

# Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit

**Hartmut Klos**  
**Wilfried Görgen**

Ein Trainingsprogramm

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

## **Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit**



**Hartmut Klos  
Wilfried Görgen**

# **Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit**

Ein Trainingsprogramm

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

**Dipl.-Päd. Hartmut Klos**, geb. 1963. 1982–1988 Studium der Pädagogik in Münster. Seit 1988 in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Sucht- und Drogenhilfe als Berater und Therapeut tätig. 1993–2000 Ausbildung in Integrativer Therapie an der EAG/FPI Hückeswagen. Seit 1996 klinischer Einzel- und Gruppentherapeut für Abhängigkeitserkrankungen bei der Drogenhilfe Köln gGmbH. Seit 1997 Heilkundlicher Psychotherapeut (HPG). Seit 2002 Freiberufliche Tätigkeit in Fortbildung, Beratung und Supervision für Mitarbeiter und Institutionen der Drogenhilfe und Suchtmedizin. Lehrtätigkeit an Hochschulen und Akademien.

**Dipl.-Psych., Dipl.-Sportlehrer Wilfried Görden**, geb. 1951. 1972–1978 Studium der Psychologie in Köln und Sportstudium an der Deutschen Sporthochschule, Köln. 1979–1991 in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Sucht- und Drogenhilfe als Streetworker, Berater und Psychotherapeut tätig. Ausbildung in Gesprächspsychotherapie. Seit 1986 als Psychotherapeut und Supervisor in freier Praxis. 1991–2008 Projektleiter bei FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln. 2008–2016 Beauftragter für Organisations- und Qualitätsentwicklung beim Sozialdienst Katholischer Männer e.V. Köln. Freier Mitarbeiter der FOGS-GmbH.

*Fortbildungsangebote zu diesem Trainingsprogramm finden Sie unter: [www.hartmutklos.de](http://www.hartmutklos.de) und [www.rueckfallprophylaxe.de](http://www.rueckfallprophylaxe.de)*

#### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
[info@hogrefe.de](mailto:info@hogrefe.de)  
[www.hogrefe.de](http://www.hogrefe.de)

Satz: Beate Hautsch, Göttingen  
Format: PDF

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2020  
© 2009 und 2020 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen  
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2905-2; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2905-3)  
ISBN 978-3-8017-2905-9  
<http://doi.org/10.1026/02905-000>

## **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

## **Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Kapitel 1: Einleitung</b> .....	<b>7</b>
<b>Kapitel 2: Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>10</b>
2.1 Grundlagen .....	10
2.1.1 Drogenkonsum und -abhängigkeit .....	10
2.1.2 Störungsmodell .....	11
2.1.3 Prävalenz .....	14
2.1.4 Hilfesystem .....	15
2.2 Problemlagen .....	16
2.2.1 Komorbide psychische Störungen .....	16
2.2.2 Somatische (Begleit-)Erkrankungen .....	20
2.2.3 Soziale Problemlagen .....	21
2.2.4 Identität und Drogenabhängigkeit .....	22
2.2.5 Devianz, Kriminalität und Drogenabhängigkeit .....	27
2.3 Rückfall bei Drogenabhängigkeit .....	31
2.3.1 Verständnis und Definition des Rückfalls .....	31
2.3.2 Empirische Befunde .....	34
2.3.3 Theorien zum Rückfall .....	39
2.3.4 Theorie der Veränderung – das Transtheoretische Modell .....	42
2.3.5 Rückfallauslöser .....	45
2.4 Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit .....	47
2.4.1 Faktoren und Maßnahmen .....	47
2.4.2 Trainingsprogramme .....	50
<b>Kapitel 3: Das Rückfallprophylaxetraining (RPT)</b> .....	<b>51</b>
3.1 Zur Überarbeitung des RPT .....	51
3.2 Kernelemente und Anwendungshinweise .....	52
3.3 Ziele .....	54
3.4 Aufbau des Rückfallprophylaxetrainings .....	56
3.5 Methoden .....	60
3.6 Trainer .....	63
3.7 Gruppen- und Einzelsetting .....	65
3.8 Einsatzfelder des RPT .....	66
3.8.1 Ambulante Einsatzfelder .....	67
3.8.2 Stationäre Einsatzfelder .....	72

<b>Kapitel 4: Praktische Anwendung – Basismodule (BM)</b> .....	<b>78</b>
4.1 Basismodul 1: Einführung in das Rückfallprophylaxetraining .....	78
4.2 Basismodul 2: Wege aus der Drogenabhängigkeit – die Phasen der Veränderung .....	85
4.3 Basismodul 3: Schutzfaktoren .....	91
4.4 Basismodul 4: Risikofaktoren .....	97
4.5 Basismodul 5: Ambivalenzen – die Vor- und Nachteile der Drogenfreiheit .....	103
4.6 Basismodul 6: Strategien für den Umgang mit Drogenverlangen .....	109
4.7 Basismodul 7: Verhalten nach dem Rückfall – das Airbag-Modell .....	117
4.8 Basismodul 8: Lust und andere gute Gefühle .....	123
4.9 Basismodul 9: Erfolge, Anerkennung und Belohnungen .....	127
4.10 Basismodul 10: Abschluss und Auswertung des Rückfallprophylaxetrainings .....	132
<b>Kapitel 5: Praktische Anwendung – Indikative Module (IM)</b> .....	<b>135</b>
5.1 Indikatives Modul 1: Strategien in Risikosituationen .....	135
5.2 Indikatives Modul 2: Drogenabhängigkeit und Alkoholkonsum .....	140
5.3 Indikatives Modul 3: Kriminalität und Rückfälligkeit .....	146
5.4 Indikatives Modul 4: Kriminalität und materielle Sicherheit .....	151
5.5 Indikatives Modul 5: Risikobereitschaft und Rückfallgeschehen .....	156
5.6 Indikatives Modul 6: Angehörige und Rückfallgeschehen .....	160
5.7 Indikatives Modul 7: Komorbide Störungen und Rückfall I – Zusammenhang der Erkrankungen .....	166
5.8 Indikatives Modul 8: Komorbide Störungen und Rückfall II – Funktion der Substanzen .....	172
5.9 Indikatives Modul 9: Identitätsentwicklung und Rückfall I – die 5 Säulen der Identität .....	177
5.10 Indikatives Modul 10: Identitätsentwicklung und Rückfall II – Vorbilder, Werte, Lebensstil .....	181
5.11 Indikatives Modul 11: Identitätsentwicklung und Rückfall III – Gruppenzugehörigkeit .....	185
5.12 Indikatives Modul 12: Zukunftsentwurf und Rückfall – Perspektiven, Visionen und Hoffnung .....	190
<b>Kapitel 6: Ausblick</b> .....	<b>196</b>
<b>Literatur</b> .....	<b>197</b>
<b>Anhang</b>	
Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM .....	205

#### CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die zur Durchführung des Gruppenprogramms verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter [www.adobe.com/de/reader](http://www.adobe.com/de/reader) erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.



