierigkeiten, die beim einzelnen Patienten funktional mit seiner Abhängigkeit verbunden sind, d.h. zu seiner Entstehung beitrugen oder sie aufrecht erhalten, wurde betont.

Ein weiterer wichtiger Punkt des Trainingsprogrammes bestand in der Übung von Verhaltensweisen, die im weitesten Sinn unter der Kategorie "Alkohol bzw. Suchtmittel verweigern" zusammengefaßt werden können.

I. K l o n i n g e r - H u h n gab eine experimentell-psychologische Analyse des Alkoholismus-Rezidivs. Der Rückfall stellte sich bei einer verlaufs-dynamischen Analyse als herausgehobener, weitgehend normierter Prozeß dar. In Übereinstimmung mit Z a p o t o c z k y konnte festgestellt werden, daß der Alkoholiker bei seinem Rückfall sein von früher her gewohntes Trinkverhalten wieder aufnimmt. Erlebt der rückfällige Suchtkranke das Rückfallereignis als schicksalhaft und unerwartet, so lassen sich doch bei genauer Analyse der Vorgeschichte des Rezidivs bestimmte, sehr zuverlässige Symptome definieren.

Abschließend betonte der Vortragende die Wichtigkeit des Herausarbeitens und Zusammenstellens jener Faktoren, die die Motivationsbereitschaft und Motivationsfähigkeit des Alkoholikers positiv oder negativ beeinflussen.

Eine Darstellung der Grundlagen stationärer Verhaltenstherapie in der Langzeitbehandlung schwerstgeschädigter Suchtkranker gab E. S c h ä f e r. Ein speziell auf Trinker mit hirnorganischen Schäden ausgerichtetes verhaltenstherapeutisches Programm mit strengem Verstärkerregime zeigte bereits nach relativ kurzer Therapiezeit eine deutliche Abnahme der Rückfälle während der stationären Behandlung und lassen eine konsequent durchgeführte Verhaltenstherapie auch bei schwerstgeschädigten Suchtkranken als aussichtsreich erscheinen.

In seinem Referat über die Konzeption einer verhaltenstherapeutischen Klinik zur Behandlung von Abhängigkeitskranken nannte R. Schneider als die wichtigsten Bestandteile erfolgversprechender Therapie:

- Abbau des Trinkverhaltens (Abstinenz)
- Aufbau von Alternativverhalten
- Behebung funktional zusammenhängender Verhaltensstörungen
- Übertragung auf natürliche Umgebung

Die praktische Umsetzung der einzelnen Verfahren soll vorwiegend in der Gruppe vorgenommen werden. Als allgemeine Prinzipien werden herausgestellt:

- Therapie ist eher Erziehung zur Selbsthilfe als Heilbehandlung
- Therapie heißt nicht nur Reden, sondern Handeln
- schrittweises Vorgehen
- individuelles Ausgangsniveau, individuelle Therapieziele
- Verhaltensänderung braucht Rückmeldung
- Therapieerfolg mißt sich am Verhalten, nicht am Reden des Patienten

Unter dem Thema zur Erprobung verhaltenstherapeutischer Behandlungstechniken und Modell einer Breitbandtherapie bei chronischem Alkoholismus sprach S. Binder über Versuche der Modifikation süchtigen Fehlverhaltens durch kontrolliertes Trinken, Aversionstechniken, Desensibilisierung, Selbstkontrolle. Jede der genannten Techniken erwies sich Unbehandelten gegenüber als erfolgreich, keine der Techniken allein aber als effizient genug, um ein Therapieprogramm Alkoholabhängiger auszufüllen. Der Versuch einer lerntheoretisch begründeten Breitbandtherapie wurde dargestellt.

Über die Bedeutung von Biofeedback – Methoden in der Alkoholismustherapie sprach H. - U. Wittchen. Drei Fragenkomplexe wurden diskutiert:

- Läßt sich die Annahme, daß Alkoholiker ein generell erhöhtes Arousal besitzen, bestätigen?
- Läßt sich mit dem Einsatz von Biofeedback hier eine systematische Änderung erzielen?
- Ist diese Methodologie ein wirksames und praktikables Mittel im Rahmen des Relaxationstrainings?

