

Inhalt

- Erste Auswertung der Dokumentation der Frankfurter Konsumräume
- Motivational Interviewing – Schwerpunkttheft Suchtherapie 3/2003
- „From Research to Practice and Back Again“ - 10th. International Congress on Treatment of Addictive Behaviors, Heidelberg
- Methodenset zur psychosozialen Behandlung Abhängiger: Community Reinforcement Approach (CRA)
- Buchbesprechung – Martin Schmid, Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung 1979 – 2000

Neues aus Forschung und Praxis – Forschungsbrief 3/2003 der HLS

Bitte richten Sie Anregungen, Hinweise und sonstige Rückmeldungen an folgende E-mail-Adresse: hls@hls-online.org

Der 3. Forschungsbrief für das Jahr 2003 ist etwas umfangreicher geraten. Wie gewohnt bietet aber auch diese Ausgabe ausgewählte Informationen aus dem Bereich der Suchtforschung und der Sucht-Fachdiskussion. Anregungen und Rückmeldungen nehmen wir selbstverständlich gerne entgegen.

Erste Auswertung der Dokumentation der Frankfurter Konsumräume

Dokumentation der Frankfurter Konsumräume im ersten Quartal 2003

Im Herbst 2002 wurde in den Frankfurter Konsumräumen ein neues Dokumentationssystem eingeführt, das es ermöglicht, alle Konsumvorgänge und alle Klientinnen und Klienten der vier Konsumräume nach einem einheitlichen Schema zu erfassen. Dieses Dokumentationssystem besteht im wesentlichen aus einem mehrere Seiten umfassenden Erstbogen, den alle Klientinnen und Klienten beim erstmaligen Besuch eines Konsumraumes ausfüllen sollen, und einem sehr viel kürzeren Folgebogen, der bei jedem weiteren Besuch eingesetzt wird. Erstbogen und Folgebogen sind über einen Code verbunden, der die Anonymität der Personen zuverlässig schützt, jedoch eine Zuordnung der verschiedenen Bogen zu diesen ermöglicht. Mit diesem Verfahren ist es möglich, eine auf den Einzelfall bezogene Dokumentation zu erstellen, die den Anforderungen des Datenschutzes gerecht wird.

Weitere Informationen zur Drogenhilfe in Frankfurt am Main

http://www.frankfurt.de/sis/fr_drogenreferat.html

Im Dezember 2002 wurde dieses System implementiert und einer ersten Erprobung unterzogen. Seit Januar 2003 wird das Dokumentationssystem bei allen Konsumvorgängen eingesetzt. Das Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt am Main (ISFF) wurde vom Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main mit der Auswertung der Daten im Jahr 2003 beauftragt. Bislang liegt die Auswertung der Daten für die ersten drei Monate des Jahres 2003 vor.

Im Erstbogen werden von jeder Person, die einen der Frankfurter Konsumräume benutzt, einige wenige demographische Angaben (Geschlecht, Alter, Wohnort usw.) erhoben, ebenso einige Angaben zum Konsum von Drogen. Im Untersuchungszeitraum konnten Daten von 1.606 Personen herausgefiltert werden, die in diesem Zeitraum die Konsumräume aufgesucht haben. 80% von ihnen sind männlich, 20% weiblich. Im Durchschnitt sind sie 34 Jahre alt. Eine genaue Auswertung der Altersangaben zeigt, dass die Altersverteilung bei den Frauen – im Unterschied zu den Männern – zweigipfelig ist: ein erster Gipfel ergibt sich bei jungen Frauen um 25 Jahre, ein zweiter bei den etwas älteren um 35 Jahre.

Von den Benutzern der Konsumräume befinden sich 43% in regelmäßiger ärztlicher Behandlung, 24% in unregelmäßiger und immerhin 32% in keiner ärztlichen Behandlung. Die Angaben zur Wohnsituation sind im Vergleich dazu relativ gut: nur 6% haben keinen festen Wohnsitz und weitere 7% nutzen die Notschlafbetten der Drogenhilfe.

Untersucht man für diese 1.606 Personen, wie oft sie die verschiedenen Konsumräume genutzt haben, findet man Folgendes: 26% sind im Untersuchungszeitraum nur einmal in einem Konsumraum dokumentiert worden, 24% zwei bis drei Mal, 25% fünf bis dreizehn Mal und 25% öfter als vierzehn Mal. Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass die Druckräume insbesondere von einer bestimmten Gruppe intensiv genutzt werden. Es handelt sich dabei um ca. ein Viertel der Personen, die überhaupt in Druckräumen dokumentiert worden sind.

Gut zwei Drittel aller Konsumvorgänge werden von Drogenkonsumenten/innen durchgeführt, die ihren Wohnsitz in Frankfurt am Main haben. Die Frankfurter Drogenabhängigen benutzen also die Konsumräume deutlich häufiger als Klienten/innen von außerhalb. In dieser Gruppe findet man wiederum besonders viele Drogenabhängige, die wohnungslos sind oder in instabilen Wohnverhältnissen leben (Nutzung von Notschlafstellen, Schlafen bei Freunden usw.). Die Daten legen die Vermutung nahe, dass es sich bei der Gruppe von Dauernutzer/innen aus Frankfurt um eine besonders verelendete Gruppe von Abhängigen handelt.

