

Kontingenzmanagement in der ambulanten Therapie

Effekte und Moderatoren

Prof. Dr. N. Scherbaum

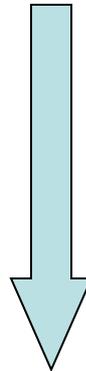
Klinik für abhängiges
Verhalten und Suchtmedizin

Gliederung

1. Prinzip des Kontingenzmanagements
2. Anwendung: komorbide Suchtstörungen bei Patienten in Substitutionsbehandlung
 - Eigene Studie
 - Literatur
3. Probleme der Implementierung
4. Diskussion

Kontingenzmanagement Prinzip

definiertes Verhalten

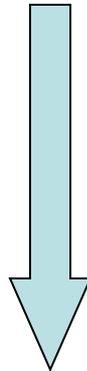


Verstärkungsplan

definierte Verstärkung

Kontingenzmanagement Anwendung: Pädagogik

Schulaufgaben erledigen

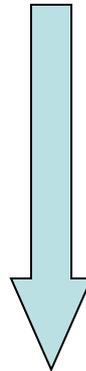


**Verstärkungsplan:
nach 1h Schulaufgaben
1h Spielplatz**

auf dem Spielplatz spielen

Kontingenzmanagement Anwendung: Psychiatrie

Schizophrene kommen zur Depotinjektion



**Verstärkungsplan:
je Injektion Auszahlung
von Taschengeld von 20
Euro**

Taschengeld

siehe: Psychiatric Bulletin 31, 4ff

Kontingenzmanagement

- Form der operanten Konditionierung: Lernen durch Verstärkung
- Verstärkung wird vorher definiert (kein Token)
- Verstärkerplan
 - Definition des Zielverhaltens und seiner Messung
 - Definition des Verstärkers
 - Plan zur Gabe des Verstärkers
- Anwendung in Pädagogik, Medizin/Psychiatrie

Anwendung in der Suchtmedizin?

Mögliches Zielverhalten

- Compliance (z.B. Termine einhalten)
- Reduktion des Suchtmittelkonsums
- pro-abstinente Verhaltensweisen (z.B. Aufsuchen einer Berufsberatung)

Komorbide substanzbezogene Störungen in der Substitutionsbehandlung

Komorbide suchtmittelbezogene Störungen

Zusätzliche Substanzdiagnosen zur Hauptdiagnose

(Sonntag, Bauer & Hellwich, Sucht 2007;53:S7-S41)

Einzeldiagnose

Hauptdiagnose	<u>Opiate</u>	<u>Kokain</u>	<u>Alkohol</u>	<u>Cannabis</u>
Alkohol	2	2	-	5
Opiate	-	24	23	34
Kokain	19	-	32	46

COBRA- Studie: 12-Monatskatamnese Vergleich mit Eingangsuntersuchung

		Katamnese-Stichprobe		
		N=1,615 (100%)		
Status		BL	FU	
		<u>%</u>	<u>%</u>	<u>Test-Statistik¹</u>
"Beigebrauch"				
Opiate	% positive Drogenscreenings²	19.3	15.8	F(1,186)=4.4*
irgendwelche Suchtmittel	% positive Drogenscreenings²	48.9	46.3	F(1,178)=7.0**

