

Partizipation und Recovery – Grundlagen, Fakten, Fragen

Martin Kurz

Tiroler Suchttagung 2015
Innsbruck, 11.6. 2015

Themen

- Einleitung – Sozialisation – Rolle – „Sucht“
- Natural History / Recovery / Transitions
- Erfolgsparameter und –einflussvariablen in der Behandlung
- „Verantwortung“ führt zu Partizipation
- „Recovery“ als angeborene Kompetenz
- Recovery – Definition
- „Warum wieder etwas Neues“
- Tradition vs. Recovery
- Fragen
- Abschluss – die Kunst der Balance

Natural History / Recovery

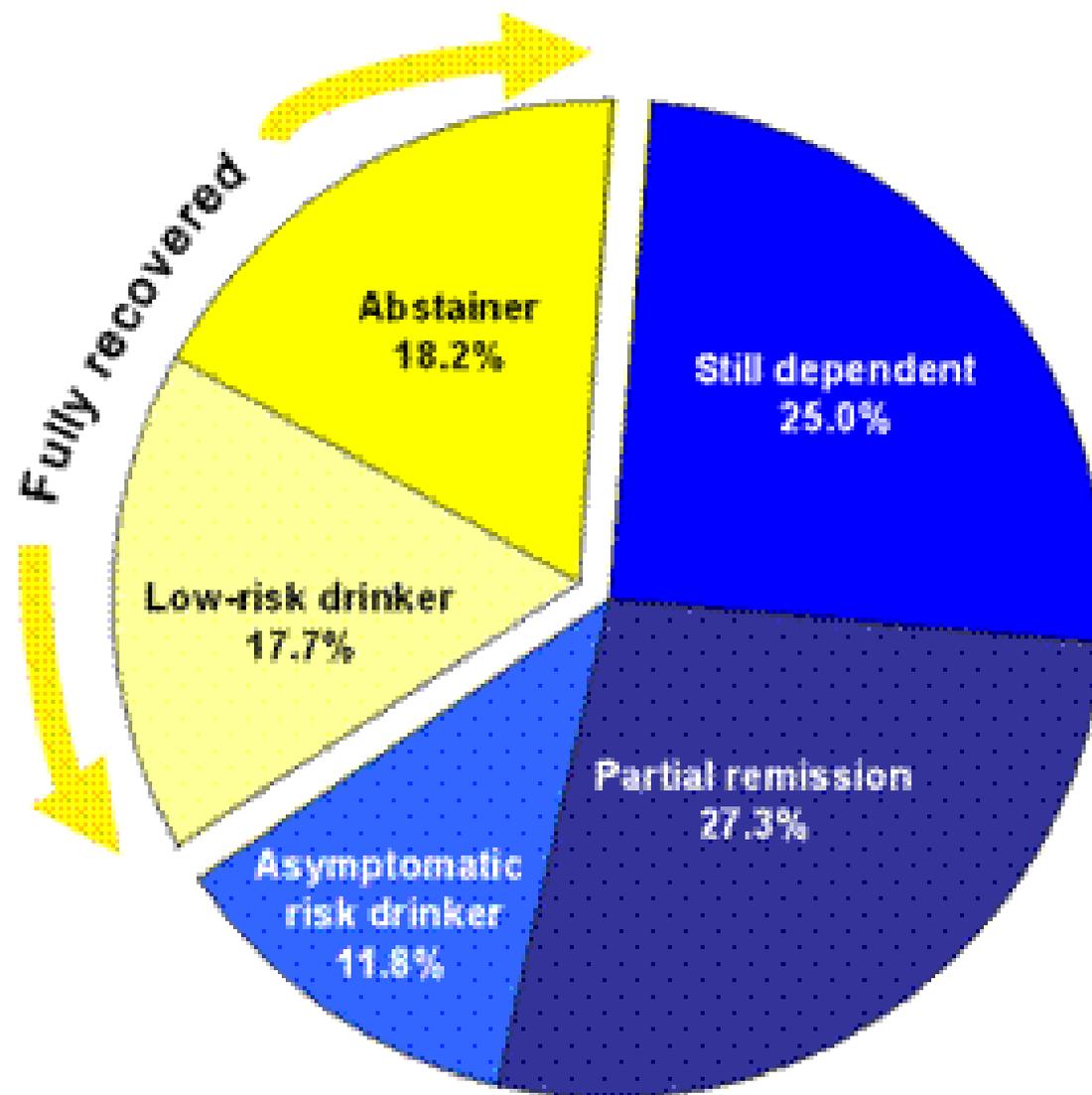
Vaillant 1996: „Der typische Alkoholabhängige“

