

Konsumreduktionsprogramme in der Suchtbehandlung

Zieloffene Suchtarbeit

Die Programme kT – kontrolliertes Trinken und

**KISS – Kompetenz im selbstbestimmten
Substanzkonsum**

Christoph Straub

1. **Ausgangssituation**
2. Was meint „zieloffene Arbeit“?
3. Warum eine zieloffene Herangehensweise ?
4. Kontrollierter Konsum: Was ist das?
5. kK: Auf welchen Wegen?
6. Ergebnisse
7. Schlussfolgerungen

PatientInnen verfolgen (wie alle Menschen)
selbstbestimmt eigene Ziele - zum Beispiel abstinent
leben oder sozial unauffällig/integriert konsumieren.

Das tun sie sowieso!

Ausgangssituation

- Konsumenten, Missbraucher, Abhängige
 - 8,4 Mio. riskanter Konsum
 - 2,0 Mio. missbräuchlicher Konsum
 - 1,3 Mio. abhängiger Konsum
- davon gelangen 10% (163.000) in Behandlung

Beispiel 1:

RaucherInnen rauchen trotz der bekannten gesundheitlichen Risiken (und z.T. sozialer Ausgrenzung)

Beispiel 2 (Simon & Sonntag 2004):

47% der hochgradig Cannabis-Abhängigen wollen „weniger konsumieren“ – nicht aufhören („hochgradig“ = 5,2 DSM-IV-Kriterien; Konsum an 29 von 30 Tagen, 11 Joints/Tag)

Beispiel 3:

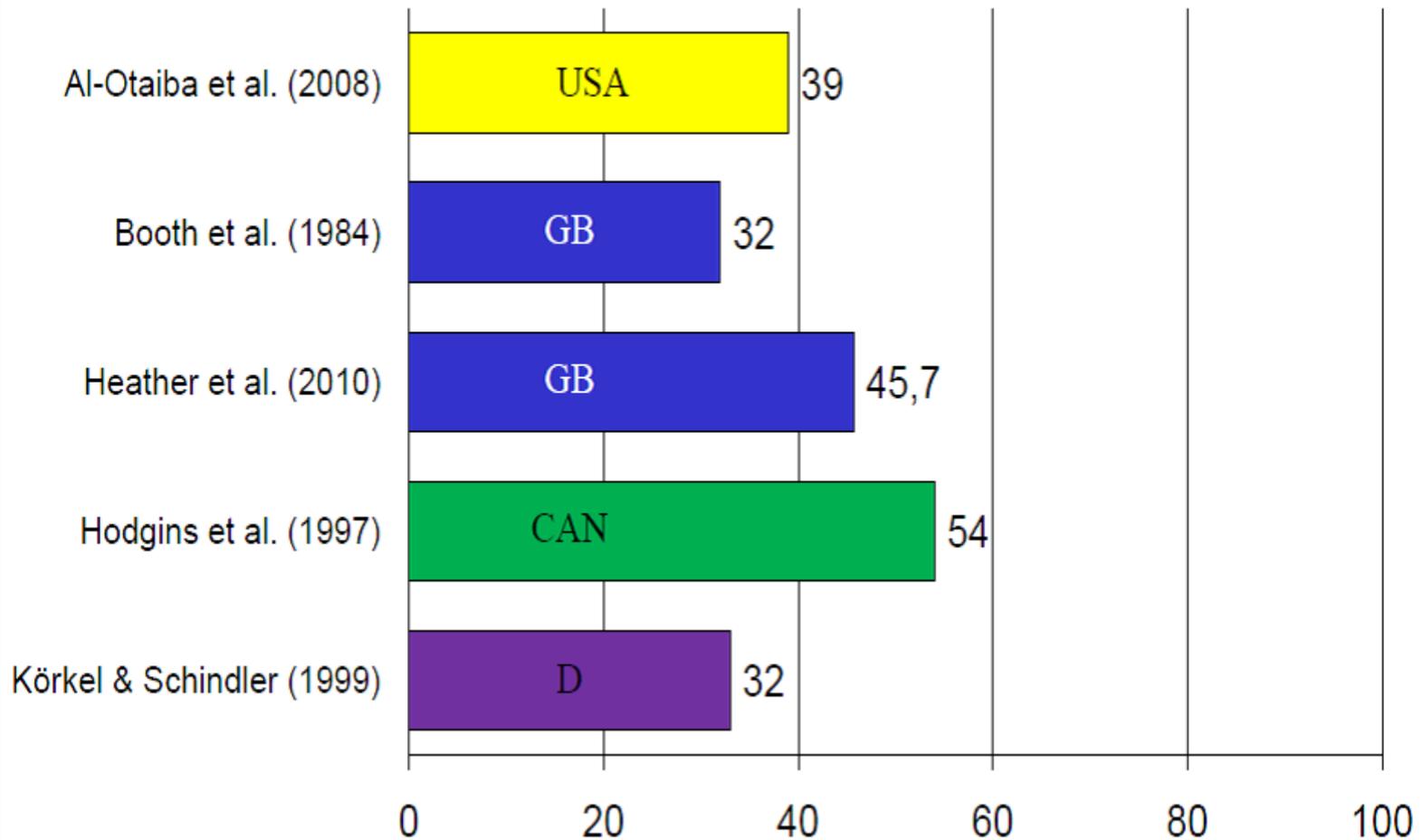
Obwohl in Therapien Abstinenz als Ziel vorgegeben wird, wählt ein Teil der Pat. „heimlich“ kontrolliert-reduzierten Konsum und verfolgt dieses selbstgewählte Ziel nach der Behandlung.

In Alkoholstudien sind dies 32% - 54%

(Al-Otaiba et al. 2008; Booth et al. 1984; Hodgins et al. 1997; Körkel & Schindler 1998).

In einer der größten US-amerikanischen Marijuanastudie sind es 28% (Lozano et al. 2006)

Prozentsatz der Patienten, die in abstinenzorientierter Alkoholismustherapie *nicht* das Abstinenzziel verfolgen



Beispiel 4:

Studie Wittchen et al. (2008) zur Substitutionsbehandlung
(N = 1615 Substituierte):

Eingangserhebung:

Bei 49% „Beikonsum“.

1 Jahr später:

Bei 46% „Beikonsum“.

Die in diesem Jahr aus der Substitution Ausgeschlossenen
sind dabei nicht berücksichtigt!

1. Ausgangssituation
2. **Was meint „zieloffene Arbeit“?**
3. Vorteile einer zieloffenen Herangehensweise
4. Kontrollierter Konsum: Was ist das?
5. kK: Auf welchen Wegen?
6. Ergebnisse
7. Schlussfolgerungen

KlientInnen verfolgen selbstbestimmt eigene Ziele –
z.B. abstinent leben oder sozial unauffällig konsumieren.
Das tun sie sowieso!

