

**Erster Kongress für gemeindeorientierte Suchttherapie
Community Reinforcement Approach
16. bis 18. März 2011, Bielefeld-Bethel**

**Sobriety Sampling (Abstinenz-Konto),
kontrollierter Konsum
oder warum man niemals nie sagen sollte:
Zur Philosophie befristeter Abstinenz- und
Konsumabsprachen**

Joachim Körkel

Übersicht

1. Grundsätzliches zum CRA
2. Das „Abstinenz-Konto“:
Konzept, Grundannahmen, Einschätzung
3. Ziele von PatientInnen
4. Zieloffene Suchtarbeit
5. Das „Reduktions-Konto“
6. Resümee

Übersicht

1. Grundsätzliches zum CRA

Grundsätzliche Einordnung des CRA

1. Grundgedanken des CRA (vgl. Meyers & Smith, 2011²)
 - **Gezielte Stärkung der sinnstiftenden subjektiven Ziele und Werte des Patienten, die sich mit einem Weiterkonsum wie bisher nicht vereinbaren lassen**
„Für was ist es mir wert, meinen Konsum zu ändern?“
(z.B. Kontakt zu den Kindern, Partnerschaft, Arbeit etc.)
(→ Äquivalenz zu Motivational Interviewing)
 - **Systematisches methodisches Vorgehen**
(z.B. Verhaltensanalyse, Zufriedenheitsskala, Arbeitsberatung etc.), zusammengefasst in einem Gesamt-Handlungsplan.
→ Naheliegende Fortführung wäre Casemanagement
(→ Mehr als „reines“ Motivational Interviewing)

Grundsätzliche Einordnung des CRA

1. Grundgedanken des CRA (Forts.)

■ Lebenswelt-orientierter Ansatz:

Rein in die ARGE, rein in Freizeitangebote der „Gemeinde“ etc. – und damit Integration in die Gemeinschaft („Teilhabe“).

(→ Mehr als „reines“ Motivational Interviewing)

■ Der Konsum bleibt immer im Blick („Abstinenz-Konto“)

... neben der zunehmenden Annäherung an sinnstiftende Ziele.

Übersicht

1. Grundsätzliches zum CRA
2. **Das „Abstinenz-Konto“:**
Konzept, Grundannahmen, Einschätzung

Abstinenz-Konto (Sobriety Sampling)

1. Grundgedanke und Implikationen des Abstinenz-Kontos (vgl. Meyers & Smith, 2011²):

- **Optimales Endziel ist die lebenslange Abstinenz**
(→ Unklar: Von *allen* Suchtmitteln? Falls nein: *Von welchen*).

- **Annäherung an das Ziel der lebenslangen Abstinenz in Etappen**

... da sofortige lebenslange Abstinenz für viele Pat. abschreckend (ängstigend, inakzeptabel) ist. Das Abstinenz-Konto „gibt dem Patienten Zeit, sich an dieses Ziel [lebenslange Abstinenz] zu gewöhnen“ (a.a.O., S. 62). „Der Patient [soll sich] zu einer vorher vereinbarten Zeit durchgängiger Abstinenz .. [verpflichten]“. [Das Abstinenz-Konto] „wird bei allen Patienten eingesetzt, unabhängig davon, ob ihr langfristiges Ziel Abstinenz oder Verringerung von Suchtmittelkonsum ist. ... → “Yes I will” und “Yes I can live abstinent”

Abstinenz-Konto

1. Grundgedanke des Abstinenz-Kontos (Forts.):

■ **Zunächst 90 Tage Abstinenz**

Der Therapeut sollte den Pat. dazu bringen, zunächst 90 Tage Abstinenz anzustreben – und sich ggf. auf weniger Tage „runterhandeln lassen“.

■ **Imaginäres Abstinenz-Konto**

Der Grad der tatsächlichen Abstinenzerrreichung erfolgt über ein imaginäres Abstinenz-Konto.

Abstinenz-Konto

2. Positiv am Ansatz des Abstinenz-Kontos

■ Kleine Etappen

Der Grundgedanke, das Konsumverhalten in kleinen Etappen anzugehen und sich dem Ziel sukzessive zu nähern, ist positiv zu bewerten.

Dies ist keineswegs selbstverständlich: In typischer US-Behandlung oder dt. Reha-Behandlung geht es vom ersten Behandlungstag an immer um lebenslange Abstinenz, und zwar ab sofort.

Abstinenz-Konto

3. Kritik am Abstinenz-Konto des CRA (gemäß Meyers & Smith, 2011², S. 62ff. – nicht gemäß Bielefeld, Gütersloh etc.):

■ Kritik 1: „Abstinenzfixiertheit“

= nur abstinente Tage zählen *letztlich* gemäß Manual als Erfolg, nicht Konsumreduktionen.