Alkoholiker und Normalpersonen erhielten an drei aufeinanderfolgenden Tagen Alpha-EEG Biofeedback. Weiters wurden mehrere polygraphische Parameter mitregistriert. Neben einer umfassenden psychometrischen Erhebung wurde ein Polaritätsprofil zur subjektiv-verbalen Diskriminationsfähigkeit von Alpha-Zuständen vorgegeben. Die intraindividuell varianzanalytische Auswertung, die Gruppenvergleiche und Diskriminanzanalysen führten zu folgenden Ergebnissen:

- Generelle systematische Unterschiede im physiologischen Arousal hinsichtlich eines erhöhten Aktivierungsniveaus konnten nicht nachgewiesen werden.
- Es war keine konstante und stabile Senkung des Aktivierungsniveaus unter das normale Ruhe-

Basisniveau erzielbar.

- Eine hinreichend gute subjektiv-verbale Diskrimination des "Alpha-Zustandes" konnte nur in Einzelfällen erreicht werden, was die Anwendung des Alpha-EEGs als Biofeedback-Relaxationsmethode nicht sinnvoll erscheinen läßt.

Bei einigen Versuchspersonen jedoch scheint der Biofeedback Anwendung, in Verbindung mit anderen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, Bedeutung zuzukommen. Sie berichteten über eine bei herkömmlicher verbaler Instruktion nicht erreichte, bei Biofeedback jedoch registrierte tiefe Entspannung.

Zum Problem der Erwartungshaltung Alkoholkranker und ihrer Bezugspersonen gegenüber therapeutischer Intervention sprach A. Springer. Erwartungen von seiten des Klienten als auch seiner nächsten Bezugspersonen gegenüber einer Entwöhnungskur und dem danach folgenden Leben in Alkoholabstinenz, lassen Schlüsse auf prävalente Störfelder, sowie auf den Stellenwert des Alkohols im Beziehungssystem des Klienten zu. Diese Erwartungen sind daher in das Therapieziel einzubauen.

Die Erarbeitung dieser Störfelder, die Überprüfung, inwieweit der Alkohol als hauptsächliche Störvariable anzusehen ist, oder nicht vielmehr Sündenbockfunktion in einem pathologisch ausbalancierten Beziehungssystem besitzt, ist für eine gezielte und differenzierte therapeutische Intervention und damit für die Langzeitprognose von entscheidender Bedeutung. Übersteigerte, bzw. zwischen Klient und Bezugsperson inkongruente Erwartungen können bei nicht entsprechender Bearbeitung zu einer neuen Belastung für den Klienten nach Beendigung der Kur werden und damit die Gefahr der Wiederaufnahme des Alkoholkonsums als gelerntes Entlastungsverhalten erhöhen.

D. Revenstorff und J.C. Brengelemaun brachten den Beitrag über Determinanten des Alkoholismus und Problemtrinkens. Die Autoren schilderten in ihrem Bericht die Möglichkeit einer Effektivitätssteigerung in der Alkoholismustherapie über den Weg der Analyse persönlicher Determinanten des Trinkens bzw. der Reaktion auf die Therapie. Sie nannten drei Aspekte, deren erster das Modell der hierarchischen Persönlichkeitsstruktur ist, welches erlaubt, persönliche Determinanten der Abhängigkeit – wie allgemeine und spezifische Persönlichkeitseigenschaften, situative Auslöser, Konsequenzen des Trinkens – sinnvoll zu beschreiben, einzuordnen und ihre Relevanz für die Therapiekonstruktion zu bestimmen.

Der zweite Aspekt bezog sich auf die Vereinfachung der Therapiekonstruktion und -anwendung. Mit Hilfe einer Vordiagnose ließen sich typische Verhaltensfaktoren finden, die die Verordnung typischer Therapien nahelegten. Bei gleicher Therapiezeit könnte man mit typischen Therapieformen ökonomischer und intensiver verfahren.