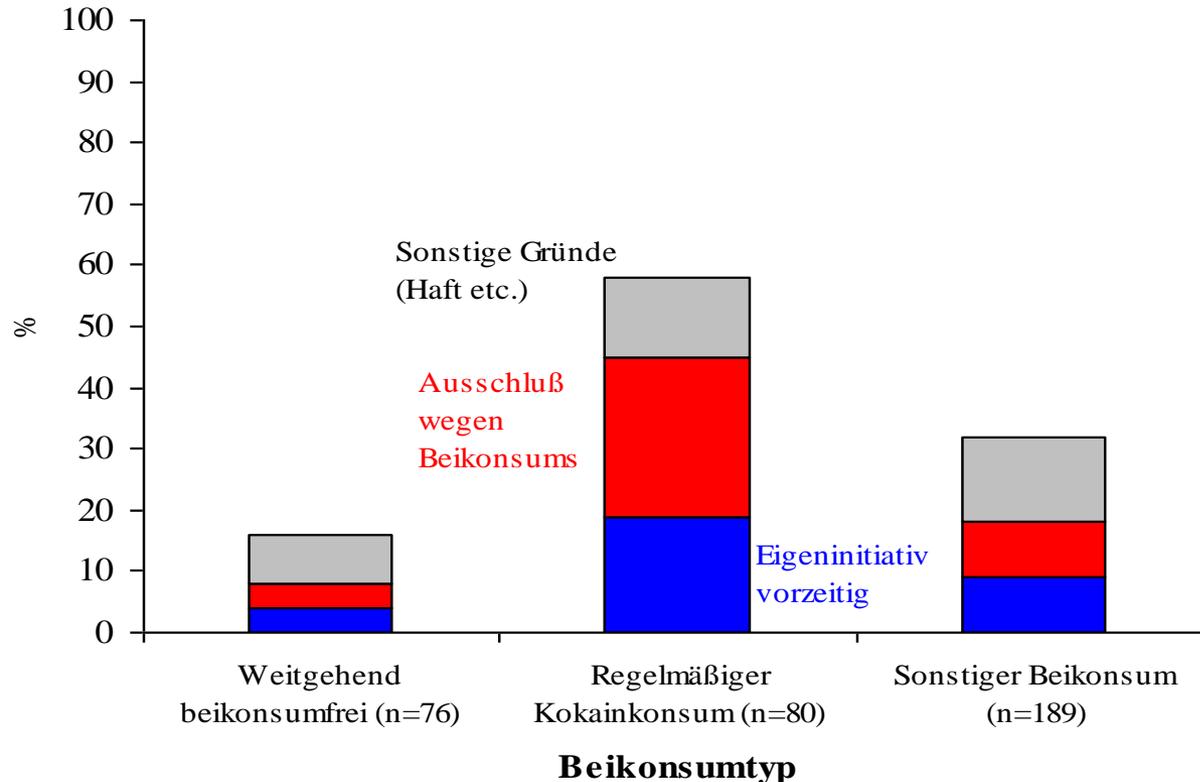
Wittchen et al., 2008

Kokainkonsum und Haltequote

(e.g. Magura et al., Addiction. 93, 51-60)

Beispiel Methadonambulanzen RKE

Abbrüche innerhalb von 2 Jahren nach Behandlungsbeginn und „Beikonsum“



Problem des sog. Beikonsums (1)

- In der Regel Ausdruck einer komorbiden substanzbezogenen Störung
- begrenzt den Erfolg einer Substitutionsbehandlung
 - wiederholte Intoxikationszustände
 - gefährliche Mischintoxikationen
 - Straffälligkeit
 - „Szene von Methadonern“
- komorbide somatische Erkrankungen als Folge substanzbezogener Störungen

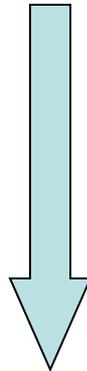
Problem des sog. Beikonsums (2)

- elektive Entzugsbehandlungen bei Substituierten oft nur vorübergehend gegen „Beikonsum“ wirksam (vergleiche Entzugsbehandlung und langfristiger Behandlungserfolg in anderen Konstellationen)
- Richtlinien der Behandlung und Konsum weiterer Suchtmittel
 - Gefährdung des Behandlungserfolges
 - Gefährdung des Patienten

Kontingenzmanagement zur Reduktion des Konsums weiterer Suchtmittel

Kontingenzmanagement Anwendung: „Beigebrauch“

weniger Suchtmittel konsumieren (wie definiert?)



**Verstärkungsplan
Vorschrift?**

welche Verstärker?

