

Realistische Ziele und adäquate Methoden in der Suchtmedizin : Auswege aus der Abstinenzfalle

Autor(en): **Meili, Daniel / Dober, Susan / Eyal, Edgar**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **30 (2004)**

Heft 3

PDF erstellt am: **16.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800557>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Realistische Ziele und adäquate Methoden in der Suchtmedizin – Auswege aus der Abstinenzfalle

Die Reduktion der Mortalität und die Förderung der Lebensqualität von Drogenabhängigen müssen ins Zentrum der Behandlungsbemühungen gerückt werden. Hilfreich dazu kann eine Neukonzeptualisierung mit einer Unterteilung in substitutionsgestützte und abstinenzgestützte Behandlungsmethoden sein.

DANIEL MEILI, SUSAN DOBER
UND EDGAR EYAL*

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf das Feld der illegalen Drogen mit der «harten» Droge Heroin als Leitsubstanz. Die Überlegungen schliessen aber auch Kokain mit ein und Analogieschlüsse zu weiteren illegalen und legalen Drogen lassen sich ziehen.

* Dr. med. Daniel Meili, lic. phil. Susan Dober und lic. iur. Edgar Eyal. ARUD Zürich, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen. Kontaktadresse: Dr. med. Daniel Meili, ARUD Zürich, Konradstr. 1, 8005 Zürich, E-Mail: d.meili@arud.zh.ch.

Abstinenzparadigma

Bis heute wird immer noch mehrheitlich von der Vorstellung ausgegangen, die Suchttherapie habe den Abhängigen und die Gesellschaft von der Sucht zu befreien. Bei der Opiatabhängigkeit wird die Substitution als Mittel zur Schadensverminderung zwar weitgehend akzeptiert. Das Credo heisst dann aber: wenn schon nicht abstinente, so doch abstinente von Beikonsum und langfristig lauert vollständige Abstinenz weiterhin als unumgängliches Ziel. Sei es ambulant oder stationär, das Abstinenzparadigma in der Suchttherapie lebt weiter.

Ein wichtiger Grund für das Festhalten an der Abstinenz als oberstem Behandlungsziel dürfte sein, dass wohl in keinem anderen Gebiet der Medizin derart viele verschiedene, teils konträr positionierte Kräfte bei der Gestaltung des Hilfsangebots mitmischen, wie im Bereich der illegalen Drogen. Weitgehend moralische und normative Ansätze, die Strömungen aus der Bevölkerung, der politischen Parteien, der Sozialämter, der Justiz und der Polizei entstammen, bestimmen die Rahmenbedingungen von Behandlungen. Dies wird dann Drogenpolitik genannt. In keiner anderen medizinischen Disziplin würde eine derartige Einmischung akzeptiert. So gibt es beispielsweise weder eine Diabetespolitik noch eine Schizophreniepolitik.

Sucht (oder Abhängigkeit) ist per Definition eine chronische Erkrankung^{1,2}. Um vom Abstinenzparadigma wegzukommen, sollte man sich bei der Behandlung von drogenabhängigen Menschen lediglich an zwei Grundzielen in der Behandlung chronischer Erkrankungen orientieren: Erstens an der Reduktion der wichtigsten Schädigungen und zweitens an der Verbesserung der Lebensqualität. Wie in der Folge gezeigt wird, kommt es in der Behand-

lung von Opiatabhängigen zu einer grundlegend anderen Gewichtung des Angebots, wenn die Reduktion der Mortalität – als grösstmögliche Schädigung – und die Förderung der Lebensqualität ins Zentrum des therapeutischen Schaffens rücken.

Zielsetzungen in der Suchttherapie anhand von Prognose und Beeinflussbarkeit

Erstaunlicherweise lässt sich immer wieder feststellen, wie Zielsetzungen mit derselben PatientInnengruppe vollständig divergieren können. Das Spektrum reicht von der Abstinenz als unabdingbares oberstes Ziel bis zur Forderung der kompletten Freigabe der Drogen, da deren Konsum in der Verantwortung des Einzelnen liegen müsse. Doch welche Ziele können überhaupt erreicht werden?

Ziele sind nur dann sinnvoll, wenn der Prozess so beeinflusst werden kann, dass eine Veränderung in deren Richtung stattfindet (Realitätsprinzip). Zudem müssen die Festlegung und die Planung zur Umsetzung gemeinschaftlich zwischen den zu Behandelnden und den Therapierenden erarbeitet und von Beiden akzeptiert werden (Gemeinschaftsprinzip), um stabile Veränderungen zu erlangen.

