

THERAPIEMANUALE ZUR BEHANDLUNG VON SUCHTPATIENTEN*

TREATMENT MANUALS IN ADDICTION

Heinrich Kufner und Monika Johann

Zusammenfassung

Der Überblick über Therapiemanuale im Suchtbereich soll eine Orientierung und Beurteilung erleichtern und die Entwicklung von Therapiemanualen anregen. Einleitend werden vier Typen von publizierten Therapieansätzen unterschieden: (1) systematische Beschreibungen von meist störungsübergreifenden Therapieansätzen, (2) Leitlinien und Standards zur Behandlung einer Störungsgruppe oder für eine spezielle Behandlungsform, (3) semistrukturierte störungsspezifische Therapieprogramme und (4) voll strukturierte, meist störungsspezifische Therapiemanuale mit strukturierten Therapiesitzungen. Danach werden die wichtigsten Grundlagenkonzepte der Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse, der familientherapeutischen und systemischen Therapien sowie der AA-orientierten Konzepte diskutiert. Therapiemanuale sind bislang hauptsächlich im ambulanten Bereich und im Rahmen wissenschaftlicher Studien entwickelt und evaluiert worden. Für die Anwendung von Therapiemanualen ergibt sich neben der Aufgabe der Vermittlung und des Trainings hauptsächlich die Aufgabe, zwischen Strukturierung und Standardisierung einerseits und Flexibilität und Individualisierung andererseits ein für den Patienten passendes Gleichgewicht zu finden. Hinsichtlich der Evaluation wird neben der üblichen auf Erfolgskriterien basierenden Evaluation auf den Ansatz der unmittelbaren Befragung der Patienten über die Nützlichkeit der erfahrenen Therapie und einzelner Therapiekomponenten hingewiesen, wozu es aber bislang kaum überprüfte Fragebogen gibt.

Schlüsselwörter

Therapie von substanzbezogenen Störungen – Therapiemanuale – Alkoholismus – Drogenabhängigkeit - Evaluation

Abstract

The overview about treatment manuals of addiction should facilitate to criticize and to select appropriate treatment manuals for application and to develop new manuals in the addiction field. The published descriptions of treatment approaches can be classified into four different types: (1) systematic description of a treatment approach for different groups of disturbances, but without structured treatment sessions (2) guidelines or standards in the treatment of specific disturbances or of a specific treatment approach (3) semi-structured treatment programs mostly specific for a group of disturbances as a target group (4) fully structured treatment manuals mostly specific for a disturbance with structured treatment sessions. The basic concepts of manuals in behaviour therapy, of psychoanalysis, in the field of family and systemic therapies and of AA-based treatments were discussed. Almost all treatment manuals are outpatient treatments and were developed within a research project. Besides training of therapists, the main problem of using a treatment manual is the balance between structure and standardization on the one side and flexibility and individualization on the other side. As to evaluation of treatment, the alternative to evaluation as usual is to ask patients about their benefit of the treatment program and in relation to different treatment components as a feedback to improve different aspects of the treatment program.

Keywords

Treatment of addiction – addiction - treatment manuals – alcoholism - drug dependence - evaluation

Einleitung und Fragestellung

Voraussetzung für eine optimale Patientenbetreuung ist eine stete Anpassung psychotherapeutischer Interventionen an das aktuelle empirische Wissen und die Integration oder Evaluierung neuer Methoden, wenn sich diese bereits evidenzbasiert bewährt haben oder wenn diese noch zu überprüfen sind. Entsprechend den Kriterien der Evidenzbasierung sollten Informationen über empirisch gestützte psychotherapeutische Interventionen definiert, identifiziert und schließlich verbreitet werden (Chambless et al., 2001; Stetter und Mann, 2002). Im Bereich der Forschung haben Therapiemanuale in den letzten Jahren Konjunktur gehabt. Sie dienen nicht nur der schriftlichen Weitervermittlung von Therapiemethoden,

sondern sie stellen in der Forschung eine Voraussetzung für die Überprüfung von Therapieeffekten dar, wenn man mehr wissen will, als nur den globalen Behandlungserfolg des jeweils untersuchten Therapieprogramms zu überprüfen, sondern beispielsweise Aussagen zur Übertragbarkeit auf andere Rahmenbedingungen (z.B. andere Therapeuten) machen will (externe Validität). Therapiemanuale tragen zu einer größeren Transparenz und Vergleichbarkeit von einzelnen Therapien auf der Basis eines konkreten Therapieprogramms bei und fungieren als Grundlage für die Wirksamkeitsüberprüfung therapeutischer Maßnahmen bei kontrollierten, experimentellen oder quasiexperimentellen Studien. Darüber hinaus können manuali-

* Diese Übersicht wurde im Rahmen des Projektes „Optimierung der substitutionsgestützten Therapie Drogenabhängiger (OSTD)“ erstellt. Das Projekt ist Teil des Suchtforschungsverbundes, Bayern-Sachsen ASAT (Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity). Der Forschungsverband wird im Rahmen des Programms „Forschungsverbände für Suchtforschung“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell gefördert (01EB01400142).

sierte Programme in der Versorgungsforschung für die Qualitätssicherung und für die Regelung von Angebot und Nachfrage (Behandlungsbedarf) aus Sicht unterschiedlicher Interessen-Vertreter, wie Patient, Familie oder Krankenversicherung eingesetzt werden. Schließlich hängt der Gesamtnutzen einzelner Therapieelemente oder ganzer Therapieprogramme davon ab, welcher klinisch bedeutsame Nutzen über eine statistische Signifikanz hinaus für die Praxis erreichbar ist, welcher Anteil der Zielgruppe von Patienten damit tatsächlich erreicht wird und wie hoch die damit verbundenen Kosten und der Zeitaufwand relativ zu alternativen Maßnahmen sind.

Jede Suchtfachklinik braucht ein Therapiekonzept für die interne Organisation und zur Präsentation nach außen, vor allem gegenüber Leistungs- und Kostenträgern. Zahlreiche mehr oder weniger differenzierte Therapiemanuale entstehen im Rahmen einer Konzeptentwicklung als interne Schulungs- und Trainingsmanuale, die meist nicht publiziert und selbst in Expertenkreisen oft nicht wahrgenommen werden. Auch in solchen Fällen können die Ergebnisse und Erfahrungen manualisierter Interventionen zu verbesserten patientenorientierten klinischen Entscheidungen über das weitere Vorgehen während und nach Ablauf der Behandlung beitragen (Lutz, 2002).

Therapieprogramme können nach vielen konzeptuellen, strukturellen oder methodologischen Aspekten charakterisiert werden, z.B. nach dem zugrunde liegenden Störungs- und Veränderungsmodell, nach den Behandlungszielen, nach dem Grad der Strukturiertheit und Intensität, nach der Indikation für bestimmte Störungsgruppen, nach der Darstellung von übergeordneten Behandlungsprinzipien versus konkreten Handlungsanweisungen und nach dem Grad der Akzeptanz durch Therapeuten und Patienten und nicht zuletzt nach der Evidenzbasierung.

Die verschiedenartigen Therapiedarstellungen lassen sich in vier Typen einteilen:

1. Systematische Beschreibung eines Therapieansatzes

Der theoretische und anthropologische Hintergrund, die Prinzipien, Ziele und Strategien eines Therapieansatzes werden systematisch dargestellt und beziehen sich in der Regel auf unterschiedliche Settings (ambulant, stationär, Einzel- oder Gruppenbehandlung u.a.) und auf mehrere Störungsbereiche. Typisches Beispiel im Suchtbereich ist das Motivational Interviewing (Miller und Rollnick, 1991), das einen breiten Anwendungsbereich hat und das als Therapieprogramm für Alkoholabhängige in dem Therapiemanual Motivational Enhancement Therapy (Miller, 2000) eine konkrete Ausformulierung erfahren hat. Die Grenzen bei der Anwendung dieser motivationalen Interventionen führten zu einer notwendigen systematischen Auseinandersetzung mit Problemen der Compliance bei Alkoholabhängigen und schließlich zur Entwicklung spezifischer Strategien für die Optimierung der Compliance im therapeutischen Prozess (Carroll, 1997; Zweben et al., 1998). Ein weiteres Beispiel ist die kognitive Therapie der Sucht nach Beck (1993, 1997), deren Prinzipien und Strategien in zahlreichen Therapiekonzepten Eingang gefunden hat. Darüber hinaus gibt es eine noch breiter angelegte Darstellung des kognitiven Ansatzes von Beck, der für die

unterschiedlichsten Störungsgruppen von Bedeutung ist. Derartige globale Darstellungen von Therapieansätzen entziehen sich aber einer empirischen Überprüfung, sofern sie nicht zusätzlich als manualisierte Therapie konkretisiert werden.

2. Leitlinien und Standards der Behandlung für einen Störungsbereich oder zur Qualitätssicherung einer bestimmten Behandlungsform

Für bestimmte Behandlungsansätze, z.B. für die Substitutionsbehandlung, wurden mehr oder weniger verbindliche Standards in Form von Empfehlungen entwickelt (Bühninger et al., 1995), die weitere Leitlinien und Empfehlungen einzelner Verbände nach sich gezogen haben.

