

M. Backmund: Krisenintervention bei Drogenabhängigkeit

Crisis Intervention and Drug Addiction

Markus Backmund

Zusammenfassung

Weltweit konsumieren 15 Millionen Menschen im Alter von über 14 Jahren Opiate. In Deutschland und Europa liegt die Prävalenz mit 0,7 % doppelt so hoch wie weltweit (0,35%). Krisen bei Drogenabhängigen sind häufig und vielfältig. Deutlich wird dies an der hohen Mortalität durch akzidentielle oder suizidal beabsichtigte Überdosierungen, der häufigen psychiatrischen Komorbidität, der hohen Prävalenz somatischer Erkrankungen. Die Mortalität liegt bei unbehandelten Drogenabhängigen 13- bis 17-mal höher als in der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung. Die vier häufigsten Ursachen sind akzidentielle Überdosierungen, Überdosierungen in suizidaler Absicht, Unfälle und Tod aufgrund Folgekrankheiten, insbesondere Hepatitis und AIDS. Eine adäquate Krisenintervention setzt das Verständnis für die intrapsychische Problematik voraus. Die Krisenintervention kann zu einer effektiven, medikamentös begleiteten psychotherapeutischen Behandlung führen. Das Wissen, dass jede Krise bei einem suchtkranken Menschen den Zwang zur Drogeneinnahme verstärkt, bildet die wichtige Grundlage der Einleitung einer effektiven Intervention.

Schlüsselwort Drogenabhängigkeit – Opioide – Heroin – Krisenintervention

Summary

Worldwide, there are 15 million opioid users – most of them heroin users. Prevalence of opioid use is higher in Germany and Europe as compared to worldwide (0.7% versus 0.35%). Crises are common among drug addicts. There is also a high mortality and a high psychiatric and somatic co-morbidity among drug addicts. Mortality of opioid users reported by longitudinal studies range from 0.5% to 7% annually, which is around 13 times that of their peers. Suicide has been consistently reported to be one of the four major causes of death among heroin users, the others being accidental overdose, trauma and diseases, primarily hepatitis C and AIDS. For an effective crisis intervention it is necessary to be aware of psychodynamic problems. Crisis intervention can lead to an effective psychotherapeutic treatment supported by medication. The most important basic is the knowledge that every crisis of an addict will reinforce the compulsion to take drugs.

Keywords drug addicts – opioids – heroin – crisis intervention

Einleitung

Drogenabhängigkeit wird in diesem Beitrag synonym für Opioidabhängigkeit verwendet. Im Anschluss an die Epidemiologie werden zusätzliche Syndrome und Erkrankungen, die eng mit der Suchterkrankung zusammenhängen, beschrieben. Jedes Syndrom für sich, jede zusätzliche Erkrankung kann per se eine Krisensituation auslösen. So kann die Mitteilung, dass eine Hepatitis-C-Infektion oder HIV-Infektion festgestellt worden ist, eine suizidale Krise auslösen. Meistens bestehen mehrere Probleme gleichzeitig. Die Darstellung der Suchtentstehung soll einerseits Verständnis für die Gesamtproblematik und Dimension der Krisensituation verdeutlichen, andererseits hilft sie, den Blick für eine Therapiemöglichkeit der Krisensituation zu öffnen. So kann die Chance gesehen werden, wenn die Ärztin/der Arzt sich für eine Therapie entscheidet. Die speziellen Settings und die psychotherapeutische Vorgehensweise werden zum Abschluss beschrieben.

Epidemiologie

Weltweit konsumieren 15 Millionen Menschen Opiate. Dies entspricht 0,35% der über 14-Jährigen (UNODC, 2003). Prozentual ist die Prävalenz des Opiatkonsums in Europa mit

0,7% der über 14-Jährigen doppelt so hoch (4,6 Millionen Opiatkonsumenten), in Osteuropa sogar dreimal so hoch (1,1%; siehe Tab. 1). Heroin ist dabei mit 83% in Europa das bevorzugte Opiat. Die Prävalenz des Opiatkonsums in Deutschland entspricht der Europas: 0,8% der über 14-Jährigen in Westdeutschland und 0,6% der über 14-Jährigen in Ostdeutschland konsumieren Opiate, überwiegend Heroin (UNODC, 2003; Übersicht bei Reimer et al., 2004). In den USA konsumieren 0,4-0,7% der Bevölkerung Heroin (Anthony und Helzer, 1995; UNODC, 2003).

Die Zahl der Kokainkonsumenten wird weltweit mit 14 Millionen angegeben (0,3% der über 14-Jährigen). In Europa liegt die Prävalenz mit 0,6% doppelt so hoch, wobei überwiegend in Westeuropa Kokain genommen wird (1,1% in Westeuropa gegenüber 0,1% in Osteuropa). In Westdeutschland liegt die Prävalenz des Kokainkonsums mit 2,4% 6-mal höher als weltweit, in Ostdeutschland mit einer Prävalenz von 1,6% mehr als 5-mal höher (Kraus und Augustin, 2001).

Mortalität

Drogenabhängige weisen im Vergleich zur gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung eine 13- bis 17-mal höhere Mortalität auf (Cherubin et al., 1972; Gunne und Grönbladh, 1981;

Tabelle 1: Schätzung der weltweiten Jahresprävalenz des Opiatmissbrauchs im Zeitraum 2000 bis 2001 (UNODC, 2003)

	Westeuropa	Osteuropa	Ozeanien	Asien	Nordamerika	Südamerika	Afrika	Global
Anzahl in Mill.	1,6	3,0	0,1	7,5	1,5	0,4	0,9	14,9
% der >14-Jährigen	0,4	1,1	0,6	0,3	0,5	0,1	0,2	0,35

Grönbladh et al., 1990; Frischer et al., 1997; Hulse et al., 1999; Darke und Ross, 2002; Hickman et al., 2003). Vier wesentliche Ursachen können unterschieden werden: akzidentielle Überdosis, Suizid, Tod durch somatische Folgekrankheiten und Unfälle (Hser et al., 2001; Oppenheimer et al., 1994). Nach über 30-jähriger Drogenabhängigkeit sind 22-49% gestorben (siehe Tab. 2; Hser et al., 2001; Rathod et al., 2005; Tremorshuizen et al., 2005; Manfredi et al., 2006).