- Angestellter / Arbeiter
- Wechsel verschiedener Konsumformen im Lebenslauf (Exzesse, Abstinenz, moderater Konsum)
- Im 1-Monats-Querschnitt 50% in abstinenten Phase
- Insgesamt 4 Monate Abstinenz in 1-2 Jahren

Rumpf et al. 2000: „Remittierte Alkoholabhängige“

- 53% ohne Kontakt zu Hausarzt oder Suchthilfe

Current status of adults with alcohol dependence that began more than one year ago: United States, 2001-2002



Dawson et al, 2005

„Natural Recovery“ – Einflussfaktoren

(Dawson 2005)

Abstinenz:

- zunehmende Dauer der Erkrankung
- stabile Partnerbeziehungen
- weibliches Geschlecht
- stärkere Abhängigkeitszeichen
- Abhängigkeitsbeginn mit 18-24 Jahren

Moderates Trinken:

- familiäre Belastung
- geringere Abhängigkeitszeichen

Abhängiger Konsum:

- hoher Konsum
- Persönlichkeitsstörungen

Übergänge

Article

Transitions in Illicit Drug Use Status Over 3 Years: A Prospective Analysis of a General Population Sample

Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.

Deborah A. Dawson, Ph.D.

Kevin P. Conway, Ph.D.

Marc Brodsky, M.S.

Bridget F. Grant, Ph.D.

Objective: The authors examined 3-year transitions among nonuse, asymptomatic use, and problem use of illicit drugs for U.S. adults in the general household population.

Method: Data were from the nationally representative National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, a study of 34,653 adults interviewed twice, 3 years apart. Respondents were categorized on three mutually exclusive categories of baseline drug status: past-year nonusers (N=32,675), past-year asymptomatic users (N=1,964), and past-year

baseline asymptomatic users, 66.6% had stopped using drugs at follow-up, 14.3% continued to be asymptomatic users, and 19.1% had developed problem use. Nearly half (49.0%) of those with problem use at baseline had stopped using drugs at follow-up, 10.9% had transitioned to asymptomatic use, and 40.1% continued to have problem use. Younger age, male sex, white race, and not being married were associated with progression from nonuse to use or problem use, as were alcohol and tobacco use and disorders, major depres-

Am J Psychiatry 2013; 170:660–670

Übergänge (Transitions) im Konsumverhalten (Compton et al 2013)

- Repräsentative Bevölkerungsstudie (NESARC, n=34653)
- 2 Interviews im Abstand von 3 Jahren
- **Konsumstatus – Follow Up:**

	Non-users	Asymptomatic	Problem Users
Non-users (n=32675)	95,4%	2,1%	2,5%
Asymptomatic (n=861)	66,6%	14,3%	19,1%
Problem Users (n=1117)	49,0%	10,9%	40,1%

- **Negative Einflussfaktoren:**
früher Beginn, psychische co-morbide Störungen, Alkohol
- **Positive Einflussfaktoren:**
Dauerhafte Beziehung, Einkommen, Psychische und physische Funktionalität

Behandlungsstudien bei Abhängigkeitserkrankungen

Erfolgsparameter

- Anteil der totalabstinenten Patienten
- Dauer bis zum ersten (massiven) Konsum / Rückfall
- Anzahl / % der (schweren) Konsumtage (z.B. heavy drinking days)
- Beikonsum

- Compliance / Adherence /Haltequoten

- Intoxikationen / Hospitalisierungen
- Somatische Folgeerkrankungen

- Lebensqualität, Arbeit, Beziehungen, Delinquenz, **Teilhabe**

Prognoserelevante Einflusskriterien

- **Therapie** (Andreásson & Öjehagen 2003, Institute of Medicine 1990):
 - **Bedürfnisspezifische Behandlungskonzepte**
 - **Starke Einbeziehung des sozialen Umfelds**
 - Intensives case-management für chronisch Mehrfachgeschädigte
 - Ambulante und weniger intensive Programme für PatientInnen mit geringer ausgeprägten Krankheitsproblematik
 - **Therapeutische Fertigkeiten**
 - **Optimistisch-wertschätzende Haltungen**
- **PatientInnen**
 - Soziale und gesundheitliche Schwierigkeiten (initiierende Motivatoren)
 - Anerkennung der Schwere des Problems
 - **Eigenverantwortung**
 - **Sinnfragen (Altersübergänge), spirituelle Neuorientierungen**