In letzter Zeit ist auch eine verstärkte Entwicklung von Leitlinien der Behandlung im gesamten Suchtbereich zu beobachten (s. z.B. Gastpar, 2002; Reymann et al., 2002). Dies geschieht nach Konzepten der Evidenzbasierung. Als evidenzbasiert werden Interventionen oder Strategien dann bezeichnet, wenn wissenschaftliche Nachweise ihrer Wirksamkeit auf definierte Zielparameter für die jeweilige Patientengruppe vorliegen. Je nach Art des empirischen Nachweises können Evidenzstufen von I (Randomisierte kontrollierte Studien oder Meta-Analysen) bis IV (Expertenkonsens) angegeben werden (z.B. nach Sacket et al., 2000). Auf diese Weise wird die Anlehnung an Therapieschulen zumindest teilweise umgangen und ein mehr pragmatisches, am Erfolg orientiertes Vorgehen gewählt. Die Kriterien für eine Evidenzbasierung gelten sowohl für körperliche als auch für psychische Erkrankungen, sowohl für körperlich-medizinische als auch für psychotherapeutische Interventionen. Ob für die psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen unterschiedliche Evidenzkriterien gelten sollten, ist dagegen strittig (vgl. z.B. Kriz, 2003). Leitlinien grenzen sich von Therapiemanualen u.a. dadurch ab, dass sie stärker auf einen Konsens und auf eine empirische Evidenz fokussieren, während Therapiemanuale nicht von vornherein auf Konsens oder Evidenzbasierung beruhen, aber eine größere Konkretheit als Leitlinien aufweisen.

3. Semistrukturierte, in der Regel störungsspezifische Therapieprogramme

Hier erfolgt eine konkrete Klärung des Anwendungsbereichs (Patientenauswahl), der Ziele und Behandlungsstrategien, der einzelnen Therapietechniken und Methoden, aber die Zuordnung von Interventionen und Problemsituationen und die genaue Festlegung des organisatorischen und inhaltlichen Ablaufs bleibt offen. Es wird keine genaue Struktur der Therapiesitzungen und des zeitlichen Rahmens vorgegeben. Beispiele dafür sind das Programm zur ambulanten Therapie des Alkoholismus von Arend (1994), für die stationäre Behandlung von Lindenmeyer (1999) mit dem Schwerpunkt Motivationsbehandlung, eine Darstellung von Petry (1993) und für den gesamten Therapieverlauf die syndrombezogene Alkoholismustherapie von Scholz (1996).

4. Voll strukturierte störungsspezifische Therapiemanuale

Sie umfassen genaue Angaben über Patientenauswahl und Störungsgruppe, über Ziele, Aufgaben, Strategien des the-

therapeutischen Vorgehens. Sie sind vor allem durch voll strukturierte Therapiesitzungen mit Angaben zum inhaltlichen und zeitlichen Ablauf charakterisiert. Ein typisches Beispiel dafür ist das Therapieprogramm S.T.A.R primär für Alkoholabhängige von Körkel und Schindler (2003) oder die drei Therapiemanuale der MATCH-Studie (Kadden et al., 1995; Nowinski et al., 1995; Miller et al., 1994).

Als Therapiemanuale im eigentlichen Sinne sollte man nur Typ 4 und eingeschränkt Typ 3 bezeichnen. Die Therapiekonzepte einzelner Behandlungseinrichtungen erreichen meist nicht das Niveau der Konkretheit und Differenziertheit von Therapiemanualen. Dies ist meist auch nicht erforderlich, weil die Behandlungsprogramme neben einer schriftlichen Beschreibung mündlich durch teilnehmende Beobachtung und direktes Lernen durch Tun weitergegeben werden. In der Fachöffentlichkeit bekannt werden hauptsächlich allgemeinere Darstellungen von Therapieansätzen, wie z.B. die motivationale Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (1991, deutsch 1999).

Bis heute gibt es kein überprüftes einheitliches System zur Beschreibung eines Therapieprogramms, auch wenn man bei zahlreichen Punkten Übereinstimmung erreichen kann (s. DG-Sucht, 2001). In der umfangreichen Studie MATCH zur Behandlung von Alkoholabhängigen wurden drei verschiedene manualisierte Therapieformen einheitlich und zusammenfassend durch folgende Punkte charakterisiert (vgl. Nowinski, 2000; Miller, 2000):

1. Überblick, Beschreibung, Grundannahmen über die Störung und über Veränderung
2. Unterschiede zu anderen Behandlungsansätzen (ähnliche und stark unterschiedliche Konzepte)
3. Setting, Dauer, Rolle von Selbsthilfe
4. Beratermerkmale und Training
5. Klient-Therapeut-Beziehung (Rolle des Beraters, wer spricht mehr, wie direkt ist der Berater, Arbeitsbündnis)
6. Zielgruppen (für wen geeignet, für wen nicht geeignet)
7. Diagnostik
8. Ablauf und Inhalte der Sitzungen
9. Rolle von Bezugspersonen

Wenn man eine kurze, auch international vergleichbare Beschreibung eines Therapieprogramms erstellen möchte, dann könnte dieses Beschreibungsschema Standard sein

In der praktischen Umsetzung der psychosozialen Behandlung im Suchtbereich entsteht eine Reihe von Fragen zu Kriterien und Aufgaben, die als Leitlinie zur Beschreibung oder zur Entwicklung eines Therapieprogramms bzw. eines Therapiemanuals dienen können:

1. Auf welchen Störungsbereich bzw. auf welche Patienten und unter welchen Bedingungen soll sich das Therapieprogramm beziehen?
2. Welche Einflussfaktoren werden für die Aufrechterhaltung der Störung grundsätzlich als wichtig angesehen? Welche Bedingungsfaktoren werden für die Entwicklung angenommen?
3. Welche allgemeinen Therapieprinzipien liegen der Therapie zugrunde?

4. Wie sind Struktur und Ablauf jeder Sitzung?
5. Wie sehen die einzelnen Methoden und Techniken aus?
6. Welche inhaltlichen Themen werden wie angesprochen?
7. Wie ist der organisatorische und zeitliche Ablauf des Therapieprogramms?

Eine sehr umfangreiche Checkliste für Therapiemanuale haben Carroll und Nuro (1997) im Rahmen der MATCH-Studie zusammengestellt, deren Umfang aber auch abschreckend wirken kann.

Die weitere Darstellung soll einen Überblick über Therapiemanuale im Bereich Alkoholismus und Drogenabhängigkeit geben mit dem Ziel, die Orientierung und Beurteilung von Therapiemanualen sowie die Entwicklung von Therapiemanualen zu erleichtern. Zunächst werden Grundlagenkonzepte der wichtigsten Therapierichtungen dargestellt, die für die Entwicklung bisheriger Therapiemanuale von Bedeutung waren.

Grundlagenkonzepte

Verhaltenstherapie

Im Rahmen der Verhaltenstherapie haben verschiedene Konzepte die Entwicklung von Therapiemanualen mehr oder weniger stark beeinflusst:

- Die soziale Lerntheorie von Bandura mit dem Modell Lernen, der Selbstwirksamkeitserwartung als zentrales Konstrukt der Verhaltensprognose (Bandura, 1997) und der Betonung sozialer Kompetenzen, z.B. der Kommunikation mit anderen oder die Kompetenzen der Selbstbehauptung und sozialen Durchsetzung, wie sie in Rollenspielen eingeübt werden können (s. z.B. Monti et al., 1995; Washton, 2000).
- Stresskonzepte und Behandlungsansätze, z.B. von Meichenbaum (1977, deutsch 1991), mit dem Ziel, einen besseren Umgang mit Belastungssituationen zu erlernen und dabei auf die Hilfe von Substanzen verzichten zu können.
- Die kognitive Therapie der Sucht nach Beck (1993, 1997): Der kognitive Therapieansatz bezieht sich zum einen auf die kognitive Interpretation der Wirkungserwartungen, die mit der jeweiligen psychotropen Substanz assoziiert werden. Zum anderen bezieht sich dieser Ansatz auf die innere Interpretation einer äußeren Situation und geht vor allem in die funktionale Analyse des Suchtverhaltens ein. Therapeutisch gewinnt man damit einen Steuerungsansatz von Gedanken und Gefühlen.
- Das Selbstmanagementkonzept von Kanfer (1986; Kanfer et al., 1996): Dieser Ansatz, Therapie als Unterstützung der Selbstregulation einer Störung zu betrachten, hat offenbar mehr in Deutschland als in angloamerikanischen Ländern seinen Einfluss auf die Entwicklung von Therapiekonzepten entfaltet. Ein frühes Therapiemanual zur Selbstkontrolle von Alkoholabhängigen wurde von Feldhege (1980) entwickelt. Durch die Kombination von Selbstkontrolle mit dem Therapieziel kontrolliertes Trinken ergibt sich bislang in Übersichtsarbeiten (Meta-Analyse von Walters, 2000) kein klares Bild von der Wirksamkeit dieses Ansatzes. Es kommt auch zu einer weitgehenden Überschneidung mit Konzepten der Rückfallprävention. Der Be-

griff Selbstkontrolle ist wegen der Nähe zu Selbstdisziplin und Willensappellen wenig beliebt.

