

Forschungsbrief
Ausgabe 15 / Januar 2007

Inhalt

- **COMBINE – Ergebnisse einer großen vergleichenden Studie zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit mit und ohne Medikamente in den USA**
- **Evidenzbasierte Psychotherapie**
- **Drogentests in deutschen Schulen: Was man aus Amerika lernen kann – eine kritische Bestandsaufnahme**

Neues aus Forschung und Praxis – HLS-Forschungsbrief 15 / Januar 2007

Bitte richten Sie Anregungen und Hinweise an folgende Email-Adresse: hls@hls-online.org

Nach einer Pause setzten wir mit diesem Forschungsbrief unsere Informationsreihe fort. Wie gewohnt stellen wir Ihnen ausgewählte Informationen aus dem Bereich der Suchtforschung und der Sucht-Fachdiskussion vor. Anregungen und Rückmeldungen nehmen wir selbstverständlich gerne entgegen.

COMBINE - Ergebnisse einer großen vergleichenden Studie zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit mit und ohne Medikamente in den USA

Verweis *COMBINE ist eine Studie zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit, die in der Zeit zwischen 1/2001 und 1/2004 in den USA an insgesamt 11 verschiedenen Behandlungszentren durchgeführt wurde (Anton, R.F. et al. 2006).*

Anton, R.F. et al. (2006): Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence. *Journal of the American Medical Association*, 295, 17, 203-227.

Siehe dazu z.B. <http://www.niaaa.nih.gov>, Stichwort: Combine study.

Ausführliche Angaben zur Anlage der Studie finden sich in: *Journal of Studies on Alcohol*, 2005, Supplement No. 15: The Combine Study: Conceptual, Methodological and Practical Issues in an Clinical Trial that Combined Medication and Behavioral Treatments.

1.383 Patienten – 428 Frauen und 955 Männer – haben an der Studie teilgenommen. Das Studiendesign hat neun unterschiedliche Gruppen vorgesehen, zu denen die Patienten nach Zufall zugelost wurden. In vier Gruppen sind die Patienten mit einer Kombination von medizinischer Kurzintervention (Medical Management, MM) und Medikamenten behandelt worden, in vier weiteren Gruppen mit einer Kombination von medizinischer Kurzintervention – MM, kombinierter Verhaltenstherapie (Combined Behavioral Intervention, CBI) und Medikamenten und in einer Gruppe nur mit CBI. Die Dauer der Behandlung betrug 16 Wochen. Die beiden psychosozialen Interventionsverfahren, MM und CBI, waren manualisiert.

Alle Klienten hatten eine Alkoholabhängigkeitsdiagnose (nach DSM-IV); alle wollten aufhören zu trinken und waren zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie wenigstens vier Tage abstinent. Ausgeschlossen aus der Studie wurden Patienten, die von illegalen Drogen abhängig waren, die andere schwere psychische Störungen hatten oder andere körperliche Krankheiten, die nicht kompatibel mit der Medikation waren.

Vor Aufnahme in die Studie wurden ausführliche körperliche und psychologische Assessments durchgeführt. Während der Studie wurden nach acht und 16 Wochen weitere Assessments durchgeführt und nach Studienbeendigung wiederum nach 26, 52 und 68 Wochen. Für jeden Patienten in der Studie dauerte die Studienteilnahme also ein Jahr und vier Monate.

Als Medikation wurden folgende Substanzen getestet: Placebo, Naltrexon, Acamprosat sowie die Kombination von Naltrexon und Acamprosat. Die Medikamente waren optisch neutral und sahen weitgehend gleich aus. Je nach Medikation mussten die Patienten mindestens zwei bis maximal acht Tabletten pro Tag einnehmen über einen Behandlungszeitraum von 16 Wochen.

