salus klinik
Friedrichsdorf

ABSTINENZ:

unmodern - überholt - falsch?

Dipl.-Psych. Ralf Schneider

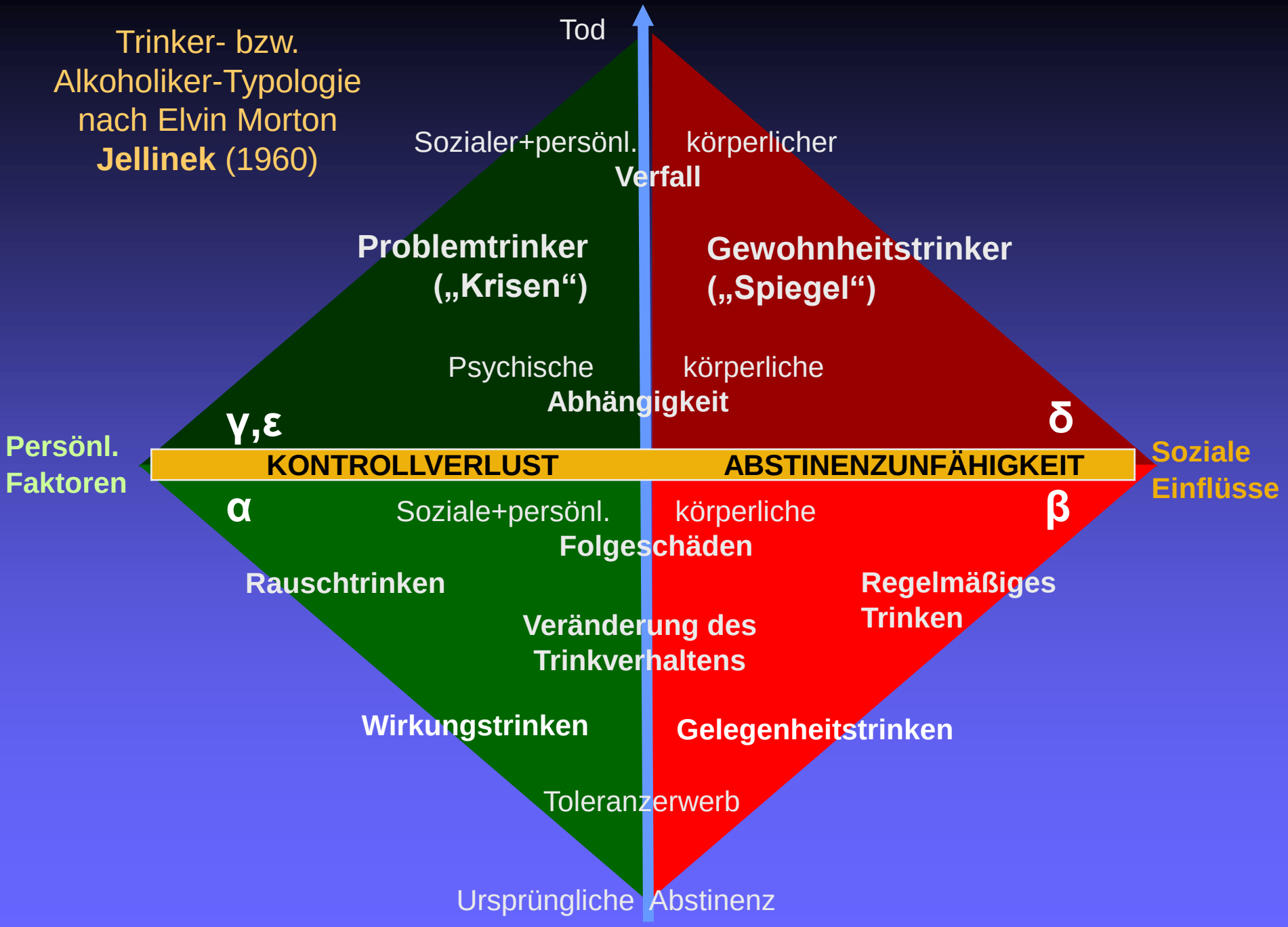
Selbsthilfe-Fachtagung 14. April 2018

Eine klare Aussage

Sucht als Krankheit

- Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Alkoholismus 1952 offiziell als Krankheit: Alkoholkranke sind „exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht, dass sie deutliche geistige und körperliche Störungen oder Konflikte in ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen, oder sie zeigen Vorstadien einer solchen Entwicklung". „Daher brauchen sie Behandlung".
- Am 18. Juni 1968 zieht das Bundessozialgericht nach. Seither können sich Alkoholkranke in Deutschland zum akutmedizinischen Entzug und zur rehabilitativen Entwöhnung in ambulante oder stationäre Behandlung begeben. Die Kosten der Therapie übernimmt die Kranken- oder Rentenversicherung.
- Als zentrales Kriterium der **chronischen** Krankheit gilt der „Kontrollverlust“ bzw. die „Abstinenzunfähigkeit“ (E.M. Jellinek)

