

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2006

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

*Thomas G., Petzold H.G., Schay P. (2006):
Perspektiven und Ergebnisse der
Psychotherapieforschung für die Praxis der
Suchtkrankenbehandlung* *

In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 393-420.*

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

* Aus der „**Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit**“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>) .

1. Der Kontext Forschung

Die Ergebnisse der empirischen Evaluationsforschung im Bereich moderner, forschungsgestützter Psychotherapie (*Grawe et al. 1994; Dobson, Craig 1998; Mace et al. 2000; Petzold, Märten 1999; Lambert, Ogles 2004; Or-linsky et al. 2004*) zeigen auch im Bereich der Suchtkrankenbehandlung eine Fülle interessanter Perspektiven und zugleich werfen sie für zahlreiche Fra-gestellungen auf. So sind sie überwiegend in klinischen und universitären Forschungssettings gewonnen worden. Diese bilden die Realität in der psy-chotherapeutischen Alltagspraxis, sei es bei niedergelassenen Psychothera-peuten oder in ambulanten Diensten oder stationären Standardeinrichtungen und natürlich in den Einrichtungen der Suchkrankentherapie *nicht* ab, denn hier schlagen die Bedingungen des Settings in massiver Weise durch. Die Er-gebnisse, die in Forschungs- und Praxisstellen von psychologischen Univer-sitätsinstituten gewonnen wurden, sind allein schon durch die Klientel deter-miniert, die in eine solche Einrichtung kommen oder nicht kommen \Rightarrow unse-re Drogenpatienten (oft Angehörige benachteiligter Schichten) sind dort ge-nauso wenig präsent hin wie ihre belasteten Eltern, d.h. eine Selektionsbias ist vorprogrammiert. Auch die Praxis eines Psychotherapeuten in einem „schlechten“ Großstadtviertel hat eine andere „Kundschaft“. Wirksamkeits-studien von ausreichender Komplexität und einem guten Niveau an „sophi-stication“ (*Steffan, Petzold 2001*) sind ohnehin nur mit einem sehr hohen Aufwand unter hinlänglich stabilen Bedingungen zu realisieren. „Ökologisch valide“ Wirksamkeitsstudien unter naturalistischen Bedingungen sind des-halb selten (*Märten et al. 2002; Petzold, Hass et al. 2000; Leitner 2005; Leitner et al. in process.; Steffan 2002*) und für den Drogenbereich bislang noch kaum realisiert. Weiterhin zeigt sich eine deutliche Methoden- und Pop-ulationsspezifität: Bei manchen Störungsbildern und Populationen (sog. „Unterschichtspatienten“, Patienten aus „benachteiligten Schichten“ also) wirken die einen Verfahren besser als andere. *Freud* wußte das schon: „Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massen-anwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse mit dem Kupfer der direkten Sug-gestion zu legieren, und auch die hypnotische Beeinflussung könnte dort, wie bei der Behandlung der Kriegsneurotiker wieder eine Stelle finden. Aber wie

immer sich auch diese *Psychotherapien fürs Volk* gestalten, aus welchen Elementen sie sich zusammensetzen mag, ihre wirksamsten und wichtigsten Bestandteile werden gewiß die bleiben, die von der strengen, der tendenzlosen Psychoanalyse entlehnt worden sind“ (Wege der psychoanalytischen Therapie, 1919, StA 1982, S. 249, Hervorhebungen d.A.).

Diese Annahme ist in der modernen Psychotherapieforschung und neurowissenschaftlichen Konzeptbildung (Grawe 2004, idem et al. 1994; Lambert 2004; Schiepek 2003) nicht zu halten, in der Therapie von „einfachen Leuten“ schon gar nicht. Und dafür gibt es viele gute Gründe (Thomas 1986). Hier wäre Forschung mit dem Ziel einer „hinlänglichen Evidenzbasierung“ (Petzold dieses Buch) höchst wünschenswert. Aber ist sie machbar? Bei dem von Grawe et al. (1994) dokumentierten Stand der Psychotherapieforschung erwiesen sich psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische Verfahren als sehr viel weniger effektiv, als sie zu sein vorgaben. Das trifft für den Bereich der Suchttherapie in besonderer Weise zu. Auch dafür gibt es Gründe (Thomas 1986).

Gleichwohl sind sie als Richtlinienverfahren und VDR-Verfahren für die Sozialtherapie mit dem Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe anerkannt. Immerhin hat der „Grawe-Schock“ (Grawe et al. 1964), ähnlich wie der „Eysenck-Schock“ (Eysenck 1952), im gesamten Feld der Psychotherapie (besonders der deutschsprachigen Psychotherapie) Forschungsaktivitäten angestoßen, so daß keine festschreibenden Aussagen gemacht werden sollten. Zehn Jahre sind in der Psychotherapieforschung und im Felde der Suchttherapie, anders als in anderen Bereichen der medizinischen und klinischen Forschung mit hohen Wissensumschlägen bzw. Wissenshalbwertszeiten, (leider) noch keine allzu lange Zeit. Was *kontrollierte* Studien anbetrifft, ist allerdings nicht viel an überzeugendem Material aus dem tiefenpsychologischen und humanistisch-psychologischen Bereich gekommen. Die Frage ist nur: sind kontrollierte Studien, die auf *Evidenzbasierung* zielen, das Forschungsparadigma der Wahl? Es handelt sich zweifellos um einen unverzichtbaren Standard, wenngleich er nicht der einzige sein darf (Steffan, Petzold 1999), weil er nicht in allen Bereichen sinnvoller und forschungstechnischer Weise vollauf zu realisieren ist (Petzold 2003a). Es ist in der Tat auch die Frage zu stellen, ob man die Ergebnisse der allgemeinen Psychotherapieforschung ohne weiteres auf den Bereich der Suchttherapie übertragen kann. Man kann es wohl nicht uneingeschränkt! Zu unterschiedlich sind Klientel, Setting, Lebenslagen und Behandlungsmodalitäten.

1.1 Wirkungen und Wirkungsbedingungen

Ein weiteres Ergebnis der Psychotherapieforschung imponiert: Es scheinen Psychotherapien schneller und effektiver zu wirken, als bisher angenommen. Auch hier war es insbesondere die psychoanalytische Tradition, die die Vorstellung einer Effizienz nur in Verbindung mit einer *mehrfährigen* Psycho-

analyse hervorhob. Für die von ihr postulierten Wirkmechanismen (*insight learning*) macht das Sinn. Unter neurobiologischer Perspektive, unter Zugrundelegung neurowissenschaftlicher Erkenntnisse über Lernen und Verhaltensänderungen macht das *keinen* Sinn (Grawe 2004; Petzold 2002j; Sieper, Petzold 2002). Und für welche Störungen gilt die Annahme von Langzeitbehandlungen oder von Kurzzeitperspektiven, und für welche Populationen und für welche Lebenslagen? Für „prekäre oder katastrophale Lebenslagen“ (Petzold 2000h), wie wir sie bei Suchtkranken häufig finden, trifft das Verdikt der *Kurzzeittherapie* sicher nicht zu. Aber brauchen die Abhängigen *psychotherapeutische* Langzeitbehandlungen? Von der Gesamtperspektive her gesehen ja, aber eben nicht *nur* Psychotherapie, sondern ein „Bündel von helfenden Maßnahmen“ (Sozialtherapie, Sozialarbeit, Schuldenregulierung, Schulungen, betreutes Wohnen etc.) – ohne die *Psycho*-Therapie wenig oder auch keinen Nutzen hat. Ausgehend von der Aktuelsituation unter den spezifischen Karrierebedingungen brauchen Suchtkranke keineswegs immer eine Langzeitpsychotherapie, d.h. legt man ein Konzept „**intermittierender Karrierebegleitung**“ (Petzold, Schay, Hentschel, Integrative Suchttherapie 2004) zugrunde, dann sind Kurzzeitinterventionen *oft* die Maßnahme der Wahl.

Mit Blick auf Kurzbehandlungen sind Therapieforscher – allen voran Grawe (et al. 1994) – z.T. erheblich mißverstanden worden: Grawe ging es um den Nachweis der früher völlig unterschätzten, in Wirklichkeit aber entscheidenden Effektivität etwa der ersten 6 Monate einer Therapie. Ausdrücklich verwehrt Grawe sich gegen eine zeitliche Verkürzung um jeden Preis (Grawe 1998) bzw. gegen „*manuals*“ mit dem überzogenen Anspruch einer technisch durchgeprüften und sauber durchführbaren Schnelltherapie. Nachweislich gibt es „im zweistelligen Bereich von Sitzungszahlen einen breit abgestützten Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieergebnis“ (*ibid.*). Das hat auch die Konsumer-Reportstudie (Seligman 1996), die endlich einmal die Betroffenen, die Patienten und Expatienten, in den Fokus gestellt hat, gezeigt. Ergebnis: Die „Leute“ sagen, daß „*hinreichend viel*“ an Therapie erforderlich war, „eben genug, mußte es sein“ – eine subjektive Kategorie, natürlich!

Aber geht es in der Psychotherapie nicht wesentlich um „subjektive Theorien“ und persönliche Wertungen? Auf jeden Fall haben sie für das Krankheits- und Heilungsgeschehen zentrale Bedeutung. Hat man Abhängige gefragt, was ihnen geholfen hat und welche Agenturen ihnen wirklich genutzt haben (vgl. Petzold 1980c)? Sicher nicht, denn (gute) Studien liegen dazu nicht vor. Interessiert das die Forscher und die Therapeuten nicht? Bei Populationen, die in der gesamten Lebenssituation desorganisiert und belastet sind, ist jedes Versprechen schneller Veränderung unseriös.

Die konzeptuellen Vorgaben der Leistungsträger für stationäre Einrichtungen der Drogentherapie sind im wesentlichen so ausgerichtet, daß in 4 bis 10 Monaten das „Ziel der Heilung“ einer schwerst und umfänglich gestörten Persönlichkeit (Petzold Integrative Suchttherapie 2004) mit chaotischen Lebenssituationen erreicht werden könnte und – das wiegt schwerer –

muß. Nun haben sich die sozialtherapeutischen Hilfen für den „Umgang mit einer Karriere“ in den vergangenen Jahren erheblich weiterentwickelt, aber die durchaus sinnvolle Option, „dieses Mal“ den Aus- und Umstieg zu schaffen, steht als zentraler Inhalt von Therapie nicht oder nicht in ausreichendem Maße auf der Agenda.

Wie noch auszuführen sein wird, sind gerade diese Ergebnisse der Therapiefor- schung, die auf „hinreichende“ Behandlungsdauer verweisen, speziell auch in unseren heutigen „Sparzeiten“, bei der Gruppe der Suchtkranken immens wichtig.

Forschung sollte für fundierte Entscheidungsfindung – *policy making* – von Seiten der Leistungsträger und der Politik stärker berücksichtigt werden und muß deshalb von diesen stärker initiiert und finanziert werden, um gute „Wege der Heilung und Förderung“ – beides in diesem Bereich unlösbar verbunden – mit den erforderlichen Hilfeagenturen und infrastrukturellen Behandlungsbedingungen für die Betroffenen bereitzustellen. Die „Wege zu effektiven Psychotherapien“ (Petzold, Märtens 1999) sind nämlich „steinig“ – im Bereich der Suchttherapie gilt das in besonderem Maße.

Ein großer, wenn nicht der größte Teil der *methodischen Ansätze* und Behandlungsstrategien in der Drogentherapie besteht in *Zupassungen* „therapie- schulenspezifischer“ Konzepte und Praxen auf die unterschiedlichen Klientengruppen – von gefährdeten Jugendlichen (Affeldt 1991) bis zum chronifizierten Langzeitkonsumenten („Altfixer“), d.h. aus dem Feld selbst (von den Selbsthilfeansätzen etwa bei Synanon oder Daytop abgesehen) wurden keine eigenständigen Behandlungsmethoden entwickelt, zumindest keine mit einem als wissenschaftlich anzusprechenden Status. Das ist bedauerlich, denn praktische alle Psychotherapiemethoden wurden in ganz anderen Bereichen mit ganz anderen Patientengruppen entwickelt.

