

4. Rosenheimer Suchthilfetag
Rosenheim, 16. November 2016

Abstinenz: Ein noch zeitgemäßes Therapiekonzept?

Joachim Körkel



Übersicht

1. Abstinenz: Behandlungsziel & Dogma
2. Vorteile von Zieloffenheit
3. Zieloffene Suchtarbeit
4. Herausforderungen

Übersicht

1. Abstinenz: Behandlungsziel & Dogma

Suchtmittelabstinenz als Ziel

- ✧ Abstinenz ist eine wertvolle *Behandlungsoption*:
 - ↑ Gesundheitliche Genesung, Führerscheinwiedererlangung, Lebenszufriedenheit ... (Maffli et al. 1995)
 - ↓ Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhaustage (Klein et al. 1998), innerfamiliäre Gewalt (O'Farrell et al. 2003) ...

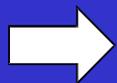
- ✧ Ergo: Das Ziel der Abstinenz steht überhaupt nicht in Frage. Es sollte in der Behandlungspalette (und Selbsthilfe) stets enthalten sein.

Abstinenz als Dogma = klassisches Krankheitsmodell des Alkoholismus

(Anonyme Alkoholiker, 1939; Jellinek, 1960)

Vier grundlegende Annahmen:

1. Entweder man ist abhängig oder nicht = andere Wesenheiten (wie schwanger oder nicht)
2. Die wahren Ursachen sind biologischer Natur (nicht psychologischer oder sozialer Natur)
3. Das Kernmerkmal ist „der Kontrollverlust“ (Alkoholabhängige haben ihn, Nicht-Abhängige nicht)
4. Alkoholismus ist irreversibel (wg seiner biolog. Wurzeln)



„Alcoholics can never safely return to drinking“

(Milam & Ketcham, 1983, p. 14)

Diese Überzeugung dominiert die Suchtbehandlung westlicher Länder wie ein Naturgesetz.

Die empirischen Fakten

Alle vier Annahmen des Krankheitsmodells sind empirisch widerlegt oder unbestätigt (e.g. Heather & Robertson, 1981; Körkel, 2015; Miller, 1993):

1. Alkoholkonsummengen, -probleme und -abhängigkeitskriterien **variieren kontinuierlich**: Es gibt empirisch keinen Schnitt von der Nichtabhängigkeit zur Abhängigkeit.
2. Es gibt **keine Belege** für die ätiologische Dominanz oder gar Ausschließlichkeit **biologischer Faktoren**.
3. Übermäßiger Alkoholkonsum lässt sich besser als **Kontrollminderung** („impaired control“) denn als „**Kontrollverlust**“ („loss of control“) erklären.
4. Ein Teil der Alkoholabhängigen kann zu einem **gemäßigten, nicht symptombelasteten Alkoholkonsum** zurückfinden.

„Wenn die Tatsachen nicht mit der Theorie
übereinstimmen:
Umso schlimmer für die Tatsachen“

(Hegel)

„Ich weiß:
Es ist schwer, sich von Meinungen zu verabschieden,
bloß weil die Fakten nicht dazu stimmen“

(Claus von Wagner, in „Die Anstalt“, 11.3.2014)

Folgerung

Es ist sinnvoll, die Behandlungspalette um Reduktions- und schadensmindernde Behandlungen zu ergänzen, denn:

„*There is a wealth of alternatives*“ (Miller et al. 2003).

Abstinenzbehandlungen
+ Reduktionsbehandlungen
+ schadensmindernde
Behandlungen

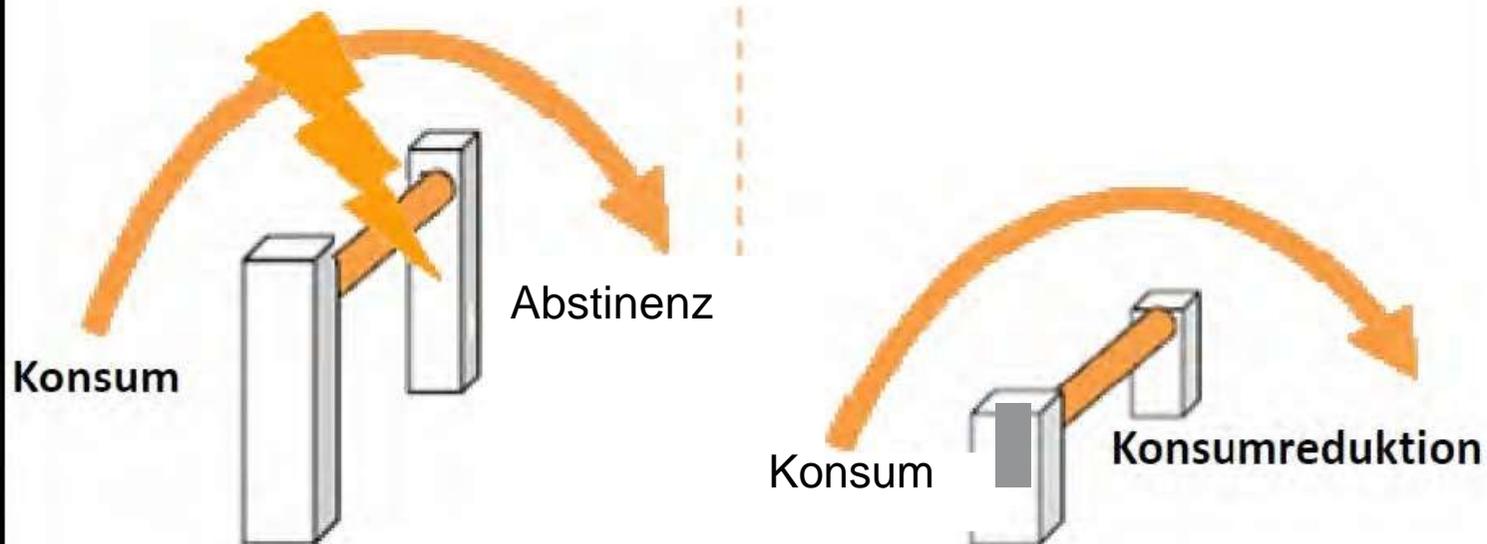
*zieloffene
Ausrichtung von
Suchtbehandlung*