MM (Medical Management) ist ein abgewandeltes Kurzinterventionsprogramm. Es umfasst insgesamt neun Sitzungen. In der ersten Sitzung, die mit ca. 50 Minuten am längsten ist, werden folgende Themen angesprochen: Probleme und Folgen von Alkoholabhängigkeit, Behandlung der Alkoholabhängigkeit mit Medikamenten und die Bedeutung der regelmäßigen Medikamenteneinnahme (compliance) für diese, Unterstützung der Veränderungsmotivation und nachdrückliche Empfehlung, an einer Selbsthilfegruppe der Anonymen Alkoholiker teilzunehmen. MM ist nicht konfrontativ und nicht beratend, MM informiert und unterstützt (Pettinati, H.M. et al. 2004). In den nachfolgenden 8 Sitzungen, die im Durchschnitt 20 Minuten dauern, geht es um den aktuellen Gesundheitszustand, die Medikamenteneinnahme, die Abstinenz und die Teilnahme an den Selbsthilfegruppen. Medizinisches Fachpersonal (14 Ärzten, 28 Schwestern und

Pettinati, H.M. et al. (2004): Medical Management Treatment Manual. NIAAA Combine Monograph Series, Vol. 2, Bethesda

zwei anderweitig ausgebildete medizinische Experten) wurde in den Verfahren trainiert. Die Bereitschaft, sich bei den Kurzinterventionen am Manual zu orientieren, wurde kontinuierlich überprüft.

CBI (Combined Behavioral Intervention) ist ein auf den Einzelfall zugeschnittenes ambulantes integratives Therapieverfahren für Alkoholabhängige. Es umfasst maximal 20 Sitzungen. Die tatsächliche Anzahl der Sitzungen wird jedoch im Einzelfall ausgehandelt. Die erste Sitzung dauert wie bei MM 90 Minuten, alle übrigen Sitzungen ca. 50 Minuten. Es gliedert sich in vier Phasen, von denen die ersten beiden – Unterstützung der Veränderungsmotivation und Entwicklung eines Behandlungsplans – verpflichtend sind, die Phasen 3 und 4 – Durchführung des Behandlungsplans und Unterstützung bei der Aufrechterhalten – je nach Bedarf angeboten und gewählt werden können (Miller, W.R. 2004). Psychologisches Fachpersonal (zertifizierte Therapeuten) wurde intensiv in CBI geschult und die Bereitschaft, sich am Manual zu orientieren, wurde ebenfalls kontinuierlich überprüft.

Miller, W.R. (2004):
Combined Behavioral
Intervention Manual.
NIAAA Combine
Monograph Series,
Vol. 1, Bethesda

Wie diese sehr kurz gefasste Darstellung des Designs des Projekts sowie der Art der medikamentösen und psychosozialen Interventionen zeigt, handelt es sich um eine außerordentlich komplexe Studie. Entsprechend komplex sind die Ergebnisse, die im Folgenden sehr stark vereinfacht zusammengefasst werden. Im Zentrum der Betrachtung stehen Ergebnisse zur Abstinenz.

Über alle Behandlungsformen hinweg stellt man eine bemerkenswerte und hochsignifikante Veränderung des Trinkverhaltens fest. Der Anteil der Tage, an denen die Patienten abstinent waren, verdreifachte sich während der Behandlungsphase (16 Wochen). Nach der Behandlung verflacht dieser Effekt allerdings langsam.

Differenziert man nach den verschiedenen Gruppen, dann ergibt sich sowohl kurzfristig als auch langfristig, dass die Patienten in den Placebogruppen im Vergleich mit allen anderen Gruppen am Schlechtesten abschneiden. Kurzfristig, also für den Zeitraum der Behandlung (16 Wochen) ergibt sich, dass Patienten, die mit MM und Naltrexon oder mit MM und CBI behandelt worden sind, am Besten abschneiden. Sie haben die höchsten Abstinenzraten. Fügt man zur kombinierten Behandlung mit MM und Naltrexon noch CBI dazu, ergibt sich kein zusätzlicher Gewinn. Die Gruppen, die mit Acamprosat behandelt worden sind, waren in allen Kombinationen den Gruppen mit Naltrexon-Behandlung unterlegen. Geschlechtsspezifische Differenzen waren nicht feststellbar. Darüber hinaus erlebten die Patienten, die mit Naltrexon behandelt worden sind, weniger „Suchtdruck“ (craving) als alle anderen Patienten.