Arbeit wird es durch:

Herbeiführen eines eigenen Selbstklärungsprozesses:

- Eigene Haltung in Bezug auf verschiedene Konsumziele? (z.B. Offenheit für verschiedene Ziele?)
- Wissen über unterschiedliche Ziele vorhanden?
- Bereitschaft vorhanden, offensiv und sanktionsfrei mit dem Klienten über verschiedene Konsumziele ins Gespräch zu kommen?

- ☑ Führen eines zieloffenen Dialogs gemäß Motivational Interviewing. Das bedeutet:
 - Die Zielfrage wird einladend ins Gespräch gebracht.
 - Das vom Patienten gewünschte Ziel wird offen und kunstfertig erkundet - durch Rückgriff auf MI-Methoden und Zielwissen (z.B. Wissen über kontrollierten Konsum). Auf „eigenen Senf“ wird verzichtet.
 - Eigene Überlegungen werden eingebracht - aber erst nach Einwilligung des Patienten und ohne Richtigkeitsanspruch.

- ☑ Vorhalten evidenzbasierter, d.h. wissenschaftlich abgesicherter therapeutischer Maßnahmen/Programme für unterschiedliche Ziele (v.a. Abstinenz und kontrollierter Konsum).

Die entsprechenden Maßnahmen/ Programme können je nach Arbeitskontext

- vollständig vor Ort umgesetzt werden
- in Ausschnitten umgesetzt werden.

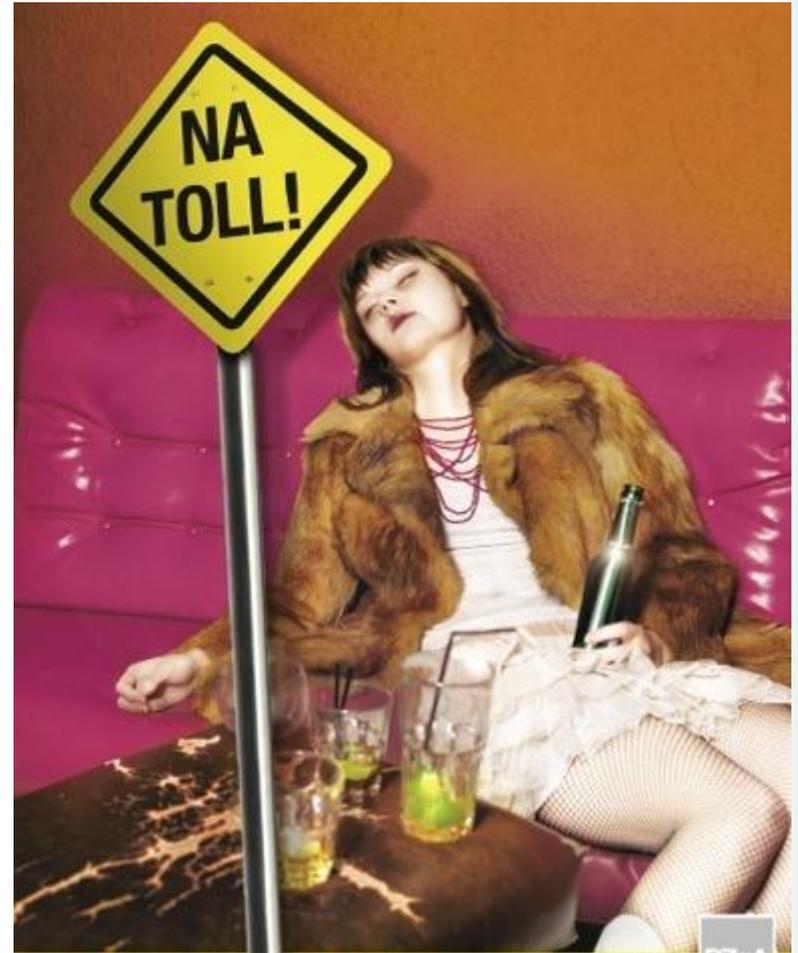
1. Ausgangssituation
2. Was meint „zieloffene Arbeit“?
3. **Warum eine zieloffene Herangehensweise ?**
4. Kontrollierter Konsum: Was ist das?
5. kK: Auf welchen Wegen?
6. Ergebnisse
7. Schlussfolgerungen

1. Viele Menschen sind änderungs- Aber nicht abstinenzbereit

Denn: Für viele Menschen ist das alles dominierende Ziel der lebenslangen Suchtmittelabstinenz unrealistisch und bleibt, wenn aufgenötigt, ein Lippenbekenntnis

Beispiele:

- Führerschein-Nachschulungsteilnehmer (MPU)
- Viele Patienten in Entzugsbehandlung



2. Zieloffenheit fördert den therapeutischen Prozess

- ⇒ Der Patient wird und fühlt sich ernst genommen.
- ⇒ Dadurch werden ehrliche Aussagen begünstigt.
- ⇒ Kraft zehrende Überzeugungsversuche und vermeidbare Enttäuschungen erübrigen sich.
- ⇒ Die Behandlung kann mit gemeinsam getragenen Zielvereinbarungen beginnen.
- ⇒ Der Patient kann aus eigener Erfahrung heraus Zielveränderungen vornehmen, wenn sich das gewählte Ziel auf Dauer als unrealistisch oder unerwünscht erweisen sollte.



3. Einhaltung des bioethischen Prinzips der Autonomiewahrung

(„Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt ...“, Artikel 2 Grundgesetz)

4. Einhaltung des bioethischen Grundsatzes „Sollen setzt Können voraus“

Anzahl durchschnittlich
konsumierter
Substanzen: 5,23.

Reihenfolge:

- Zigaretten (96%)
- Methadon/Subutex (76%)
- Crack (66%)
- Heroin (63%)
- Benzodiazepine (60%)
- Cannabis (60%)
- Alkohol (46%)



5. KT als Einstieg zum Ausstieg

Kontrolliertes Trinken kann ein notwendiger Zwischenschritt auf dem Weg zur Abstinenz sein

10-30% der TeilnehmerInnen an Programmen zum kontrollierten Trinken leben nach Programmende abstinent (Miller 1983 u.a.)

1. Ausgangssituation
2. Was meint „zieloffene Arbeit“?
3. Vorteile einer zieloffenen Herangehensweise
4. **Kontrollierter Konsum: Was ist das?**
5. kK: Auf welchen Wegen?
6. Ergebnisse
7. Schlussfolgerungen

Definition „Kontrollierter Konsum“

Selbstkontrollierter Konsum liegt vor, wenn eine Person ihr Konsumverhalten an einem **zuvor** festgelegten Konsumplan bzw. an Konsumregeln ausrichtet.

