

Abstinenz als Primärziel der Behandlung – ein zeitgemäßes Therapiekonzept?

Joachim Körkel



Übersicht

1. Abstinenz als Behandlungsziel
2. Vorteile von Zieloffenheit
3. Reduktion als Behandlungsziel
4. Zieloffene Suchtbehandlung
5. Herausforderungen für Maßregelvollzug, forensische Nachsorge, Rechtsprechung
6. Fazit

Übersicht

1. Abstinenz als Behandlungsziel

Abstinenz als Behandlungsziel

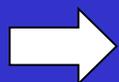
- **Abstinenz ist eine wertvolle Lebens- und Behandlungsoption:**
 - ↑ Gesundheitliche Genesung, Führerscheinwiedererlangung, Lebenszufriedenheit ... (Maffli et al. 1995)
 - ↓ Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhaustage (Klein et al. 1998), innerfamiliäre Gewalt (O'Farrell et al. 2003), Probleme mit dem Gesetz ...
- **Ergo:** Das Ziel der Abstinenz steht überhaupt nicht in Frage. Es sollte in der Behandlungspalette (und Selbsthilfe) stets enthalten sein.
- **Das Problem:** Der Abstinenzdogmatismus/-monopolismus mit seinen dahinterliegenden Annahmen über das „Wesen“ des Alkoholismus

Suchtmittelabstinenz als Dogma = „Klassisches Krankheitsmodell des Alkoholismus“

(Anonyme Alkoholiker 1939 → Jellinek 1960 → ...)

Vier grundlegende Annahmen:

1. Entweder man ist abhängig oder nicht = andere Wesenheiten (wie schwanger oder nicht)
2. Die wahren Ursachen sind biologischer Natur (nicht psychologischer oder sozialer Natur)
3. Das Kernmerkmal ist „der Kontrollverlust“ (Alkoholabhängige haben ihn, Nicht-Abhängige nicht)
4. Alkoholismus ist irreversibel (wg seiner biolog. Wurzeln)



**„Alcoholics can never safely return to drinking“
(Milam & Ketcham, 1983, p. 14)**

Diese Überzeugung dominiert die Suchtbehandlung westlicher Länder wie ein Naturgesetz.

Die empirischen Fakten

Alle vier Annahmen des Krankheitsmodells sind empirisch widerlegt oder unbestätigt (vgl. Heather & Robertson, 1981; Körkel, 2015; Miller, 1993):

1. Alkoholkonsummengen, -probleme und -abhängigkeitskriterien **variieren kontinuierlich**: Es gibt empirisch keinen Schnitt von der Nichtabhängigkeit zur Abhängigkeit (→ Kontinuum der Substanzkonsumstörungen im DSM-5).
2. Es gibt **keine Belege** für die ätiologische Dominanz oder gar Ausschließlichkeit **biologischer Faktoren**.
3. Übermäßiger Alkoholkonsum lässt sich besser als **Kontrollminderung** („impaired control“) denn als „**Kontrollverlust**“ („loss of control“) erklären.
4. Ein Teil der Alkoholabhängigen kann zu einem **gemäßigten, nicht symptombelasteten Alkoholkonsum zurückfinden**.

Fazit zum Abstinenzmonopolismus

Der Abstinenzmonopolismus ist bis heute für die **Mehrzahl suchtbelasteter Menschen** von Schaden, denn er behindert alternative Behandlungen und zementiert Karrieren des Scheiterns und der Entwürdigung bei den Menschen, die zu Abstinenz nicht bereit oder nicht in der Lage sind – und perpetuiert das Elend in ihrem **sozialen Umfeld** und die Schäden für die **Gesellschaft**.

Zwei Beispiele:

- **Kinder alkoholabhängiger Eltern**

30-Minuten-Film „Der Alkohol, meine Eltern und ich“ (Reportage, 2014):

<https://www.youtube.com/watch?v=dkw2JKT0YUs>

- **Heroinabhängige**

Zeitungsbericht „Dying to be free“ (The Huffington Post, 28.1.2015)

<http://projects.huffingtonpost.com/dying-to-be-free-heroin-treatment>

Stattdessen ...

... ist es sinnvoll, die Behandlungspalette standardmäßig um Reduktions- und schadensmindernde Behandlungen zu ergänzen.

Abstinenzbehandlungen
+ Reduktionsbehandlungen
+ schadensmindernde
Behandlungen

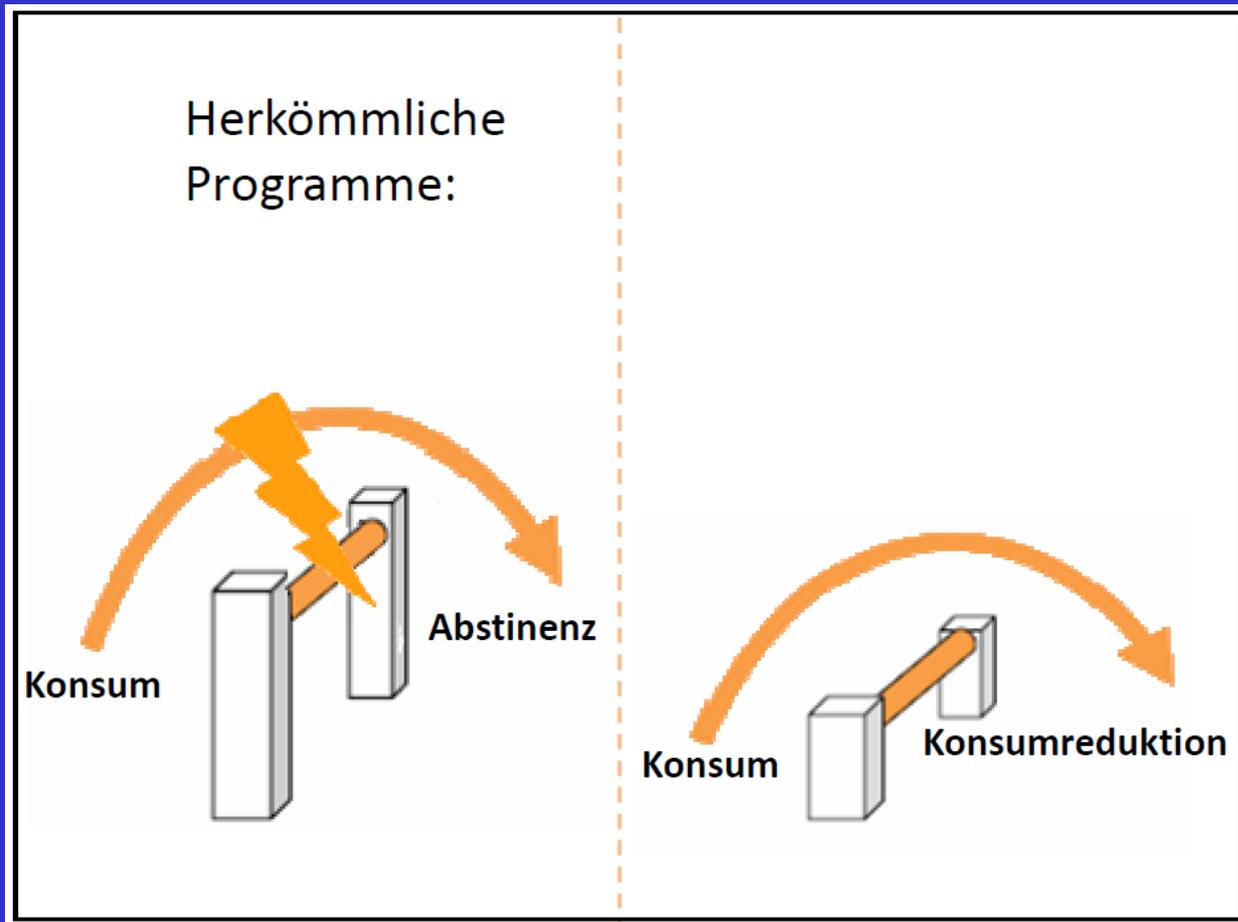
zieloffene
Ausrichtung von
Suchtbehandlung