# Kapitel 1

## Einleitung

Vor 10 Jahren wurde das Trainingsprogramm „Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit“ (RPT) erstmals veröffentlicht. Es richtet sich an Personen und Institutionen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, die Hilfen für Menschen mit drogenbezogenen Problemlagen vorhalten. Von diesen Fachkräften – u. a. aus der Sucht- und Drogenhilfe, der Suchtmedizin und der Forensik – wurde das Trainingsprogramm sehr gut angenommen. Als Indikator hierfür kann einerseits die hohe Nachfrage nach der Erstveröffentlichung als auch andererseits die konstante Nachfrage nach dem entsprechenden Fortbildungscurriculum<sup>1</sup> dienen, darüber hinaus auch die Vielzahl positiver Rückmeldungen zur Anwendung des Programms mit Patienten<sup>2</sup> sowie die Empfehlung des Programms in den S3-Leitlinien zur Behandlung von methamphetaminbezogenen Störungen (AWMF, DGPPN & DG-Sucht, 2016).

Getragen davon liegt nunmehr eine überarbeitete und erweiterte Neuauflage des RPT vor. Darin werden Veränderungen, Entwicklungen und Trends aus der Arbeit mit drogenabhängigen Menschen aus den letzten 10 Jahren berücksichtigt. Eine wesentliche Entwicklung liegt darin, dass sich die Gewichtung von einer substanzbezogenen hin zu einer kontextbezogenen Betrachtung der Suchterkrankung verschoben hat.

Die Einteilung und Differenzierung des Versorgungssystems in Hilfen für Menschen mit drogenbezogenen Problemen und alkoholbezogenen Problemlagen

stehen nicht mehr so im Vordergrund. Die Ableitung der Problemlagen aus substanzspezifischen bzw. substanzassoziierten Faktoren verändert sich hin zur Berücksichtigung von personenbezogenen komplexen somatischen, psychischen und sozialen Bedingungsgefügen. Mit Blick auf die Versorgung geht diese Entwicklung mit einem Wechsel von einer eher institutionsbezogenen hin zu einer personenbezogenen Organisation der Hilfen sowie einer stärkeren Teilhabeorientierung einher.

Veränderte Konsummuster und Verhaltensweisen sind zu beobachten, so z. B. die Verschiebung von einem intravenösen Opioidkonsum hin zu einem differenzierten polyvalenten Konsum, in dem Cannabinoide und Amphetamine, in z. T. regionalen Schwerpunkten (z. B. Methamphetaminkonsum in den südöstlichen Bundesländern), im Vordergrund stehen. Mit der Ausdifferenzierung von Konsummustern werden die Übergänge zwischen legal und illegal mit Blick auf die konsumierte Substanz, deren Verfügbarkeit sowie das umgebende Milieu fließender. Gleichzeitig nimmt die Bedeutung personaler und sozialer Bedingungen der Sucht zu. Das Hilfesystem hat begonnen, auf diese Entwicklungen und Trends zu reagieren. So erfolgen Zuweisungen in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nicht mehr allein über die Art der konsumierten Substanz, sondern verstärkt unter Berücksichtigung weiterer Faktoren wie z. B. Alter, Zusatzerkrankungen (z. B. Doppeldiagnosen), Grad der sozialen Schwierigkeiten und Devianzbelastung. Gleichzeitig sind Veränderungen in der Umsetzung der Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes beobachtbar. Insbesondere bei opiatabhängigen Personen ziehen Gerichte eine Unterbringung in der Forensik (nach § 64 StGB) der Möglichkeit einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation (auf Grundlage des § 35 BtMG) vor. Schließlich festigen und differenzieren sich die Angebote und Interventionen der Suchtme-

1 Fortbildungsangebote zu diesem Trainingsprogramm finden Sie unter: [www.hartmutklos.de](http://www.hartmutklos.de) und [www.rueckfallprophylaxe.de](http://www.rueckfallprophylaxe.de)

2 In diesem Manual wird zur sprachlichen Vereinfachung durchgehend von Patienten gesprochen. Dabei wird vorausgesetzt, dass in der Praxis auch andere Begriffe benutzt werden, die die Personen der Zielgruppe adäquater bezeichnen als z. B. Klienten, Nutzer, Hilfesuchende, Betroffene etc. Ebenfalls zur sprachlichen Vereinfachung wird die männliche Form gewählt, wobei i. d. R. Personen jeglichen Geschlechts gemeint sind.

dizin für unterschiedliche Bedarfslagen (z. B. Substitution, Diamorphinvergabe, Therapieangebote für Cannabiskonsumenten). Praxen mit dem Schwerpunkt „Sucht“ und die Öffnung ambulanter Psychotherapie für die Behandlung von suchtkranken Menschen lassen erahnen, was möglich wäre, wenn die strukturellen Bedingungen und die Bereitschaft der Anbieter in die eingeschlagene Richtung bedarfsgerecht weiterentwickelt würden.

Verändert bzw. weiterentwickelt hat sich auch der Umgang mit dem Rückfallthema innerhalb der Hilfen. Wurden in der Erstauflage des RPT noch ambivalente Haltungen und Einstellungen der Mitarbeiter in Bezug auf das Rückfallgeschehen beschrieben, so zählt die Rückfallprophylaxe heute zum Standard in der Arbeit mit suchtkranken Menschen. Dies zeigt sich z. B. in den medizinischen Leitlinien (AWMF) zur Behandlung von suchtkranken Menschen, in den Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation wie auch in der Praxis der Sucht- und Drogenhilfen. Die insgesamt verbesserte Akzeptanz von psychoedukativen Interventionen und Programmen hat hierzu einen Beitrag geleistet. Vor diesem Hintergrund sind Überlegungen und Perspektiven zum Rückfallverständnis in der hier vorliegenden Neuauflage verstärkt herausgearbeitet.