- Die Rückfalltheorie von Marlatt und Gordon (1985): Dadurch wurden zahlreiche Konzepte zur Rückfallprävention angeregt oder bauen direkt darauf auf. Im Mittelpunkt stehen Hochrisikosituationen und der Umgang mit Craving. Eine Meta-Analyse belegt auch die Wirksamkeit dieses Ansatzes (Irving et al., 1999).
- Das schon erwähnte Motivational Interviewing von Miller und Rollnick (1991) ist mehr als nur Grundlage der Gesprächsführung im Suchtbereich und umfasst als Kurzintervention einen eigenständigen Therapieansatz. Darüber hinaus ist die motivationale Gesprächsführung aber nicht nur auf den Suchtbereich beschränkt.
- Das transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente (1983), das zwischen unterschiedlichen Veränderungsphasen unterscheidet. Trotz der hohen Plausibilität ist das Konzept empirisch schwer zu belegen.
- Die dialektisch-behaviorale Therapie von Linehan (1993), die ursprünglich für die Behandlung von Borderline-Störungen entwickelt worden ist und dann später auf den Suchtbereich in ersten Ansätzen übertragen wurde (Schwerdt und Handke-Raubach, 2003). Im Rahmen einer insgesamt betrachtet verhaltenstherapeutischen Gesamtorientierung steht die Grundannahme einer Störung der Gefühlsregulation im Mittelpunkt. Daraus ergibt sich in der Therapie die Aufgabe, eine individuelle Balance oder Synthese zwischen gegensätzlichen Impulsen, Bedürfnissen und Einstellungen des Patienten im Rahmen eines multimodalen Ansatzes zu finden.

Interpretation, Folgerung

Am einflussreichsten für die Entwicklung von verhaltenstherapeutisch orientierten Therapiemanualen waren und sind neben den allgemeinen verhaltenstherapeutischen Techniken und Konstrukten die Rückfalltheorie von Marlatt und Gordon sowie das Motivational Interviewing von Miller und Rollnick. In theoretischer Hinsicht kommt auch dem transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente eine hohe Bedeutung zu, deren Wirksamkeit aber insgesamt eher als fraglich eingeschätzt werden muss. In letzter Zeit wird vor allem die dialektisch-behaviorale Therapie von Linehan hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf Suchtstörungen diskutiert. Die oben erwähnten Charakteristika könnten therapeutisch besonders zielführend und anregend wirksam werden. Bei jugendlichen Abhängigen steht die Einbeziehung der Familie im Mittelpunkt, bei Erwachsenen die Einbeziehung des Lebenspartners (Punkt 4).

In letzter Zeit wurden auch Therapiemanuale für den Bereich des Missbrauchs entwickelt (s. Schuhler und Baumeister, 1999), zum Teil als gut strukturierte Leitlinien für niedergelassene Ärzte (NIAAA, 2004). Erstaunlicherweise sind aus den USA keine speziellen Therapiemanuale zur Medikamentenabhängigkeit bekannt.

Psychoanalyse

Für die Entwicklung von Therapiemanualen im Bereich der Psychoanalyse ist vor allem der Therapieansatz von Luborsky

über supportive und expressive Therapieformen zu nennen (Luborsky, 1995). Expressive Therapieformen sind durch Verstehen und Deuten primär von Beziehungskonflikten charakterisiert, während supportive Therapieformen sich auf ein breites Spektrum von Interventionen beziehen, die von Wissensvermittlung bis Anerkennung und Ratschläge reichen können. Im Zentrum dieses Therapieansatzes steht die Formulierung eines zentralen Beziehungskonfliktes, auf dessen Klärung die Therapie fokussiert wird. Der Therapeut-Patient-Beziehung kommt ein zentraler Stellenwert zu, wobei hier neben der helfenden Rolle das Übertragungsgeschehen von früheren Beziehungskonflikten auf die gegenwärtige Therapie-situation im Mittelpunkt steht. Darauf aufbauend hat vor allem die Gruppe um McLellan (vgl. McLellan et al., 1983) diesen Ansatz zu einem suchtspezifischen Therapiekonzept aufgebaut und in mehreren Studien bei Drogenabhängigen evaluiert. Diese Ansätze einer Fokalthherapie im Suchtbereich haben in Deutschland bislang keine Resonanz gefunden. Tiefenpsychologische Konzepte wie die von Rost (vgl. Rost, 2003) und der psychoanalytisch-interaktionelle Ansatz von Heigl und Heigl-Evers (vgl. Heigl et al., 1993) blieben weitgehend auf Deutschland beschränkt und enthalten kaum suchtspezifische Aspekte für den Einstieg in die Suchtbehandlung.

Interpretation, Folgerungen

Die psychoanalytische Forschung wird kaum an der Entwicklung von Therapiemanualen vorbeikommen, wenn sie die Kriterien einer Evidenzbasierung generell akzeptiert und nicht erst eingesetzt wird, wenn Patienten bereits eine stabile Abstinenzphase erreicht haben (vgl. Reymann, 2002).

Familientherapeutische und systemische Therapieansätze

In den vergangenen Jahren hat das Anwendungsfeld der systemischen Therapie im Bereich der Alkohol- und Drogenabhängigkeit zunehmend an Bedeutung gewonnen. Systemisch-lösungsorientierte Therapieansätze berücksichtigen insbesondere die Ressourcenaktivierung, die Neugestaltung individueller und partnerschaftlicher Lebensstile, die Wahlfreiheit in Rehabilitationsprozessen und die Verantwortungsübernahme der Betroffenen in der klinischen Praxis.

Die Integration von Familie, Partnerschaft und Peergroup sowie die Bearbeitung von Konflikten im mehrgenerationalen Kontext korrelieren bei ambulanter Therapie mit einem besseren Behandlungserfolg (Moos et al., 1984; Trepper et al., 1998; Glazer et al., 2003) und einem geringeren Rückfallrisiko bei Alkoholabhängigen (Maisto et al., 1988). Bei der Alkoholabhängigkeit tragen sowohl verhaltenstherapeutisch als auch interaktionell orientierte Paartherapien womöglich über eine Stabilisierung der Beziehung zu höheren Abstinenzzeiten und zu einer allgemeinen Verbesserung negativer Auswirkungen des Alkoholkonsums bei (O'Farrell et al., 1985, 1992). Insgesamt zeigte die Integration einer Paartherapie in den Rehabilitationsprozess bei Alkoholabhängigen ein eigenes differenzielles Verlaufsmuster im Sinne einer klassischen Lernkurve mit einem zunehmenden Anstieg abstinenter Tage im Katamnesezeitraum von 18 Monaten und damit eine verbesserte Konsolidierung der bereits direkt nach der Therapie

erzielten Erfolge im Vergleich zu einer Rehabilitationsbehandlung ohne Paartherapie (Wiedemann und Buchkremer, 1996). Im stationären Setting sind die Effekte von Angehörigengruppen bei Alkohol- und Drogenabhängigen noch unklar und umstritten (Fichter und Frick, 1992; Kufner et al., 1994).

Die Ressourcenorientierung bestärkt in besonderer Weise das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeitserwartungen abhängiger Menschen im Behandlungsprozess. Die Bereitschaft zur Mitarbeit des Patienten steigt deutlich bei Fokussierung auf funktionierende Bereiche und abstinente Zeiten (manchmal auch als gesunde Anteile des Patienten bezeichnet), bei Aufbau einer transparenten und kooperativen Beziehung und bei Wahlfreiheit (z.B. an welchem Therapieangebot der Patient sich beteiligen möchte) und bei individueller Zielorientierung. Studienergebnisse zu ressourcenorientierten Therapien belegen dies mit verringerten Abbruchraten und höherer Effektivität und Abstinenz (Berg und Miller, 1995; Zwingmann und Schwertl, 1998). Veränderungen therapeutischer Konzepte können nachhaltig wirksame Effekte zeigen, wenn dadurch die Neugestaltung des Lebensstils und eine soziale und persönliche Stabilisierung auch mit dem Lebenskonzept, mit den Werten und Glaubenssätzen des Patienten in Einklang stehen. Durch Entwicklung eines so genannten persönlichen Kohärenzsinnens, nämlich dem Gefühl der Handhabbarkeit, der Nachvollziehbarkeit und der Bedeutsamkeit des in der Therapie Erreichten für den eigenen Lebensvollzug kann eine bessere Konsolidierung und Stabilisierung erfolgen. Untersuchungen weisen darauf hin, dass systemisch-ressourcenorientierte Konzepte in stationären Therapien eine positive Entwicklung des individuellen Kohärenzsinnens bei Abhängigen fördern (Noichl, 1999).