Übersicht

1. Abstinenz als Behandlungsziel
2. Vorteile von Zieloffenheit

Vorteile von Zieloffenheit (I):

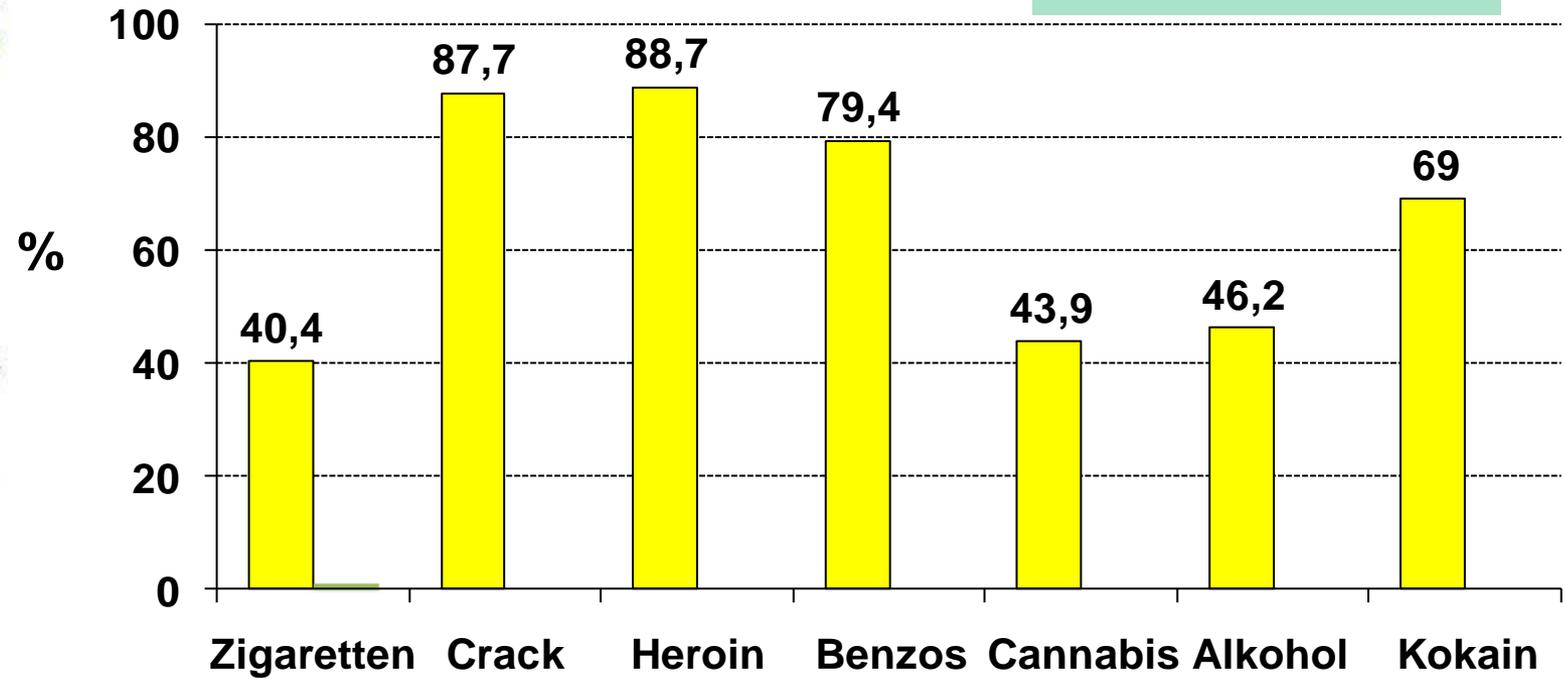
Erhöhung der Behandlungsquote von Menschen, die durch Abstinenzbehandlung nicht (90-95%), zu spät oder nicht mehr erreicht werden.



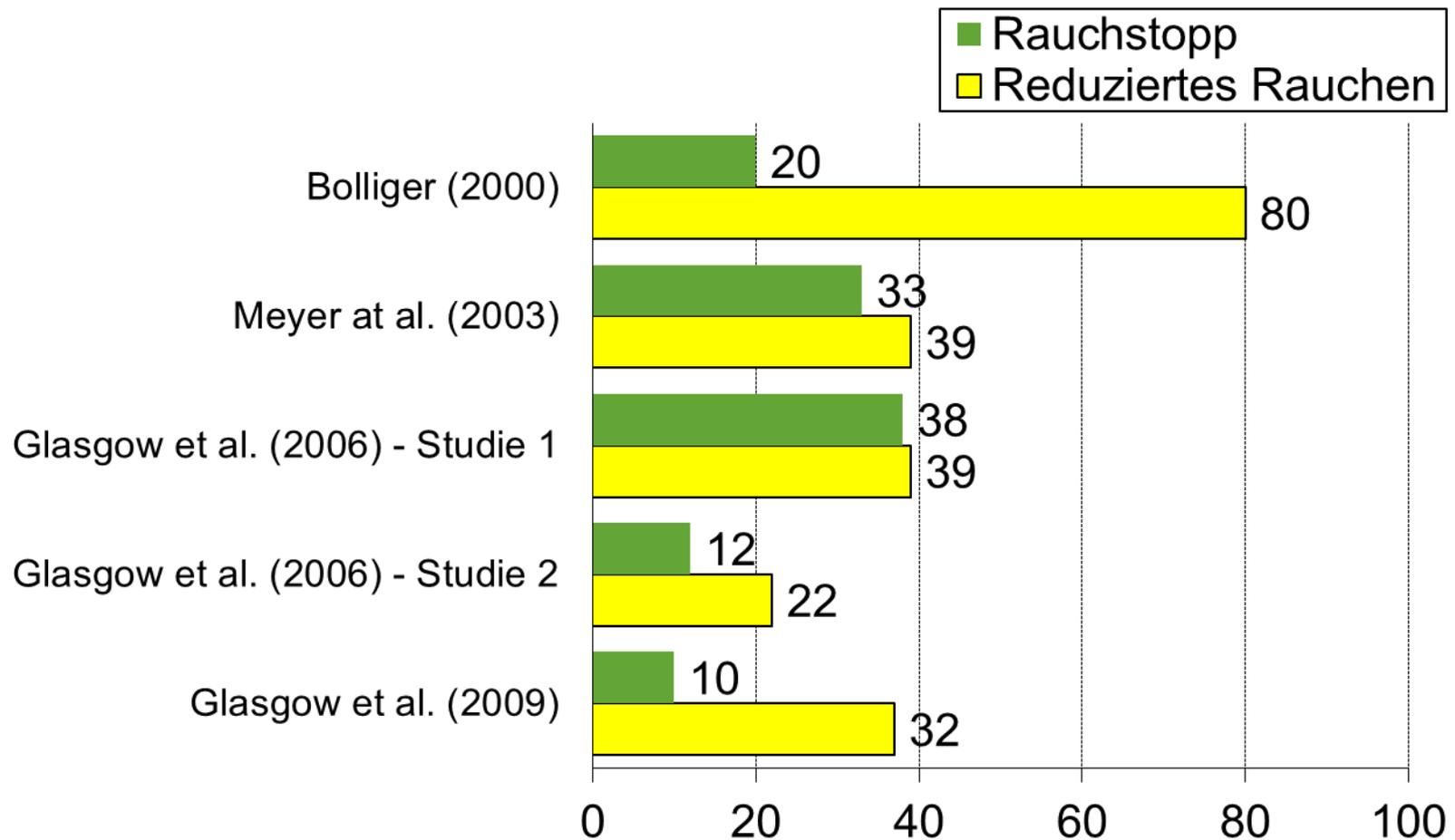
Änderungsintentionen Frankfurter „Szene“-Drogenabhängiger