Die Neuauflage berücksichtigt die hier nur kurz skizzierten Entwicklungen und Trends auf unterschiedlichen Ebenen. Ohne den Fokus auf drogenbezogene Problemlagen aufzugeben, wird an verschiedenen Stellen eine substanzmittelübergreifende Suchtperspektive eingenommen. An anderen Stellen, z. B. bei dem Thema Identität, werden drogenbezogene Problemlagen demgegenüber eher akzentuiert.

Der Bedarf an Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe besteht in unterschiedlichen Bereichen und Settings. Im Grundsatz kann und sollte das RPT überall dort eingesetzt werden, wo Menschen mit suchtbearbeiteten Problemlagen ihre Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung entwickeln und stärken wollen und gegebenenfalls einen „Weg aus der Sucht“ suchen. Dies kann in der Sucht- und Drogenhilfe mit ihren unterschiedlichen Bereichen ebenso stattfinden wie in der Suchtmedizin, der Psychiatrie, der Forensik oder dem Strafvollzug.

Das Trainingsprogramm muss dabei die unterschiedlichen Settings und Anwendungsbedingungen berücksichtigen und bedarfsgerecht angepasst werden. Dies betrifft sowohl die inhaltliche Seite mit ihren Themen und Schwerpunkten als auch die methodisch-didaktische Seite hinsichtlich der Struktur und Flexibilität des Programms sowie der Modellierbarkeit

einzelner Module. Das neue RPT greift aus diesem Grund neue Themen auf, wie z. B. den Zusammenhang von Sucht und komorbiden psychischen Störungen, einschließlich der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), und dessen Bedeutung für die Rückfallprophylaxe. Zudem wird das Thema Identität mit Blick auf seine Bedeutung für die Entwicklung einer Abhängigkeit, der Aufrechterhaltung einer drogenkonsumbezogenen und/oder abstinenter Lebensweise und damit ebenfalls in seiner Bedeutung für die Rückfalldynamik behandelt. Für beide Themenblöcke enthält das Trainingsprogramm nunmehr die entsprechenden Module.

Eine weitere Neuerung ist die Unterscheidung zwischen Basismodulen und Indikativen Modulen. In zehn *Basismodulen* werden Grundlagen der Rückfallprävention und des Rückfallmanagements gelegt und die wichtigsten Problemlagen und Interventionen vermittelt. Die zwölf *Indikativen Module* zielen auf spezifische personen- bzw. settingbezogene Bedarfslagen ab. Sie enthalten neben neuen Themen auch Vertiefungsanteile zu den Basismodulen.

Das neue RPT berücksichtigt natürlich auch die Anwendungserfahrungen aus der Praxis der letzten 10 Jahre sowie die Erkenntnisse aus Mitarbeiterqualifizierungen. Schließlich wurde der theoretische Teil hinsichtlich neuerer Forschungsdaten und Erkenntnisse aktualisiert und mit Blick auf die neuen Module erweitert.

Bei aller Neuerung: Orientiert am Grundsatz „Bewahre das Bewährte“ enthält das neue Trainingsprogramm auch viel vom alten RPT. Dies betrifft sowohl Aufbau und Gliederung des Manuals, die behandelten Themen und Inhalte des theoretischen Teils, den inneren Aufbau der einzelnen Manuale als auch eine Vielzahl methodischer Elemente. Nach wie vor gilt die folgende Aussage aus der Erstveröffentlichung: „Dieser Band

- gibt einen aktuellen Überblick zum wissenschaftlich-theoretischen Hintergrund,
- greift die zentralen Fragestellungen und Thesen im Zusammenhang mit dem Rückfallgeschehen bei drogenabhängigen Menschen auf,
- bietet ein umfassendes Manual zur praktischen Umsetzung des Rückfallprophylaxetrainings in unterschiedlichen Behandlungskontexten und
- vermittelt erfahrungsorientierte Aspekte und methodische Anregungen zur Optimierung der Behandlungspraxis.“

All dies, die Identifikation von Veränderungsbedarfen wie auch die Bestätigung von Bewährtem, war nur möglich durch die intensive Anwendung des RPT in der Arbeit mit drogenabhängigen Menschen.

Unser Dank gilt deshalb allen Mitarbeitern, die in den letzten 10 Jahren das Trainingsprogramm angewandt und eingesetzt haben. Ganz besonders danken wir den Patienten, die sich auf das Trai-

ningsprogramm eingelassen und damit erst den Erfahrungsraum ermöglicht haben, auf dem diese Neuauflage im Wesentlichen basiert.

# Kapitel 2

## Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Grundlagen

#### 2.1.1 Drogenkonsum und -abhängigkeit

Thema dieses Buches ist die Rückfallprophylaxe bei Menschen mit drogenbezogenen Problemen. Der dargestellte Ansatz der Rückfallprophylaxe ist, zum besseren Verständnis, einzubetten in Grundkenntnisse der Bedingungen und Voraussetzungen des Konsums illegaler Drogen und von Drogenabhängigkeit sowie den Strukturen des Hilfesystems und der Versorgung von drogenabhängigen Menschen. Dabei geht es weniger um eine Darstellung der fachlichen Grundlagen der Sucht- und Drogenhilfe (Gaspar et al., 1999; Tretter, 2000, 2016; Thomasius et al., 2009; Batra & Bilke-Hentsch, 2012; Heinz et al., 2012; Steingass, 2015) als vielmehr darum, relevante Aspekte dieser fachlichen Grundlagen mit Blick auf die Rückfallprophylaxe zu reflektieren. Im Zentrum stehen dabei diejenigen Bedingungen und Voraussetzungen, die sich aus den Besonderheiten der einbezogenen illegalen Substanzen sowie dem gesellschaftlichen Umgang mit diesen ergeben. Dabei liegt auch weiterhin ein Fokus der Betrachtung auf den Unterschieden zwi-

schen Drogen und Drogenabhängigkeit einerseits und Alkohol und Alkoholabhängigkeit andererseits und damit auf den Gesichtspunkten, die ein spezifisches Trainingsprogramm zur Rückfallprophylaxe für drogenabhängige Menschen gegenüber vergleichbaren Programmen für alkoholabhängige Menschen (Körkel & Schindler, 2003; Altmannsberger, 2004) begründen. Gleichwohl haben sich – seit der ersten Auflage des RPT – Konsummuster und -gewohnheiten dahingehend verändert, dass, insbesondere durch einen verstärkten klinisch relevanten Cannabis- und Amphetaminkonsum, Übergänge zwischen Alkohol- und Drogenabhängigkeit fließender geworden sind.

