

Zieloffene Suchtarbeit –
Am Beispiel Kontrolliertes Trinken
Eine Angebotserweiterung für die Suchthilfe

Christoph Straub

Überblick

1. Ausgangssituation
2. Was meint „zieloffene Arbeit“?
3. Kontrolliertes Trinken: Was ist das?
4. Auf welchen Wegen und was lernt man da?
5. Schlussfolgerungen

Ausgangssituation

- Konsumenten, Missbraucher, Abhängige
 - 8,4 Mio. riskanter Konsum
 - 1,8 Mio. missbräuchlicher Konsum
 - 1,7 Mio. abhängiger Konsum
- davon gelangen ca. 8-10% (163.000) in Behandlung

Überblick

1. Ausgangssituation
2. **Was meint „zieloffene Arbeit“?**
3. Kontrolliertes Trinken: Was ist das?
4. Auf welchen Wegen und was lernt man da?
5. Schlussfolgerungen

KlientInnen verfolgen selbstbestimmt eigene Ziele –
z.B. abstinent leben oder sozial unauffällig konsumieren.
Das tun sie sowieso!
Arbeit wird es durch:

1. Herbeiführen eines Selbstklärungsprozesses:

- Eigene Haltung in Bezug auf verschiedene Konsumziele? (z.B. Offenheit für verschiedene Ziele?)
- Wissen über unterschiedliche Ziele vorhanden?
- Bereitschaft vorhanden, offensiv und sanktionsfrei mit dem Klienten über verschiedene Konsumziele ins Gespräch zu kommen?

2. Führen eines zieloffenen Dialogs gemäß Motivational Interviewing (MI):



It's dancing not wrestling

MI = Mission impossible?



MI: Mission impossible?

Menschen motivieren ist oft eine „mission impossible“, weil ...

- Motivation schwer erkennbar / diagnostizierbar ist
(Wie sind Sie gerade motiviert?)
- die Absicht, jemanden motivieren zu wollen, oft demotivierend wirkt
(Ich unterstelle einer Person, dass sie nicht so will, wie ich will, dass sie wollen soll ...)

Was ist Motivational Interviewing?

- Bill Miller & Steve Rollnick, 1991 / 2002 / 2012
- Aus Praxis mit SuchtpatientInnen entstanden
- Jetzt weltweit führender Gesprächsführungsansatz bei „heiklen“ Themen und in „schwierigen“ Gesprächen
- Internationales Netzwerk zur ständigen Weiterentwicklung

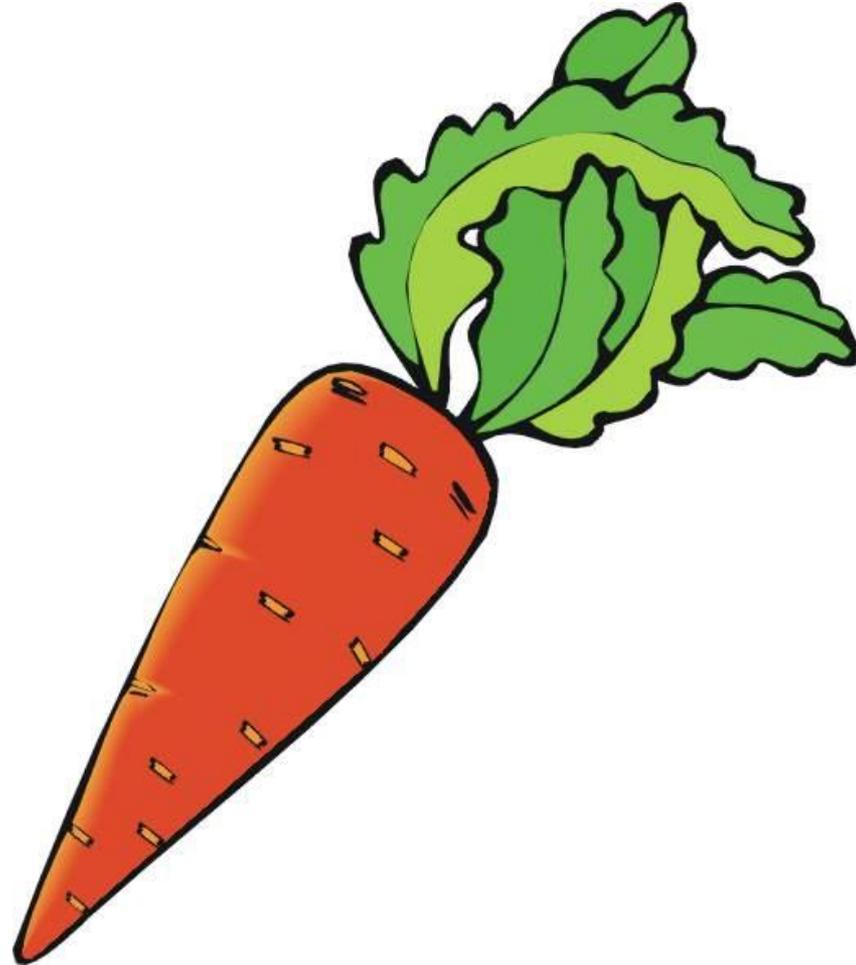
3. Was ist Motivational Interviewing?