„Verantwortung“ - Partizipation

- **Eigenverantwortung** ist nicht das Gleiche wie Handlungsmächtigkeit
- **Mit-Verantwortung** für den Gesundheitsprozess ist nicht das Gleiche wie die Erlaubnis zum Mit-Entscheiden in der Behandlung
- **Entscheidungskompetenz** vs. krankheitsbedingte Einbußen der Realitätswahrnehmung und Impulskontrolle
- **Paternalistische Behandlungsprogramme**, die Eigenverantwortung fordern, etablieren **double-bind Situationen** und verstrickte abhängige Beziehungen
- **Durchsetzung der Patientenrechte (Partizipation)** führt daher auch zu besseren Arbeitsbedingungen für Professionisten

Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung (nach Wright & v. Unger 2007)

9	Selbstorganisation	Geht über Partizipation hinaus
8	Entscheidungsmacht	Partizipation
7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
6	Mitbestimmung	
5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
4	Anhörung	
3	Information	
2	Anweisung	Nicht-Partizipation
1	Instrumentalisierung	

Partizipation

Umgebungsbedingungen von Partizipation

- Entwicklungsorientiertes Menschenbild
- Klarheit von Aufträgen und Rollen
- Autonomie
- Verhandlungsbereitschaft und –kompetenz
- Interesse am Anderen
- Vertrauen
- Anerkennung von Resilienz und Selbstheilungskompetenz
- **„Recovery“ als angeborene Fähigkeit**

„Recovery“ - Bedeutungen

Erholung

Rückgewinnung

Gesundung

Wiedergesundung

Wiederherstellung

Genesung

Bergung

Wiederanstieg

Wiedergewinnung

Aufschwung

Belebung

Besserung

Recovery – Definition

(nach Slade 2013)

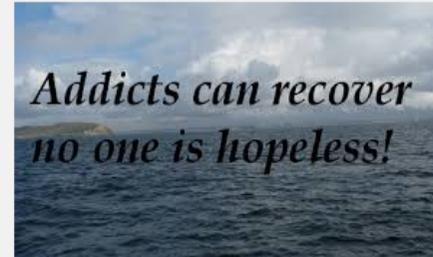
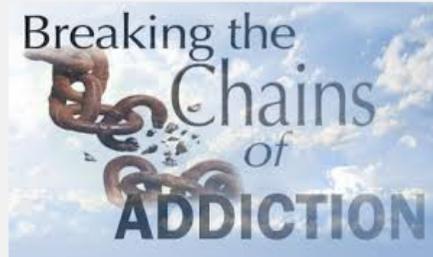
Klinische Recovery (Remission, etc.)

- Begrifflichkeit von Professionisten
- Beseitigung von Symptomen
- Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit
- Rückkehr zur Normalität