Übersicht

1. Abstinenz: Behandlungsziel & Dogma
2. Vorteile von Zieloffenheit

Vorteile von Zieloffenheit (I): Höhere und frühere Erreichungsquote

Herkömmliche
Programme:



Vorteile von Zieloffenheit (II): Einhaltung ethischer Standards

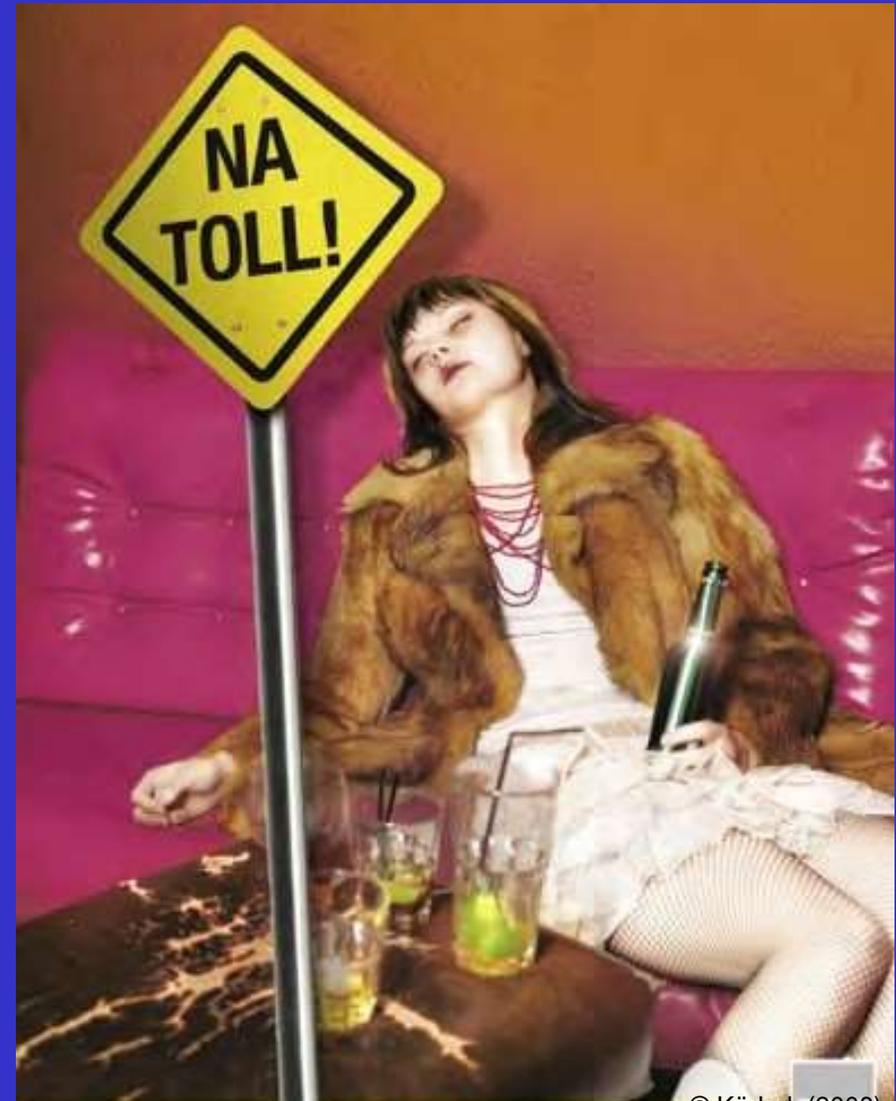
**a) Selbstbestimmungsrecht
(Autonomie)**

**b) Sollen setzt können
voraus**

Vorteile von Zieloffenheit (III): Die normative Kraft des Faktischen

Menschen wirken in einer Behandlung nur mit, wenn sie ihr zustimmen.

Zielverfolgung ohne Zustimmung des Patienten funktioniert schlichtweg nicht.



Vorteile von Zieloffenheit (IV): „Geschmeidigere“ Behandlung

dancing



wrestling

Zieloffenheit fördert den Veränderungs-/ Behandlungsprozess

- 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 einer gemeinsam getragenen Zielvereinbarung beginnen.
- Der Patient kann aus eigener Erfahrung heraus Zieländerungen vornehmen.

Vorteile von Zieloffenheit (VI): Reduktion/ Schadensminderung als Brücke zur Abstinenz