Klassische Definition

*„Motivational Interviewing ist eine klientenzentrierte und zielgerichtete Methode der Gesprächsführung, die die **intrinsische** Motivation fördern will, durch Erkundung und Auflösen von **Änderungsambivalenzen** des Klienten.“*

(Miller/Rollnick, 2002)

Die „innere Mohrrübe“



Grundhaltung



Geist von MI

*MI impliziert einen bestimmten „Geist“
(innere Haltung, Menschenbild)*

*„MI is a way of being with people“
(Miller & Rollnick, 2002).*

*„It's an **Inter-View** a looking together at something“
(Miller & Rollnick, 2002).*



Die Grundhaltung von MI

1. **Kommunikation auf Augenhöhe** statt von oben herab
2. **Herauslockend** statt vorschreibend-konfrontierend
3. **Respekt vor der Autonomie** statt bevormundend
4. **Anteil nehmend** statt „abgebrüht“

HÖR AUF DICH ZU ÜBERFRESSEN, HÖR AUF ZU TRINKEN, HÖR AUF SPÄT AUSZUGEHEN, HÖR AUF ZU STREITEN, HÖR AUF ZU PRÜGELN, HÖR AUF SÜSSES ZU KNABBERN, HÖR AUF ZU SPIELEN...





3. Vorhalten evidenzbasierter, d.h. wissenschaftlich abgesicherter therapeutischer Maßnahmen/Programme für unterschiedliche Ziele (v.a. Abstinenz und kontrollierter Konsum).

Die entsprechenden Maßnahmen/ Programme können je nach Arbeitskontext

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

Mein Ziel im Umgang mit Alkohol:

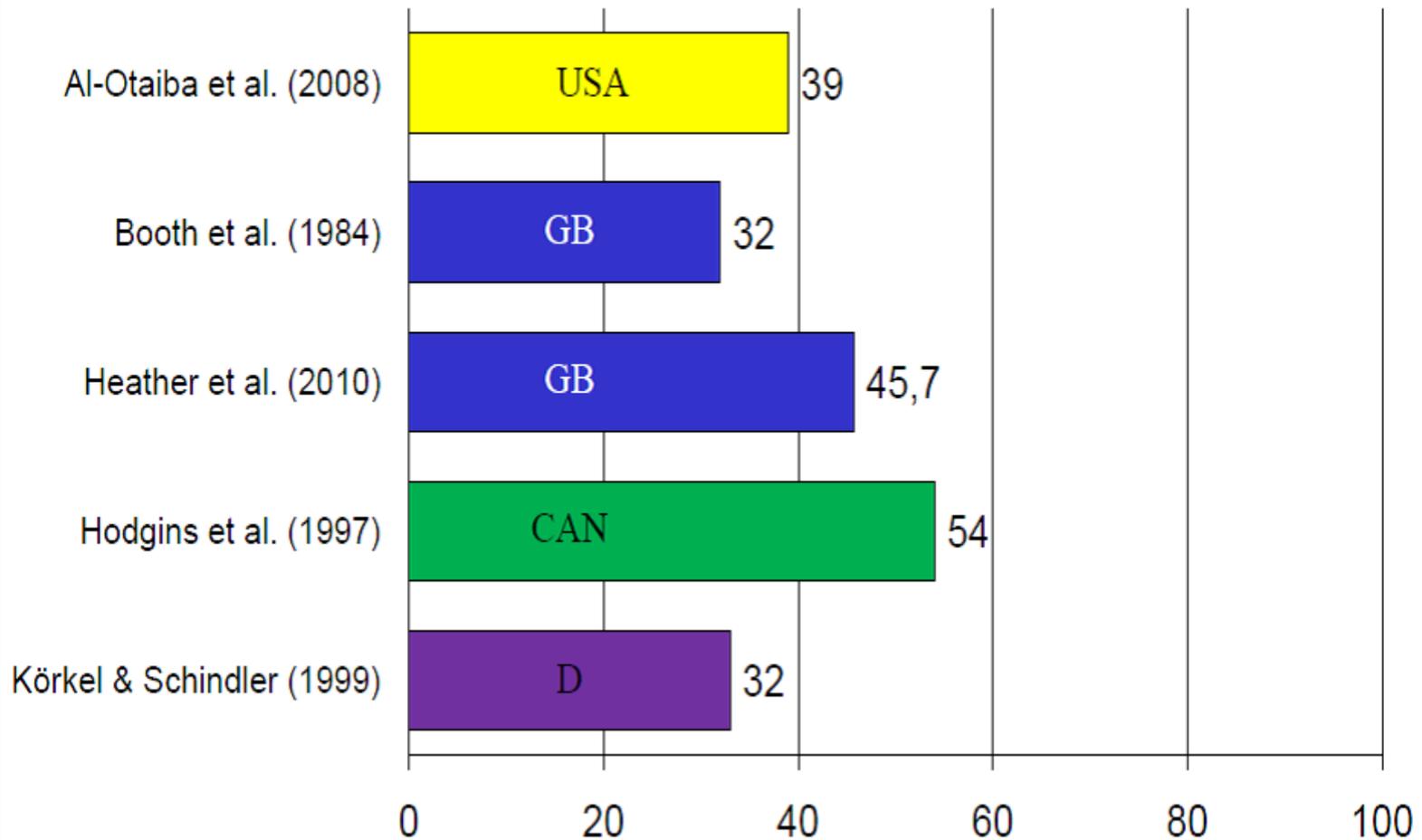
- trinken wie bisher
- kontrolliert trinken
- die meiste Zeit abstinent bleiben und nur ab und zu Alkohol trinken
- erst einmal abstinent bleiben und dann weitersehen
- totale Abstinenz — nie mehr Alkohol trinken

weitere Infos in der Sozialberatung

1. Viele Menschen sind änderungs- aber nicht abstinenzbereit

- Denn: Für viele Menschen ist das alles dominierende Ziel der lebenslangen Suchtmittelabstinenz unrealistisch und bleibt, wenn aufgenötigt, ein Lippenbekenntnis
- Menschen zur Abstinenz „zwangszuverpflichten“, die dazu nicht willens sind, fördert Änderungswiderstand – statt vorhandene Änderungsbereitschaft in Fluss zu bringen
- Nur ca. 10% der Alkoholabhängigen werden von der deutschen Suchthilfe erreicht (Wienberg 2001)

Prozentsatz der Patienten, die in abstinenzorientierter Alkoholismustherapie *nicht* das Abstinenzziel verfolgen





2. Einhaltung des bioethischen Prinzips der Autonomiewahrung

1. Viele Menschen sind änderungs- aber nicht abstinenzbereit
2. Einhaltung des bioethischen Prinzips der Autonomiewahrung
3. **Einhaltung des ethischen Grundsatzes**
„Sollen setzt Können voraus“