D.h. fehlende Zieloffenheit und damit ethische Übergriffigkeit.

Bemerkenswerterweise wird der Erfolg von CRA aber u.a. an Konsumreduktionen gemessen (z.B. „number of drinking days“; vgl. z.B. Roozen et al. 2004, in *Drug and Alcohol Dependence*)

■ Kritik 2: Das Abstinenzkonto wird nur virtuell geführt.

Systematische Selbstbeobachtung + Konsumtagebücher haben sich aber als effektiv erwiesen (Hester, 2002)

Abstinenz-Konto

3. Kritik am Abstinenz-Konto im CRA (Forts.)

■ Kritik 3: Das Vorgehen beim Aufstellen des Abstinenzkontos ist Anti-Motivational-Interviewing und widerstandsfördernd:

„... soll der Patient dazu gebracht werden, sich auf eine begrenzte Abstinenzzeit [90 Tage] festzulegen“, ... „verhandeln Sie [ggf.] abwärts“, „All die Vorteile [der Abstinenz] würden [in den] 90 Tagen klar und deutlich werden“ (MS, 2001², S. 65).

Derartige Überredungs- und Überzeugungsversuche sowie externer Druck sind gemäß MI im Behandlungskontext kontraproduktiv – sie ziehen meist Widerstand nach sich.

Motivational Interviewing

(Miller & Rollnick, 1991, 2002)

Motivational Interviewing zielt auf ein geschmeidiges, widerstandsfreies, gleichberechtigtes, respektvolles und am gegenseitigen Dialog interessiertes Gespräch ab, um das Pro/Kontra des Suchtmittelkonsums genauer zu erkunden und eine Veränderung **in der vom Patienten gewünschten Richtung** zu wagen.

MI „is not a bag of tricks for getting people to do what they don't want to do“ (MR, 2002, S. 35).

Übersicht

1. Grundsätzliches zum CRA
2. Das „Abstinenz-Konto“:
Konzept, Grundannahmen, Einschätzung
- 3. Ziele von PatientInnen**

Ziele von PatientInnen

Beispiel 1 (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).

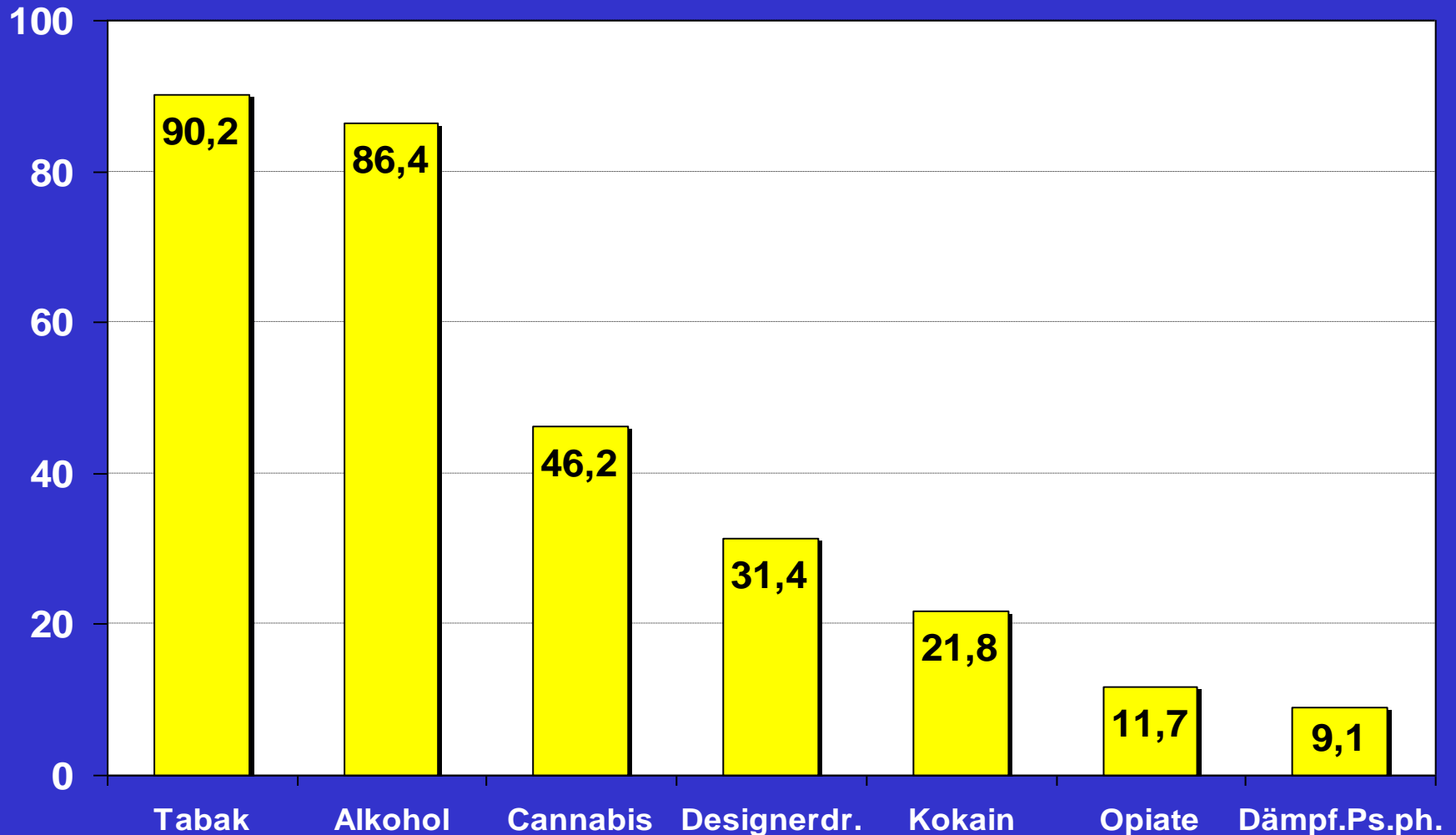
Beispiel 2 (COBRA-Studie, Wittchen et al. 2008; N = 1615):