Der meist schlecht reflektierte Methoden-Transfer von dem Therapieformat für „klinische Normalpopulationen“ im Suchtbereich führt dann zu einer Menge an Unstimmigkeiten und Problemen. Die Praktiker (Psycho- und Sozialtherapeuten, Supervisoren) mußten versuchen, ihre eigenen Wege zu finden. Und das haben sie getan und suchtherapiespezifische, allerdings zu- meist nicht dokumentierte *Behandlungsheuristiken* entwickelt. In diesen findet sich z.T. ein kostbares Erfahrungswissen (*clinical wisdom*), das erforscht und dokumentiert werden müßte, um es dann auch in empirischen Studien zu überprüfen und zu fundieren. Daneben finden sich viele dysfunktionale, ja zum Teil als schädlich zu betrachtende Therapieideologien (vgl. 4.), die unbedingt aufgegeben werden müßten (z.B. die fragwürdigen Ideologien und *punitiven* Strategien zum Rückfall und seiner Handhabung, zum Umgang mit Sexualität, persönlicher Freiheit usw.).

Bei allen Problemen insgesamt und bei spezifischen Fragestellungen kann man dennoch heute sagen: Psychotherapie hat bei Drogen- und Alkoholsucht eine nachweisbare Wirkung, die in kontrollierten Studien (wie z.B. der MATCH-Studie von Kadden et al. 1989) oder in großen Feldstudien (wie z.B. der MEAT-Studie von Feuerlein et al. 1988) bestätigt wurde. Unklarheit

besteht allerdings zu einem großen Teil über Wirkvariablen, Wirkvariationen, Wirkungsbedingungen und die jeweils besten Indikationen.

Die multizentrische DATOS-Studie (Drug Abuse Treatment Outcome Studies) hat eine Menge an Daten erschlossen, die in bezug auf positive Therapieergebnisse aufschlußreich sind, auch wenn wegen der z.T. erheblichen Unterschiede in den Populationen die Ergebnisse amerikanischer Studien nicht ohne weiteres auf europäische Situationen übertragen werden können. Sie müssen zumindest also durch Untersuchungen aus dem europäischen/deutschsprachigen Raum für europäische/deutsche Populationen ergänzt werden (wie etwa durch die Studien von *Herbst* 1992a, b oder *Gossop* et al.). Dennoch sind die erkennbaren Tendenzen nützlich, besonders, wenn sie in Richtungen gehen, die die allgemeine Psychotherapieforschung schon aufgewiesen hat.

Die vier „Grawe-Heuristiken“ (*Grawe* 1998), die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ mit ihren 14 Heilfaktoren“ der Integrativen Therapie (*Petzold* 1993p, 2003a), die sechs Wirkfaktoren FRAMES (*Miller, Sanches* 1993) seien hier exemplarisch erwähnt. Für alle wäre ein spezifischer Nachweis in der Behandlung der verschiedenen Suchtpopulationen in Form von kontrollierten Studien und einer großen Zahl (halb)standartisiert dokumentierter, feinkörniger Einzelfallstudien zu erbringen (vgl. z.B. in der Integrativen Therapie *Schneider* oder *Ostermann*, Integrative Suchttherapie 2004). Klar wird schon bei der Sichtung solcher Wirkbedingungen: Sie sind vielfältig. So unterscheidet *Petzold* (dieses Buch):

1. **Patientenvariablen** (genderdifferentiell)
2. **Therapeutenvariablen** (genderdifferentiell)
3. **Beziehungsvariablen** (therapeutisches Bündnis, Übertragungssituation, Affiliationsqualität, vgl. *Scheiblich*, *Petzold* dieses Buch)
4. **Kontextvariablen** (Setting- und Strukturqualität der Einrichtung)
5. **Kontinuumvariablen** (zeitlicher Rahmen, Therapiedauer; Karrieresegment)
6. **Strukturvariablen** (Versicherungssituation)

Bei den multifaktoriellen Wirkungen und Wirkzusammenhängen sollen hier genannt werden:

hinlängliche Therapiedauer

Dieses Moment ist zweifelsfrei von zentraler Bedeutung, wie die DATOS-Studie (*Joe* et al. 1999) und andere Untersuchungen (vgl. *Schay* et al. dieses Buch) zeigten, weil es die Basis für die Ermöglichung vielfältiger Maßnahmen und Einflüsse (z.B. der therapeutischen Beziehung) und ihrer potentiellen Wirkungen ist. Was nun eine „hinlängliche“ Dauer ist, wird differentiell nach Grad der Erkrankung, Klientenalter, Chronifizierung, Lebenslage etc. für das vorliegende „*Karrieresegment*“ zu entscheiden sein und natürlich nach dem Prozeßverlauf der Behandlung – eine Frage „prozessualer Diagnostik“ (*Petzold, Osten* 1998). Wird sie nicht angemessen und zielrealistisch –

ohne Über- und Unterforderungen – gelöst, sind der Behandlungserfolg und zukünftige Behandlungschancen in höchstem Maße gefährdet.

hinlängliche Struktursicherheit und -qualität

Ohne eine gute Struktursicherheit ist guter Behandlungserfolg nicht zu gewährleisten, d.h. ohne Stabilität der Einrichtung, in der die Therapie angeboten wird, ohne drogentherapeutisch-klinisch gute Qualität der Konzeption – was keineswegs immer Standard ist, denn da ist oft mehr Ideologie als klinische Psychologie. Schließlich ist ohne fundierte Umsetzung der Konzeption mit kompetenten Mitarbeitern nichts zu erreichen. Und auch die Strukturqualität therapeutischer, pädagogischer, arbeitstherapeutischer Angebote etc. sowie räumliche Ausstattung, Umfeld dürfen als Wirkvariablen nicht unterschätzt werden (vgl. die dargestellten Modelle von Klumpp, Hochstein, Petzold/Ebert dieses Buch). Liest man Konzeptionen von „hochschwelligem“ Einrichtungen, sind oft Fragen an die konzeptuelle Strukturqualität zu stellen. Von den Konzepten therapeutischer „Schulen“ bestimmte Konzepte greifen oft zu kurz, weil die Schulen in der Regel organisationspsychologische und -soziologische Perspektiven nicht berücksichtigen, die erforderlichen Wissensstände nicht rezipiert und deshalb diese Dimensionen ausgeblendet sind. Ansätze, die Modelle und Konzepte zu Supervision, Coaching und Organisationsentwicklung entwickelt haben (vgl. das Konzept des „reflexiven Managements“, Petzold et al. 1996) und die organisationale Dimension fokussieren (Schreyögg 1991, Petzold 1998a) sind hier gut ausgerüstet. Diese Setting-Variablen und Kontextbedingungen, „mikro-ökologische“ Faktoren (Heft 2001), ohne die nichts wirklich realisiert werden kann, sind bisher für den Suchtbereich noch völlig unzureichend untersucht.

hinlängliche Therapiekonsistenz und Behandlungsintensität

Drogentherapie ist eine höchst anspruchsvolle und komplexe Angelegenheit (oft desaströse Lebenslagen, gesellschaftliche Stigmatisierungen, Doppeldiagnosen, komplexe Persönlichkeitsstörungen, Netzwerkprobleme, psychophysiologische Dysregulationen, Devianz, Schulden- und Strafjustizprobleme), die im Rahmen des Therapieplanes angegangen und in Therapieprozessen umgesetzt werden muß. Das stellt hohe Anforderungen an die theoretische Qualität der Konzepte: das Konzept der Einrichtung oder des Programms, das *Therapiekonzept als Gesamtbündel von Maßnahmen*, die Konzepte der eingesetzten Therapieverfahren und Methoden und schließlich an die Konsistenz der methodischen Umsetzung und damit an die professionelle Qualifikation der Mitarbeiter und ihre faktische Performanz (Petzold, Engemann, Zachert 2002). Studien zeigen, daß quantitativ und qualitativ ein gutes Therapieangebot vorhanden sein muß, damit es Patienten überhaupt hinreichend nutzen können (Howard et al 1986, Simpson et al. 1997a, b). Die Mitarbeiterqualifikation muß gute Therapeut-Klient-Affiliationen ermöglichen, gute „Passungen“, wobei diese *sich nicht (er)zwingen lassen*. Voreilige Widerstandsattributionen sind im Lichte der Passungsforschung unangebracht. Vielmehr muß

eine gewisse Wahlmöglichkeit gegeben sein, bei der auch Genderperspektiven Berücksichtigung finden müssen. Gar nicht selten werden diese Fragen übergangen und Patienten in unbilliger Weise in therapeutische Allianzen gezwungen, was Motivation und Erfolgchancen beschädigt, was nur eine der (vielen) bedenklichen Praktiken ist, die im Feld vorzufinden sind (vgl. *Petzold* dieses Buch). Über die Bedeutung guter therapeutischer Beziehungen bzw. Affiliationen besteht aufgrund der suchtspezifischen Forschungsliteratur, die hier mit der der allgemeinen Psychotherapieforschung konvergiert, kein Zweifel (*Hser et al. 1999; Joe et al. 1999; Simpson et al. 1997a,b*). Diese wird maßgeblich von der Bonität der Ausbildung (*Rainalds et al. und Petzold, Schay, Sieper* dieses Buch), der Qualität der Teamarbeit und ggf. einer feldkompetenten und methodisch modernen Form der Supervision bestimmt (vgl. aber *Schay, Petzold et al. dieses Buch, Petzold, Schigl et al. 2004*).

1.2 Risiken und Schäden – Nebenwirkungsfreiheit und Unbedenklichkeit

Es wird hier kurz ein problematisches Kapitel der Psychotherapie angeschnitten und – ein dunkles der Drogentherapie. Es darf nicht fehlen, trotz magerer Datenlage. Mit Risiken und Nebenwirkungen, ja Schäden, hat man sich nämlich in der Psychotherapie bis in die jüngste Zeit praktisch nicht befaßt (Ausnahmen: *Emmelkamp, Foa 1983; Petzold 1977, 1987g; Strupp et al. 1977*). Man tut schließlich Gutes, was kann daran schlecht sein? Aber was wirkt, das hat auch potentielle Nebenwirkungen und die Psychotherapie beansprucht, daß sie wirkt. Und: Suchtkrankentherapie beansprucht das gleichermaßen (*Grawe et al. 1994; Joe et al. 1999; Küfner 1997, 1998; Süß 1995*). In einer ersten umfassenden Darstellung des Problembereiches „Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ (*Märtens, Petzold 2002*), wird das Nebenwirkungspotential schulentübergreifend, aber auch feldspezifisch deutlich. Aus dem Bereich der Drogentherapie gibt es allerdings hierzu noch keine spezifischen Übersichten. Für den Bereich des Alkoholismus macht eine erste, verdienstvolle Übersicht von *Schneider und Funke (2004)* in diesem Band zu Therapieschäden klar: „Es wurde deutlich, daß gerade wirksame Mechanismen für einzelne Patienten auch negative Effekte bedingen können, d.h. neben den erwünschten Haupteffekten ergeben sich zwangsläufig unerwünschte Nebeneffekte“ (*ibid.*). „Zwangsweise“ ist sicher voreilig – bei der schmalen Datenlage und der zwar vorhandenen, aber doch eher geringen metakritischen Reflexion der Autoren auf die Konsistenz der als problematisch zu bewertenden Behandlungskonzepte. Bei Patientenbefragungen werden besonders Gruppentherapien als belastend beschrieben, von „ihnen am ehesten kritisch gesehen“ (*ibid.*). Im Drogenbereich dürfte sich das (bei den zum Teil immer noch massiven, „zwingenden“ Praktiken der „Konfrontation“) noch schärfer darstellen. Unüberprüfte und unreflektierte Normen mit Mythencharakter müßten in so mancher Einrichtung dringend „dekonstruiert“ werden.