Definition „kK“ (Fortsetzung)

Praktisch gesehen, bedeutet kontrollierter Konsum vor allem eine (wöchentliche) Festlegung der Konsummenge:

- maximale Konsummenge pro Tag
- maximaler Gesamtkonsum pro Woche
- Anzahl abstinenter Tage

Definition „kK“ (Fortsetzung)

Praktisch gesehen, bedeutet kontrollierter Konsum vor allem eine (wöchentliche) Festlegung der Konsummenge:

- maximale Konsummenge pro Tag
- maximaler Gesamtkonsum pro Woche
- Anzahl abstinenter Tage

Und ggf. den Kontext festzulegen, wie etwa:

- *Wann will ich konsumieren - wann nicht?*
- *Wo will ich konsumieren - wo nicht?*
- *Mit wem will ich konsumieren - mit wem nicht?*

Abgrenzung

Kontrolliertes Trinken = diszipliniertes Trinken

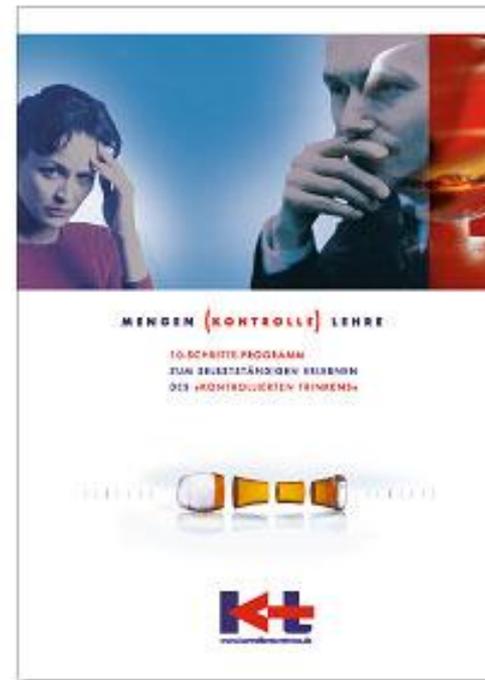
Kontrolliertes Trinken \neq „moderates Trinken“

Kontrolliertes Trinken \neq „normales Trinken“

1. Ausgangssituation
2. Was meint „zieloffene Arbeit“?
3. Vorteile einer zieloffenen Herangehensweise
4. Kontrollierter Konsum: Was ist das?
5. **kK: Auf welchen Wegen?**
6. Ergebnisse
7. Schlussfolgerungen

10-Schritte-Programm zum selbstständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens

(Körkel, 2001)



Gruppentherapeutische Programme

Ambulantes Gruppen- programm zum kontrollierten Trinken (AkT)

(Körkel & Projektgruppe kT, 2001)



Einzeltherapeutische Programme

Ambulantes Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken (EkT)

(Gehring & Projektgruppe kT, 2003)





**Kontrolle
im
selbstbestimmten
Substanzkonsum (KISS)**

Handbuch zur Einzel-
und Gruppenarbeit



**Kontrolle
im
selbstbestimmten
Substanzkonsum (KISS)**

Handbuch zur Einzel-
und Gruppenarbeit



KISS =

**„Kompetenz im
selbstbestimmten
Substanzkonsum“**

(Körkel & GK Quest Akademie,
2007³)

Trainermanual

**CD-ROM mit
Arbeits- und
Info-Blättern**

Übergeordnete Ziele der kK-Programme

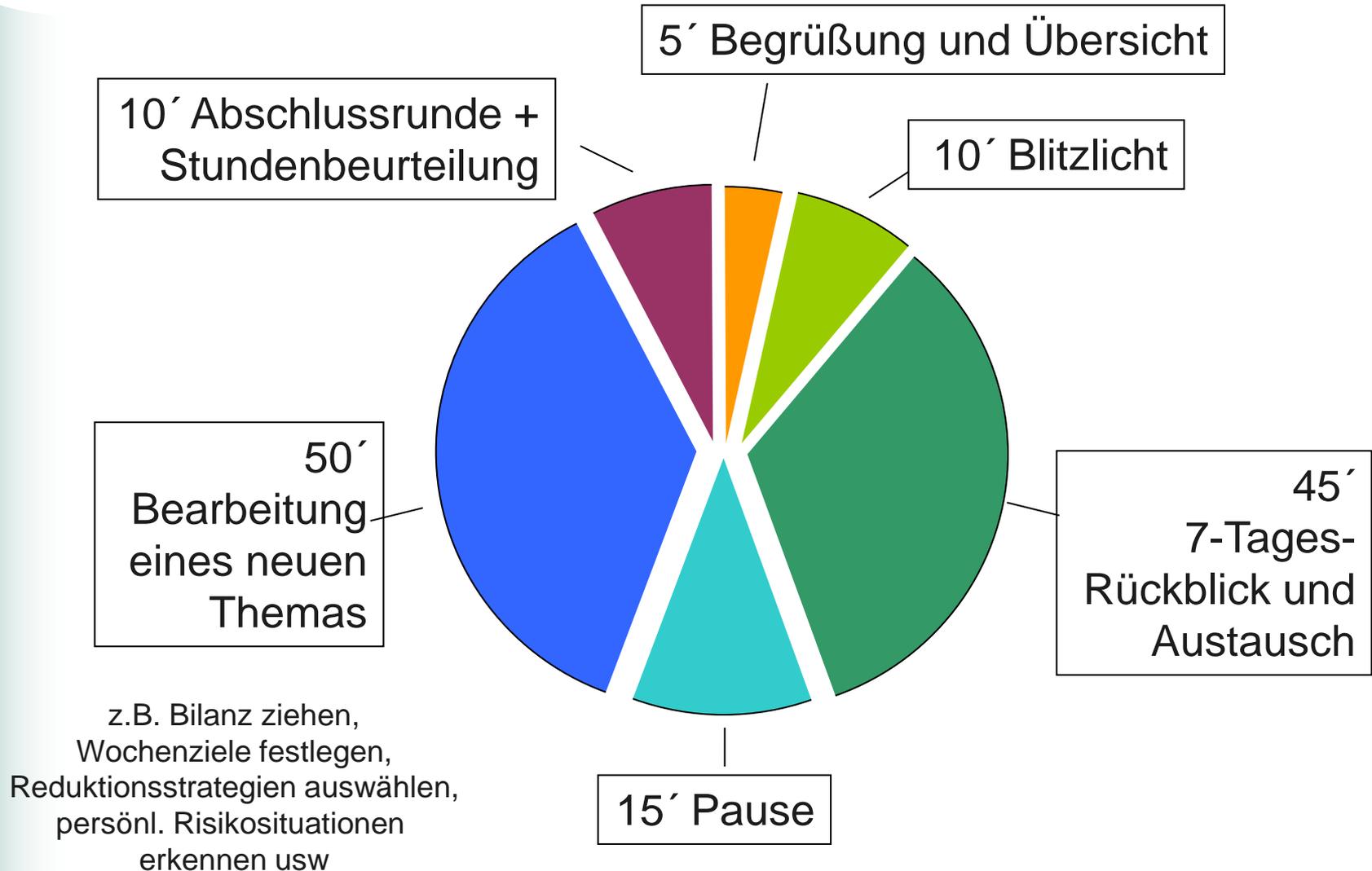
- Verbesserung der Lebensqualität
- Erreichen der Zielgruppe (Menschen mit problematischem Alkohol- und Drogenkonsum)
- Reduktion des Konsums (ggf. Abstinenz) und der Folgeschäden
- Ggf. Hinführung zu weitergehenden (abstinenzorientierte) Suchthilfeangeboten