Mit dem Dokumentationssystem werden in den Folgebogen neben statistischen Angaben zu Ort und Datum auch Angaben zu den Drogen, die gleich im Konsumraum konsumiert werden, erfasst. Insgesamt wurden zwischen dem 01.01.2003 und dem

31.03.2003 in den vier Frankfurter Konsumräumen rund 35.000 Konsumvorgänge mit Datumsangabe dokumentiert, die sich ohne große Schwankungen über 3 Monate hin verteilen. Umgerechnet auf die 90 Tage des Quartals sind das im Durchschnitt ca. 390 Konsumvorgänge pro Tag. Ein genauer Blick auf die Verteilung der Konsumvorgänge zeigt, dass die Konsumräume etwas unterschiedlich genutzt werden; einige von ihnen werden sehr stark frequentiert, andere weniger stark. Auch gibt es Schwankungen der Nutzungsfrequenz nach Wochentagen. Am Sonntag liegt die Nutzungsfrequenz erheblich niedriger als in der Wochenmitte.

Die Konsumraumdokumentation belegt den intravenösen Konsum (i.v.-Konsum) von Drogen. Sie macht keine Aussagen darüber, wie sich die Konsumformen außerhalb der Konsumräume entwickelt und vielleicht auch verändert haben. In den Konsumräumen ist nur der i.v.-Konsum von Drogen erlaubt – und daran halten sich die Benutzer auch. Untersucht man in diesem Setting die Konsummuster bzw. die Drogen, die injiziert werden, dominiert der intravenöse Konsum von Heroin allein (42% der Angaben) oder Crack allein (23%) sowie der Mischkonsum von Heroin und Crack (21%). Alle anderen Substanzen wie etwa Pulverkokain oder Benzodiazepine spielen nur eine untergeordnete Rolle (zusammengenommen 14% aller Angaben).

Das Dokumentationssystem gibt einige wichtige Einblicke hinsichtlich der Klienten/innen der Konsumräume sowie ihrer Nutzung. Auffallend sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Hinblick auf die Altersverteilung sowie auf die bevorzugten Drogen. Vor allem junge Frauen injizieren Crack allein oder Crack in Kombination mit Heroin. Darüber hinaus wirft die Tatsache, dass immerhin ein Drittel der Benutzer von Druckräumen nicht ärztlich betreut wird, Fragen nach Hilfsangeboten und Weitervermittlung auf, die allerdings im Rahmen dieser Studie nicht behandelt werden können.

Motivational Interviewing – Schwerpunkt Heft Suchttherapie 3/2003

Suchttherapie; Heft 3
2003, Thieme Verlag

www.thieme-connect.de

Motivational Interviewing (MI) erfreut sich in der deutschen Suchthilfe seit wenigen Jahren zunehmender Bedeutung. Dieser von Miller und Rollnick entwickelte Beratungs- und Behandlungsansatz baut auf dem Phasenmodell von Prochaska und DiClemente und auf der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers auf. MI konnte in mittlerweile zahlreichen Wirksamkeitsstudien (vor allem in der Behandlung Alkoholabhängiger) seine Effektivität nachweisen. Auch in der Behandlung anderer Abhängigkeitsstörungen bzw. genereller Gesundheitsstörungen, die durch Verhaltensänderungen behoben werden sollen, kommt MI zum Einsatz. Um diesen interessanten und zukunftsweisenden Ansatz einer weiteren Fachöffentlichkeit nahe zu bringen, beschäftigt sich das Heft 3/2003 der Fachzeitschrift Suchttherapie im Schwerpunkt mit MI.

www.motivationalinterview.org

Joachim Körkel und Clemens Veltrup geben einleitend einen Überblick über Entwicklung und Stand von MI. Sie weisen darauf hin, dass MI ganz wesentlich der Humanistischen Psychologie und ihrem Menschenbild verpflichtet ist, in dessen Mittelpunkt Respekt und Achtung für die Klienten sowie das Bestreben ihre Autonomie zu wahren stehen. Daraus leitet sich das Ambivalenzmodell ab, wonach Klienten mit Suchtproblemen nicht unmotiviert, sondern ambivalent sind. Es gilt also, gemeinsam das Veränderungspotenzial der Klienten unter Berücksichtigung ihrer Eigenheiten und Ressourcen zu entwickeln. Widerstand wird als interaktionelles Phänomen verstanden, das entsprechend zu bearbeiten ist. Ebenso ist eine auf Partizipation angelegte Beziehung zwischen Behandler und Klienten Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit. In der Umsetzung baut MI auf den vier Pfeilern Empathie, Entwicklung von Diskrepanzen, geschmeidiger Umgang mit Widerstand und der Stärkung der Änderungszuversicht auf. Methodisch kommen eine Vielzahl von Techniken zum Einsatz, wie offene Fragen stellen, aktives und reflexives Zuhören, Würdigung, Zusammenfassungen und Rückmeldungen, Förderung von „change talk“ – Gespräche über Veränderung, Förderung von „confidence talk“ – Gespräche über Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten zur Veränderung und Förderung von Fertigkeiten, die zur Umsetzung von Verhaltensänderungen nötig sind.