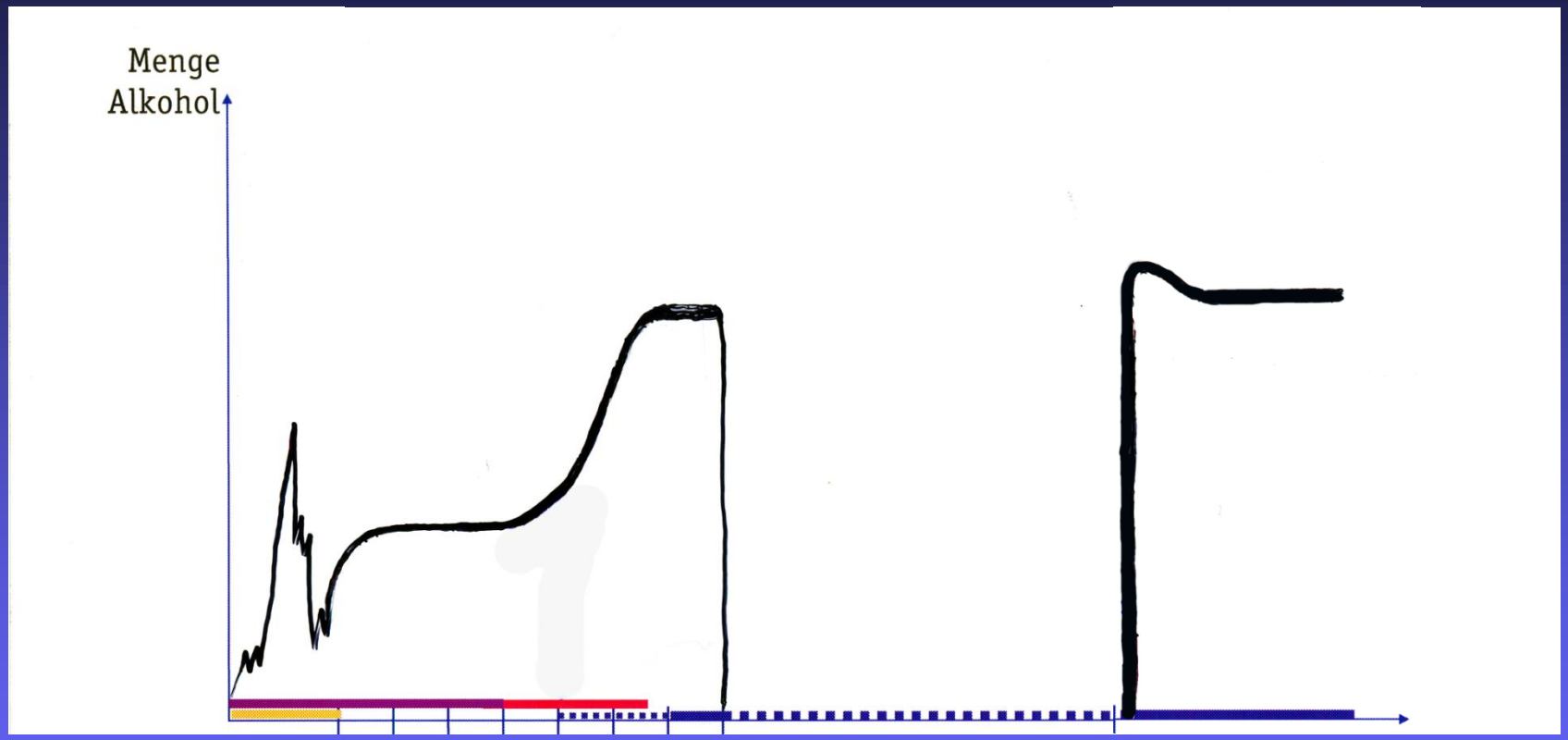
Trinker- bzw.
Alkoholiker-Typologie
nach Elvin Morton
Jellinek (1960)



Das „Rubikon-Modell“

- Die untere Hälfte des Rhombus bildet die Phase des Alkohol-Gebrauchs und –Missbrauchs ab. Medizinische Hilfen wegen körperlicher Folgeerkrankungen sind hier u.U. bereits indiziert. Aber bei ausreichender Motivation kann das Trinkverhalten ohne Behandlung dauerhaft reduziert und geändert werden.
- Ist man jedoch einmal in die Phase des Kontrollverlusts bzw. der Abstinenzunfähigkeit eingetreten, gibt es keine Rückkehr zu einem dauerhaft unschädlichen bzw. naiven gemäßigten Konsum.
- Die Sucht ist zur chronischen Krankheit geworden, die vollkommen zum Stillstand gebracht und damit überwunden werden kann. Sie ist jedoch nicht heilbar in dem Sinne, dass ein Zustand wie vor beginn der Erkrankung wiederhergestellt werden kann

Wolffgramm & Heyne: Studien zum Kontroll- und Reversibilitätsverlust bei Opiaten, Amphetaminen und Alkohol (1997)