Im sozialen Bereich (Wohnen, Arbeit, Kriminalität) ist die positive Einflussnahme durch therapeutische Massnahmen bei Drogenabhängigen, seien sie stationär oder ambulant, weitgehend unbestritten. Wenden wir uns also auf der einen Seite der unbekannteren Mortalitätsrate zu, auf der anderen Seite dem Drogenkonsum bzw. der Abstinenz. Die Ausführungen dazu beziehen sich zu einem grossen Teil auf Übersichtsarbeiten wie beispielsweise diejenige von Ward, Mattick und Hall aus dem Jahr 1998³, die sich die Mühe machten, weltweit die Erkenntnisse

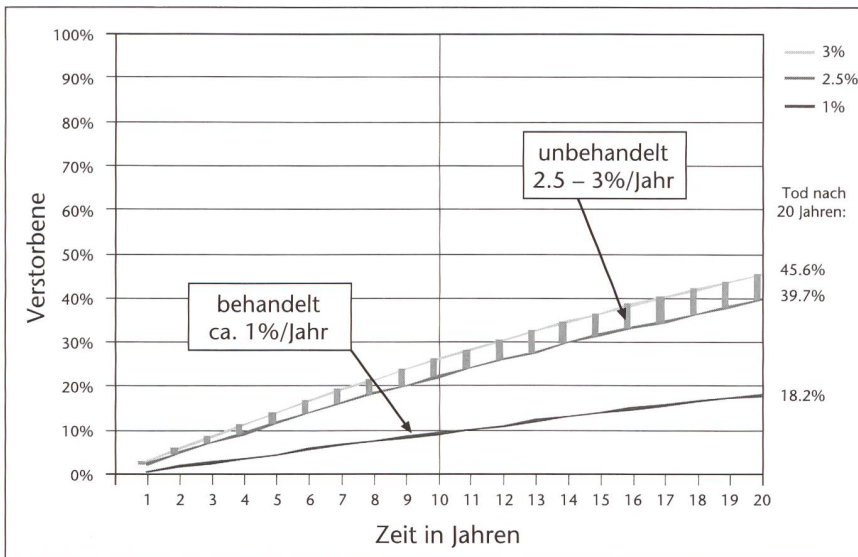


Abb. 1: Verstorbene nach 1 bis 20 Jahren bei Sterberaten von 1%, resp. 2.5-3% pro Jahr (bei problematischem Konsum von Heroin/Kokain).

über Substitutionsbehandlungen zu sichten und zu werten.

Mortalität – das verdrängte Problem

Bei unbehandelten Opiatabhängigen wird die Sterberate auf etwa 2.5 – 3% pro Jahr geschätzt⁴. Darunter werden alle Todesfälle subsumiert, seien es Intoxikationen, infektionsbedingte Sterbefälle, Unfälle, Suizide und anderweitig bedingte Todesfälle. Vielleicht hat

sich diese Zahl mit den neuen HIV-Behandlungen etwas gesenkt⁵, dafür wird nach heutigem Stand des Wissens die Zahl der Hepatitis C-Toten drastisch zunehmen. Im Vergleich dazu liegt die berichtete Todesrate unter Substitutionsbehandlungen meistens bei rund 1% pro Jahr⁶.

Die Spanne zwischen 1 und 3% sieht zwar nach einer relativ kleinen Differenz aus, es handelt sich aber um die jährliche Rate. Werden diese Werte auf zehn oder 20 Jahre kumuliert, sieht dies

dann sehr dramatisch aus (vgl. Abb. 1). 20 Jahre entsprechen beispielsweise dem Altersbereich von 17 bis 37 Jahren, einer Lebensphase, die beim abhängigen Menschen oftmals mit dem zynischen Begriff «Suchtkarriere» bezeichnet wird. Aufgrund dieser Berechnungen sind nach zehn Jahren bereits ein Viertel der Unbehandelten verstorben, nach 20 Jahren sind es 40 bis 45%. Unter Substitution liegen diese Werte nach 10 Jahren bei maximal einem Zehntel bzw. nach 20 Jahren bei unter 20%.

Am Beispiel der Schweiz sei zur Illustration der problematische Umgang mit Drogentodesstatistiken aufgezeigt. Etwa die Hälfte der 30 000 Drogenabhängigen mit problematischem Konsum ist substituiert. Im Jahr 2002 waren es gesamthaft knapp 18 000 Methadon⁷ und rund 1200 Heroinbehandlungen⁸. Dies entspricht allerdings nur einer durchschnittlichen Personenzahl von 15 000 – 16 000. Daneben existieren rund 1000 abstinenzorientierte Behandlungsplätze. Beinahe die Hälfte der Abhängigen befindet sich also nicht in einer Behandlung. In der offiziellen Drogentodes-Statistik werden nur vermutete oder sichere Intoxikationen aufgeführt. Im Jahr 2002 waren dies 167⁹. Nach den Erkenntnissen der Sterberate liegt die Zahl der jährlichen



Todesfälle bei Drogenabhängigen aber bei ca. 580 – etwa 160 (1% von 16 000) bei der Gruppe der Behandelten und ca. 420 (3% von 14 000) bei der Gruppe der Unbehandelten (Estermanns Berechnungen für die 90er-Jahre mit im Durchschnitt 700 Toten lagen sogar noch höher⁴). Dies sind mehr Tote als die gut 500, die der Verkehr in der Schweiz im Jahr 2002 gefordert hat¹⁰.