In der Anwendung teilt sich MI in zwei aufeinander folgende Phasen. Die erste Phase ist gekennzeichnet durch die Förderung der Veränderungsbereitschaft. Ist dies gelungen, werden in der zweiten Phase in Zusammenarbeit zwischen Berater/ Behandler und Klient/in klare, verbindliche und erreichbare Ziele ausgehandelt, die die praktische Umsetzung von Veränderung zum Gegenstand haben.

Der Beitrag von Körkel und Veltrup wird neben der übersichtlichen Einführung in den Ansatz von MI von zahlreichen Praxisbeispielen durchzogen, die die abstrakten Begriffe lebendig machen. Darüber hinaus gehen die Autoren auf die Mindeststandards einer fundierten Ausbildung in MI ein. Dies auch vor dem Hintergrund, dass mittlerweile vielerlei MI Workshops, Schulungen etc. angeboten werden und dem Eindruck entgegen getreten werden soll, dass MI mit geringem Aufwand schnell erlernbar sei.

Im zweiten Artikel des Schwerpunktheftes widmet sich Georg Kremer dem Aspekt von Kurzinterventionen (KI) unter Verwendung von MI. Einleitend zeigt Kremer, dass KI nach inhaltlicher Ausrichtung (MI oder kognitiv-behaviorale-Verfahren), Länge (einmalig fünf Minuten bis max. drei Termine á 60 Minuten), Behandlungskonzept (KI allein stehend oder ergänzend) und nach versorgungspolitischen Kontext (früh, zielgruppenspezifisch oder allgemein, ambulant oder stationär) erheblich variieren können. Dies ist bei generalisierenden Aussagen zu KI zu berücksichtigen. Zahlreiche Studien konnten belegen, dass KI wirksam ist (nachgewiesen im Vergleich mit unbehandelten Kontrollgruppen). Die Wirksamkeit zeigte sich vor allem bei Menschen mit leichten bis mittleren alkoholbezogenen Störungen und ist v.a. geeignet, um Änderungen von riskantem Konsum zu erreichen. Darüber hinaus konnte nachgewiesen werden, dass KI eine „Türöffnerfunktion“ zu weiterführenden Hilfen hat. Kritisch merkt Kremer an, dass in Effektivitätsstudien offen bleibt, ob die beobachteten Veränderungen tatsächlich auf die Kurzinterventionen auf der Basis von MI zurückzuführen sind oder auf andere Faktoren. Immerhin zeichnet sich ab, dass für die Effektivität von KI Empathie im Umgang mit Klienten und Vermittlung sachlicher Informationen bzw. Rückmeldungen entscheidend sind.

MI wurde zunächst für Menschen mit alkoholbezogenen Störungen entwickelt und angewandt. Mittlerweile gibt es auch Anwendungen auf dem Gebiet der illegalen Drogen. Im Beitrag von Irmgard Vogt, Martin Schmid und Martina Schu wird dargestellt, welche Erfahrungen bisher mit MI diesbezüglich vorliegen. Es lassen sich zwei Formen der Anwendung von MI unterscheiden: MI als add-on Verfahren, als Instrument zur Motivationsförderung und MI als stand-alone Verfahren der Beratung/Behandlung. In der Mehrzahl der dargestellten Studien (bisher alle außerhalb Deutschlands durchgeführt) wurde MI im ersten Sinne, als ergänzende Intervention (add-on-Verfahren) eingesetzt. Gute Erfolge findet man bei Jugendlichen und bei Menschen, die Drogen konsumieren aber noch weitgehend sozial integriert sind. MI wurde z.B. eingesetzt, um im Rahmen von Substitutionsbehandlungen die Stabilisierung der Lebensumstände zu fördern. Bei Jugendlichen wurde MI vor allem erfolgreich eingesetzt, um auffällige, allerdings noch nicht gefestigte Konsumgewohnheiten positiv zu beeinflussen. MI als Behandlungsverfahren (stand-alone) wurde bislang kaum eingesetzt. Lediglich einige wenige Studien verwenden MI als eine Art Kurzintervention bei Marihuanakonsumenten. Als eine Form der Langzeitintervention wird MI in Kombination mit Case Management in der bundesdeutschen Studie zur heroingestützten Behandlung von Opiatabhängigen eingesetzt. Da es sich um eine randomisierte kontrollierte Studie handelt, wird man sehen, ob sich MI in dieser Kombination als eigenständiges Interventionsverfahren bewährt. Man kann auf die Ergebnisse dieser Studie gespannt sein.