Langfristig, also ein Jahr nach der Behandlung, profitieren die Gruppen, die mit MM in Kombination mit Naltrexon behandelt worden sind, immer noch am Meisten im Vergleich mit allen anderen Gruppen. Jedoch ist der Unterschied zur Gruppe, die mit MM und CBI behandelt worden ist, sehr gering.

Nicht bewährt hat sich die Kombinationsbehandlung von Acamprosat und Naltrexon. In dieser Gruppe sind die Nebenwirkungen der Medikamente mit Schwindel, Erbrechen, Appetitverlust am Höchsten. Dazu kommen zusätzliche unerwünschte Nebenwirkungen, die es geraten sein lassen, von dieser Medikation Abstand zu nehmen.

Insgesamt kann man festhalten, dass sich die Kombination einer ausgefeilten medizinischen Kurzintervention (MM) in Kombination mit Naltrexon oder in Kombination mit einer integrierten Verhaltenstherapie (CBI) zur Behandlung von

Alkoholabhängigkeit bewährt. Auf weitere differenzierte Ergebnisse dieser Studie, die in den kommenden Jahren veröffentlicht werden, kann man gespannt sein.

Evidenzbasierte Psychotherapie

■ *Betrachtet man die Entwicklung evidenzbasierter Psychotherapie, muss man sich neben der Frage nach der angemessenen Erkenntnismethode ebenso die Frage nach ihren Auswirkungen auf Behandlungsleitlinien und die Implementierung in die Praxis stellen.*

Verweis

Loeber, S. & Mann, K. (2006): Entwicklung einer evidenzbasierten Psychotherapie bei Alkoholismus. In: Nervenarzt, 77, 558-566.

Loeber & Mann (2006) geben in ihrem Artikel „Entwicklung einer evidenzbasierten Psychotherapie bei Alkoholismus“ einen ausführlichen Einblick in den sich zeitgemäß verändernden Einsatz verschiedener Therapieansätze in der stationären Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Neben psychoanalytischen Verfahren, die in der aktuellen Suchtforschung und Therapie kaum eine Rolle spielen, benennen die Autoren zunächst die Verhaltenstherapie, die Grundlage für ein modernes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Erklärungs- und Behandlungsmodell für Suchtmittelabhängigkeit ist. Zur kognitiven Verhaltenstherapie sind verschiedene Verfahren, wie Selbstkontrolltrainings, Rückfallpräventionsprogramme, soziale Kompetenz- und Stressbewältigungstrainings u.a. zuzuordnen. Ebenso wird auf die motivierende Gesprächsführung mit eigenen Therapieansätzen bzw. therapeutischen Strategien eingegangen. Schließlich verweisen die Autoren auf die „Twelve Step Facilitation Therapy“ (TSF, vgl. Projekt MATCH), die in Anlehnung an das „Zwölf-Schritte-Programm“ der Anonymen Alkoholiker entwickelt wurde.

Die Autoren stellen weiterhin vier Übersichtsarbeiten vor, die anhand von Metaanalysen die Stärken und Schwächen einer Vielzahl von Studien herausgearbeitet haben. Danach ist die Evidenz für effektive Behandlung bei folgenden Verfahren nachgewiesen: der Motivierenden Beratung, dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Bewältigungstraining, dem sozialen Kompetenztraining, der Paar- und Familientherapie, dem gemeindenahen Verstärkermodell und der Reizexposition. Kritisch wird angemerkt, dass nicht selten unzulässige Vergleiche bei unterschiedlichen Settings vorgenommen werden, bei nicht trennscharfer Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Verfahren oder hinsichtlich der untersuchten Subgruppen. Darüber hinaus ist der sogenannte „Goldstandard“ einer randomisierten, kontrollierten Studie (RCT), der Wirksamkeitsstudien auszeichnet, nur in wenigen Ausnahmen gegeben.