Mit „Drogenabhängigkeit“ ist der abhängige Konsum von illegalen Drogen gemeint. Klinisch relevant sind dabei vor allem Cannabis, Ecstasy, Amphetamine und Derivate, LSD, Benzodiazepine und Barbiturate sowie Kokain und Heroin. War bisher der Missbrauch von Heroin, oft in Kombination mit dem Missbrauch anderer illegaler (z. B. Amphetamine, Benzodiazepine) und/oder legaler (z. B. Alkohol) psychoaktiver Substanzen, vorherrschend, so ist eine substanzbezogene Betrachtung inzwischen um Cannabis und Amphetamine und seine Derivate zu ergänzen. Dies zeigt

**Tabelle 1:** Wirkweise häufig konsumierter Drogen (Tretter, 2000, S. 132)

Droge	Stimulierend	Sedierend	„Psychodysleptisch“
Cannabis		++	++
Ecstasy	++		++
LSD	+		+++
Benzodiazepine		++	
Kokain	++		++
Heroin		++	+

*Anmerkung:* Die „psychodysleptischen“ Drogen werden auch als „psycholytische“ bzw. „psychotomimetische“ Drogen bezeichnet, da sie psychoseinduzierend wirken können.

sich sowohl in den vorherrschenden Konsumgewohnheiten und -mustern als auch in der Inanspruchnahme von Beratung und Behandlung und damit auch hinsichtlich der Nachfrage nach Rückfallprophylaxe. Tretter (2000) unterscheidet mit Blick auf die Wirkungsweise der häufig konsumierten Drogen zwischen (a) stimulierender und (b) sedierender sowie (c) „psychodysleptischer“ („bewusstseinsverändernd“) Wirkung (vgl. Tab. 1).

Voraussetzung klinischen Handelns ist es, die phänomenologisch fließenden Übergänge zwischen dem Konsum, dem Missbrauch und der Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen diagnostisch abzugrenzen und für Interventionen handhabbar zu machen. Die Diagnoseschemata der ICD-10 (World Health Organization [WHO]/Dilling et al., 2016) bzw. des DSM-5 (American Psychiatric Association [APA]/Falkai, Wittchen et al., 2018) haben sich dabei in der Praxis bewährt. Sie unterscheiden sich jedoch nach der Anzahl der zugrunde gelegten Kriterien sowie der Ausprägung nach Schweregraden:

- Die ICD-10 unterscheidet zwischen einem „schädlichen Gebrauch“ – bei Vorliegen einer körperlichen oder psychischen Gesundheitsschädigung aufgrund des Konsums psychotroper Substanzen – und dem „Abhängigkeitsyndrom“, bei dem eine definierte Anzahl beschriebener Kriterien vorliegen muss.
- Demgegenüber sieht das DSM-5 lediglich eine Kategorie vor, die „Substanzkonsumstörung“. Die Unterscheidung des Schweregrads erfolgt nach den Stufen „leicht“, „mittel“ und „schwer“.

Eine weitere Unterscheidung besteht darin, dass in der ICD-10 Substanzgruppen (z.B. Sedative/Hypnotika, Stimulanzien) codiert werden, während im DSM-5 die jeweils spezifische Substanz (z.B. Leichtgradige Alprazolamkonsumstörung, Mittelgradige Methamphetaminkonsumstörung) codiert wird.

Nach ICD-10 kann von „schädlichem Gebrauch“ gesprochen werden, wenn der Konsum psychotroper Substanzen zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz, oder als psychische Störung, z.B. als depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum. Unter einem „Abhängigkeitsyndrom“ wird eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen verstanden, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise bestehen: (1) ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, (2) Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren sowie (3) anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor an-

deren Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben (4). Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung (5) und manchmal ein körperliches und/oder psychisches Entzugssyndrom (6). Das Abhängigkeitsyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen (ausführlich zu den Diagnosekriterien von ICD-10 und DSM-5 vgl. Zaudig et al., 2000; WHO/Dilling et al., 2015; APA/Falkai, Wittchen et al., 2018).

Insbesondere für die (medizinische) Rehabilitation hat die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) an Bedeutung gewonnen (WHO/Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005). Diese Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist in Deutschland insbesondere in der Rehabilitations-Richtlinie und im Bundesteilhabegesetz verankert. Die ICF dient dabei als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. Mit der ICF können die biopsychosozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden. Gegenüber der ICD-10 und dem DSM-5 erweist sich die ICF durch die Komponenten Aktivität, Partizipation und Kontext erweitert und ist damit auch auf die (noch) verfügbaren Ressourcen orientiert.

## 2.1.2 Störungsmodell

Das Verständnis von Drogenabhängigkeit als „Störung“ ist einzubinden in eine umfassende Betrachtung menschlicher Entwicklungschancen und -grenzen, wie sie Antonovsky (1997) in seiner Theorie der Salutogenese dargestellt hat. Demnach sind Krankheit und Gesundheit zwei sich gegenseitig beeinflussende Dimensionen in der Entwicklung des Menschen und seiner Lebenswelt, die nicht voneinander isoliert betrachtet werden können. Pathogenese ist immer multifaktoriell und lebenslaufbezogen zu sehen. Demnach gibt es eine Vielzahl von Faktoren zur Erklärung der Krankheitsentwicklung. Hilfreich zum Verständnis der Krankheitsentwicklung von drogenabhängigen Menschen ist zunächst die Unterscheidung von (a) protektiven Faktoren bzw. salutogenen Stimulierungen und (b) Risiko- bzw. Belastungsfaktoren bzw. pathogenen Stimulierungen. Petzold (2002) hat salutogenetische und pathogenetische