Wesentlich ist, dass sich die jährliche Mortalitätsrate stark, nämlich auf etwa einen Drittel senken lässt, wenn eine substitutionsgestützte Behandlung mit wenigen Behandlungsaufgaben, genügend hoher Dosierung und diversifiziertem professionellem Hilfsangebot stattfindet^{3,6}. Zieht man die Parallele zu somatischen Erkrankungen mit einer ähnlichen hohen Mortalität, würde man nicht zögern, von einem malignen oder bösartigen Verlauf zu sprechen. Therapeutische Massnahmen, welche die Sterblichkeit um einem ähnlichen Faktor senken, werden als sehr erfolgreich beurteilt, auch wenn sie nicht zu einer vollständigen Heilung führen.

Abstinenz – das überbewertete Ziel

Im Langzeitverlauf über 10 bis 20 Jahre gibt es kaum eine Evidenz, dass sich die Abstinenzquote durch irgendwel-

che therapeutischen Massnahmen, sei es durch abstinenzorientierte, sei es durch substitutionsgestützte Behandlungen, wesentlich beeinflussen lässt. Es deutet alles darauf hin, dass ein allfälliger Unterschied nach Jahren sukzessive verschwindet. Bei einem Teil der Abhängigen scheint der Konsum selbstlimitierend zu sein.

Als Beispiel für viele sei Patrick O'Connor von der Yale University School of Medicine zitiert¹¹:

«...Dennoch gibt es wenig Forschungsergebnisse über die langfristige Wirksamkeit bezüglich der Opioid-Abstinenz über die akute Entzugsphase hinaus (einige Tage oder Wochen). Die Effektivität der Entzugsbehandlung ist für die meisten Patienten fraglich, insbesondere für diejenigen, die täglich Heroin konsumieren.»

Dass das Abstinenzparadigma trotz dieser ernüchternden Bilanz in weiten Teilen das drogentherapeutische Feld dominiert, zeigt sich zum einen in der Gewichtung der Forschungsbemühungen, zum andern in den Konzepten oder Leitlinien von Substitutionsprogrammen. Stellvertretend die folgende Aussage zu den Schweizer Heroinverschreibungsprojekten – ähnliches findet sich auch bei sehr vielen Methadonprogrammen: «Oberstes Ziel in der Suchtbehandlung ist das Erreichen einer selbständigen und eigenverant-

wortlichen Lebensführung in Suchtfreiheit»¹².