„Beikonsum“ unter Substituierten (ohne Alkohol!):
Bei 49% in der Eingangserhebung, ein Jahr später bei 46%
(Ausgeschlossene nicht berücksichtigt!)

Beispiel 3 (Feder 2001):

Konsumzielbefragung von 82 Drogenabhängigen in 10 bayerischen Langzeittherapieeinrichtungen.

Nicht abstinent leben wollen von den 82 Personen (in %):



Ziele von PatientInnen (Forts.)

Der zuvor gezeigte Befund lässt sich verallgemeinern:
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% - 44%

(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).

Übersicht

1. Grundsätzliches zum CRA
2. Das „Abstinenz-Konto“:
Konzept, Grundannahmen, Einschätzung
3. Ziele von PatientInnen
4. **Zieloffene Suchtarbeit**

Zieloffene Suchtarbeit =

1. Haltung („Geist“, „spirit“) und Kenntnisse auf Seiten des Behandlers:

- Bereitschaft, offen, interessiert und sanktionsfrei mit dem Patienten über verschiedene Konsumziele ins Gespräch zu kommen, wie etwa:
 - lebenslange Abstinenz
 - erst einmal x Monate abstinent, dann weitersehen
 - weniger Exzesse, weniger gefährlich konsumieren
 - weniger/seltener konsumieren
 - konsumieren wie bisher
- Wissen über unterschiedliche Ziele/Behandlungen

Zieloffene Suchtarbeit =

2. Führen eines zieloffenen Dialogs (Methode der Wahl: „Motivational Interviewing“, Miller & Rollnick 2002):
 - Die Zielfrage einladend ins Gespräch bringen.
 - Das vom Patienten gewünschte Ziel wertungsfrei und kunstfertig erkunden. Auf „eigenen Senf“ verzichten.
 - Eigene Überlegungen erst nach Einwilligung des Patienten und ohne Richtigkeitsanspruch bzw. Rechthaberreflex („righting reflex“) einbringen.

Beispiel einer zieloffenen Drogenkonsum-Zieldiagnostik (aus Programm „KISS“)

	Alkohol	Zigaretten	Haschisch Marihüana	Heroin	Substitute z.B. Subutex Methadon Polamidon	Crack	Kokain (Pulver)	Aufputsch- mittel (z.B. Speed, Amphetamine)	Beruhigungs- mittel (Barosol, Rohypnol, Valium o.ä.)	Schmerz- mittel (z.B. Dolu- ran, Valon o.ä.)	LSI, Pille oder andere Halluzino- gene	Ectasy, MDMA, o.ä.	Schnüffel- stoff	weitere Substanzen	
Frage 2: »Welche der Substanzen, die Sie in den letzten 12 Monaten genommen haben, haben Sie auch in den letzten 4 Wochen* konsumiert?«	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frage 13: »Möchten Sie Ihren Substanzkonsum verändern?« [»JA« ist auch anzukreuzen, wenn KlientIn sagt, nicht momentan, aber irgendwann später den Konsum verändern zu wollen]»	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Falls »JA«:															
kontrolliert(er) (weniger/ anders) konsumieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zeitlich begrenzte Abstinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zeitlich unbegrenzte Abstinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zieloffene Suchtarbeit =

3. Vorhalten evidenzbasierter therapeutischer Maßnahmen/ Programme für unterschiedliche Ziele (v.a. Abstinenz und selbstkontrollierten Konsum).