(Bezug: Alle Konsumentinnen der jeweiligen Substanz; N=113)

bei durchschnittlich
2,77 Substanzen
Reduktionswunsch



% RaucherInnen, die die Optionen „Abstinenz“ bzw. „Reduktion“ wählen



Ergo

Die Mehrzahl suchtbelasteter Menschen ist motiviert, den Konsum zu ändern – nur nicht in Richtung Abstinenz (zumindest aktuell nicht).

Vorteile von Zieloffenheit (II): Einhaltung ethischer Standards

**a) Selbstbestimmungsrecht
(Autonomie)**

**b) Sollen setzt können
voraus**

→ ggf. Unverhältnismäßigkeit einer
Abstinenzweisung („Übermaßverbot“)

→ ggf. Unzumutbarkeit einer
Abstinenzweisung

Vorteile von Zieloffenheit (III):

Durch Zieloffenheit wird bei der Mehrzahl der Pat. Behandlung überhaupt erst möglich („compliance“)

- ⇒ 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.

Ohne Zieloffenheit und Zielkonsens wird sogenannte „Behandlung“ zur Farce und führt zu einem Loose-loose-loose-loose-Effekt (Pat., Behandler, Umfeld, Gesellschaft)

Behandlungsvorteil bei Zieloffenheit (Forts.):

„Natürlich hat jeder Suchtkranke zumindest zwei Herzen in seiner Brust, natürlich leiden Suchtkranke und wollen ihr Leiden auch beenden. Insoweit sind sie bereits motiviert. Leichter ist vielleicht die Frage zu beantworten, wie wir es doch immer wieder schaffen, Patienten zu demotivieren. Und da sehe ich schon, dass wir durch eine ungleiche Kommunikation (nicht auf Augenhöhe!), durch Be- und Verurteilungen, Reueforderungen und Besserwissen immer wieder Patienten auch in die innere Therapie- Kündigung treiben.“

(Dr. med. Wolfgang Mache, Ärztlicher Direktor, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg, am 17.5.2017 in seinem Vortrag auf der 3. Fachtagung Maßregelvollzug und Sucht in Dortmund 2017)

Vorteile von Zieloffenheit (IV): Reduktion als Brücke zur Abstinenz

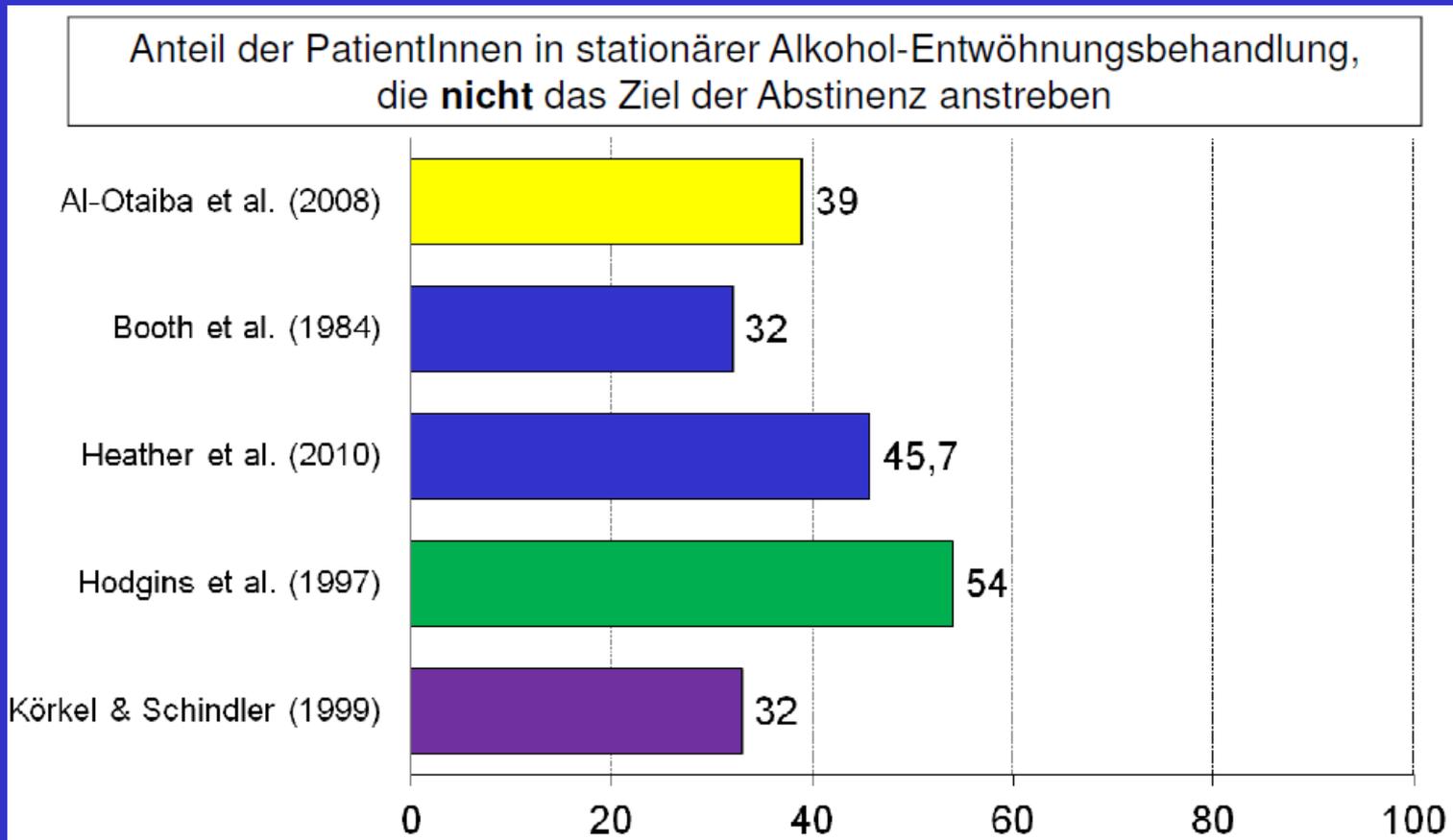
Start:
Reduktion



Ergebnis:
Abstinenz

Vorteile von Zieloffenheit (V):