Jürgen Hoyer geht spezifischer auf das MI zu Grunde liegende Stadienmodell der Veränderung, wie es von Prochaska und DiClemente entwickelt wurde, ein. Dieses Modell geht von differenzierten Veränderungsschritten aus, die in einer bestimmten Abfolge durchlaufen werden: Absichtslosigkeit - eine Verhaltensänderung wird nicht in Erwägung gezogen; Absichtsbildung - eine Verhaltensänderung wird erwogen; Vorbereitungsstadium - die Absicht zur Verhaltensänderung besteht und die Voraussetzungen zur Umsetzung werden hergestellt; Handlung - aktive Versuche, Verhalten zu verändern; Aufrechterhaltung - Anstrengungen um die Verhaltensänderungen beizubehalten. Hoyer zeigt, dass das Phasenmodell für das Verständnis von Verhaltensänderungen ein hilfreiches Konstrukt darstellt. Jedoch konnten die einzelnen Stadien oder Phasen und ihre Abfolge bisher empirisch nicht zufrieden stellend belegt werden. Weitergehenden Entwicklungsbedarf sieht Hoyer im Hinblick auf die Zahl der Stadien oder Phasen. Er plädiert für eine Erweiterung des Modells um die Phasen Rückfall, Rückfallgefahr und Resignation/ Dropout, mit denen suchtspezifische Entwicklungen besser berücksichtigt werden können.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass MI zurzeit in Deutschland intensiv diskutiert wird. Der Ansatz ist in der Suchthilfe angekommen. Man wird sehen, wie er sich dort bewährt.

„From Research to Practice and Back Again“ - 10th. International Conference on Treatment of Addictive Behaviors, Heidelberg

„From Research to Practice and Back Again“, Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA), the University of New Mexico, USA and German Society of Addiction Psychology, Germany, Heidelberg 5.-8. 9. 2003

Unter dem Vorsitz von William R Miller, Theresa B. Moyers (beide University of New Mexico, USA) und Joachim Körkel (FH Nürnberg) trafen sich rund 110 internationale und nationale Fachleute aus der Suchtforschung und der Behandlungspraxis in Heidelberg, um in Referaten, Workshops und Posterpräsentationen Fragen von Wissens- und Innovationstransfer, Qualifizierung und Verbreitung evidenz-basierter Methoden nachzugehen.

<http://casaa.unm.edu>

Geprägt wurde die Konferenz klar von den Beiträgen der amerikanischen Referenten. Dabei wurde einmal mehr deutlich, dass die unvergleichlich besser ausgestattete amerikanische Forschung die Meilensteine in der Fachdiskussion setzt. Gleichzeitig traten die Grenzen einer Eins zu Eins-Übertragung amerikanischer Forschungs- und Praxisergebnisse auf europäische bzw. deutsche Verhältnisse deutlich zu Tage. Die grundlegenden Unterschiede der Gesundheitssysteme, Wohlfahrtskultur und professionellen Standards führten von Anbeginn der Fachdiskussion zu unterschiedlichen Ausgangslagen, Definitionen und der Einschätzung bzw. Bewertung von Ergebnissen. Die von Ambros Uchtenhagen vorgestellten europäischen Programme zur Heroinvertreibung, die australischen Ergebnisse von Kurzinterventionsprogrammen im Krankenhaus von John Saunders als auch die Ansätze zum Kontrollierten Trinken nach Körkel zeigten exemplarisch, dass die außeramerikanische Forschung und Praxis sehr wohl zu Innovationsschritten fähig ist, die allerdings wenig Anklang in den USA finden. Das liegt nicht an der Qualität dieser Ansätze oder der sie begleitenden Forschungen, sondern an suchtpolitischen Positionen, worauf hier nicht eingegangen werden soll.

In der Behandlungsforschung ist der Trend hin zu evidenz-basierten Methoden klar zu sehen. In diesem Kontext wird auch diskutiert, welche der gebräuchlichen Behandlungsansätze effektiv und wirksam sind und welche nicht, obwohl sie sehr verbreitet sind (nicht effektiv u.a. „group drug counseling“ oder Akupunktur; vgl. McLellan 2003). In den USA sind manualisierte Behandlungsansätze, die mit einem Set von Interventionsinstrumenten und Hilfsmitteln arbeiten, weit verbreitet. Typisch dafür ist u.a. der Community Reinforcement Approach (siehe den entsprechenden Beitrag in dieser Ausgabe).

