

Forschungsbrief
Ausgabe 23 / Juli - 2009

Inhalt

- **Wie viel Therapie braucht der Mensch?!**
- **Kurzzeitintervention mit Motivierender Gesprächsführung: Was fördert Veränderungsmotivation und reale Verhaltensänderungen?**
- **Szenebefragung in Deutschland: wichtige Ergebnisse**



FORSCHUNGSBRIEF

HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN e.V.

Wie viel Therapie braucht der Mensch?!

Die Zeitschrift Sucht diskutiert im aktuellen Heft (2/2009, 55. Jahrgang) Ergebnisse der Studien zu der Remission von substanzbezogenen und verhaltensbezogenen Suchtstörungen ohne formelle Hilfe bzw. zum selbstorganisierten Ausstieg aus der Sucht und weist auf Konsequenzen für die Forschung und die Praxis hin.

Verweise

Klingemann, H.
(2009): Wieviel Therapie braucht der Mensch? In: Sucht 55(2): 72-74.

Klingemann, H. & Sobell, L.C. (2006): Selbstheilung von der Sucht. Wiesbaden: VS-Verlag

Rumpf, H.J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2009): Remission ohne formelle Hilfe bei Alkoholabhängigkeit: Der Stand der Forschung. In: Sucht 55(2): 75-85.

Perkonig, A., Rumpf, H.-J. & Wittchen, H.-U. (2009): Remission from substance dependence without formal help among adolescents and young adults. In: Sucht 55(2): 86-97.

Klingemann, H. (2007): „Selbstheilung“: System- und Lebenslaufperspektiven. In: Dollinger, B. & Schmidt-Semisch, H. (Hg.): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 195-212

Cunningham, J.A., Hodgins, D. C. & Toneatto, T. (2009): Natural history of gambling problems: Results from a general population survey. In: Sucht 55(2): 98-103.

Eine Vielzahl von Studien belegt, dass es großen Gruppen von Menschen gelingt, mit Hilfe eigener Ressourcen ihre Alkohol-, Nikotin- oder Drogenabhängigkeit zu überwinden (Klingemann & Sobell 2006; Rumpf et al. 2009). In der englischsprachigen Fachwelt hat sich dafür der Begriff „natural recovery“ (NR) eingebürgert, im deutschen Sprachraum spricht man von Selbstheilern bzw. vom selbstorganisierten Ausstieg aus der Sucht oder auch von Remission ohne formelle Hilfe. NR findet man nicht nur bei Menschen mit leichten Symptomen der Substanzabhängigkeit, sondern auch bei Menschen mit schwerer Symptomatik. Je nach Studie, Untersuchungsdesign und Substanz variiert der Anteil der NR zwischen 20% und 50%. Das zeigen auch die Ergebnisse von Perkonig et al. (2009), die Kohorten von Jugendlichen über 10 Jahre beobachtet haben. Im Längsschnitt ergibt sich, dass von denen, die in der Erstuntersuchung als abhängig von Cannabis eingestuft worden waren, 30% ohne formelle Hilfen (durch das professionelle Suchthilfesystem) ihr Konsummuster verändert bzw. den Konsum aufgegeben haben. Frauen beenden ihren Cannabiskonsum ohne formelle Hilfen signifikant schneller als Männer. Erheblich länger ziehen sich die selbstorganisierten Ausstiegsprozesse bei Alkohol- und Nikotinabhängigkeit hin. Bei Alkoholabhängigkeit remittieren 20% der Untersuchten nach 7 Jahren, bei Nikotinabhängigkeit 33% nach 11 Jahren. Bei den legalen Drogen Alkohol und Nikotin findet man wenige und statistisch nicht bedeutsame Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Diese Ausstiegsprozesse sind, wie Klingemann (2007) gezeigt hat, sehr stabil.

Klingemann (2007) weist darauf hin, dass dem Ausstiegsprozess in der Regel ein kognitiver Bewertungsprozess vorausgeht. Abhängige wägen für sich persönlich die Vor- und Nachteile ihres Verhaltens ab und entscheiden dann, was zu tun ist. Diese Prozesse werden unterstützt durch Druck von Familienmitgliedern, durch gesundheitliche oder finanzielle Probleme, die in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum stehen. Die konkrete Umsetzung wird erleichtert, wenn ein soziales Netzwerk vorhanden ist und wenn die Familienmitglieder den Prozess mit ihren Mitteln unterstützen. Stabile Beziehungen und dichte soziale Netzwerke sowie die Einbindung in die Arbeitswelt begünstigen also den selbstorganisierten Ausstieg aus der Substanzabhängigkeit. Entgegen früheren Annahmen beobachtet man NR sowohl bei Fällen mit leichter wie mit schwerer Symptomatik – vorausgesetzt es sind hinreichend viele soziale Ressourcen verfügbar. Allerdings nehmen mit der Schwere und vor allem der Dauer der Substanzabhängigkeit die sozialen Ressourcen in der Regel ab. So gesehen gibt es durchaus Wechselwirkungen zwischen Schwere und Dauer der Substanzabhängigkeit und den Chancen einer Remission ohne formelle Hilfen.