1. zieloffen: kontrollierter Konsum oder Abstinenz möglich
Abstinenzentscheidungen werden tageweise, wochenweise
und substanzweise angeregt

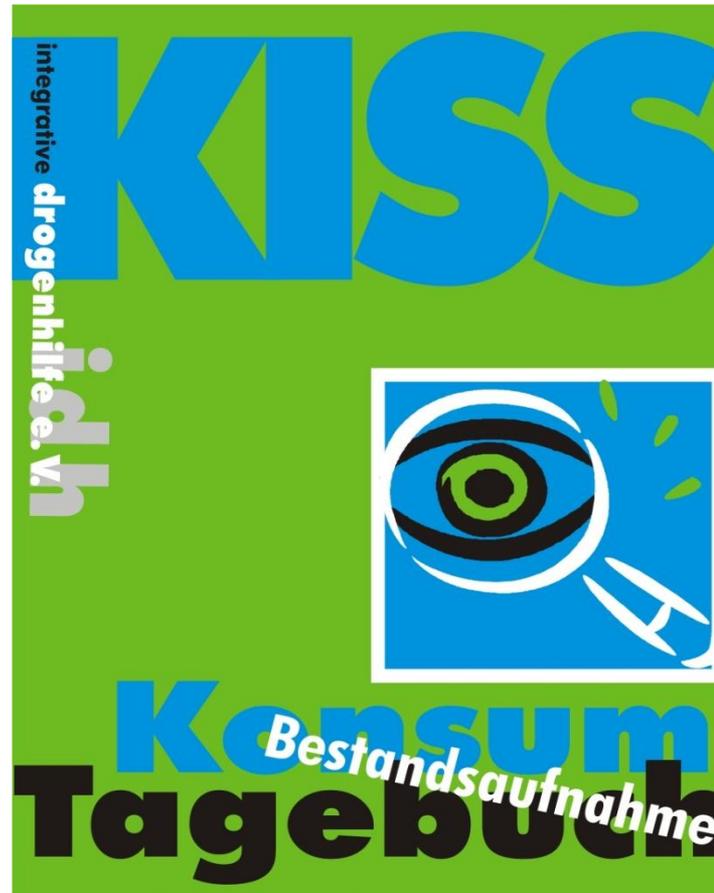
1. zieloffen: kontrollierter Konsum oder Abstinenz möglich
2. in Gruppen- und Einzelarbeit einsetzbar
(max. 12 Personen)

1. zieloffen: kontrollierter Konsum oder Abstinenz möglich
2. in Gruppen- und Einzelarbeit einsetzbar
3. zugrunde liegendes Menschenbild der Humanistischen Psychologie und tragende Basisfertigkeiten des Motivational Interviewing (affin zur akzeptierenden Drogenarbeit)

1. zieloffen: kontrollierter Konsum oder Abstinenz möglich
2. in Gruppen- und Einzelarbeit einsetzbar
3. zugrunde liegendes Menschenbild der Humanistischen Psychologie und tragende Basisfertigkeiten des Motivational Interviewing (affin zur akzeptierenden Drogenarbeit)
4. verhaltenstherapeutisch strukturiert (BSCT):
 - ⇒ 1-2 Vorgespräche
 - ⇒ 12 aufeinander aufbauende wöchentl. Module (à 2¼ Std.)
 - ⇒ jedes Modul mit klarer Zeit- und Inhaltsstruktur (Trainermanual)

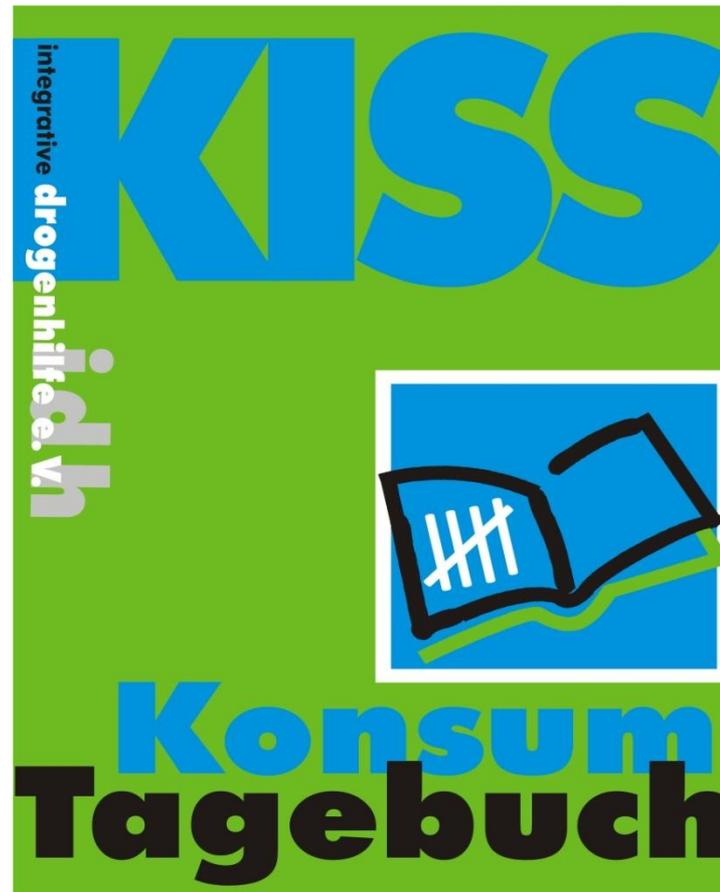


1. zieloffen: kontrollierter Konsum oder Abstinenz möglich
2. in Gruppen- und Einzelarbeit einsetzbar
3. zugrunde liegendes Menschenbild der Humanistischen Psychologie und tragende Basisfertigkeiten des Motivational Interviewing (affin zur akzeptierenden Drogenarbeit)
4. verhaltenstherapeutisch strukturiert (BSCT):
 - ⇒ 1-2 Vorgespräche
 - ⇒ 12 aufeinander aufbauende wöchentl. Module (à 2¼ Std.)
 - ⇒ jedes Modul mit klarer Zeit- und Inhaltsstruktur (Trainermanual)
 - ⇒ „didaktisch ansprechend“: Visualisierungen (Flipchart etc.), Arbeits-/Infoblätter, Kleingruppenübungen