Aus den vielen Konferenzbeiträgen sollen folgende hervorgehoben werden:

What does it take to change clinician behavior? Und: What should we be teaching? Using process analyses to guide training

William R. Miller und Theresa B. Moyers (beide CASAA, University of New Mexico, USA) haben in zwei eng aufeinander bezogenen Referaten aufgezeigt, was man bedenken und berücksichtigen muss, wenn man die Arbeitsweisen von Behandlern in der Suchthilfe ändern will. Miller belegte mit einigen Studien, dass Weiterbildungsangebote bei den Gruppen von Behandler/innen am meisten Wirkung haben, die diese aus eigenem Antrieb in Anspruch nehmen. Kombiniert man Workshops mit Rückmeldungen (feedback) zum Behandlungsvorgehen und mit Coaching, ist der Effekt am größten und am nachhaltigsten. Moyers unterstrich vor allem die Bedeutung der Rückmeldungen auf das Verhalten der Behandler/innen. Das wird in der Ausbildung und bei der Evaluation der Behandlungsergebnisse oft übersehen, was auch daran liegt, dass die Klientel keine systematischen Rückmeldungen gibt. Vielmehr sind die Rückmeldungen der Klientinnen und Klienten über ihre Bewertung der Behandlung eher zufällig und sie erfolgen oft mit erheblicher Zeitverzögerung. Gerade darum ist es wichtig, in der Aus- und Weiterbildung die zentralen Basisqualifikationen der Behandler, wie Empathie, Wärme, Akzeptanz, Ein-

bezug der Klientel in den Behandlungsprozess sowie Stärke der Bereitschaft zur Zusammenarbeit usw. zu betonen und systematisch zu bewerten. Behandler/innen, die ein systematisches Training samt Rückmeldungen durchlaufen haben, haben im Vergleich zu anderen Behandlern ohne eine entsprechende Ausbildung bzw. ohne ein vergleichbares Ausmaß an Empathie mehr Erfolg, wenn es darum geht, die Klientel zu motivieren, Verhaltensänderungen anzugehen und Suchtverhalten aufzugeben. Die vorliegenden Forschungsergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Haltung der Behandler auf den Behandlungserfolg. Etwas überspitzt kann man sagen, dass Behandlungserfolge in gewissem Umfang das Produkt der Interaktion von Behandler und Klient/Klientin sind – aber ebenso auch Misserfolge. Setzt sich diese Betrachtung von Behandlungserfolg und Behandlungsmisserfolg durch, hat das weitreichende Konsequenzen für die Behandler.

Alkohol-Kurzintervention in der Allgemeinmedizinischen Versorgung

John B. Saunders (University of Queensland, Australia) berichtete über die Einführung eines Kurzinterventionsinstrumentes für Allgemeinmediziner zur Erreichung von Patienten/innen mit Alkoholproblemen im Krankenhaus. Eingangs zitierte Saunders Untersuchungen, die die Wirksamkeit von Kurzinterventionen (max. 45 Min.) – bei dieser Klientel – von 12 Monaten bis zu drei Jahren nachweisen konnten. Vor Einführung des Programms wurden die Ärzte/innen hinsichtlich ihrer Einstellungen zu Alkoholproblemen ihrer Klientel und der Interventionsmöglichkeiten befragt. Es stellte sich heraus, dass nur wenige (hohen) Alkoholkonsum generell als Gesundheitsrisiko ansehen. Ganz entsprechend sehen nur wenige die Notwendigkeit zur ärztlichen Intervention. Weiterhin fühlen sich viele nicht gut vorbereitet, über Alkohol zu reden. Sie glauben auch nicht, dass sie damit ihre Patienten/innen beeinflussen können, weniger oder gar keinen Alkohol zu konsumieren. Gelingt es, die Ärzte/innen trotz Zeitmangel und Arbeitsüberlastung mit Angeboten zur Kurzintervention zu erreichen, etwa durch in den Arbeitsablauf integrierte Kurzurse und persönliche Ansprache durch Ärzte/innen oder Krankenschwestern vor Ort sowie durch Gratifikationen, dann sind die Ergebnisse sehr positiv. Diese Ärzte/innen sprechen ihre Klientinnen und Klienten auf die Alkoholprobleme an, sie unterstützen sie bei der Suche nach Hilfen und tragen dadurch dazu bei, die Probleme nicht weiter zu verschleppen. Die Studie unterstreicht einmal mehr die Bedeutung der Kurzintervention durch Ärzte/innen im Krankenhaus.

EDV-Unterstützung für Screening und Intervention

In einem Workshop wurden EDV gestützte Screening- und Kurzinterventionsinstrumente vorgestellt. Mit dem „Drinker's Check up“ liegt ein internetgestütztes Programm zur Kurzintervention vor. Es wurde unter Berücksichtigung des Ansatzes von Motivational Interviewing konzipiert. Das derzeit beste Programm zum Screening und für Kurzinterventionen bei Alkoholproblemen stellte T. Brown vor. Der Screeningteil des Programms stützt sich auf eine Fülle anerkannter Testverfahren (CAGE, MAST, CDT-90, AUDIT etc.) die in aufsteigenden Stufen, beginnend mit dem einfachen CAGE Test, angeordnet sind. Klienten und Klientinnen arbeiten sich selbständig durch das übersichtlich und verständlich aufgebaute Programm. Zur Auswertung gehört eine professionelle Rückmeldung an die Klienten und Klientinnen sowie ein Leitfaden für die Beratenden, der ihnen Anregungen gibt, wie im konkreten Fall weiter vorgegangen werden soll.