1. Viele Menschen sind änderungs- aber nicht abstinenzbereit
2. Einhaltung des bioethischen Prinzips der Autonomiewahrung
3. Einhaltung des ethischen Grundsatzes „Sollen setzt Können voraus“
4. **Zieloffenheit fördert den therapeutischen Prozess**

5. KT als Einstieg zum Ausstieg

Kontrolliertes Trinken kann ein notwendiger Zwischenschritt auf dem Weg zur Abstinenz sein

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

Überblick

1. Ausgangssituation
2. Was meint „zieloffene Arbeit“?
3. **Kontrolliertes Trinken: Was ist das?**
4. Auf welchen Wegen und was lernt man da?
5. Schlussfolgerungen

Definition „Kontrollierter Konsum“

Kontrollierter Konsum liegt vor, wenn eine Person ihr Konsumverhalten an einem **zuvor** festgelegten Konsumplan bzw. an Konsumregeln ausrichtet.

Definition „kK“ (Fortsetzung)

Praktisch gesehen, bedeutet kontrollierter Konsum vor allem eine (wöchentliche) Festlegung der Konsummenge:

- maximale Konsummenge pro Tag
- Anzahl abstinenter Tage
- maximaler Gesamtkonsum pro Woche

Und ggf. den Kontext festzulegen, wie etwa:

- *Wann will ich konsumieren - wann nicht?*
- *Wo will ich konsumieren - wo nicht?*
- *Mit wem will ich konsumieren - mit wem nicht?*

Abgrenzung

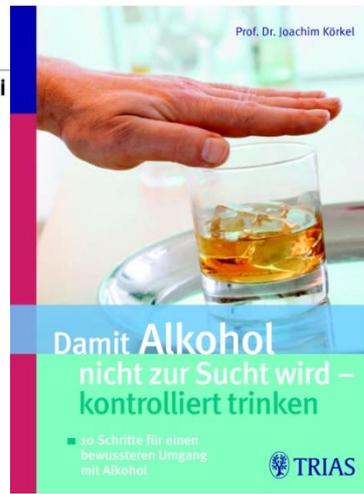
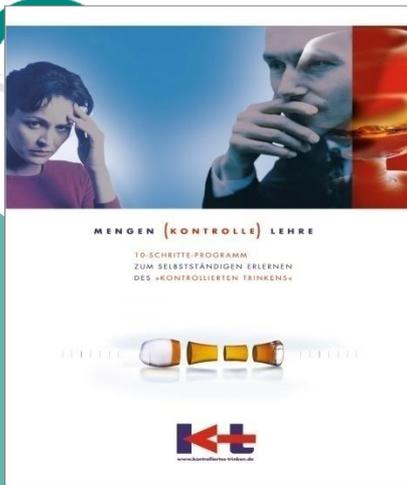
Kontrolliertes Trinken = diszipliniertes Trinken

Kontrolliertes Trinken \neq „moderates Trinken“

Kontrolliertes Trinken \neq „normales Trinken“

Überblick

1. Ausgangssituation
2. Was meint „zieloffene Arbeit“?
3. Kontrolliertes Trinken: Was ist das?
4. **Auf welchen Wegen und was lernt man da?**
5. Schlussfolgerungen



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)