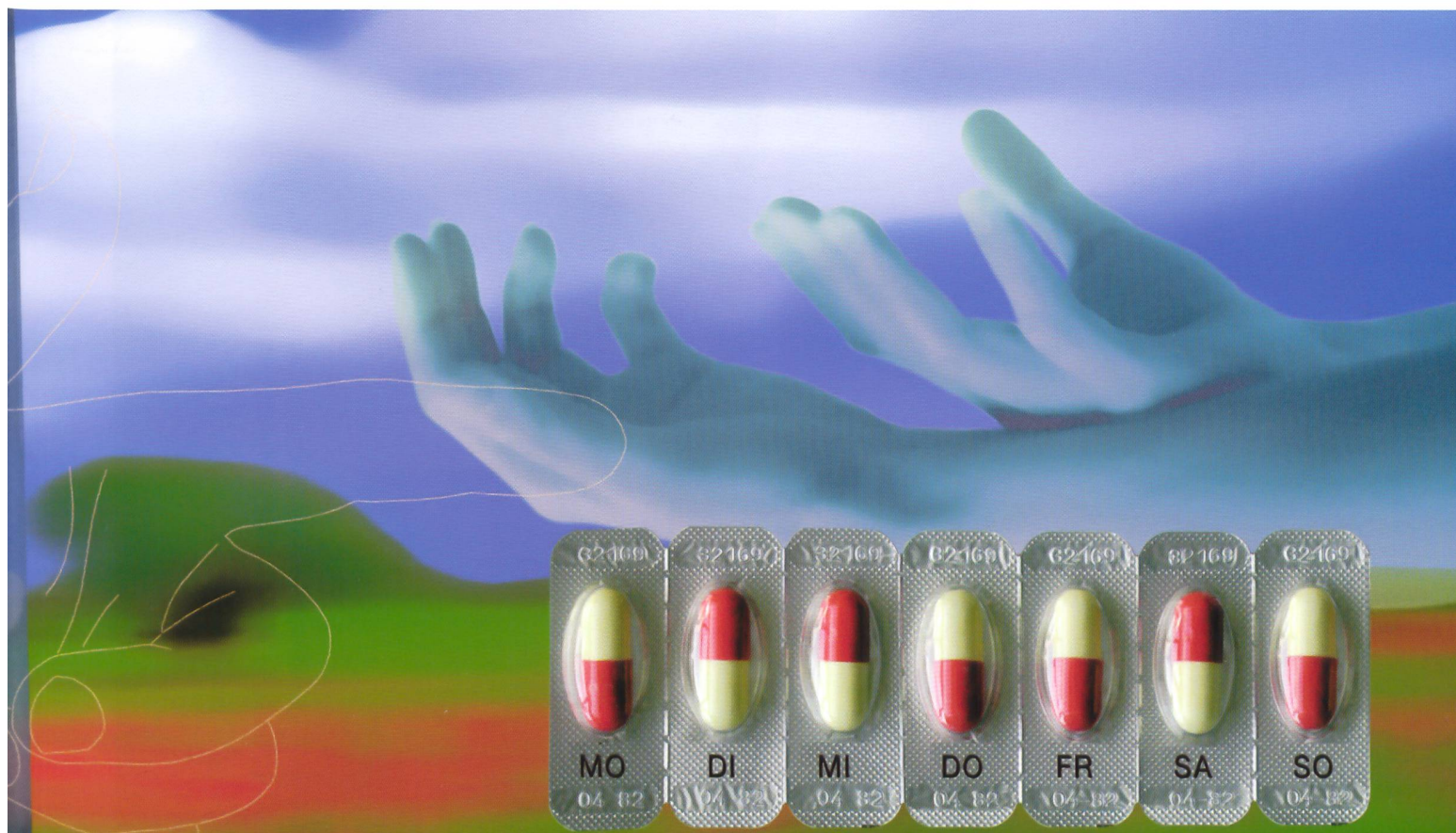
Die tägliche Praxis hat dazugeführt, dass in den meisten Programmen mittlerweile die Überlebenssicherung und Steigerung der Lebensqualität im Zentrum steht. Doch die bekannten, immer wieder anzutreffenden Stufenmodelle belegen, dass in vielen therapeutischen Einrichtungen im Hintergrund die Abstinenz angestrebt wird und die Behandlung entsprechend mitprägt:

- Eintrittsphase, Integration ins Programm
- Stabilisierung und Konsolidierung der gesundheitlichen Situation
- Rehabilitation, Resozialisierung
- Abstinenz und Austritt

Dem ausbleibenden langfristigen Erfolg nach zu schliessen, widerspricht eine solche Zielsetzung deutlich dem Realitätsprinzip. Realistischere Erfolgsvorgaben sind notwendig, wenn wir weder unsere selbstgesteckten Ziele dauernd ausser Acht lassen noch in «therapeutischem Pessimismus»¹³ versinken wollen.

Kontrollierter Konsum – das unterschätzte Phänomen

Der kontrollierte Konsum «harter» Drogen ist ein weiterer Bereich, in dem gut abgestützte Erkenntnisse vorliegen, die aber selbst von vielen Fachleuten



kaum zur Kenntnis genommen oder ignoriert werden.

Schippers und Cramer¹⁴, die eine breite Übersichtsarbeit zum Thema kontrollierter Konsum von Drogen verfasst haben, definieren das Phänomen folgendermassen:

«Kontrollierter Konsum harter Drogen lässt sich demnach als ein Konsum definieren, der nicht in nennenswertem Mass mit persönlichen Zielen kollidiert und durch Selbstkontrollregeln gesteuert wird...» Sie beziehen sich auf fünf Reviews von Langzeitstudien mit gesamthaft über 30 000 Drogenabhängigen und stellen fest, dass nach 10 Jahren ein Viertel zwar immer noch Drogen konsumiert, aber keinen problematischen Umgang damit aufweist.

Weber und Schneider¹⁵, die kontrollierte Drogenkonsumierende und Selbstausstiegende verglichen haben, kommen zum Schluss, dass eine solche Entwicklung die Nutzung und Wirksamkeit vorhandener Hilffsysteme, die Antizipation positiver Folgen und die Aktivierung vorhandener Identitätsressourcen voraussetzt. Dass sich der kontrollierte Konsum gezielt fördern lässt, ist somit anzunehmen.

Zu bedenken ist auch, dass selbst während einer stationären Entwöhnungstherapie von illegalen Drogen oder Alkohol – sowohl zu Beginn wie am Ende der Therapiemassnahme! – für ca. einen Drittel der PatientInnen nicht die totale Abstinenz das Ziel der Wahl ist, sondern ein reduzierter Konsum

oder eine nur vorübergehende Abstinenzphase angestrebt wird¹⁶. Wenn dies bereits bei der Gruppe gilt, die sich in einer langfristigen Entzugsbehandlung befindet, so werden alle andern Konsumierenden noch seltener Abstinenz als primäres und realistisches Behandlungsziel sehen!