Cunningham et al. (2009) haben untersucht, ob es bei verhaltensbezogenen Suchtstörungen wie Spielsucht ebenfalls NR gibt. Sie stellten fest, dass es eine große Zahl solcher Fälle gibt und dass die Faktoren, die den selbstorganisierten Ausstieg aus der Sucht begünstigen, nahezu dieselben sind wie bei den substanzbezogenen Störungen. Ob man diese Befunde für alle verhaltensbezogenen

Suchtstörungen verallgemeinern kann, lässt sich zurzeit allerdings nicht abschätzen.

Die Befunde zum selbstorganisierten Ausstieg aus substanz- oder verhaltensbezogenen Suchtstörungen stoßen sowohl bei Laien wie bei der Fachwelt auf erheblichen Unglauben. Das hängt eng mit dem Menschenbild zusammen, das eben *nicht* davon ausgeht, dass Süchtige in der Lage sind „Lösungsstrategien zu entwickeln und informierte Entscheidungen zu treffen“ (Klingemann 2009). Die empirischen Daten widersprechen den Vorurteilen; sehr viele Betroffene finden ihren Weg aus der Sucht ohne oder mit minimaler formeller Hilfe wie z.B. einer Kurzintervention mit Motivational Interviewing (MI), mit der eine Verhaltensänderung angestoßen wird, die zu einem selbstorganisierten Ausstieg aus der Sucht führt.

Kurzzeitintervention mit Motivierender Gesprächsführung: Was fördert Veränderungsmotivation und reale Verhaltensänderungen?

Untersucht man die Interaktionsmuster bei Kurzzeitinterventionen mit Motivierender Gesprächsführung (brief motivational interviewing, BMI) genauer, findet man wichtige Hinweise darauf, wie hilfreich oder behindernd sich Interventionen von Therapeuten im Gespräch mit ihrer Klientel auf deren Veränderungsmotivation und reale Verhaltensänderungen auswirken können.

Verweise

Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M. & Daeppen, J.-B. (2009): Counsellor skill influences outcomes of brief motivational interventions. In: Journal of Substance Abuse Treatment, in press

Gaume, J., Gmel, G., & Daeppen, J.-B. (2008): Brief alcohol interventions: do counsellors' and patients' communication characteristics predict change? In: Alcohol and Alcoholism, 43: 62-69.

Najavits, L. M. & Weiss, R. D. (1994): Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders. An empirical review. In: Addiction, 89: 679-688.

Gaume und Mitarbeiter (2009) haben mit detaillierten Studien (Gaume et al. 2008) herausgearbeitet, wie sich in BMI-Sitzungen verbale Interventionen von Therapeuten auf Klienten auswirken und welche Wirkungen das auf die Veränderungsbereitschaft der Klientel und auf verändertes Verhalten hat. Als Klienten wurden Personen ausgewählt, die sich in der Notaufnahmestation der Universitätsklinik von Lausanne befanden und aufgrund der Ergebnisse eines Fragebogens zum Alkoholkonsum als riskante Alkoholkonsumenten identifiziert wurden. Die Untersuchungsgruppe, insgesamt 95 Personen, nahmen an einer einzigen BMI-Sitzung von ca. 15 Minuten mit festgelegtem Ablauf teil. Die Kontrollgruppe erhielt keine besondere Intervention. Alle Personen, die im Folgenden berücksichtigt werden, konnten nach zwölf Monaten erreicht und erneut nach ihrem Alkoholkonsum befragt werden.

Neben den Eingangs- und Katamnesebefragungen zum Alkoholkonsum besteht das Untersuchungsmaterial aus den Aufzeichnungen von insgesamt 95 BMI-Sitzungen mit fünf verschiedenen Therapeuten. Alle Therapeuten waren im selben Umfang in MI (motivational interviewing) geschult; sie waren alle im selben Maß mit dem Ablauf des BMI in der Klinik vertraut. Alle Gespräche wurden von zwei weiteren Experten nach dem Motivational Interviewing Skills Code (MISC, Version 2.0) kodiert. Auf die Details der Kodierung sowie der Herausarbeitung von Interventionsabfolgen (Intervention durch den Therapeuten – Reaktion des Klienten usw.) wird hier nicht eingegangen (Gaume et al. 2008). Auch das statistische Modell, anhand dessen die Interventionen und Interaktionen geprüft werden, wird hier nicht dargestellt. Vielmehr interessieren uns hier die Ergebnisse mit praktischer Bedeutung für die Behandler.