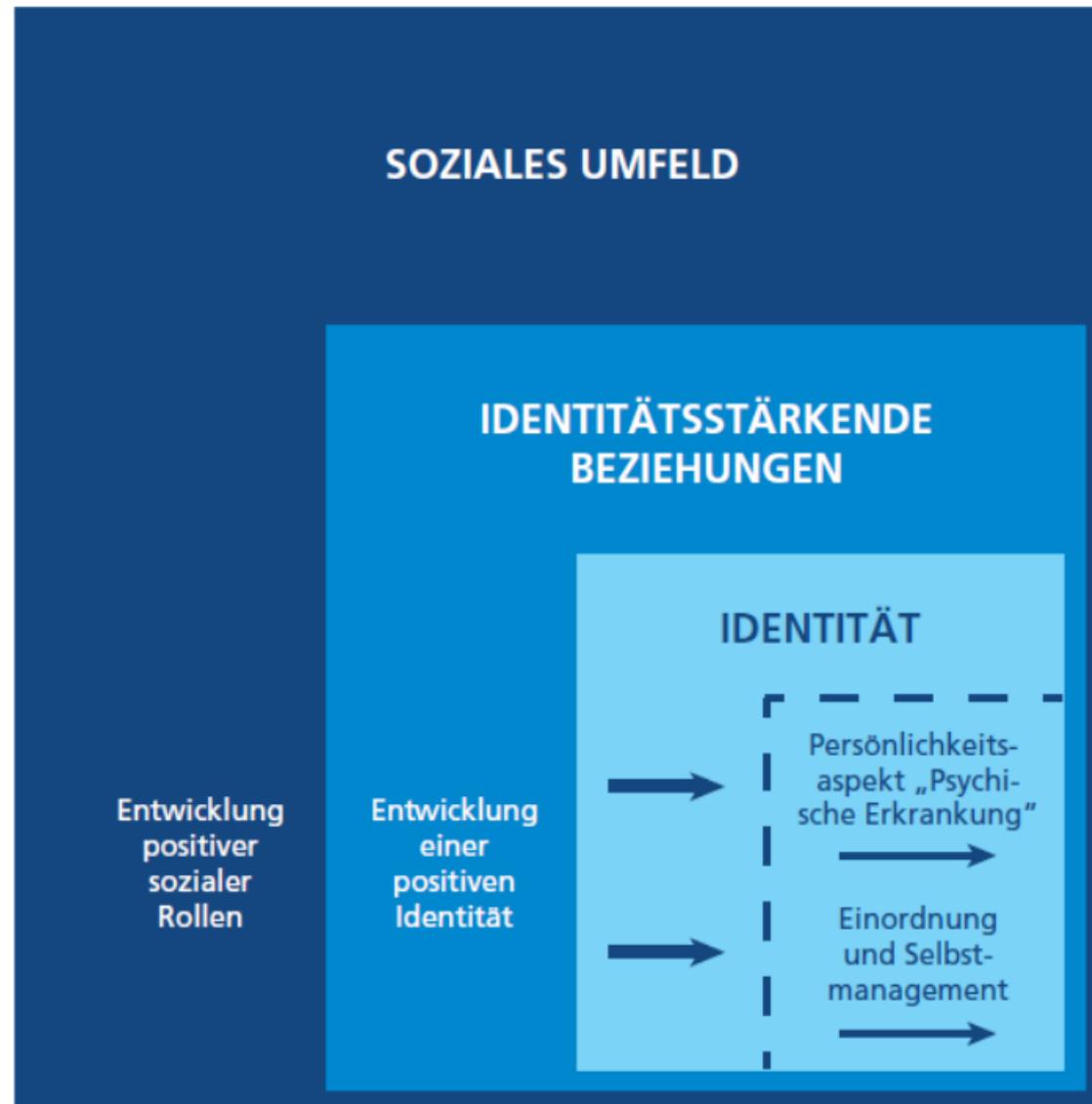
Persönliche Recovery

- Beruht auf persönlichen Erfahrungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- *... ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess im Hinblick auf die Einstellungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und/oder Rollen eines Menschen im Leben und eine **Möglichkeit, auch mit den Einschränkungen durch die Erkrankung ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen.** Recovery beinhaltet die Entwicklung einer neuen Bedeutung und eines neuen Sinns im Leben, **während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst.** (William Anthony 1993)*

Google Suche Recovery Drug Addiction



Personal Recovery Framework, Recovery – Aufgaben Bedeutung von Beziehungen



Mike Slade 2009, 2013

DRENSTE BERN



100 Wege
um **Recovery**
zu unterstützen

Ein Leitfaden für psychiatrische Fachpersonen

Rethink Mental Illness-Serie Recovery: Band 1 von Mike Slade

Schwerpunkte

- **Beziehungen fördern**
Peers (Selbsthilfe, Peer-Spezialisten Genesungsbegleiter, Peer-Dienstleistungen), Fachpersonal, andere Personen
- **Grundhaltung und Interventionsstil**
„Sie schaffen das, wir helfen Ihnen“
- **Assessment**
Stärken, Verantwortung, positive Identität, Hoffnung
- **Aktionsplanung**
- **Selbstmanagement**
Handlungsvermögen, Empowerment (Motto: „What´s in for me?“, Motivation, Medikation, Risikobereitschaft)
- **Krisen**
Vermeidung unnötiger Krisen, Erhaltung positiver Identität
- **Recovery Fokus** in Institutionen erkennen
- **Umgestaltung**