Beispiele: Entsprechend den Vorgaben der Leistungsträger ist die Gruppentherapie die bevorzugte Behandlungsmethode. Aber: Wieso denn? Grenzüberschreitungen bis zur Schamverletzung und Demütigung können die Folge sein – und werden zum Teil auch praktiziert [SB = supervisorische Beobachtungen aus 2003/04¹]. Das *Retraumatisierungsrisiko* (Petzold, Wolf et al 2000) oder *iatroge provozierte Abbrüche*, ein Abbruch aufgrund unangemessener, repressiver Strategien von Therapeuten oder aufgrund der nicht aushaltbaren Gruppendynamik werden dabei nicht bedacht. Es geht hier nicht darum, Regeln an sich in Frage zu stellen – sie sind unverzichtbar –, sondern darum, sie und den Umgang mit ihnen immer wieder zu *problematisieren*. Auch werden immer wieder rechtlich problematische Situationen kaum/zu wenig überdacht. Bei Rückfällen in der Einrichtung gibt es immer noch Einrichtungen, die den „unmittelbaren Rauswurf“ praktizieren [SB 2004, der Patient wurde „noch am selben Abend auf die Straße gesetzt“, er mußte das Haus unmittelbar verlassen!], offenbar ungeachtet der Risiken für den *Patienten* (hier trifft der Begriff mit seiner ganzen rechtlichen Relevanz!), denn was ist bei einer Suizidalität, psychotischen Dekompensation, einem Unfall?.

Oder: „Straftaten *müssen* in der Gruppe erzählt werden“. Die „therapeutischen“ Begründungen für diese Praxis: zu seinem Tun stehen, Verantwortung dafür übernehmen, vor der Gruppe (Tribunal?) *Reue* zeigen [SB 2004]. Diese Begründungen sind zumindest fragwürdig, da es für den Betroffenen, für die Mitpatienten und auch für die Betreuer kein ungefährliches Wissen ist, das hier in den *juristisch* gegebenen „Öffentlichkeitsraum“ einer Gruppe gestellt wird, in dem für die teilnehmenden Mitpatienten – *rechtlich gesehen* – keine Schweigepflicht besteht. Es entsteht also eine problematische Mitwisserschaft, d.h. es darf bezweifelt werden, daß die Gruppe hier der angemessene und geeignete Rahmen ist. Neben die rechtliche Perspektive tritt die klinisch-psychotherapeutische und die ethische für die Hinterfragung dieses pseudotherapeutischen Vorgehens.

Bedauerlicherweise sind bis heute viele Praktiken in Einrichtungen nie unter der rechtlichen Perspektiven geprüft worden – Beispiele: Lesen der Ein- und Ausgangspost durch die Therapeuten (nicht etwa nur Beilagekontrolle in Anwesenheit des Klienten), Kommunikationsverbot mit Angehörigen und Freunden usw., „*Nötigung*“ zur Selbstoffenbarung von persönlichen Geheimnissen in der Gruppe etc., demütigende Strafarbeiten (im Stil klassischer Erziehungs- und Besserungsanstalten). Das alles ist rechtlich zumindest bedenklich, von den therapeutischen und sozialpädagogischen Perspektiven auf solche Fragwürdigkeiten gar nicht erst zu reden. Die wenigen Arbeiten zum Thema „Recht“ und Rahmenbedingungen (Wienand 1985; Krasney 1994; Seiter 1994) vernachlässigen diese Fragestellungen bzw. greifen sie nicht ver-

1 Mit SB wird auf Beobachtungen aus Einzel- und Gruppensupervisionen und Fallbesprechungsseminaren aus den Jahren 2003 und 2004 – also zeitnahe Situationen – verwiesen, Beobachtungen, die keinen exzeptionellen Charakter haben, sondern mehrfach gemacht werden konnten.

tiefend genug auf. Für das Thema „*client dignity*“ – von *Petzold* (1985d/2005a) aufgrund skandalöser Verletzung von Patientenrechten in die Literatur eingeführt, scheint im Bereich der Drogentherapie bislang kein Diskussions- noch Forschungsbedarf zu bestehen, obwohl es, unter Amnesty-Kriterien betrachtet, wie bereits dargestellt, zumindest fragwürdige Praktiken gibt, die nicht nur auf der Ebene „struktureller Gewalt“ (*J. Galtung*) anzusiedeln sind.

Wir sind über die Jahre supervisorisch mit sehr fragwürdigen Situationen in Einrichtungen in Berührung gekommen, haben „toxische Einrichtungen“ kennengelernt, in denen sich *Milgram-Phänomene* (*Milgram* 1974, 1997) fanden: Ranghöhere Patienten drangsalierten Mitpatienten in Umsetzung sog. „therapeutischer Strategien“ der Anweisungen der Therapeuten/Leiter, die dies also billigten, ja sogar förderten mit Etiketten wie: „Selbstregulation der Gruppe“ oder „Verantwortung übernehmen“ etc.. Noch unsäglich sind *Zimbardo-Phänomene* (*Haney, Banks, Zimbardo* 1973; *Zimbardo* 1969, 1971), die in geschlossenen Systemen als „*in-group tyranny*“ entstehen können, wo einzelne Drogentherapeuten, ganze Teams oder Einrichtungsleiter (*Hafen et al.* 1996) ihre Verfügungsgewalt über den Lebensalltag der Patienten narzistisch mißbraucht haben/mißbrauchen, d.h. es werden Klimata der Unterwerfung und „*deindividuation*“ (*Zimbardo* 1969) produziert. Diese Phänomene sind sorgfältiger Untersuchung wert, um Kontrollmöglichkeiten zu schaffen, denn es geht hier nicht um sozial-psychologische Experimente (*Schneider* 2004), sondern um bedenkliche institutionelle Realitäten.

Wie für ganze Einrichtungen mit ihren teilweise dysfunktionalen Regeln, Traditionen, Ritualen, Usancen, in denen sich Macht- und Gewaltstrukturen subtil oder auch offen manifestieren können, gilt besonders auch in therapeutischen oder sozialpädagogischen Gruppen, daß es zur Entwicklung „maligner Gruppendynamiken“ kommen kann. Man kann *Schneider* und *Funke* (2003) vollauf beipflichten, daß in der Gruppenpsychotherapie „ein schwieriger Balanceakt zwischen individuellen und auf die Gruppe bezogenen Belangen geleistet werden muß“. Wie das gehen soll, wird allerdings nur sehr summarisch beschrieben. Forschung dazu liegt ohnehin nicht vor. Immerhin gibt es Entwicklungen, bei denen festgestellt werden muß: „... letztendlich verschlechtern sich somit die therapeutischen Bedingungen für den Einzelnen zumindest zeitweilig beträchtlich“ (*ibid.*).

Daß es zu den Regeln, Normen, „bewährten Praktiken“ mit durchaus problematischem Potential, den pseudowissenschaftlichen Mythen (*Petzold, Orth* 1999) so wenig an kritisch-metakritisch reflektierender Literatur von Seiten der Praktiker gibt (am ehesten noch zum Thema Rückfall, vgl. *Körkel et al.* 1995; *Körkel* 2000), beunruhigt. Daß von Seiten der Forscher keine Schadens- und Nebenwirkungsforschung vorliegt und in Wirksamkeitsstudien systematisch eingeplant wird, ist ebenso befremdlich und fachlich ein Mangel. Daß schließlich von den Leistungsträgern und den zuständigen Behörden, letztlich auch von der Politik Schadens- und Nebenwirkungsforschung (während und nach Behandlungen) nicht initiiert und in Auftrag gegeben werden, ist ein schwerwiegender Mangel und ein gravierendes Versäumnis.

Die Praktiker werden hier allein gelassen, denn sie brauchen solche Daten: „Insgesamt betrachtet ist somit gerade die Gruppentherapie aus Sicht der Patienten und Behandler mit zahlreichen Risiken behaftet, welche die ansonsten positiven Effekte der Gruppentherapie minimieren oder sogar ins Gegenteil verkehren können“ (Schneider, Funke 2003).

Kurze Bemerkungen noch zum Thema „Unbedenklichkeit“: Die institutionelle Praxis in den meisten Einrichtungen der Alkohol- und Drogentherapie hat sich gegenüber den 70er und 80er Jahren massiv verändert, und dennoch trifft man nicht selten auf Praktiken, Traditionen, Regeln aus dieser Zeit, die eigentlich – klinisch-therapeutisch gesehen (ethisch und rechtlich ohnehin nicht) – keinen Bestand haben dürften: Therapiepraktiken und Regeln können sich nicht über geltendes Recht hinwegsetzen – erscheint es den Therapeuten noch so „therapeutisch sinnvoll“ oder ist „im Konzept“ von den Leistungsträgern vorgegeben. Rechtlich ist das irrelevant, wie unlängst auch Therapeuten und Supervisoren mit ihrer Praxis, ohne Patientenzustimmung aus deren Therapiematerialien „in die Fallsupervision“ zu bringen, per Urteil durch das Bayerische Oberlandesgericht „erfahren“ haben (vgl. Eichert, Petzold 2003; Petzold, Rodriguez-Petzold 1997; Schay et al. dieses Buch). Klinisch gesehen ist ein Zwang zum „selfdisclosure“ in der Gruppe zu problematisieren, rechtlich ist er bedenklich. Diskretionsräume müssen aus klinischen und rechtlichen Gründen ohne Einschränkungen respektiert werden. Ein Zwang oder gar eine Nötigung (bei Androhung von Rückstufungen, Nachteilen für Freizeit etc.) in nicht-forensischen klinischen Einrichtungen etwa Briefe vorzulegen oder in der Gruppe vorzulesen [SB 2004] etc. kann rechtlich keinen Bestand haben und ist deshalb als therapeutische Praktik oder Regel in der Behandlung nicht zu legitimieren. Deshalb ist „Problematisierung“ (Foucault 1996) notwendig, d.h. neben empirischen sind auch theoretische Forschungsarbeiten (etwa Bestandsaufnahme und Analyse von Leitbildern, Hausordnungen und -regeln etc.) zu dem Themenbereich „Risiken, Unbedenklichkeit, Patientenrechte, Patient Dignity“ zwingend erforderlich. Es müssen Untersuchungen zu *offenen und verdeckten Ideologien* im Felde der Suchkrankentherapie und Drogenarbeit die *Maßnahmen empirischer Evaluation* und *Qualitätssicherung* (Missel et al. 1997; Missel, Schäfer 1997; Lindner, Schneider 1999) ergänzen. Es muß weiterhin das „Praktikerwissen“, es müssen die Praxen der Praktiker in ihren funktionalen und potentiell dysfunktionalen Aspekten Gegenstand von Untersuchungen werden, wobei Praktiker als „co-researcher“ und *Experten* aktiv einbezogen werden müssen, denn sie sind die *Experten* für diese Fragestellungen.

Forschung muß selbst Gegenstand der Forschung werden.

Das Skandalon der fehlenden Nebenwirkungsforschung in Psychotherapie, Sozialtherapie, Suchttherapie, Supervision (Märtens, Petzold 2002; Petzold, Schigl et al. 2003; Leiner, Petzold et al. 2004) macht das deutlich. Auch Forschung ist mit ihren Fragestellungen, Forschungsinteressen und Desinteressen von Ideologien durchfiltriert, hat blinde Flecken, wie unlängst Rösing (2003) überzeugend für die Burn-Out-Forschung gezeigt hat. Hier liegt noch sehr viel

Arbeit vor der „community of researchers“ im Felde der Forschung zur Suchtkrankentherapie, eine Arbeit, die sie ohne die Mitwirkung der Praktiker und der Klienten „auf Augenhöhe“ nicht in guter Weise leisten wird. Deshalb wird neben einer Auswertung ausgewählter empirischer Forschung, wie sie in dieser Arbeit unter dem Aspekt „möglichen Nutzens für die Praxis“ und z.T. dem Aspekt „ideologischer Implikate“ vorgenommen wird, immer wieder auf therapeutisches und supervisorisches Praktikerwissen zurückgegriffen, über das die Autoren auch verfügen und ohne das eine angemessene Beurteilung dieses Feldes kaum möglich ist. Es kommen hier die Perspektiven des Forschers, der Therapeuten, Supervisoren zusammen. Diese *Synergie des „multiperspektivischen Blicks“*, charakteristisch für den Integrativen Ansatz (Jakob-Krieger et al. 2004), erscheint interessant.

Die Forscher sollten deshalb möglichst „feldkompetent“ sein. Auch diese Arbeit wurde vor einem solchen Hintergrund umfangreicher praktischer Therapieerfahrungen und langjähriger supervisorischer und Forschungstätigkeit geschrieben. Aus- und Weiterbildungsinstitutionen und Supervision sollten vor dem Hintergrund dieser Überlegungen bemüht sein, Praktiker für den Dialog und die Kooperation mit Forschern vorzubereiten. Sie sollten weiterhin dazu beitragen, Praktikerwissen zu dokumentieren und zugänglich zu machen, wie es z.B. für den Bereich der Integrativen Therapie zunehmend durch die Einrichtung einer Datenbank mit Behandlungsjournalen und Graduierungsarbeiten unternommen wurde (<http://www.fpi-publicationen.de/journale>). Der ideologiekritische Blick muß auch solches Material sichten.