Experimentieren

9 Mon. Abstinenz

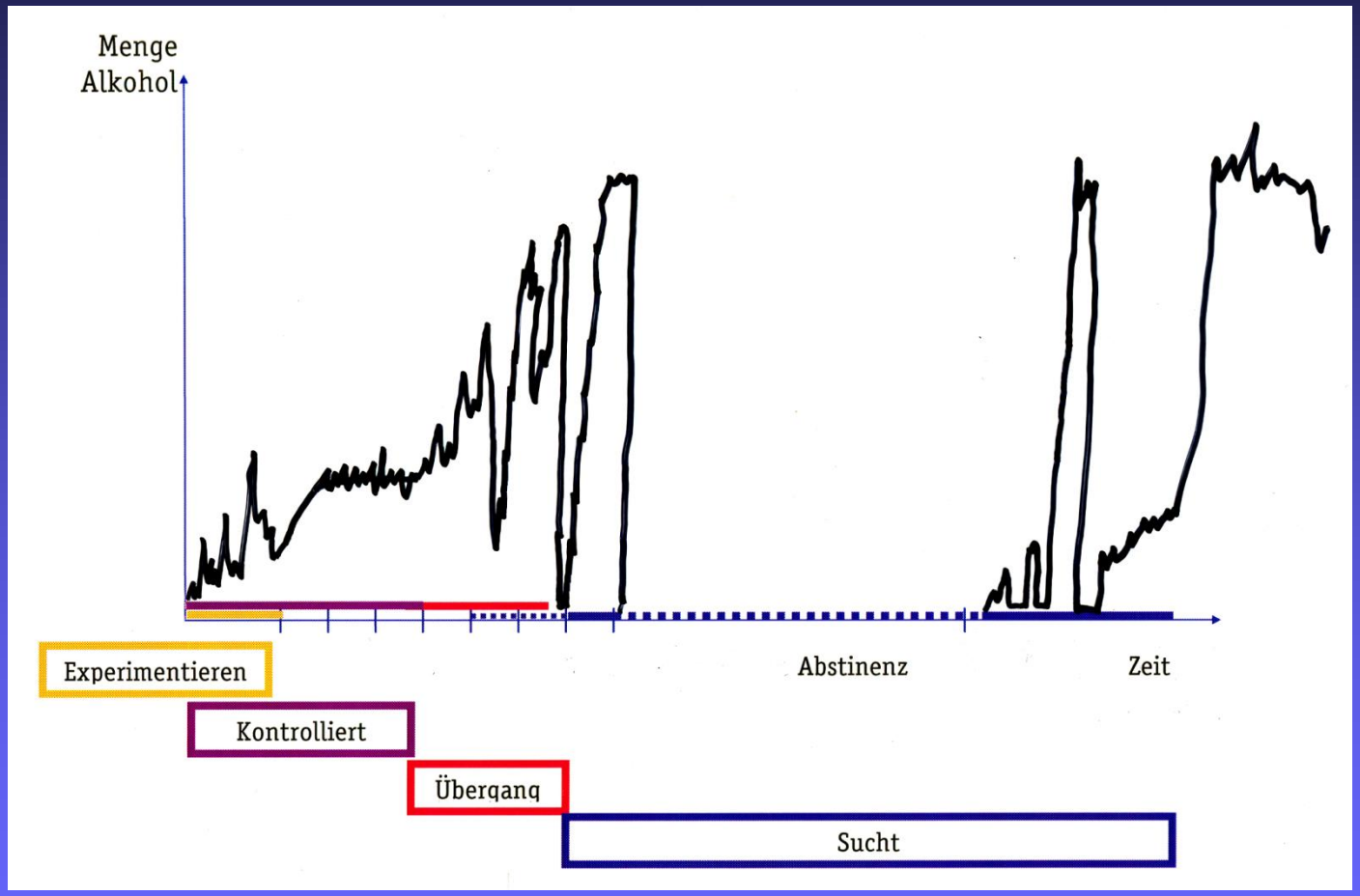
Wahlmöglichkeit

Kontrollierter Konsum (äußere Bedingungen beeinflussen die Höhe des Konsums)

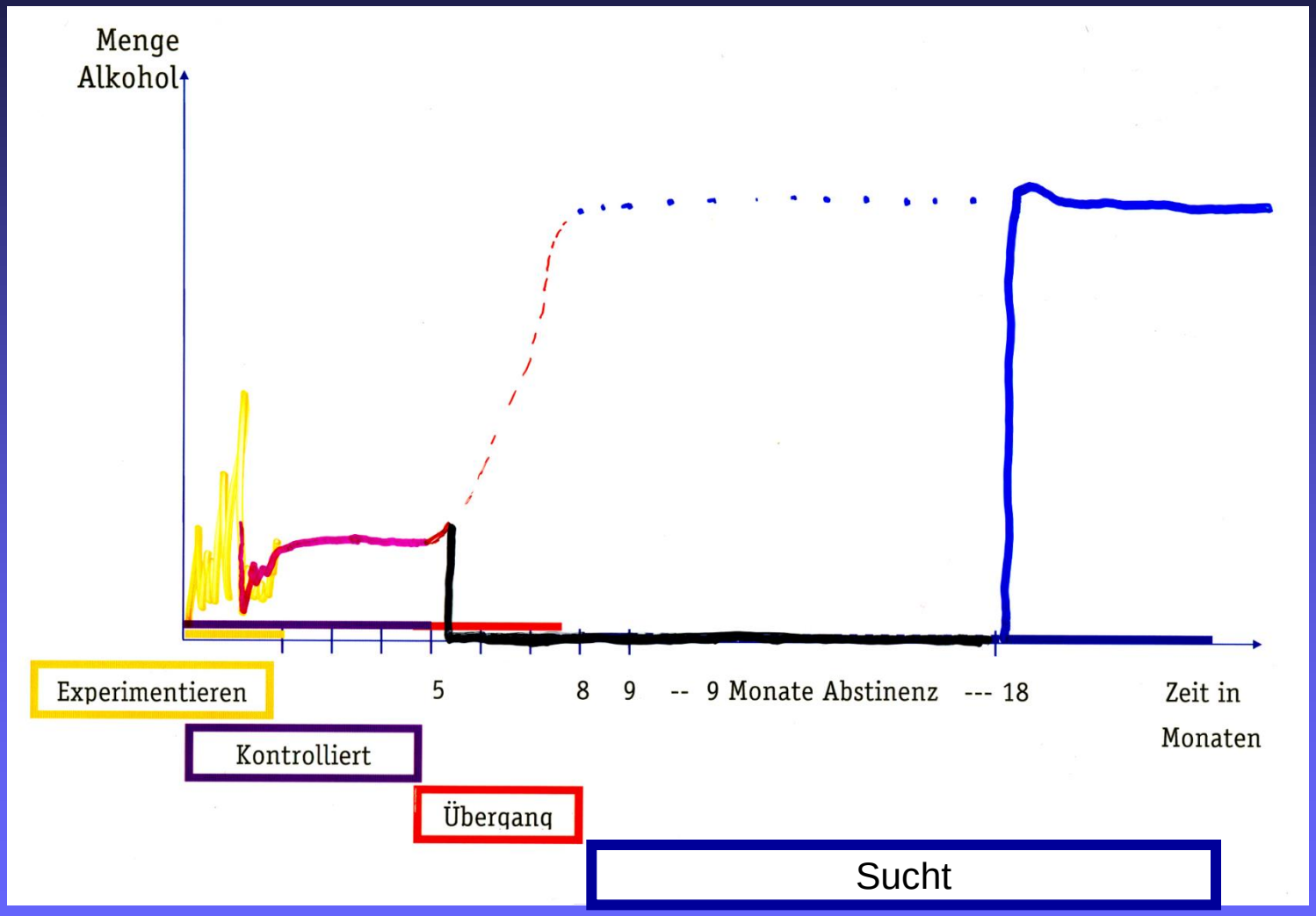
„Übergangsphase“: rascher Anstieg (bei ca. 50% der Tiere)