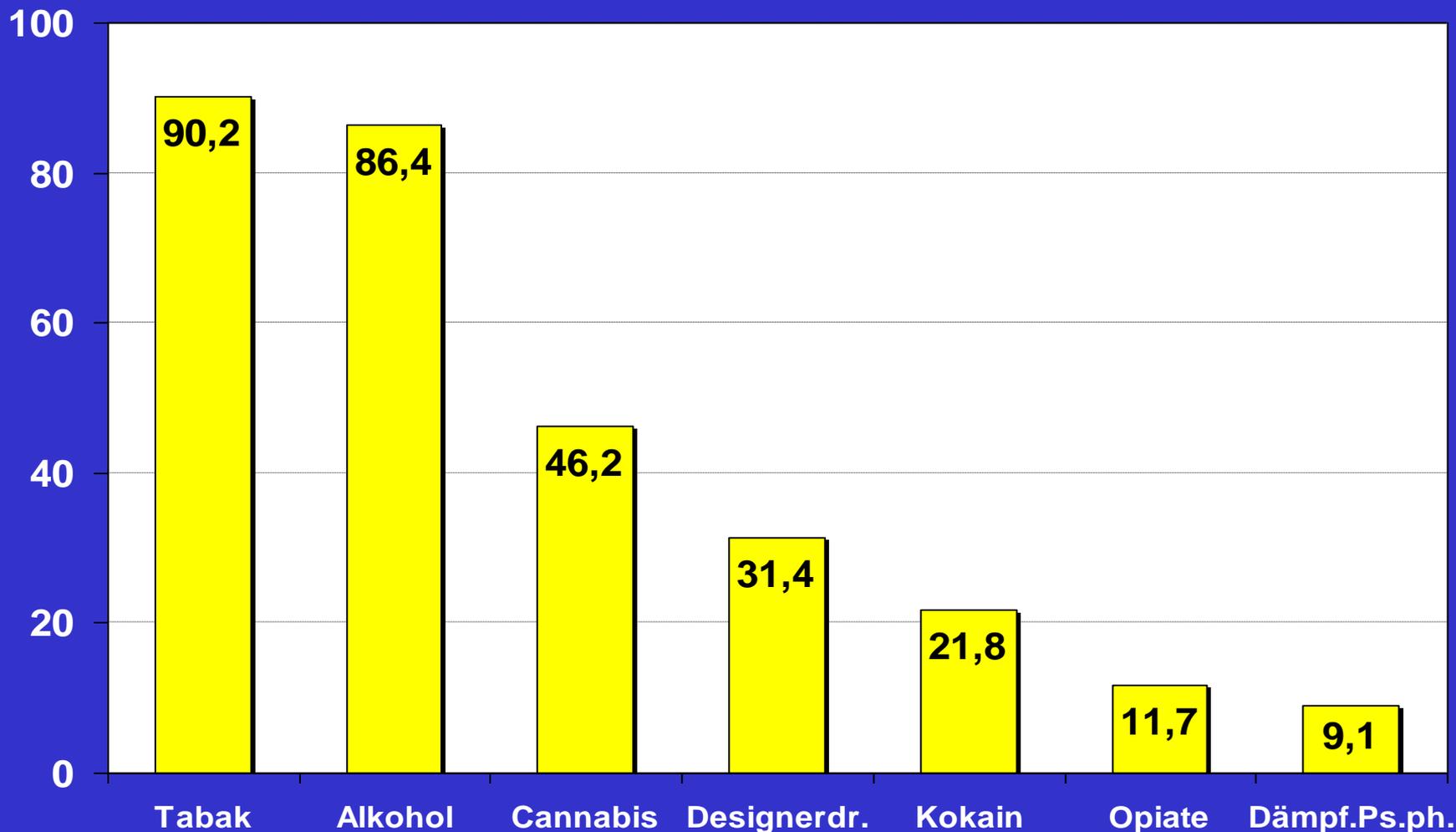
**Angemessene Behandlung von Pat., die eine Abstinenzbehandlung „durchziehen“, obwohl sie innerlich ein Reduktionsziel anstreben
(32-54% in Alkohol-Reha, ca. 80% in Alkoholentzug)**



Konsumziele Drogenabhängiger (Feder, 2001)

Konsumzielbefragung von 82 Drogenabhängigen
in 10 bayerischen Langzeittherapieeinrichtungen.

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



Ziele von CannabiskonsumentInnen

- **Studie von Simon & Sonntag (2004)**

47% der in deutschen Suchtberatungsstellen vorstellig werdenden **hochgradig** Cannabis-Abhängigen wollen „weniger konsumieren“ – nicht aufhören.

(„hochgradig“ = Konsum an 29 von 30 Tagen, pro Tag 11 Joints)

- **Studie von Lozano, Stephens & Roffman (2006)**

Ein US-amerikanisches, auf Abstinenz ausgerichtetes Cannabis-Behandlungsprogramm begannen 28% der PatientInnen mit dem Vorsatz, *weniger* (moderat) Cannabis zu konsumieren. Dieser Prozentsatz änderte sich auch nach 4, 7, 13 und 26 Monaten nicht.

Vorteile von Zieloffenheit (VI): Weniger Behandlungsabbrüche

- Häufigere Behandlungsabbrüche bei auferlegtem Ziel der Abstinenz
(Pomerleau, Pertschuk, Adkins und Brady 1978; Schippers und Nelissen (2006).
- Wie viele „Erlediger“ sind Folge der Tatsache, dass Abstinenz vorgegeben wird und dadurch keine positive Behandlungsbeziehung („adherence“) erreicht wird?

Vorteile von Zieloffenheit (VII): Optimierung von Behandlungsergebnissen

Abstinenzbehandlung ist keineswegs „das Erfolgsmodell schlechthin“:

- (Nur) 30,5% der Patienten bleiben nach 4-monatiger stationärer Alkoholtherapie (Entwöhnungsbehandlung) durchgängig 1 Jahr abstinent (konservative Berechnung nach DGSS4; Bachmeier et al., 2017).
- Schweizer Bundesamt für Gesundheit: 1 % Langzeitabstinenz von allen „harten illegalen Drogen“ bei Personen der offenen Drogenszene (Kormann 2012).
- Ca. 50% der dt. Substituierten haben auch noch nach einem Jahr Substitution „Beikonsum“ – Alkohol und Cannabis nicht mitgerechnet (PREMOS-Studie, Wittchen et al. 2008, 2011)

Erfahrungen zur Abstinenz aus dem Maßregelvollzug

„Das Ziel der lebenslänglichen, unverrückbaren Abstinenz wird so selten erreicht, dass dieser Abschied vom alles-oder-nichts-Prinzip zwangsläufig war. [...] Die Ziellatte für die stationäre Behandlung konnte auch deshalb deutlich gesenkt werden, da es gelingt, im Zuge der aufsuchenden Nachsorge Patienten soweit zu stabilisieren, dass sie trotz Schwierigkeiten und Rückfällen zumindest straftatfrei bleiben.“

(Dr. Wolfgang Mache, Ärztl. Direktor der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Bezirksklinikum Regensburg, am 17.5.2017 in seinem Vortrag auf der 3. Fachtagung Maßregelvollzug und Sucht in Dortmund)

Übersicht

1. Abstinenz als Behandlungsziel
2. Vorteile von Zieloffenheit
3. Reduktion als Behandlungsziel

Ziel der Behandlung: Trinkmengenreduktion

Miteinander kombinierbare Arten der Behandlung



Verhaltenstherapeutische Programme zum (selbst-)kontrollierten Trinken

(Behavioral Self-Control Trainings)



Pharmakologische Behandlungen

- z.B. Nalmefen (Selincro®)
- z.B. Naltrexon (Adepend®)



Selbsthilfegruppen

- z.B. „Moderation Management“
- z.B. „Post-KT-Gruppen“

Definition

„(Selbst-) Kontrolliertes Trinken“

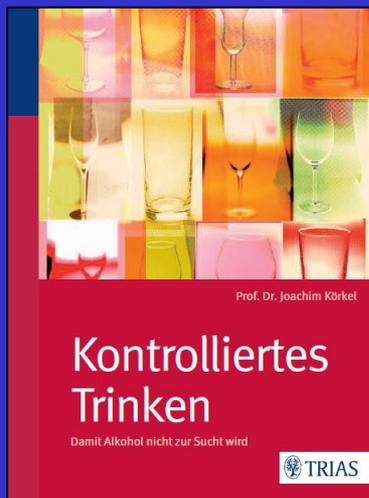
Selbstkontrolliertes Trinken liegt vor, wenn eine Person (sie selbst!) ihren Alkoholkonsum an einem zuvor festgelegten **Plan** bzw. **Regeln** ausrichtet.