Zur Entwicklung einer alkoholismusspezifischen Psychotherapie (ASP) wurde die „Combined Behavioral Intervention – CBI“, welche als Folge der Ergebnisse von Projekt Match entwickelt wurde und in der Studie „Combine“ angewendet worden ist, für deutsche Verhältnisse adaptiert. Diese Intervention wird zurzeit im Rahmen einer multizentrischen, randomisierten Studie in Deutschland (Freiburg, Tübingen, Mannheim) im Hinblick auf die Frage, ob sich durch die Kombination von psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Interventionen eine Verbesserung der Behandlung alkoholabhängiger Patienten erzielen lässt, durchgeführt.

Geyer, D. et al. (2006): AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. In: Sucht, 52 (1),

Das Erscheinen der AWMF-Leitlinie zur Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen (2006) hat zum Ziel, dem Behandler die Entscheidung für und wider ein bestimmtes Behandlungs- und Therapieverfahren leichter zu machen. Die Behandlungsleitlinie Postakutbehandlung (AWMF) hat eine kontroverse Dis-

8-34. Kussion über die Vorgaben, die mit solchen Leitlinien verbunden sind, ausgelöst. Die in die Erstellung der Leitlinie einbezogenen Studien wurden auf ihre Wirksamkeitsnachweise, ihr Studiendesign, auf die Durchführung und die Auswertung hin geprüft. Die Leitlinie wurde im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht e.V.) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ausgearbeitet.

Kuhlmann, T. (Hg.) (2006): Anmerkungen zur Leitlinienentwicklung und deren Bedeutung für die Suchthilfe. In: *Sucht*, 52 (5), 334-347.

vgl. auch:

Schmidt, L.G., Gastpar, M., Falkai, P. & Gaebel, W. (Hg.) (2006): *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie substanzbezogener Störungen*. Köln: Ärzteverlag.

Schmacke, N. (2006): *Evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie: die Frage nach den angemessenen Erkenntnismethoden*. In: *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychiatrie und Medizin*, 56, 202-209.

Lindenmeyer, J. (2006): *Suchtbehandlung – Im Spannungsfeld von Wissenschaft und Praxis*. In: *Sucht aktuell*, 2, 12-21.

Die Diskussion über die Leitlinien zeigt, dass Uneinigkeit darüber besteht, welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind und ob nicht die Gefahr besteht, dass von Seiten der Kostenträger schnell eine Richtlinie daraus werden könnte. Weiterhin besteht auf Seiten der Behandler die Sorge, von der Leitlinie abweichende Entscheidungen gesondert begründen zu müssen oder am Ende gar nicht treffen zu können. Andere Stimmen betonen den Gewinn, den man auch auf Seiten der Behandler aus der Leitlinie schöpfen kann, da sie eine Stütze im immer komplexer und zeitknapper werdenden Therapiealltag bietet.

Auch Schmacke (2005) geht auf die Bedenken gegenüber einer Evidenzbasierung von Psychotherapie ein, die von Seiten der Behandelnden in Psychiatrie und Psychotherapie ausgehen. Er spricht sich gegen das Misstrauen gegenüber randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) aus, und mahnt, dass Psychotherapie ohne RCTs sich nicht ihren Platz in der gegenwärtigen Versorgungslandschaft sichern könnte. Er mahnt aber an, Evidenz nicht nur den RCTs zu überlassen, sondern von der „chronischen“ Unterschätzung qualitativer Studien abzusehen. Man sollte sie hingegen vermehrt einsetzen, um komplexen Abläufen, wie sie auch gerade im Verlauf einer chronischen Krankheit zu finden sind, gerecht zu werden.

Lindenmeyer (2006) fordert seinerseits, Forschung im Bereich der Suchtrehabilitation nicht allein der universitär oder medizinisch geprägten Forschungstradition zu überlassen, sondern verstärkt seitens der Praktiker und Leistungsträger der Suchtrehabilitation Einfluss auf Forschungsvorhaben und Forschungsprojekte zu nehmen.