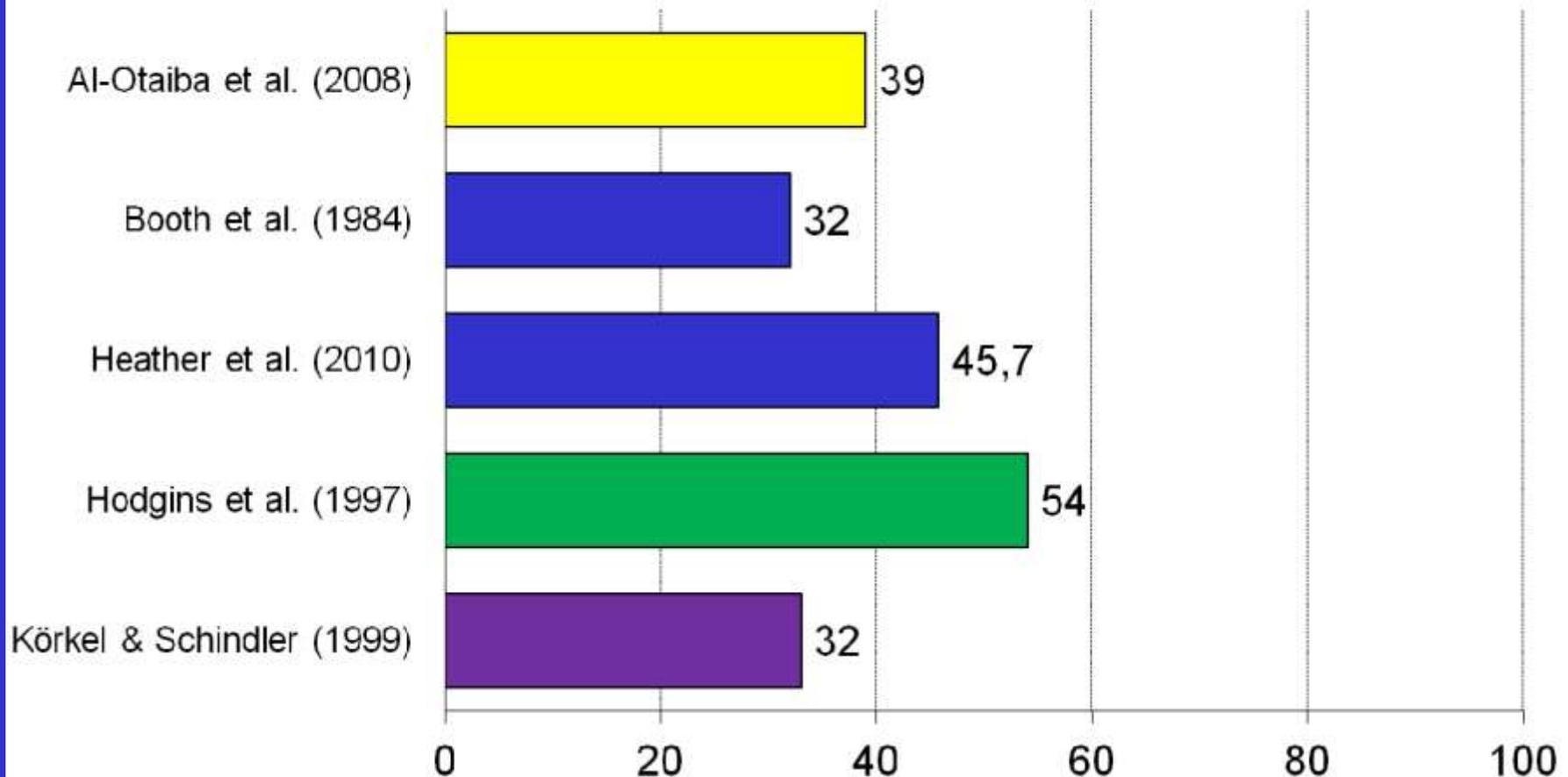
Start:
Reduktion/
Schadens-
minderung



Ergebnis:
Abstinenz

Vorteile von Zieloffenheit (VII): Vermeidung von Fehlplatzierungen

Anteil der PatientInnen in stationärer Alkohol-Entwöhnungsbehandlung,
die **nicht** das Ziel der Abstinenz anstreben



Vorteile von Zieloffenheit (VIII): Optimierung von Behandlungsergebnissen

Abstinenzbehandlung ist keineswegs „das Erfolgsmodell“ schlechthin:

- (Nur) 35% der Patienten bleiben nach 4-monatiger stationärer Alkoholtherapie (Entwöhnungsbehandlung) durchgängig 1 Jahr abstinent (Missel et al. 2012).
- Schweizer Bundesamt für Gesundheit:
1 % Langzeitabstinenz von allen „harten illegalen Drogen“ bei Personen der offenen Drogenszene (Kormann 2012).
- PREMOS-Studie: Ca. 50% der Substituierten haben auch noch nach einem Jahr Substitution „Beikonsum“ – Alkohol und Cannabis nicht mitgerechnet (Wittchen et al. 2008, 2011)

Übersicht

1. Abstinenz: Behandlungsziel & Dogma
2. Vorteile von Zieloffenheit
3. Zieloffene Suchtarbeit

Anwendungsgebiete

... sind alle Arbeitsfelder, in denen sich suchtblastete Menschen befinden:

- Suchthilfe
- Wohnungslosenhilfe
- (Sozial-) psychiatrische Hilfen
- Straffälligenhilfe
- medizinische und psychotherapeutische Behandlungen
- etc.

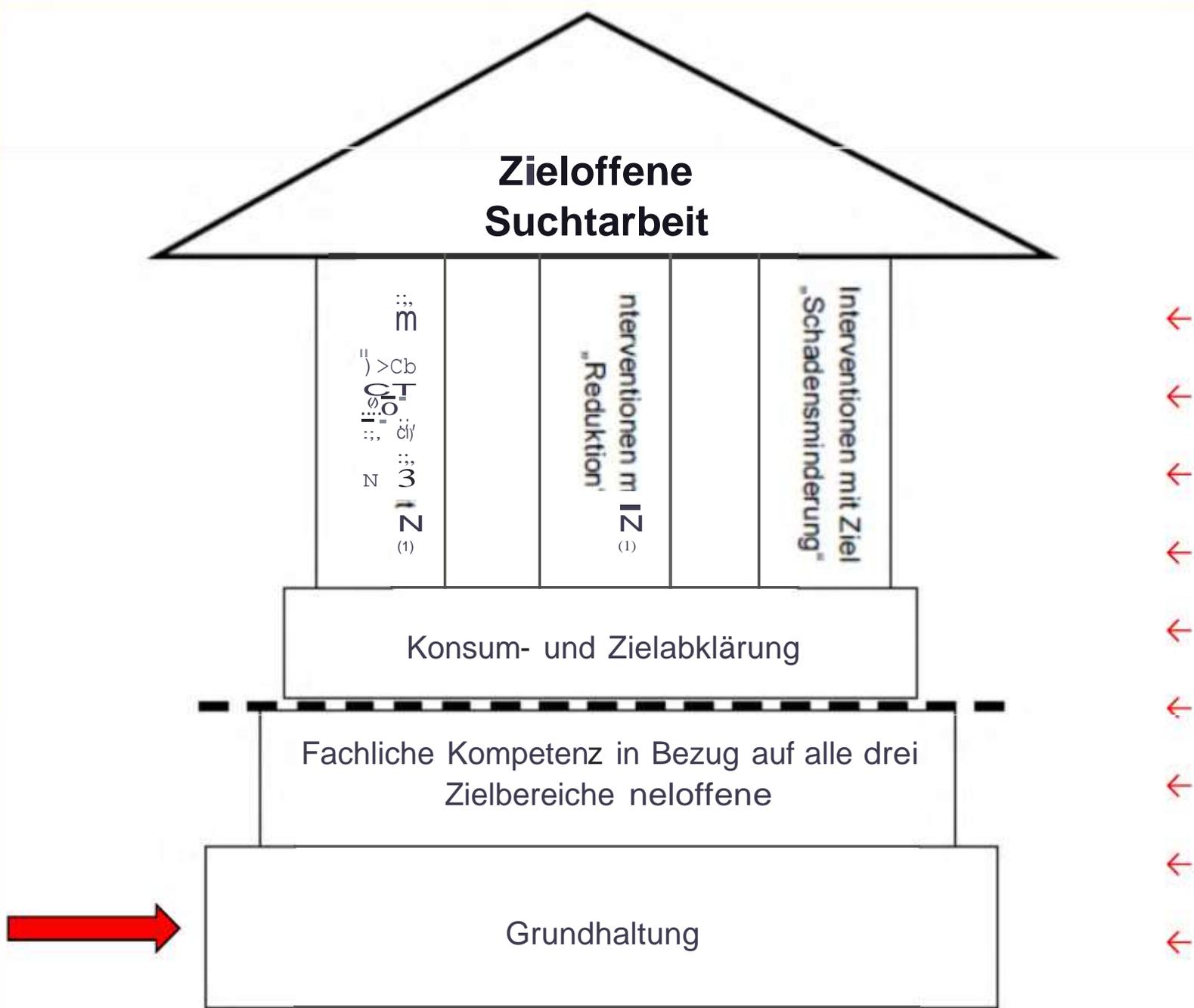
Definition „Zieloffene Suchtarbeit“ (ZOS)

