

Lebensqualität als Leitfaden des Suchtsystems

**Glaubst du noch oder weißt du schon? Positionen
der Suchtarbeit auf dem Prüfstand**

6. Tiroler Suchtagung, 6. 6. 2013

**Prof. Dr. Heino Stöver
Institut für Suchtforschung
Fachhochschule Frankfurt am Main**

1. Einführung: Historischer Umgang mit Abstinenz

Gesellschaftliche Strömungen und ihre Auswirkungen auf die Suchtkrankenhilfe I

- Haltungen, Menschenbilder, Methoden in der Therapie, Beratung, Unterstützung immer Ausdruck des Zeitgeistes und vorherrschender gesellschaftlicher Strömungen:
- 70er Jahre: „psychedelische Zeit“ – im Rausch der Veränderungen – **Abstinenz unumstösslich**:
 - massive gesellschaftliche und individuelle Veränderungen und Veränderungsmöglichkeiten
 - „alles ist möglich“!
 - „brainwashing“ und Totalität
- Therapeutische Ketten =>

Die „Therapeutische Kette“

- Kontakt-Beratung-Entzug-Entwöhnung-Nachsorge ...
- Je länger desto besser
- Institutionalisierung fernab „vom Schuss“
- Suchtüberwindung: linearer Prozess
- Encounter-Methoden u. professionelle Methoden
- „Rock-bottom – Point“ – Ideologie
- Kooperation Justiz-Therapie-Beratung
- Geringe Reichweite
- Selbsthilfeförderung?

Gesellschaftliche Strömungen und ihre Auswirkungen auf die Suchtkrankenhilfe II

- **Ende 70er + 80er Jahre:** Professionalisierung:
 - „down to earth“
 - kleinteilige therapeutische Kette
 - „Totale Institutionen“ (Goffman) – anachronistisch zur Anti-Psychiatrie
 - Methodisches Beispiel: Arbeiten mit dem Rückfall
- **80er + 90er Jahre:** Gegenbewegung zu entmündigenden und bevormundenden Strukturen in der Behandlung Suchtkranker, Aufbruch, Neuorientierung – Paradigmenwechsel
 - HIV/AIDS als Motor
 - Kontakt und Erreichung
 - Drogengebrauch = Krankheit?
 - Mündigkeit, mitarbeitende Patient
 - Sucht als Prozess
 - die Rückkehr und der Einbezug der Medizin

Gesellschaftliche Strömungen und ihre Auswirkungen auf die Suchtkrankenhilfe III

- **00er Jahre:** Effizienz, Evidenz-Basierung
 - „Glaubenssysteme“ immer weniger gefragt
 - was wirkt bei wem, wann und wie am besten
 - Aufbau integrativer Pharmako-Therapie und Psychotherapie/psycho-soziale Beratung
- **Heute:**
 - Versachlichung des „Drogen-Diskurses“
 - Sucht als komplexes, chronisch rezidivierendes Phänomen
 - Förderung von Eigenverantwortung
 - Mitarbeit im therapeutischen Prozess
 - Verknüpfung bestimmter Ansatzebenen (niedrig-/höeherschwellig) und Methoden
 - MI, Selbstkontrollprogramme, Psycho-Edukation
 - Bemündigung, - **z.B. harm reduction =>**

Harm Reduction

- Public Health Strategie
- Reduktion von Schäden durch:
 - riskantes **Verhalten**
 - soziale/medizinische Interventionen
 - riskante **Verhältnisse**
- **Reduktion von Schäden für das Individuum und die Gesellschaft!**

Harm Reduction ...