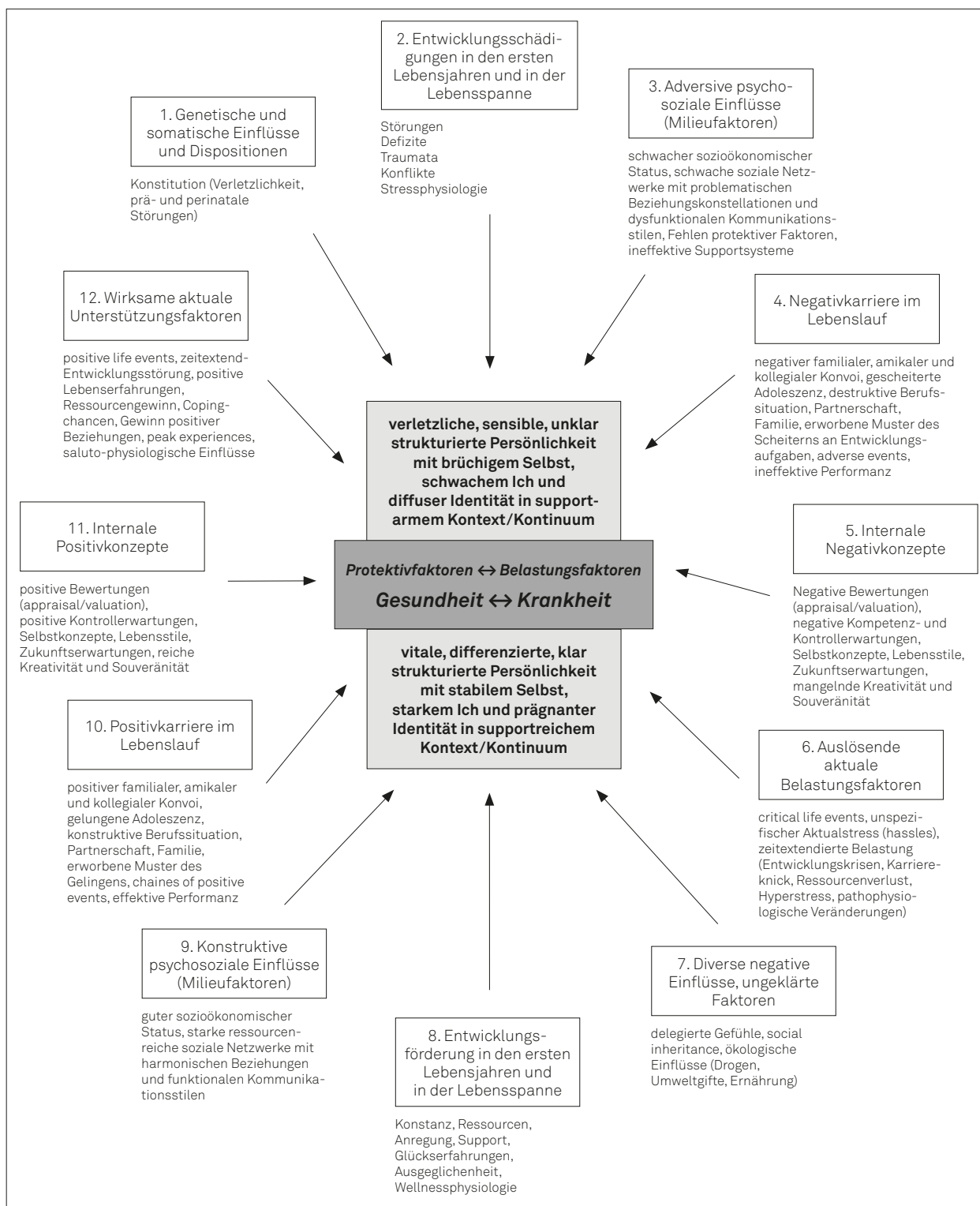


Abbildung 1: Salutogenese und Pathogenese über die Lebensspanne (Petzold, 2002, S. 48)

Faktoren über die Lebensspanne zusammenfassend dargestellt (vgl. Abb. 1).

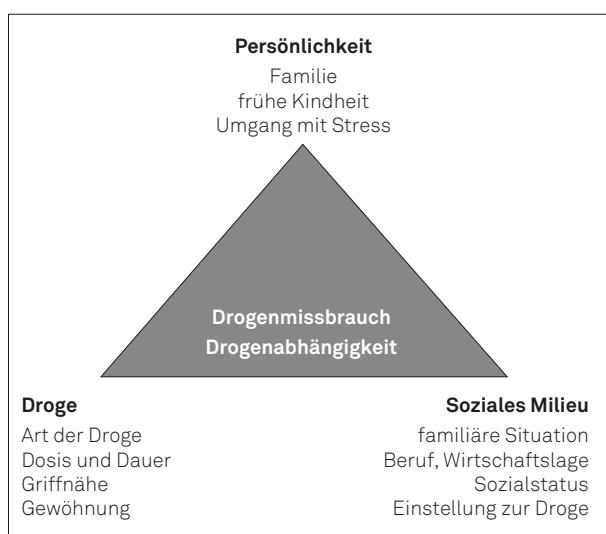
Drogenabhängigkeit ist eine komplexe chronische Erkrankung. Als auslösende Faktoren kommen nicht nur traumatische Erlebnisse in Betracht, sondern vor allem exogene Ketten schädigender Ereignisse, die mit familiären und sozialen Lebensbedingungen ver-

knüpft sind und die das, ggf. unterdurchschnittliche, Bewältigungspotenzial und die Ressourcenlage des Einzelnen überlasten.

Zur näheren Systematisierung der Darstellung der Drogenabhängigkeit wird das Modell von Feuerlein et al. (1998) zugrunde gelegt, in dem die Entwicklung von Sucht mit drei grundlegenden Faktoren verknüpft

ist, auf die sich jeweils unterschiedliche Erklärungsmodelle beziehen. Das sogenannte „biopsychosoziale Modell der Sucht“ besteht aus den Faktoren Droge, Person und Umwelt. Diese Faktoren sind jeweils aufeinander bezogen und beeinflussen sich gegenseitig (vgl. Abb. 2):

- **Droge:** Die illegalen Substanzen, insbesondere Opiode (Heroin), Kokain und Amphetamine/Derivate, besitzen ein hohes Suchtpotenzial, d.h. eine psychische und/oder körperliche Abhängigkeit tritt sehr schnell auf. Zudem können illegale Drogen durch ihre unterschiedlichen Wirkspektren gezielt eingesetzt werden, was sich u. a. in der häufigen Kombination des Konsums von stimulierenden und sedierenden Drogen wie z.B Amphetamine und Cannabis zeigt. Illegale Beschaffung und Handel verhindern eine staatliche Kontrolle der Warenqualität und tragen vor allem in Verbindung mit intravenösen Konsumformen und den oft unhygienischen Konsumbedingungen dazu bei, dass der Konsum von Drogen eine Fülle schwerer Erkrankungen nach sich ziehen kann (u. a. HIV- und Hepatitisinfektionen). Der Konsum von Cannabis und Amphetaminen geht demgegenüber häufig mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen einher. Schließlich muss berücksichtigt werden, dass Drogenabhängigkeit meist in Form von Polytoxikomanie auftritt, d. h. dass mehrere Drogen gleichzeitig konsumiert werden. Mit Blick auf den Rückfall geht damit eine Minderung von Risikoabschätzung und Bewältigungspotenzial einher.
- **Person:** Neben individuellen Voraussetzungen (z. B. genetische Risikofaktoren, unbewältigte Traumata, unzureichende Bewältigungsstrategien) ist es vor allem das frühe Auftreten einer Abhängigkeit unter illegalisierten Konsumbedingungen, die zur Stö-