Sucht: Gleich hoher Konsum unter allen Haltungsbedingungen

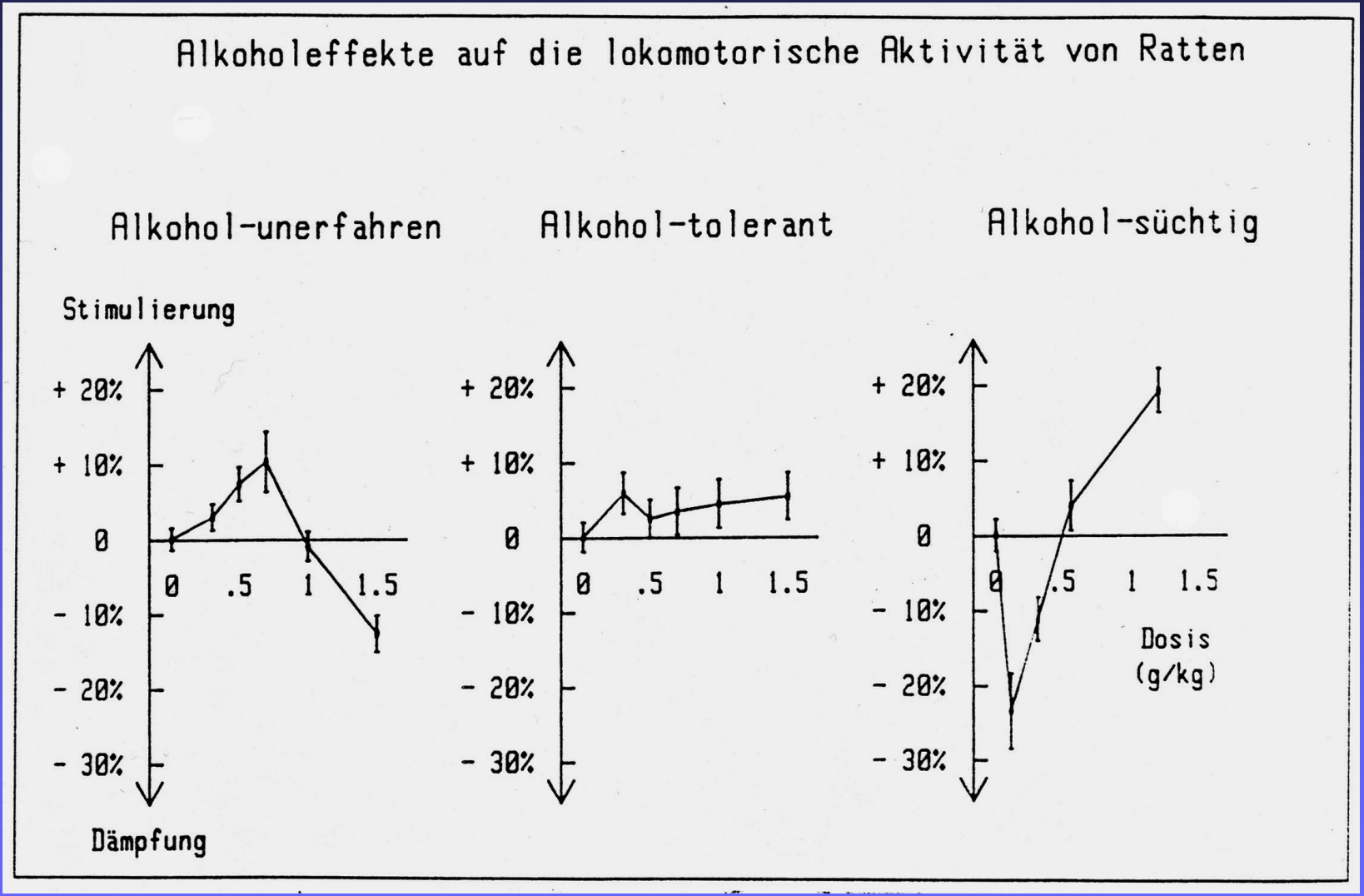
Beim Menschen sind die Verläufe nicht so glatt wie bei Tieren: der Mensch konsumiert nicht naiv (Selbstreflexion)



Die Sucht beginnt nicht erst beim Hochkonsum sondern früh in der Übergangsphase!