2. Rahmendaten von Suchterkrankungen

„Suchtkranke“, d.h. Menschen, die sowohl von dem Konsum substanzgebundener Mittel abhängig sind, die ihre Einnahme „krankheitsbedingt“ nicht mehr steuern können (der sog. „Kontrollverlust“), oder von substanzungebundenen „Erlebniszuständen“ durch spezifisches Verhalten (Glücksspiel, Essen) abhängig sind, bilden seit jeher in der psychiatrischen Nosologie eine spezifische Untergruppe mit besonderen Eigenschaften.

Auffällig ist insbesondere eine erstaunlich niedrige *Spontanremissionsrate*. Eine Spontanremission, d.h. eine wesentliche Besserung aufgrund wieder aktivierter Selbstheilungskräfte und ohne Inanspruchnahme professioneller Hilfeleistungen, also nur durch die Nutzung eigener oder im Sozialnetz befindlicher Kräfte *soll* sich nach grober Einschätzung bei den Suchtkranken durchschnittlich dreimal weniger ereignen als bei neurotisch Erkrankten. Nach *Bergin & Lambert* (1978) wird die Spontanremissionsrate bei neurotisch Erkrankten auf durchschnittlich 43% geschätzt. Bei Suchtkranken geht man von ca. 10-15% aus (*Feuerlein* 1990, S.78: 2%-19%; *Emrick* 1974: 13,4%), wobei methodologisch erhebliche Zweifel an der Feststellbarkeit „unbehandelter Alkoholkranker“ (*John* 1982; *John* 1985) und insbesondere „unbehandelter Drogenabhängiger“ anzumerken sind. Erklärlich wird diese

erhebliche Diskrepanz zu anderen Krankheitsbildern, vergewissert man sich der „malignen Dynamik“, die den Suchtkrankheiten zu Grunde liegt. Aus den Schilderungen der Betroffenen und ihren Erlebnissen des „craving“ (in der Sprache der Suchtkranken: „Suchtdruck“) ist verständlich, warum so wenigen aus selbstgenerierten Kraftquellen der Ausstieg aus der Sucht möglich ist.

Nach Häfner (1985) müssen wir davon ausgehen, daß die Suchterkrankung möglicherweise die negativ herausragende Erkrankungsart ist, die nachgewiesenerweise bis heute sehr wenig, aber dennoch stetig hinsichtlich der Zahl der Erkrankten steigt. Dafür gibt es in der Bundesrepublik stichhaltige empirische Hinweise aus zwei hervorragenden repräsentativen Feldstudien: In Mannheim wurden 600 ausgewählte Probanden im repräsentativen Durchschnitt zur Mannheimer Bevölkerung aus drei Jahrgängen (1935, 1945, 1955) ausführlich und detailliert zweimal im Abstand von drei Jahren befragt (Schepank et al. 1987). In der diagnostischen Einschätzung und „Falleinstufung“ (behandlungs-bedürftige Symptomatik mit Krankheitswert) durch Forschungspsychiater wurde mittels verschiedener standardisierter und Interview-Methoden vorgegangen. Jeder Proband erhielt bis zu zwei Hauptdiagnosen und bis zu zwei Nebendiagnosen. 24 Probanden, die in den letzten sieben Tagen mehr als 80 g reinen Alkohol täglich konsumierten, wurden allerdings nicht als „Fall“ eingestuft. Insgesamt erhielten die ICD-10-Diagnose F19 (ohne Medikamenten- und Drogenabhängigkeit) 2,8%. Als behandlungsbedürftige „Fälle“ davon wurden 1,3% betrachtet. Die ICD-10-Diagnose F19 erhielten 8,9% aller männlichen „Fälle“, aber 3,0% aller weiblichen „Fälle“. Insgesamt 7,0% der Gesamtstichprobe tranken in den letzten sieben Tagen tgl. mehr als 80 g reinen Alkohol. Das Symptom Suchtverhalten liegt bei allen symptombehafteten Probanden (95,7% der Gesamtstichprobe!) als zweithäufigstes psychogenes Symptom mit 32,2% hinter dem Symptom „allgemeine Unruhe“ mit 33,0%. Dabei ist die Alters-, Geschlechts- und Schichtverteilung bedeutsam: Die Häufigkeitsverteilung des Symptoms Suchtverhalten liegt bei den männlichen Fällen mit 52,0% auf dem ersten Rangplatz vor der „Depression/Verstimmung“, bei den weiblichen Fällen mit 34,0% auf dem neunten Rangplatz (erster Rangplatz: depressive Verstimmung 64,0%). Der Beeinträchtigungs-/Beschwerdescore liegt in Folge Alkoholmißbrauch beim Jahrgang 1935 am höchsten. Zwischen Alkoholkonsum und Sozialschicht besteht eine inverse Relation, d.h., der Alkoholkonsum liegt durchschnittlich um so höher, je niedriger der Sozialstatus liegt. Insbesondere zeigt sich eine signifikante Beziehung zwischen Alkoholmißbrauch und sozialkommunikativer Beeinträchtigung, was Vereinsamung und Isolation bedingt. Unter den Probanden mit schädigend hohem Alkoholkonsum befinden sich besonders viele ältere und kontaktgehemmte Männer aus der Arbeiterschaft.

In der oberbayerischen Inzidenzstudie (Fichter 1990; vgl. Tabelle) konnten 1342 Probanden innerhalb eines Fünf-Jahres-Intervalls zweimal psychiatrisch interviewt werden. Die Zahlen der Studie geben zum ersten Mal Auskunft

darüber, welche Erkrankung sich im Verlauf von fünf Jahren in welcher Weise weiterentwickelt hat. Wollte man diese Daten blind auf andere Populationen übersetzen, müßte man umgerechnet auf ein Jahr sogar von einem *realen* Zuwachs von 0,14% behandlungsbedürftiger Suchtkranker ausgehen!

Daß die Evaluations- bzw. Outcome-Forschung im Bereich der Suchterkrankung eine so hohe Bedeutung hat (deutlich zu Lasten anderer Forschungsaufgaben, z.B. von Prozeßforschung), ist nicht nur durch die Tatsache der vermutlich weiter steigenden *Zunahme* an Suchterkrankten relevant, sondern auch durch die Vermutung, daß die rehabilitativen Maßnahmen (vermutlich sogar ohne die indirekten Kosten wie Arbeitsausfall etc.) umgerechnet pro Kopf wohl die *teuersten* im Vergleich zu anderen psychogenen Erkrankungen sind (743 Mill. in 1992 durch die RV'en, *Löschmann* 1996; vgl. auch *Jones & Vischi* 1979). Nach *Holder & Blose* (1992) ergibt sich bei behandelten Alkoholkranken eine Reduktion aller Gesamtkosten um 24% (Behandlungskosten mitberechnet).

Tabelle:

ICD-10 Diagnose-Kategorie	A Inzidenz 0/1 → 2/3/4 Intervall oder t2	B Verschiebungs- inzidenz (2/3/4) → 2/3/4 Intervall oder t2	C Remission 2/3/4 → 0/1 bei t2	D Verschiebungs- remission 2/3/4 → (2/3/4) bei t2	E Chronizität 2/3/4 → 2/3/4 bei t2	F = B + D + E
(prä-)senile Demenz F00-F03	1,0	0,8	50,0	12,5	37,5	50,7
andere organische Psychosen F04-F09	0,9	0,7	50,0	40,0	10,0	50,8
Schizophrenie F20-29	0	0,1	16,7	0	83,3	83,5
affektive Psychosen F30-39	0,5	0,8	45,0	45,0	10,0	56,0
neurotische psychosomati- sche Erkrankungen F40-48	16,2	0,6	58,6	14,0	27,4	42,1
Persönlichkeitsstörung F60-69	2,5	0,8	37,5	37,5	25,0	63,5
Alkohol/Drogen F10-19	3,3	0,9	43,8	15,6	40,6	57,3
Oligophrenie F70-79	0,3	0,1	16,7	8,3	75,0	83,5
insgesamt (Diagnosen)	22,8		51,7		48,3	

Verlauf psychischer Störungen: Inzidenz, Remission, Chronizität jeweils bezogen auf die Risikogruppe sowie Verschiebungen bzw. zu anderen Diagnosekategorien (Verlausstichprobe n = 1.342). Die Risikogruppe für Inzidenz waren Personen mit S = 0 bei t₁, für Remission und Chronizität waren es Personen mit S = 2 oder 3 oder 4. Als Verschiebungsinzidenz werden Neuerkrankungen für eine bestimmte Krankheitskategorie im Intervall oder bei t₂ für Probanden bezeichnet, welche zwar psychisch nicht gesund, aber nicht mit *dieser* speziellen Störung erkrankt waren. Somit handelt es sich um eine Form der Chronizität! In die Verschieberemission gehen Probanden ein, welche zum Zeitpunkt t₁ die spezielle psychische Erkrankung X aufweisen (S₁ ≥ 2), bei t₂ nicht diese, aber eine andere psychische Erkrankung (S₂ ≥ 2).

2.1 Der Rückfall als Entscheidung

Die Evaluationsforschung innerhalb des Suchtbereichs hat jedoch wie kaum ein anderer Teilbereich der empirischen Evaluationsforschung im Therapie-sektor ein Problem, das bis heute nicht gut gelöst ist: die Erfassung des Rückfalls – und der Rückfall entscheidet über Erfolg oder Mißerfolg (Körkel et al. 1995) – eine sicher in ihrer Einseitigkeit revisionsbedürftige Position.

Körkel & Lauer (1995) haben noch einmal mit aller Deutlichkeit die „drastisch voneinander abweichenden Rückfalldefinitionen“ und deren Folgen für die Forschung anschaulich vorgestellt. Ein Rückfall können sowohl „zehn Unzen Äthanol während der letzten sechs Katamnese Monate“ sein oder ein vom Klienten berichteter „Trinktag“ oder die Angabe, 50% von der vor der Behandlung angegebenen Trinkmenge wieder eingenommen zu haben. Ist ein Klient aber rückfällig, so ist er nicht gebessert, sondern erfolglos, weil eben nicht abstinent. Die Abstinenz bzw. der Rückfall bei den anderen Untergruppen der Suchterkrankungen (illegale Drogen, Glücksspiel, Rauchen, überdurchschnittlicher oder unterdurchschnittlicher Nahrungskonsum) ist aber noch deutlich schwieriger zu eruieren. Rückfälligkeit ist schlichtweg ein „hochwahrscheinliches Ereignis“ und die Rate der Rückfälligen überwiegt die Rate der dauerhaft Abstinenten. Nach Havassy et al. (1991) wurden drei Monate nach Behandlungsende Opiatabhängige zu 100%, Raucher zu 67% und Alkoholranke (mit Partnerschaft und bezahlter Beschäftigung) zu 45% bei strenger Wertung rückfällig. Andererseits werden in der Literatur auch Zahlen von etwa 10% der Behandelten wiedergegeben, die nach einer Behandlung auch über Jahrzehnte rückfallfrei bleiben sollen (Pollich et al. 1981: 13%). Diese Zahlen von Rückfälligen spiegeln den Erfolg der Suchtkrankenbehandlung wider!

Nicht genug der Schwierigkeit, den Rückfall selbst zu definieren, so werden in der Literatur weitere erhebliche Probleme der Feststellung aufgelistet: Zunächst taucht immer wieder die Frage auf, ob eine vom Betroffenen selber gemachte Aussage verlässlich sei. Kann man also einem Suchtkranken glauben, wenn er angibt, daß er kein Suchtmittel mehr konsumiert, wobei krankheitsdefinitionsgemäß unterstellt wird, daß er „krankheitsbedingt lügt“ (vgl. Wells et al. 1988). Nutzt man Labortests und die Aussagen von Mitmenschen, so liegt die Übereinstimmung über die selbst angegebene Abstinenz bei 65%. Ignoriert man allerdings die Labortests und nimmt nur die eigen- bzw. fremdkatamnestischen Angaben der Personen, so liegt die Wahrscheinlichkeit bei 85% (Fuller 1988; vgl. auch O'Farrell & Maisto 1987, Keso & Salasturo 1990). In der Arbeit von Krampen & Nispel (1981) konnten katamnestische Angaben vom Hausarzt/überweisendem Arzt und Betroffenen in 44 Fällen verglichen werden. Auch hier unterschieden sich in 7 Fällen die Angaben: Was für den Betroffenen „einmalige, leichte Ausrutscher“ waren, werteten die Ärzte als schwere Rückfälle.