 Konsum vor KISS-Beginn Hier Substanzen und Konsumeinheiten eintragen										Woche vom <input type="text"/> bis <input type="text"/>	
Substanz	Uhr	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Woche	Zahl der konsum-freien Tage	
1 Kokain	6-12								8		
	12-18		3			5					
	18-6	7				5					
	Konsumeinheiten pro Tag		7	3			10		20	4	
2 Cannabis	6-12	2	1	1		1	1	1	7		
	12-18		1	3	2	2	2	2	12		
	18-6	1	1	1	2	1	1	1	8		
	Konsumeinheiten pro Tag		3	3	5	4	4	4	4	27	0
3 Alkohol	6-12	2		2		1	2	2	9		
	12-18		2	1	2	1		1	7		
	18-6										
	Konsumeinheiten pro Tag		2	2	3	2	2	2	3	16	0

- Grundwissen über Substanzen
- Pro & Contra Veränderung
- Bilanz ziehen
- Konsumziele festlegen
- Strategien zur Zielerreichung
- Risikosituationen erkennen
- Ausrutscher meistern
- Freizeit gestalten
- Belastungen erkennen und angehen
- Nein-Sagen
- Erfolge sichern



Substanz **Cannabis** Konsumeinheit **1 Joint = 0,2g** Woche vom bis

Mein Konsumplan für diese Woche: Max. Konsummenge pro Tag (in Konsumeinheiten) **3** Gesamtkonsum in dieser Woche (in Konsumeinheiten) **14** Zahl der konsumfreien Tage **1**

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	Su	Woche
6-12 Uhr		/			/			2
12-18 Uhr	/	? /		/	/			4
18-6 Uhr	/	//		/	/		1	6
Konsumeinheiten pro Tag	2	4	0	2	3	0	1	12

Zahl der konsumfr. Tage **12**

Tagesziel erreicht? Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein

Wochenziele erreicht?

Max. Konsummenge pro Tag	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
Gesamtkonsum in dieser Woche	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zahl der konsumfreien Tage	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Mit meinem Konsumverhalten bin ich in dieser Woche (Bitte ankreuzen)

sehr zufrieden sehr unzufrieden

1. Ausgangssituation
2. Was meint „zieloffene Arbeit“?
3. Vorteile einer zieloffenen Herangehensweise
4. Kontrollierter Konsum: Was ist das?
5. kK: Auf welchen Wegen?
6. **Ergebnisse**
7. Schlussfolgerungen

Apodaca, T.R. & Miller, W.R. (2003). Journal of Clinical Psychology, 59, 289-304.

Heather, N. & Robertson, I. (1983). Controlled drinking. London: Methuen.

Klingemann, H., Sobell, L., Sobell, M. u.a. (2004). (Expertise zum kT für das Bundesamt für Gesundheit, Bern)

Körkel, J. (2002). Journal of Drug Issues, 32, 667-688.

Körkel, J. (2002). Suchttherapie, 3, 87-96

Marlatt, G.A. & Witkiewitz, K. (2002). Addictive Behaviors, 27, 867-886.

Miller, W.R. (1983). Journal of Studies in Alcohol, 44, 68-83.

Miller, W.R. & Wilbourne, P.L. (2002). Addiction, 97, 265- 277.

Rosenberg, H. (1993). Psychological Bulletin, 113, 129-139.

Saladin, M.E. & Santa Ana, E.J. (2004). Current Opinion in Psychiatry, 17, 175-187.

Walters, G.D. (2000). Behavior Therapy, 31, 135-149.

- **Durchschnittliche Erfolgsrate: 65%**
(Spannbreite: 25% - 90%; Nacherhebungszeitraum \geq 1 Jahr; Miller, 1983)
- **Durchschnittliche Reduktion: 30-60%**
(z.B. Alden, 1988; Heather et al, 1987; Körkel et al., 2001)
- **10-30% abstinent**
(Miller, 1983; Rosenberg, 1993; Walters,

Ergebnisse dieser Metaanalyse besagen, dass Selbstkontrolltrainings abstinenzenorientierten Interventionen in Bezug auf Gesamtwirksamkeit, Stabilität der Ergebnisse und potentielle Klientel mindestens ebenbürtig sind.“

Die gleiche Folgerung ziehen:

Marlatt, G.A. & Witkiewitz, K. (2002). *Addictive Behaviors*, 27, 867-886.

Saladin, M.E. & Santa Ana, E.J. (2004). *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 175-187

Dies schließt nicht aus, dass “es durchaus möglich (wenn nicht wahrscheinlich) ist, dass ein moderates Trinkverhalten für einige Alkoholkonsumenten eine permanente Unmöglichkeit darstellt, wohingegen es für andere erreichbar ist” (Miller, 1983, S. 71).

Miller, W.R. (1983). *Journal of Studies in Alcohol*, 44, 68-83

Programme zum kontrollierten Trinken sind

- wirksam bei Alkoholmissbrauchern und Alkoholabhängigen
- mindestens so wirksam wie abstinenzorientierte Behandlung
- wirksam zur Reduktion des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Folgeprobleme
- und dies in Nacherhebungen, die von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren reichen.

Saladin, M.E. & Santa Ana, E.J. (2004). *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 175-187.

Walters, G.D. (2000). *Behavior Therapy*, 31, 135-149.

Randomized Controlled Trial der Integrativen Drogenhilfe Frankfurt

**Gabi Becker, Joachim Körkel,
Volker Happel & Gero Lipsmeier**

Start: 2006

Stichprobencharakteristika (N = 113)