Wollen wir uns aber an das Prinzip der gemeinschaftlichen Zielsetzung halten – was für eine erfolgreiche Therapie, mindestens im ambulanten Kontext, unabdingbar ist – so zeigt auch dies, dass wir andere Ziele als die Abstinenz in den Vordergrund stellen müssen. Nämlich Ziele, die aus dem Lebenszusammenhang der PatientInnen heraus Sinn ergeben und für diese selbst erstrebenswert sind.



Zwischenstand in Kürze

Bisher wurden drei Dinge aufgezeigt: *Erstens*: Sucht ist eine chronische Krankheit. Vom Konzept der Heilung auszugehen verkennt die Realität des Verlaufs. In Anbetracht der hohen Mortalität, die als grösstmögliche Schädigung betrachtet werden muss, können wir von einem basalen Behandlungsziel sprechen: Drogenabhängigen muss ermöglicht werden, ihr Überleben zu sichern.

Zweitens: Die Abstinenz lässt sich langfristig durch therapeutische Massnahmen nicht wesentlich beeinflussen. Entsprechend dem Realitätsprinzip kann sie keine sinnvolle und erst noch übergeordnete Zielsetzung sein.

Drittens: Der kontrollierte Konsum harter Drogen, auch bei längerer Abhängigkeit, ist vermutlich ebenso häufig wie die Abstinenz nach Abhängigkeit. Beim gemeinsamen Erarbeiten von Zielsetzungen muss dies berücksichtigt werden.

Neue Ausrichtung der Zielhierarchie

Aus den obigen drei Erkenntniskomplexen sollen im Folgenden die Konsequenzen für die Ausrichtung der therapeutischen Arbeit aufgezeigt werden. Die Suchtmedizin hat sich lange Zeit von Zielvorstellungen leiten lassen, wie sie beispielsweise von Körkel und Kruse vor einigen Jahren (1997)¹⁷ in einer Ziel-Pyramide dargestellt wurden und wo die Verringerung der Konsumhäufigkeit und -menge bis zur Erreichung der Abstinenz im Zentrum stand.

Wir schlagen eine Neuauflage der generellen Zielsetzungen der Suchtbehandlung vor und verzichten auf die Abstinenz als Ziel (Abb. 2).

Die suchtmmedizinische Grundversorgung muss den Abhängigen als Basis das Überleben ermöglichen. Alle weiteren Zielsetzungen haben sich an den Ressourcen, am individuellen Hintergrund und den aktuellen Problemstellungen des drogenabhängigen Menschen zu orientieren. Fähigkeiten sollen sich entwickeln können, um Lebensumstände aufzubauen, die sowohl eine grössere Frustrationstoleranz ermöglichen, wie auch verlässlichere Befriedigungsmöglichkeiten, bessere körperliche und psychische Gesundheit und grössere soziale Sicherheit bieten. Schadensminderung, Stabilisieren der



Abb. 2: Zielsetzungen in der Suchttherapie jenseits des Abstinenzparadigmas.

Lebenssituation und Ausbau der Fähigkeiten sind Prozesse, die aufeinander aufbauen, sich aber auch parallel entwickeln können. Die Vorstellungen und Wünsche der Abhängigen müssen berücksichtigt und in einem gemeinschaftlichen Entscheidungsprozess integriert werden. Die Zielfindung hat unabhängig davon zu geschehen, was die gesellschaftlichen Erwartungen einfordern, aber abhängig davon, was individuell maximal erreichbar ist. Hier setzt eine zentrale therapeutische Leistung ein: Der undogmatische Diskurs über individuell sinnvolle Zielinhalte und deren Realisierungschance. Diese Auseinandersetzung muss immer darauf ausgerichtet sein, die Lebensqualität und Lebensbewältigung der Drogenabhängigen zu verbessern, da Entwicklungsschritte nur Bestand haben, wenn daraus eine subjektiv positive Bilanz resultiert.