Akzidentielle Überdosierungen

Überdosierungen können akzidentuell auftreten oder suizidal beabsichtigt sein. Intoxikationen zählen zu den häufigsten Notarzteeinsätzen. Mindestens jeder zehnte Einsatz führt den Notarzt zu einem schwer intoxikierten Patienten: In 110473 Notarzteeinsätzen wurde bei 12563 (11,4%) eine Intoxikation diagnostiziert (Backmund et al., 1999). Gefährdet sind Heroinabhängige besonders nach Entwöhnungstherapien, wenn sie bei einem Rückfall ihre verminderte Toleranz (Darke und Hall, 2003) falsch einschätzen und auch unerfahrene Heroinkonsumenten (Heckmann et al., 1993). Die wechselnde Reinheit des Heroins auf dem Schwarzmarkt, die in München bei sichergestellten Kleinstmengen von einem Gramm Heroin zwischen 5% und 70% (Backmund und Eichenlaub, 1999b) schwanken kann, stellt einen Todesfaktor dar (Darke und Hall, 2003). Sowohl bei tödlichen als auch bei überlebten Überdosierungen wurden bei 62% bis 72% verschiedene psychotrope Substanzen gefunden (Darke et al., 1996; Backmund et al., 1999; Darke und Hall, 2003). Eine überlebte Überdosis stellt eine Krisensituation dar mit der Chance, eine therapeutische Beziehung zu beginnen (siehe unten).

Überdosierungen in suizidaler Absicht

Drogenabhängige töten sich 14-mal häufiger selbst als Gleichaltrige in der Allgemeinbevölkerung (Harris und Barraclough, 1997). Schätzungsweise gehen 10-20 Suizidversuche einem Suizid voraus. (Bukstein et al., 1993; Diekstra und Gulbinat, 1993; Preuss et al., 2003). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mit einer Lebenszeitprävalenz von 3-5% Suizidversuchen (Bronisch und Wittchen, 1994; Pirkis et al., 2000) liegt diese bei Drogenabhängigen mit 17-47% deutlich höher

Tabelle 2: Mortalität Heroinabhängiger im Langzeitverlauf

Autoren	Anzahl Patienten	Jahre nach Heroinbeginn	Gestorben
Hser et al., 2001	581	33 Jahre	248 (49%)
Rathod et al., 2005	68	33 Jahre	15 (22%)
Tremorshuizen et al., 2005	899	20 Jahre	243 (27%)
Manfredi et al., 2006	1214	25 Jahre	271 (22,3%)

(Kosten und Rounsaville, 1988; Krausz et al., 1996; Oyefeso et al., 1999; Ravndal und Vaglum, 1999; Backmund et al., 2001a). 58% der Heroinabhängigen haben bereits vor dem Heroinkonsum Selbsttötungswünsche, 20% versuchen, sich während der ersten 10 Jahre der Heroinabhängigkeit das Leben zu nehmen, 54% versuchen sich im Laufe ihrer Heroinabhängigkeit das Leben zu nehmen. 6-10 % aller „Drogentoten“ in Deutschland sind Suizide (Krausz et al., 1998a; Backmund et al., 2001a).

Psychiatrische Komorbidität

Zusätzlich zur Suchterkrankung leiden Drogenabhängige an Angststörungen (43%), Depressionen (34%), Psychosen (5%-10%) und Essstörungen (5%) (Krausz et al., 1998a und b; Wurmser, 1997). Diese psychiatrischen Erkrankungen werden durch die Opioide kaschiert und sind unter Umständen nicht leicht erkennbar. Während und nach einer Entgiftungsbehandlung treten sie dann deutlicher hervor. Häufig berichten die Patientinnen und Patienten auch detailliert, dass die Ängste oder/und Stimmungen, unter denen sie leiden, durch Heroin gelindert oder nicht mehr wahrgenommen werden. Es ist klar, dass ohne adäquate, effektive Behandlung der psychiatrischen Erkrankungen eine Suchtfreiheit nicht erreicht werden kann beziehungsweise der Rückfall programmiert ist.

Somatische Komorbidität

Opioide schädigen im Gegensatz zu Alkohol die Zellen und Organe nicht. Die mit Heroin assoziierten somatischen Erkrankungen entstehen durch das Benutzen unsterilen Equipments und durch unsachgemäße Injektionstechnik. Überdurchschnittlich häufig leiden Opioidabhängige an einer Hepatitis-B-, Hepatitis-C- und/oder HIV-Infektion. Abszesse, tiefe Beinvenenthrombosen, Endokarditiden, Lungenembolien, Sepsis, Pneumonie sind weitere, überproportional vorkommende somatische Erkrankungen.

Somatische Krankheiten und Folgestörungen im Zusammenhang mit Heroinkonsum sind vielfach beschrieben worden. Sie können unterteilt werden in solche, die wegen der unsachgemäßen Injektion gehäuft bei Heroinabhängigen vorkommen, und solche, die auf die direkte Wirkung des Heroins zurück-

geführt werden können (Backmund et al., 1998, 1999). Häufig werden im Zusammenhang mit Heroinkonsum lokale Komplikationen, wie zum Beispiel Abszesse, tiefe Beinvenenthrombosen, Weichteilinfektionen und Rhabdomyolysen, genannt (Vilalba-Garcia et al., 1994; Henriksen et al., 1994; Bergstein et al., 1995; Summanen et al., 1995; Bosshardt et al., 1996; Lew und Waldvogel, 1997; Wächtler et al., 2000; Backmund et al., 2000; MacKenzie et al., 2000; Frishman et al., 2003). Infektionskrankheiten unterschiedlichster Art, die durch das gemeinsame Benutzen desselben Injektions-Equipments übertragen werden, wie zum Beispiel Tetanus, Gasödem, Malaria oder Hepatitis A, haben eine besondere Bedeutung (Cherubin et al., 1968; Bick und Anhalt, 1971; Selwyn et al., 1988; Alter et al., 1990; Backmund et al., 1999, 2001a-d; Mazurov und Ulanova, 2001; O'Donovan et al., 2001; McGuigan et al., 2002). Die durch mangelnde Hygiene und unsaubere Injektionstechnik übertragene infektiöse Endokarditis stellt eine nicht zu unterschätzende Gefährdung für Heroinabhängige dar (Dressler und Roberts, 1989; Huber-Schneider et al., 1994; Backmund et al., 2001c; Backmund und Eichenlaub, 2006b; Schuckit et al., 2003; Miro et al., 2003).