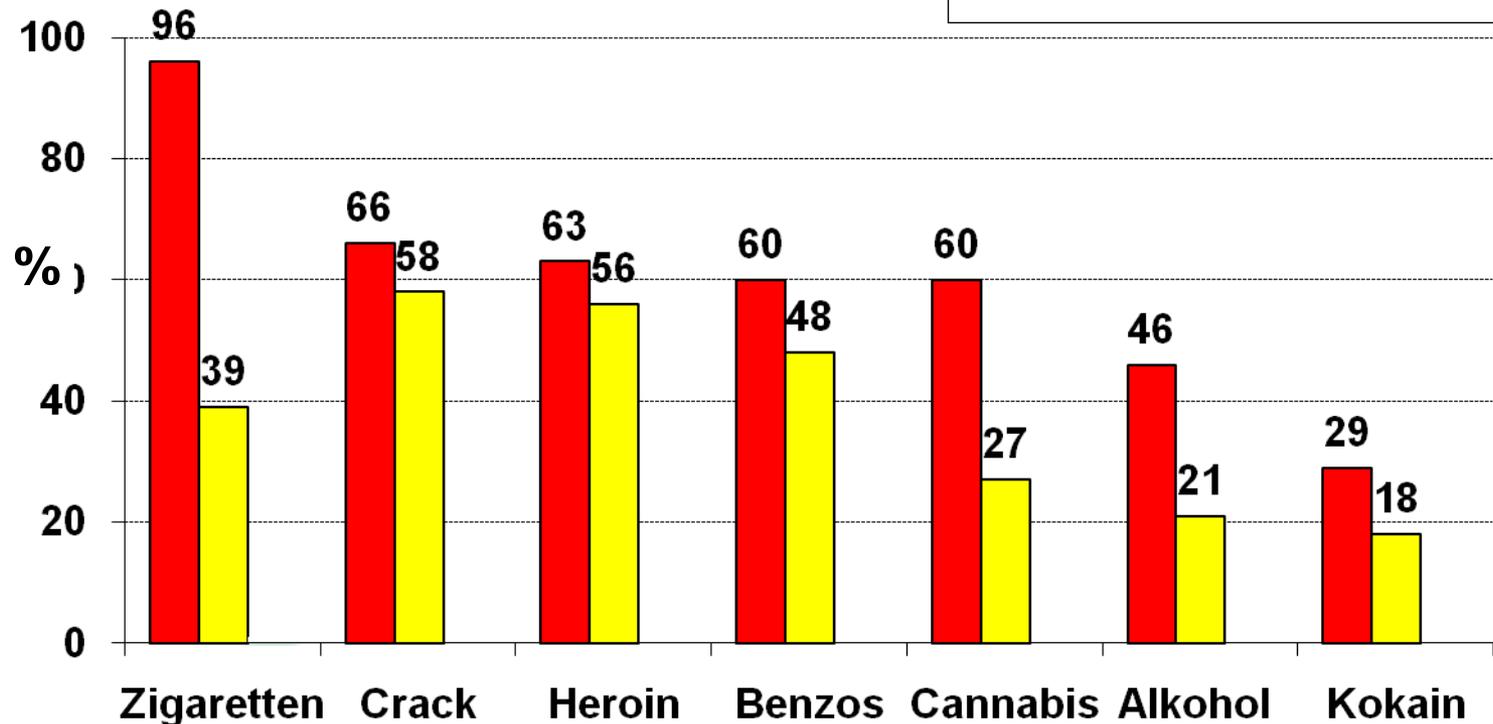
Durchschnittsalter:	39 Jahre
Anteil Frauen:	28 %
Sozialleistungsbezug:	92 %
Arbeitslos:	73,5 %
Notschlafstelle/ Wohnheim:	48 %
Aktuell in Substitution:	73 % (Lifetime: 92%)

Konsumhäufigkeiten und Veränderungswünsche zu Beginn der Studie (in %, N=113)

Anzahl durchschnittlich konsumierter Substanzen: 5,23 (inkl. Zigaretten und Substitut)