Weiterhin ist entscheidend, zu welchem Zeitpunkt die Behandelten nachbefragt werden. So hat sich in einer schwedischen Untersuchung von Nord-

ström & Berglund (Nordström 1987) bei einem durchschnittlichen Katamnesezeitraum von 21 Jahren (!) herausgestellt, daß frühestens nach sieben Jahren sich ein neues stabiles Verhaltensmuster herauskristallisiert hat.

Eine weitere Schwierigkeit, eine Erfolgsrate festzustellen, ist die Frage des sog. *Patientenschwundes*, d.h. wie die Forscher mit Therapieabbrechern bzw. den Non-Respondern (die nach einer postalischen Befragung nicht geantwortet haben (vgl. Vannicelli et al. 1976)) umgehen. Es gibt Studien, in denen sowohl Abbrecher als auch Nonresponder ausgeschlossen wurden, obwohl doch andererseits nach *Feuerlein* Therapieabbrecher eine zwei- bis vierfache Rückfallwahrscheinlichkeit haben und nach *Watzl* (1979) ca. 80% der nicht erfaßten Patienten einen Rückfall haben dürften. Je nach Erfassungsart („liberaler“ versus „konservativer, strenger“ Messungsstandard) kommt man also auf Raten von 25% bis zu 76% bei gleicher Population (*Körkel & Lauer* 1995, S. 160)!

Weiterhin produzieren *rigide Behandlungskonzepte* und kritisch unhinterfragte, *dysfunktionale Therapieideologien* (s.o.), die in deutschen stationären Behandlungseinrichtungen üblich sind (und überhaupt in der Psychotherapie grassieren (vgl. *Petzold, Orth* 1999), hohe Therapieabbrecherzahlen, weil nach einem Rückfall häufig noch eine *disziplinarische Entlassung* ansteht. Dies betrifft sowohl die Alkohol- als auch die Drogentherapieeinrichtungen. Der Abbruch ist folglich kein Spezifikum von Suchtkranken, sondern ein *Spezifikum von Suchtkranken unter besonderen Behandlungsbedingungen*. Für den Alkoholbereich kann dies durch eine Untersuchung von *Lauer et al.* (1996) als durchaus ungünstig betrachtet werden. Denn die Weiterbehandlung ist jetzt objektiv um so eher indiziert und das nun indizierte Therapieprogramm muß um so mehr das Rückfallgeschehen fokussieren, da die individuelle Rückfallprophylaxe der Kernpunkt des zukünftigen Verhaltensrepertoires ist (ein immenser Aufwand in der therapeutischen Arbeit mit fragwürdigem Effekt. Könnte man da nicht besseres tun?).

„Nasses Verhalten“ (ein Rückfall ohne Konsum des Suchtmittels) ist dagegen sogar schon fast notwendig für einen produktiven Behandlungsverlauf, was Praktiker nur zu gut wissen. Denn ein suchtmittelfreier Rückfall, auf den ein Therapeut in der Klinik geradezu wartet, bedeutet dann einen Motivationsanstieg und läßt eher auf einen stabilen Erfolg hoffen, wenn das Geschehen bearbeitet wird. Aber ist das so? Forschungsdaten in ausreichendem Maße liegen für die Richtigkeit und Angemessenheit dieser Konzepte mangels praxeologischer Forschung nicht vor. Und so werden Usancen tradiert, nicht aber gesicherte, funktionale und wirksame Strategien. Grob vereinfacht: Der Klient muß Konflikte bearbeiten lernen, damit (hoffentlich nur einen „halben“) Rückfall riskieren, um auf diesem Wege Rückfälle unwahrscheinlich zu machen. Kein Wunder, daß in der Klinik Rückfälle an der Tagesordnung sind!

3. Ergebnisse im Überblick

So scharf einige *methodologischen Mißstände* der suchtspezifischen Evaluationsforschung hier kontrastvoll wiedergegeben werden müssen (Rink 1984), so wenig sollen vorliegende Ergebnisse bei aller berechtigten Kritik übergangen werden, weil tendenzielle Aussagen heute durchaus gemacht werden können: Seit Emrick (1974) wird von der „1/3-Faustregel“ (= ein Drittel deutlich gebessert, d.h. hier dauerhaft abstinent) gesprochen, die sich im großen und ganzen und bei Berücksichtigung weiterer modifizierender Variablen bestätigt hat. Dies ist gegenüber der oben herausgestellten Spontanremissionsrate in der Tat als eine Bestätigung eines positiven Erfolges zu werten, wenn gleich eine Erfolgs-Prozentzahl von 30% bis 40% – äußerlich gesehen – sicherlich auf der anderen Seite ernüchternd ist. Diese grobe Bestimmung ist eine Zusammenfassung von Abstinenzraten von 5% bis hin zu 68%. Bei 46% liegt die sehr große und gegenüber anderen Untersuchungen herausragende deutsche Vier-Jahres-Katamnese, die sog. „VDR-Studie“ (Feuerlein et al. 1988) für 21 stationäre Behandlungseinrichtungen in der Bundesrepublik. Demgegenüber müssen wir von ca. 10% völlig erfolglos behandelten Suchtkranken ausgehen, die lebenslang schwer rückfällig bleiben. Auch diese Angabe ist wiederum aus verschiedenen Überblicksarbeiten summarisch zusammen genommen (Emrick 1974; Costello 1975; Baekeland 1977; Gibbs & Flanagan 1977; Polich et al. 1981; Kissin 1983; Süß 1988, 1995, Feuerlein 1990, Moos et al. 1990, Küfner et al. 1994). Die oben erwähnten Studien müssen allerdings hinsichtlich der Nationalität genau unterschieden werden. Auch Süß (1995) betont, daß die therapieinfrastrukturellen Behandlungsnetze zumindest für USA und BRD kaum kompatibel sind. Entsprechende wenig verwertbare Schlußfolgerungen legten Miller & Hester (1986) in der „bislang umfangreichsten *narrativen* Literaturzusammenfassung“ (Süß 1995) vor. In der Tat muß hier kritisch angemerkt werden, ob nicht in dieser Untersuchung der Vorwurf von anderer Stelle, daß Äpfel mit Birnen verglichen würden, für eine solche Zusammenschau (von ca. 900 unterschiedlichen Arbeiten) hier vielleicht doch berechtigt ist.

Für den Drogenbereich liegen noch viel weniger verlässliche Daten vor, zumal sehr viel weniger frühere Patienten erreicht wurden und ohne objektiverende Begleitdaten eine Selbsteinschätzung um so eher irreführend sein kann (Martin & Wilkinson 1989). Allgemein muß aber angenommen werden, daß die Erfolgsrate bei Abhängigkeitskranken von illegalen Drogen deutlich niedriger ist als im Alkoholbereich, übrigens auch bei Kokainabhängigen, Schnüfflern, Glücksspielabhängigen (Blaszczynski et al. 1991a, 1991b; Lesieur & Blume 1991) oder Rauchern, auch wenn sich dies in den vergangenen Jahren verschoben zu haben scheint (vgl. *Fachverband Sucht* u.a.)

Da die „VDR-Studie“ herausragende Bedeutung hat, sei hier die Zusammenfassung der Langzeitkatamnesen von vier bis fünf Jahren (Alkohol) nach Feuerlein noch einmal wiedergegeben:

- | | |
|--|---------|
| 1. Spontanremission | 2 - 19% |
| 2. Totalabstinenz im gesamten Zeitraum | 7 - 46% |

3. Ungebessert im gesamten Zeitraum	42 - 81%
4. „Kontrolliertes Trinken“ im gesamten Zeitraum	3 - 6%
5. Abstinenz etwa 6 Monate vor Katamneseerhebung	21 - 66%
6. Ungebessert etwa 6 Monate vor Katamneseerhebung	30 - 54%
7. Todesrate im gesamten Zeitraum	7 - 16%

3.1 Erfolgsfaktoren

Viel wichtiger und interessanter ist die Fragestellung, durch welche Faktoren der Therapieerfolg denn so stark beeinflusst wird, daß sie diese Schwankungsbreite verursachen. Dabei sind günstige *erfolgsstärkende* und ungünstige *erfolgsmindernde* Therapiefaktoren „bedeutsam“, die in der heutigen Forschung noch zu wenig berücksichtigt werden. Denn eine Erfolgsrate von z.B. 46% sagt letztlich wenig über die *spezifischen Wirkfaktoren* aus, die zu diesem Ergebnis geführt haben, wenn nicht dabei bedacht wird, welcher Patient mit welchem Störungsbild, mit welcher Ressourcen- und Netzwerksituation, Schulden- und Rechtssituation und mit wie stark chronifizierter Krankheit in welchem Behandlungsprogramm mit welchen Therapieelementen für welche Zeitdauer in welcher Therapiegruppe in welcher Zusammensetzung etc. gewesen ist und welche Zukunftschancen er persönlich zu erwarten oder nicht zu erwarten hat, wobei das *prospektive* bzw. perspektivische Moment nicht unterschätzt werden darf: Wofür lohnt es sich überhaupt, sich einzusetzen bei düsterster Langzeitarbeitslosen- und Armutsaussicht für eine belastete Zukunft?

Unbedingt wird erforderlich werden, zwei Bereiche der Wirkfaktorenforschung aufzugreifen: a) die *entwicklungspsychobiologische* und b) die *psychotherapeutische/klinisch-psychologische* Forschung zu Heilfaktoren.

a. Zu protektiven Faktoren/Resilienzen (*Petzold, Müller 2005*) hat die Verursachungs-Wirkungsforschung in der klinischen Entwicklungspsychologie bzw. Entwicklungspsychopathologie (*Achenbach 1982; Lewis, Miller 1990; Petzold, Goffin, Oudhoff 1993; Petzold, Müller 2003; Wenar 1994*) beigetragen, heute auch mit Blick auf die Entwicklungspsychoneurobiologie (*Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Hüter et al. 1999; Hüther 1996; 1998; Panksepp 2004*). An diese Forschungsströmungen gilt es Anschluß zu finden, und dabei ist möglichst auf gute Longitudinalstudien wie die „*Dunedin Longitudinal Birth Cohort Study*“ (*Caspi et al. 1996*) oder die „*Südholländische prospektive Langzeitstudie*“ (*Hofstra et al. 2002; Verhulst 2004*) zurückzugreifen. Die Rezeption dieser Forschungsstände stellt uns heute vor ein zwiespältiges Ergebnis: einerseits hohe Prägung durch Bahnungen aufgrund belastender Erfahrungen und andererseits hohe Neuroplastizität (*Spitzer 2000, 2002; Ratey 2001; Singer 1995*): So finden wir uns derzeit auf einem Erkenntnisstand, der weder auf epidemiologischer, nosologischer noch auf therapeutischer (psycho-, körper- und pharmakotherapeutischer) Ebene verlässliche und sichere Aussagen ermöglicht, so daß Generalisierungen von Forschungsbefunden

oder weitreichende Schlußfolgerungen (etwa z.T. bei Grawe 2004) derzeit noch unangebracht sind. Die genetischen Ausstattungen, Lebenswege, das Zusammenspiel von protektiven, belastenden Faktoren, Defizit-, Kompensations- und Substitutionserfahrungen über die *Entwicklungsspanne* und die nicht zu unterschätzenden Aktuelsituationen sind so vielfältig, daß man nur höchst *differentielle* Ergebnisse erwarten kann und erhält. Bei jedem verläuft die Entwicklung – unter gleichen bzw. ähnlichen Bedingungen – ein wenig oder zuweilen völlig anders. Eine Erkenntnis, zu der man immer wieder kommt, wenn man auf „Überwinder“ (Petzold 2001m; Petzold, Goffin, Oudhof 1993) trifft, wofür Hüther (2004) ein beeindruckendes Beispiel liefert – er trifft (mit Buchkorrekturen beschäftigt) einen Mann im Zug, der im sich entwickelnden Gespräch über seine schlimme Heimkarriere, aber seinen großen Erfolg im Leben und seine gute Lebenszufriedenheit berichtet, ganz im Kontrast zu den Ausführungen Hüthers in seinem Buch, das die determinierenden Einflüsse früher Kindheitserfahrungen darstellte. Das läßt ihn vorsichtig werden mit seinen sehr weitreichenden Schlußfolgerungen. Und man sollte gegenüber deterministischen Annahmen vorsichtig sein, ohne realistische Grenzen von Veränderungsmöglichkeiten aus dem Blick zu verlieren. Die aktuelle Forschungslage zeigt zur longitudinalen Wirkung von Kindheitseinflüssen ein breites Spektrum von Karriereverläufen, die differentielle Betrachtungen erforderlich machen, für jeden einzelnen Klienten.