Drogentests in deutschen Schulen:

Was man aus Amerika lernen kann – eine kritische Bestandsaufnahme

Verweis

Kemmesies, U. & Werse, B. (2003): *Drogentrends in Frankfurt am Main. Jahresbericht MoSyD*. Centre for Drug Research. Frankfurt (unveröffentlicht)

Kraus, L. et al. (2004): *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)*. Bonn: BMGS.

Goldberg, L. et al. (2003): *Drug testing*

Die ESPAD-Studie hat ebenso wie viele andere kleinere Studien belegt, dass der Konsum von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen wie Alkohol, Zigaretten und Cannabis bei Jugendlichen recht hoch ist (vgl. Kemmesies & Werse 2003, Kraus et al. 2004). Als Reaktion darauf gibt es in Deutschland erste Diskussionen darüber, ob Drogentests an Schulen eingeführt werden sollen.

Da Drogentests in Schulen der USA bereits eingesetzt werden, lohnt es sich, die Entwicklungen, die mit der Einführung dieser Tests einhergehen, genauer zu untersuchen und die Ergebnisse kritisch zu prüfen.

Im Jahr 1997 wurde an der Hunterdon Central Regional High School ein Drogentest für Schüler, die sich sportlich engagierten, im großen Stil eingesetzt. Es handelte sich um Urintests, die auf folgende Substanzen untersucht wurden: Marihuana (Haschisch), Kokain, Heroin oder andere Opiate, Amphetamin bzw. Metamphetamin, PCP, Steroide und Alkohol (vgl. Goldberg et al. 2003). Bei positiven Testergebnissen wurden entsprechende Hilfen sowohl für die Eltern wie die Schüler aktiviert. Die Eltern wurden mit den Angeboten der Drogenhilfe in der Kommune vernetzt, die Schüler mit einem Drogenberater. Sie mussten

athletes to prevent substance abuse: Background and pilot study results of the SATURN study. *Journal of Adolescent Health*, 32 (1), 16-25. vgl.: <http://www.studentdrugtesting.org>

www.whitehousedrugpolicy.gov/publication/s/drug_testing/administering.html, vom 24. 10. 2006; www.whitehousedrugpolicy.gov/publication/s/students_drug_testing/index.html, vom 24. 10. 2006

McKeganey, N. (2005): Random drug testing of schoolchildren. Joseph Rowntree Foundation. vgl.: www.jrf.org.uk

DuPont, R.L. et al. (2003): Report of a preliminary study: Elements of a successful school-based student drug testing program. Institute for Behavior and Health, Inc., Rockville. vgl.: www.studentdrugtesting.org/Effectiveness.htm

vgl.: www.ed.gov/print/programs/drugtesting/index.html, vom 24. 10. 2006 sowie www.whitehousedrugpolicy.gov

Yamaguchi, R. et al. (2003a): Relationship between student illicit drug use and school drug-testing policies. *Journal of School Health*, 73(4), 159-164.

Yamaguchi, R. et al. (2003b): Youth, education, and society.

Occasional paper 2.

zusätzlich an einem 4-wöchigen Kurs zum Thema „Drogen und Drogenwirkungen“ teilnehmen und sie wurden solange von allen sportlichen Aktivitäten der Schule suspendiert, bis ihr Urin drogenfrei getestet wurde. Auf Sanktionen, die bei wiederholten positiven Testergebnissen eingesetzt werden, gehen die ersten Berichte aus dieser Schule kaum ein. McKeganey (2005) weist darauf hin, dass es zu Schulverweisen kam, wenn Schüler wiederholt positiv getestet worden sind.

Alles in allem genommen belegt schon der erste Einsatz von Drogentests an Schulen, dass Schüler mit positiven Testergebnissen gute Gründe haben, sich vor den Drogentests zu fürchten, denn sie gehen mit harten Sanktionen einher.