bei durchschnittlich 2,77 Substanzen Reduktionswunsch

■ Konsum (letzte 28 Tage vor KISS)
■ Veränderungswunsch



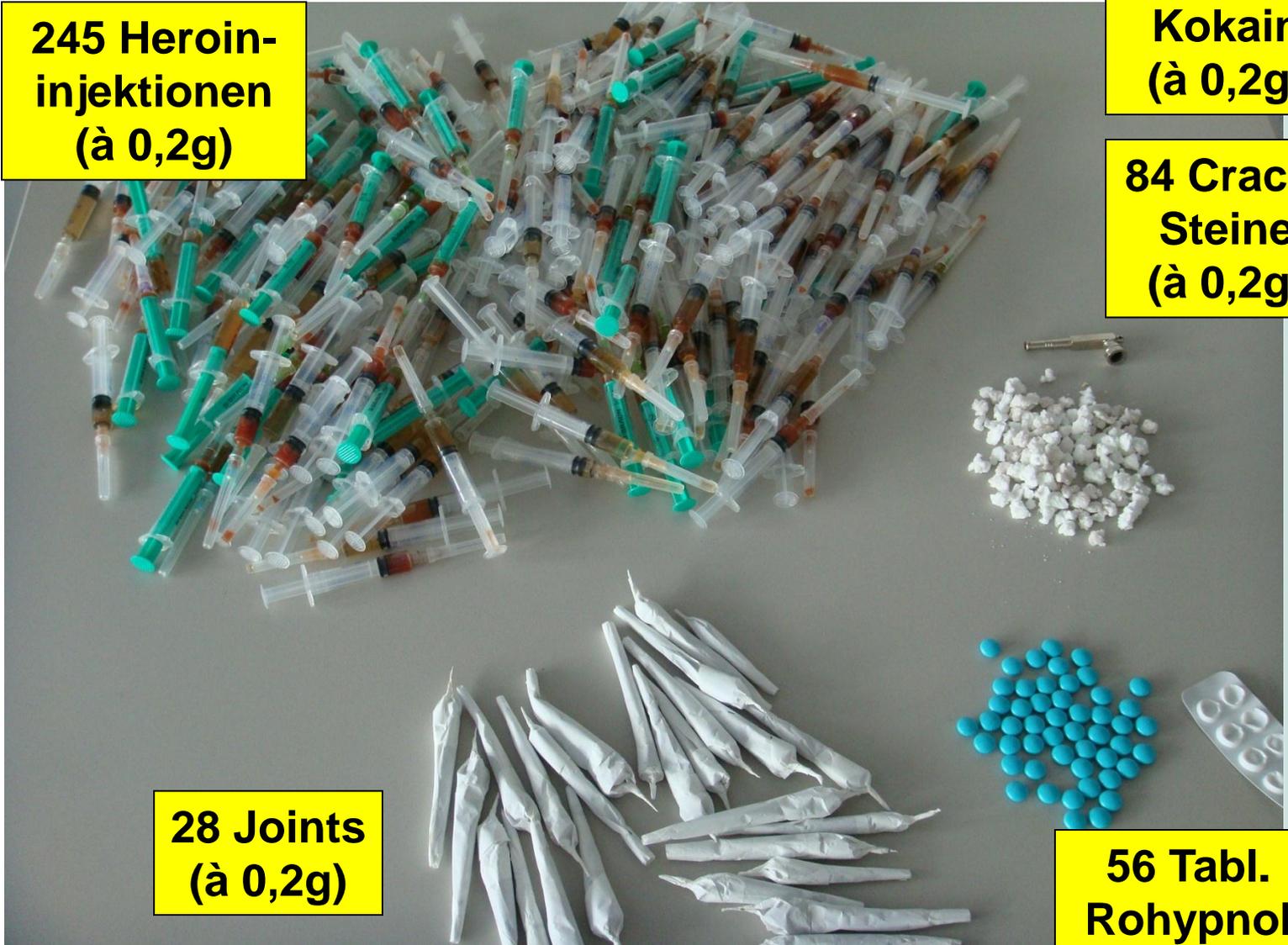


**336
Fl. Bier
(à 0,5l)**

**245 Heroin-
injektionen
(à 0,2g)**

**2 Linien
Kokain
(à 0,2g)**

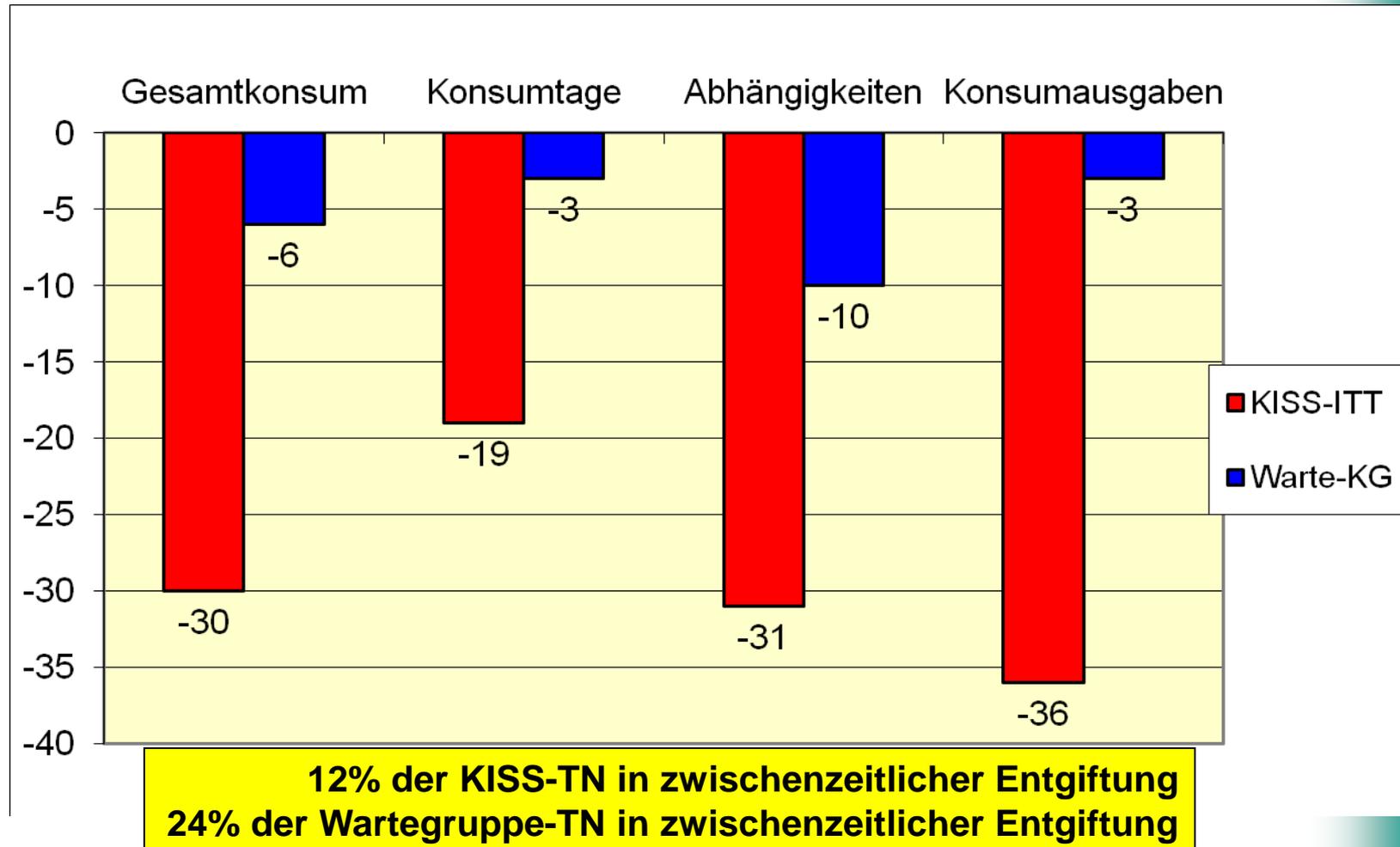
**84 Crack-
Steine
(à 0,2g)**



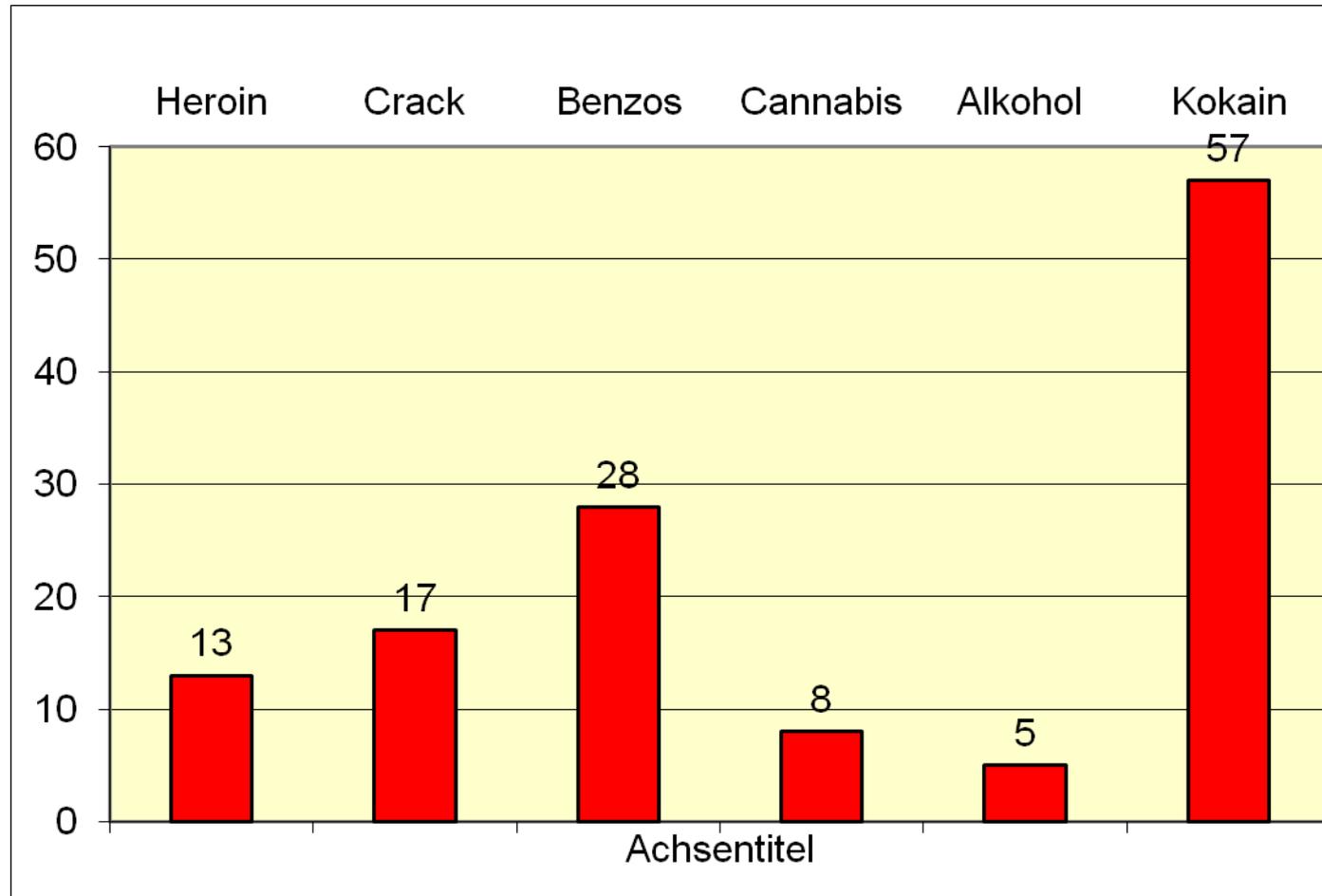
**28 Joints
(à 0,2g)**

**56 Tabl.
Rohypnol
(à 1 mg)**

Prä-Post-Reduktionen in den vier substanzübergreifenden Zielkriterien (in%)



In der 6-Monats-Nacherhebung abstinente Kl.
(28-Tages-Abstinenz), die zu Studienbeginn die jeweilige
Substanz konsumiert hatten (Nettobilanz, in %)



- **KISS wirkt – und die Wirkung hält an.**

Dies belegen alle Overall-Maße: Gesamtkonsum, konsumfreie Tage, Anzahl Abhängigkeiten, Konsumausgaben

- **Starke** und über viele Konsumindikatoren nachweisbare **Wirkungen** des KISS-Programms sind für Crack, Kokain, Benzodiazepine, Heroin und Cannabis nachweisbar. Bei Alkohol zeigen sich kaum Effekte