- komplementäre Strategie zu Maßnahmen der Angebotsregulierung
- fokussiert die Folgen eines Verhaltens und nicht so sehr das Verhalten an sich
- ist realistisch und geht davon aus, dass Drogen auch weiterhin exzessiv in vielen Gemeinschaften konsumiert werden und dass dies weiterhin für einige Individuen, aber auch für einige Gemeinschaften Probleme erzeugt
- hat keine wertende Haltung gegenüber dem Drogenkonsum, ist auf die Reduzierung der möglicherweise entstehenden Probleme fokussiert
- ist pragmatisch: Sie versucht Strategien und Politiken zu vermeiden, deren Ziele unerreichbar sind oder die möglicherweise mehr Schaden anrichten als verhindern
- stützt sich auf die Menschenrechte und gründet in der Akzeptanz individueller Integrität und Eigenverantwortung

Weg von der Drogenfixierung – hin zu zur Lebensqualitätsorientierung

- Sucht als Prozess
- Begleitung um irreversible Schädigungen zu vermeiden
- Risikokompetenzen vermitteln
- Menschen befähigen, informierte Entscheidungen zu treffen
- Widersprüche auflösen helfen

Abstinenzgebot in der Opioid-substitutionsbehandlung in D

- Abstinenzziel im gesetzlichen Regelwerk (BtMVV)
- Behandlungsabbrüche, ständige Abstinenzüberprüfung
- Abstinenzdruck auf allen Ebenen
- Umgang mit einer chronischen Erkrankung

ETHICAL PRINCIPLES OF CARE

When treating people with opioid dependence, ethical principles should be considered, together with evidence from clinical trials; the human rights of opioid-dependent individuals should always be respected. Treatment decisions should be based on standard principles of medical-care ethics – providing equitable access to treatment and psychosocial support that best meets the needs of the individual patient. Treatment should respect and validate the autonomy of the individual, with patients being fully informed about the risks and benefits of treatment choices. Furthermore, programmes should create supportive environments and relationships to facilitate treatment, provide coordinated treatment of comorbid mental and physical disorders, and address relevant psychosocial factors.

Guidelines for the Psychosocially
Assisted Pharmacological Treatment
of Opioid Dependence



WHO – Empiric

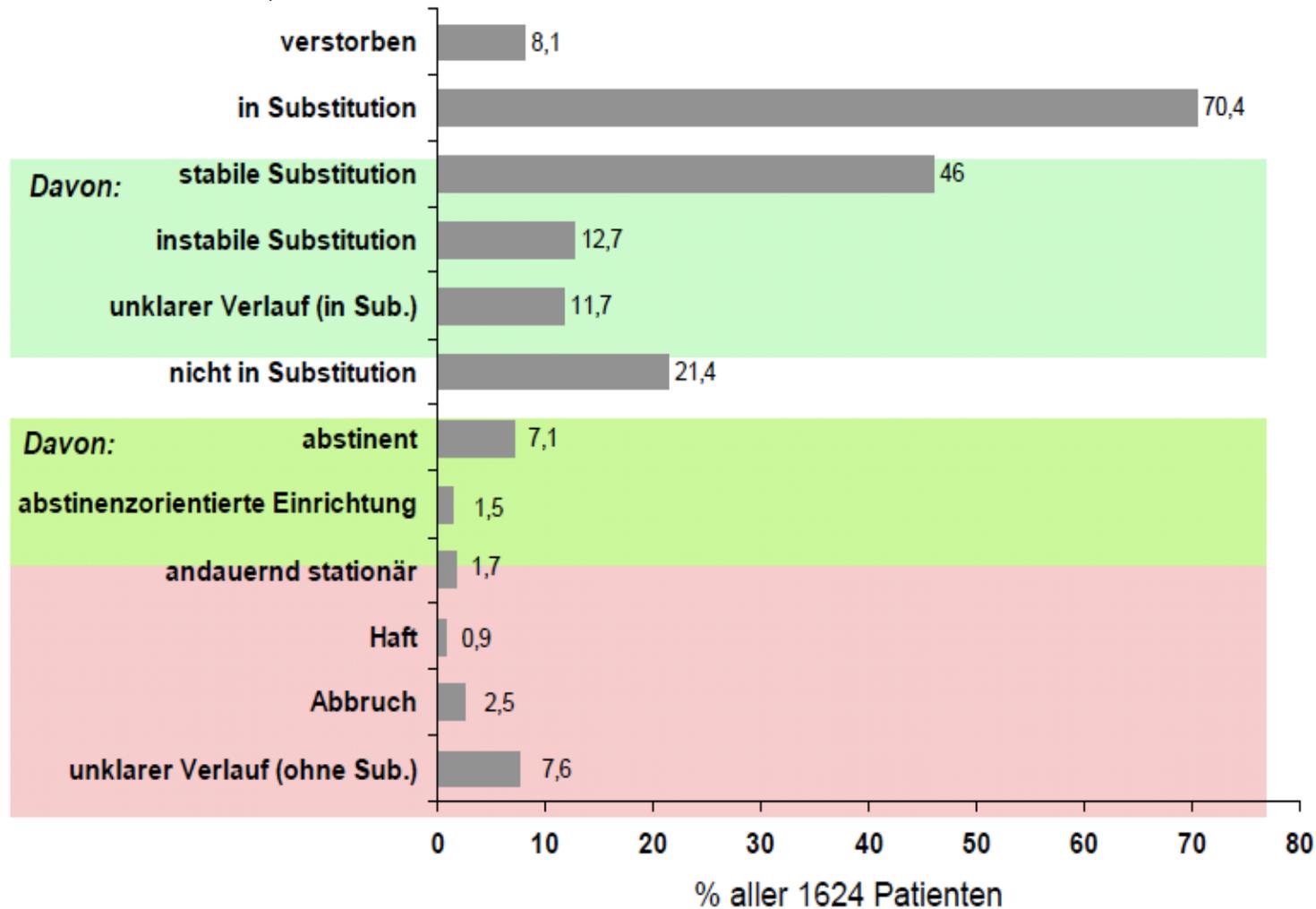
Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence

PSYCHOSOCIAL TREATMENT

Psychosocial interventions – including cognitive and behavioural approaches and contingency management techniques – can add to the effectiveness of treatment, if combined with agonist maintenance treatment and medications for assisting opioid withdrawal. Psychosocial services should be made available to all patients, although those who do not take up the offer should not be denied effective pharmacological treatment.



PREMOS, Outcome nach 6 Jahren, aus: PREMOS, Abschlussbericht 2011



„Stabile Abstinenz (Opioidfreiheit) ist im langfristigen Verlauf ein seltenes Phänomen (<4%) und mit bedeutsamen Risiken (Tod, Abbruch) assoziiert“

2. Konsumkontrollprogramme

Konsumkontrollprogramme

- Basieren auf lerntheoretischen Überlegungen der Gesundheitspsychologie
- Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung (Prochaska/DiClemente)
- Stadienmodell
- Brücke von Überlebenshilfe zur Beratung

Akzeptierende Drogenarbeit und Konsumkontrollprogramme

- Ergänzung/Erweiterung des Handlungsrepertoires in der Beratung
- Gezielte Einladung zur Veränderung
- Einen Rahmen schaffen der Veränderungen fördert
- Gesprächsangebote schaffen, die den eigenen Konsum reflektieren helfen
- Anwendbar auf alle Drogen

Akzeptierende Drogenarbeit und Konsumkontrollprogramme

Abhängige
sind nicht unbelehrbar oder
unmotiviert, sondern sie sind

A M B I V A L E N T

es gibt eine Vielzahl von
pros und contras für Veränderung

Was motiviert Menschen sich zu ändern?