Bei der Diagnose somatischer Erkrankungen bei Heroinabhängigen ist die spezielle Problematik zu beachten:

Opioide wie Morphin und Diacetylmorphin (Heroin) wirken unter anderem analgetisch, antitussiv, fiebersenkend, puls-frequenzsenkend, blutdrucksenkend und euphorisierend. Auch verspüren die Patienten subjektiv keine Atemnot (Jurna, 1984). Somit werden Leitsymptome schwerer Erkrankungen unterdrückt mit der Folge, dass die heroinabhängigen Patientinnen und Patienten nicht selten erst spät und dann in lebensgefährlichem Allgemeinzustand zum Arzt gehen oder ins Krankenhaus eingeliefert werden (Backmund, 1999; Backmund et al., 1999; Backmund und Eichenlaub, 2006 a und b).

Suchtentstehung und Psychodynamik

Charakteristischerweise sieht der Verlauf der Suchtmittel-einnahme wie folgt aus: Der spätere Opioidabhängige ist gleichzeitig nikotinabhängig. Zigaretten rauchen war mit elf Jahren das erste Suchtmittel, das er regelmäßig konsumierte. Mit zwölf Jahren folgten Alkohol, dann im weiteren Verlauf das Ausprobieren von Haschisch, LSD, Amphetaminen, Ecstasy, Kokain und schließlich mit 18 Jahren Heroin. In der Latenzphase hat der Opioidabhängige nicht wahrgenommen, wie "schlecht" er sich fühlt. Erst durch die Unterscheidungsmöglichkeit der Gefühle nach dem ersten Sich-Verlieben, gefolgt von der ersten Trennung ließen ihn die Dimension des inneren Leids, der seelischen Schmerzen, des gewaltigen Unbehagens erkennen. Die Neugierde und das Grenzen-überschreiten-Wollen führen zum Ausprobieren illegalisierter psychotroper Substanzen. Opioide sind die besten Analgetika für den Körper und für die Seele. Entweder werden die Drogen eingesetzt, um drohende psychische Traumata zu vermeiden, die für andere Menschen eventuell nicht potenziell traumatisch sind, oder aber, und dies ist nach eigener Erfahrung mit über 90% die Mehrheit, die Opioide werden eingenommen, um pharmakologisch den seelischen Schmerz zu lindern, der mit dem eigenen psychischen Abwehrsystem nicht gelindert werden kann (siehe auch Wieder und

Kaplan, 1969). Überdurchschnittlich häufig können sexuelle und körperliche Misshandlungen über längere Zeit im Kindesalter und in der Pubertät bei späteren Opioidabhängigen evaluiert werden (Krausz et al., 1998b; Backmund, 1999). Annahmen sind äußerst ungünstige soziale, familiäre Umstände bereits während Schwangerschaft, Geburt und in den ersten Lebenswochen, -monaten und -jahren. Khantzian (1973) berichtet: „... Ich habe wiederholt Lebensgeschichten voll von körperlicher Gewaltausübung, von Unfällen und von erlittenem physischem Trauma beobachtet, die bei einem großen Prozentsatz bis in die Kindheit zurückreichten. Ich war überrascht davon, wie viele Patienten spontan von körperlichen Züchtigungen durch grausame, sadistische und unbeherrschte Eltern berichteten ...“ Freud (1930) schreibt, dass Narkotika Mittel „zur Fernhaltung des Elends“ sind. Rado (1926) führt aus: „Drogen liefern genau das, was der seelischen Organisation fehlt – nämlich einen Schutzschild gegen Stimulation von innen. Dieser künstliche Schutz arbeitet zentral, an den sensorischen Zugängen zum mentalen Apparat, und fungiert, wie man sagen könnte, als eine zweite Abwehrlinie.“ Später sprach Rado von der „narkotischen Befreiung“ (1963). Die Drogen würden Schmerz verringern und verhindern und die „gespannte Depression“ überwinden (Rado, 1933). In diesem Sinn interpretiert Fenichel (1945): „Wenn die Sucht angesehen werden kann als letztes Mittel, um einen depressiven Zusammenbruch zu vermeiden, ist es verständlich, dass der Zusammenbruch dann auftritt, wenn die Sucht schließlich nicht mehr ausreicht.“ Krystal und Raskin (1983) betonen, dass die Ätiologie des Drogenkonsums „ihren Sitz eher in der psychologischen Struktur und im Funktionieren des Menschen hat als in der pharmakologischen Wirkung der Droge“, dass „die Droge nicht das Problem ist, sondern ein Versuch der Selbstheilung, der fehlschlägt“. Drogenabhängigkeit stelle eine „Manifestation der Ich-Funktionen“ dar, „eine Art Adaptation, vielleicht den einzigen Anpassungsmechanismus an Lebensproblemen, den das Individuum zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung hat“. Und weiter meinen sie: „Bei vielen Drogenabhängigen stellen wir einen Affekt fest, der Depression und Angst verbindet, eine Störung, in der die Entdifferenzierung von Angst und Depression stattfindet, oder einen Zustand, bei dem die Differenzierung niemals erfolgreich vollendet wurde ... Der Affekt schien eher dem kindlichen totalen und somatischen Missbehagen zu entsprechen als einem eindeutig erwachsenen Affektmuster“. Krystals und Raskin (1983), Hartmann (1969) und viele andere betonen, dass Drogenkonsum Abwehr gegen Affekte ist, dass er dazu dient, das Abwehrsystem zu stärken, um leidvolle Affekte wie Depression und Angst abzuwehren. Wieder und Kaplan (1969) führen aus, dass Drogenabhängigkeit aufgrund einer Ich-Pathologie auftritt, zirkulär zu dieser Pathologie durch eine induzierte, aber unbewusst gesuchte Ich-Regression beiträgt. Nicht die Suche nach dem Kick, sondern der Wunsch, „pharmakologisch eine Verminderung des Leidens herbeizuführen, die das Individuum mit seinen eigenen psychischen Anstrengungen nicht erreichen kann“, seien entscheidend für den Drogenkonsum. „Drogenkonsum, Missbrauch und Sucht beschreiben Arten der Selbstmedikation zunehmenden Schweregrades. Dieses Verhalten ist ein Versuch, den Wunsch nach einem magisch veränderten Geisteszustand zu erfüllen.