Veränderung

sie

sich selbst setzen

Zieloffene Suchtarbeit

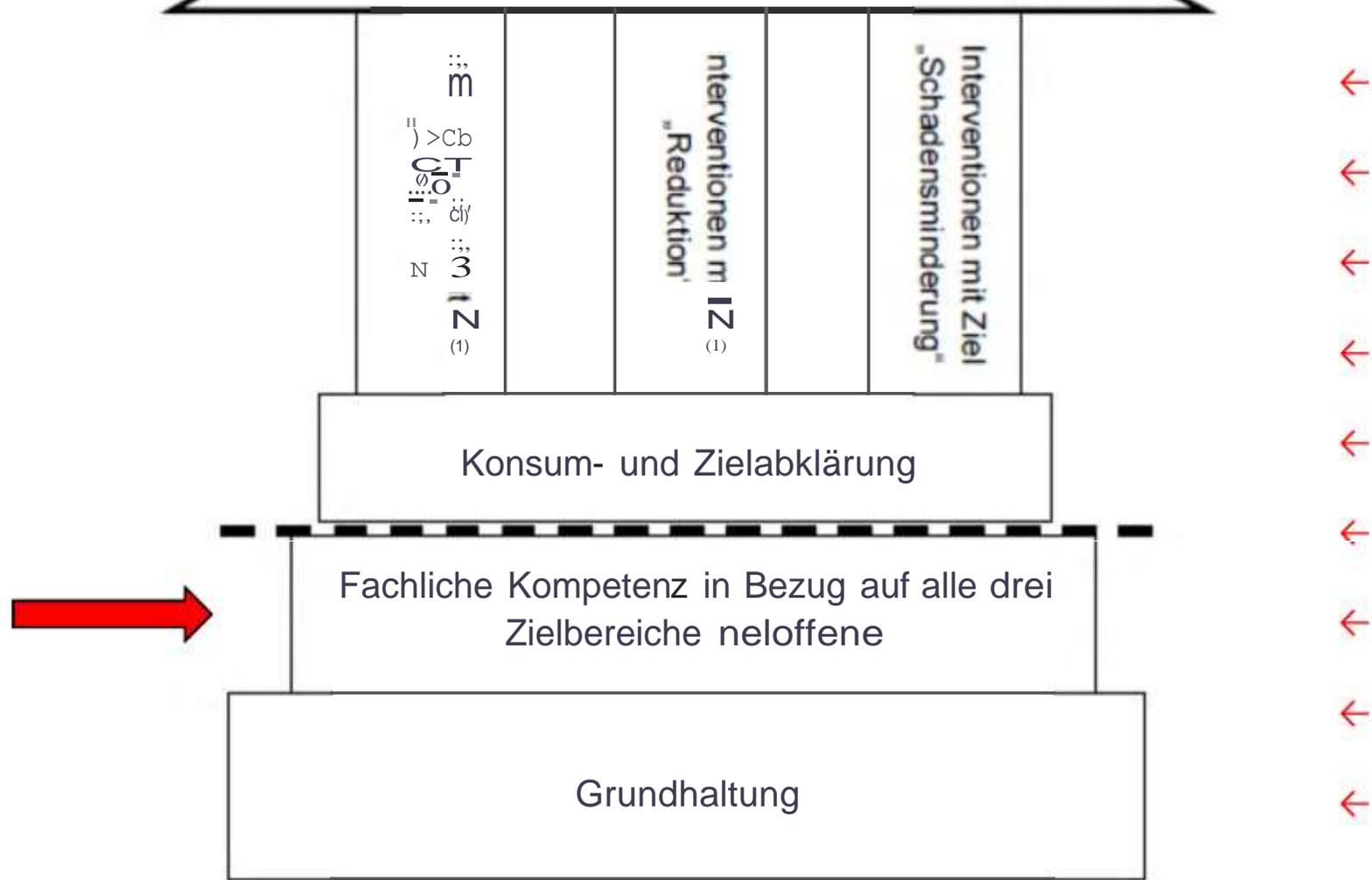


Geist und Methoden des Motivational Interviewing

Zu 1: Zieloffene innere Haltung

- „Ich weiß nicht, was für eine andere Person das Beste ist.“
- „Menschen verfolgen ihre eigenen Ziele – ob ich will oder nicht.“
- „Es steht jedem Menschen zu, gemäß seinen eigenen Lebensvorstellungen zu leben – auch im Hinblick auf den Suchtmittelkonsum (sofern er andere nicht schädigt).“
- „In Respekt vor diesem ethischen Grundsatz schreibe ich Kl. nicht vor, welches Ziel sie einzuschlagen haben.“
- „Trotzdem bringe ich, wenn es für den Beratungsprozess sinnvoll erscheint, dialogisch-partnerschaftlich eigene Zielüberlegungen ein (im Sinne des Motivational Interviewing).“