Therapeutische Methoden

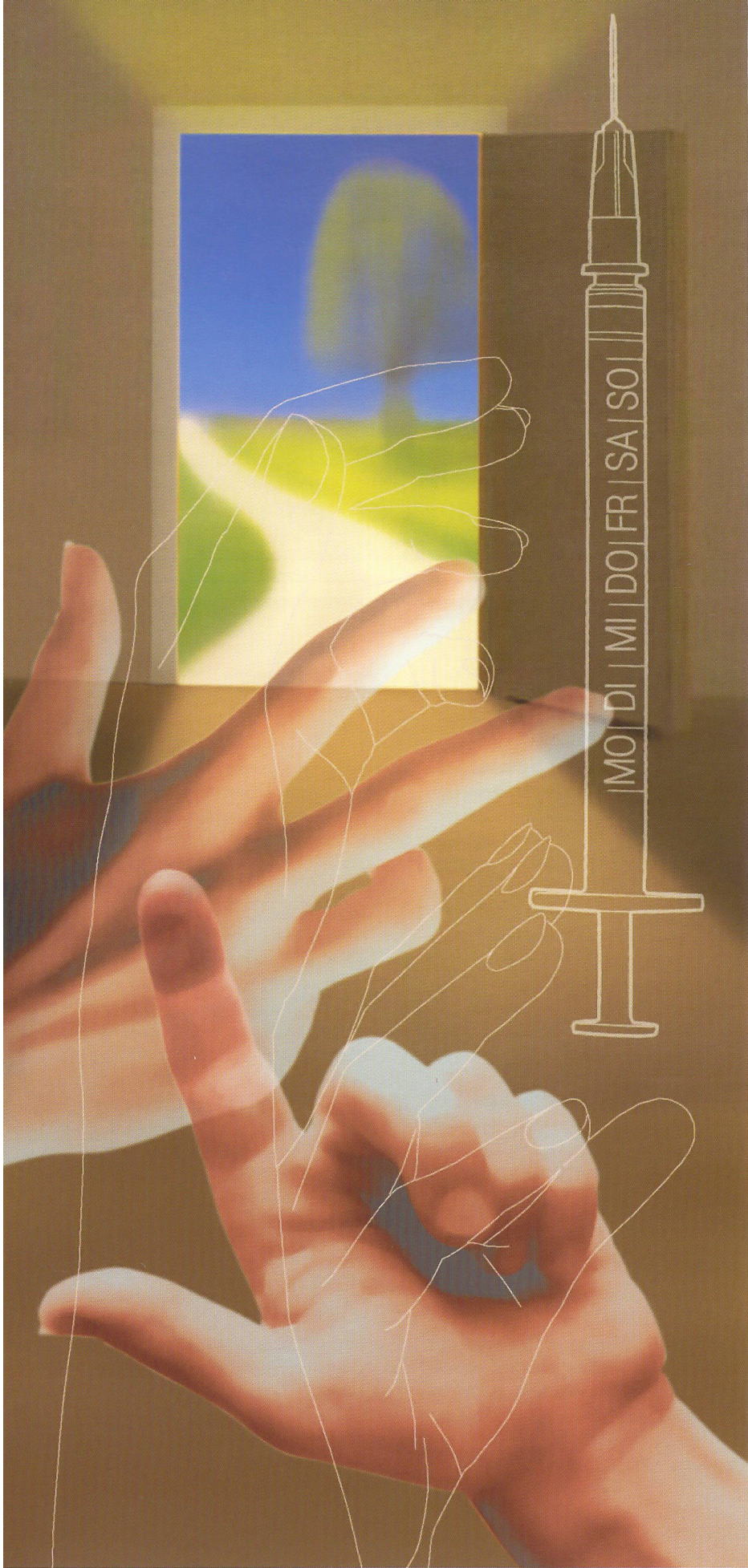
Die Entwicklung der Unterteilung von Suchttherapien in abstinenzorientierte stationäre und substitions-gestützte ambulante Behandlungen als Grundsystem ist ein historisch bedingter Irrtum. Denn hier definiert – vor allem im stationären Setting – der Behandlungsrahmen die Hauptzielsetzung, in diesem Fall die Abstinenz. Ein kategorisches und kategoriales Umdenken ist dringend nötig. Wie bei allen Erkrankungen üblich, müssen die optimalen

Methoden und Techniken für eine Behandlung in einem geeigneten Rahmen oder Setting zur Verfügung stehen.

Wenn Opiate als zentrale Drogen konsumiert werden, stehen zwei grundlegende Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung: Therapien mit oder ohne Substitution. Die heute weitgehend praktizierte Dichotomie substitions-gestützte ambulante Behandlung versus abstinenzorientierte stationäre Therapie, soll in eine Vierfeld-Matrix von Methoden und Settings überführt werden. Einerseits sollen substitions-gestützte Behandlungen konsequent ambulant wie auch stationär angeboten werden. Andererseits wird eine Methode vorgestellt, in welcher Abhängige mindestens phasenweise nicht unter Drogenwirkung stehen – dies aber nicht mit dem Ziel der Abstinenz. Auch diese Therapieform soll in ambulantem wie stationärem Rahmen zur Anwendung gelangen.

Substitutionsgestützte Behandlung

In der substitions-gestützten Behandlung wird als Basis eine illegal konsumierte Droge durch eine legal ärztlich verschriebene ersetzt. Die Verwendung der heute gebräuchlichen Substitutionsmittel wie Methadon, Buprenorphin, Heroin oder anderer Opiate erfüllt die Basisforderung der Zielpyramide, indem sich die Mortalitätsrate massiv senken lässt^{3,6} und sich Sekun-



därrisiken, wie Neuansteckungen mit Hepatitis B und C und HIV, reduzieren^{18,19}.