Zum Verständnis der Ergebnisse ist es wichtig zu wissen, dass sich die Klienten, mit denen die fünf verschiedenen Therapeuten ihre Gespräche geführt haben, hinsichtlich der soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit usw.) sowie ihres Trinkverhaltens nicht voneinander unterscheiden. Die Klienten waren alle im Durchschnitt um die 40 Jahre, überwiegend männlich, etwa die Hälfte hatte einen Arbeitsplatz und alle hatten riskante Alkoholkonsumgewohnheiten. Unterschiede zwischen den Klienten ergaben sich allerdings hinsichtlich der Veränderungsfähigkeit (ability to change), einem Messwert, der sich aus den Einlassungen der Klienten im Gespräch ergeben hat (und

von den Kodierern bestimmt wurde): dieser Wert variiert zwischen den Klienten pro Therapeut. Er liegt in einer Gruppe deutlich höher und in einer anderen Gruppe deutlich niedriger als in allen anderen Gruppen. Je höher dieser Wert ist, umso wahrscheinlicher sind Verhaltensänderungen, die allerdings nicht ganz unabhängig vom Therapeutenverhalten sind. Große Unterschiede ergaben sich jedoch hinsichtlich aller Therapeutenvariablen, die für MI wichtig sind, also hinsichtlich Akzeptanz und Empathie, dem Menschenbild von MI (spirit of MI), allen Interventionsformen, die hier der Einfachheit halber als MI-konsistent und MI-inkonsistent zusammengefasst werden. Einige Therapeuten wiesen sehr gute Werte auf, andere mittlere und ein Therapeut eher schlechte Werte. Besonders bedeutsam sind MI-inkonsistente Interventionen, insbesondere Konfrontationen. Therapeuten, die hohe Werte bei MI-inkonsistenten Interventionen aufwiesen, hatten Klienten, deren Trinkverhalten sich nach einem Jahr wenig verändert hat. Bei einem Therapeuten hat sich das Trinkverhalten der Klienten im Lauf des Jahres sogar drastisch verschlechtert. Die Wirksamkeit einer BMI-Intervention hängt also zu einem erheblichen Ausmaß von den Fähigkeiten des Therapeuten ab, insbesondere von seinen Haltungen (Akzeptanz, Empathie, Menschenbild) und von der Art seiner Interventionen (nicht-konfrontative Fragestellungen, Reflexionen, Interpretationen usw.).

Die Autoren warnen davor, die Ergebnisse zu verallgemeinern, da bislang nur eine vergleichsweise kleine Zahl von Interaktionen zwischen Therapeuten und Klienten untersucht worden sind. Dennoch zeichnet sich eine Richtung ab, die von anderen Untersuchungsergebnissen gestützt wird (stellvertretend für viele Studien: Najavets & Weiss 1994): Konfrontationen erzeugen Widerstand und behindern daher die Veränderungsmotivation und die realen Verhaltensänderungen!

Szenebefragung in Deutschland: wichtige Ergebnisse

Im Auftrag der Deutschen Aids-Hilfe e.V. haben Thane, Wickert & Vertheim (2009) die Ergebnisse einer Befragung von Nutzern von niedrigschwelligen Einrichtungen und von Konsumräumen vorgestellt. Diese sind für die Weiterentwicklung der (niedrigschwelligen) Drogenhilfe von erheblicher Bedeutung.

Verweise

Thane, K., Wickert, C. & Vertheim, U. (2009): Abschlussbericht: Szenebefragung in Deutschland 2008. Hamburg: ISD, vgl. www.isd-hamburg.de

Simmedinger, R. & Vogt, I. (2008): Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2007. Endbericht. Frankfurt am Main: ISFF

Simmedinger, R. & Vogt, I. (2009): Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2008. Endbericht. Frankfurt am Main: ISFF (im Druck)

Thane et al. (2009) haben im Jahr 2008 an die Betreiber von Konsumräumen in 13 deutschen Städten insgesamt 1430 Fragebogen verschickt mit der Bitte, diese zusammen mit regelmäßigen Besuchern der Einrichtungen (face-to-face Interview) auszufüllen. Die Interviews vor Ort wurden im Wesentlichen von Mitarbeitern der Einrichtungen durchgeführt. Insgesamt wurden 791 Fragebogen (55%) ausgefüllt; die meisten davon in Hamburg (209) und Berlin (98).