Missbrauch und Sucht spiegeln die Dringlichkeit eines psychischen Bedürfnisses – eines Zwanges – wider, veränderte Geisteszustände zu schaffen und aufrechtzuerhalten“ (Wieder und Kaplan, 1969). „Der pharmakologische Schlüssel, die besondere Regression, die durch die spezifische Droge hervorgerufen wird, passt in das psychische Schloss des privaten (und meist unbewussten) Wunsches des Drogenkonsumenten nach einem besonderen regressiven Zustand. Diese entscheidende Verflechtung pharmakologischer und psychischer Wirkungsmechanismen treibt das Individuum zu schwerem Missbrauch und in die Sucht. Jede Wiederholung der besonderen, durch die Droge erlangten Befriedigung gräbt sich tiefer in die Erinnerung des Konsumenten ein. Bald kommt es zu einer Sehnsucht danach, den intoxikierten Ich-Zustand wiederzuerlangen, und zum Verlangen nach der bestimmten Droge, die ihn hervorruft. Eine Droge der Wahl wurde etabliert“ (Wieder und Kaplan 1969). Khantzian (1973) vertritt ebenfalls die Selbstmedikationshypothese. Das Hauptmotiv für Drogenkonsum sei nicht die Suche nach Lust, sondern die Unterdrückung und Dämpfung vielfältiger Formen schwerwiegender Unlust. Menschen werden süchtig nach Opiaten, „weil sie erfahren, dass die Droge ihnen dabei hilft, dysphorische, mit Wut und Aggression verbundene Zustände zu lindern, und indem sie den zersetzenden Einflüssen unverminderter Aggression gegen das Ich entgegenwirkt“ (Khantzian, 1973). Dabei sind nicht nur die Fehlanpassung und Selbstzerstörung des Drogenkonsums zu sehen, sondern auch die adaptiven Aspekte (Wurmser, 1997; Khantzian et al., 1974). Khantzian beschreibt, dass die üblichen Abwehrmechanismen und Konfliktlösungsversuche fehlen. „Stattdessen wurden die Opiate von den Süchtigen als teures Mittel zur Anpassung eingesetzt, als eine Art alles umfassende Lösung einer Vielzahl von Konflikten innerhalb des Individuums und auf den Gebieten der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Arbeit“ (Khantzian et al., 1974). Wurmser beschäftigte sich mit dem „zwanghaften Drogenkonsum“. Es gebe drei Ebenen des Zwanges: „(a) der durch physische Abhängigkeit ausgelöste Zwang, allein aufgrund zellbiologischer Abläufe; (b) der Zwang aufgrund verzögerter Entzugssymptome (theoretisch umstritten); (c) die emotionale Zwanghaftigkeit, die zunächst zum Beginn der Drogeneinnahme führt und dann dazu, die Wirklichkeit der Droge immer wieder aufs Neue aufzusuchen.“ Wurmser geht davon aus, dass der Zwang nach Drogen so wie jeder belohnte neurotische Impuls in der psychoanalytischen Theorie zu erklären sei, nämlich „als Beispiel für die 3. Schicht der Zwanghaftigkeit, hier als das Ergebnis eines Konfliktes zwischen verschiedenen inkompatiblen Wünschen und Ängsten ...“ Der Konflikt müsse gewaltsam aus dem Bewusstsein gedrängt und draußen gehalten werden. „Es ist, als wenn fortwährend nach dem eigentlichen, aber unbewussten Ziel gestrebt würde, ohne dass es jemals erreicht werden könnte - eben deshalb, weil das wirkliche Wunschziel verhüllt ist“ (Wurmser, 1997). Wurmser berichtet weiter: „Das Verhalten jedes süchtigen oder sonst wie zwanghaften Drogenkonsumenten, den ich kannte, war durch den unwiderstehlichen emotionalen Zwang bestimmt, Erleichterungen oder Lebenssinn in Drogen und anderen Symptomen zu suchen. Sucht kann am ehesten mit der phobischen Neurose verglichen werden, sie ist sozusagen ihr Negativ. Während

der Phobiker zwanghaft das verdichtete und projizierte Symbol seiner Angst vermeidet, *sucht der Drogensüchtige ebenso zwanghaft das verdichtete und projizierte Symbol für den Schutz vor unkontrollierbaren, überwältigenden Affekten auf* und mobilisiert mit seiner Hilfe eine vorübergehende und trügerische Gegenkraft“ (Wurmser, 1997).

Diskriminierung als Hauptproblem nicht adäquater Therapie Ein Hauptproblem für suchtkranke Menschen, insbesondere opioidabhängige Menschen, liegt darin, dass die Mehrheit der Gesellschaft einschließlich und vor allem auch der Ärztinnen und Ärzte das Verhalten suchtkranker Menschen als stets bewusstes, willentliches postulieren und somit jede Projektion persönlich nehmen, auf sich beziehen; sie betrachten die Patientinnen und Patienten als seelisch gesund, die selbst Schuld haben an ihrem akuten Zustand und an der Suchterkrankung sowieso. Diese Haltung und Fehldiagnose, die täglich in Kliniken zu beobachten ist, führt zu einer eklatanten Nichtbehandlung Schwerkranker oder aber zu einer falschen Behandlung. Ärztinnen und Ärzte müssen lernen, dass Drogenabhängigkeit die Folge und nicht die Ursache schwerer psychischer Störungen ist. Dass eine psychische Krankheit zugrunde liegt, wird vielleicht an der Zwanghaftigkeit der Drogeneinnahme, die ein wesentliches Diagnosekriterium darstellt, mit den Worten von Wurmser deutlich: „Zwanghaftigkeit mag als das Merkmal jedes mentalen Prozesses (und jedes Verhaltensmerkmals) bezeichnet werden, das theoretisch und praktisch das am besten anzuwendende Kriterium für ‚psychisch krank‘ ist“ (Wurmser, 1997). Ich teile die Meinung von Wurmser, dass jede Zwanghaftigkeit einschließlich des zwanghaften Drogenkonsums selbst als Indiz für eine emotionale Störung anzusehen ist. Bei den über 3000 mir bekannten Lebensgeschichten Opioidabhängiger sind bei über 95% zusätzlich zum zwanghaften Drogenkonsum schwerwiegende Symptome für eine emotionale Störung zu finden.