Kooperation zwischen Forschung und Praxis in der Schweiz

In einem Workshop stellte Ambros Uchtenhagen die Arbeit des Instituts für Suchtforschung (Zürich, Schweiz) vor. Nach langem Vorlauf mit intensiven Diskussionen ist es in der Schweiz gelungen, in 80% der stationären Suchttherapieeinrichtungen einen einheitlichen Datensatz für Behandlungsaufnahme, -entlassung und Nachuntersuchung einzuführen und umzusetzen. Auf dieser Basis erstellt das Institut für Suchtforschung einen jährlichen Forschungsbericht zum Stand der stationären Suchthilfe in der Schweiz und gibt darüber hinaus an jede Einrichtung Einzelberichte weiter, in denen die dort gesammelten Daten ausgewertet werden (einschließlich eines Vergleichs mit den Durchschnittswerten aller Einrichtungen und mit Hinweisen auf wichtige Entwicklungen im Vergleich zu den Vorjahren). Alle Einrichtungen sowie das Forschungsinstitut können Spezialuntersuchungen initiieren, um besonderen Fragestellungen nachzugehen. So berichtete Uchtenhagen u.a. über eine Sonderstudie zum „Burnout“ von Mitarbeitern in der Drogenhilfe. Danach ist „Burnout“ assoziiert mit einer negativen Arbeitsatmosphäre,

www.drinkerscheckup.com

Mangel an Kommunikation/Austausch sowie häufigen Überstunden der Mitarbeiter/innen und unklarem Regelwerk im Umgang mit den Klienten/innen.

<http://www.suchtforschung.ch>

Insgesamt muss man einmal mehr festhalten, dass die amerikanische Suchtforschung bis auf weiteres tonangebend bleiben wird, unbeschadet der Tatsache, dass die Übertragung der Ergebnisse auf deutsche Verhältnisse problematisch ist, da die gesundheitsökonomischen und -politischen Unterschiede immens sind, ebenso die kulturellen. Die „Westliche Welt“ ist so wenig eine Einheit wie andere „Welten“ auch. Leider wird das oft vergessen, wenn man Anleihen an amerikanische Ergebnisse der Suchtforschung macht.

Methodenset zur psychosozialen Behandlung Abhängiger: Community Reinforcement Approach (CRA)

Ein in den USA mittlerweile gut etabliertes Behandlungsmodell ist der so genannte Community Reinforcement Approach (CRA). CRA ist ein klar strukturiertes Behandlungsmodell mit interessanten Komponenten, welches Anregungen für die Praxis der Beratung und der ambulanten Rehabilitation von Abhängigen bietet. Es stammt aus der Verhaltenstherapie, ist aber im Laufe der Jahre mit anderen Ansätzen und Komponenten angereichert und ausdifferenziert worden, insbesondere mit Methoden des Motivational Interviewing.

Literatur zum Weiterlesen

Meyers R.J., Smith, J. E. (1995). Clinical guide to alcohol treatment. New York: Guilford Press

Meyers, R. J., Miller, W. R. (2001). A community reinforcement approach to addiction treatment. Cambridge: Cambridge University Press.

Die einzelnen Interventionskomponenten sind nicht neu; die in vielen Studien nachgewiesene Wirksamkeit von CRA scheint aus der geschickten Kombination eben dieser Komponenten zu entstehen. Entwickelt zur Behandlung von Alkoholabhängigen ist CRA, wie der Begriff „Reinforcement“ (Verstärkung) im Namen zeigt, ein Modell welches Abstinenz (aber auch alternative Ziele wie kontrolliertes Trinken) darüber erreichen will, dass positive Verstärker für Nicht-Konsum/ Nüchternheit ausgebaut und solche, die das Trinken begünstigen, abgebaut werden. Um diese Ziele zu erreichen, steht den Behandlern ein Baukasten von Behandlungsstrategien zur Verfügung. Zur praktischen Umsetzung existiert für die einzelnen Behandlungsbausteine eine Fülle von hilfreichen Materialien, wie Fragebögen, Zielvereinbarungen, Leitfäden etc. Ein Teil der Interventionen sind auf individuelle Behandlung angelegt, ein anderer Teil auf Gruppensettings. Die zentralen Behandlungsbausteine sind:

- **Aufbau und Förderung von Motivation zur Verhaltensänderung**
Hierbei bezieht sich CRA im Kern auf das Stadienmodell der Veränderung von Prochaska und DiClemente sowie auf die Methoden des Motivational Interviewing von Miller und Rollnick (siehe andere Beiträge in dieser Ausgabe). Es gilt zu erkennen, worauf die Veränderungsbereitschaft der Klientel beruht. Dazu soll der Klient/die Klientin u.a. abwägen, welche individuellen Vorteile und Nachteile mit den Trinkgewohnheiten verbunden sind und diese sollen auch explizit benannt werden.
- **Erzeugung erster Nüchternheit/ Abstinenz**
Sind die entscheidenden Gründe für eine Veränderung von Trinkgewohnheiten gefunden, werden Ziele zur Erreichung von Abstinenz (oder auch Reduzierung) gesetzt. Damit das Endziel, die lebenslange Abstinenz, den Klienten oder die Klientin nicht zu sehr verschreckt, sieht dieser Behandlungsbaustein eine Reihe von Zwischenzielen zur schrittweisen Erlangung von Abstinenz vor (sobriety sampling – Nüchternheitsproben/ -erprobungen). Dazu zählen Probierzeiträume von z.B. einer Woche oder einem Monat, um erste Erfahrungen mit Nüchternheit zu sammeln.
- **Analyse der Trinksituationen und Trinkgelegenheiten**
Die genaue Erhebung der Umstände, die mit Alkoholkonsum verbunden sind und die zur Identifizierung von Risikosituationen beitragen, ist ein zentraler Bestandteil von CRA. Besondere Beachtung finden die funktionalen Aspekte des Trinkens (externe Auslöser – wer, wo, wann; interne Auslöser – Gefühle, Gedanken, Empfindungen; Trinkverhalten – was, wie viel, wie lang; kurzzeitige positive Folgen – Gefühle, Gedanken, Empfindungen; negative Langzeitfolgen – körperlich, emotional, Beruf, Leistungsverhalten, Finanzen). Das Stellen offener Fragen, um den Klienten zum reflektie-

Internet
www.chce.research.mil.ed.va.gov/chce/pdfs/Communityreinforcementapproachguidelines.pdf

renden Erzählen zu animieren, fördert die Veränderungsbereitschaft und stärkt die Beziehung zum Behandler.

- **Ausbau positiver Verstärker**

Dieser Teil des CRA ist eng an das Alltagsleben der Klienten und Klientinnen angelehnt. Es gilt, möglichst kreativ unter Berücksichtigung der sozialen, finanziellen, körperlichen, geistigen, kulturellen Gegebenheiten eines Klienten oder einer Klientin das Alltagsleben so zu gestalten, dass ein suchtmittelfreies Leben abgesichert wird.

Bewährt haben sich u.a. Hobbies, Sportaktivitäten, ehrenamtliches Engagement u.v.m. Auch hierbei gilt es, den Klienten und die Klientin nicht zu überfordern, sondern Teilziele und Erprobungen auszuhandeln. Der Behandler ist hierbei aufgefordert, den Klienten und die Klientin in allen Teilschritten zu unterstützen. Dies setzt auch aufsuchende, begleitende Elemente voraus. Leitend dabei ist die Frage „was macht (Lebens-) Freude?“.

- **Verhaltenstraining**

Der Aktion und dem Üben wird im CRA große Bedeutung beigemessen, um eine „Gesprächslastigkeit“ zu vermeiden und kommunikative, handelnde Aspekte zu fördern. Rollenspiele als „Trockenübung“ von riskanten Situationen - z.B. dem Ablehnen von Trinkangeboten - eignen sich dabei hervorragend für Gruppensettings.

- **Einbeziehung wichtiger anderer Personen aus der Umgebung**

Community Reinforcement bezieht sich, wie der Begriff bereits sagt, auf Bezugspersonen in der nahen Umgebung. Dabei sollen möglichst alle Personen aus der sozialen Umgebung eines Klienten oder einer Klientin berücksichtigt werden, die bedeutsam sind und die einen Beitrag zur Förderung/Verstärkung eines suchtmittelfreien Lebens leisten können. Neben den Familienangehörigen, die hier eine sehr wichtige Rolle spielen, geht es um die Einbeziehung von Freunden und Freundinnen in den Behandlungsplan, ebenso von zuverlässigen Helfern, die in kritischen Situationen einspringen können usw. Auch geht es darum, dem Klienten und der Klientin zu helfen, sich in der gesamten Umwelt (Personen, Beruf, Freizeit, Orte, Situationen...) zu rechtzufinden und dabei Lebensfreude zu empfinden

In Studien zum CRA konnte nachgewiesen werden, dass der Behandlungsstil ebenso entscheidend für die Wirksamkeit von CRA ist, wie die Schnelligkeit und Intensität, mit der die Behandlung anfangs angegangen wird (Anfangsintensität). Ideale Behandler, die mit CRA arbeiten, sind gegenüber ihrer Klientel durchgängig positiv eingestellt, energisch, optimistisch, unterstützend und enthusiastisch. Sie würdigen jeden noch so kleinen Fortschritt positiv, und vermeiden unpersönliche Unterweisung, geschäftsmäßiges Abhandeln von Abläufen und vor allem jegliche Konfrontation. Die leitende Frage für den Behandler ist: „Wie kann ich dem Klienten, der Klientin helfen?“

Anfangsintensität meint, dass einem veränderungswilligen Klienten ein sofortiges Angebot für den aktuellen oder den nächsten Tag zu machen ist, um Verbindlichkeit zu demonstrieren. Die Termindichte sollte aus diesem Grund zu Beginn der Beratung/Behandlung hoch sein. Ebenso ist es wichtig, dem Klienten zu vermitteln, dass der Prozess klar zeitlich limitiert ist (3-4 Monate).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mit CRA ein Behandlungsmodell vorliegt, welches in seiner Effektivität geprüft ist, ein klar strukturiertes Vorgehen ermöglicht, und einen hohen Grad an Einbeziehung des Klienten und der Klientin als auch bedeutender Personen aus dem sozialen Nahbereich vorsieht.