Definition des Zielverhaltens

- Welche Suchtmittel?
z.B. ein Suchtmittel vs. mehrere Suchtmittel
Umgang mit Cannabis
Umgang mit Alkohol
- Wie wird „Beigebrauch“ bestimmt?
 - Selbstangaben des Patienten
 - Drogenurinscreening
 - Blutproben, Haaranalyse etc.
- Frequenz der Bestimmung und Bezugszeitraum
(z.B. Tage, Wochen)

Definition des Verstärkers

Beispiele aus der Literatur

- Take-home Verschreibung
- Dosis des Substitutes
- Gutscheine für soziale Leistungen
- Geld
- Einkaufsgutscheine
- Lose mit Sachgewinnen

Definition des Verstärkerplanes

- Verstärkung für wie viele drogennegative Urine
- statischer vs. dynamischer („escalating“) Verstärkungsplan
- Umgang mit Rückfall („Reset“)

Eigenes Projekt

Projekt: **Contingency Management bei der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger**

Förderung: **BMBF (im Rahmen des Suchtforschungsverbundes NRW)**

Design: **Randomisierte, kontrollierte, multizentrische Untersuchung**

Fragestellung: **Senkung des „Beigebrauchs“ durch CM unter *routinenahen* Behandlungsbedingungen**

Scherbaum et al., eingereicht

Methodik (1)

Studienplan

Randomisierte kontrollierte Prüfung über 26 Wochen

Verstärker: take-home Verschreibung

Erwünschtes Verhalten: Reduktion des Beigebrauchs

Prüfung: Drogenurin-Screening 1x/Wo (zugleich AAK)

Hauptzielkriterium

Anzahl der drogenpositiven Urintests (außer Cannabis) /
Gesamtzahl der Urintests

Scherbaum et al., eingereicht

Methodik (2)

Einschlusskriterien

- Opiatabhängigkeit (ICD-10 F11.2)
- mindestens 1 Monat in Substitution
- 8 Wochen Baseline-Phase mit $\geq 30\%$ drogenpositive Urintests
- keine Alkoholabhängigkeit
- aktuell keine schwerwiegende psychische oder somatische Erkrankung

Scherbaum et al., eingereicht

Methodik (3)

Settings

- 2 MMT Ambulanzen an einer Universitätsklinik
- 3 MMT Ambulanzen an psychiatrischen Fachkrankenhäusern
- 2 MMT Ambulanzen in Trägerschaft der Suchthilfe Direkt, Essen

Methodik (4)

Datenanalyse

- 26 Wochen Beobachtung
- Fehlende Daten (z.B. Abbruch der Behandlung):
drogenpositiver Urin

Intervention

a) Interventionsgruppe:

1 beigebrauchsfreier Urin	→	1 Mitgabe
4 beigebrauchsfreie Urine	→	2 Mitgaben
8 beigebrauchsfreie Urine	→	3 Mitgaben
12 beigebrauchsfreie Urine	→	4 Mitgaben

b) Kontrollgruppe

12 beigebrauchsfreie Urine	→	4 Mitgaben
----------------------------	---	------------

Übrige Behandlungen zwischen den Gruppen an den jeweiligen Standorten gleich.

“Reset“-Regeln bei Rückfall

- **Interventionsgruppe**

- 1 drogenpositiver Urin:

- Verlust der take-home Verschreibung für 1 Woche
wöchentlicher Anstieg auf altes Niveau

- 2 positive Urine in Folge:

- Neubeginn der Wertung

- **Kontrollgruppe**

- 1 drogenpositiver Urin:

- Verlust der take-home Verschreibung

- Nach vier drogennegativen Urinen altes Niveau

- 2 positive Urine in Folge:

- Neubeginn der Wertung

Scherbaum et al., eingereicht

Stichprobe

- Anzahl: n = 136 (IG n = 72 ; KG n = 64)
- Alter: 35,5 J. (SD 6,3)
- Geschlecht: w 33,1% m 66,9%

- Arbeitslos: 72%
- Mit Partner oder Familie lebend: 50,7%

- Alter bei erstem Heroinkonsum: 20,5 J. (5,1)

- Anteil drogenpositiver Urine: 0,84 (0,21)
- Mindestens 2 Suchtmittel: 63,7% der Patienten