Krisenintervention

Von der Vielzahl der Probleme in unterschiedlichen Bereichen – Seele, Körper, Sozialisierung - kann jedes für sich plötzlich zu einer Krisensituation, einer Dekompensation des Abwehrsystems mit potenzieller Selbst- und Fremdgefährdung führen. Oben beschriebene Kenntnisse über die Suchterkrankung ermöglichen eine effektive Therapie. Was auch immer die Krise ausgelöst hat – Mitteilung, dass eine Hepatitis-C-Infektion vorliegt, Erwachen auf der Intensivstation nach einer akzidentiellen Überdosis, notfallmäßige Aufnahme bei akuter Pneumonie, Endokarditis ..., Suizidversuch bei Angst vor Inhaftierung, Trennung vom Partner, Tod eines Angehörigen, disziplinarische Entlassung, Entzugssyndrom, Diskriminierung – der Patient findet sich in einer Umgebung mit fremden Menschen wieder. Dies bedeutet, dass seine Angst zunimmt, dass er in panische Angst gerät, kein Opiat einnehmen zu können. Psychischer und physischer Stress verstärken den Zwang, Drogen zu nehmen. Sie sind auch Auslöser für Rückfälle. Opiat, am besten Heroin, ist für ihn *das* Mittel, das allein imstande ist, den nicht aushaltbaren Zustand erträglich zu machen. Alle, die eigentlich helfen wollen, werden so zu Verhinderern der Linderung. Befindet sich ein opioidab-

hängiger Patient in einer Krise, wird daher richtigerweise folgendermaßen interveniert:

1. **Talk down**
2. **Opiode geben**
3. **Therapie der anderen psychiatrischen und/oder somatischen lebensbedrohenden Syndrome**

Talk down bedeutet nichts anderes, als sich empathisch, beruhigend dem Patienten zuzuwenden mit dem Ziel, ihm verständlich zu machen, dass man ihn nicht leiden lassen und ihm Opiode geben will, damit sich sein Leiden verringert. Hilfreich ist, sofort zu fragen, ob er Entzugssymptome hat – auch wenn keine objektivierbar sind –, dass man sich auskennt, dass man Opiode hat, wenn auch kein Heroin, so doch mindestens so hochpotente wie Heroin. In meiner 18-jährigen Arbeit als Aufnahmearzt in der Nothilfe, Notarzt und Klinikarzt konnte ich noch jeden Patienten auf diese Weise beruhigen. Jetzt können **Opiode gegeben** werden. Welche Opiode gewählt werden, hängt von der **Therapie der anderen psychiatrischen und/oder somatischen lebensbedrohenden Syndrome** ab, die im Zusammenhang mit der Krise stehen beziehungsweise die die Krise ausgelöst haben. Muss operiert werden oder aus anderem Grund intubiert und beatmet werden, sind Fentanyl oder andere kurz wirksame Opiode Mittel der ersten Wahl. Muss der Patient in wachem Zustand behandelt werden, wird die Opioidabhängigkeit mit lang wirksamen sogenannten Substitutionsmitteln behandelt mit dem Ziel, dass keine Entzugssymptome mehr vorhanden sind. Die zugelassenen Mittel der ersten Wahl sind Levomethadon (L-Polamidon[®]) und Methadon (Methadonhydrochloridlösung 1%), aber auch Buprenorphin (Subutex[®], Suboxone[®]). Letzteres kann nicht mit μ -Agonsiten wie Morphin, Hydromorphen, Fentanyl u.a. kombiniert werden. Daher sollten bei bevorstehenden Operationen oder notwendiger Intubation und Beatmung Levomethadon oder Methadonhydrochloridlösung gewählt werden. Die Dosishöhe schwankt individuell sehr stark. Idealerweise hat der Patient nicht nur keine Entzugssymptome mehr, sondern wird durch die Tagesdosis auch leicht sediert. Akute Schmerzen sollten mit einem anderen Opioid, zum Beispiel Dipidolor oder Hydromorphen, behandelt werden. Wurde der Patient, bevor er in die Krise geraten ist, bereits mit einem Substitutionsmittel behandelt, so wird ihm nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt genau das Substitutionsmittel weitergegeben. Eventuell wird die Dosis gering gesteigert, um eine leichte Sedierung zu bewirken. Buprenorphin, das aufgrund seiner größeren Sicherheit immer mehr verschrieben wird, wird bei kurz dauernden Krisen ebenfalls mit leicht erhöhter Dosis weitergegeben. Muss operiert werden und sind lang dauernde starke Schmerzzustände zu erwarten, so muss auf Levomethadon umgestellt werden.

Das Wissen darüber, dass der Patient die Opiode braucht, und ihm Gewissheit zu vermitteln, dass sie vorhanden sind und sie ihm gegeben werden, weil niemand will, dass er unnötig leidet, stellen die Grundlage für eine mögliche vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung dar. Sind die Opiode richtig dosiert verabreicht, sind die besten Bedingungen für ein psychotherapeutisches Gespräch gegeben. Die eingeleitete oder fortgeführte Substitutionstherapie ermöglicht sowohl die ambulante Weiterbehandlung somatischer Krankheiten als auch psych-

iatrischer Krankheiten; sie ermöglicht auch eine psychotherapeutische Behandlung mit dem Ziel, das psychische Abwehrsystem so zu stärken, dass keine Opiode mehr notwendig sind. Erst wenn sich der opioidabhängige Patient vorstellen kann, ohne Opiode zu leben, sollte über den Weg der qualifizierten Entzugsbehandlung die Abstinenz angestrebt werden.

Psychotherapie Opioidabhängiger

Eine erfolgreiche Krisenintervention kann der Beginn für eine weitere, lang dauernde Psychotherapie sein, da der Patient vielleicht erstmals sich angenommen und würdig behandelt gefühlt hat. Die tiefenpsychologisch fundierte oder psychoanalytische Behandlung sollte einige Besonderheiten berücksichtigen.