- b. Weiterhin gilt es, auch Forschungen zu spezifischen und unspezifischen Heilfaktoren in den Psychotherapiewissenschaften (Petzold 1993p, Petzold, Hass et al. 2000; Grawe, Smith 1999; Smith, Regli, Grawe 1999) aufzugreifen. Besonders wichtig erscheint es, Brückenschläge zwischen diesen beiden Bereichen (a und b) herzustellen, wie es erstmalig in der Arbeit von Petzold, Goffin und Oudhof (1993) geschah, ein Unterfangen, das bislang nur wenig weitergeführt wurde (Petzold, Müller 2005). Grawes (2004) verdienstvolle Arbeit zur „Neuropsychotherapie“ versucht, eine solche Verbindung herzustellen, allerdings mit gänzlich unzureichender Rezeption der entwicklungs-psychobiologischen Befunde.

Studien wie die *Südholland-Longitudinal-Untersuchung* geben auch für den potentiellen Drogenkonsum Hinweise, weil die Verbindung von kindlichem dissozialem Verhalten und späterem deviantem Verhalten deutlich wird. Aber für späteren Drogenkonsum *spezifische* Längsschnittdaten liegen nicht in ausreichendem Maße vor, so daß auch die erforderlichen Brücken zu einer – gleichermaßen defizienten – Wirksamkeitsforschung in der Drogentherapie nicht fundiert geschlagen werden können. Fragen wie: Welche adversiven Faktoren lagen vor, welche protektiven, welcher Art war die Resilienzbildung (wo vorhanden, oder war Drogenkonsum ein Resilienzfaktor, der die Regulationskompetenz/Performanz vor dem Totalzusammenbruch bewahrte)? Mehr als Hypothesen sind derzeit nicht möglich. Aber zur Hypothesenbildung auf solche, empirisch soliden Forschungen und Modelle zurückzugreifen, erscheint doch sinn-

voller und fundierter, als nur tiefenpsychologischen/psychoanalytischen Spekulationen etwa über destruktiven Narzissmus, defizienter Ich-Entwicklung, Objektbeziehungen nachzuhängen (Rush 2000; Bohlhieber 2004) und/oder Arbeiten zu rekurrieren, die im schulenimmanenten Diskurs gefangen bleiben und sich offenbar nicht darum bemühen, Anschluß an interdisziplinäre Forschungsstände zu finden. Dahin müssen wir aber in der Drogentherapie kommen.

Von einer Verbindung von *klinischer Entwicklungspsychologie* (Oerter et al. 1999) und *psychotherapeutischer Wirksamkeitsforschung* ist man in der Drogentherapie noch weit entfernt, zumal diese in der Praxis der meisten Ansätze die Wirkfaktorenperspektive noch keine Bedeutung hat, anders als etwa im Integrativen Ansatz (vgl. Schneider oder Ostermann, Integrative Suchttherapie 2004, Hochstein dieses Buch), wo man zumindest mit *Wirkfaktorenheuristiken* systematisch zu arbeiten begonnen hat und dabei dezidiert den Bezug zur „*klinischen Entwicklungspsychologie*“ (Petzold 1992a/2003a) hergestellt hat, ein Spezifikum integrativen Konzeptualisierens, das sich am „*lifespan developmental approach*“ orientiert (vgl. Petzold 2003a, Osten, Integrative Suchttherapie 2004). Auch über eine solche Praxis kann natürlich klinische Erfahrung gewonnen werden (vgl. exemplarisch Heineremann, Kind 1998), und Methoden wie das „*dreizügige Lebenspanorama*“ von Petzold, das Defizite, Belastungen und Positiveinflüsse erfaßt (Petzold, Orth 1993), sowie „*Konvoy-Diagramme*“, die „*soziale Netzwerke*“ in einer Langzeitperspektive (Hass, Petzold 1999; Ochs dieses Buch) darstellen.

4. Therapiepolitische Bedeutung

Hier beginnt auch das für die Bundesrepublik heute so brisante Problem der „**Therapiestratifikation**“ (Brähler): Es ist weniger klug, nach einer globalen Erfolgsrate zu fragen, als spezifischer sich darauf zu konzentrieren, welche Subgruppen von Suchtkranken in welcher *Behandlungsstrategie* reüssieren, d.h. wie die Wege eines Patienten vom Erstkontakt bis zum Behandlungsende aufgrund des Behandlungsangebotes und der Behandlungsanbieter ‚stratifiziert‘ sind.

Für die Praxis konsequent und idealtypisch gedacht, bedeutet dies, daß der Gesprächspartner bereits im Erstkontakt (Hausarzt, Pfarrer, evtl. der Berater etc.) eine Langzeit-Behandlungsstrategie „vorgeplant“ hat, obwohl er wissen muß, daß erwiesenermaßen kein Suchtkranker vom ersten Beratungsgespräch bis zum Therapieende den gesamten Behandlungsprozeß vollständig und rückfallfrei durchlaufen wird.

Die *Stratifikation* (der strategisch angeleitete Weg eines Patienten im psychosozialen Dienstleistungssektor) ist durch die ökonomisch eingegrenzte Politik der Rentenversicherer (RV) bestimmt und nicht durch Erfahrung und/oder Forschung. Denn die wissenschaftlichen Ergebnisse haben nur ä-

Berst begrenzt Einfluß bei makropolitischen Therapieplanungen der untereinander autonomen RV, die seit 1968 für die „Entwöhnung“ (= stationäre Therapie) und erst seit 1992 für die ambulante Therapie in speziell anerkannten Beratungsstellen zuständig sind. Die gegebene Gesetzesgrundlage beinhaltet u.E. einen entscheidenden Nachteil für die Suchtkrankenbehandlung in der Bundesrepublik: Die *bewilligungspflichtige* Kostenregelung zwingt dazu, beim „Leistungsträger“ (RV) die Bewilligung für eine Maßnahme zu beantragen, die der Betreffende erst antreten kann, wenn diese formal geprüft und bewilligt ist. Der nicht zu unterschätzende Nachteil: Motivationsschübe können nicht aufgegriffen und somit für den Behandlungsprozeß nicht genutzt werden – wie es gerade bei Suchterkrankungen (zwingend) notwendig ist (vgl. *Petzold, Schay* Integrative Suchttherapie 2004) und wie es z.B. in den Niederlanden erfolgreich praktiziert wird, ohne daß dadurch die Kosten „explodieren“.

Auch die sog. „6:4-Regelung“ für Drogenabhängige (6 Monate stationäre Entwöhnung und 4 Monate Adaption) bzw. die fachlich nicht begründbare Maßgabe von 4 Monaten „Regeltherapiezeit“ für Alkoholranke (ohne Verlängerungsmöglichkeit) der BfA müssen hinsichtlich ihrer Ergebnisse äußerst kritisch betrachtet werden, zumal dadurch die Zahl der „Drehtür-Patienten“ erheblich gestiegen ist.

In der Praxis hat sich deutlich gezeigt, daß für sehr große Subgruppen von Suchterkrankten diese „Regeltherapiezeit“ nicht ausreicht (s.u.). Die Auswirkungen dieser restriktiven Politik sind für die Betroffenen und ihre Familien, aber auch volkswirtschaftlich (und auf die Zeit gesehen auch für die Rentenversicherer) gravierend: Durch die Kettenreaktion von mangelndem Rehabilitationserfolg, mangelnder Stabilisierung und sozialer Integration, fehlender beruflicher (Re)Integration, Verschlechterung der sozialen Prognose/des sozialen Status, mangelnder psychischer Stabilität, mangelnden Copings und ungenügender Rückfallprophylaxe, letztlich immer schlechterer Therapieprognose durch geringere Selbstwirksamkeitserwartung [s.u.] etc. beginnt ein *maligner Kreislauf* in das „soziale Abseits“.

Dieser Kreislauf ist inzwischen gut belegt (vgl. u.a.: *Henkel* 1990; z.T. *Heide* 1985; *Müller-Fahrnow* 1989). Wir stehen somit vor dem (unlösbaren) Problem, wie weiterem Abstieg *prognostisch ungünstiger Klientel* therapeutisch wirksam begegnet werden kann.

Was sich bisher in der empirischen Forschung als *prognostisch ungünstig* für eine ambulante und stationäre Therapie bei Suchtkranken erwiesen hat, sind Schweregrad, Chronifizierung und Radius der psychopathologischen Störung, ein früh einsetzender Suchtmittelkonsum, die soziale Deprivation mit mangelhaftem Sozialnetz (meist alleinstehend) und defizitären psychosozialen Ressourcen (u.a. durch eine kurze Schulbildung, geringes Einkommen und eine relativ verantwortungslose, monotoniebetonte Arbeit; *Thomas* 1986) einschließlich einer ungeübten kognitiven Problemlösekompetenz (u.a. *Thole* 1988) und einem brüchigem Selbstwertgefühl (z.B. *Kern et al.* 1978; *Thurstin & Falbano* 1988; *Poldrugo & Forti* 1988; jede dieser Untersuchungen wei-

sen verschiedene Merkmale einer prognostisch ungünstigen Subgruppe auf; die drei genannten Untersuchungen hier nur als Beispiele).

Als entscheidender Nachteil in der Bundesrepublik ist die immer noch zu enge und rigide Setzung der *Strukturbedingungen der Behandlungseinrichtungen* zu nennen: Die Leistungsträger (unter Federführung des KDR) geben den Einrichtungen hinsichtlich der konzeptionellen Variabilität verkrustete Strukturen vor, woraus sich schon der fachlich nicht zu rechtfertigende Widerspruch ergibt, eine möglichst erfolgreiche und reibungslose Behandlung in den Behandlungseinrichtungen zu fordern, aber keinerlei Variabilität und Flexibilität im Behandlungsprozeß unter Berücksichtigung der völlig unberechenbaren und unplanbaren Langzeitkarriere von Suchtkranken zu ermöglichen.

Auch das unübergehbare Faktum – jedem Sachbearbeiter in der RV sofort evident –, daß jeder Suchtkranke einen „*diskontinuierlichen, nicht-linearen Rehabilitations-/Therapieprozeß*“ durchläuft, d.h. nach Schätzung höchstens 5% der behandelten Suchtkranken einen Behandlungsprozeß ohne Pausen, Rückfälle, krankheitsbedingten Unterbrechungen etc., also „nach Reha-Plan“ durchlaufen, vermag offenbar an dieser Politik noch nichts zu ändern.

Insbesondere sind hier die fehlenden Möglichkeiten zu beklagen, daß noch während der stationären Behandlungszeit bezahlte *Arbeitsverhältnisse* eingegangen werden können, um die soziale und berufliche Rehabilitation der Patienten tatsächlich leisten zu können. Gerade unter den sich verschärfenden Bedingungen der sog. Hartz-Gesetzgebung ist hier eine „Anpassung“ des Sozialrechts an die Realität der Klientel dringend geboten, um z.B. während der Adaptionsphase für Drogenabhängige Förderprogramme der Agentur für Arbeit, „subventionierte“ Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten möglichst frühzeitig in Anspruch nehmen zu können.

Wissenschaftliche Ergebnisse stellen unmißverständlich heraus, daß der Rehabilitationserfolg mit den nach der Therapie vorfindlichen Arbeitsbedingungen ursächlich in Zusammenhang steht: die niedrigste Rückfallquote liegt in der Gruppe, die vor der Therapie arbeitslos und nach der Therapie erwerbstätig ist. Arbeitslosigkeit vor und nach der Therapie ist mit der höchsten Rückfallquote verbunden (Waldow et al. 1985; Schay, Petzold, Pulike Integrative Suchttherapie 2004). Hier bildet sich das prognostisch ungünstige Klientel heraus (John 1979; Henkel 1990), was in noch stärkerem Maße die Drogenabhängigen (Platt 1995) betrifft.