KISS-Trainer-Manual

**Kontrolle
im
selbstbestimmten
Substanzkonsum (KISS)**

Handbuch zur Einzel-
und Gruppenarbeit



KISS-Handbuch

**Kontrolle
im
selbstbestimmten
Substanzkonsum (KISS)**

Handbuch zur Einzel-
und Gruppenarbeit



KISS =

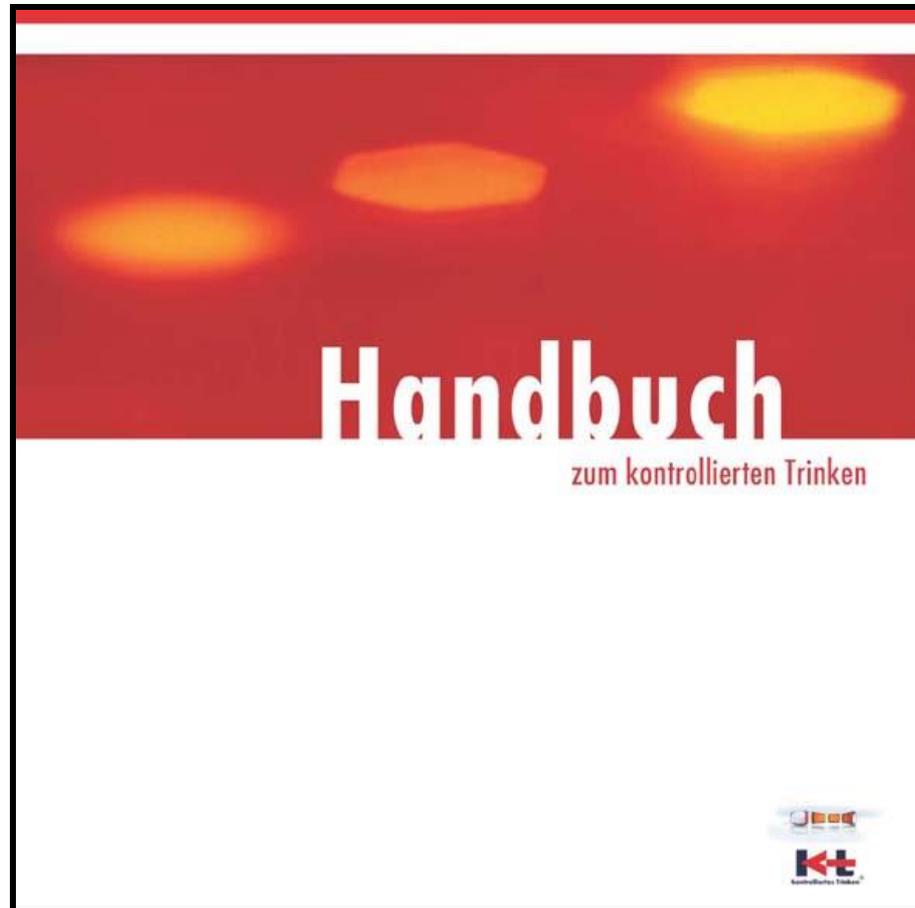
**„Kompetenz im
selbstbestimmten
Substanzkonsum“**

**(Körkel & GK Quest
Akademie, 2007³)**

Trainermanual

CD-ROM mit
Arbeits- und
Info-Blättern

WALK-Handbuch



Übergeordnete Ziele der kK- Programme

- Verbesserung der Lebensqualität
- Erreichen der Zielgruppe (Menschen mit problematischem Konsumverhalten)
- Signifikante Reduktion des Konsums (ggf. Abstinenz)
- Ggf. Hinführung zu weitergehenden abstinenzorientierte Suchthilfeangeboten

Charakteristika aller kK-Programme

- Die *kK-Programme* wenden sich an alle Menschen, die eine Veränderung ihres Alkoholkonsums anstreben
- zieloffen: kK oder Abstinenz möglich
- umfangreiche Diagnostik vor Beginn
- „Lösungsorientierung“:
Die Fortschritte der TN stehen im Fokus
- verhaltenstherapeutisch-strukturiertes Vorgehen
- Manuale für TeilnehmerInnen und BeraterInnen
- Didaktik gemäß Methoden moderner Erwachsenenbildung

1. Aneignung von Substanzinformationen

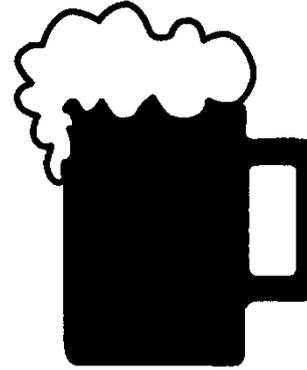
Eine Standard-Getränkeeinheit (20g Alkohol) entspricht:

0,5l Bier
(5%)