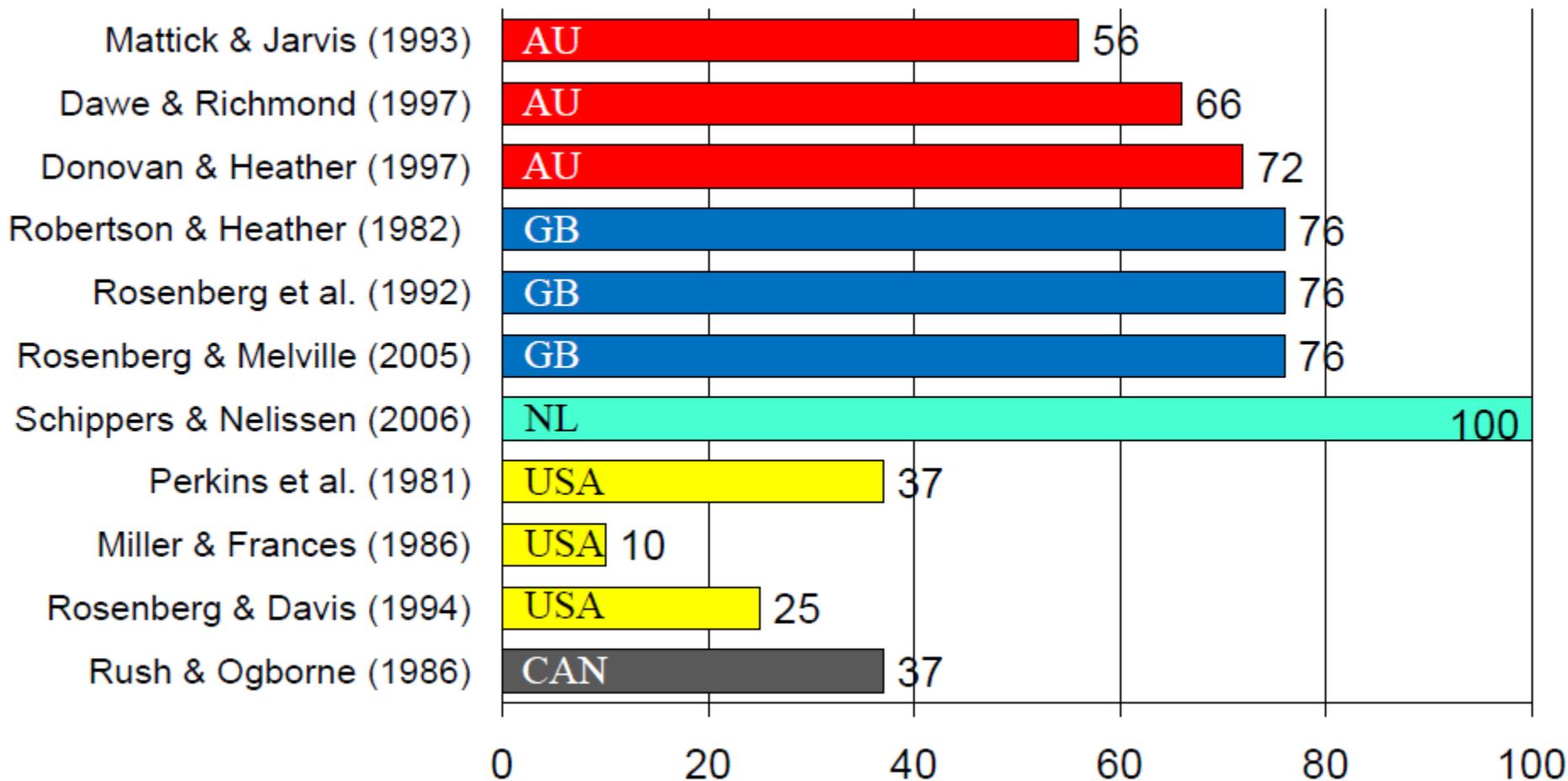
- Die durch KISS erzielten Wirkungen sind **praktisch bedeutsam** und liegen in einem **Effektstärkenbereich**, der für Pharmako- und Psychotherapie mit Drogenabhängigen üblich ist.

- Hohe **Anzahl der wahrgenommenen Sitzungen** (ca. 60%) in Verbindung mit der hohen **Haltequote** (über 90%) lassen die Schlussfolgerung zu, das KISS auch für polyvalent konsumierende und sozial depravierte Drogenabhängige, die niedrighschwellige Drogenhilfeeinrichtungen aufsuchen, attraktiv und im Gruppensetting durchführbar ist.

- ⇒ Behandlungen mit dem Ziel des kontroll. (Alkohol-/Drogen-) Konsums sind in diversen anderen Ländern eine Selbstverständlichkeit (UK: Rosenberg & Melville 2005)

Kontrolliertes/ reduziertes Trinken ist eine Erfolg versprechende Zieloption

Behandlungen mit dem Ziel des kontroll. (Alkohol-/Drogen-) Konsums sind in diversen anderen Ländern eine Selbstverständlichkeit



Vielen Dank