Die entsprechenden Maßnahmen/ Programme können je nach Arbeitskontext (z.B. niedrigschwellige Einrichtung, Schwerpunktpraxis, Entzugsstation, Fachklinik)

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

Zusammenfassend:

„Zieloffene Suchtarbeit“ bedeutet:

Weg vom Abstinenzmonopol und hin dazu, offen mit dem Patienten über das Ziel zu sprechen, das ihm vorschwebt.

Dabei geschmeidig im Sinne des Motivational Interviewing vorgehen.

Letztlich das Ziel der folgenden Behandlung zugrunde legen, das der Patient – nach Abwägung von Alternativen – für sich wählt.

Vorteile einer zieloffenen Herangehensweise

1. Vorteil: Anders geht es nicht: Sonst kommen oder bleiben die Menschen nicht oder erzählen das, was man hören will

Beispiele:

- Jugendliche „Komasäufer“**
- Führerschein-Nachschulungs-
teilnehmer (MPU)**
- Viele Patienten in Entzugs-
behandlung**

2. Vorteil:

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.

**Sobriety Sampling (Abstinenzkonto),
kontrollierter Konsum**

oder warum man niemals nie sagen sollte

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

3. Vorteil:

Einhaltung des bioethischen Prinzips der Autonomiewahrung

Niemand kann objektiv entscheiden, welches Behandlungsziel (z.B. Abstinenz oder reduzierter Konsum) und –programm für den Patienten das Beste ist. Die Autonomie des Patienten ist deshalb zu respektieren – in Bezug auf seine Entscheidungen über Konsumziele, Änderungswege und Änderungstempo.

4. Vorteil:

Einhaltung des bioethischen Grundsatzes „Sollen setzt Können voraus“ (Artikel 3 Grundgesetz: allgemeiner Gleichheitssatz)

**Anzahl durchschnittlich
konsumierter Substanzen:
5,23.**

Reihenfolge:

Zigaretten (96%)

Methadon/Subutex (76%)

Crack (66%)

Heroin (63%)

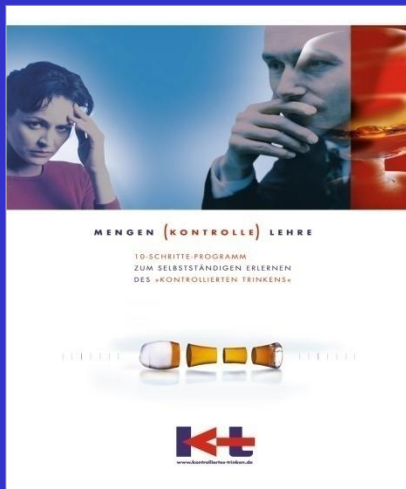
Benzodiazepine (60%)

Cannabis (60%)

Alkohol (46%)

Übersicht

1. Grundsätzliches zum CRA
2. Das „Abstinenz-Konto“:
Konzept, Grundannahmen, Einschätzung
3. Ziele von PatientInnen
4. Zieloffene Suchtarbeit
- 5. Das „Reduktions-Konto“**



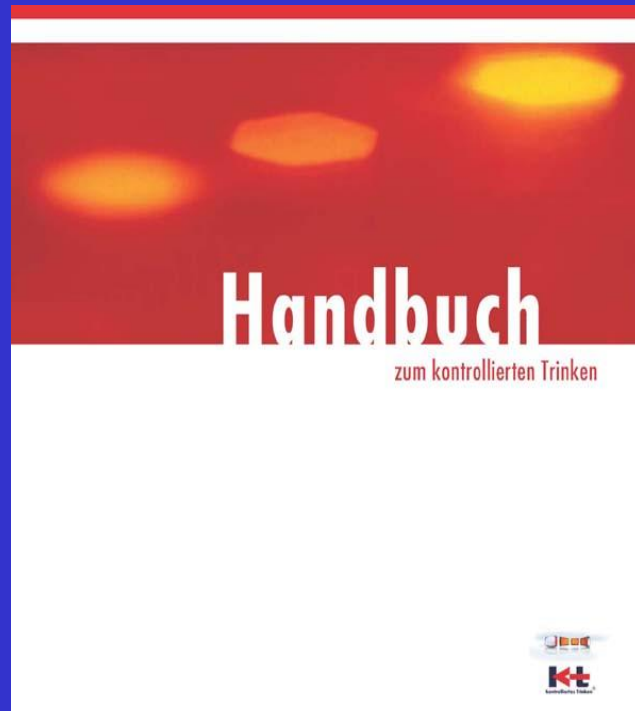
Autodidaktisches „10-Schritte-Programm“ (Körkel, 2001/2004/2008)