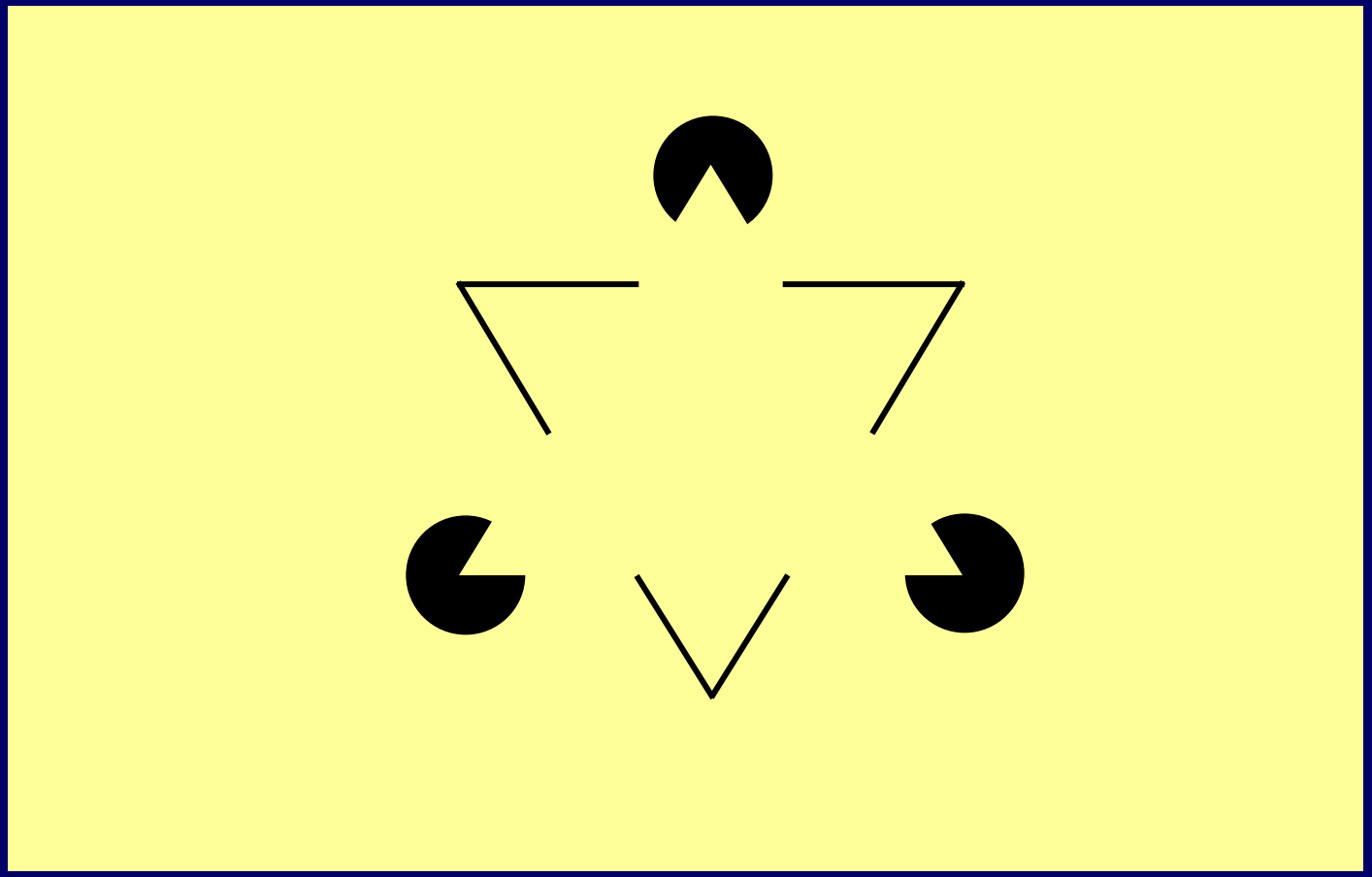
Gibt es sonstige eindeutige Indikatoren für Sucht?



Schlussfolgerungen / Hypothesen

- Bei gesellig lebenden Tieren mit einem dem Menschen ähnlichen Zentralnervensystem gibt es einen Kontrollverlust über den Konsum psychotroper Substanzen, der unabhängig von den Umgebungsbedingungen lebenslang bestehen bleibt.
- Der Zeitpunkt für den Beginn des Kontrollverlusts liegt bereits vor dem sichtbaren Kontrollverlust, **vor** der Hochkonsumphase
- Am Bewegungsverhalten nach dem Konsum von Alkohol lassen sich alkoholabhängige Tiere von denen unterscheiden, die keine Erfahrung mit Alkohol haben bzw. die alkoholtolerant sind.
- Beim Menschen gibt es wegen seiner Fähigkeit zur Selbst-beobachtung und –bewertung eine erheblich breitere Variation des Suchtverhaltens: Die Sucht tritt nicht so klar und ungefiltert in Erscheinung wie beim Tier
- Der Mensch reagiert auch weniger reflexhaft auf substanz-bezogene Auslöser; häufig bleiben sie unter der Bewusstseins-schwelle