**Abbildung 2:** Das biopsychosoziale Modell der Sucht (Kluge, 2003, S. 31)

rung der Persönlichkeitsentwicklung und Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Jugendalter führt. Zudem besteht ein enger Zusammenhang zwischen frühem Drogenkonsum und devianten Verhaltensweisen (vgl. Kap. 2.2.5) sowie dem Auftreten (schwerer) psychischer Störungen (vgl. Kap. 2.2.1). Im Falle, dass drogenabhängige Menschen neben rehabilitativen Leistungen auch Hilfen zur Nachsozialisation benötigen, sind mit Blick auf die Rückfallprophylaxe spezifische Bewältigungsstrategien in Rückfallsituationen sowie bei kritischen Lebensereignissen zu entwickeln.

- **Umwelt:** Neben eher personenbezogenen Umweltbedingungen (z. B. Broken-home-Situation, fehlendes soziales Netzwerk und Beziehungsdiskontinuität) ist es vor allem das mit dem Drogenkonsum einhergehende Ausmaß an sozialer Desintegration, das mit Drogenabhängigkeit verbunden ist und sich u. a. im weitgehenden Verlust von gesellschaftlichen Basisvoraussetzungen und -bindungen (z. B. Bildung, Arbeit/Beschäftigung, Konsum) und dem Ausschluss aus bürgerlichen sozialen Milieus zeigt. Die Besonderheiten illegaler Drogen werden zudem durch die Illegalität des Verkehrs (Erwerb, Besitz, Handel) mit der Droge und die gesellschaftliche Reaktion auf drogenabhängige Menschen bestimmt. Neben den o. g. Konsumbedingungen sind es vor allem die Ausgrenzung und Stigmatisierung drogenabhängiger Menschen, die krankheitsbedingte Störungen der gesellschaftlichen Teilhabe und sozialen Integration verstärken und Desintegrationsprozesse aktivieren. Dabei verlaufen diese Prozesse bspw. bei Menschen, die Heroin konsumieren, anders als bei Menschen, die Cannabis und Amphetamine/Derivate bevorzugen. Bei letzteren kann der Konsum häufiger über eine längere Zeit noch sozial integriert bzw. verdeckt erfolgen und damit umweltfeldbezogene Abstoßungsprozesse minimieren. Insgesamt betrachtet ist die Reaktion der Umwelt auf drogenabhängige Menschen durchaus ambivalent, da sie – u. a. aufgrund grundgesetzlich verankerter Rechte und eines sozialstaatlichen Selbstverständnisses – gleichzeitig zum Objekt öffentlicher Fürsorge und Wohlfahrt gemacht werden, indem ein umfangliches und differenziertes Angebot an Hilfen vorgehalten wird.

Die hier kurz skizzierten Faktoren sind Veränderungen unterworfen. So verändern sich Konsummotive, -muster und -gewohnheiten ebenso wie die Verfügbarkeit und der Zugang zu illegalen Drogen. Veränderte gesellschaftliche Bedingungen (z. B. ökonomische Verhältnisse, Wertewandel) sowie die jeweiligen sozialstaatlichen Strategien beeinflussen die perso-

nalen Entwicklungsbedingungen ebenso wie die Reaktion der Umwelt auf den Konsum psychoaktiver Substanzen und Drogenabhängigkeit. Alle Faktoren haben Auswirkungen auf die Beziehung drogenabhängiger Menschen zur Gesellschaft, sie bestimmen deren Chancen und Risiken, Möglichkeiten und Grenzen. Sie bestimmen auch die (Rahmen-)Bedingungen des Rückfalls und der Rückfallprophylaxe. Der Rückfall ist deshalb auch kein spezifisches und abgrenzbares Thema, sondern steht im Zentrum der Abhängigkeit und ihrer Behandlung. In den Rückfall und seine Prophylaxe fließen die Substanz mit ihren Möglichkeiten und Risiken, die physische und psychische Verfasstheit der Betroffenen (Fähigkeiten und Behinderungen) und die Reaktionen und Bedingungen des gesellschaftlichen Umfelds ein.

### 2.1.3 Prävalenz

Der gesellschaftliche Umgang mit Suchtstoffen beruht auf Konventionen und Vereinbarungen und ist eher durch die „Legalitätsgrenze“ als durch das jeweilige substanzbezogene Sucht- und Schadenspotenzial definiert. Die öffentliche Wahrnehmung des sogenannten Drogenproblems ist heute – am Ende der zweiten Dekade des 21. Jahrhunderts – immer noch stark durch die Unterscheidung von legalen und illegalen Drogen bestimmt. Vor allem die mediale Öffentlichkeit interessiert sich mehr für „das Drogenproblem“ mit „Drogentoten“ und „öffentlichen Szenen“ als für die Folgen des Alkohol- und Tabakmissbrauchs. Die Suchtpolitik löst sich erst langsam von ihrer Fixierung auf die Drogenpolitik, indem beispielsweise eine aktivere Tabakpolitik betrieben wird. Der Begriff „Droge“ impliziert immer noch illegale Suchtstoffe (z. B. Cannabis, Amphetamine/Derivate, Kokain, Heroin), während vor allem Alkohol deutlich neutraler als psychoaktive Substanz, als Genussmittel oder gar als Nahrungsmittel wahrgenommen wird. Der Wandel in der öffentlichen Wahrnehmung und

in der Politik erfolgt langsam und es bedarf mit Blick auf den Zusammenhang von Konsumverbreitung und -intensität und die gesellschaftlichen, ökonomischen und gesundheitlichen Folgen vor allem einer Intensivierung der Alkoholpolitik.