Im Jahr 2002 entschied der Supreme Court in den USA mit einer Mehrheit von 5:4 Stimmen, dass Schülerinnen und Schüler ohne Begründung und nach Zufall mit einem Urintest auf Drogen getestet werden dürfen. Dieses Urteil ist die Grundlage für die Drogentests, die gegenwärtig an amerikanischen Schulen durchgeführt werden. Man geht heute davon aus, dass in 700 bis 1.000 Schulen im ganzen Land nicht angekündigte Drogentests an zufällig ausgewählten Schülerinnen und Schülern durchgeführt werden (DuPont et al. 2003). Drogentests dürfen vorerst nicht in Grundschulen (Elementary Schools) durchgeführt werden.

Für die USA gibt es mittlerweile eine ganze Reihe von Anleitungen dazu, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit Drogentests an Schulen sinnvoll eingeführt werden können. Dazu gehört u.a., dass Drogenpräventionsprogramme an diesen Schulen einen festen Platz im Curriculum haben. Darüber hinaus müssen alle Beteiligten diesen Tests positiv gegenüber stehen, also Schulleitungen und Lehrerschaften, Elternvertretungen und andere wichtigen Unterstützerguppen in der Kommune usw. Drogentests sind mit einem hohen Dokumentationsaufwand verbunden, damit zu jedem Zeitpunkt der Nachweis erbracht werden kann, dass das Testergebnis richtig ist. Das gilt vor allem dann, wenn es zu falsch positiven Ergebnissen gekommen ist. In solchen Fällen kommt es leicht zu heftigen Auseinandersetzungen zwischen der Schule und dem Jugendlichen sowie seinen Eltern, die auch juristische Konsequenzen haben können. Auch darum ist eine sehr sorgfältige Dokumentation der Durchführung der Tests und der Testergebnisse notwendig.

Die offizielle amerikanische Drogenpolitik drängt darauf, dass möglichst viele Schulen Drogentests einführen. Sie unterstützt Schulen, die entsprechende Programme einführen wollen, finanziell. In Großbritannien werden diese Entwicklungen ebenfalls intensiv diskutiert.

In den USA liegen mittlerweile auch erste kritische Studien zu Drogentests in Schulen vor (Yamaguchi et al. 2003 a und b, McKeganey 2005). Die Ergebnisse dieser Studien weisen darauf hin, dass Drogentests auf den Drogenkonsum von Schülern wahrscheinlich nur einen sehr geringen Einfluss haben. Sollten sich diese Befunde in weiteren Studien bestätigen, dann heißt das, dass Drogentests vergleichsweise viel kosten, aber wenig bewirken.

Bevor man also dem Beispiel der USA folgt, sollte genau bedacht werden, welchen Gewinn man sich in Deutschland von solchen Tests verspricht und wie hoch die immateriellen und materiellen Kosten dafür sind. Dazu kommt, dass in einer Zeit, in der über eine bundesdeutsche Datei über alle Schülerinnen und Schüler verhandelt wird, das Thema Drogentests in der Schule eine ganz besondere Brisanz gewinnt.

Drug testing in Schools: Policies, practices, and association with student drug use. Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor. vgl.: www.drugtestingfails.org/studies

In Deutschland hat sich der Slogan „Kampf den Drogen“ (war on drugs) nicht durchsetzen können. Vielmehr ist Deutschland bislang andere Wege in der Drogenprävention gegangen, insgesamt gesehen mit recht guten Erfolgen. Neueste Studien belegen nämlich, dass der Drogenkonsum (Alkohol, Nikotin, Haschisch) bei Jugendlichen bereits wieder rückläufig ist, ein Befund, der Präventionsexperten darin bestärken sollte, bestehende Ansätze der Prävention auszubauen.

Impressum

Herausgeber:

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 71 37 67 77, Fax: (0 69) 71 37 67 78, E-Mail: hls@hls-online.org

Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt, Jana Fritz,
Institut für Suchtforschung (ISFF), Fachbereich 4, Fachhochschule Frankfurt am Main,
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 1533 3125, Fax: (0 69) 1533 3153, E-Mail: isff@fb4.fh-frankfurt.de