Ergebnisse

- Haltequote in Substitution:
IG 83,3% KG 93,8%

- Haltequote in Studie:
IG n=62,5% KG n=61%

- Mittlere Dauer der Studienbehandlung in Wochen:
IG n=19,8 KG n=22

Scherbaum et al., eingereicht

Ergebnis: Hauptzielkriterium

Beigebrauchs-Index		mean	sd	sig.
(Anzahl positiver Urinscreenings / Gesamtzahl der Urinscreenings)	Kontroll- gruppe (n=56)	.49	.33	.891
	KM-Gruppe (n=62)	.48	.35	

Scherbaum et al., eingereicht

Ergebnisse

- Mittlere Zahl drogenfreier Wochen:
IG 9,8 Wo (SD 8,9)
KG 11,3 Wo (SD 8,5)
- Rückgang des „Beigebrauchs“ in beiden Gruppen !!!
- Keine Gruppen-Unterschiede in den sekundären Ergebnisvariablen
z.B. Prozentsatz der Personen mit vier drogenfreien Urinen in Folge
IG 54,2% KG 60,9%

Scherbaum et al., eingereicht

Ergebnisse

- kein Zentrumeffekt
- Kein Gruppenunterschied hinsichtlich Konsum von Heroin, Kokain oder BZD im Verlauf
- Moderatoren
 - wirksam Baseline-Variablen:
 - Prozentsatz drogenpositiver Urine
 - Nachweis von Heroin
 - nicht wirksam: polyvalenter Konsum
 - Zeit bis zur Rückmeldung nach Urinprobe

Scherbaum et al., eingereicht

Diskussion

- Rückgang des „Beigebruchs in beiden Gruppen
 - Regression zur Mitte vs. Verbesserung in beiden Gruppen
 - Negativauswahl von Patienten
 - relativ gutes Ergebnis für Kontrollgruppe im Vergleich zu Literatur
- Zu geringer Unterschied in der Intensität der Intervention in den beiden Gruppen
 - auch in der Kontrollgruppe: Take-Home Verschreibung
 - in beiden Gruppen für die meisten Patienten:
wöchentliche Termine mit Psychiater/Psychologen

Scherbaum et al., eingereicht

Meta-Analysen zu KM Effektstärken

	Effektstärke (r)	eingeschlossene Studien	Schwerpunkt der Metaanalysen
Griffith et al. 2000	.25	30	verschiedene Verstärker
Prendergast et al. 2006	.42	47	verschiedene Verstärker
Lussier et al. 2006	.32	30	Gutscheine

Moderatoren des KM (1)

Jeweils Angabe der Effektstärken auf der Basis von Metaanalysen

gewählter Verstärker:

Take-home-Dosis/Verschreibung	0,37
Gutscheine	0,24 – 0,34

Geldwert des Verstärkers

< 5\$/d	0,23
5 – 11 \$/d	0,28
11 – 16 \$/d	0,34
> 16 \$/d	0,43

Moderatoren des KM (2)

Feedbackzeit

sofort	0,39 – 0,51
verzögert	0,19

Zielsubstanz

Kokain	0,31 - 0,35
Opiate	0,31 – 0,39
Kokain und Opiate	0,21
mehrere Substanzen	0,21 – 0,22

Frequenz der Urinscreenings

1 x /Wo	0,16
2 x/Wo	0,18
3 x/Wo	0,36

Anwendbarkeit des Contingency Management unter Routinebedingungen in Deutschland

- „Contingency Management light“
- komorbide monovalente Abhängigkeit vs Polytoxikomanie
- Drogenurinscreenings: 3x/Wo vs. 1x/Wo
- Rückmeldung: sofort vs. Labornachricht
- Verstärkung sofort vs. Rezeptaushandigung (mit Gebühr)

Probleme der Implementierung von Psychotherapie

konzeptionell als Regelangebot nicht vorgesehen

Standardsubstitution nach Richtlinien:

Ausgabe des Substitutes

+

ärztliche Gespräche (4x/Quartal)

+

1x/Wo persönlicher Arzt-Patient-Kontakt

+

psychosoziale Betreuung

Probleme der Implementierung von Psychotherapie (2)

mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen

Konkurrenz um Therapieplätze mit „attraktiveren“ Patienten

Ausbildungsdefizite (?)