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

1. Anzahl alkoholfreier Tage
2. maximale Alkoholmenge an Trinktagen
3. maximaler Gesamtkonsum in der ganzen Woche

und den **Kontext** festzulegen, wie etwa:

- Wann will ich Alkohol trinken – wann nicht (z.B. vor Autofahrten)?
- Wo will ich Alkohol trinken – wo nicht?
- Mit wem will ich Alkohol trinken – mit wem nicht?



Autodidaktisches „10-Schritte-Programm“ (Körkel, 2001/2004/2008/2014)

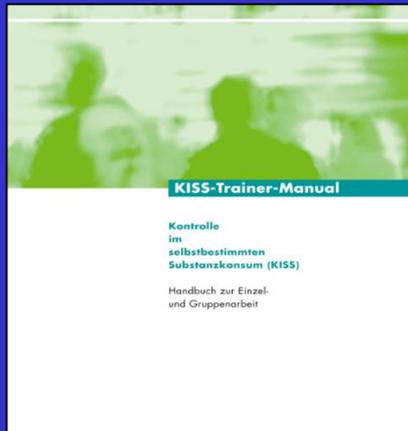


Ambulantes Gruppen- programm zum kontroll. Trinken (Akt; WALK) (Körkel & Projektgruppe kT, 2001)



Ambulantes Einzelprogramm zum kontroll. Trinken (Ekt; WALK) (Körkel & Projektgruppe kT, 2003)

Weitere Konsumreduktionsprogramme



Einzel- und Gruppenprogramm „**KISS**“
(„**Kompetenz im selbstbestimmten
Substanzkonsum**“; 2005)

v.a. für KonsumentInnen illegaler Drogen

„**Change Your
Smoking**“

Trainermanual

Körkel & Nanz

(2017)

Zieloffenes Programm „**Change Your
Smoking**“ (2017) zur Veränderung des
Tabakkonsums mit den Zieloptionen
Rauchstopp, Reduktion und
Schadensminderung

Komponenten verhaltenstherapeutischer Konsumreduktionsbehandlungen

(Behavioral Self-Control Trainings)

- Festlegung von Konsum(zähl)-Einheiten
(z.B. 0,5l Bier = 1 Einheit oder 1 Zigarette = 1 Einheit)
- Selbstbeobachtung und Registrierung des Konsums
in einem Konsumtagebuch
- Bilanzierung des Konsums (u.a.: Maximal-Konsum pro Tag
und pro Woche; Anzahl konsumfreier Tage)
- Wöchentliche Festlegung von Obergrenzen/Zielen
- Strategien zur Konsumbegrenzung und Risikobewältigung
- Freizeitgestaltung, Bewältigung von Belastungen, Umgang
mit Ausrutschern und Rückfällen, Nein-Sagen lernen
- Zielüberprüfung und ggf. Wechsel zur Abstinenz

Pocket-Trinktagebuch (Baseline)

(Körkel 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	6 Bier (0,5l, 5 %)	?	Stammkneipe, Kumpels	alle trinken, relaxen
		2 Whisky (2cl, 40 %)	?		
Di					
Mi					
Do					
Fr					
Sa					
So					



www.kontrolliertes-trinken.de

Summe:

Tage ohne Alkohol:

1 Standardeinheit (20g) entspricht

0,5l Bier
(5%)



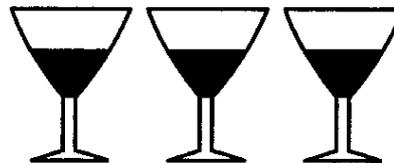
oder

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



oder

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



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

zuvor: 0

Maximale Anzahl an Standardeinheiten (SE)¹ pro Trinktag

3

zuvor: 7

*Maximale Anzahl an Standardeinheiten
in den gesamten 7 Tagen*

15

zuvor: 35

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

Beispiele für (individuell auszuwählende) Kontrollstrategien

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; auf keinen Fall alkoholisiert fahren)

Pocket-Trinktagebuch

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

Tage ohne Alkohol:

Plan

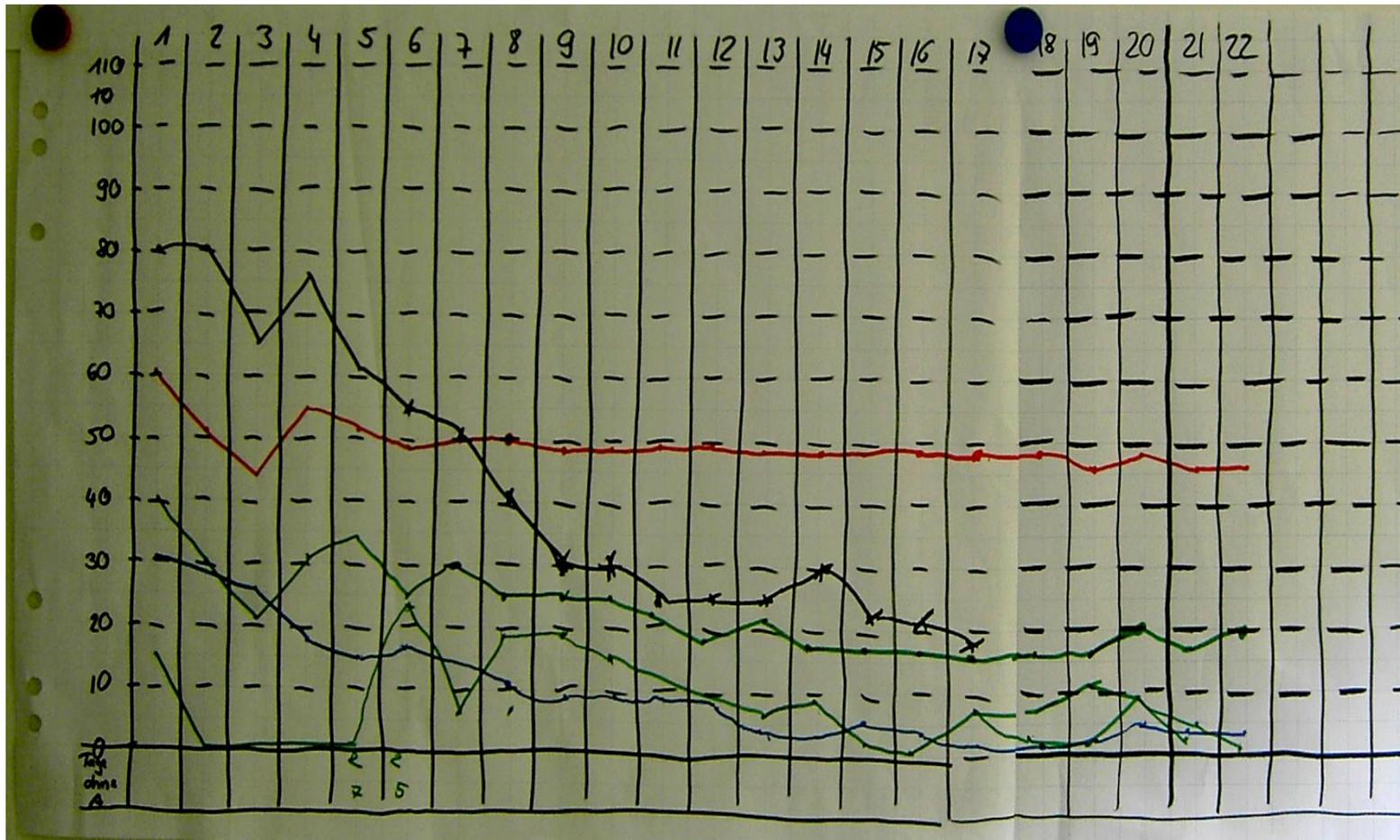
Ist

1



Alkoholreduktion von Wohnungslosen bei KT-Teilnahme (Haus Kyreinstraße des KMFV, München; 2006)

(Wochensumme der Alkohol-Standardeinheiten, 1 SE = 20g)



Konsumtagebuch für illegalisierte Drogen



 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 konsumfreien Tage	
Cannabis	6-12			/				/	2	0	
	12-18		/	//	//	///	//	//	12		
	18-6	///		//	//	/	//	/	11		
	Konsumeinheiten pro Tag	3	1	5	4	4	4	4	25		
Crack	6-12										
	12-18										
	18-6										
	Konsumeinheiten pro Tag										
Heroin	6-12										
	12-18										
	18-6										
	Konsumeinheiten pro Tag										

Die Wirksamkeit von Konsumreduktionsprogrammen ist empirisch belegt für

- Alkohol
(Apodaca & Miller 2003; Körkel 2002, 2015; van Amsterdam & van den Brink, 2013; Walters 2000)
- Illegale Drogen
(Körkel, Becker, Happel & Lipsmeier 2011)
- Tabak
(Asfar et al. 2011; Hughes 2000; Hughes & Carpenter 2005; Pisinger & Godtfredsen 2007; Rüther et al. 2018)
- Pathologisches Glücksspiel
(Ladouceur, Lachance & Fournier 2009)

Kontrolliertes Trinken ist eine Erfolg versprechende Zieloption

(Apodaca & Miller 2003; Bühringer, 2008; Klingemann et al., 2004; Körkel 2002, 2015; Rosenberg 1993; Saladin & Santa Ana 2004; van Amsterdam & van den Brink, 2013; Walters 2000)

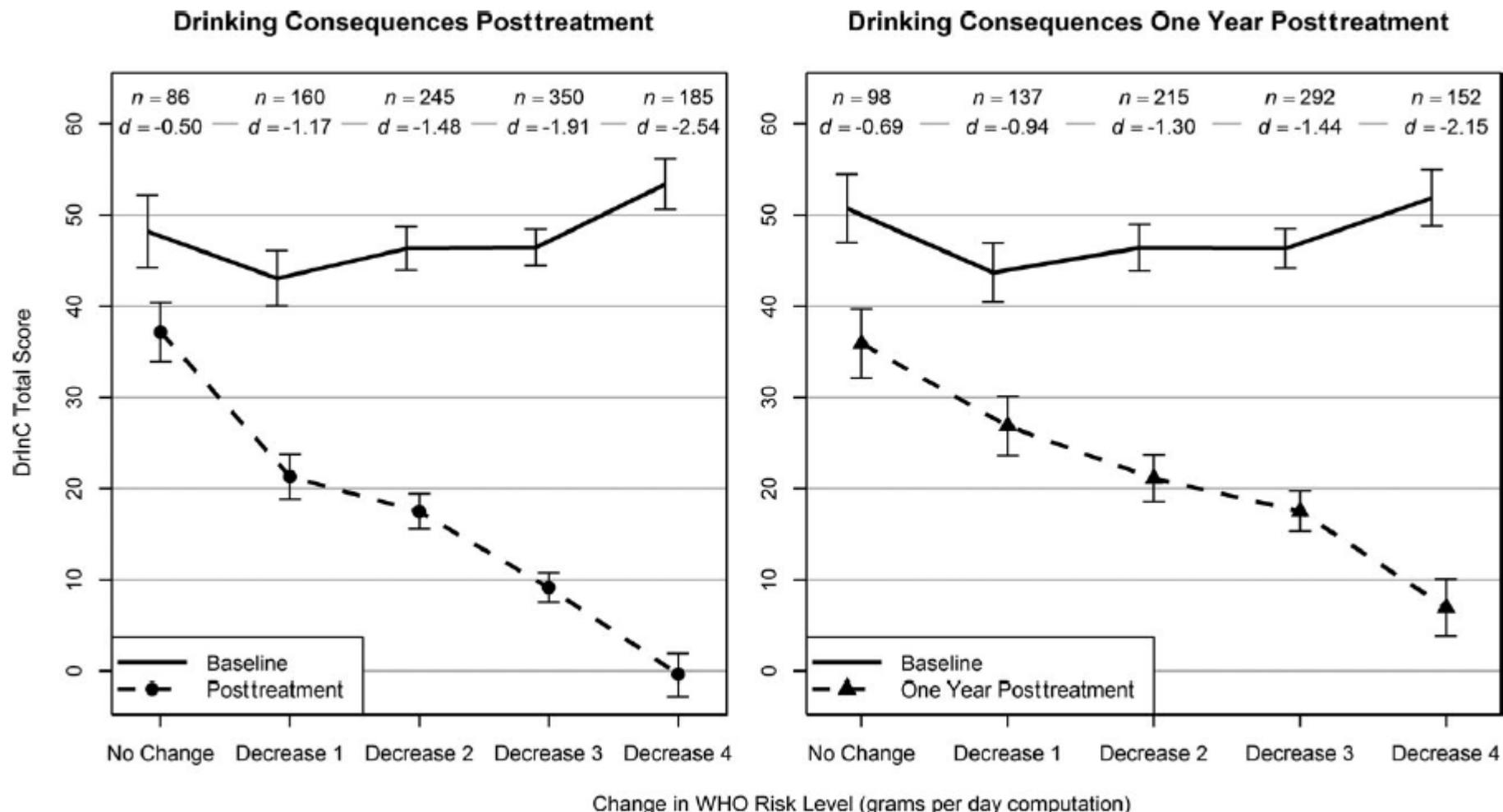
Programme zum Kontrollierten Trinken sind mindestens so effektiv wie Abstinenzbehandlungen – auch bei Alkoholabhängigen, auch bei schwer Alkoholabhängigen und auch über längere Zeiträume hinweg:

- Durchschnittliche Erfolgsquote: 65%
- Durchschnittliche Reduktion: 30-60%
- 10-30% gehen zur Abstinenz über
(Kontrolliertes Trinken als „Brücke zur Abstinenz“)

Prognostisch relevant: Zielentscheid und Zielzuversicht des Kl.