Orientierung an Konzepten der Anonymen Alkoholiker

Im Mittelpunkt der AA-orientierten Konzepte stehen die Motivierung zur Selbsthilfe und die Anwendung der 12 Schritte und der 12 Traditionen der Anonymen Alkoholiker. Die 12 Traditionen der AA beziehen sich jedoch ausschließlich auf die Organisation der AA und deren Regeln für die Teilnehmer, während die 12 Schritte zum Teil auch konkrete Handlungsanleitungen zur Bewältigung von Suchtverhalten darstellen und therapeutisch nützlich erscheinen (z.B. die Konzentration auf die nächsten 24 Stunden). Am bekanntesten ist der 1. Schritt der Kapitulation vor der Droge Alkohol als Ausgangspunkt für das Erreichen der Abstinenz. Sucht wird dabei als Krankheit verstanden, auf die der Betroffene keinen Einfluss hat außer dem, dass er das Suchtmittel gänzlich meiden kann. Die damit verbundenen generellen Themen der Abhängigkeit auch von anderen Menschen und der Autonomie nach außen gegenüber anderen und nach innen gegenüber eigenen Impulsen und Bedürfnissen werden jedoch nicht direkt und systematisch angesprochen (zum Abhängigkeits-Unabhängigkeitskonflikt vgl. Kufner, 1984).

Neben der Ebene eines Krankheitsmodells ist eine spirituelle Ebene mit der Bezugnahme auf eine höhere Macht zu unterscheiden (Minnesota-Modell, Owen, 2000). Die funktionelle Bedeutung und Wirkung dieser spirituellen Orientierung für die Suchtbewältigung ist empirisch bislang nicht geklärt (vgl. später dargestellte Hypothesen zum Beratungsansatz von Mercer

und Woody, 1999). Die AA-Konzepte haben sowohl die stationären Behandlungsprogramme als auch einige ambulante Behandlungsprogramme entscheidend beeinflusst. In Deutschland erscheint dieser Ansatz dagegen deutlich begrenzt auf den Selbsthilfebereich und wurde nicht zu einem eigenständigen Therapieprogramm weiterentwickelt oder direkt übernommen.

Zusammenfassende Beschreibung der Therapiemanuale

Die Manuale der Verhaltenstherapie haben in der Regel eine Reihe von Komponenten gemeinsam: Dazu gehören eine funktionale Verhaltensanalyse, der Umgang mit Risikosituationen einschließlich eines Ablehnungstrainings von Drogenangeboten, die Bewältigung des Suchtverlangens (Craving), die Bewältigung von Stresssituationen, die Bewältigung von Affekten wie Angst, Ärger, Aggression, Depressionen und Schuldgefühlen, die Förderung und Entwicklung sozialer Kompetenzen sowie weniger einheitlich die Ansätze zur Änderung des Lebensstils in Alltag, Beruf und Freizeit.

Bezogen auf die Person des Betroffenen lassen sich diese Komponenten auf die Förderung von Motivation und von Kompetenzen zur Lösung unterschiedlicher psychosozialer Probleme und Aufgaben einschließlich des Suchtverhaltens zurückführen. Bezogen auf die Beeinflussung des sozialen Umfeldes sind die Therapiemanuale dagegen sehr unterschiedlich konzipiert, in den gemeindeorientierten Ansätzen in den USA und in den familien- und partnerschaftstherapeutischen Ansätzen ist die Einbeziehung des sozialen Umfeldes (Familie, Freunde, Berufsbereich) programmgemäß deutlich stärker ausgeprägt als in den primär kognitiven Therapieansätzen.

Die meisten Therapiemanuale konzentrieren sich speziell auf eine Substanzgruppe, auch wenn eine Übertragung auf andere Substanzgruppen möglich ist. Die Medikamentenabhängigkeit wird durch die bisherigen Therapiemanuale nicht als eigene Störungsgruppe betrachtet, sondern entweder dem Bereich Alkoholabhängigkeit oder dem Bereich Drogenabhängigkeit zugeordnet (vgl. Elsässer, 1996), obwohl epidemiologisch die Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit der Alkoholabhängigkeit gleichkommt.

In Deutschland ist das Rückfallpräventionskonzept von Körkel und Schindler (2003) zur Zeit am differenziertesten ausgearbeitet. Es umfasst eine ausführliche Literaturübersicht zum Thema Rückfall, 15 Module zur Therapie mit psychoedukativen Informationen zum Rückfall bis zur Einbeziehung von Bezugspersonen und einer ausführlichen Darstellung von Anwendungsmöglichkeiten. Es enthält auch ein Modul zum umstrittenen Ansatz des kontrollierten Trinkens, das noch nicht ausreichend empirisch überprüft erscheint. Das vergleichsweise weniger strikt strukturierte und didaktisch offenere Konzept der „Integrativen Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit“ von Burtscheidt (2001) umfasst zumindest im Ansatz auch biologische Faktoren. Neben einer Einführung in Grundlagen und Therapie des Alkoholismus besteht das Manual aus vier Themenblöcken (Alkoholbezogene Störungen, Basistechniken der Kommunikation, komplexe Aufgaben, z. B. soziale Beziehungen und Additive Module, z. B. Umgang mit negativen Gefühlen) mit insgesamt 20 Gruppensitzungen. Es wurde im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie entwickelt und evaluiert.

Ein weiteres Therapiemanual speziell zur Rűckfallprűvention stammt aus der Lűbecker Arbeitsgruppe zur Alkoholismusforschung (Rűckfallprűventions-Training, RPT, Wilcken und Rochow, 2000). In seiner ursprűnglichen Form wurde es an drei Tagen mit jeweils vier Stunden und einem breiten Medikamenteneinsatz durchgefűhrt. Inhalte sind: 1. Sensibilisierung der Wahrnehmung fűr drohende Rűckfűlle, 2. Verhaltenstraining fűr Selbstsicherheit und Entspannung, 3. Kognitive Strategie z. B. Gedankenstopp und 4. Verűnderungen des Lebensstils. Die spezielle Behandlung von Patienten mit zusűtzlichen Diagnosen der Achse I wird in der Regel ausgeklammert, es gibt aber auch ein Therapiemanual, das speziell auf Patienten mit Doppeldiagnosen ausgerichtet ist (Daley, 2000).

Priműr psychoedukative Konzepte, z.B. das im deutschen Heroin-Projekt (Basdekis et al., 2001), lassen sich am besten den VT-orientierten Ansűtzen zuordnen. Dabei werden neben der Wissensvermittlung auch Kompetenzen zu unterschiedlichen Problemen und Aufgaben vermittelt. Der Kurscharakter steht im Vordergrund, weniger die individuelle Situation und der individuelle Verlauf des einzelnen Patienten.

Fűr Problemtrinker ohne Abhűngigkeitsdiagnose gibt es ebenfalls Therapiemanuale (US Department of Health and Human Services; Schuhler und Baumeister, 1999).

Eine andere Gruppe von Manualen in den USA orientiert sich am AA-Ansatz und ist diesem mehr oder weniger verpflichtet. Hierzu gibt es mit dem so genannten Minnesota-Modell (Owen, 2000), das zum Teil auch als Hazeldon-Ansatz bekannt wurde, ein zunűchst fűr den stationűren Bereich entwickeltes Therapiekonzept. Im Rahmen der MATCH-Studie hat Nowinski (1999, 2000) ein AA-orientiertes 12-Stufen-Konzept in einem ambulanten Setting entwickelt. Auűerdem sind Teile des AA-Konzepts in verschiedene andere Beratungskonzepte aufgenommen worden. Die beiden anderen manualisierten Behandlungskonzepte im Rahmen der MATCH-Studie sind das Manual der Motivational Enhancement Therapy (Miller et al., 1994) und eine kognitiv behaviorales Therapiemanual von Kadden et al. (1995). In der Nachfolgestudie COMBINE wurden zwei noch nicht publizierte Therapiemanuale entwickelt (www.csc.unc.edu/COMBINE/)

Im Rahmen der „Collaborative Cocaine Treatment Model“-Studie kamen vier Therapiemanuale zur Anwendung:

- (1) ein kognitiv-behavioraler Ansatz (Carroll, 1998),
- (2) ein gemeindeorientierter Ansatz einschlieűlich eines Kontingenzmanagements (Budney et al., 1998),
- (3) ein Drogenberatungsansatz von Daley et al. (1999) und
- (4) ein AA-orientierter Beratungsansatz von Mercer und Woody (1999).

Folgende Vorstellungen charakterisieren diesen AA-Therapieansatz: Auf der Ebene eines Stűrungsmodells sieht man die Sucht als eine Krankheit, die nicht zu heilen ist, sondern nur durch Abstinenz zum Stillstand gebracht werden kann. Daneben gibt es eine spirituelle Ebene, die durch die Annahme einer hűheren Macht im Sinne einer religiűsen unspezifischen Gottesvorstellung charakterisiert ist.