Zieloffene Suchtarbeit



Geist und Methoden des Motivational Interviewing

Zu 2: State-of-the-Art-Kompetenz

(hier: Beispiele für Tabakabstinenzbehandlungen)

	Kurzinterventionen	Selbsthilfemanuale (autodidaktisch)	Ambulante Einzelbehandlung	Ambulante Gruppenbehandlung	Stationäre Behandlung
Tabak	<p>Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern (Lindinger, Batra & Pötschke-Langer, 2006)</p> <p>Frei von Tabak (Bundesärztekammer, Batra et al., 2001)</p>	<p>Ja, ich werde rauchfrei - Selbsthilfemanual (Lindinger & Batra, 2010)</p> <p>Nicht rauchen! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten (Batra & Buchkremer, 2013)</p>	<p>Tabakentwöhnung Gruppen- oder Einzel-Therapiemanual (Batra & Buchkremer, 2004)</p> <p>Change Your Smoking Einzelprogramm zur Reduktion oder Beendigung des Tabakkonsums (Körkel & Nanz, 2015)</p>	<p>Rauchfrei-programm – Gruppenprogramm zum Rauchstopp (Kröger & Felten, 2015)</p> <p>Change Your Smoking Gruppenprogramm zur Reduktion oder Beendigung des Tabakkonsums (Körkel & Nanz, 2015)</p>	<p>Rauchfrei – Ich?! Stationäre Raucherentwöhnung (Bühler, Metz & Kröger, 2002)</p> <p>Rauchfrei nach Hause – Klinikversion Metz, Bühler & Kröger, 2002)</p>

Zu 2: State-of-the-Art-Kompetenz

(hier: Beispiele für Reduktionsbehandlungen)

	Kurz-interventionen	Selbsthilfemanuale (autodidaktisch)	Ambulante Einzelbehandlung	Ambulante Gruppenbehandlung	Stationäre Behandlung
Alkohol	Trinktagebuch + Erläuterungsblatt + Strategietipps	„10-Schritte-Programm zum Kontrollierten Trinken“ www.selbsthilfealkohol.de www.drink-less-schweiz.ch	„EkT – Ambulantes Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken“ kT-WALK – Programm für Wohnungslose Pharmakotherapie (Naltrexon, Nalmefen)	„AkT – Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“ kT-WALK – Programm für Wohnungslose Selbsthilfegruppen (Moderation Management, Post-AkT-Gr. etc.)	KT-stationär – Erlernen des Kontrollierten Trinkens im stationären Rahmen
Tabak	Rauchtagebuch + Erläuterungsblatt + Strategietipps	„12+-Programm“	„Change Your Smoking“ (Rauchreduktion oder Rauchstopp) Pharmakotherapie (NRT)	„Change Your Smoking“ (Rauchreduktion oder Rauchstopp) „Smoke_less“	„Change Your Smoking“ (Rauchreduktion oder Rauchstopp)
Illegale Drogen	Konsumtagebuch + Erläuterungsblatt + Strategietipps		„KISS-Einzel – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“ „Contraddict“	„KISS-Gruppe – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“	KISS-stationär – Erlernen des Kontrollierten Konsums im stationären Rahmen

Pocket-Trinktagebuch (Baseline)

(Körkel 2004)

Trink-Tagebuch Woche vom: bis

Tag	Uhrzeit	Art und Menge des Alkohols (Alkoholprozentangabe)	Anzahl Ist	Ort/anwesende Personen	Auslöser (Gefühle, best. Gedanken)
Mo	17.00	6 Bier (0,5l, 5 %)	?	Stammkneipe, Kumpels	alle trinken; relaxen
		2 Whisky (2cl, 40 %)	?		
Di					
Mi					
Do					
Fr					
Sa					
So					
Summe:				Tage ohne Alkohol: <input type="text"/>	

 www.kontrolliertes-trinken.de

Eine Standard-Getränkeeinheit (20g Alkohol) entspricht:

0,5l Bier
(5%)



oder

0,2l Wein / Sekt
(12,5%)



oder

0,06l Schnaps
(3 x 0,02l)
(40%)



Einwöchige Zielfestlegung

(Quelle: Programm „AkT“; Körkel et al. 2001)

Mein Ziel für die kommenden 7 Tage

- A** Ich setze mir zum Ziel in den kommenden 7 Tagen völlig abstinent zu leben, d.h. keinen Alkohol zu trinken.
- B** Ich setze mir zum Ziel in den kommenden 7 Tagen die tägliche Alkoholmenge zu reduzieren bzw. an weniger Tagen Alkohol zu trinken - oder beides.

*Legen Sie nun bitte Ihren Alkoholkonsum für die kommenden 7 Tage fest.
Bleiben Sie dabei realistisch!*

*Anzahl an Tagen,
an denen ich keinen Alkohol trinken werde*

1

zuvor: 0

Maximale Anzahl an Standardeinheiten (SE)¹ pro Trinktag

3

zuvor: 7

*Maximale Anzahl an Standardeinheiten
in den gesamten 7 Tagen*

15

zuvor: 35

1) 1 Standardeinheit = 20g Alkohol (= 0,5l Bier oder 0,2 l Wein oder 3 einfache Schnäpse)

Pocket-Trinktagebuch

Trink-Tagebuch Woche vom: bis:

Tag	Uhrzeit	Art und Menge des Alkohols (Alkoholprozentangabe)	Anzahl		Ort/anwesende Personen	Auslöser (Gefühle, best. Gedanken)	✓	
			Ist	Plan			✗	
Mo	18.00	2 Bier (0,5l, 5 %)	2	2	zu Hause	relaxen	✓	
Di				2			✓	
Mi		<i>kT-Gespräch/ Arzttermin</i>		0				
Do				2				
Fr				3				
Sa				3				
So				3				
Summe:				15				
Tage ohne Alkohol:						Plan	Ist	
								1

www.kontrolliertes-trinken.de

Die Wirksamkeit von Konsumreduktionsprogrammen ist empirisch belegt für

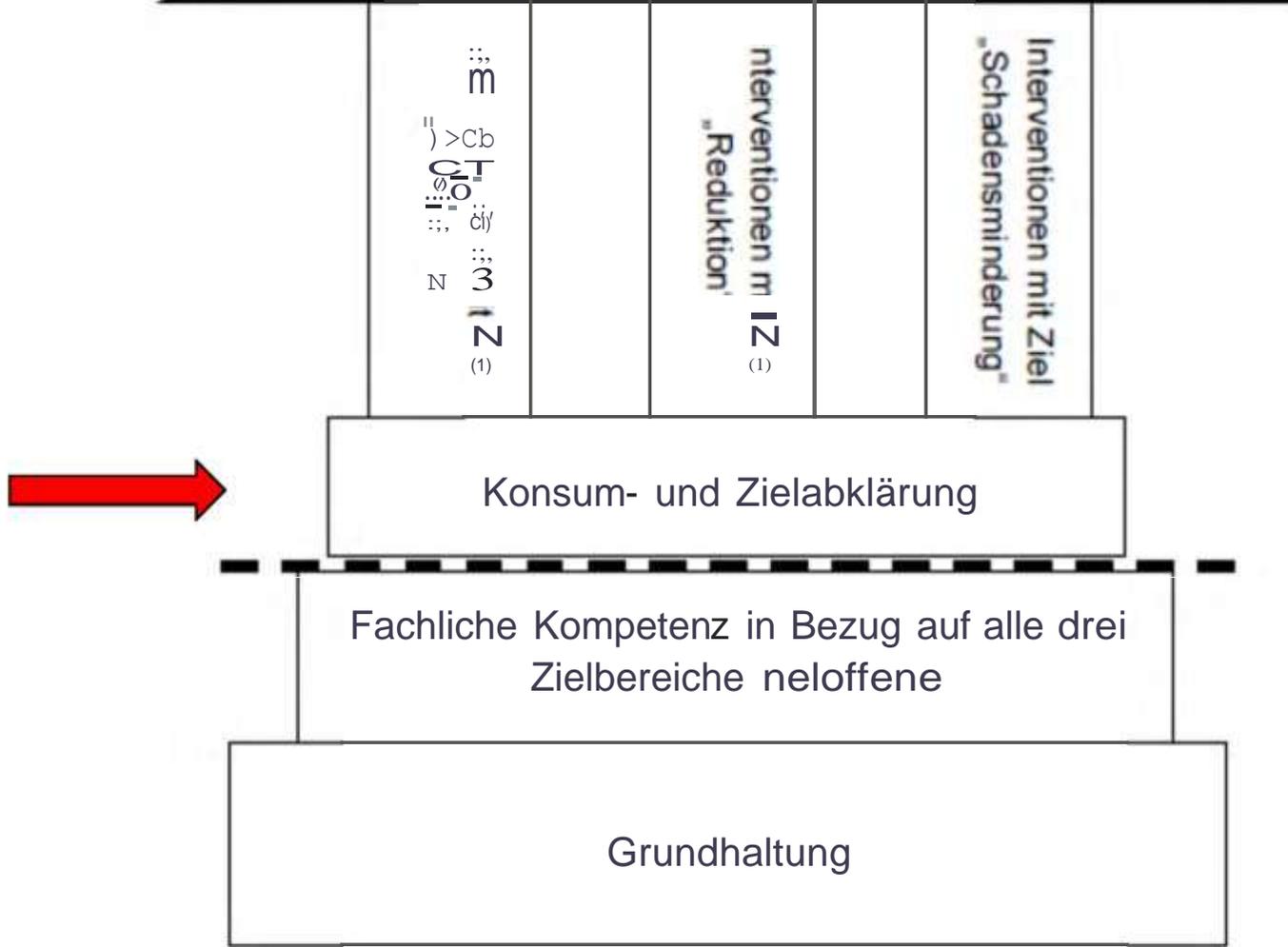
- Alkohol
(Apodaca & Miller 2003; Körkel 2002, 2015; Walters 2000)
- illegale Drogen
(Körkel, Becker, Happel & Lipsmeier 2011)
- Tabak
(Hughes 2000; Hughes & Carpenter 2005, Rüther et al. 2014)
- pathologisches Glücksspiel
(Ladouceur, Lachance & Fournier 2009)

Interventionen mit Ziel Schadensminderung

(Beispiele)

Alkohol	<ul style="list-style-type: none">- Konsum von angewärmtem statt kühlem Bier- Kein Mischkonsum von Alkohol mit Benzodiazepinen u/o Opiaten- Bier statt Schnaps- Heimfahrt nach Alkoholgenuss in Taxi statt eigenem Auto
Tabak	<ul style="list-style-type: none">- Rauchen von E-Zigarette statt Tabakzigarette- Wahl einer Rauchsituation, in der niemand anderes geschädigt wird
Illegale Drogen	<ul style="list-style-type: none">- Injektion von unbenutzten statt benutzten Spritzen- Injektion in Konsumraum statt zuhause/ im öffentlichen Bereich- Injektion von ärztlich verschriebenem Heroin statt Straßenheroin- Einnahme von Methadon oder Buprenorphin statt Straßenheroin

Zieloffene Suchtarbeit



↑
↑
↑
↑
↑
↑
↑
Geist und Methoden des Motivational Interviewing

Herr Wiener
(Suchtberatungsstelle,
danach Alkohol-Reha)

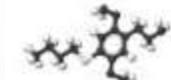
- 39 J., schon lange bei Automobilzulieferer, Familie, 2 Kinder
- Häufig „Alkoholfahne“ etc. → „letzte Chance“
- Ziel: Arbeitsplatz und Familie erhalten.
- Tabakgeruch.

Was wird in Bezug auf Herrn Wieners Konsum üblicherweise in der Beratung/Therapie getan?