Wozu wieder etwas „Neues ?“

- Viele der Haltungen und Interventionsstrategien des Recovery-Ansatzes existieren bereits in den etablierten Behandlungskontexten
- Beispiele:
„informed consent“, „shared decision making“, Hippokratische Ethik in der Medizin
Grundannahmen des Motivational Interviewing
Ethik der Psychotherapie und anderer Berufe: Freiwilligkeit, Verstehen und Akzeptanz subjektiver Lebenswelten, „Abholen im Hier und Jetzt“, „Hilfe zur Selbsthilfe“, etc.
- Der persönliche Recovery-Ansatz fordert jedoch radikal, den „Nutzer“/die „Nutzerin“ von Dienstleistungen als Orientierungspunkt zu nehmen und sich als professionelle Institution oder Berufsgruppe als (frei gewählten) unterstützenden Teil eines größeren Ganzen neu zu definieren .

Traditioneller vs. Recovery – Ansatz Werte und Machtverteilungen

Bemühen um Wertfreiheit

Professionelle Verantwortung

Kontrollorientierung

Machtausübung

Wertorientierung

Persönliche Verantwortung

Wahlorientierung

Machtübertragung

Traditioneller vs. Recovery – Ansatz

Basiskonzepte

Wissenschaft	Humanismus
Pathographie	Biographie
Psychopathologie	Leiderfahrung
Diagnose	Persönliche Bedeutung
Behandlung	Wachstum und Entdeckung
Fachpersonen und Patienten	Experten durch Ausbildung bzw. Erfahrung

Traditioneller vs. Recovery – Ansatz Wissensgrundlagen

Randomisierte Kontrollstudien

Systematische Übersichten

Dekontextualisiert (reliabel)

Erfahrungsberichte

Arbeit mit Vorbildern (Peers)

Innerhalb eines sozialen

Kontexts

Traditioneller vs. Recovery – Ansatz Arbeitspraktiken

Beschreibung	Verständnis
Funktionsstörung im Fokus	Person im Fokus
Krankheitsbasiert	Stärkenbasiert
Anpassung ans Programm	Fachperson passt sich „Nutzer“ an
Erwünschte Passivität / Konformität	Stärkung der Selbstbestimmung
Betreuung durch Koordinatoren	Selbstmanagement

Fragen

Kann das Recovery-Konzept nicht auch von Interessensgruppen instrumentalisiert oder als PR-Feigenblatt gebraucht werden ?

- Ja →



- Geschäftsinteressen, Einsparungswünsche, ideologische Konkurrenz, Wiedereinführung idealisierter Abstinenzziele, Entwicklungszwänge, verschärfte moralisch-normative Vorgaben, religiöse Missionierung

Fragen

Kann der Paradigmenwechsel Patienten und Klienten nicht auch überfordern ?

- Ja, wenn Recovery-Konzepte wieder im Sinne der Expertenmacht eingeführt werden
- Wenn unter Zeit- und finanziellem Druck gehandelt werden muss
- Wenn zu hohe Erwartungen an die Effektivität gerichtet sind
- Wenn die chronifizierte negative Identität der Betroffenen nicht respektiert wird
(F62.1 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit, komplexe posttraumatische Belastungsstörung)
- ...

Fragen

Haben unsere Auftraggeber und wir als Helfer – in strukturellen Vorgaben und Zwängen fixiert – den Mut, Selbstbestimmung und Mitentscheidung tatsächlich zuzulassen ?

Ja, wenn wir uns davon verabschieden können:

„ ... Bei der Aufnahme werden Sie und Ihr mitgebrachtes Gepäck auf Suchtmittel untersucht. Zuvor **können Sie mitgebrachte Medikamente oder Drogen ohne nachteilige Folgen abgeben.**

Wir behalten uns **stichprobenartige Kontrollen (Anal- u. Vaginaluntersuchung)** durch den/ die Stationsarzt/ -ärztin vor.

Eine Verweigerung der **Suchtmittelkontrolle** schließt die Aufnahme auf die Station aus...“

Fragen

Werden die Betroffenen, in ihrer marginalisierten Position identifiziert, uns zu Recht glauben ?