Ambulantes Gruppenprogramm zum kontroll. Trinken (Akt) (Körkel & Projektgruppe kt, 2001)

Ambulantes Einzelprogramm zum kontroll. Trinken (Ekt) (Gehring & Projektgruppe kt, 2003)

KT-Programme für die Arbeit mit Wohnungslosen („kT-WALK“)

(Projektgruppe kT, 2004)



Autodidaktisches „12+Programm“ zum kontrollierten Rauchen (Drinkmann, 2007)



12+ PROGRAMM

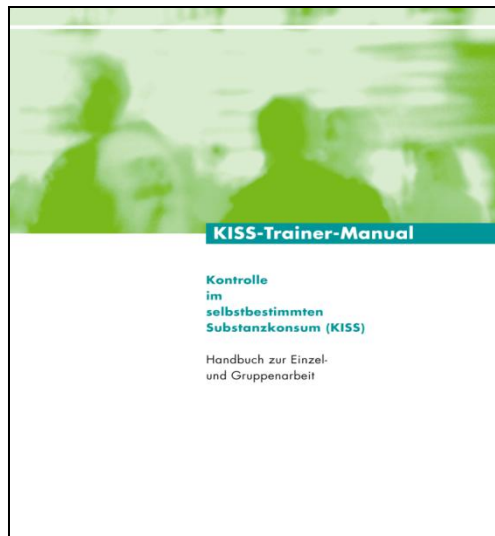
Selbstbestimmtes, kontrolliertes Rauchen

in 12 Schritten den Tabakkonsum eigenständig reduzieren

+ und, falls gewünscht, im 13. Schritt zum Nichtraucher

VORBEREITUNG - ÄNDERUNG - STABILISIERUNG

KISS = „Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“ (Körkel & GK Quest Akademie, 2007³)



Manual für TrainerInnen



CD-ROM mit Arbeits- und Info-Blättern



Handbuch für TN

Definition „**Selbstkontrollierter Konsum**“

Selbstkontrollierter Substanzkonsum liegt vor, wenn eine Person (sie selbst!) ihren Konsum an einem **zuvor** festgelegten Konsum**plan** bzw. Konsum**regeln** ausrichtet.

Das bedeutet de facto, **jeweils für eine Woche** voraus zu planen:

1. Anzahl konsumfreier Tage
2. maximale Konsummenge an Konsumtagen
3. maximaler Gesamtkonsum in der ganzen Woche

und ggf. den **Kontext** festzulegen, wie etwa wann, wo und mit wem konsumiert wird

(vgl. dazu Zinberg 1984 und: Cohen & Sas 1995; Decorte 2000; Haves & Schneider 1992; Mainline 1996, 2002).

Wöchentliche KISS-Einheiten

1. Konsum(zähl)einheiten (KE) festlegen
2. Konsum (KE) im Konsumtagebuch festhalten
3. Konsum-Bilanz ziehen
4. Wochenweise Konsumziele festlegen
5. Strategien zur Zielerreichung auswählen
6. Risikosituationen herausfinden
7. Ausrutscher meistern
8. Freizeit neu gestalten
9. Belastungen erkennen und bewältigen
10. Soziale Kompetenzen („Nein-Sagen“) stärken

Pocket-Trinktagebuch (Ausgangskonsum vor kT)

(Körkel & GK Quest Akademie 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	5 Bier (0,5l, 5 %)	5	Stammkneipe, Kumpels	alle trinken, relaxen
Di					
Mi					
Do					
Fr					
Sa					
So					



Summe:

Tage ohne Alkohol:

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

bislang: 0

Maximale Anzahl an Standardeinheiten (SE)¹ pro Trinktag

3

bislang: 5

*Maximale Anzahl an Standardeinheiten
in den gesamten 7 Tagen*

15

bislang: 32

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

Pocket-Trinktagebuch (Körkel & GK Quest 2004)

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-Gruppe/ Arzttermin</i>		0			
Do				2			
Fr				3			
Sa				3			
So				3			
Summe:				15	✓ ✗		

Tage ohne Alkohol:

Plan Ist

1



Vorteile der Orientierung an diesen 3 Zielgrößen

- Erfolge sind in der Regel in mindestens einer Zielgröße garantiert – und nichts motiviert mehr, als der eigene Erfolg (gerade bei chronischem “Versagen”)
- Erfolge entfalten besondere Strahlkraft, wenn sie vom Therapeuten gewürdigt werden und “Problemtrancen” vermieden werden.
- Selbstwirksamkeits- und Selbstwerterleben werden gestärkt.
- Zielabweichungen (“Ausrutschen”) kann durch die wöchentlich aktualisierten Zielsetzungen undramatisch gegengesteuert werden
- Übergänge zur vollständigen Abstinenz jederzeit mögl.