Zu unterscheiden gilt, ob es sich um einen ehemaligen Heroinkonsumenten oder um eine Patientin oder einen Patienten handelt, die oder der noch psychotrope Substanzen konsumiert. Bei einem ehemaligen Heroinabhängigen wird die ursächliche emotionale Störung rasch deutlich. Wichtig sind Vereinbarungen, wie bei einem Rückfall verfahren wird. Ein Abbruch oder eine Unterbrechung der Therapie, wie häufig praktiziert, ist meines Erachtens kontraindiziert, da es meist eine Wiederholung der inkonstanten Elternbeziehung bedeutet und somit zu einer Verschlechterung führt. Eine Fortführung – mit einem angesprochenen Intensitäts- und Ebenenwechsel – bewirkt durch die Beziehungskonstanz Stützung des Ichs. Es wird so weiterbehandelt wie bei einer Psychotherapie mit Menschen, die psychotrope Substanzen konsumieren. Auch wenn es schwierig scheint, so werden dennoch auch durch den Schutzmantel der Opiode Gefühle wahrgenommen, mit denen gearbeitet werden kann. Im Vordergrund steht jedoch primär die Beziehungskonstanz, die Zuverlässigkeit, die Struktur, *das psychotherapeutische Setting*, und als solches ist auch die wiederkehrende tägliche Opioidvergabe zu sehen. Diese dadurch mögliche Beziehungskonstanz, die Sicherheit, dass jeden Tag, ob Ostern, Wochenende oder an Weihnachten, zur selben Zeit Bezugspersonen anzutreffen sind, sollte nicht unterschätzt werden. Zu diesen Bezugspersonen zählt idealerweise auch der Psychotherapeut. Hier wird deutlich, dass mit streng abstinenter Therapeutenhaltung eine Psychotherapie mit Opioidabhängigen nicht möglich ist. Vielmehr muss sich der Therapeut zeigen, muss „nahe hingehen“ und daher selbst umso stabiler sein. Er muss sich vor Behandlungsbeginn darüber klar werden, ob er lange Jahre die Beziehungskonstanz aufrechterhalten kann, auch dann, wenn er aufs Äußerste getestet wird (Reinszenierung). Sollten Zweifel aufkommen, sollte er nicht beginnen. Der Therapeut kann davon ausgehen, dass wie auch immer sich der opioidabhängige Patient zeigt, dieser sich ungeliebt, wertlos, „wie der letzte Dreck“ fühlt. Häufig habe ich gehört: „Ich bin nicht wert, auf dieser Welt zu sein“ oder: „Mich kann niemand lieben“. Anfangs ist es wichtig zu stützen; der Patient wird immer mehr von der Beziehung abhängig. Der Therapeut gibt die zuverlässige Beziehung, die immer mehr an die Stelle des Opioids tritt, das allein zuverlässig in jeder Situation geholfen hat. Mögliche Zwischenfälle und Komplikationen sollten vorwegnehmend besprochen werden: Krankheitsfall des Therapeuten, unentschuldigtes Fernbleiben, bei lebensbedrohlicher Intoxikation Notarzt rufen etc.

Sinnvoll ist es, sich für jede Stunde eine wichtige oder auch freudige Alternative zurechtzulegen, die gewählt wird, sollte der Patient nicht kommen. Solange der Patient unter der Wirkung von Opioiden steht oder zusätzlich andere psychotrope Substanzen konsumiert, sollten nur sehr wenige, einfache Sätze gesprochen werden. Die Sitzung sollte eventuell auf 25 Minuten Dauer zweimal pro Woche angesetzt werden. Die Zeit ist nicht verloren, denn die Beziehung wird durch dieses Vorgehen, das zuverlässige Dasein und die wenigen, wirksamen, positiv ich-stärkenden Sätze aufgebaut. In der zweiten Phase kann auf dieser Beziehungsbasis die eigentliche Arbeit beginnen. Entscheidend ist auch die Loslassphase. Bei Komplikationen wie Rückfall und Wohnungsverlust, wird die Ebene gewechselt, praktisch der „Beruf gewechselt“. Drei Berufe sollten bedacht werden:

- medizinischer Bereich: bei Lebensgefahr Notfallmedizin, bei somatischer Erkrankung Behandlung derselben
- psychischer Bereich: Beziehung, Psychotherapie
- sozialer Bereich: wenn die Wohnung verloren geht, neue suchen helfen

Diese Bereiche können bei intensiver Zusammenarbeit selbstverständlich auch von verschiedenen Personen wahrgenommen werden. Die wichtigste Regel für die Psychotherapie mit opioidabhängigen Menschen ist die der Beziehungskonstanz - komme, was wolle. Ein langer Atem ist dabei notwendig, um lange Phasen und Zeiten des Gebens durchzuhalten – dann erhält man auch ebenso viel zurück.