Eine Standard-Getränkeeinheit (20g Alkohol) entspricht:

0,5l Bier
(5%)



oder

0,2l Wein / Sekt
(12,5%)



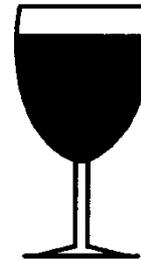
Eine Standard-Getränkeinheit (20g Alkohol) entspricht:

0,5l Bier
(5%)



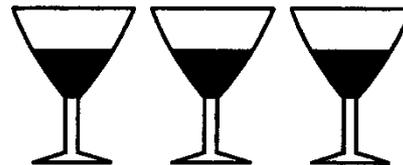
oder

0,2l Wein / Sekt
(12,5%)



oder

0,06l Schnaps
(3 x 0,02l)
(40%)





Although they restricted themselves to one drink at lunch time, Howard and Tom still found they were not at their most productive in the afternoons

1. Aneignung von Substanzinformationen
2. Registrierung des Konsums (Trinktagebuch)

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:



1. Aneignung von Substanzinformationen
2. Registrierung des Konsums (Trinktagebuch)
3. Wöchentliche Festlegung von Konsumzielen



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*

18

bislang: 35

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

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	3 Bier (0,5l, 5 %)	2	3	Stammkneipe, Kumpels	Geselligkeit + relaxen	✓
Di				3			
Mi		<i>kT-Gruppe/ Arzttermin</i>		0			
Do				3			
Fr				3			
Sa				3			
So				3			
Summe:				18 ✗	Tage ohne Alkohol:		Plan
							Ist



1. Aneignung von Substanzinformationen
2. Registrierung des Konsums (Trinktagebuch)
3. Wöchentliche Festlegung von Konsumzielen
4. Einsatz von Strategien zur Konsumbegrenzung

1. **Trinkzeit**

(z.B. nicht vor 18 Uhr)

2. **Getränkereihenfolge**

(z.B. vor und nach jedem alkoholischen Getränk ein nicht-alkoholisches)

3. **Trinken bei geselligen Anlässen**

(z.B. auf gesellige Anlässe nur mit klarem Vorsatz gehen)

1. Aneignung von Substanzinformationen
2. Registrierung des Konsums (Trinktagebuch)
3. Wöchentliche Festlegung von Konsumzielen
4. Einsatz von Strategien zur Konsumbegrenzung
5. Bewältigung von Risikosituationen