Visualisierung, wie „Verlangen“ entsteht

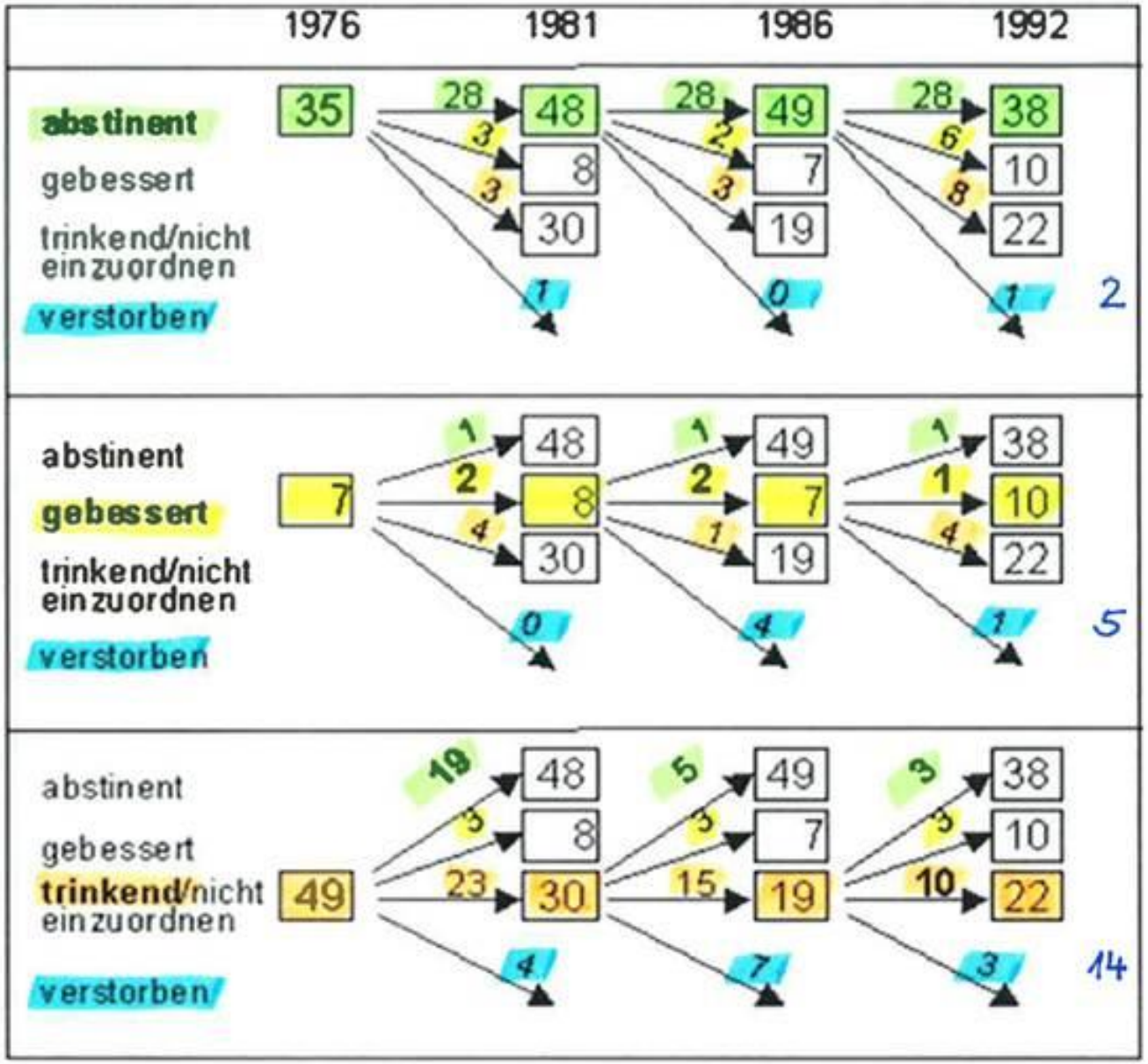


Man sieht ein „magische Dreieck“, oder? Ähnlich prägnant ergibt sich „Verlangen“ als neue Qualität aus bestimmten äußeren und inneren Reizmustern, manchmal ganz unvorhersehbar.

Auslöser für ein zentralnervöses Reaktionsmuster „Verlangen“ sind sehr individuell / substanzspezifisch