Ambulant

Die substitutionsgestützte ambulante Behandlung als weitgehend bekannte Methode, ist sicher die zentrale Säule der Überlebenshilfe bei Opiatabhängigen. Die wichtigsten Modifikationen, die vielerorts vorgenommen werden müssten, sind: Definitiver Abschied von der Abstinenz als Ziel, Senken der Eintrittsschwelle, höhere Dosen, flexiblerer und eigenverantwortlicherer Umgang mit der Dosierung, weniger obligatorische Auflagen an die Betreuung, Ausbau des fakultativen Angebots an medizinischer, d.h. psychiatrischer und vor allem auch somatischer Betreuung. Der soziale Aspekt ist meistens genügend berücksichtigt.

Stationär

Für eine Gruppe Abhängiger in desolatem psychischem, körperlichem und/oder sozialem Zustand, für die keine andere Behandlungsmethode geeignet ist, sollen stationäre substitutionsgestützte Behandlungen geschaffen werden. Der beschrittene Weg soll dahin führen, dass die Behandlung in eine stabile ambulante substitutionsgestützte Therapie überführt werden kann. Beispielsweise könnte die Grundlage dafür erarbeitet werden, dass eine Patientin nach Austritt aus der stationären Einrichtung einer regelmässigen Tätigkeit nachgehen oder ihre Kinder adäquat versorgen kann. Neben verschiedenen Therapieformen würden, wie im abstinenzgestützten stationären Setting auch, Aus- und Weiterbildungselemente helfen, die soziale Kompetenz zu erhöhen. Daneben könnten somatische Zielsetzungen in den Fokus genommen werden: Zum Beispiel die Durchführung oder das Einleiten einer Hepatitis C-Therapie oder das Einstellen einer HIV-Behandlung, sofern dies ambulant nicht gelingt. Hierfür würden sich therapeutische Gemeinschaften mit Einbezug kompetenter medizinischer Versorgung hervorragend eignen.

Abstinenzgestützte Behandlung

Neben der substitutionsgestützten Behandlung wird eine zweite Behand-

lungsmethode vorgestellt. Dazu soll ein neuer Terminus eingeführt werden, der aus anderem Munde stammt und für die hier wiedergegebene Haltung sehr treffend erscheint. Thomas Meyer, Chefarzt der Forellklinik (einer Klinik, in der Alkoholabhängige behandelt werden) äusserte im Frühjahr 2002 in einem Referat über Therapieziele im Suchtbereich folgendes: *«Abstinenz ist kein Behandlungsziel, sondern, wenn schon, eine Behandlungsmethode; Stichwort: abstinenzgestützte Therapie»*²⁰. Bezeichnungen wie abstinenzorientiert oder sinnverwandte Begriffe wie Abstinenzbehandlung, denen die Abstinenz als Hauptziel gemeinsam ist, sollen aufgegeben werden. Die Methode der abstinenzgestützten Behandlung soll analog zur Methode der substitutionsgestützten Behandlung konzeptualisiert werden. Die Überlegungen zu dieser Therapieform gelten grundsätzlich für alle Substanzabhängigkeiten.

Bei der abstinenzgestützten Behandlung werden Phasen angestrebt, in denen die Abhängigen nicht unter Drogenwirkung stehen. Die Länge dieser Phasen soll individuell festgelegt und je nach Lebensumständen angepasst werden. In diesen Phasen kann – ebenso wie unter stabiler Substitution – einerseits die Auseinandersetzung mit eigenen Konsummustern und Konsumformen gefördert werden und andererseits können andere therapeutische Ziele, die zur Stabilisierung der Lebenssituation und Verbesserung der Lebensqualität beitragen, verfolgt werden. Ein positiver Effekt der erreicht werden kann, ist ein stabiler kontrollierter Konsum, der wie bereits beschrieben *«... nicht in nennenswertem Masse mit persönlichen Zielen kollidiert und durch Selbstkontrollregeln gesteuert wird ...»* und *«... im Hinblick auf Menge und Häufigkeit limitiert und hinsichtlich der Konsequenzen unproblematisch»* ist¹⁴. Ebenso können weniger riskante Konsumformen gesucht werden. Angestrebt wird das individuell höchste Kontrollniveau, welches aktuell erreicht werden kann und eine grösstmögliche Stabilisierung der Lebenssituation ermöglicht. Die maximale Kontrolle des Konsums ist die anhaltende Abstinenz, die als längst mögliche Phase ohne Drogenwirkung betrachtet werden kann.