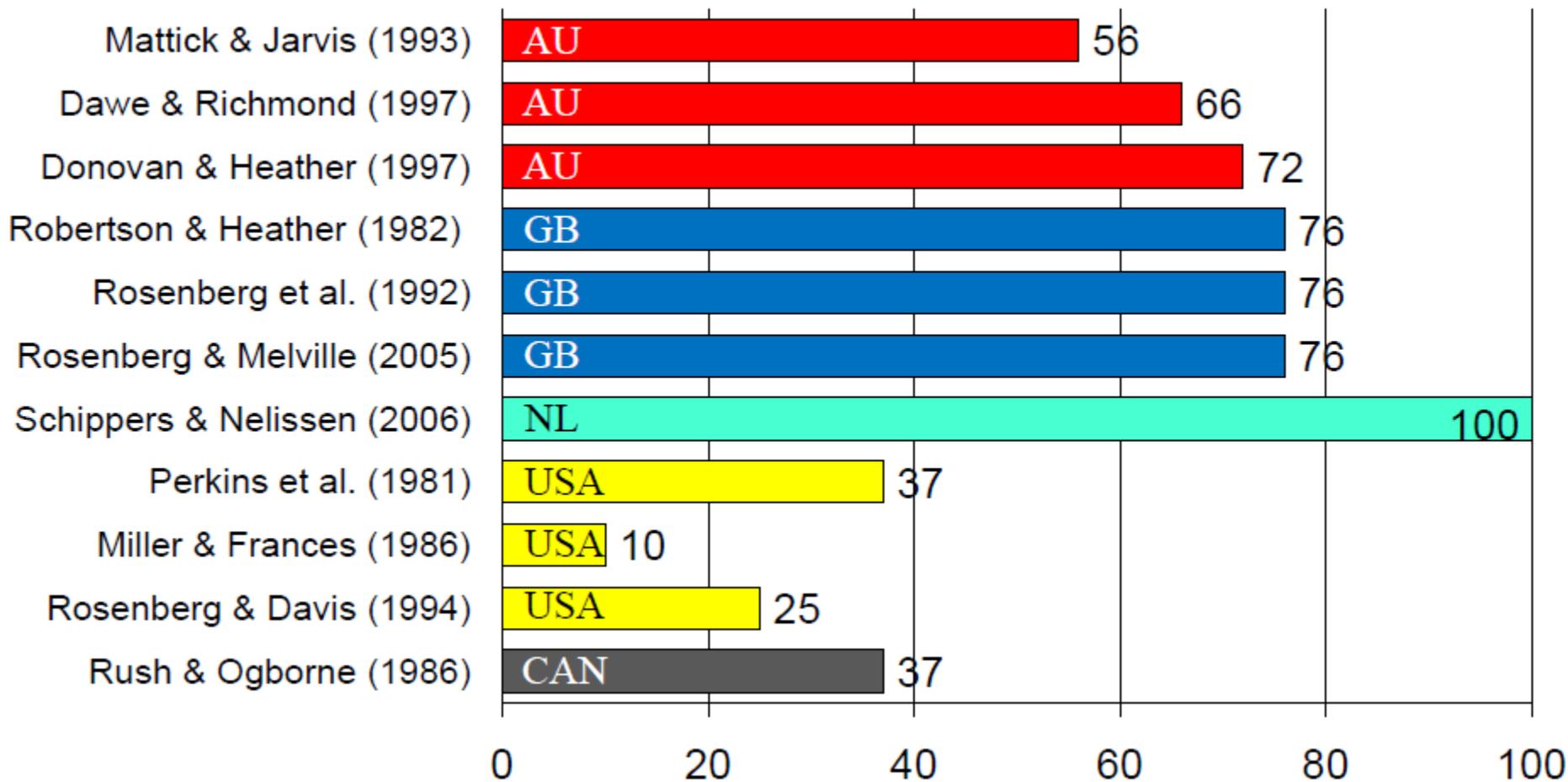
1. Aneignung von Substanzinformationen
2. Registrierung des Konsums (Trinktagebuch)
3. Wöchentliche Festlegung von Konsumzielen
4. Einsatz von Strategien zur Konsumbegrenzung
5. Bewältigung von Risikosituationen
6. Alkoholfreie Freizeitgestaltung

1. Aneignung von Substanzinformationen
2. Registrierung des Konsums (Trinktagebuch)
3. Wöchentliche Festlegung von Konsumzielen
4. Einsatz von Strategien zur Konsumbegrenzung
5. Bewältigung von Risikosituationen
6. Alkoholfreie Freizeitgestaltung
7. Bewältigung von Belastungen

1. Aneignung von Substanzinformationen
2. Registrierung des Konsums (Trinktagebuch)
3. Wöchentliche Festlegung von Konsumzielen
4. Einsatz von Strategien zur Konsumbegrenzung
5. Bewältigung von Risikosituationen
6. Alkoholfreie Freizeitgestaltung
7. Bewältigung von Belastungen
8. Umgang mit Ausrutschern und Rückfällen
9. Nein-Sagen lernen
10. Erfolge sichern

Kontrolliertes/ reduziertes Trinken ist eine Erfolg versprechende Zieloption

Behandlungen mit dem Ziel des kontroll. (Alkohol-/Drogen-) Konsums sind in diversen anderen Ländern eine Selbstverständlichkeit



Überblick

1. Ausgangssituation
2. Was meint „zieloffene Arbeit“?
3. Kontrolliertes Trinken: Was ist das?
4. Auf welchen Wegen und was lernt man da?
5. Schlussfolgerungen