Langzeitverläufe bei 91 Alkoholabhängigen

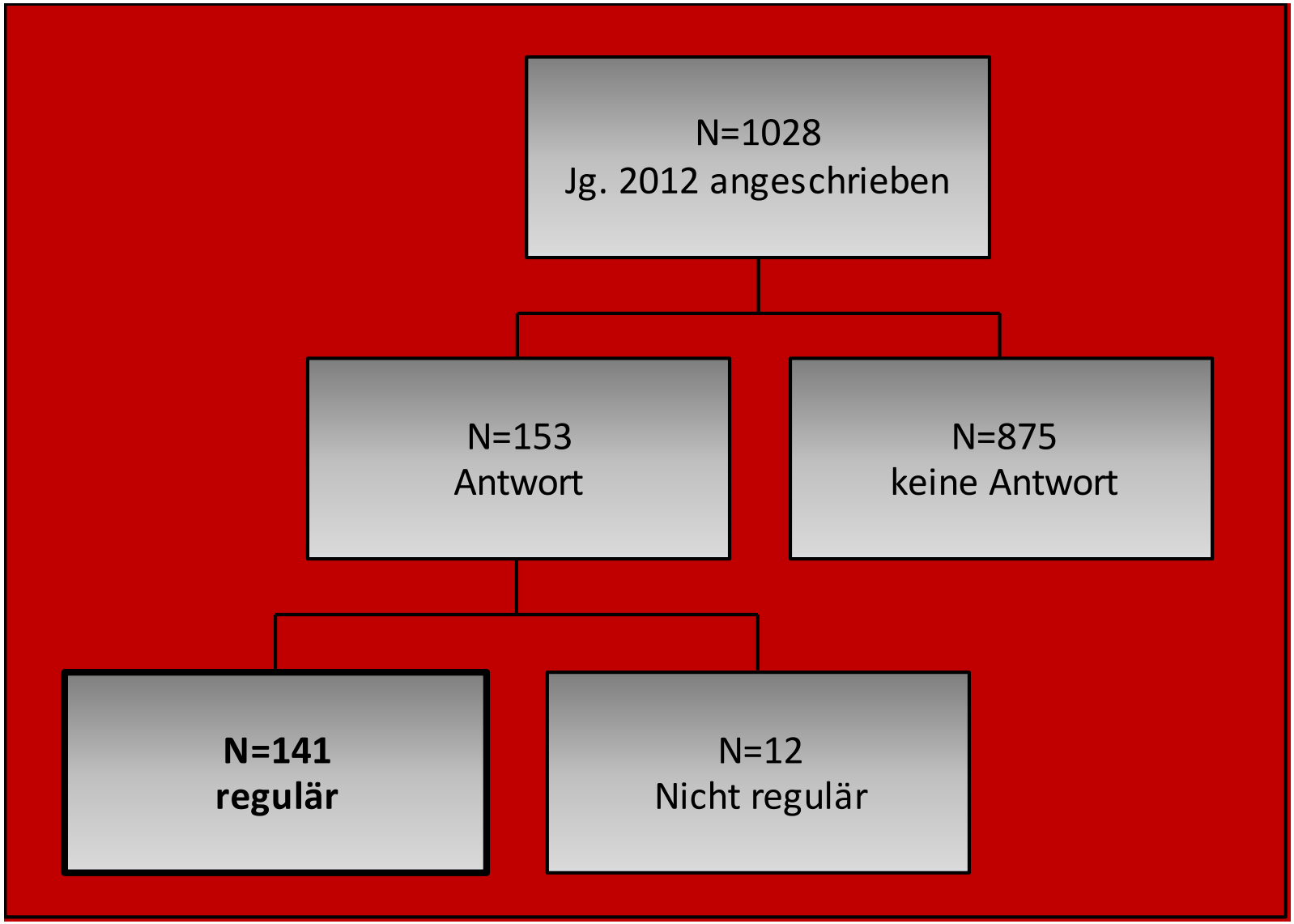
(D. Schäfer. In: Längle, Mann & Buchkremer (Hrsg.): Sucht – die Lebenswelten Abhängiger. Atempo, Tübingen 1996)



Die 12-Jahres-Verläufe zeigen …

- Abstinenz ist das sicherste und beständigste Therapieergebnis
- Abstinenz sichert das Überleben am nachhaltigsten
- „Gebesserte“ werden sehr häufig rückfällig, sind also immer nur periodisch gebessert
- Alkoholismus ist eine lebensgefährliche Krankheit: 14 Todesfälle bedeuten eine Risiko des Versterbens von ca. 35 Prozent
- Viele Rückfällige werden im ersten 5-Jahreszeitraum doch noch abstinent (mit oder ohne erneute Therapie)

salus 5-Jahreskatamnese Entlass-Jg. 2012
Leitfrage: Erfahrungen mit Alkoholkonsum / KT?



Antworten zu der Frage nach Erfahrungen mit Alkoholkonsum während 5 Jahren nach Behandlung

Ergebnisse / Schlussfolgerungen

- 10 Personen berichten von einem gemäßigten, schadlosen Alkoholkonsum während des gesamten Befragungszeitraums
- Bezogen auf alle Patienten (1028) entspricht dies einem „Erfolg“ von weniger als 1%
- Bezogen auf die Antworter, die über einen Alkoholkonsum im Befragungszeitraum berichten (74), sind 13,5% als erfolgreich einzustufen
- 18 der 45 Personen mit Phasen moderaten Konsums haben wieder die Abstinenz gewählt (40%), 17 bezeichnen sich als rückfällig (37,8%)
- Wegen der kleinen Anzahl sind Prozentwerte bei den verschiedenen Formen des moderaten Trinkens unsinnig, aber tendenziell scheinen diejenigen eher Aussicht auf Erfolg zu haben, die sich ernsthaft an die Regeln des Kontrollierten Trinkens halten (4 von 5 sind „erfolgreich“)
- **Diese Ergebnisse bestätigen uns, wie richtig und wichtig die Abstinenz ist!**
- **Wer sich entgegen allem Expertenrat nicht zur Abstinenz entschließen mag, sollte sich ernsthaft mit dem Kontrollierten Trinken auseinandersetzen**

Woher kommt in letzter Zeit die Relativierung der Abstinenz als Ziel der Suchtbehandlung?

?

Kein Grund für ein Umdenken ist die Entwicklung des Alkoholkonsums

Alkohol

Verbrauch an Reinalkohol* je Einwohner/in im Alter ab 15 Jahren

Jahr	Liter
1970	14,4
1980	15,1
1990	13,4
2000	12,0
2010	10,7
2011	11,0
2013	10,7
2015	10,7

2016: minus 1,25% gegenüber 2015 = 10.57

Quelle: Jahrbuch Sucht 2018 (Hrsg.: DHS)

Was sagen uns die Zahlen zum Konsum?