Als dritter Aspekt wurde die Analyse der Ablaufdynamik der Therapien genannt.

Den Beitrag, warum Frauen trinken – Determinanten des weiblichen Alkoholismus, brachte

M. M a n t e k. Diese geschlechtsdifferenzierende Untersuchung machte es sich zur Aufgabe, Aufschluß darüber zu geben, in welchen Verhaltensdefiziten und welchen Belastungen sich männliche und weibliche Alkoholiker voneinander unterscheiden. Neben soziodemographischen Merkmalen und der Beschreibung des Trinkverhaltens wurde auch die nach Alkoholkonsum erlebte Wirkung erfragt. Erfasst wurden auch Erziehungsstile, das eigene Verhalten in der Kindheit, die Interaktionen in der Partnerschaft und im sozialen Kontakt, sowie das Aktivitätsverhalten. Alkoholiker und Kontrollgruppe unterschieden sich in allen untersuchten Determinanten. Weibliche Alkoholiker fühlten sich stärker belastet; Störungen im Bereich der Partnerschaft empfanden sie als bedeutsamer als männliche Alkoholiker, was mit der Neigung sich unterzuordnen korreliert. Als Risikofaktor des weiblichen Alkoholismus erwies sich ein Verhalten des Partners, das als destruktiv erlebt wird und oft Unterordnung verlangt, sowie die Schwierigkeit, sich selbst in einfachen Alltagssituationen zu behaupten. Die Erwartung einer stress- und anspannungsreduzierenden Wirkung des

Alkohols, sowie überstarke Schuldgefühle wegen des abnormen Trinkens sind für Alkoholikerinnen charakteristisch.

B. S c h u l z e - A u s s e l hielt das Referat: Praktiziertes Modell eines ambulanten Dienstes für Alkohol Kranke in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. Es bracht eine Darstellung der Tätigkeit der Gesundheitsämter in Alkoholfragen, die unter anderem die Erkundung des sozialen Umfeldes, die Zusammenarbeit mit Nervenärzten, Hausärzten, den Kontakt zu Abstinenzverbänden, zu Arbeitgebern, Sozialämtern usw. umfaßt, ebenso die soziale Nachbetreuung nach der Entziehungskur. Der Vortragende berichtete von der Erfahrung, daß kaum mit Rückfällen zu rechnen sei, wenn der Alkohol Kranke in geordnete familiäre, soziale und berufliche Verhältnisse zurückkehre und sich gleichzeitig einer Abstinenzgemeinschaft anschließt.

S. Jedlicka, S. Feselmayer, H. Frank

Kongreßbericht über die Tagung

Experimental and Behavioral Approaches to Alcoholism. A NATO International Conference

Die Tagung fand vom 28. Aug. - 1. Sept. 1977 in Bergen-Norwegen statt. Besser wäre es vielleicht, sie als "workshop" zu bezeichnen, da überwiegend neue Konzepte diskutiert, Experimente vorgestellt wurden, die inhaltlich und formell äußerst stimulierend und oftmals ingenuös stilisiert waren, jedoch eben als Berichte über laufende Untersuchungen noch nicht immer generalisierbare Ergebnisse erbrachten. Zu diesem workshop hatten sich die bekanntesten Wissenschaftler und Therapeuten, die als theoretischen Hintergrund ihrer Überlegungen lerntheoretische Modelle haben, aus den bekanntesten Zentren der amerikanischen Suchtforschung (Rutgers University, University of Washington, University of Oklahoma) eingefunden. Hauptreferate hielten Autoren wie R. T a r t e r, P. N a t h a n, A. M a r l a t t, D. C a h a l a n, O. P a r s o n s und das Ehepaar S o b e l l, sowie P. M i l l e r. Den Festvortrag hielt Mark K e l l e r, der langjährige Herausgeber des "Journal of Studies on Alcohol", zum Thema des kontrollierten Trinkens. Es ist im Rahmen der Zeitschrift nicht möglich die einzelnen Referate genau zu besprechen, da die Thematik der Konferenz äußerst breit gestreut war und außerdem die Beiträge inhaltlich schwierig waren und dementsprechend derart ausführlich referiert werden mußten, daß wir dieser Darstellung alleine eine eigene Nummer der Zeitschrift widmen mußten. So müssen wir uns begnügen, die zentralen Themen, die abgehandelt wurden, anzuführen. Es wurden Bestrebungen deutlich, dem Verständnis stichtigen Verhaltens durch eine exakte Erforschung