Eine funktionale Interpretation dieses Ansatzes kann von folgenden Hypothesen ausgehen: Der spirituelle Hintergrund trűgt dazu bei, dass der Abhűngige eine grűűere existenzielle Si-

cherheit und Hoffnung auf eine tragfűhige Zukunft entwickeln kann, die ihn angesichts einer meist chaotischen, schuldbelasteten Vergangenheit und seines meist geringen Selbstwertgefűhls auffangen und entlasten kann. Therapeutisch nűtzlich ist wahrscheinlich auch die Kapitulation vor der Droge, das Aufgeben eines immer wieder erfolglosen Kampfes um einen kontrollierten Umgang mit dem Suchtmittel, die Fokussierung der Abstinenz als Daueraufgabe und die fortlaufende Erinnerung an das eigene Suchtproblem, die zur Aufrechterhaltung der Abstinenz beitragen. Auűerdem kommt hinzu, dass der Betroffene neben der Rolle des hilfebedűrftigen Patienten auch die Rolle des Helfers anderen gegenűber einnehmen und dadurch mehr Selbstbewusstsein und Stabilitűt in seiner Rolle als abstinenter Suchtkranker wiedergewinnen kann. Dieser Rollenwechsel ist in einer professionellen Therapie hűchstens im Kontext einer Gruppe műglich, wird aber kaum gezielt eingesetzt.

Im Rahmen der noch laufenden deutschen Heroin-Studie wurde neben dem oben erwűhnten Psychoedukativen Ansatz ein Case-Management-Ansatz zusammen mit Prinzipien des Motivational Interviewing entwickelt (Schu et al., unverűffentlichtes Manuskript). Die Verbindung von Motivierung und Koordination verschiedener Hilfen stellt eine nűtzliche Basis fűr erwűnschte Verűnderungen und zur Selbsthilfe dar. Ein schriftlicher Erfahrungsbericht liegt vor (Vogt et al., 2003). Gegenwűrtig wird in einer anderen wissenschaftlichen Studie zur Optimierung der Substitutionsbehandlung bei Opioidabhűngigen ein weiteres manualisiertes Therapiekonzept mit dem Schwerpunkt der Ressourcenorientierung und -aktivierung erprobt (Kűfner et al., 2004)

Bei einer anderen Gruppe von Therapieansűtzen steht die Einbeziehung des sozialen Umfeldes bzw. wichtiger Bezugspersonen im Mittelpunkt, z.B. bei Jugendlichen die Familie und bei Erwachsenen der Partner (Szapocznik et al., 2003). Hier kűnnen auch systemische Therapieansűtze eingeordnet werden, die auf den Betroffenen in seinem sozialen Umfeld als ganzheitlichem System fokussieren.

In der „Cannabis Youth Treatment“(CYT)-Studie (s. Dennis et al., 2002) wurden fűnf Therapieprogramme eingesetzt, die zum Teil aufeinander aufbauen: drei kognitiv-behaviorale unter Einbeziehung des Motivational Interviewing mit unterschiedlicher Anzahl von Sitzungen und einem Ansatz mit Kompetenztraining sowie zwei unterschiedlich umfangreiche familientherapeutische Ansűtzen. Ergebnisse űber die Wirksamkeit liegen bislang noch nicht vor.

Auch fűr den Bereich der Nachsorge gibt es Therapiemanuale: Neben den Ansűtzen in der MATCH-Studie existiert ein weiter manualisierter Ansatz von Zackon et al., 1993.

Interpretation, Folgerungen

Auffűllig ist zunűchst, dass die Manuale priműr fűr die ambulante Therapie entwickelt wurden, auch wenn hűufig gesagt wird, dass diese Konzepte auch auf den stationűren Bereich űbertragen werden kűnnen. Da praktisch jede stationűre Behandlungseinrichtung ein umfangreiches multimodales Konzept aufweist, ist dort wenig Bedarf an zusűtzlichen Therapie-

manualen. Hinzu kommt, dass die Vermittlung der Therapie im Rahmen einer stationären Behandlung sehr viel persönlicher und handlungsorientierter erfolgen kann als die Therapievermittlung im ambulanten Bereich (Beispiel: Zusätzlich zu dem Therapiemanual ist zur Einführung und zum Vergleich eine Darstellung nach einem einheitlichen standardisierten Beschreibungssystem wie in der MATCH-Studie wünschenswert, Ball et al., 2002).

Weitaus die meisten Therapiemanuale wurden im Bereich der Verhaltenstherapie entwickelt, während es im Bereich der Psychoanalyse als semi-strukturiertes Therapiemanual nur den Ansatz einer supportiv-expressiven Therapie gibt, der als eine ausreichende Konkretisierung und Operationalisierung einer psychoanalytischen Therapie angesehen werden kann.

AA-orientierte Konzepte und Ansätze sind in mehreren Therapiemanualen, z.B. in dem Konzept von Mercer und Woody (1999) oder Gorski (2000), mit unterschiedlicher Gewichtung eingegangen. In Evaluationstudien (z.B. der MATCH-Studie) weisen sie zumindest vergleichbare Erfolge auf, auch wenn man bislang nicht sagen kann, welche Komponenten dabei wirksam werden (zur Kritik siehe Watzl, 2001).

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass Selbsthilfe-Prozesse, wenn sie standardisiert oder manualisiert angeleitet werden, therapeutische Effekte im Rahmen der Abhängigkeitsbewältigung unterstützen (s. z. B. Lancaster und Stead, 2002).

In allen Therapiemanualen steht die Bewältigung gegenwärtiger Probleme und Aufgaben, speziell die Bewältigung des Suchtverhaltens, im Vordergrund. Die Aufarbeitung vergangener traumatischer Ereignisse wird in den Manualen bislang wenig angesprochen, findet aber in manchen, überwiegend kognitiv-behavioralen Therapieansätzen explizite Erwähnung (Miller, 2002; Donovan et al., 2001; Brady et al., 2001, vgl. Reddemann, 2003). Die Einbeziehung der Vergangenheit hat in manchen Therapiesituationen den Vorteil, die aktuelle Situation durch den Vergleich mit einer ähnlichen früheren Situation zu entlasten und mit der Frage nach früheren Lösungen die Ressourcen des Patienten zu erfahren und zu aktivieren.

Im Vergleich zur Situation in den USA fällt auf, dass es keine AA-orientierten Therapiemanuale gibt und keine tiefenpsychologisch orientierten Manuale, die eine ausreichende Konkretisierung aufweisen.

Insgesamt ist das Methodenspektrum sehr breit und umfasst Techniken der Wissensvermittlung, Rollenspiele, Fokussierung der Wahrnehmung oder der Therapeut-Patient-Beziehung, Expositionstherapien, kognitive Umstrukturierung u. a... Verfahren zur Verbesserung der Körperwahrnehmung sowie der körperlichen Fitness sind in einem ambulanten im Vergleich zu einem stationären Setting eher selten vertreten.

Am stärksten suchtspezifisch sind Ansätze zur Rückfallprävention, die sowohl auf Hochrisiko-Situationen, auf die Abstinenzmotivation als auch auf die Bewältigung des Suchtverlangens eingehen. Ebenfalls suchtspezifisch ist die Anwendung des AA-Ansatzes im Rahmen verschiedener Therapiemanuale, der über die allgemein große Bedeutung des Selbst-

hilfensatzes bei praktisch allen Krankheiten hinausgeht.

Die Anwendung allgemeiner psychotherapeutischer Strategien sieht im Suchtverhalten eine erlernte Störung wie jede andere auch. Das gilt für die Verhaltenstherapie und Psychoanalyse gleichermaßen. Die Psychoanalyse sieht in der Sucht ein Symptom einer letztlich schwer zu konkretisierenden Grundstörung (vgl. Rost, 2003). Generell besteht die Tendenz, das Suchtverhalten entweder im Sinne einer Selbstmedikation oder im Sinne einer gelernten Bewältigungsreaktion auf Defizite der Bewältigung von Problem- und Konfliktsituationen zurückzuführen und zu beschränken. Dabei besteht die Gefahr, die Eigenständigkeit der Suchtentwicklung, deren biologische Grundlagen und die Unabhängigkeit von den Ausgangsbedingungen aus dem Auge zu verlieren. Die Folge ist, dass die Therapie sich zu sehr auf die Beseitigung von Problemen und Konflikten konzentriert und die Abstinenz von Drogen eher als sekundär betrachtet wird. Eine Begrenzung auf abstinenzstabile Abhängige ist die notwendige Folge.

Die Schnittstelle zu pharmakologischen Therapieansätzen wird in verschiedenen Therapiemanualen, aber nicht in allen angesprochen und erscheint insgesamt wenig problematisch. Die Evidenzbasierung der verschiedenen Therapiemanuale kann sich einmal auf die Evaluation des Gesamtkonzeptes beziehen, wie das vor allen in den großen Studien MATCH und dem Kokain-Projekt (Collaborative Cocaine Treatment Study Model) der Fall ist. Zum anderen gibt es für einzelne Therapiemodalitäten, wie z.B. der Rückfallprävention entsprechende Wirksamkeitsnachweise (vgl. Irving et al., 1999; Larimer et al., 1999).