Der Drogenkonsum, auch nach längerer Abstinenz, sollte weder als Rückfall noch als Misserfolg bewertet werden, sondern als Beikonsum zur Abstinenz, analog zum Beikonsum zur Substitution. Gerade bei längerer drogenfreier Zeit ist es äusserst wichtig, Vorkehrungen zu treffen, um sicherzustellen, dass sich bei erneutem Konsum die Kontrolle aufrecht erhalten lässt und ein Eintauchen in die Spirale des unkontrollierten Konsums verhindert werden kann. Dies ist unter anderem wegen der physiologischen Toleranzbildung auf Drogen notwendig und lebenserhaltend.

Ambulant

Die ambulante abstinenzgestützte Behandlung kann nach einer langsamen Reduktion eines Substitutionsmittels, nach einem rascheren ambulanten oder stationären «körperlichen» Entzug (mit oder ohne medikamentöse Unterstützung bzw. Substitutionsmittel), nach einer stationären abstinenzgestützten Behandlung oder ohne Vorbehandlung direkt zur Anwendung gelangen. Um die Kontrolle des Konsums zu vergrössern sind oft kognitivverhaltenstherapeutische Elemente hilfreich, wie sie auch in Programmen zum kontrollierten Alkoholkonsum angewandt werden.

Günstig kann die ambulant angewandte Methode speziell bei Berufstätigen oder sozial Gebundenen sein, z.B. bei PatientInnen mit Kindern. Geeignet ist sie aber auch für Abhängige, die den Konsum nicht so radikal verändern können oder wollen, wie es in einem stationären Setting notwendig wäre (s. unten). Im ambulanten Bereich kann beispielsweise eine Reduzierung von sechs intravenösen Applikationen auf eine pro Tag bereits als minimale abstinenzgestützte Intervention bezeichnet werden, die sehr erfolgreich hinsichtlich der Schadensminderung ist. Eigene Erfahrungen liegen im Einzelsetting sowohl mit Opiat-, als auch mit Kokainabhängigen und solchen mit polytoxikomanem Konsummuster vor. Da bei Kokainabhängigen die Substitution keine legale Option darstellt, kommt die abstinenzgestützte Behandlung hier häufiger zum Zuge. Es zeigt sich, dass die unterschiedlichsten kontrollierten oder zumindest kontrollierteren Konsummuster Bestand haben können.

Stationär

Die stationäre abstinenzgestützte Behandlung ist vermutlich für alle als Therapieversuch geeignet, die sich auf diesen Rahmen einlassen wollen. Zu Beginn einer solchen Behandlung muss gegenwärtig eine starke Konsumreduktion vorausgesetzt oder sogleich angestrebt werden, da aufgrund der Praktikabilität und aus rechtlichen Gründen der Konsum illegaler Drogen in der jeweiligen Institution kaum tolerierbar ist.

Mit den Abhängigen können Strategien erarbeitet werden, die darauf abzielen, dass die Chance steigt, nicht mehr zu konsumieren (maximale Kontrolle) oder kontrolliert zu konsumieren. Wird der Konsum nicht als Rückfall, sondern als optimal zu kontrollierender Beikonsum gewertet, macht die bei abstinenzorientierten Therapien oftmals lange Abschirmung von der Aussenwelt kaum Sinn. Die frühzeitige Konfrontation mit Konsum oder Konsummöglichkeiten soll fester Bestandteil der Behandlung sein. Erfolgreich zu sein, kann dann bedeuten, den Konsum im Ausgang zu reduzieren, beispielsweise auf einmal pro Woche oder auf das Wochenende und diese Frequenz nach Austritt nicht wieder auszudehnen.

Ein Behandlungsrahmen, der gegen aussen zu stark schützt und in welchem diese Exposition nicht möglich ist, kann eine Atmosphäre schaffen, in der sich eine vermeintliche Sicherheit entwickelt, abstinenz zu bleiben. Gruppenprozesse fördern allzu gerne das Gefühl *«wir haben es geschafft und sind keine Junkies mehr»*. Ein allfälliger späterer Konsum kommt dann häufig unvorbereitet, d.h. ohne internalisierte Strategie zur Selbstlimitierung, und hat oftmals ein lebensgefährliches Ausmass²¹.

Das Argument, die Thematisierung eines möglichen Konsums auch bei länger dauernder Abstinenz fördere den Konsum, ist vermutlich ebenso wenig stichhaltig, wie die Angst berechtigt ist, das Ansprechen auf Suizidalität erhöhe die Suizidgefahr.

Der Austritt aus der stationären abstinenzgestützten Behandlung mit Drogenkonsum ist somit nicht mehr ein grundsätzlicher Misserfolg und derjenige ohne Drogenkonsum ein Erfolg. Beides kann mit dem Erreichen von vorher festgelegten sinnvollen Zielen verknüpft sein.