Resümee des internationalen Forschungsstandes

(Saladin & Santa Ana 2004; Walters 2000)

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 (vgl. u.a. Nordström, Berglund & Frank 2004)

Saladin, M.E. & Santa Ana, E.J. (2004). *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 175-187.
Walters, G.D. (2000). *Behavior Therapy*, 31, 135-149.

Festlegung der Konsumeinheiten

Vorgespräch

Meine typischen Konsumeinheiten

Substanz

Meine Konsumeinheit

1. *Heroin* *1 Druck (0,2 Gramm)*

2. *Crack* *1 10er-Stein*

3. *Benzos* *1 Rohypnol*

4.


5.

6.

7.

8.

Inhalt Sitzung 3: Konsum-Bilanz

 Konsum vor KISS-Beginn Hier Substanzen und Konsumeinheiten eintragen										Woche vom <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Substanz	Uhr	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Woche	Zahl der konsum-freien Tage	
1 Crack	6-12			/				/	2 12 11 25	0	
	12-18		/	//	//	///	//	//			
	18-6	///		//	//	/	//	/			
	Konsumeinheiten pro Tag	3	1	5	4	4	4	4			
2 Cannabis	6-12										
	12-18										
	18-6										
	Konsumeinheiten pro Tag										
3 Heroin	6-12										
	12-18										
	18-6										
	Konsumeinheiten pro Tag										

Inhalt Sitzung 4: Zielfestlegung

Substanz **Crack** Konsumeinheit **1 Stein = 10 €** 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	Son	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 **2**

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

KISS-Studie der Integrativen Drogenhilfe Frankfurt (IDH)

**(gefördert von der Stadt Frankfurt; Studienleitung:
G. Becker, V. Happel, J. Körkel & G. Lipsmeier)**

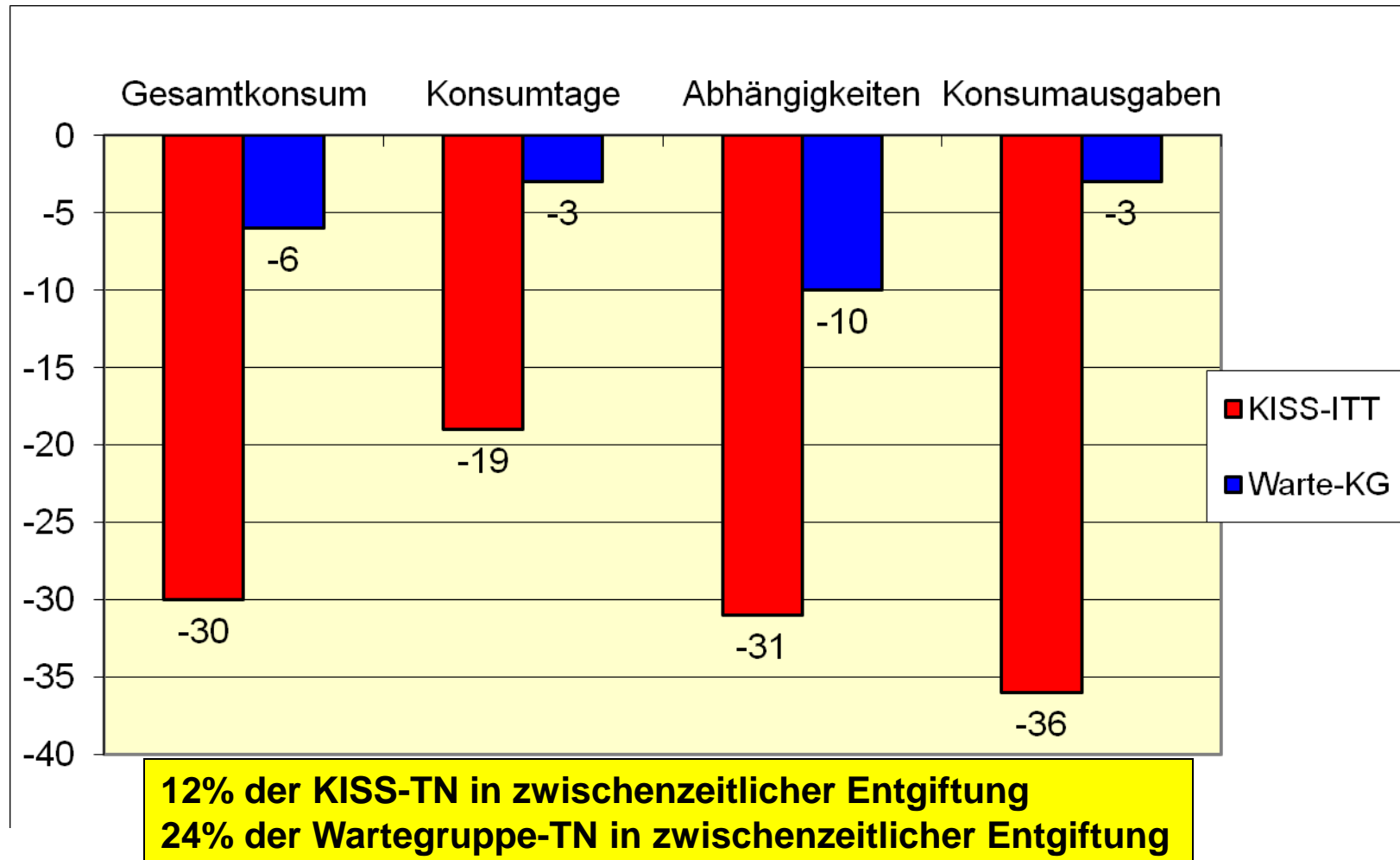
Randomized Controlled Trial (RCT):