Zusatzkosten auch für die eigentliche Substitution

z.B. Zahl der Urindrogenscreenings

Schnittstellenproblematik:

relativ wenige Psychiater unter substituierenden Ärzten

Implementierung von Kontingenzmanagement

Konzeptionell:

einfaches Prinzip (keine psychotherapeutische Kompetenz)
z.B. Substitution bei Hausärzten

geringer Aufwand im Vergleich zu anderen
Psychotherapieverfahren

Anfragen

Belohnung für „normales Verhalten“?
Take-Home-Verschreibung für Patienten ohne stabile
Abstinenz?

Implementierung von Kontingenzmanagement

Pragmatisch:

Etablierung von Prozessen, z.B. wochenaktueller Status zu Drogenurinscreenings

Disziplin des Teams, z.B. zeitgerechte Rückmeldung zu Drogenurinscreenings

Einbezug der Arzthelferinnen für [psychotherapeutische] Intervention

Individualisierung von Zielverhalten und Verstärker

Diskussion

?Nachhaltigkeit von KM

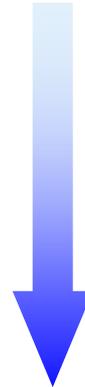
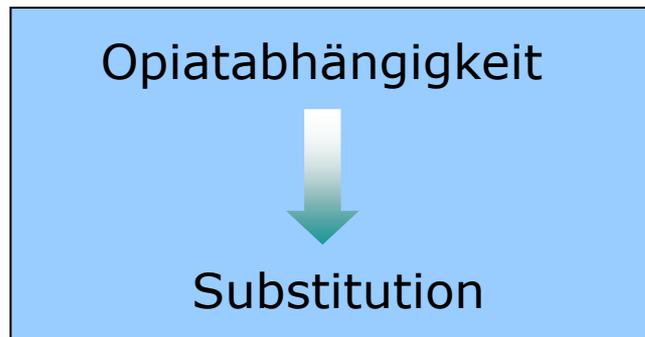
- nur noch geringer Effekt bei Intervention > 25 Wo

?Kombination von Verfahren

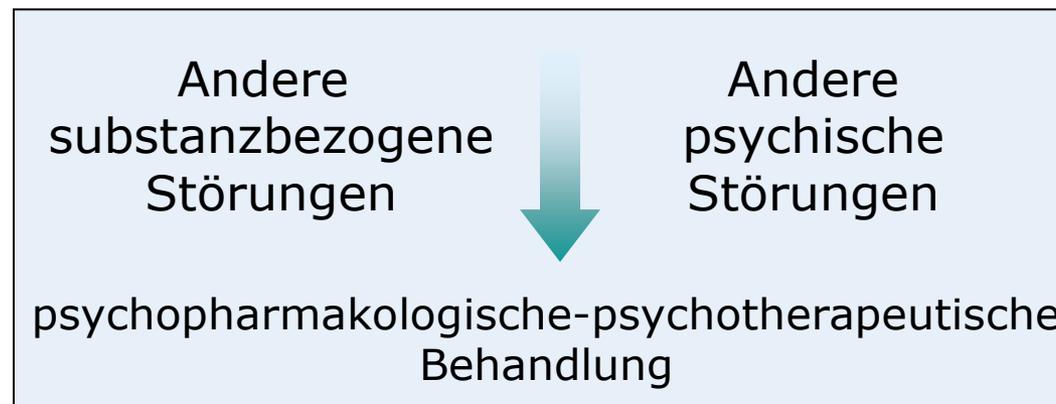
?Differentialindikation

- kognitive Verhaltenstherapie
- psychodynamische Therapie
- medikamentöse Therapie

Opiatabhängigkeit als psychiatrische Erkrankung



Komorbidity



**Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**