der Bedingungen exogener wie endogener Art, sowie der Einzelkomponenten des Verhaltens selbst nahezu kommen, woraus sich letztlich Grundlagen neuer Therapiekonzepte ableiten lassen. Dementsprechend beschäftigte sich eine ganze Reihe von Referaten mit derartigen Konzepten, wobei der Einsatz von lerntheoretisch fundierten Breitbandmodellen für ambulante Behandlung im Zentrum der Überlegungen stand. Auffällig war, daß für diesen Sachverhalt Übereinstimmung zwischen Autoren verschiedener Nationalität und selbst verschiedener Kulturkreise bestand. Die Beiträge deutschsprachiger Autoren unterschieden sich nicht von denen, die später zu diesem Thema in München gehalten wurden, waren jedoch bei letzterer Gelegenheit ausführlicher und werden deshalb im Rahmen der Darstellung der ETA Tagung referiert. Neben den experimentell therapeutischen Beiträgen waren Hauptthemen der Tagung kritische Revisionen älterer Konzepte über den Alkoholismus. Vor allem die Annahme des Kontrollverlustes und die Abstinenzforderung wurden häufig kritisiert. Dementsprechend beschäftigten sich therapeutische Beiträge mit der Frage des kontrollierten Trinkens als Therapieziel. Auch in diesem Zusammenhang sind experimentelle Untersuchungen über Blutspiegeldiskriminierung, Toleranz, Überprüfung der Kontrollfähigkeit etc. zu verstehen. Diese Untersuchungen waren methodologisch äußerst exakt, arbeiteten jedoch mit kleinen Besetzungen, so daß ihr Aussagewert noch beschränkt ist. Andererseits wurde jedoch deutlich, daß methodische Fragen reflektiert werden und dauernd an der Verbesserung der Methodik gearbeitet wird, ein Thema dem sich besonders ein Hauptreferat L. S o b e l l's widmete.

A. Springer

Buchbesprechungen

ACUTE DRUG ABUSE EMERGENCIES : A Treatment Manual

Peter G. Bourne (Editor)
New York 1976. Academic Press.
305 Seiten, 16.50 US-Dollar

Das vorliegende Handbuch verdient eine große Leserschaft, es informiert überaus gründlich, berücksichtigt verschiedene klinische Schulen und ist am letzten Stand der klinischen und wissenschaftlichen Erfahrungen. Es ist bereits 1974 als "Treatment Manual for Acute Drug Abuse Emergencies" in einem anderen Verlag erschienen.

Das Buch zerfällt in 9 Teile mit insgesamt 28 Kapiteln. Der Einleitungsteil befaßt sich mit der schwierigen Frage der Differentialdiagnose der Intoxikationen. Weitere Abschnitte befassen sich mit Opiaten, ZNS-Depressoren, Stimulantien, Halluzinogenen, Marihuana, Alkohol und einigen Spezialfragen von Diagnose und Therapie (z.B. "Drug Dependence in Hospitalized Patients"). Die 41 Autoren repräsentieren alle Bereiche der Medizin, sie vermitteln einen umfassenden Überblick der gesamten wissenschaftlichen Literatur; über 40 Seiten des Handbuches sind Literaturhinweise, die praktisch alle Aspekte der Therapie betreffen. Man kann sich über die Nachteile der Analeptika (S. 282) informieren oder auch über Komplikationen beim Amphetamingebrauch bei Sportlern (S. 116) nachlesen.