- Veränderung als natürlicher Prozess:
 - Professionelle Hilfe
 - Spontanremissionen
- Kurzinterventionen können Ambivalenzen auflösen
- Dosierung? Mehr oder weniger Behandlung.
- Selbstwirksamkeit (Kraft von Glaube und Hoffnung...): Die Prognose beeinflusst spätere Ergebnisse (Klienten- und Beraterhaltung)
- Einstellung des Beraters: die Art und Weise der Interaktion ebenso wichtig wie die psychotherapeutische Methode

Wichtige Komponenten der Motivation

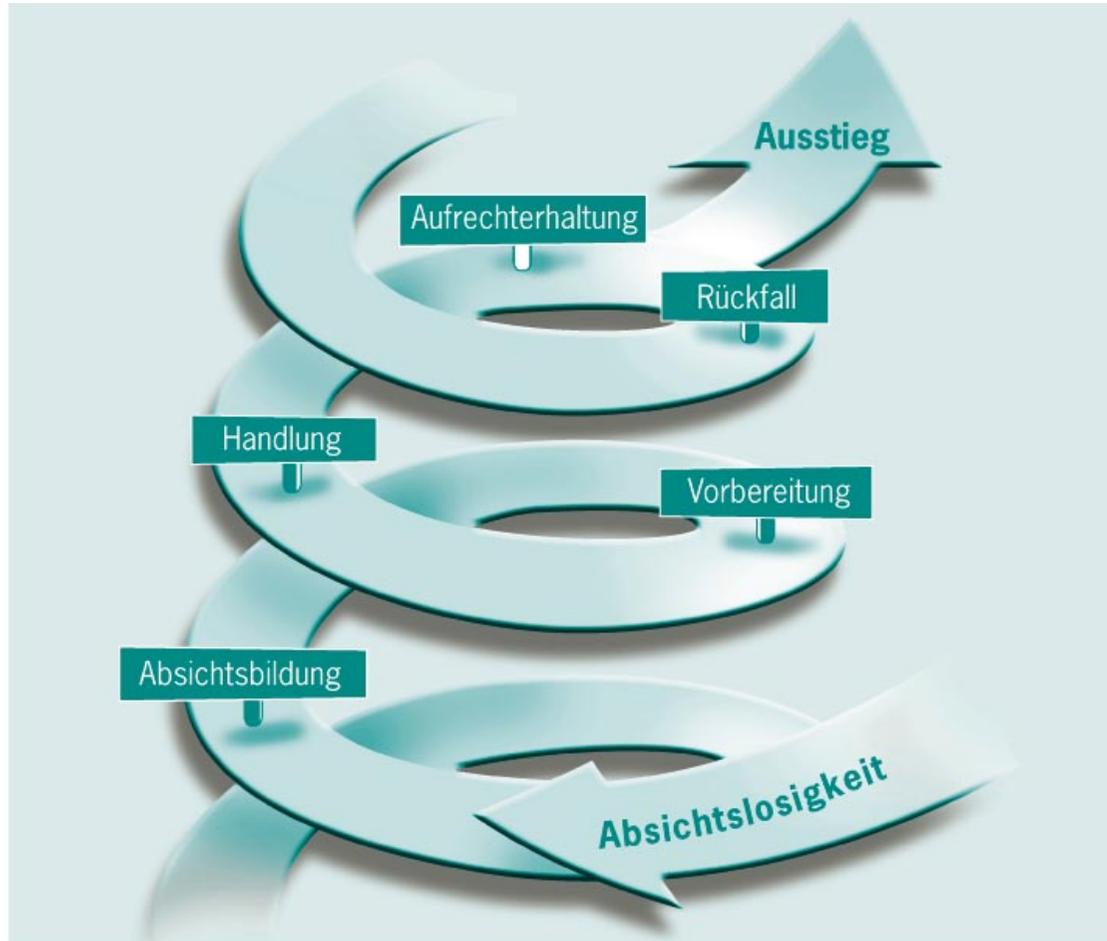
- **Absicht: wie wichtig ist eine Veränderung?**
 - Diskrepanz als Schlüsselkonzept
- **Fähigkeit: Zuversicht für eine Veränderung**
 - Suche nach Methoden zur Veränderung: allgemeine Wirksamkeit + Selbstwirksamkeit
- **Bereitschaft**
 - willens (Wichtigkeit) und fähig (Zuversicht), aber nicht bereit?
- **“Menschen sind immer zu etwas motiviert”** – “Was wünschen sich Menschen”, statt nach dem Warum einer Nicht-Veränderung zu fragen