1. Durch zieloffene Angebote lassen sich mehr Menschen für eine Konsumänderung gewinnen als durch ausschließlich abstinenzorientierte.
2. Programme zum kontrollierten Trinken weisen gute Erfolge auf (= wesentliche Reduktion oder Abstinenz).
3. Für manche KonsumentInnen ist kontrollierter Konsum ein hilfreicher Zwischenschritt auf dem Weg zur Abstinenz.
4. In der medizinischen Versorgung und im Suchthilfesystem sollten Programme zum kontrollierten Trinken einen festen Platz einnehmen - für KonsumentInnen legaler wie illegaler Drogen gleichermaßen.
5. Sinnvoll ist ein „stepped care“-Ansatz: Von „wenig“ (z.B. Trinktagebuch + 1 Seite „Tipps“) zu „mehr“ (z.B. therapeutisch geleitetes Programm).

GK Quest Akademie
Maaßstr. 28
69123 Heidelberg

Tel. 06221-7392030
info@gk-quest.de
straub@gk-quest.de

www.gk-quest.de
www.kiss-heidelberg.de
www.kontrolliertes-trinken.de
www.motivational-interview.de

„Die Vortrags-Folien sind urheberrechtlich geschützt.
Wir stellen sie Ihnen gerne zur Verfügung, um ein
ständiges Mitschreiben im Seminar zu erübrigen.

Sie können diese Vortrags-Folien für eigene
Präsentationen mit Verweis auf unser Copyright nutzen“.

Vielen Dank

Apodaca, T.R. & Miller, W.R. (2003). Journal of Clinical Psychology, 59, 289-304.

Heather, N. & Robertson, I. (1983). Controlled drinking. London: Methuen.

Klingemann, H., Sobell, L., Sobell, M. u.a. (2004). (Expertise zum kT für das Bundesamt für Gesundheit, Bern)

Körkel, J. (2002). Journal of Drug Issues, 32, 667-688.

Körkel, J. (2002). Suchttherapie, 3, 87-96

Marlatt, G.A. & Witkiewitz, K. (2002). Addictive Behaviors, 27, 867-886.

Miller, W.R. (1983). Journal of Studies in Alcohol, 44, 68-83.

Miller, W.R. & Wilbourne, P.L. (2002). Addiction, 97, 265- 277.

Rosenberg, H. (1993). Psychological Bulletin, 113, 129-139.

Saladin, M.E. & Santa Ana, E.J. (2004). Current Opinion in Psychiatry, 17, 175-187.

Walters, G.D. (2000). Behavior Therapy, 31, 135-149.

Forschung zum kontrollierten Trinken (1)

→ Erfolgsquote 65% (Variation 25-90%)

(Spannbreite: 25% - 90%; Nacherhebungszeitraum \geq 1Jahr; Miller, 1983)

→ Durchschnittliche Trinkmengenreduktion:
30-60% (z.B. Alden, 1988; Heather et al, 1987; Körkel et al. 2001)

→ 10-30% abstinent

Heather & Robertson, 1983

Miller, 1983; Rosenberg, 1993; Walters, 2000

Forschung zum kontrollierten Trinken (2)

“Die Ergebnisse dieser Metaanalyse besagen, dass Selbstkontrolltrainings abstinenzorientierten Interventionen in Bezug auf Gesamtwirksamkeit, Stabilität der Ergebnisse und potentielle Klientel mindestens ebenbürtig sind.“

Walters, G.D. (2000). Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy*, 31, 135-149.

Forschung zum kontrollierten Trinken (2)

- Dies schließt nicht aus, dass “es durchaus möglich (wenn nicht wahrscheinlich) ist, dass ein moderates Trinkverhalten für einige Alkoholkonsumenten eine permanente Unmöglichkeit darstellt, wohingegen es für andere erreichbar ist” (Miller, 1983, S. 71).
- Miller, W.R. (1983). *Journal of Studies in Alcohol*, 44, 68-83.

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.

Saladin, M.E. & Santa Ana, E.J. (2004). *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 175-187.

Walters, G.D. (2000). *Behavior Therapy*, 31, 135-149.