5. Spezifische Faktoren und Wirksamkeitsbedingungen

Das bereits dargestellte Thema „spezifischer Faktoren“ sei noch einmal weiterführend aufgegriffen, um die Position zu unterstreichen: „*Gute Suchttherapie ist keine Sache der Therapiemethode, sondern eine Sache eines differenziellen und integrativen Gesamtprogramms der Behandlung und der miteinander vernetzten rehabilitativen Maßnahmen*“ (Petzold 1973). Das bedeutet

auch, daß der leidige Streit um das bessere Therapieverfahren im Bereich der Drogentherapie weitgehend obsolet ist, denn eine Behandlungsmethode, ein Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Psychoanalyse usw.) allein wird für die Aufgabe der Suchtkrankenbehandlung wenig bewirken können, wenn die organisationalen Strukturen keinen konsistenten Rahmen bereitstellen. Aufgrund dieser Erkenntnis wurde im Integrativen Ansatz seit seinen Anfängen für Drogentherapie und Randgruppenarbeit ein „Gesamtsystem“ (Scheiblich, Petzold dieses Buch, Petzold 1974b) konzipiert, eine Infrastruktur, die allein erfolgreiche Behandlungen und Rehabilitation für schwer Abhängige gewährleisten kann.

In diesem Sinne kann auch gesagt werden: Die *Adaption und/oder Nachsorge* ist der entscheidende Faktor für die Stabilität des Therapieerfolgs, was durch vielfältige Untersuchungen belegt wird (vgl. u.a. Hollunder 1984; Schulz et al. 1986; Schay, Petzold, Pultke Integrative Suchttherapie 2004). Die Klienten, die nach der stationären Entwöhnung eine Adoptionsmaßnahme durchlaufen und/oder regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besuchen, haben annähernd doppelt so hohe Erfolgsraten. Lesch (1985) ergänzt dieses Ergebnis mit dem Hinweis, daß die weiterführende Behandlung schon *während* der Therapie beginnen muß, wenn sie einen durchschlagend positiven Effekt haben soll.

Als weiterer erfolgsstärkender Therapiefaktor sind *die Familie und das soziale Umfeld (das soziale Netzwerk)* der Suchtkranken zu nennen. Hier sind besonders qualitative Merkmale einer kohäsiv organisierten und expressiven Familienstruktur und deren Einbindung in das Behandlungsprogramm (u.a. Moos et al. 1979; Simpson et al. 1981; Faßhauer 1983; Becker et al. 1986; Oyabu & Garland 1987; Finney & Moos 1992; Arico et al. 1994; Petzold, Josić, Erhard dieses Buch) hervorzuheben.

Als ein erfolgsvariierender Therapiefaktor wird das *Behandlungsprogramm* diskutiert. Zunächst hat sich in allen (uns bekannten) Studien herausgestellt, daß sich eine größtmögliche Breite und Variabilität unterschiedlicher Behandlungsangebote erfolgsverstärkend ausgewirkt hat (u.a. Feuerlein et al. 1988).

Hinsichtlich der *Therapieverfahren* bzw. *-schulen* für die spezifisch psychotherapeutische Arbeit zeigt sich ein ähnliches Bild wie auch in der allgemeinen Evaluations- und Effektforschung (Grawe et al. 1994): Die verhaltenstherapeutisch orientierten Verfahren liegen – global bemessen – für den Alkoholbereich etwas besser als die tiefenpsychologisch orientierten Therapieverfahren (u.a. Olson et al. 1981; Donovan & Ito 1988; Lindenmeyer 1997, 1999; Petry 1994). Im Drogenbereich sind systemische Verfahren und die Integrative Therapie/Gestalttherapie besonders verbreitet und in ihrer Wirksamkeit effektiv (u.a. Schay, Schmidt-Gertz et al. 2002).

Psychoanalytische Verfahren sind weniger relevant (Löschmann 1996). Insbesondere für die prognostisch ungünstige Problemerklientel erscheint der psychoanalytische Zugang nicht als eine zielführende Indikation (Schwenk 1978). In einer von Thomas & Schmitz (1993) durchgeführten Feldstudie

(ohne Studenten, ohne Suchtkranke, $n = 240$) bei von der Krankenkasse fremd finanzierten *ambulanten Psychotherapien* stellte sich die psychoanalytische Therapie gegenüber VT und IT/GT als die erfolgsschwächste Behandlungsform heraus. Es ist also jeweils zu untersuchen, welches Verfahren in welchem Setting unter welchen Bedingungen (in der erwähnten Studie eben unter den Bedingungen der freien Praxis) bei welcher Klientel wirkt. In der Behandlung von Abhängigen werden in gleicher Weise diese Fragen zu stellen sein, auch die, ob der methodische Ansatz von seinen Basisannahmen (z.B. Abstinenz oder Erlebnisaktivierung, verbale oder aktionale Orientierung etc.) für ein Behandlungssetting – Drogenberatungsstelle, hochschwellige oder niedrigschwellige Einrichtung – überhaupt in Frage kommt. Die Basisannahmen des Integrativen Ansatzes (Petzold 2002b) gehen u.a. von grundsätzlichen Lernfähigkeit des menschlichen Organismus, des menschlichen Subjekts aus (Sieper, Petzold 2002). Diese Annahme teilt sie mit der Verhaltenstherapie und deshalb sind durchaus auch Brückenschläge zum kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz möglich (und schon früh vollzogen worden, vgl. Petzold, Osterhues 1972), der für den Suchtkrankenbereich zunehmend als Auswirkung der kognitiven Wende aufgegriffen wird, etwa mit den Arbeiten und Methodiken zum internalen Kontrollkonstrukt: social-skill-training, problem-solving und kognitiv-restructuring usw. (Matheny et al. 1986; Lindenmeyer 1999).

Das Social-skill-training hat sich bei Alkoholkranken durchaus bewährt (u.a. Chaney et al. 1978, Monti et al. 1994). Jedoch haben sich hier differentielle Effekte deutlich herausgestellt, insofern als nicht für jeden Alkoholkranken ein solches Behandlungsprogramm geeignet ist (Kadden et al. 1989 und 1992). Auch spielen innerhalb dieser Behandlungsmethode Haltungen und Verhaltensweisen der Therapeuten eine Rolle (u.a. Oei & Jackson 1984). Die aktiven und nicht-abstinenten Arten der therapeutischen Performanz, wie sie Gestalttherapie und Psychodrama im Alkohol- und Drogenbereich seit langem praktizieren (Petzold 1970d, 1971b), haben eher positive und erfolgsstabilisierende Wirkungen als eine abstinent-zurückgenommene Orientierung – vgl. auch die neuere psychoanalytische Schule des „Göttinger Modells“ (Heigl-Evers et al. 1992; Heigl et al. 1994), die allerdings die Aktivitätsorientierung über den Einfluß von Ruth Cohn (bei Perls ausgebildet) aus dem Gestaltbereich übernommen hat (vgl. Petzold, Scheiblich, Thomas dieses Buch).

Für die Integrative Therapie und Gestalttherapie liegen erste empirische Arbeiten vor, die zeigen, daß sich dieser Ansatz gut bei Suchtkranken, insbesondere Drogenabhängigen, eignet (Petzold, Scheiblich, Thomas 2001, erw. dieses Buch). Speziell in der Behandlung Drogenabhängiger haben sich die IT mit ihrem Konzept der „Ko-responzendenz“ und der „differentiellen Beziehungsqualitäten“ (Ebert, Könecke-Ebert, Integrative Suchttherapie 2004) und die GT mit ihrem „Kontakt und Begegnungsmodell“ als besonders effektiv erwiesen, wahrscheinlich weil sie *Affiliationsprozesse* (Stroebe et al. 2002; Scheiblich, Petzold dieses Buch, Petzold, Müller 2005) – Grundlage jeder erfolgreichen therapeutischen Zusammenarbeit – fördern.

Forschungen (u.a. Süß 1988; Petry 1999) legen nahe, daß *kognitiv-motivationale Faktorenbündel* beim Patienten erhebliche Bedeutung haben (Lindenmeyer 1997, 1999). Insbesondere die sog. „*Selbstwirksamkeitserwartung*“ (nach Bandura, vgl. Flammer 1990), also die Wirksamkeitserwartung an sich selbst, hat sich als wichtiger Faktor herauskristallisiert. Hier ist das Zutrauen in die erweiterte Anwendung bzw. das Umsetzen der Problemlösekompetenz in konkrete *Performanz* gemeint. Konkret heißt das, daß der Patient zu fragen ist, inwieweit er sich selber zutraut, sich dauerhaft zu verändern, um dadurch dauerhaft abstinent zu leben und inwieweit er die stationäre Therapie als das wirksame Mittel ansieht, diese Veränderung herbeizuführen. Eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) bedeutet auch ein geringes Vertrauen in die Effektivität der Behandlung auf die Veränderung der eigenen Problemlösekompetenz (vgl. Tehaar & Tigges-Limmer 1993; Schindler & Körkel 1995). Hier ist die inzwischen durch die Evaluationsforschung immer mehr hervorgehobene Bereitschaft des Patienten gemeint, aufgrund der passenden Erwartung und des Interesses die Angebote des Therapeuten auch für sich produktiv und initiativ aufzunehmen, zu nutzen (Bozok u. Bühler 1988) und sie *volitional* umzusetzen (Petzold, Sieper 2003a).

Diese Selbstwirksamkeitserwartung ist zu unterscheiden von der *Behandlungsmotivation*, obgleich keine klare Trennung zwischen diesen beiden Begriffen vorliegt. Patienten mit geringer Behandlungsmotivation sind oft älter, z.B. auch nicht mehr erwerbsfähig, zeigen erhebliche Defizite, aber nicht besonders viele Suchtsymptome. Es bestehe kein Zusammenhang zwischen Behandlungsmotivation und Partnerschaft, sie erfahren wenig Unterstützung zur Durchführung der stationären Behandlung durch diese Bezugspersonen.

Dieses Konstrukt ist im größeren Zusammenhang der „kognitiven Sozialpsychologie“ mit der *Attributionstheorie* zu sehen, die in höchstem Maße interventionsrelevant für Therapie, Beratung, Supervision ist (Eichert, Petzold 2003a, b). Kontrollerwartungen können *internal*, d.h. auf sich selbst oder *external* auf Außenbedingungen gerichtet sein. Suchtkranke mit einer hohen Eigenverantwortlichkeit haben eine internale Kontrollerwartung und das Gefühl, daß sie aufgrund eigener Anstrengung und Fähigkeit in der Lage sind, die Probleme in den Griff zu bekommen, und daß sie selbst für den Erfolg verantwortlich sind. Dieser Zusammenhang ist bei Suchtkranken und ihrem Umgang mit Lebensproblemen wie mit dem Therapieerfolg inzwischen empirisch gut belegt (Canton et al. 1988, Elal-Lawrence et al. 1986) und er besagt, daß Suchtkranke, die Erfolge auf stabile internale Faktoren (Fähigkeit, Anstrengungsbereitschaft) zurückführen, für ähnliche zukünftige Situationen eher Erfolgserwartungen ausbilden, die wesentlicher Faktor für ein positives Behandlungsergebnis sind, mithin auch eher Erfolge zeitigen. Nach Riedel (1989) sind entscheidende Motivationselemente nicht Leidensdruck oder Krankheitseinsicht, wie in der Psychoanalyse angenommen, sondern Beschwerdeintensität, Erfolgserwartung und internale Kontrollüberzeugung. Wird dieser Erfolg nun auf die eigene Fähigkeit und Anstrengung zurückge-

führt, führt dies zu einem gesteigerten *Selbstwertgefühl* und einer *Erfolgszuversicht*, was wiederum zu einer erhöhten Erfolgserwartung und Bekräftigung volitiver Entscheidungen führt. Daraus ergibt sich, daß im therapeutischen Procedere dem Herausarbeiten der irreführenden subjektiven „Kontrollmeinung“ (die oft fehlattribuierte Meinung über die „Ursache“) gerade im Sinne einer Rückfallprophylaxe allergrößte Bedeutung zukommt (vgl. auch *Flammer 1990*), damit sich eine möglichst erfolgsträchtige Erfolgserwartung, volitive Entschlußlage und Realisationskraft bilden kann. Entsprechende Varianzen hinsichtlich der Motivation und ihrer Auswirkungen auf ein erfolgreiches Nutzen von Behandlungsangeboten hat *Kurz (1987)* gefunden. Solche Erkenntnisse wären breiter in der sozialtherapeutischen, psychotherapeutischen und betreuenden Arbeit mit Suchtkranken fruchtbar zu machen und keineswegs nur in den verhaltenstherapeutischen Arbeitsformen, denn das ist „psychologisches Allgemeingut“, Ertrag der sozialpsychologischen Forschung, der in Form einer „klinischen Sozialpsychologie“ (*Petzold, M. Müller 2005*) umgesetzt werden kann. Derartige Wissensstände müßten gezielter in den sozialtherapeutischen Ausbildungen vermittelt und vor allem in der Supervision durch Supervisoren umsetzungskonkret gefördert werden. Leider hat die deutschsprachige Supervision praktisch keinerlei Anschluß an die empirische Sozialpsychologie, wie eine umfassende Studie zu Forschung und Konzeptbildung in der Supervision unlängst zeigte (*Petzold, Schigl et al. 2003*). Wo ein solcher Anschluß allerdings gegeben ist, wirkt er sich fruchtbar aus (*Eichert, Petzold 2003b,c, Eichert 2005*).