Stufen der Veränderungen nach Prochaska/DiClemente

- **Absichtslosigkeit** → Keine Absicht, das Verhalten zu verändern
- **Absichtsbildung** → Auseinandersetzung mit Vor- und Nachteilen und Entschluss, Verhalten zu verändern
- **Vorbereitung / Zielsetzung** → Entscheidung zur Veränderung ist getroffen, Vorkehrungen werden gemacht und erste Versuche einer Veränderung vollzogen
- **Handlung** → konkrete Verhaltensänderung, frühere Verhaltensweisen treten in den Hintergrund
- **Aufrechterhaltung** → das neue Verhalten wird zunehmend verfestigt und zur Gewohnheit

Stadien der Veränderungsbereitschaft

(nach Prochaska/DiClemente)



3. Evidenz: Motivational Interviewing

Motivierende Gesprächsführung

- Entwickelt durch Miller und Rollnick als Alternative zu konfrontativen Behandlungskonzepten
- Mitte der 1980er Jahre
- Klientenzentrierte und direkte Vorgehensweise
- Ziel: Erhöhung der Veränderungsmotivation
- Anwendung:
 1. Als vorangestelltes Behandlungselement
 2. MI als eigenständige Methode
 3. MI kombiniert mit anderen Verfahren
 4. Einzelne MI-Elemente werden eingebaut
- Anwendung in Bereichen, in denen Konfrontation kontraproduktiv ist, z.B. auch in Zwangsberatungssituationen, Gesundheitswesen etc. ...

Das Menschenbild in der Motivierenden Gesprächsführung

- Jeder Mensch hat zu jeder Zeit spezifisch eigene Stärken, Ressourcen und Fähigkeiten.
- Jeder Mensch verfügt über eigenes Veränderungspotential.
- Das Tempo der Veränderung bestimmt und verantwortet jeder einzelne Menschen nur für sich.
- Jeder Mensch kann sich letztlich auch gegen eine Veränderung entscheiden.
- Bei den meisten Menschen ist der Konsum psychotroper Substanzen ambivalent.

Grundannahmen von MI

- **Ambivalenz**
- **Veränderungspotential grundsätzlich vorhanden**
(Evokation)
- **Achtung und Respekt**
- **Wahrung der Selbstbestimmung des Menschen**
(Autonomie)
- **Widerstand als interaktionelles Phänomen in der Beziehung Therapeut/Klient**
- **Partnerschaftliche Beziehung:** positive Atmosphäre, Unterstützung (Partnerschaftlichkeit)

Einsatz Motivierende Gesprächsführung

- Standard zur Verhaltensänderung
- Standard im Methodenkanon von Public Health (z.B. BZgA)
- Brief Intervention – Kurzform, z.B. Alkohol und Tabak in der Schwangerschaft – Manuale für Ärzte
- Einsatz in vielen Programmen, v.a. Frühinterventionen
- Light-Versionen