Jede Trinkmengenreduktion ist ein Schritt in die richtige Richtung

(Witkiewitz et al. 2017. Alcohol Clin Exp Res, 41 (1), 179–186)



**„Wir wissen, dass kein Alkoholiker
jemals wieder kontrolliert trinken kann“**

(Anonyme Alkoholiker 1992 [Blaues Buch])

**„Es gibt Wahrheiten, die gelten weder
für alle Menschen noch für alle Zeiten“**

(Voltaire)

**„Wenn jemand, der früher nicht kontrolliert trinken
konnte, plötzlich eine Kehrtwendung zustande bringt
und wie ein Gentleman trinken kann,
dann ziehen wir unseren Hut vor ihm“**

(Anonyme Alkoholiker 1992 [Blaues Buch])

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).

... ebenso wie Abstinenz für einige Alkoholkonsumenten eine permanente Unmöglichkeit darstellt

Wirkung des Drogenkonsum- Reduktionsprogramms KISS

(= „Kompetenz im Selbstbestimmten Substanzkonsum“)

- reduziert den Drogenkonsum um 30%
- steigert die drogenfreien Tage um 20%
- senkt die Konsumausgaben um 250€/Monat
- reduziert die Abhängigkeitsdiagnosen um 30%
- reduziert stationäre Entzugsbehandl. um 50%
- senkt Beschaffungskriminalität & Prostitution
- und ist eine Brücke zur Abstinenz
(z.B. für 28% der BenzodiazepinkonsumentInnen)

Übersicht

1. Abstinenz als Behandlungsziel
2. Vorteile von Zieloffenheit
3. Reduktion als Behandlungsziel
4. Zieloffene Suchtbehandlung

Definition „Zieloffene Suchtarbeit“ (ZOS)

„‘Zieloffene Suchtarbeit‘ bedeutet, mit Menschen (Patienten, Klienten, Betreuten, Bewohnern usw.) an einer **Veränderung** ihres Suchtmittelkonsums zu **arbeiten**, und zwar auf das Ziel hin, das **sie sich selbst setzen**.“

Körkel (2014). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. *Suchttherapie*, 15, 165-173.

Herr Fainer

(im Maßregelvollzug bzw. forensischer
Nachsorge)

- 44 J., Körperverletzungsdelikte in Zusammenhang mit Alkohol
- arbeitslos, geschieden, 2 Kinder
- Ziel: in Freiheit leben (nicht wieder in JVA/ Maßregelvollzug kommen), wieder Arbeit finden, Umgangsrecht für die Kinder zurückgewinnen, eventuell wieder mit der Ex-Frau zusammenkommen
- raucht Zigaretten, „Tabakfinger“

**Was wird üblicherweise im
Maßregelvollzug bzw. der
forensischen Nachsorge mit jdm.
wie Herrn Fainer in Bezug auf
seinen Suchtmittelkonsum getan?**

Systematische Konsumabklärung



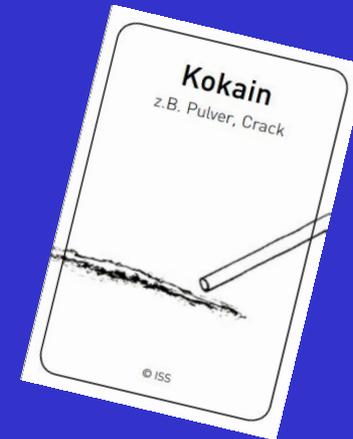
Systematische Konsumabklärung



- 5-8 Fl. Bier/Tag
+ meist ca. 0,1 –
0,7 l Cognac

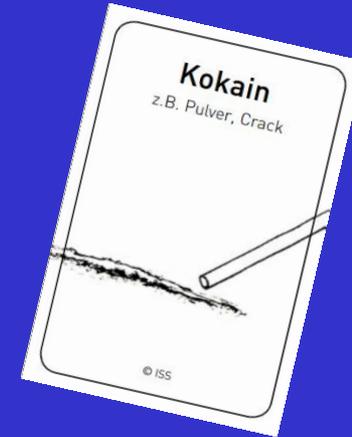


- 20-25
Zigaretten/Tag,
mehrere
erfolglose
Aufhörversuche



- Kokain
gelegentlich (alle
3-4 Wochen) mit
Freunden

Systematische Zielabklärung



**Alles
in Ordnung**
Nichts verändern



**Weniger
konsumieren**
(oder anders)



**Nie mehr
nehmen**
(lebenslang abstinent)



**Eine Zeit lang
abstinent leben**



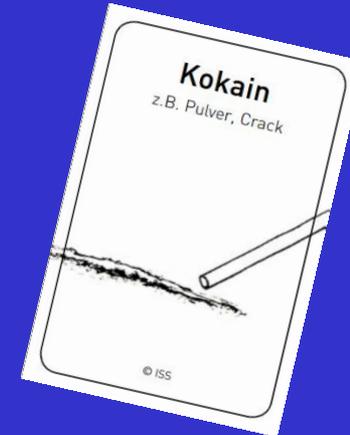
**Ich weiß es im
Moment nicht**



Sonstiges



... und Herr Fainer wählt was?



**Alles
in Ordnung**
Nichts verändern



© ISS

**Weniger
konsumieren**
(oder anders)



© ISS

**Nie mehr
nehmen**
(lebenslang abstinent)



© ISS

**Eine Zeit lang
abstinent leben**



© ISS

**Ich weiß es im
Moment nicht**



© ISS

Sonstiges



© ISS

... und Herr Fainer wählt das Folgende:

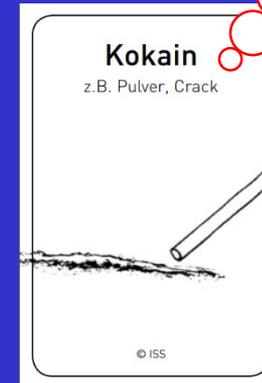


„Tabakkonsum
runterschrauben
(+ E-Zigarette?),
ev. ganz
aufhören“

„Eigentlich komme ich
gut damit zurecht.
Aber wenn es ‚raus-
kommt‘ und ich da-
durch (juristische)
Probleme kriege ...“



„Keinen Schnaps
mehr, aber
,Feierabendbier“



**Alles
in Ordnung**
Nichts verändern



© ISS

**Weniger
konsumieren**
(oder anders)



© ISS

**Nie mehr
nehmen**
(lebenslang abstinent)



© ISS

**Eine Zeit lang
abstinent leben**



© ISS

**Ich weiß es im
Moment nicht**



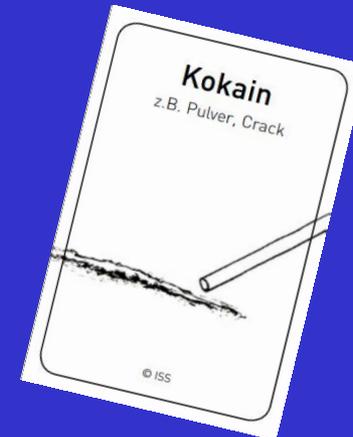
© ISS

Sonstiges



© ISS

Und was könnte nun mit Herrn Fainer zur Erreichung seiner Ziele getan werden?



- Kein Schnaps, aber Feierabendbier

- Tabakkonsum runterschrauben (+ E-Zigarette?), ev. ganz aufhören

- Kokain: ?