Denn die Zahlen sprechen eine deutlich „andere Sprache“. So stehen – wie Tabelle 2 zeigt – 1.77 Millionen Personen mit einem abhängigen Konsum von Alkohol „nur“ 319 000 Personen mit einem abhängigen Konsum von Cannabis, Kokain und Amphetaminen/Derivaten gegenüber (Pabst et al., 2013). Hinzu kommen (geschätzte) 160 322 heroinabhängige Personen (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht [DBDD], 2017). Im europäischen Vergleich liegt Deutschland meist im mittleren Drittel der Prävalenzraten bei 15- bis 34-jährigen Personen. Eine Ausnahme bildet der missbräuchliche Konsum von Amphetaminen, hier sind für Deutschland hohe Prävalenzraten dokumentiert (Bartsch et al., 2017; Simon et al., 2018).

Die vergleichsweise geringe Prävalenz abhängigen Konsums illegaler Drogen gegenüber legalen Drogen wird noch deutlicher, wenn man Medikamente mit in die Betrachtung einbezieht, wobei von geschätzten 2.31 Millionen medikamentenabhängigen Personen ausgegangen werden muss (Pabst et al., 2013).

Mit Blick auf illegale Drogen sind jedoch erhebliche regionale Unterschiede zu beachten, wobei das „Drogenproblem“ in seiner „klassischen Variante des Heroinmissbrauchs“ deutlich als Problem großstädtischer Metropolen auftritt (Krausz & Raschke, 1999). Demgegenüber dürften problematische Formen des Konsums von Cannabis, Amphetaminen/Derivaten und Kokain flächendeckender auftreten.

Die Prävalenzraten verweisen dabei tendenziell auf einen Rückgang des Konsums bei Heroin und Kokain bei einer gleichzeitigen Zunahme bei Cannabis und Amphetaminen/Derivaten (DBDD, 2017). Diese sich verändernden Konsummuster und -gewohnhei-

**Tabelle 2:** Missbrauch und Abhängigkeit bei Alkohol und illegalen Drogen im Vergleich (Schätzzahlen, erwachsene Allgemeinbevölkerung von 18 bis 64 Jahren; Pabst et al., 2013, S. 325f)

	Alkohol	Illegale Drogen (Cannabis, Kokain, Amphetamine)
missbräuchlicher Konsum (nach DSM-IV)*	1.61 Millionen Personen	283 000
abhängiger Konsum (nach DSM-IV)	1.77 Millionen Personen	319 000

\* Die Unterscheidung nach missbräuchlichem und abhängigem Konsum erfolgt hier noch nach DSM-IV. Im DSM-5 (APA/Falkai, Wittchen et al., 2018) ist diese Unterscheidung nicht mehr vorgesehen (vgl. Kap. 2.1.1).



ten gehen mit einer Zunahme von gesundheitlichen und sozialen Problemlagen in den entsprechenden Konsumentengruppen einher. So stehen einem Rückgang der Nachfrage<sup>3</sup> vor allem im Zusammenhang mit Heroin ein deutlicher Anstieg bei Cannabis und Amphetaminen/Derivaten gegenüber (DBDD, 2017; Deutsche Suchthilfestatistik, 2017). Dabei sind jeweils regionale Unterschiede zu beachten. So wird bspw. Methamphetaminmissbrauch vor allem in einigen südlichen und östlichen Bundesländern beobachtet (Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al., 2016).

Unterschiede in der Prävalenz der Abhängigkeit von illegalen und legalen Drogen weisen – rein quantitativ – auf eine höhere Auftretenswahrscheinlichkeit und damit auf eine breitere Konfrontation der Allgemeinbevölkerung mit Phänomenen der Sucht und des Rückfalls bei legalen Drogen hin. Qualitativ drücken sich in den Zahlen auch Unterschiede der kulturellen und gesellschaftlichen Akzeptanz von legalen und illegalen Drogen aus.

#### 2.1.4 Hilfesystem

Der Rückfall und seine Bewältigung können bei einer so hoch belasteten Personengruppe wie bei drogenabhängigen Menschen nicht unabhängig vom System der Hilfen betrachtet werden. Dabei spielen Aspekte des Erreichungsgrads, der Betreuungsdichte sowie des Differenzierungsgrads der Hilfen ebenso eine Rolle wie die Regularien des Umgangs mit Rückfällen in den einzelnen Angebotssegmenten.

Die Drogenhilfe als spezialisiertes System der Hilfen für drogenabhängige Menschen ist seit Anfang der 70er Jahre in erheblichem Maße auf- und ausgebaut worden. In mehreren Entwicklungsetappen hat sich die Drogenhilfe zu einem System differenzierter Angebote und Einrichtungen entwickelt (Schmid, 2003). In den letzten Jahren hat sich die Tendenz zu integrativen Hilfen verstärkt. Bei dieser steht nicht mehr so sehr das Substanzmittel im Vordergrund, sondern der personenbezogene Bedarf an gesundheitlichen und sozialen Hilfen. In der Folge sind heute in Teilbereichen die Grenzen zwischen Drogenhilfe, Suchthilfe, den Hilfen für psychisch Kranke sowie den sozialen Hilfen fließend.

<sup>3</sup> Betrachtet wird hier die Nachfrage nach ambulanter und (teil-)stationärer Beratung und Behandlung. Einen Anstieg verzeichnete bei heroinkonsumierenden Personen demgegenüber die Substitutionsbehandlung zwischen 2006 (64500 Patienten) und 2016 (77200 Patienten) (DBDD, 2017).

Die Sucht- und Drogenhilfe hält ein differenziertes Spektrum von Hilfen (überwiegend) flächendeckend vor. So stehen u. a. folgende Hilfen zu Verfügung:

- 1431 ambulante Beratungsstellen und -dienste,
- 518 spezialisierte Krankenhausabteilungen, psychiatrische Kliniken einschließlich psychiatrische Institutsambulanzen,
- ca. 2000 Plätze im qualifizierten Entzug,
- 13200 vollstationäre Plätze der medizinischen Rehabilitation und 1200 Plätze in Adaptionseinrichtungen,
- ca. 12000 Plätze im ambulant betreuten Wohnen (Bartsch, 2017).

Im ambulanten Bereich gibt es vor allem in Großstädten auf drogenabhängige Menschen spezialisierte Beratungs- und Behandlungsstellen sowie, in einem deutlich stärkeren Maße ausgebaut als für alkoholabhängige Menschen, niedrigschwellige Hilfen (z. B. Kontaktläden, Notschlafstellen, Drogenkonsumräume). Darüber hinaus waren 2016 78500 gemeldete Substitutionspatienten registriert (Bartsch, 2017). Im (Maß-)Regelvollzug nimmt insbesondere die Zahl der untergebrachten heroinkonsumierenden Personen zu. So berichtet Wittmann (2012) von 1800 drogenabhängigen Personen im Regelvollzug im Jahr 2010.