- In allen Ländern kovariiert die Anzahl der Alkoholkranken mit der Menge des Pro-Kopf-Konsums
- Die Zeit vom Beginn eines hoch riskanten Konsums bis zum Beginn einer Behandlung beträgt ca. 12 Jahre
- Das heißt: Nach der Konsumspitze Anfang der 80er müsste **die Zahl der Alkoholiker in Deutschland seit Mitte der 1990er bis heute um insgesamt 30% gesunken sein**
  15,1 : 10,6 l (12% zwischen 2000 und 2016)
- Die Zahl der Koma-Trinker unter den Jugendlichen ist wieder deutlich zurückgegangen; die Jugend lebt großenteils gesundheitsbewusst; die Führerscheinbestimmungen für Fahranfänger wirken sich ebenfalls positiv aus = **die gesundheitlichen Folgeschäden des Alkoholmissbrauchs verringern sich bereits erheblich.**
  Die Suchthilfe-Politik hat diesbezüglich also nicht versagt!

Woher kommen dann die Fragezeichen?

- Neue pharmakologische Produkte / wirtschaftliche Interessen der Pharmaindustrie -> *Dr. Kramer*
- **Verändertes diagnostisches System DSM-5: Kontinuum der Schweregrade (gering – mittel – schwer); kein Rubikon-Modell mehr (Missbrauch vs. Abhängigkeit)**
- **Verallgemeinerung der Substitution bei Opiat-abhängigen auf andere Suchtstoffe (trotz desolater sozialer Situation der Langzeitsubstituierten)**
- **Revival des „Kontrollierten Trinkens“ KT (Rauchens, Drogenkonsums usw.)**

Kontrolliertes Trinken …

… ist nicht zu verwechseln mit schadensarmem, moderatem oder „normalem“ Trinken, sondern es ist definiert als:

1. **Max. 60 g Alkohol pro Trinktag bzw. max. 0,8 Promille und maximaler Konsum pro Woche von 140 g** (für Männer, Hälfte für Frauen)
2. **Mind. zwei alkoholfreie Tage pro Woche**
3. **Kein Konsum in individuell definierten Situationen** *(nächste Folie)*

Kontrolliertes Trinken (2)

Neben der Alkoholmenge können individuell weitere Bedingungen des Konsums festgelegt werden:

- **Trinkzeit** (z.B. erst nach 18 Uhr)
- **Trinkort** (z.B. nicht zuhause)
- **Soziales Umfeld** (z.B. nicht mit alten „Trinkfreunden“)
- **Eigenes Befinden** (z.B. nicht zur Selbstbehandlung depressiver Phasen)
- **Getränkereihenfolge** (z.B. vor jedem alkoholischen ein großes nichtalkoholisches Getränk trinken)
- **Trinkgeschwindigkeit** (z.B. nicht mehr als 8-10 g Ethanol pro Stunde, so dass Alkoholaufnahme und -abbau sich die Waage halten)

Woher kommen dann die Fragezeichen?

- Neue pharmakologische Produkte -> *Dr. Kramer*
- Veränderte diagnostische Systeme, DSM-5: Kontinuum der Schweregrade, kein Rubikon-Modell
- Verallgemeinerung der Substitution bei Opiatabhängigen auf andere Suchtstoffe
- Revival des Kontrollierten Trinkens (Rauchens, Drogenkonsums usw.)
- **„Akzeptierende“ Drogenhilfe, Harm-Reduction**
- **Statistik: nur ein geringer Teil der Alkoholkranken und riskanten Trinker begibt sich in eine gezielte Behandlung; abschreckendes Therapieziel Abstinenz?!?**
- **Prävention als ökonomisch effiziente Maßnahme** (Verhältnis von Ergebnis zu Aufwand) **der Gesundheitspolitik: „Public Health“**
- **Verhaltenssüchte: Gaming und Gambling am PC**
- **Zeitgeist: Alles ist änderbar (Bodyshaping, Genetik …), nichts muss als unveränderlich hingenommen werden**

Die häufigsten Wörter in Werbeslogans

„Wir wollen einfach mehr“
genug ist nicht genug

Lieber trocken trinken als trocken feiern.

(Henkell trocken Sekt)

Was ist gute Therapie bei Alkoholproblemen?

- **Emanzipatorisch:** Die Änderung soll die Freiheitsgrade einer Person vergrößern, nicht verringern. **Abstinenz befreit!**
- **Wissenschaftlich basiert:** z.B. katamnestische Auswertung von neuen Ansätzen nicht nur im Setting der Forschung, sondern im Praxiseinsatz
- **Verhaltensökonomisch:** subjektiv „wirtschaftlich“ i.S. eines günstigen Verhältnisses von Aufwand und Nutzen, z.B. leicht zugänglich, einfach erreichbar usw.
- **Zielverhalten sozial gebilligt und unterstützt:** a) kulturell, gesellschaftlich b) unmittelbares Netzwerk
- **Partnerschaftliche Haltung, d.h. Zielverhalten von Betroffenen selbst gewählt:** Zieloffenheit

Halten wir´s mit Friedrich Schiller:

Wohl dem Menschen,
wenn er gelernt hat zu ertragen,
was er nicht ändern kann,
und preiszugeben in Würde,
was er nicht retten kann.

Eine Aussage mit Ausrufezeichen!!!

Abstinenz ist das wichtigste Lebens-Mittel für alle Suchtkranken