- Behandlung zum Kontrollierten Trinken

- Behandlung zum Kontroll. Rauchen (+ ggf. E-Zigarette), mit Option Rauchstopp

- Anregung „mal weiterzuschauen“:
www.snowcontrol.ch,
www.canreduce.ch

Übersicht

1. Abstinenz als Behandlungsziel
2. Vorteile von Zieloffenheit
3. Reduktion als Behandlungsziel
4. Zieloffene Suchtbehandlung
5. Herausforderungen für Maßregelvollzug, forensische Nachsorge, Rechtsprechung

Herausforderungen für Maßregelvollzug/ Nachsorge (I)

1. Menschenbild und Suchtverständnis überdenken (z.B. „Kontrollverlust“, „craving“, „Suchtgedächtnis“ „selbstkontrollierter Konsum bei Abhängigen“ etc.)
2. Von Multisubstanzkonsum ausgehen und sich für diesen als zuständig betrachten (inkl. Tabak).
3. Aneignung neuer/weiterer Suchtbehandlungskompetenzen in Bezug auf Abstinenz-, Konsumreduktions- und schadensmindernde Ziele.

Herausforderungen für Maßregelvollzug/ Nachsorge (II)

4. Ein sanktionsfreies, zieloffenes Klima schaffen, das Pat. zu freier Bekundung ihrer „wahren“ Konsumziele einlädt und ein interessiertes Abklären ihrer Zielvorstellungen erlaubt.

Herausforderungen für Maßregelvollzug/ Nachsorge (III)

5. Falls Reduktion (oder Schadensminderung) und nicht Abstinenz das Ziel von Pat. ist:

- Für tolerierte Suchtmittel (v.a. Tabak) auch **Reduktionsbehandlung/Schadensminderung** vorhalten.
- Für stationär nicht tolerierte Suchtmittel **Kombibehandlung**: Stationär abstinent, ambulant Reduktion. Stationär an Inhalte und Aufbau von Konsumreduktionsbehandlungen durch „Trockenübungen“ und „Übungssubstanzen“ heranführen („KT-/KISS-stationär“).
- **Konsum** zu geplanten Zeiten (z.B. auf Heimreisen) **außerhalb der Einrichtung** gestatten und vor- und nachbereiten.

KISS/KT stationär

(in den psychiatrischen Kliniken Warstein und Bern)

Zielgruppe

Alkohol-/Drogenpatienten in stationärer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung oder Nachsorge

Ziel

Einführung in den KT-/KISS-Ansatz und Anbahnung einer ambulanten Fortsetzung

Programmstruktur

7 + x Einheiten; praktische Umsetzung anhand von „Übungssubstanzen“

Vorgehen anhand TrainerInnen-Manual und TeilnehmerInnenhandbuch.

Herausforderungen für die Rechtsprechung (I)

1. Eine strafbewehrte Abstinenzweisung dürfte in der Regel nicht zumutbar sein, da der erneute Suchtmittelkonsum nach einer Suchtbehandlung („Ausrutscher“, „Rückfall“) den statistischen Regelfall und nicht die Ausnahme darstellt und dauerhafte Abstinenz nicht einfach eine Frage des Willens/Wollens ist (Körkel 2015).
2. Dies gilt umso mehr, wenn der Konsument negative Prognosemerkmale für Abstinenz aufweist (bereits absolvierte Suchtbehandlungen vor der Indexbehandlung; abgebrochene Behandlungen; Arbeitslosigkeit; psychiatrische Komorbidität u.a.m.).

Herausforderungen für die Rechtsprechung (II)

3. Eine strafbewährte Abstinenzweisung dürfte in aller Regel auch unverhältnismäßig sein, da eine Abstinenzverpflichtung das grundgesetzlich garantierte Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit wesentlich stärker beeinträchtigt als die Auflage eines selbstkontrollierten, moderaten Substanzkonsums.
4. Unverhältnismäßigkeit ist insbesondere dann gegeben, wenn der Betroffene nicht bereits mehrere erfolgreiche Behandlungen zum selbstkontrollierten, reduzierten Konsum absolviert hat und die Annahme berechtigt ist, dass selbstkontrollierter Konsum ein realistisches Ziel darstellt.

Übersicht

1. Abstinenz als Behandlungsziel
2. Vorteile von Zieloffenheit
3. Reduktion als Behandlungsziel
4. Zieloffene Suchtbehandlung
5. Herausforderungen für Maßregelvollzug, forensische Nachsorge, Rechtsprechung
6. Fazit

Fazit

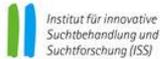
1. Abstinenz ist ein sinnvolles, zeitgemäßes Therapieziel.
2. Behandlungen zur Förderung von Abstinenz sollten deshalb stets in der Angebotspalette aller Suchthilfeanbieter enthalten sein.
3. Ein Behandlungssystem, das jedoch ausschließlich Abstinenz als Therapieziel vorhält und dieses bei Betroffenen zu erzwingen versucht, ist nicht nur wenig erfolgreich, sondern ergeht sich in selbstgerechtem Zynismus.
4. Es ist auch für den Maßregelvollzug und die forensische Nachsorge geboten, zu Zieloffener Suchtbehandlung überzugehen.

Vertiefende Literatur zum Vortrag

- Körkel, J. (2013). *10-Schritte-Programm zum Kontrollierten Trinken. Ein Selbstlern-manual zur Alkoholtrinkmengenreduktion* (2. Aufl.). Heidelberg: Quest Akademie.
- Körkel, J. (2014a). Alkoholtherapie: Vom starren Abstinenzdogma zu einer patientengerechten Zielbestimmung. *Suchtmedizin*, 16, 211-222.
- Körkel, J. (2014b). *Kontrolliertes Trinken. So reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum*. Stuttgart: Trias-Verlag.
- Körkel, J. (2015b). Das Menschenbild als Dreh- und Angelpunkt des Umgangs mit Suchtkranken (auch) in der rechtlichen Betreuung. *Betreuungsrechtliche Praxis*, 24, 9-14.
- Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, 61, 147-174.
- Körkel, J. (2017). Kontrolliertes Trinken. Viele Wege führen nach Rom – oder in andere schöne Städte. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 47, 18-22.
- Körkel, J. (2018). Zieloffenheit als Grundprinzip in der Arbeit mit Suchtkranken: Was denn sonst? *Rausch*, 7, 95-103.
- Körkel, J. (2019). Paradigmenwechsel in der Suchthilfe: Vom einseitigen Abstinenzgebot zur „Zieloffenen Suchtarbeit“. *Kerbe*, 37, 19-21.

Weitere Informationen zu ZOS, Schulungen, Katensatz etc. unter:

www.iss-nuernberg.de



ÜBER UNS

MOTIVIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG

ZIELOFFENE SUCHTARBEIT

KONTROLLIERTER KONSUM

IMPLEMENTIERUNG

UNSERE LEISTUNGEN

KONTAKT



ISS

Über uns

Herzlich willkommen

auf der Homepage des Instituts für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS),
einem Institut der [Evangelischen Hochschule Nürnberg](http://www.evangelische-hochschule-nuernberg.de).

Unser Institut verfolgt das Ziel, Menschen bei der Bewältigung ihrer Suchtproblematik zu unterstützen – vor allem diejenigen, die aktuell keine Abstinenz von legalen/ illegalen Drogen bzw. süchtigen Verhaltensweisen anstreben oder durch das Abstinenzziel überfordert sind.

Anschrift

Prof. Dr. Joachim Körkel

Institut für innovative Suchtbehandlung und
Suchtforschung (ISS)

c/o Evangelische Hochschule Nürnberg

Bärenschanzstr. 4

90429 Nürnberg

Email: joachim.koerkel@evhn.de

Schönen Dank