Wovon man im Allgemeinen - wie bei Herrn Wiener - ausgehen kann

- Multisubstanzkonsum = Regelfall,
Monosubstanzkonsum = Ausnahme
- Ohne systematische Abklärung der konsumierten Substanzen werden bestimmte Substanzen unberechtigterweise ausgeklammert
- Kl. sind Änderungszielen gegenüber ambivalent
- Motivational Interviewing ist ein hilfreiches Werkzeug zum Umgang mit diesen Ambivalenzen und um Änderungsbereitschaft sowie innerlich getragene Zielentscheidungen herauszuarbeiten

Systematische Konsumabklärung

 <p>Alkohol</p> <p><small>© ISS 2016</small></p>	 <p>Tabak</p> <p><small>© ISS 2016</small></p>	 <p>Cannabis (Haschisch, Marihuana) <small>© ISS 2016</small></p>	 <p>Opiate (Heroin, Morphin) <small>© ISS 2016</small></p>	<p>Beruhigungs- mittel (Benzos: Rohypnol, Valium o.a.) <small>© ISS 2016</small></p>	<p>Schmerz- mittel (Dolviran, Valoron o.ä.) <small>© ISS 2016</small></p>	 <p>Ecstasy (MDMA) <small>© ISS 2016</small></p>	 <p>LSD, Pilze (o.ä. Halluzinogene) <small>© ISS 2016</small></p>
 <p>Substitute (Subutex, Methadon, Polamidon) <small>© ISS 2016</small></p>	<p>Crack <small>© ISS 2016</small></p>	<p>Kokain (Pulver) <small>© ISS 2016</small></p>	<p>Aufputsch- mittel <small>© ISS 2016</small></p>	 <p>Schnüffel- stoffe <small>© ISS 2016</small></p>	 <p>Weitere Substanzen <small>© ISS 2016</small></p>		

Herr Wiener

(Suchtberatungsstelle,
danach Alkohol-Reha)

- 39 J., schon lange bei Automobilzulieferer, Familie, 2 Kinder
- Häufig „Alkoholfahne“ etc. → „letzte Chance“
- Ziel: Arbeitsplatz und Familie erhalten.
- 3-6 Fl. Bier/Tag + meist ca. 0,1l Cognac
- 20-25 Zigaretten/Tag, mehrere erfolglose Aufhörversuche
- Kokain gelegentlich (alle 3-4 Wochen) mit Freunden

Systematische Zielabklärung



Herr Wiener

(Suchtberatungsstelle,
danach Alkohol-Reha)

- 39 J., schon lange bei Automobilzulieferer, Familie, 2 Kinder
- Häufig „Alkoholfahne“ etc. → „letzte Chance“
- Ziel: Arbeitsplatz und Familie erhalten.
- 3-6 Bier + ca. 0,1l Schnaps /Tag; 20-25 Zig./Tag, mehrere erfolglose Aufhörversuche; Kokain mit Freunden
- Ziele: Kein Schnaps, aber Feierabendbier.
- Tabakkonsum runterschrauben, ev. ganz aufhören
- Kokain: ?

Zieloffene Suchtarbeit



• Zielbereich
• Schadensminderung
• Reduktion

Interventionen mit Ziel
„Reduktion“

Interventionen mit Ziel
„Schadensminderung“

Konsum- und Zielabklärung

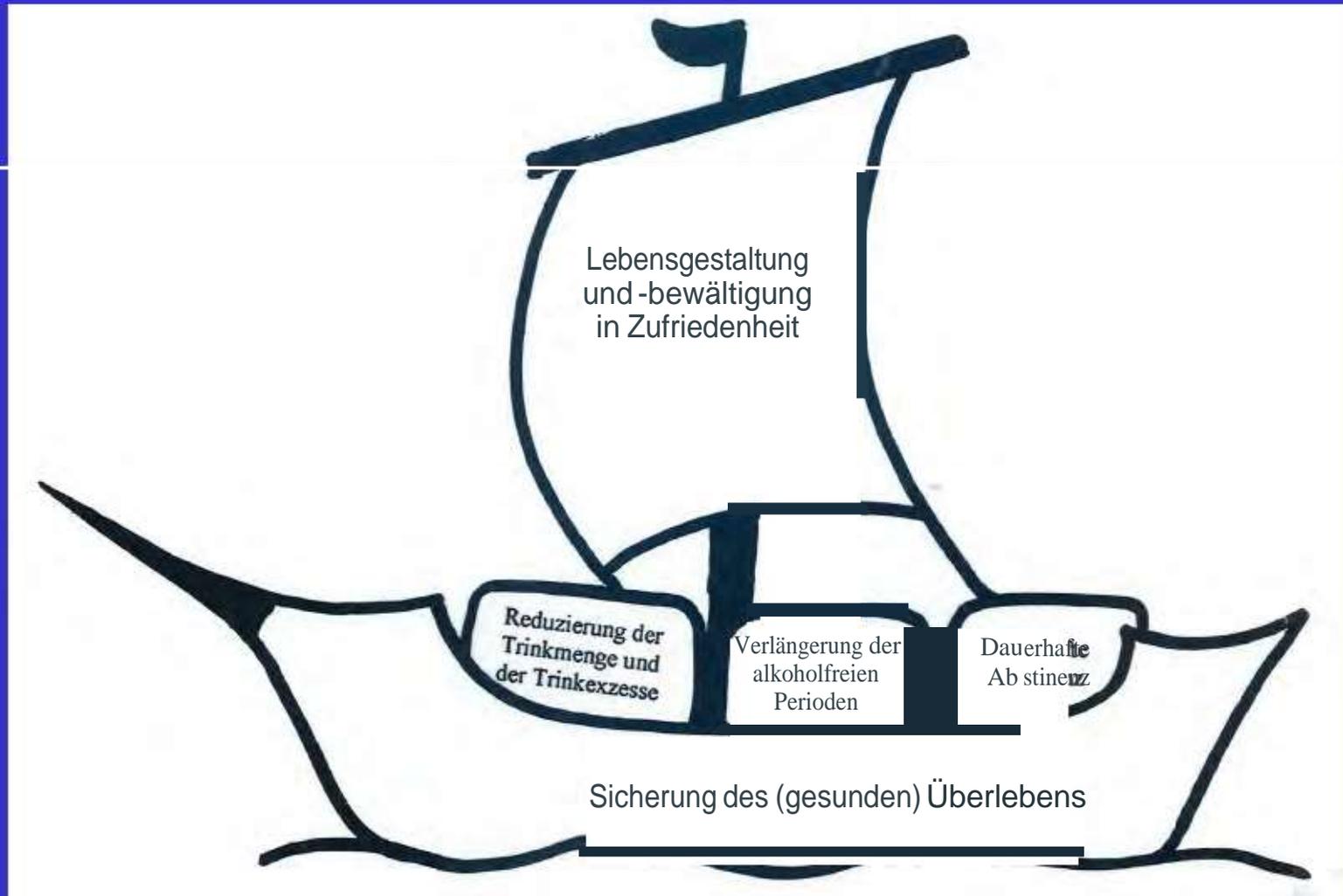
Fachliche Kompetenz in Bezug auf alle drei
Zielbereiche