Literatur

- Alter MJ, Hadler SC, Judson FN (1990): Risk factors for acute non-A, non-B-hepatitis in the United States and association with hepatitis C virus infection. *JAMA* 264:2231-2235
- Anthony JC, Helzer JE (1995): Epidemiology of drug independence. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GE (eds.): *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: Wiley-Liss, pp. 361-406
- Backmund M (1999): *Sucht-Therapie*. Landsberg/Lech: Ecomed-Verlag
- Backmund M, Eichenlaub D (2006a): Drogennotfälle. In: Zerkowski HR, Baumann G (Hrsg.): *HerzAkutmedizin*. Darmstadt: Steinkopferverlag, S. 591-599
- Backmund M, Eichenlaub D (2006b): Drogenendokarditis. In: Zerkowski HR, Baumann G (Hrsg.): *HerzAkutmedizin*. Darmstadt: Steinkopferverlag, S. 584-590
- Backmund M, Eichenlaub D, Soyka M (1998): Das Bundesmodellprojekt „Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger“ an einem Krankenhaus der Maximalversorgung: Konzept, Inanspruchnahme und klinische Ergebnisse. *Gesundheitswesen* 60:552-557
- Backmund M, Meyer K, Eichenlaub D, Schütz CG (2001a): Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. *Drug Alcohol Depend* 64:173-180
- Backmund M, Meyer K, Nagengast O, Zwehl W (2001c): Myocardial infarction associated with methadone and/or dihydrocodeine – a case report. *Eur Addict Res* 7:37-39
- Backmund M, Meyer K, Rubenbauer H, Hierl F, Franke J, Weller A-K, Pilger A, Eichenlaub D (2000): Rhabdomyolyse mit Kompartmentsyndrom und akutem Nierenversagen nach intravenöser Heroininjektion. *Suchtmed* 2: 61-64
- Backmund M, Meyer K, von Zielonka M (2001b): Prävalenzdaten zu Hepatitis B und C bei Drogenabhängigen in München. *Suchtmed* 3:21-24
- Backmund M, Meyer K, von Zielonka M, Eichenlaub D (2001d): Treatment of Hepatitis C Infection in Injection Drug users. *Hepatology* 34:188-193.
- Backmund M, Pfab R, Rupp P, Zilker T (1999): Häufiger Notfall: Intoxikationen Suchtkranker durch Drogen und psychotrope Substanzen. *Der Notarzt* 15:29-33
- Bergstein JM, Baker IV, Aprahamian C, Schein M, Wittmann DH (1995): Soft tissue abscesses associated with parenteral drug abuse: Presentation, microbiology and treatment. *Am Surg* 61:1105-1108
- Bick RL, Anhalt JE (1971): Malaria transmission among narcotic addicts. A report of 10 cases and review of literature. *CalMed* 115:56
- Bosshardt TL, Henderson VJ, Organ jr CH (1996): Necrotizing soft-tissue infections. *Arch Surg* 131:846-854
- Bronisch T, Wittchen U (1994): Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 244:93-98
- Bukstein OG, Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Schweers J, Roth C, Balach L (1993): Risk factors for suicide among adolescents with a history of substance use: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 88 :403-408
- Cherubin C, McCusker J, Baden M, Kavalier F, Amsel Z (1972): The epidemiology of death in narcotic addicts. *Am J Epidemiol* 96:11-22
- Cherubin CE, Millian SJ, Palusci E, Fortunato M (1968): Investigations in tetanus in narcotics addicts in New York City. *Am J Epidemiol* 88:215-223
- Darke S, Hall W (2003): Heroin overdose: research and evidence-based intervention. *J Urban Health* 80: 89-200
- Darke S, Ross J, Hall W (1996): Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I. Prevalence and correlates of non-fatal overdose. *Addiction* 91:405-411
- Darke S, Ross J (2002): Suicide among heroin users: rates, risks factors and methods. *Addiction* 97:1383-1394
- Diekstra RFW, Gulbinat W (1993): The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Stat Q* 46:52-68
- Dressler FA, Roberts WC (1989): Infective endocarditis in opiate addicts: Analysis of 80 cases studied at necropsy. *Am J Cardiol* 63:1240
- Fenichel O (1945): *Psychoanalytische Neurosenlehre*. Bd. 1. Gießen: Psychosozial Verlag
- Freud S (1930): *Das Unbehagen in der Kultur*. GW XIV. Frankfurt am Main: Fischer
- Frischer M, Goldberg D, Rahmann M, Berney L (1997): Mortality and survival among a cohort of drug injectors in Glasgow, 1982 – 1984. *Addiction* 92:419-427
- Frishman WH, Del Vecchio A, Sanal S, Ismail A (2003): Cardiovascular manifestations of substance abuse: part 2: alcohol, amphetamines, heroin, cannabis, and caffeine. *Heart Dis* 5:253-271
- Gunne L-M, Grönbladh L (1981): The Swedish methadone maintenance program: a controlled study. *Drug Alcohol Depend* 7:249-256
- Grönbladh L, Ohlsund S, Gunne LM (1990): Mortality in heroin addiction impact of methadone treatment. *Acta Psychiatr Scand* 82:223-227
- Harris EC, Barraclough B (1997): Suicide as an outcome for mental disorders. *Br J Psychiatry* 170: 205-228
- Hartmann D (1969). A study of drug taking adolescents. *Psychoanal Study Child* 24:384-398
- Heckmann W, Püschel K, Sschmoldt A, Schneider V, Schulz-Schaeffer W, Soellner R, Zenker C, Zenker J (1993): Drogennot- und -todesfälle. Eine differenzierte Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie der Drogenmortalität: Drogentodesfälle in Berlin, Bremen, Hamburg. *Drogennotfälle in Bremen und Hamburg*. Bd. 28. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit

- Henriksen BM, Albreksten SB, Simper LB, Gutschik E (1994): Soft tissue infections from drug abuse. A clinical and microbiological review of 145 cases. *Acta Orthop Scand* 65:625-628
- Hickman M, Carnwarth Z, Madden P, Farrell M, Rooney C, Ashcroft R et al. (2003): Drug-related mortality and fatal overdose risk: pilot cohort study of heroin users recruited from specialist drug treatment sites in London. *J Urban Health* 80:274-287
- Hser YI, Hoffmann V, Grella CE, Aanglin MD (2001): A 33-year follow-up of narcotic addicts. *Arch Gen Psychiatry* 58:503-508
- Huber-Schneider C, Gubler J, Knoblauch M (1994): Endokarditis durch *Corynebacterium diphtheriae* bei Kontakt mit intravenösen Drogen: Bericht über 5 Fälle. *Schweiz Med Wochenschr* 124:2173-2180
- Hulse GK, English DR, Milne E, Holman CDJ (1999): The quantification of mortality resulting from the regular use of illicit opiates. *Addiction* 94:221-229
- Jurna I (1984/1994): Analgetika. In: Forth W, Henschler D, Rummel W (Hrsg.): *Pharmakologie und Toxikologie*. 4., überarbeit. Aufl. Zürich: BI Wissenschaftsverlag, S.470-492
- Khantzian EJ (1973): Opiate addiction: a critique of theory and some implications for treatment. *Am J Psychother* 28:59-70
- Khantzian EJ, Mack JE, Schatzberg AF (1974): Heroin use as an attempt to cope: clinical observations. *Am J Psychiatry* 131:160-164
- Kosten TR, Rounsaville BJ (1988): Suicidality among opioid addicts: a 2.5-year follow-up. *Am J Drug Alcohol Abuse* 14:357-369
- Kraus L, Augustin R (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht* 47 (Sonderheft 1):S7-S86
- Krausz M, Degkwitz P, Haasen C, Verthein U (1996): Opioid addiction and suicidality. *Crisis* 17:175-181
- Krausz M, Degkwitz P, Kuhne A, Verthein U (1998a): Comorbidity and mental disorders. *Addict Behav* 23:767-783
- Krausz M, Verthein U, Degkwitz P (1998b): Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. *Nervenarzt* 69:557-567
- Krystal H, Raskin HA (1983): *Drogensucht. Aspekte der Ich-Funktion*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie
- Lew DP, Waldvogel FA (1997): Osteomyelitis. *N Engl J Med* 336:999-1007
- MacKenzie AR, Laing RB, Douglas JG, Greaves M, Smith CC (2000): High prevalence of iliofemoral venous thrombosis with severe groin infection among injecting drug users in North East Scotland: successful use of low molecular weight heparin with antibiotics. *Postgrad Med J* 76:561-565
- Manfredi R, Sabbatani S, Agostini D (2006): Trend of mortality observed in a cohort of drug addicts of the metropolitan area of Bologna, North-Eastern Italy, during a 25-year-period. *Coll Anthropol* 30:479-488
- Mazurov VI, Ulanova VI (2001). The course of infectious endocarditis in IV drug abusers and subjects predisposed to heart diseases. *Klin Med (Mosk)* 79:23-28
- McGuigan CC, Penrice GM, Gruer L, Ahmed S, Goldberg D, Black M, Samlmon JE, Hood J (2002): Lethal outbreak of infection with *Clostridium novyi* type A and other spore-forming organisms in Scottish injecting drug users. *J Med Microbiol* 51:971-977
- Miro JM, del Rio A, Mestres CA (2003): Infective endocarditis and cardiac surgery in intravenous drug abusers and HIV-1 infected patients. *Cardiol Clin* 21:167-184
- O'Donovan D, Cooke RP, Joce R, Eastbury A, Waite J, Stene-Johnson K (2001): An outbreak of hepatitis A amongst injecting drug users. *Epidemiol Infect* 127:469-473
- Oppenheimer E, Tobutt C, Taylor C, Andrew T (1994): Death and survival in a cohort of heroin addicts from London clinics: a 22-year follow-up. *Addiction* 89:1299-1308
- Oyefso A, Ghodse H, Clancy C, Corkery JM (1999): Suicide among drug addicts in the UK. *Br J Psychiatry* 175:277-282
- Pirkis J, Burgess P, Dunt D (2000): Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. *Crisis* 21:16-25
- Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, Hesselbrock V, Kramer JR (2003): Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *Am J Psychiatry* 160:56-63
- Rado S (1926): The psychic effects of intoxicants: an attempt to evolve a psycho-analytic theory of morbid cravings. *Int J Psychoanal* 7:396-413
- Rado S (1933): The psychoanalysis of pharmacothymia (drug-addiction). *Psychoanal Q* 2:1-23
- Rado S (1963): Fighting narcotic bondage and other forms of narcotic disorders. *Compr Psychiatry* 4:160-167
- Rathod NH, Addenbrooke WM, Rosenbach AF (2005): Heroin dependence in an English town: 33-year follow-up. *Br J Psychiatry* 187:421-425
- Ravndal E, Vaglum P (1999): Overdoses and suicide attempts: different relations to psychopathology and substance abuse? A 5-year prospective study of drug abusers. *Eur Addict Res* 5:63-70
- Termorshuizen F, Krol A, Prins M, van Meijden EJ (2005): Long-term outcome of chronic drug use: the Amsterdam Cohort Study among drug users. *Am J Epidemiol* 161:271-279
- Reimer J, Schulte B, Haasen C, Krausz M (2004): *Epidemiologie der Sucht: Opiate*. In: Backmund M (Hrsg.): *Sucht-Therapie*. Landsberg/Lech: Ecomed-Verlag, V-5:1-10
- Schuckit MA, Danko GP, Smith TL, Hesselbrock V, Kramer J, Buchholz K (2003): A 5-year prospective evaluation of DSM-IV alcohol dependents with and without a physiological component. *Alcohol Clin Exp Res* 27:818-825
- Selwyn PA, Feingold AR, Hartel D, Schoenbaum EE, Alderman MH, Klein RS, Friedland GH (1988): Increased risk of bacterial pneumonia in HIV-infected intravenous drug users without AIDS. *AIDS* 2:267-272
- Summanen PH, Talan DA, Strong C, McTeague M, Bennion R, Thompson jr JE, Vaisanen ML, Moran G, Winer M, Finegold SM (1995): Bacteriology of skin and soft-tissue infections: Comparison of infections in intravenous drug users and individuals with no history of intravenous drug use. *CID* 20(suppl 2):279-282
- Termorshuizen F, Krol A, Prins M, van Meijden EJ (2005): Long-term outcome of chronic drug use: the Amsterdam Cohort Study among drug users. *Am J Epidemiol* 161:271-279
- UNODC, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2003): *Global Illicit Drug Trends 2003*. United Nations Publication www.unodc.org/unodc/global_illicit_drug_trends.html.
- Vilalba-Garcia MV, Lopez-Glez-Cobos C, Garcia-Castano J, Pinilla-Llorente B, Gonzales.Ramallo VJ, Muino-Miguez A (1994): Rhabdomyolysis in acute intoxications. *An Med Interna* 11:119-122
- Wächtler M, Meyer K, Maier S, Höcherl EFJ, Eichenlaub D, Backmund M (2000): Polytoxikomane Patientin mit rezidivierender offener Gangrän und chronischer Osteomyelitis des rechten Unterarms. *Suchtmed* 2:3-6
- Wieder H, Kaplan EH (1969): Drug use in adolescents: psychodynamic meaning and pharmacogenic effect. *Psychoanal Study Child* 24:399-431
- Wurmser L (1997): *Die verborgene Dimension: Psychodynamik des Drogenzwangs*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Priv.-Doz. Dr. med. Markus Backmund

Leiter Bereich Suchtmedizin Klinikum Schwabing

Institut für Suchtmedizin und Adipositas

Tal 9 • D-80331 München

Tel.: 0049-89-4522856-0 • Fax: 0049-89-4522856-22

E-Mail: Markus.Backmund@mac.com