Die Frage einer ausreichenden Individualisierung und Flexibilität von Therapiemanualen wird relativ selten angesprochen. Häufig auftretende Krisen, mangelnde Compliance und eine instabile Motivation zur Abstinenz und Therapie sowie das unterschiedliche Ausmaß zusätzlicher Störungen verschiedenster Art (Komorbidität) erschweren die Durchführung einheitlicher und klar durchstrukturierter Therapieansätze. Hier bleibt die Aufgabe, ein ausreichendes Maß an Flexibilität, z.B. bezüglich der Reihenfolge von Themen und Therapiesitzungen und der Vertiefung einzelner Aspekte, zu finden.

Training und Durchführung

Die Vermittlung therapeutischer Kenntnisse über Suchtstörungen und über die Behandlungsmöglichkeiten sowie die Vermittlung therapeutischer Kompetenzen zur Durchführung der Therapiekonzepte wird in den meisten Therapiemanualen zumindest kurz angesprochen, sehr ausführlich dagegen in der MATCH-Studie (vgl. Carroll und Nuro, 1997) erörtert. Dabei geht es sowohl um die Compliance der Patienten als auch der Therapeuten. Für die Überprüfung der Einhaltung der Konzepte und Regeln eines Therapiemanuals können folgende Dimensionen herangezogen werden:

- (1) das Einhalten der Struktur (Anzahl der Sitzungen, Dauer, Häufigkeit u.a.),
- (2) Ziele und Teilziele des Konzepts,
- (3) spezifische Charakteristika des Behandlungskonzepts (z.B. Ressourcenaktivierung),
- (4) Grenzen der Behandlung (hinsichtlich Themen, Interventionen und Prozesse) und

(5) nichtspezifische Aspekte wie Therapeut-Patient-Beziehung u.a. (Carroll und Nuro, 1997).

Wie das in einfacher, möglichst ökonomischer Form überprüft werden kann, wenn der umfangreiche Aufwand mit Video-Aufzeichnungen und zentralem Monitoring in der MATCH-Studie nicht möglich ist, bleibt allerdings offen.

In dem Konzept von Mercer und Woody (1999) werden persönliche und berufliche Voraussetzungen der Berater diskutiert und die Rolle des Therapeuten charakterisiert. Als berufliche Voraussetzungen wird in der Regel nicht eine Psychotherapieausbildung gefordert, sondern gute berufliche Kenntnisse im Suchtbereich und gute Fähigkeiten im Umgang mit Suchtkranken. Bei einer supportiv-expressiven Therapie ist zumindest eine fortgeschrittene psychoanalytische Therapieausbildung erforderlich. Im Gegensatz zu den meisten anderen Konzepten mit Therapiemanualen scheint bei den supportiv-expressiven Fokalthérapien (nach Luborski, 1995) kein mehrtägiges Training notwendig, sondern nach dem ersten Schritt, dem genauen Durchlesen und Durcharbeiten des Therapiemanuals, erfolgt die Durchführung unter Supervision und danach ein erneutes Durcharbeiten der schriftlichen Konzeptdarstellung. Wichtig sind dabei Fallbeispiele, die im Therapiemanual eingearbeitet sind.

Unbestritten kommt der Therapeut-Patient-Beziehung, wenn auch nicht unbedingt nur in Form der Zweierbeziehung, sondern offenbar auch in Form einer so genannten Therapeutenrotation (Krampe et al., 2001), eine wichtige Funktion als Wirkfaktor zu.

Bei den übrigen Therapiemanualen wird die Teilnahme an einem mehrtägigen Training gefordert, um sowohl das Störungskonzept als auch die Themen und einzelnen Techniken kennen zu lernen und auszuprobieren (vgl. www.motivational-interview.org). Ein Durcharbeiten schriftlicher Unterlagen wird in der Regel nicht als ausreichend betrachtet, es sei denn, ein Therapeut kennt bereits alle einzelnen Therapieformen und Techniken und hat diese schon einmal im Suchtbereich eingesetzt. Zum Teil werden auch Angaben zu einem Trainings-Curriculum gemacht (z.B. Zackon et al., 1993). Neben einem handlungsorientierten Wissen ist die spielerische Selbsterfahrung hilfreich, sowohl in der Rolle des Therapeuten, der die vorgesehenen Themen und Übungen durchführt, als auch in der Rolle eines Patienten, der im Rollenspiel die unmittelbare Wirkung und die Nützlichkeit der Themen, Fragen und Übungen erlebt und daher besser beurteilen kann. Für ein einführendes Training sind je nach Umfang des Therapiekonzepts, den Vorerfahrungen der Teilnehmer und der weiteren Supervision zwei bis fünf Tage erforderlich. Für die Durchführung des Therapieprogramms mit Patienten ist eine Supervision im Abstand von etwa 14 Tagen hilfreich. Für die Bewertung der Nützlichkeit von Therapiemanualen fehlen bislang geeignete und überprüfte Instrumente.

Durchführung der Beratung bzw. Therapiekonzepte

Bei der Durchführung stellt sich vor allem die Frage, wie strikt sich der Therapeut an die Vorgaben des Therapiemanuals halten soll und inwieweit eine auf den einzelnen Patienten zugeschnittene Vorgehen (Individualisierung) erlaubt oder sogar als erforderlich betrachtet wird (Durchführungsregeln, Schul-

te, 2001. Wenn das Therapiemanual vorwiegend psychoedukative Elemente enthält, wird das Konzept mehr als Kurssystem durchgeführt. Das bedeutet, die Themen und Übungen werden der Reihe nach entsprechend den Vorgaben des Therapiemanuals abgehandelt, relativ unabhängig von der Reaktion des Patienten auf die Intervention und seiner Fortschritte bei den Veränderungen seiner Probleme und Schwierigkeiten. Ein flexibles Vorgehen ist dadurch charakterisiert, dass die Programmdurchführung von der Reaktion des Patienten und nicht nur von der Ausgangslage entsprechender Probleme und Störungen abhängig gemacht wird. Die Ausgangslage der Patienten ist einmal durch die Hauptdiagnose und jeweilige Hauptdroge und darüber hinaus durch weitere Eingangskriterien begrenzt. Zusätzliche Diagnosen, vor allem im Bereich der Persönlichkeitsstörungen (Achse II), gehören ebenfalls zur Ausgangslage. Für Patienten mit so genannten Doppeldiagnosen (neben der Suchtdiagnose eine weitere Achse-I-Störung) wurde ein spezielles Therapiemanual entwickelt (Daley, 2000). Dennoch kann die Therapie- und die Abstinenzmotivation bei unterschiedlichen Patienten sehr verschieden sein und bei ein- und demselben Patienten im Verlauf erheblich schwanken. Krisenhafte Situationen werden in fast allen Therapiemanualen Vorrang haben. Im Therapiemanual der OSTD-Studie (Optimierung der substitutionsgestützten Therapie Drogenabhängiger) ist zwar eine Reihenfolge der Themen in den einzelnen Sitzungen vorgegeben, kann aber auch je nach Reaktion des Patienten verändert werden (Kufner et al., 2004). Die jeweils vorgesehenen Arbeitsmaterialien müssen jedoch in jedem Fall im Verlauf der sechsmonatigen Therapie durchgeführt werden. Darüber hinaus besteht noch ein Spielraum, in welcher zeitlichen Ausführlichkeit das jeweilige Thema behandelt wird. In manchen Therapiemanualen wird zwischen Kernmodulen, die für alle verpflichtend sind, und optionalen Modulen je nach Patient und Störungsausprägung unterschieden.

Viele Therapieprogramme unterscheiden verschiedene Phasen, wie sie vor allem im stationären Bereich üblich sind. Häufig wird zunächst eine Anfangsphase mit einer Einführung in die Therapie und Fragen der Zielklärung und der Motivierung für Veränderungen unterschieden. Danach kommt eine Mittelphase, die durch Fokussierung von zentralen Themen und Problemen sowie durch Training von Kompetenzen, dem Ausprobieren geänderten Verhaltens und durch neue Erfahrungen charakterisiert ist. In einer Abschlussphase wird Bilanz gezogen über die erreichten Veränderungen, und in einem Ausblick werden die Aufgabe der Stabilisierung sowie die weiter vorliegenden oder neu hinzugekommenen Aufgaben und entsprechenden Hilfen angesprochen. Welche Bedeutung einem Vorgehen in Abhängigkeit von der Reaktion des Patienten zukommt (adaptive Indikation, Responder-Ansatz), ist bislang wenig untersucht. Die Hypothese, dass ein auf diese Weise individualisiertes Vorgehen einen größeren Behandlungserfolg nach sich zieht, erscheint nahe liegend, bedarf aber einer empirischen Überprüfung.