Bedingungen klientenzentrierter interpersoneller Beziehungen

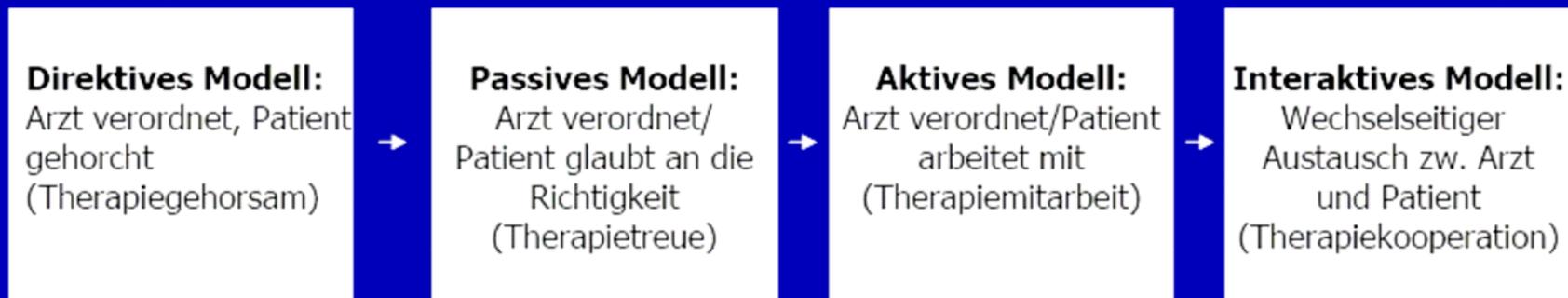
- **Empathie**
(als 'kunstvolles Reflektieren' auch:
einführendes Verstehen)
- **Unbedingte Wertschätzung**
(auch: nicht wertendes Akzeptieren)
- **Kongruenz**
(auch: Echtheit)

Zur Evidenz des Motivational Interviewings

- NOONAN & MOYERS (1997) berücksichtigten 11 klinische Studien im Alkoholbereich u. im Drogenbereich – 9 der 11 Studien belegten pos. Effekte des MI im Vergleich zu Kontrollgruppen
- DUNN et. al. (2001) berücksichtigten 29 Studien zum MI mit unterschiedlichen Settings – Es konnte in der Summe aller Studien eine eindeutige Evidenz für MI nachgewiesen werden.
- Trotz bestehender methodischer Mängel wird den Studien zum MI in einer Übersichtsarbeit von MILLER & Wilbourne (2002) eine im Vergleich mit anderen Behandlungsansätzen im Suchtbereich gute methodologische Qualität zugesprochen. MI erreicht in diesem Zusammenhang einen Qualitätsindex von 13,12 und belegt somit in einer Rangliste von 46 Behandlungsansätzen den 2 Platz.

Bezugswissenschaftliche Methoden

■ Modelle der Arzt-Patient-Kommunikation (Petermann, 1997)



Das interaktive Modell, das auf einer Therapiekoooperation („Shared Decision Making“) basiert, führt nach vorliegenden Studien zu besonders guten Ergebnissen im Blick auf Patientenzufriedenheit, verbesserte Lebensqualität, angemessenes Krankheitsverständnis, Stärkung der Selbstkontrollfähigkeit, Verringerung von Ängsten

(Scheibler u. Pfaff, 2003)

Bezugswissenschaftliche Methoden

- **Empowerment:** Menschen sollen ermutigt und unterstützt werden, individuelle Bewältigungsstrategien hinsichtlich anstehender persönlicher Problemlagen zu entwickeln. MI kann in diesem Kontext gewinnbringend eingesetzt werden.
- **Salutogenetische Perspektive:** Warum bleiben Menschen trotz einer Vielzahl krankheitserregender Risikokonstellationen, psychosozial irritierenden Belastungen und angesichts kritischer Lebensereignisse gesund? MI kann helfen personale Ressourcen konstruktiv zu handhaben.
(RISA Studie)
- **Risikoreflexion:** Richtet sich nicht an Problemkonsumenten/konsumentinnen von Substanzen die bereits Missbrauchsmuster entwickelt haben, sondern an die große Gruppe der unreflektiert konsumierenden