N = 113 KlientInnen wurden zufällig einer von zehn KISS-Gruppen oder einer der 3,5-Monats-Warte-Kontrollgruppen zugewiesen.

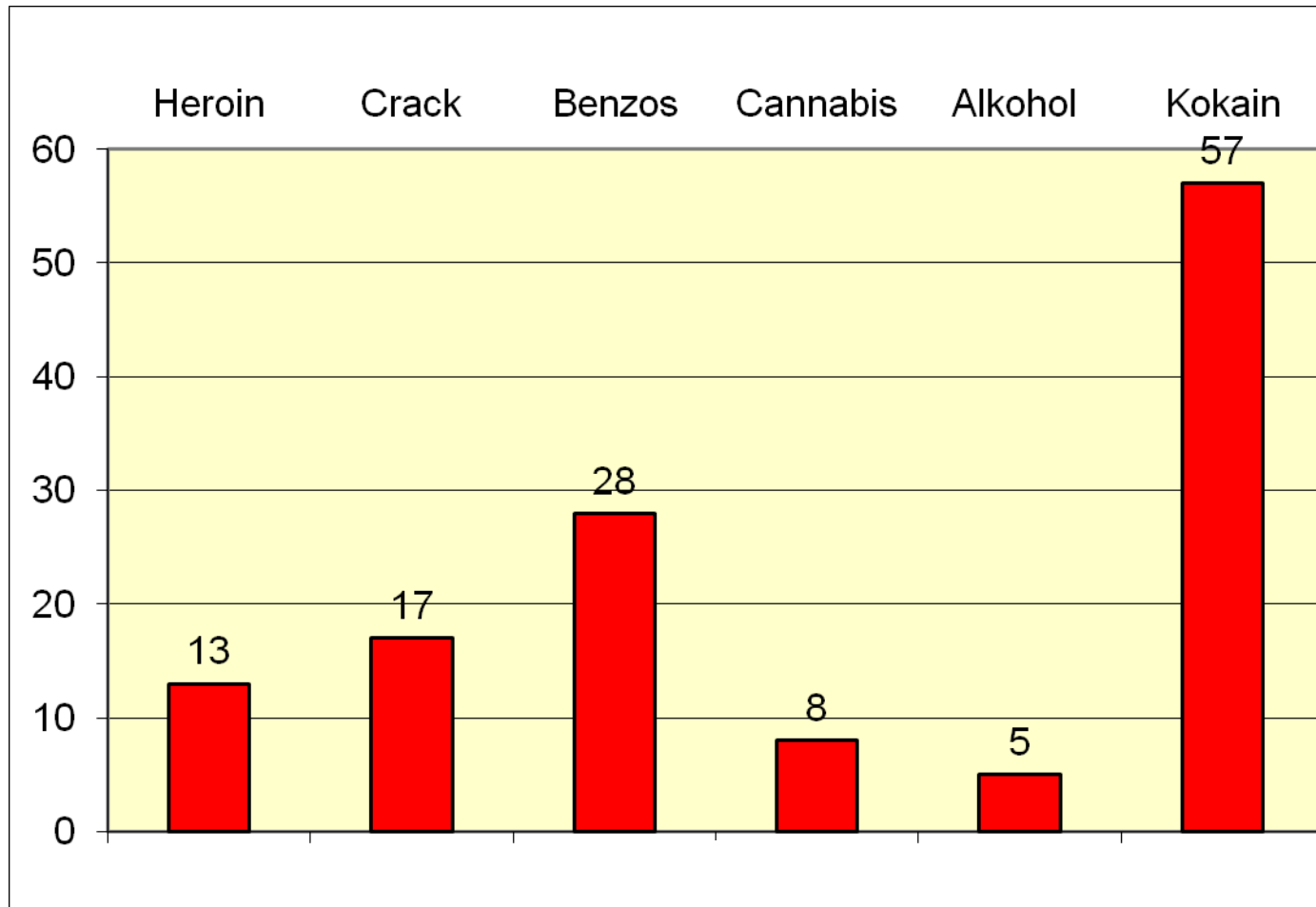
Vorher-nachher-Vergleich des Drogenkonsums sowie 6 Monats-Katamnese.