In kontrollierten wissenschaftlichen Studien stellt die Überprüfung der Manualtreue eine schwierige Aufgabe dar. In Durchführungsregeln sollte festgelegt werden, welche Merkmale oder Interventionen als notwendig (z. B. Arbeits-

materialien) und welche als spezifisch (z. B. Ressourcenaktivierung) angesehen werden. Eine Überprüfung kann in Form direkter Beobachtung von Therapiesitzungen, durch Auswertung von Therapieprotokollen oder durch Befragung von Therapeuten oder Patienten erfolgen. Eine verbindliche Form dieser Überprüfung gibt es nicht (vgl. Schulte, 2001).

Evaluation

Therapiemanuale wurden oder werden besonders häufig im Rahmen von Evaluationsstudien eingesetzt (z.B. im Rahmen der MATCH-Studie). Durch Befragung von Therapeuten oder Patienten kann die Evaluation eines Therapieprogramms zum einen nach den tatsächlichen Veränderungen der Patienten bezüglich der Therapieziele erfolgen; zum anderen können beide Gruppen nach ihrer Einschätzung der Nützlichkeit verschiedener Teilaspekte des Therapieprogramms, verschiedener Komponenten oder des Programms als Ganzem befragt werden. Zum ersten Vorgehen mit einer Befragung der Patienten gibt es eine Reihe Kriterien und Standards, wie sie beispielsweise in den Dokumentationsstandards der DG-Sucht (2001) festgelegt wurden. Der zweite Ansatz erlaubt eine sehr viel schnellere Rückmeldung über die Akzeptanz und über die subjektive Nützlichkeit einzelner Komponenten der Therapie, dabei bleibt aber die Gültigkeit dieser subjektiven Aussagen für die Prognose der objektiveren Behandlungsergebnisse weitgehend unklar. Dennoch ist dieser Ansatz nützlich, um daraus relativ schnell Folgerungen über eine Veränderung des Therapieprogramms abzuleiten, wenn die Ergebnisse und Folgerungen auch gleichzeitig klinisch plausibel erscheinen. Standardisierte Fragebögen zur Beurteilung einzelner Therapiekomponenten, die über das spezielle Programm hinaus Gültigkeit haben, liegen bislang nicht vor. Es überwiegen Fragen der generellen Akzeptanz, die meistens einen sehr hohen Wert erreichen. Außerdem gibt es eine Reihe Fragebogen für die einzelne Therapiesitzung, die aber wenig hilfreich sind, wenn es um die Beurteilung des gesamten Therapieprogramms oder einzelner Komponenten über mehrere Sitzungen hinweg geht.

Ausblick

Die verschiedenen Typen von Therapiebeschreibungen ergänzen einander. Therapiemanuale sind nicht machbar ohne vorausgehende systematische Darstellungen von allgemeineren Therapieansätzen. Das zunehmende Wissen über Bedingungs- und Einflussfaktoren bei substanzbezogenen Störungen führt zu einer Vielfalt störungsspezifischer Behandlungsansätze. Diese Vielfalt und Differenziertheit der Methoden erfordert einerseits die Entwicklung von Leitlinien und andererseits die Entwicklung spezifischer Therapiemanuale. Leitlinien und Standards und so weit wie möglich evidenzbasierte Therapiemanuale tragen zu verbesserten Qualitätsstandards der Behandlung, zu aussagekräftigeren Evaluationsstudien sowie möglicherweise auch zu einer verbesserten Indikationsstellung bei. Für Forschung und Training erscheinen Therapiemanuale in jedem Fall unverzichtbar.

Literatur

1. Semistrukturierte und voll strukturierte Therapiemanuale (Typ 3 und 4)

- Arend H (1994): Alkoholismus – Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Basdekis R, Brückner E, Farnbacher G, Gottwalz E, Krausz M, Lützens B (2001): Manual zur Psychoedukation: Im Rahmen des Modellversuchs zur Heroingestützten Behandlung. Manuskript, Version 2.0
- Budney AJ, Higgins ST, Mercer DE, Carpenter G (1998): A Community Reinforcement Approach: Treating Cocaine Addiction. Therapy Manuals for Drug Abuse: Manual 2. National Institute on Drug Abuse. NIH Publication Number 98-4309
- Burtscheidt W (2001): Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit: Ein Therapiemanual. Berlin: Springer
- Carroll K (1998): A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. Therapy Manuals for Drug Abuse: Manual 1. National Institute on Drug Abuse. NIH Publication Number 98-4308
- Carroll K (2000): Approaches to drug abuse counselling. NIH Publication Number: 00-4151
- Daley D (2000): Dual Disorders Recovery Counseling. In National Institute on Drug Abuse. Approaches to drug abuse counselling. NIH Publication Number: 00-4151
- Daley DC, Mercer DE, Carpenter G (1999) : Drug Counseling for Cocaine Addiction: The Collaborative Cocaine Treatment Study Model. Therapy Manuals for Drug Abuse: Manual 4. National Institute on Drug Abuse. NIH Publication Number 99-4380
- Dennis M, Titus JC, Diamond G, Donaldson J, Godley SH, Tims FM, Webb C, Kaminer Y, Babor T, Roebuck MC, Godley MD, Hamilton N, Liddle H, Scott CK, The C.Y.T. Steering Committee (2002): The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans. *Addiction* 97 (Suppl 1): 16-34
- Elsässer K (1996): Verhaltenstherapeutische Unterstützung des Benzodiazepin-Entzuges. Weinheim: PVU
- Feldhege F-J (1980): Selbstkontrolle bei rauchmittelabhängigen Klienten. - Eine praktische Anleitung für Therapeuten. Berlin: Springer
- Gorski T (2000): The CENAPS Model of Relapse Prevention Therapy (CMRPT). In National Institute on Drug Abuse. Approaches to drug abuse counselling. NIH Publication Number: 00-4151
- Kadden R, Carroll K, Donovan D, Cooney N, Monti P, Abrams D, Litt M, Hester R (1995): Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. NIH Publication Number: 94-3724
- Körkel J, Schindler C (2003): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm. S.T.A.R. Berlin: Springer
- Küfner H, Reuter B, Johann M (2004): Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution. Manual, Checklisten, Arbeitsmaterialien. Druck in Vorbereitung
- Lindenmeyer J (1999): Alkoholabhängigkeit. Reihe: Fortschritte der Psychotherapie - Band 6 VIII. Göttingen: Hogrefe
- Linehan M (1993): Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: The Guilford Press
- Luborsky L (1995): Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch. Zürich, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mercer, DE, Woody GE (1999): An Individual Drug Counseling Approach to Treat Cocaine Addiction: The Collaborative Cocaine Treatment Study Model. Therapy Manuals for Drug Abuse: Manual 3. National Institute on Drug Abuse. NIH Publication Number 99-4380