**4. Evidenz:
KISS - Kontrolle/Kompetenz im
selbstbestimmten Substanzkonsum**

KISS – Charakteristika I

- Manualisiertes verhaltenstherapeutisches Selbstmanagementprogramm („Behavioral Self-Control Trainings“, BSCT)
- Selbstkontrollierter Konsum bezeichnet also einen disziplinierten, geplanten und limitierten Substanzgebrauch.
- jeweils für eine Woche im Voraus und getrennt für jede Substanz die Konsummenge und Konsumfrequenz zu planen

KISS – Charakteristika II

- Einzel- oder Gruppenprogramm für bis zu 12 TeilnehmerInnen
- 1-2 vorgeschaltete Einzelsitzungen: Eingangsdagnostik (Grundlage: KISS-Diagnostikmanual) und Einführung des Konsumtagebuchs (zur Erhebung der Konsumbaseline)
- 12 wöchentliche Gruppentermine zu je 2¼ Stunden Dauer über einen Zeitraum von 3½ – 4 Monaten; versäumte Gruppensitzungen können in Einzelsitzungen nachgeholt werden
- Strukturiertes Programm - Trainer- und Teilnehmerunterlagen
- Zieloffenheit: Konsumreduktion und/oder Abstinenz von einzelnen oder allen Substanzen sind willkommen und können tage- und wochenweise geplant werden
- MI als methodische Basiskompetenz der TrainerInnen

KISS – Charakteristika III

- Ablauf jeder Sitzung verhaltenstherapeutisch strukturiert: 50% der Zeit Vermittlung festgelegter Inhalte (z.B. Grundinformationen über Drogen, Auswertung des Konsumtagebuchs, Konsumzielfestlegung für jeweils eine Woche usw.), 50% Austausch von Erfahrungen und Erarbeitung individualisierter Veränderungspläne
- die Fortschritte der TeilnehmerInnen stehen im Focus („lösungsorientiert“, nicht defizitorientiert)
- didaktisch nach Methoden der modernen Erwachsenenbildung konzipiert

KISS – Themeninhalte

- Erhebung grundlegender diagnostischer Informationen mittels des KISS-Diagnostikinventars
- Substanz- und personenspezifische Festlegungen der bei einem Konsumvorgang üblicherweise eingenommenen Konsummenge („Standardkonsumeinheit“, SKE) als Grundlage einer Registrierung und späteren Auszählung der Konsummengen.
- Einführung des Konsumtagebuchs - Bestandsaufnahme zur Registrierung der aktuellen Konsummengen
- Identifizierung von „Verbündeten“, deren Unterstützung bei der Konsumreduktion in Anspruch genommen werden soll.
- **Wichtigstes Modul des Gesamtprogramms das „Nein-Sagen-Können“ – lt. TN-Einschätzung**

Bisheriger Stand der Forschung¹ – Argumente für eine Einführung KISS

- die bessere Erreichbarkeit von Menschen mit Suchtproblematik
- die substanzbezogene Änderungsbereitschaft vieler Konsumenten bei gleichzeitiger (momentaner) Ablehnung der Abstinenz
- das bioethische Prinzip des Rechts auf Wahlfreiheit
- **die erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Veränderung, wenn das Ziel der Veränderung selbst gewählt ist**
- die Förderung des Behandlungsprozesses (Förderung der „compliance“, d.h. der Mitwirkungsbereitschaft)
- die empirisch nachgewiesene Möglichkeit, dass zumindest ein Teil der Drogenabhängigen zu einem kontrollierten Konsum in der Lage ist

Drogenkonsum nach KISS-Training

1. KISS-TeilnehmerInnen erzielen deutliche Erfolge bei Crack, Kokain, Benzodiazepin und Cannabis, etwas geringer sind die Effekte bei Heroin. Der Alkoholkonsum wird durch die Teilnahme am KISS-Programm in der Stichprobe nicht beeinflusst.
2. Erfolgsindikatoren bleiben in der Interventionsgruppe auch bis zur Katamneseerhebung stabil, so dass sowohl für die Gesamtindikatoren als auch für die einzelnen Substanzen eine statistisch signifikante Reduktion der Konsummenge stattgefunden hat.