Interviews zum Konsum und zur Vorgeschichte + ärztliche Untersuchung + Urintests zur Validierung.

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



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



Abstinenzquoten bei „polydrug users“

- Schweizer Bundesamt für Gesundheit: Nur 1% dauerhaft abstinent (gemäß Kormann, 2010).
- Holzbach (2011): Nur 6% der PatientInnen nach Drogenentzug kurz- bis mittelfristig abstinent, 20% gemäßigter Konsum.

Folgerung für den CRA: „Klassische“ CRA-Methoden durch das „Reduktions-Konto“ ergänzen

Reduktions-Konto	„Klassische“ CRA-Methoden
Differenzierte Zielabklärung für jede konsumierte Substanz	Lebenszufriedenheit mittels Zufriedenheitsskala überprüfen
<p>Falls Reduktionsziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsumeinheiten definieren - Konsumtagebuch einführen - Baseline erheben - Bilanz ziehen - Konsumziele für 1 Woche festlegen - Wöchentlich Zielerreichung überprüfen und neue Ziele festlegen - Nach Zielstabilisierung 4-Wochen-Ziele 	Behandlungsziele in den versch. Lebensbereichen festlegen
	ggf. Arbeitsberatung
	ggf. Antabus
	usw.

Übersicht

1. Grundsätzliches zum CRA
2. Das „Abstinenz-Konto“:
Konzept, Grundannahmen, Einschätzung
3. Ziele von PatientInnen
4. Zieloffene Suchtarbeit
5. Das „Reduktions-Konto“
- 6. Resümee**

Resümee

(Extrakt aus Kanfers 11 Gesetzen der Therapie)

1. Du kannst nur mit PatientInnen arbeiten, die anwesend sind.
2. Säge nicht den Ast ab, auf dem die PatientInnen sitzen, bevor du ihnen geholfen hast, eine Leiter zu bauen.
3. PatientInnen haben immer recht.
4. Verlange niemals von PatientInnen, gegen ihre eigenen Interessen zu handeln.
5. Peile kleine, machbare Fortschritte von Woche zu Woche an und hüte dich vor utopischen Fernzielen.

“Wer nur jene perfekte Weltverbesserung zuläßt, die ... die [scheinbar, JK] absolut gute Welt ... herbeiführt, infernalisiert das wirklich Mögliche und das Wirkliche. ... Aber diese Negativierung des Zulänglichen, diese Schlechtmachung jenes Guten, das auch noch im vorhandenen Unvollkommenen steckt, können wir uns nicht leisten: endliche Wesen haben nicht so viele Eisen im Feuer, daß sie auf irgendeines verzichten könnten.“

(Odo Marquard, „Apologie des Zufälligen“, Reclam)

Weiterführende Literatur

1. Körkel, J. (2008a). *Damit Alkohol nicht zur Sucht wird – kontrolliert trinken*. Stuttgart: Trias Verlag.
2. Körkel, J. (2008b). Motivational Interviewing: Ethische Betrachtungen. *Suchttherapie*, 9, 181-184.
3. Körkel, J. (2009). Befähigung zum selbstkontrollierten Drogenkonsum. Das Programm „KISS“. *Konturen*, 8-13.
4. Körkel, J. (2010). Empowerment Drogenabhängiger: Grundlagen, Aufbau und Wirksamkeit des Konsumreduktionsprogramms „KISS“. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, 28-31.
5. Körkel, J., Becker, G., Happel, V. & Lipsmeier, G. (in Druck). *Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums: Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe*. Frankfurt a. M.: Integrative Drogenhilfe Frankfurt (IDH).

Schönen Dank

Danksagung an Ashoka

Der Vortrag ist im Rahmen meiner 3-jährigen, für das Drogenkonsum-Reduktionsprogramm „KISS“ gewährten Förderung durch Ashoka Deutschland entstanden.

(vgl. <http://germany.ashoka.org/joachimkoerkel>).



Anschrift

Prof. Dr. Joachim Körkel

Ev. Hochschule für angewandte Wissenschaften

Fakultät für Sozialwissenschaften

Bärenschanzstr. 4

90429 Nürnberg

joachim.koerkel@evfh-nuernberg.de