- Miller, WR (2000). Motivational Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach. In: K. Carroll (Ed.), *Approaches to Drug Abuse Counseling* (99-106). National Institute on Drug Abuse. NIH Publication No. 00-451.
- Miller, WR, Zweben, A, DiClemente, CC & Rychtarik, RG (1994). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Project MATCH Monograph Series, Vol. 2. DHHS Publication No. 94-3723. Rockville MD: NIAAA.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (Version Februar 2004). *Helping Patients With Alcohol Problems. A Health Practitioner's Guide*. [pdf-file <http://www.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/HelpingPatients-Printing.htm#resources>].
- Nowinski J, Baker S, Carroll K (1995): *Twelve step Facilitation Therapy Manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. NIH Publication Number: 94-3722
- Nowinski J (2000): *Twelve step Facilitation*. In: National Institute on Drug Abuse. *Approaches to drug abuse counselling*. NIH Publication Number: 00-4151
- Owen P (2000): *Minnesota Model: Description of Counseling Approach*. In National Institute on Drug Abuse. *Approaches to drug abuse counselling*. NIH Publication Number: 00-4151
- Petry J (1993): *Alkoholismustherapie*. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union
- Sampl S, Kadden R (2001): *Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy (MET-CBT-5) for Adolescent Cannabis Users*. (DHHS Publication No. (SMA) 01-3486, Cannabis Youth Treatment (CYT) Manual Series, Volume 1). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- Scholz H (1996): *Syndrombezogene Alkoholismustherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Schu, M., Schmid, M., Görgen, W., Vogt, I. & Oliva, H. (2002). *Case Management mit integriertem Motivational Interviewing im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*. Manual. Köln, Frankfurt am Main: FOGS/ISFF (Manuskript).
- Schuhler P, Baumeister H (1999): *Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmißbrauch. - Diagnostik, Behandlung, Frühintervention*. Reihe: Materialien für die Klinische Praxis. Weinheim: Beltz
- Szapocznik J, Hervis O, Schwartz S (2003): *Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*. *Therapy Manuals for Drug Abuse: Manual 5*. National Institute on Drug Abuse. NIH Publication Number 03-4751
- Wilcken, S & Rochow, M (2000). *Rückfallprävention bei Alkoholismus. Fähigkeiten im Focus*. Ein Manual. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Zackon F, McAuliffe W, Ch'ien J (1993): *Recovery Training and Self-help: Relapse Prevention and Aftercare for Drug Addicts*. National Institute on Drug Abuse. NIH Publication Number: 94-3521
- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS (1997): *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: PVU
- Berg IK, Miller SD (1995): *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz*. Heidelberg: Carl Auer
- Brady KT, Dansky BS, Back SE, Foa EB, Carroll KM (2001): *Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: preliminary findings*. *J Subst Abuse Treat* 21(1):47-54
- Bühringer G, Gastpar M, Heinz W, Kovar KA, Ladewig D, Naber D, Täschner KL, Uchtenhagen A, Wanke K (1995): *Methadon-Standards: Vorschläge zur Qualitätssicherung bei der Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- Carroll KM, Nuro KF (1997). *The Use and Development of Treatment Manuals*. In: Carroll KM (ed.): *Improving Compliance with Alcoholism Treatment Project MATCH Monograph Services Vol. 6*, NIH Publication No. 97-4143
- Chambless DL, Ollendick TH (2001): *Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence*. *Annu Rev Psychol* 52:685-716
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (2001). *Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen*. *Sucht*, 47 (Sonderheft 2).
- Donovan B, Padin-Rivera E, Kowaliv S (2001): *Transcend: initial outcomes from a posttraumatic stress disorder/substance abuse treatment program*. *J Trauma Stress* 4:757-72
- Fichter M, Frick U (1992): *Therapie und Verlauf von Alkoholabhängigkeit. Auswirkungen auf Patient und Angehörige*. Berlin: Springer
- Gastpar M (2002): *Lässt sich die Akutbehandlung Opiatabhängiger evidenzbasieren?* *Sucht* 48(4):243-244
- Glazer SS, Galanter M, Megwinoff O, Dermatis H, Keller DS (2003): *The role of therapeutic alliance in network therapy: a family and peer support-based treatment for cocaine abuse*. *Subst Abuse* 2:93-100
- Heigl F, Schulze-Dierbach E, Heigl-Evers A (1993): *Die Bedeutung des psychoanalytisch-interaktionellen Prinzips für die Sozialisation von Suchtkrankheiten*. In: Bilitza KW (Hrsg.): *Suchttherapie und Sozialtherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Irving J, Bowers C, Dunn M, Wang M (1999): *Efficacy of relapse preventions: a meta-analytic review*. *J Consult Clin Psychol* 67:563-570
- Kanfer FH (1986): *Implications of a self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviors*. In: Miller WR, Heather N (eds.): *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996): *Selbstmanagement-Therapie – Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer
- Krampe, H, Küfner, H, Wagner, T & Ehrenreich, H (2001). *Die Therapeutenrotation – ein neues Element in der ambulanten Behandlung alkoholkranker Menschen*. *Psychotherapeut*, 4, 232-242.
- Kriz, J (2003). *Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie*. *Punktum, Zeitschrift des SBAP*. Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie. Sonderdruck.
- Küfner H (1984): *Der Abhängigkeits-Autonomie-Ansatz bei der Behandlung von Alkoholabhängigen*. *Drogalkohol* 2: 3-19
- Küfner H, Denis A, Roch I, Arzt J, Rug U (1994): *Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 37)*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Küfner H, Reuter B, Johann M (2004): *Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution*. Manual, Checklisten, Arbeitsmaterialien. Druck in Vorbereitung

- Lancaster T, Stead LF (2002): Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* (3):CD001118
- Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA (1999): Relapse Prevention. An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. Vol. 23, No.2. <http://www.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/151-160.pdf>
- Lindenmeyer J (1999): Alkoholabhängigkeit. Reihe: Fortschritte der Psychotherapie. Band 6 VIII. Göttingen: Hogrefe
- Lutz W (2002): Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychother Res* 12:251-272
- Maisto SA, O'Farrell TJ, McKay JR, Pelcovits M (1988): Alcoholic and spouse concordance on attributions about relapse to drinking. *J Subst Abuse Treat* 5:179-181
- Marlatt GA, Gordon J (1985): *Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York, London: Guildford Press
- McLellan T, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA (1983): Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. *Arch Gen Psychiatry* 40:620-625
- Meichenbaum D (1991): *Intervention bei Stre. Anwendung und Wirkung des Streimpfungstrainings*. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber
- Miller D (2002): Addictions and trauma recovery: an integrated approach. *Psychiatr Q* 73(2):157-70
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press.
- Miller, WR & Rollnick, S (1999). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg: Lambertus. [Deutsche Ausgabe der amerikanischen Originalausgabe "Motivational Interviewing" von 1991, herausgegeben von Kremer, G und Schroer, B].
- Miller, WR, Brown, JM, Simpson, TL, Handmaker, NS, Bien, TH, Luckie, LF, Montgomery, HA, Hester, RK & Tonigan, JS (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In: R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.) *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives* (12-44). Boston, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore: Allyn and Bacon.
- Monti PM, Rohsenow DJ, Colby SM, Abrams DB (1995): Coping and Social Skills Training. In: Hester RK, Miller WR (eds.): *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. Boston: Allyn and Bacon
- Moos RH, Moos BS (1984): The process of recovery from alcoholism. III. Comparing functioning in families of alcoholics and matched control families. *J Stud Alcohol* 45:111-118
- Noichl F (1999): *Evaluation und Qualitätsmanagement einer stationären Entwohnungsbehandlung von Alkoholikern*. Unveroffentliche Diplomarbeit, Ludwig-Maximilians-Universität München
- O'Farrell TJ, Cutter HSG, Floyd FJ (1985): Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustment and communication from before and after treatment. *Behav Ther* 16:147-169
- O'Farrell TJ, Cutter HSG, Choquette KA, Floyd FJ, Bayog RD (1992): Behavioral marital therapy for male alcoholics: marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behav Ther* 23:529-549
- Prochaska JO, DiClemente CC (1983) : Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 51 :390-395
- Reddemann, L (2003). Psychotherapie von Suchterkrankungen als Traumafolgestörungen. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 136-139.
- Reymann G (2002): Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhangiger: Der Beitrag psychodynamischer Therapieverfahren. *Sucht* 48(3):182-190
- Reymann G, Gastpar M, Tretter F, Hähnchen A, Köhler W, Poehlke W, Wolstein J (2002): AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen. Kapitel 3.2 „Akutbehandlung bei Störungen durch Opioide“. *Sucht* 48(4):245-264
- Rost WD (2003): Zur Aktualität des psychoanalytischen Ansatzes in der Suchtbehandlung. *Psychotherapie im Dialog* 2:112-118
- Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg WM C, Haynes RB (2000): *Evidence-Based medicine: How to practice and teach EBM*. London: Churchill-Livingstone
- Schulte, D (2001). Messung und Sicherstellung der Manualtreue (Treatment-Integrity) in kontrollierten Therapiestudien. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 6, Heft 2, 193-198.
- Schwerdt, A, Handke-Raubach, A (2003). Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Suchtbehandlung: Der Dialektisch-Behaviorale Behandlungsansatz nach Marsha M. Linehan. In: HP Steingass (Hrsg.). *Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige*. Geesthacht: Neuland.
- Stetter F, Mann K (2002): Evidenzbasierung und Forschungsperspektiven in der Suchttherapie. *Sucht* 3:149-151
- Trepper TS, Dankoski ME (1998): Substance abuse and dependence. In: L'Abate L (ed.): *Family Psychopathology. The Relational Roots of Dysfunctional Behavior*. New York: Guilford Press, pp. 358-377
- Vogt I, Schmidt M, Schu M (2003): Motivationsarbeit mit Drogenabhängigen. Erfahrungen mit Motivational Interviewing and Case Management. *Suchttherapie* 4: 132-139
- Walters GD (2000): Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behav Ther* 31:135-149
- Washton A (2000): A Psychotherapeutic and Skills-Training Approach of the Treatment of Drug Addiction. In National Institute on Drug Abuse. *Approaches to drug abuse counselling*. NIH Publication Number: 00-4151
- Watzl, H (2001). Project MATCH – ein Meilenstein der Psychotherapieforschung?. In: R. Olbrich (Hrsg.) *Suchtbehandlung. Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen* (125-147). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Wiedemann G, Buchkremer G (1996): Familientherapie und Angehörigenarbeit bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen. *Nervenarzt* 67 (7):524-544
- Zweben A, Barrett D, Carty K, McRee B, Morse P, Rice Ch (1998): Strategies for facilitating protocol compliance in alcoholism treatment research. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Bethesda, Maryland, Department of Health and Human Services. Project MATCH Monograph Series. Vol. 7, 141 pp.
- Zwingmann E, Schwertl W (1998): Rehabilitation statt Therapie: Systemische Praxis in einem Fachkrankenhaus für Alkoholranke. In: Emlein G, Schwertl W, Staubach ML, Zwingmann E (Hrsg.): *Sucht in systemischer Perspektive*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S 159-181

Dipl.-Psych. Dr. phil. Heinrich Kűfner
IFT – Institut für Therapieforschung
Parzivalstr. 25 • 80804 München

Dr. med. Monika Johann
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität Regensburg am Bezirksklinikum,
Universitätsstr. 84 • 93053 Regensburg