Hinweise auf die Gewichtung der Hilfen nach Substanzmitteln liefern Daten zur Inanspruchnahme der Hilfen nach der Hauptdiagnose. In der Jahresstatistik der professionellen Suchthilfe von 2016 wurden Daten aus 863 ambulanten und 211 stationären Einrichtungen dokumentiert. 83% der ambulanten und 69% der stationären Einrichtungen geben drogenkonsumierende Personen mit als Zielgruppe an. Nach Hauptdiagnosen dominiert Alkoholabhängigkeit in den ambulanten Einrichtungen mit 48.9% und in den stationären Einrichtungen mit 68.9%. Auf illegale Drogen entfallen in den ambulanten 41.3% und in den stationären Einrichtungen 23.4% der Hauptdiagnosen (Specht et al., 2018). Im Längsschnittvergleich zwischen 2007 und 2017 zeigt sich im Bereich ambulanter Hilfen ein deutlicher Anstieg der Hauptdiagnosen bei Stimulanzien- (+282%) und Cannabinoïdabhängigkeit (+51%). Demgegenüber stagniert die Hauptdiagnose Kokainabhängigkeit (+1%), während bei Opioiden ein Rückgang dokumentiert ist (-23%; Bartsch et al., 2017).

Setzt man diese Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote in Relation zur geschätzten Prävalenz von illegal drogenabhängigen Menschen und berücksichtigt dabei, dass es vor allem opiatabhängige und polyvalent konsumierende Personen sind, auf die diese Hilfen zielen, dann kann davon ausgegangen

werden, dass ein Großteil der Zielgruppe Zugang zum Hilfesystem hat und durch entsprechende Angebote erreicht werden kann. Damit unterscheidet sich der Erreichungsgrad bei drogenabhängigen deutlich vom Erreichungsgrad alkoholabhängiger Menschen.

Im Verlauf der Entwicklung der Drogenhilfe hat sich das Krankheits- und Hilfeverständnis verändert. Herrschte bis Mitte der 80er Jahre das „Abstinenzparadigma“ vor, so hat sich seitdem ein Verständnis in den Vordergrund geschoben, das die stoffgebundene Abhängigkeit als chronisch rezidivierende Erkrankung anerkennt und ein psychotherapeutisch ausgerichtetes Suchtparadigma zugrunde legt, zu dessen zentralem Merkmal der Rückfall zählt.

Auf struktureller Ebene wurde das Konzept der „therapeutischen Kette“, in der ein konsumbezogener Rückfall i. d. R. zu einem „Rückfall“ in ein früheres Betreuungsstadium bzw. im ungünstigen Fall zu einem Betreuungsabbruch geführt hat, durch verbundbezogene Konzepte von sozialen Hilfenetzwerken ersetzt, die personenbezogene-, situations- bzw. bedarfsbezogene Unterstützungsleistungen vorhalten.

Mit Blick auf Rückfallvermeidung und -bewältigung kommt den Hilfen eine hohe Bedeutung zu. Im Betreuungskontakt können Rückfall auslösende Krisen und Konflikte erkannt und bearbeitet sowie Rückfälle im Verlauf abgemildert werden. Anders als bei vielen alkoholabhängigen Menschen müssen dabei von drogenabhängigen Menschen kaum strukturelle Zugangsschwellen überwunden werden. Diesem Verständnis der Hilfen als protektiver Faktor bei Rückfallvermeidung und -bewältigung ist jedoch der Anspruch der Förderung der Autonomie der Patienten gegenüberzustellen. Diese sollen (schrittweise)

in die Lage versetzt werden, im Sinne einer zunehmenden Festigung der eigenen Bewältigungskompetenzen, Probleme und Krisen auch ohne professionelle Hilfe zu meistern. Diese Ambivalenz erfordert auch mit Blick auf die Rückfallprophylaxe eine Interventionsvielfalt sowie die Berücksichtigung der besonderen Bedingungen und Anforderungen der verschiedenen Einsatzfelder (vgl. auch Kap. 3.8).

## 2.2 Problemlagen

### 2.2.1 Komorbide psychische Störungen

#### Grundlagen

Komorbidität oder Doppeldiagnose wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als das gleichzeitige Auftreten von psychoaktiven substanzbedingten Störungen und weiteren psychiatrischen Störungen (WHO, 2020) definiert. Da diese begriffliche Fassung von Doppeldiagnosen keine Aussage zum Schweregrad der Erkrankungen macht, schlagen Moggi und Donati (2004) vier für Verlauf und Prognose relevante Typen von Doppeldiagnosen vor (vgl. Tab. 3).

Die Sicht auf den Zusammenhang von Drogenabhängigkeit und psychischen Störungen ist einem Wandel unterworfen. In den ersten beiden Jahrzehnten der epidemischen Entwicklung des Konsums illegaler Drogen stand die Drogenabhängigkeit im Fokus von Behandlung und Rehabilitation. Andere psychische Störungen wurden – wenn überhaupt – als Folge des Drogenmissbrauchs bzw. der mit einer Drogenabhän-

**Tabelle 3:** Vier für Verlauf und Prognose relevante Typen von Doppeldiagnosen (Moggi & Donati, 2004, S. 12)

Doppeldiagnosen-Typ	Beschreibung
<i>Typ I:</i> Schwere Substanzstörung mit hoher psychopathologischer Belastung	Substanzabhängigkeit, einschließlich Polytoxikomanie und Schizophrenie, bipolare Störung, schwere Depression oder Persönlichkeitsstörungen (z.B. paranoide, schizoide, Borderline-, antisoziale u.ä. Persönlichkeitsstörungen)
<i>Typ II:</i> Leichte Substanzstörung mit hoher psychopathologischer Belastung	Substanzmissbrauch und psychische Störungen wie Typ I
<i>Typ III:</i> Schwere Substanzstörung mit geringer psychopathologischer Belastung	Substanzabhängigkeit, einschließlich Polytoxikomanie und Angst-, Belastungsstörungen, leichte bis mittelgradige Depression
<i>Typ IV:</i> Leichte Substanzstörung mit geringer psychopathologischer Belastung	Substanzmissbrauch und Dysthymia, einfache Phobie, Persönlichkeitsstörungen (z. B. ängstliche, abhängige u.ä. Persönlichkeitsstörungen)