Das Sample beschreiben Thane et al. (2009) folgendermaßen: 75% Männer, 25% Frauen, Durchschnittsalter 36,3 Jahre (Spannbreite: 17 bis 64 Jahre), 25% mit Migrationshintergrund (10% sind selbst eingewandert, 15% sind Migranten der zweiten Generation), 45% haben Kinder (Männer: 40%, Frauen: 58%), von denen 13% im Haushalt eines Elternteils bzw. der Eltern leben. 49% haben eine abgeschlossene Berufsausbildung, aber nur 11% haben eine reguläre Arbeit oder Beschäftigung. 64% haben einen eigenen Wohnraum. 45% befinden sich aktuell in Substitutionsbehandlung (Methadon: 75%, Subutex: 15%, Substitute auf Privatrezept: 10%). Die Angaben zu HIV-Infektionen liegen bei 4,8%, die für HCV bei 53%. Ähnliche Ergebnisse ergeben sich auch auf regionaler Ebene, z.B. in der Konsumraumdokumentation der Stadt Frankfurt/Main (Simmedinger & Vogt 2008, 2009).

Ermittelt man die vorherrschenden Konsummuster, so zeigt sich, dass Opioiden – also die überwiegend ärztlich verordneten Substitutionsmittel (Methadon/ Polamidon/ Subutex usw.) sowie (illegales) Heroin noch immer die gebräuchlichsten

Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Götz, J., Kraus, M.R., Tretter, F., Schäfer, M., Siegbert, J., Scherbaum, N., Rehm, J. & Bühringer, G. (2008): Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centres and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(3): 245-257.

Drogen bei dieser Klientel sind. An zweiter und dritter Stelle folgen Alkoholkonsum und Cannabiskonsum. An vierter und fünfter Stelle stehen Kokain(pulver) und Crack, das allerdings nur in Hamburg und Frankfurt/Main eine größere Verbreitung hat. An sechster Stelle stehen die nicht ärztlich verordneten Benzodiazepine. Alle anderen Drogen werden nur von wenigen genannt und spielen keine besondere Rolle. Heroin und Kokain werden vorwiegend intravenös konsumiert, Crack wird häufiger geraucht als injiziert.

Für die Drogenhilfe sind vor allem die Ergebnisse zum hohen Anteil der Substituierten unter den Besuchern der niedrigschwelligen Einrichtungen und der Konsumräume bedeutsam. Der Besuch der Konsumräume ist dieser Gruppe von Abhängigen in der Regel nicht gestattet, jedoch wird er meist toleriert. Die Autoren weisen selbst darauf hin, dass dies ein Problem darstellt. Sie erklären die hohe Präsenz der Substituierten auf der Szene – also im Umfeld der niedrigschwelligen Einrichtungen – damit, dass diese Gruppe kaum andere soziale Kontakte hat und daher immer wieder in das Szenemilieu zurückkehrt und dass sie einen besonders hohen Hilfebedarf hat, der mit den Angeboten der niedrigschwelligen Drogenhilfe besonders gut abgedeckt wird. Mit diesem Ergebnis muss sich die Drogenhilfe kritisch auseinandersetzen.

Weiterhin stellen die Autoren fest, dass die Bereitschaft zu riskantem Verhalten in ihrem Sample hoch ist. Fast jeder zweite Befragte verwendet eine Spritze mehrfach, 24% teilen ihre Spritze oder die Droge aus einer Spritze mit anderen und 60% teilen sich die Crackpfeife mit anderen. Es verwundert nicht, dass die Bereitschaft zum Spritzentausch und zur gemeinsamen Verwendung einer Spritze usw. im Gefängnis besonders ausgeprägt ist. Auch andere Studien zeigen, dass der Umgang mit safer-use Regeln von i.v. Drogenabhängigen relativ lax ist (Wittchen et al. 2008). Es ist erstaunlich, dass bei der vergleichsweise hohen Bereitschaft zu riskantem Verhalten die Selbstangaben zu HIV- und HCV-Infektionen vergleichsweise niedrig sind. Auch mit diesen Ergebnissen muss sich die Drogenhilfe kritisch auseinandersetzen. Offenbar erreichen die Botschaften zum gesundheitsförderlichen Umgang mit (illegalen) Drogen die aktuellen Besucher von niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen und von Konsumräumen nicht besonders gut. Neue Ansätze der Risikoprävention müssen daher entwickelt und ausprobiert werden, um die Epidemie mit chronischen Infektionskrankheiten in dieser Population einzugrenzen.

Impressum

Herausgeberin:

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 3152, Fax: (0 69) 1533 3153, E-Mail: isff@fb4.fh-frankfurt.de