Resümee 1/2

1. KISS scheint ein **für Drogenabhängige taugliches Programm** darzustellen (hohe Teilnahme-, geringe Abbruchquote, hohe Zufriedenheit mit den Modulen und Programmkomponenten), das auch von den TrainerInnen positiv beurteilt wird (Zufriedenheitseinschätzungen).
2. **KISS wirkt – und die Wirkung hält an.** Dies belegen durchgängig alle Overall-Maße: Gesamtkonsum, konsumfreie Tage, Anzahl Abhängigkeiten, Konsumausgaben.
3. **Starke** und über viele Konsumindikatoren nachweisbare **Wirkungen** des KISS-Programms sind für **Crack, Kokain(pulver), Benzodiazepine, Heroin** und **Cannabis** nachweisbar. Bei **Alkohol** zeigen sich kaum Effekte.

Resümee 2/2

4. Die durch KISS erzielten Wirkungen sind **praktisch bedeutsam** und liegen in einem **Effektstärkenbereich**, der für Pharmako- und Psychotherapie mit Drogenabhängigen **üblich** ist.
5. Es deutet sich an, dass **Subgruppen** Drogenabhängiger stärker von KISS profitieren als andere. Die statistischen Prüfungen fehlt es aber meist an statistischer Power, weshalb Analysen mit größeren Stichproben erforderlich wären, um die Effekte als gut abgesichert zu betrachten.
6. In der KISS-Gruppe gehen die Konsumreduktionen mit einer als verbessert erlebten **finanziellen und psychischen Situation** einher.

**5. Evidenz:
SCIP – Self Control Information
Programme**

In einer Spirale nach oben

Mehr Selbstkontrolle über Drogengebrauch



„In einer Spirale nach oben“

- Broschüre/Konsumtagebuch den eigenen Konsum im Lebensweltkontext zu visualisieren und zu reflektieren.
- Bereits vorhandene Selbstkontrollmechanismen werden erkennbar und persönliche Veränderungsstrategien reflektiert

6. Harm Reduction und Alkohol

„In einer Spirale nach oben“ Ergebnisse eines EU-Projektes¹

- Belgium (N=48), Germany (N=39), Greece (N=25), Netherlands (N=168), Norway (N=60) and Wales (N=136): Quality of Life zu 3 Befragungszeitpunkten
- In unterschiedlichen Settings einsetzbar
- Leicht zu implementieren
- Haltungsveränderungen zum exzessiven Drogenkonsum

Harm Reduction und Alkohol

- Andere Bedingungen: legale Angebotsseite, akzeptierte Nachfrage
- aktuell: „Kontrollierter Kontrollverlust“
- „Nasse Einrichtungen“ z.B. Kontaktläden
- Alkohol im öffentlichen Raum
- Sichere Trinkumgebungen
- „Bier-Bildung“
- Harm Reduction und Doing Gender...



Henning Schmidt-Semisch, Heino Stöver (Hrsg.)

Saufen mit Sinn?

Harm Reduction beim Alkoholkonsum

Fachkonferenz: 7./8.3.2013 Frankfurt

Fachhochschulverlag

DER VERLAG FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN

Zum Schluss: Lebensqualität und Sucht

- Menschen befähigen, informierte Entscheidungen zu treffen
- Harm Reduction und Therapie – die Wege zu Ende gehen!
- **„Harm Production“** durch Veränderung der Rahmenbedingungen angehen:
 - Wechselwirkungen von ‚selektiver Prohibition‘ und sozialen und gesundheitlichen Folgen für den Einzelnen und die Gesellschaft untersuchen
- **Ein menschenwürdiger Umgang mit Konsumenten psychoaktiver Substanzen kann nur mit ihnen, nicht gegen sie oder über sie hinweg entwickelt werden!**

Kontakt

- hstoever@fb4.fh-frankfurt.de