Hinsichtlich der unter ökonomischen Gesichtspunkten geführten Diskussion, ob nicht eine Verkürzung der *Therapiedauer* die gleichen Resultate hervorbringe, ist aus der allgemeinen Psychotherapieforschung (s.o.) bekannt, daß im ersten Drittel einer mittelfristigen Behandlung besonders starke Veränderungen und Behandlungseffekte eintreten. Eine ähnliche Beobachtung wurde von langjährig erfahrenen Supervisoren in stationären Einrichtungen der Drogentherapie sowie von erfahrenen Therapeuten solcher Einrichtungen gemacht.

Folgender Verlauf zeigt sich: Nach einer kurzen initialen Motivationsphase, in der die Kooperation erreicht werden muß, kommt es zu einer relativ hohen Motivierung, die eigene Situation zu bearbeiten und damit verbunden zu starken Verhaltensänderungen. Diese flachen nach einem Zeitraum von 15 bis 18 Wochen deutlich ab. Neue Motivation muß dann wieder aufgebaut werden, wobei die Effekte der Weiterarbeit bei vielen Klienten oft deutlich geringer ausfallen als bei der initialen Motivationslage. Derartige Beobachtungsdaten müssen durch systematische Forschung differenziert untersucht werden.

In Verbundsystemen zur Behandlung Drogenabhängiger (*Scheiblich, Petzold* dieses Buch), in denen verschiedene Einrichtungen die Möglichkeit der Abstimmung haben, könnten bei kurz getimten Behandlungssequenzen in der „Hochphase der Kooperation“ und des motivationalen Impetus Therapien in einem Verbundbereich zu einen behandlungstechnischen (Zwischen) Ab-

schluß gebracht werden, bevor der „motivationale Abschwung“ eintritt, um durch eine Überleitung in ein neues Segment des rehabilitativen Prozesses im Verbundsystems (Adaptionsphase) einen neuen Zyklus der Motivation, eine neue volitionale Bewegung zur Umstrukturierung der Lebens- und Krankheitskarriere zu initiieren (vgl. Schay, Petzold dieses Buch).

Damit wird gleichzeitig ein sich selbst verstärkendes System therapeutischer Erfolgsergebnisse installiert, das die Chance bietet, vorzeitige Ausstiege aus erfahrungsgemäß längeren Karriereverläufen zu ermöglichen bzw. diese Verläufe zu verkürzen.

Das Fehlen substantieller, longitudinaler *Karriereforschung* (Verlauf der Abhängigkeit) in der Drogentherapie, in der unterschiedliche Modelle und ihre Wirkungen untersucht werden, hat verhindert und verhindert noch, daß die „Power longitudinaler Daten“ (Rutter 1988, 1993) nicht gezielter und durch Studien fundiert genutzt wird. Es wird leider in der Regel nach unüberprüften (und oft nicht einmal kritisch-dekonstruktiv metareflektierten) Praktikerstrategien und Institutions- oder Leistungsträger-Usancen vorgegangen, die ein Experimentieren mit alternativen Wegen behindern. Vor allen Dingen finden die Praktiker in der Regel ihre Vorgehensweisen durch das Verhalten der Patienten immer wieder bestätigt, ohne zu sehen, daß es zu einem bedeutsamen Teil *ihre* Vorgaben sind (self-fulfilling prophecies, Rosenthal-Effekte), die institutionellen Rahmenbedingungen mit ihren Konzepten (Ideologien) etc., die dieses Verhalten determinieren.

In Therapien, die – wie im Integrativen Ansatz – von ihrer Ausrichtung her eine Longitudinalperspektive im Blick haben (Robins, Rutter 1990; *Verhulst* 2004), muß „mit den Patienten retrospektiv-reflexiv an einem Wissen über ihre Karriereverläufe gearbeitet werden, damit sie den bisherigen Verlauf verstehen lernen, um dann den künftigen Verlauf prospektiv und proaktiv in den Blick zu nehmen und mit ihnen an ihrer Fähigkeit zu arbeiten, Hilfeangebote adäquat zu nutzen“ (Petzold dieses Buch). Sie müssen lernen, ihr Wissen so zu gebrauchen, daß bei etwaigen „Abstürzen“ Auffang- und Hilfemöglichkeiten genutzt werden können, so daß es auch bei Rückfällen zu einer deutlichen Verkürzung der Gesamtkarrieren kommen kann.

Das Konzept der „intermittierenden Karrierebegleitung“, das eine „**Karriere als Sequenz von Lebensabschnitten mit oder ohne Behandlungs-Segmente**“ sieht (Petzold, Scheiblich, Thomas dieses Buch), wird dem Patienten selbst als Ressource zur Verfügung gestellt und durch die Kooperation mit entsprechenden Einrichtungen des Drogenhilfesystems, insbesondere der Krisenhilfe, vorbereitet, geplant, gesichert (vgl. Petzold, Schay, Hentschel, *Integrative Suchttherapie* 2004).

Durch eine kurze Behandlungsdauer im Rahmen einer weitgreifenden Karriereperspektive kann bei einer fokalthérapeutischen Intensivierung ggf. der Druck der traumatischen Erfahrungen und psychotischen Störungen gemildert werden, so daß die „Notmedikation“ durch Suchtmittel weniger notwendig wird, was zu besseren Orientierungen in der Karriere und damit zu ihrer Abkürzung führen kann.

Die Erfahrungen bei der Behandlung Drogenabhängiger legen nahe, das bei vielen der Patienten/Klienten (sicher nicht bei allen) der für den *in einem „Behandlungs-Segment“ erreichbare* Therapieerfolg in einem optimalen Behandlungszeitraum von 4-10 Monaten (hier: die Phasen I + II der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger) gesehen werden kann, wobei – und das muß besonders unterstrichen werden – es große individuelle Unterschiede gibt. Diese müssen aufgrund einer guten „prozessualen Diagnostik“ von den Behandlern eingeschätzt und begründet werden, und dann natürlich auch flexibel von Seiten der Leistungsträger gehandhabt werden – im Interesse des Patienten und eines optimalen Karriere-/rehabilitationsverlaufs. Ausgeschlossen sollte sein, was bedauerlicherweise immer noch gängige Praxis darstellt, daß die notwendige/erforderliche *Kontinuität* aufgrund fehlender Verlängerung der Leistungszusage abgebrochen werden muß, weil ein solcher „*Abbruch in anbehandeltem Zustand*“ weitere Behandlungsversuche be-/verhindert (und letztlich auch kostenintensiver wird). Therapeuten, Patienten und Leistungsträger müssen also eine Sensibilität dafür entwickeln, was im jeweiligen *Behandlungs-Segment* einer Karriere erreichbar ist, so daß ein hinlänglich stimmiger *Zielrealismus* an die Stelle unrealistischer Erwartungen (Therapeut/Patient) und unerfüllbarer Anforderung (der Leistungsträger) tritt.

Die Arbeit von *Gottheil et al. (1992)* hat die Schwierigkeit der Behandlungsdauer in Abhängigkeit des Schweregrades der Störung der Patienten zu erfassen versucht. So haben Patienten mit geringerem Schweregrad von einer längeren Behandlungsdauer im Gegensatz zu Patienten mit demselben geringeren Schweregrad bei einer kürzeren Behandlungsdauer besser profitiert. Jedoch haben in ihrem Programm schwerer gestörte Patienten von einer erhöhten Behandlungsdauer nicht auch eine erhöhte Verbesserung herausziehen können.

Für die BRD haben *Feuerlein et al. (1988)* in der VDR-Studie Indikationsleitlinien bei Alkoholkranken herausgestellt: etwa daß bei ungünstiger Prognose weder Frauen noch Männer kurzfristig behandelt (Frauen eher langfristig, Männer eher mittelfristig) und bei günstiger Prognose Männer eher langfristig und Frauen eher kurzfristig behandelt werden sollten. Erste Ergebnisse zu einer individuell indikationsgeleiteten Behandlungsdauer für die BRD haben *Zemlin und Herder (1994)* geliefert. Sie berichten, daß die Skalen „Bewältigungskompetenzen“, „Abhängigkeitsproblematik“ und „soziale Stabilität“ hochsignifikant zur Bestimmung der Behandlungsdauer beitragen.

In solchen Untersuchungen, wenn sie systematisch durchgeführt, konzeptuell reflektiert und durch die Erarbeitung von praktikablen Umsetzungsstrategien in die Praxis getragen werden, liegen u.E. beachtliche Hoffnungen, zukünftig Entscheidungsgrundlagen von hinlänglicher klinischer Sicherheit zu erhalten. Sie könnten dann die verwaltungspragmatisch eingeführten bürokratischen Reglementierungen und die Usancen der Praktiker *ergänzen, korrigieren, ggf. ersetzen*, so daß die Behandlungszeiten auf den wirklichen individuellen Bedarf zugeschnitten werden, um einen optimalen Therapieerfolg für die Patienten, „unsere Partner“, zu ermöglichen.

Zusammenfassung: Perspektiven und Ergebnisse der Psychotherapieforschung für die Praxis der Suchtkrankenbehandlung

Der Beitrag stellt die Situation der Therapieforschung im Suchtbereich dar und Ergebnisse Perspektiven dieser Forschung. Die Forschungslage in diesem Feld läßt zu wünschen übrig, bietet viele Probleme, von denen einige diskutiert werden, aber dennoch viele wichtige Detailinformationen. Gravierend ist in der deutschen Situation, daß schlechte Strukturbedingungen von Seiten der Leistungsträger und dysfunktionale Therapieideologien auf Seiten von Behandlern und Behandlungseinrichtungen häufig die Chancen der Patienten für eine erfolgreiche Rehabilitation erheblich mindern können. Es fehlenden Konsequenzen, die von den Praktikern in der Therapie und von politischen Entscheidungsträgern aus den vorliegenden Daten gezogen werden müßten und es fehlen ausreichende Forschungsinvestitionen für die vielen offenen Fragen, die noch zu beantworten wären.

Schlüsselwörter: Suchtkrankentherapie, Psychotherapieforschung, Suchtforschung, Outcome-Forschung, Drogenpolitik

Summary: Perspectives and Results from Psychotherapy Research for the Practice of Therapy with Addicts

This chapter presents the situation of therapy research in the area of addiction and results and perspectives of this research. The state-of the-art in this field is not as good as it should be. There are many problems, some of them are discussed, however there is also a lot of important detail information. For the German situation there is the grave fact that insufficient structural conditions provided by the social and health insurances on the one hand and dys-functional therapeutic ideologies on the side of therapists and therapy institutions on the other hand are often hindering the successful rehabilitation of the clients considerably. Consequences drawn from these data by practitioners of therapy and politicians are poor and investments in research for the many open questions that still need to be answered are even poorer.

Keywords: Therapy of Addiction, Psychotherapy Research, Addiction Research, Outcome Studies, Policy making.