Etwas widersprüchlich sind die Artikel in Form und Inhalt, z.B. fehlen bei dem Kapitel über das Abstinenzsyndrom bei Opiaten alle Literaturhinweise, während über die Inhalationspsychosen vier Seiten Literatur zu finden sind. Vermißt habe ich unter anderem eine Schilderung der Therapie der medizinischen Folgeerkrankungen des Alkoholismus und die akuten medizinischen Komplikationen. Verwirrend ist die Tatsache, daß ein eigenes Kapitel über Abstinenzsyndrome durch Heroin beim Neugeborenen vorhanden ist aber kein Bericht über das fötale Alkoholsyndrom. Auch die psychiatrischen Notfallssituationen bei Alkoholismus werden sehr knapp behandelt, die Antabus-Alkohol-Reaktion nicht einmal erwähnt, wie überhaupt die Betonung auf den "harten Drogen" liegt. Vielleicht könnte in einer Neuauflage diese Verzerrung korrigiert werden.

W. Burian

SUCHT UND SUIZID

E. Ringel u.a.
Lambertus-Verlag, Freiburg 1976.
110 Seiten, DM 14.00.

Theoretische und praktische Probleme der Suizidgefährdung Süchtiger, bzw. die Suizidprophylaxe dieser Patientengruppe, werden in den Beiträgen dieses Buches ausführlich behandelt.

Ausgehend von der Darstellung des präsuizidalen Syndroms durch Ringel wird die Dynamik des Suizids dargestellt und die Verantwortlichkeit der Gesellschaft hervorgehoben. Daraus leitet sich auch die Suizidprophylaxe ab: "Nicht daß einer lebt um jeden Preis, wollen wir; aber wir wollen uns ihm, besser ausgerüstet durch die neuen Erkenntnisse, zur Verfügung stellen, damit er leben kann" (S. 20). Feuerlein betont in seinem Beitrag die tiefenpsychologischen Gemeinsamkeiten von Sucht und Suizid, bei beiden kommt es zu tiefer Regression (obwohl Feuerlein auf diesen Begriff nicht näher eingeht und im Deskriptiven verbleibt) und zur Autoaggression. Feuerlein: "Rein somatisch orientierte wie rein lerntheoretisch ausgerichtete therapeutische Konzepte haben bisher weitgehend oder völlig im Stich gelassen." (S. 34). Er betont den persönlichen Einsatz des Therapeuten.

Interessant ist auch ein Beitrag von Schmidtobreck, der an Hand einer empirischen Untersuchung von 11887 Suchtkranken eine um 22-mal höhere Selbstmordziffer als in der vergleichbaren Altersgruppe der allgemeinen Bevölkerung erhebt. Eine große Gruppe (38,3%) hat mehr als einen SMV hinter sich und die meisten SMVs wurden unter dem Einfluß des Suchtmittels begangen. Dies bestätigt auch unsere Annahme der strukturellen Ähnlichkeit der Psyche von Süchtigen und Selbstmördern. Auch unser Konzept der Regression unter der Einnahme des Suchtmittels wird bestätigt.

Der Band wird vervollständigt durch einige praktische Beiträge und außerpsychiatrische Überlegungen zum Thema.

W. Burian

ALCOHOL INTOXICATION AND WITHDRAWAL II.

Herausgegeben von Milton M. Gross.
Plenum Press, New York and London, 1975.
667 Seiten

Dieser Band umfaßt Beiträge zur experimentellen Erforschung des Alkoholismus, die während eines Symposiums in Manchester im Jahre 1974 vorgetragen worden waren. Die Beiträge umfassen ein weites Feld: Neurochemie, Biochemie, tierexperimentelle Studien, Schlafexperimente und Untersuchungen menschlicher Reaktionen auf die Droge Alkohol. Letztere befassen sich mit psychophysiologischen Reaktionen auf Alkohol, evoked response, Gedächtnis- und Informationsverarbeitungsprozessen chronischer Alkoholiker und den Auswirkungen der organischen Hirnschädigung, die durch chronischen Alkoholismus verursacht wird. Das Buch wird vor allem Wissenschaftler interessieren, die an Grundlagenforschung zum Thema Alkohol arbeiten. Allerdings bringen viele der Artikel auch dem interessierten Kliniker Gewinn, der sich über den Zustand neuer Annahmen über die Auswirkungen des Alkohols und über die Kausalität der Abhängigkeit von Alkohol informieren möchte. In diesem Sinne wollen wir besonders darauf hinweisen, daß sich einer der Artikel mit der Frage der Biosynthese von Tetrahydroisochino-