Buchbesprechung – Martin Schmid, Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung 1970 – 2000

Martin Schmid: Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung 1970 – 2000. Frankfurt, Campus Verlag 2003. Erscheint am 20.10.2003 zum Preis von voraussichtlich € 34,90.

www.campus.de

Die Geschichte der Drogenhilfe in Deutschland ist eine recht kurze, sie ist kaum länger als drei Jahrzehnte. Gleichwohl ist die Entstehung der Drogenhilfe, ihre Entwicklung zu einem eigenständigen System der Gesundheitsversorgung eine faszinierende Geschichte – und zumindest für die Akteure auch eine des Erfolgs. Wo vor rund 30 Jahren nichts war, existiert heute ein differenziertes Gefüge von Institutionen, die sich auf Sucht- und Drogenprävention, ambulante und stationäre Beratung und Behandlung von Drogenkonsumenten und Drogenabhängigen spezialisiert haben. Man schätzt die Zahl der Personen, die eigene und behandlungsbedürftige Drogenprobleme haben, auf ca. 200.000. Das ist – verglichen etwa mit ca. 3 Millionen Personen mit eigenen Alkoholproblemen – eine recht kleine Zahl von Hilfsbedürftigen. Dennoch ist Drogenhilfe als eigenständiger Versorgungsbaustein im Kontext der Suchthilfe und der Psychiatrie nicht mehr wegzudenken.

Wie kam es dazu? Das Buch von Martin Schmid nähert sich dem Thema einmal über eine theoretische Fundierung der Drogenhilfe als gesellschaftlichem Teilsystem und zum anderen über eine Periodisierung.

Martin Schmid beschreibt, wie das „Drogenproblem“ am Ende der 1960er Jahre im Kontext gesellschaftlichen Wandels in der Jugend- und Studentenbewegung „entdeckt“ wurde und wie aus dieser gesellschaftlichen „Entdeckung“ der Bedarf für ein Hilfesystem entstehen konnte. Als weitere Phasen der Entwicklung verweist er auf die Entstehung und eine erste Konsolidierung der Drogenhilfe von 1972 bis 1980, der therapeutischen Kette und des Abstinenzparadigmas von 1980-1987, auf AIDS und den Umbau der Drogenhilfe von 1987-1995 und auf die Drogenhilfe als Dienstleistung von 1995 bis heute. Das Buch ist eine gelungene Darstellung eines höchst komplexen gesellschaftlichen Prozesses unter Einbeziehung verschiedenster Perspektiven, Akteure und Hintergründe. Sein besonderer Wert besteht in der offenen und detaillierten Darstellung der Irrtümer und Fehlentwicklungen, die auch die Drogenhilfe begleiteten und begleiten. Besonders deutlich wird das bei der Beschreibung des zum Teil beschämenden Umgangs mit Drogenabhängigen mit Verletzung elementarer Bürger- und Menschenrechte unter dem Deckmantel der Hilfeleistung. Das Buch leistet an dieser Stelle einen entscheidenden Beitrag zur Aufarbeitung der teilweise ganz unrühmlichen Geschichte der Entwicklung der Drogenhilfe und unterstreicht damit die Bedeutung der aktiven Partizipation der Klientinnen und Klienten im Ausdifferenzierungsprozess der Drogenhilfe sowie der kritischen Begleitung durch die Wissenschaft.

Wer sich, wie der Rezensent, erst seit Mitte der 90er Jahre mit dem System der Suchthilfe beschäftigt, steht immer wieder vor den Fragen „Warum sind die Strukturen wie sie sind?“ und „Warum handeln langjährig wirkende Akteure wie sie handeln?“. Martin Schmid's Buch gibt darauf viele erhellende und hilfreiche Antworten.

Impressum:

Herausgeber

Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (HLS) e.V. ■ Auf der Körnerwiese 5, 60322 Frankfurt am Main ■ Tel. (0 69) 596 96 21, Fax (0 69) 596 97 24

Email: hls@hls-online.org Homepage: www.hls-online.org

Redaktion

Edgar Zeissler, Dr. Martin Schmid, Prof. Dr. Irmgard Vogt, Institut für Suchtforschung, Fachbereich 4, Fachhochschule Frankfurt am Main ■ Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main ■ Tel: 069-1533 3152. Fax: 069-1533 3153

Email isff@fb4.fh-frankfurt.de Homepage: www.isff.de