Zieloffene Grundhaltung



Geist und Methoden des Motivational Interviewing

Zielanordnung für die Suchtarbeit



Übersicht

1. Abstinenz: Behandlungsziel & Dogma
2. Vorteile von Zieloffenheit
3. Zieloffene Suchtarbeit
4. Herausforderungen

ZOS bedeutet ... bedeutet nicht ...

- ZOS bedeutet mehr als „akzeptierende/ niederschwellige Drogenarbeit“, „dem Klienten keine Vorschriften machen“, „eine zieloffene Haltung haben“, „2x pro Jahr eine Gruppe zum Kontrollierten Trinken/ Drogenkonsum anbieten“ etc.
- ZOS bedeutet eine durchgängig zieloffene Ausrichtung der täglichen Arbeit – vom zieloffenen Erstgespräch bis zum Vorhalten von Abstinenz- UND Reduktions- UND schadensmindernden Behandlungen für ALLE konsumierten Substanzen.
- ZOS bedeutet nicht, dass abstinenzorientierte Behandlungsangebote entfallen, „geschwächt“ oder in ihrer Bedeutung herabgestuft würden.

Herausforderungen für alle Sucht- und anderen Arbeitsfelder

1. Suchtverständnis und Grundhaltung überdenken (auch im Lichte des aktuellen Forschungsstandes)
2. Von Multisubstanzkonsum ausgehen und sich für diesen als zuständig betrachten
3. Sanktionsfreies Klima schaffen, das zu Zieloffenheit einlädt
4. Konsumierte Substanzen und Änderungsziele systematisch abklären
5. Abstinenz,- Reduktions- und schadensmindernde Behandlungen für alle Substanzen/ Suchtverhaltensweisen vorhalten (oder Erfolg versprechend überweisen)
6. Implementierung von ZOS in der Einrichtung (Neuausrichtung von Arbeitsprozessen, neue öffentliche Präsentation etc.)

Implementierung von Zieloffener Sucht- arbeit beim Caritasverband für Stuttgart

1. **Gesamtleiter** für Sucht + Sozialpsychiatrie (28 Einricht.) stößt Implementierungsprozess an (2013)
2. **Steuergruppe** mit allen Leitungen aus Sucht + Sozialpsychiatrie + BWL wird eingerichtet (1/2014)
3. **Kick-Off mit Mitarbeiterschaft** (ca. 150 MA) (6/2014)
4. **5 Diagnose-Workshops** mit je 10-16 MA aus den Einrichtungen (7/2014 – 12/2014)
5. Steuergruppe beschließt Einrichtung von drei strategischen Gruppen (**Konzeptgruppe „Stuttgarter Modell“**, **Öffentlichkeitgruppe**, **Personalentwicklungsgruppe**) und 7 Umsetzungsworkshops (4/2015)
6. Konzeptgruppentreffen und Durchführung der 7 **Umsetzungsworkshops** → Arbeitsaufträge an die Einrichtungen (6/2015 – 1/2016)
7. **Fachgespräch** mit Kooperationspartnern (1/2016)
8. Einführung der Veränderungen (3/2016).
9. Prozessevaluation und Adaption (2017).



„Wo kämen wir hin,
wenn jeder sagte, wo kämen wir hin,
und keiner ginge, um zu sehen,
wohin er käme, wenn er ginge?“

Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827)

Vertiefende Literatur zum Vortrag

Körkel, J. (2014a). Alkoholtherapie: Vom starren Abstinenzdogma zu einer patientengerechten Zielbestimmung. *Suchtmedizin*, 16, 211-222.

Körkel, J. (2014b). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. *Suchttherapie*, 15, 165-173.

Körkel, J. (2014c). *Kontrolliertes Trinken. So reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum*. Stuttgart: Trias-Verlag.

Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, 61, 147-174.

Körkel, J. & Nanz, M. (2016). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit. In akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe & JES-Bundesverband (Hrsg.), *3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016* (S. 196-204). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Weiterführende Webseiten

www.kontrolliertes-trinken.de

www.kiss-heidelberg.de

www.kontrolliertes-rauchen.de

www.motivational-interview.de

Veranstaltungshinweis

2-tägiger Workshop zu Zieloffener Suchtarbeit (ZOS)
am 27. – 28. April 2017 in Nürnberg

Inhalte

- Menschenbild, Haltung und Suchtverständnis in der ZOS
- Zentrale Handlungsschritte in der ZOS („systematisch die konsumierten Substanzen abklären und substanzspezifischen Ziele festlegen“, „substanzbezogenen Abstinenz-, Reduktions- und schadensmindernde Interventionen auswählen“, „Interventionsplan entwickeln“).
- Arbeit mit den eigens für ZOS entwickelten methodischen Werkzeugen („Kartensatz Konsum- und Zielabklärung“, „Zielabklärungscheckliste“, „Kartensatz Interventionen“)
- Fallbezogene Übungen zur systematischen Abklärung des Konsumverhaltens, der Konsumziele, der geeigneten Änderungsmaßnahmen und der Planung der Interventionen
- Anwendung der „Motivierenden Gesprächsführung“ („Motivational Interviewing“) in der ZOS

Wir bieten den Workshop auch als Inhouse-Veranstaltung an.

Weitere Informationen: www.iss-nuernberg.de oder matthias.nanz@evhn.de

Anschrift

Prof. Dr. Joachim Körkel

Institut für innovative Suchtbehandlung und
Suchtforschung (ISS)

c/o Evangelische Hochschule Nürnberg
Bärenschanzstr. 4
90429 Nürnberg

Email: joachim.koerkel@evhn.de

Schönen Dank