linen im Gehirn und anderen Geweben befaßt, die ja nach neueren Überlegungen direkt mit der Süchtigkeit auf Alkohol in Bezug stehen sollen. Als Autoren der einzelnen Beiträge zeichnen absolut führende Experten auf ihren jeweiligen Gebieten, wie Hans A. Krebs oder J.P. von Wartburg für Problemstellungen, aus der Erforschung des Metabolismus, O.A. Parsons und D.W. Goodwin für Untersuchungen zum Themenkreis der organischen Hirnschädigung oder des Korsakoff-Syndroms, etc.

A. Springer

**ALCOHOLISM. INTERDISCIPLINARY
APPROACHES TO AN ENDURING PROBLEM.**

*Herausgegeben von Ralph E. Tarter und
A. Arthur Sugerman.
Addison-Wesley Publishing Company. Reading,
Massachusetts.
17.55 US-Dollar*

Vorliegender Band bringt eine ausgezeichnete und umfassende Darstellung moderner Auffassungen des Alkoholismus. Alle Artikel sind übersichtlich angeordnet und in klarer Sprache geschrieben. Im ersten Teil des Bandes wird zu allgemeinen Problemen, wie Entwicklung des Konzepts "Alkoholismus", Definitionsfragen und allgemeinen Entstehungstheorien Stellung bezogen. Der zweite Teil befaßt sich mit medizinisch - klinischen Auswirkungen des Alkoholismus, seinen genetischen Determinanten, sowie psychologischen und soziologisch - kulturalistischen Fragestellungen. Die theoretische Basis der psychologischen Beiträge ist die Lerntheorie, eine neue Form des Behaviorismus ist heute in besonderer Weise

mit der Alkoholismusproblematik befaßt, wie ja auch aus den Kongreßberichten dieses Heftes deutlich hervorgeht. Aus diesem Umstand resultieren viele neue Denkanstöße, für die Bearbeitung des Alkoholismus kritische Inhalte, wie etwa die Fragestellung des Jellinek'schen Konzeptes, des Kontrollverlustes, der Abstinenz als einzigem Behandlungsziel von Alkoholikern. Wer sich mit all diesen derzeit brisanten Themen befassen möchte, bzw. sich eine erste Information verschaffen möchte, sei ausdrücklich auf vorliegendes Buch verwiesen, in dem er über diese kritischen Themen von den Hauptvertretern der neu formulierten Thesen in klarer und sachlicher Weise informiert wird. Der dritte Teil des Buches schließlich stellt das Spektrum der derzeit existenten Behandlungsmöglichkeiten für chronisch Alkoholiker vor. Dieser Teil ist für uns naturgemäß interessant, andererseits sind die Ergebnisse aufgrund der verschiedenartigen Ausprägung des Alkoholismus in verschiedenen Kulturen nur bedingt auf unsere Verhältnisse übertragbar. Die Darstellung der einzelnen Therapieformen selbst ist jedoch in ihrer Kürze und Prägnanz mustergültig. Besonders gut gefallen dem Rezensenten die Kapitel über Pharmakologische Therapie von Cole und Ryback und über Familientherapie von Meeks. Das sind aber vielleicht rein persönliche Präferenzen und sagen nichts darüber aus, daß die anderen behandlungsorientierten Beiträge schlechter, d.h. weniger informativ wären. Schließlich verdient eine neue Zusammenfassung der Aktivitäten und Möglichkeiten der Anonymen Alkoholiker und eine Darstellung der amerikanischen Überlegungen zur gemeindenahen Behandlung Alkoholkranker besonderes Interesse.

A. Springer

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

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"

Herausgeber:

Ludwig Boltzmann - Institut für Suchtforschung
Leiter: A. Springer

Anton Proksch - Institut / Stiftung Genesungshelm 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 Genesungshelm 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