- Nicht, wenn wir sie mit einem neuen Konzept überraschen
- Ja, mit der Zeit, wenn wir ihre subjektiv überlebenswichtigen und zwischenmenschlich dysfunktionalen Beziehungsmuster respektieren
- Wenn wir es ehrlich meinen

Die Jugend verachtet die Folgen, darauf beruht ihre Stärke.

(Martin Kessel)

Fragen

Werden die Entscheidungsträger tatsächlich bereit sein, in die Entwicklung von fachlichen und strukturellen Veränderungen zu investieren ?

Ein Lösungsvorschlag:



Fragen

Müssen womöglich die etablierten Konzepte und Strukturen einen Recovery-Prozess durchlaufen, um diesen Wandel tatsächlich zu erreichen ?

Eine gute Erfahrung:



Vorwurf: Ärzte leiten zum Drogenmissbrauch an

Im LSF soll Abhängigen der Missbrauch mit Ersatzdrogen vorgezeigt werden – die Klinikleitung dementiert.

Man braucht kein großer Suchtexperte zu sein, um festzustellen, dass

Graz ein Drogenproblem hat. Denn wohn man auch blickt, sie sind da, die „Zombies“ mit Tunnelblick und blauen Lippen. Junge, vom Drogenmissbrauch gezeichnete Körper, die in Wahrheit schwer krank sind. Doch eine Heilung von dieser Sucht scheint in den meisten Fällen nicht in Sicht. Im Gegenteil: Statt mit dem Ersatzdro-

Wird Süchtigen hinter diesen Mauern der Missbrauch mit Ersatzdrogen gezeigt? Die ärztliche Leitung weist die Vorwürfe aufs Schärfste zurück.
Foto: Standard-Welt / Skizzen



Zahl der Süchtigen explodiert

Trotz lückenhafter Daten ist ein Trend klar erkennbar: Es werden immer mehr Substitutionspatienten.

Wer nimmt was und wie viel? Fragen wie diese sind beim Ersatzdrogenprogramm nur schwer zu beantworten. Denn die Datenlage ist oft mangelhaft. Im Substitutionsregister werden zum Bei-

spiel 1.047 Steierinnen und Steier geführt, für die aber nur 775 Rezepte vorliegen – beides nachzulesen im aktuellen Suchtbericht. Eine nachvollziehbare Erklärung für die große Differenz gibt es nicht. Fest steht nur: Die Zahl der Süchtigen bzw. der Substitutionspatienten steigt – vor allem in Graz. Die offizielle Statistik weist für die Murstadt in den vergangenen drei Jahren ein Plus von

nicht derselben „Kick“. Also locken sich viele Süchtige die Tabletten auf und spritzen sich den Stoff – mit dem Risiko tödlicher Nebenwirkungen –. Doch selbst wenn man das alles zugiebt, wiegen die Vorwürfe schwer. Wir haben damit den ärztlichen Direktor des LSF, Michael Lehofer, konfrontiert. Seine Antwort: „Das stimmt definitiv nicht.“
Terminzusage trotz Dementi
Wirklich nicht? Wir haben die Probe aufs Exempel gemacht. „Ein Drogensüchtiger hat in meiner Anwesenheit beim ISF angerufen und um einen solchen „Schlussgespräch“ gebeten. Daraufhin wurde ihm gesagt, das sei kein Problem, er

solle sich kommende Woche wieder melden“, berichtet Rajakovic. Schlussendlich ist es dazu dann aber doch nicht gekommen. „Aufgrund der Recherchen“, mutmaßt Rajakovic. Er fordert Konsequenzen: „Es muss eine Untersuchungskommission für die Vorkommnisse im LSF installiert werden. Außerdem braucht es eine Evaluation des Ersatzdrogenprogramms. Denn wenn Ärzte den Missbrauch mit einplanen, glauben sie offensichtlich selbst nicht an den Therapieerfolg.“
Rezept gegen Bares:
Im Raum steht aber noch ein weiterer schwerer Vorwurf, „als liegen mir glaubhafte Berichte über Ärzte vor, die Süchtigen gegen 40 Euro Honorar ein Privatrezept für Medikamente ausstellen, die als Bekommnis eine große Gefahr darstellen“, so Rajakovic.
Gefährlicher „Kick“: Leider werden Ersatzdrogen oft missbräuchlich aufgekocht und gespritzt.



2010

2013

Aufgabe: Die Kunst der Balance

Herzlichen Dank !



martin.kurz@outlook.at