

Wissenschaftliche Fundierungen der Therapeutischen Gemeinschaft

Möglichkeiten der Erfolgsmessung bei qualitativen Interventionen

Frank Löhner, Hans Jürgen Kunert

Medizinische Interventionen bedürfen klarer diagnostischer Vorgaben, einer in sich schlüssigen Technik und einer überprüfbaren Erfolgsmessung. Als Teil einer medizinischen Rehabilitation haben sich daher auch milieutherapeutische Interventionen dieser Forderung zu stellen.

Therapeutische Gemeinschaften haben sich in der rehabilitativen Behandlung von Suchterkrankungen bewährt. Sie fußen letztlich auf der Annahme eines Modelles von sozialem Lernen in der Gemeinschaft, die zu Veränderungen von Verhalten, Emotion und Erleben führt (O'BRIEN & DEVLIN 1997). Die Wirksamkeit von Interventionen der therapeutischen Gemeinschaft sind kasuistisch evident. Gerade bei Politoxikomanen führen sie jedoch mehrheitlich nicht zu den gewünschten Therapiefolgen. Nur eine Minderheit bleibt dauerhaft abstinent. Die diagnostische Identifizierung von in einer Therapeutischen Gemeinschaft Behandelbaren versus Therapieversagern und ist daher von erheblicher prognostischer und sozialmedizinischer Bedeutung, da nur durch einen solchen Schritt geeignete Behandlungsstrategien für die bisherigen Therapieversager entwickelt werden können.

Doch worin besteht der „Erfolg“ einer Psychotherapie beim Suchtkranken? Die traditionell evaluierten Erfolgskriterien sind nur begrenzt naturwissenschaftlich nutzbar, da sie entweder sozialgerichtlich (Arbeitsfähigkeit, Berufsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit, Entlassungsform nach den Kriterien der Rentenversicherung etc.) oder rein suchtheoretisch (Abstinenz) definiert sind. Sie sind metrisch und quantitativ nicht anwendbar, oft auch auf den bundesdeutschen Rechtsraum begrenzt und taugen daher nicht für internationale Vergleiche. Auf dem Konstrukt „Sucht als Sozialstörung“ basieren eine Reihe von eher soziologischen Versuchen der Erfolgsmessung („Haltequote“, „Erreichbarkeit“ etc.), deren prognostische Bedeutung für den Behandlungserfolg erheblich ist. Diese Kriterien finden zunehmend Eingang in medizinische Studien (UCHTENHAGEN 1997). Doch auch sie messen Erfolge komplexer Interventionen nur unscharf und bieten Ansatzpunkte für erhebliche dogmatische Auseinandersetzungen.

Wir berichten im Folgenden über ein diagnostisches und zwei leistungsmedizinische Messinstrumente, die sich in der Arbeit mit Suchtkranken bewährt haben. Schwerpunkt unserer Betrachtung sind dabei nicht die eingehende Darstellung der Instrumente, die in ihrer Komplexität die Darstellung in diesem Umfang sprengen würden, sondern die Wirkung der Instrumente in einem multiprofessionellen Team.

a) ein multiaxiales Instrument zur quantitativen Gebrauchsdiagnose

Eine Erfolgsmessung auf naturwissenschaftlicher Grundlage benötigt zwingend eine diagnostisch möglichst präzise Ausgangsbeschreibung. Die gemeinhin genutzten Diagnosekriterien sind unter diesem Anspruch zu unscharf (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1996, WHO 1993), da sie wenig über die Länge eines Gebrauchs, die Länge einer Abhängigkeit, über Veränderungen von Konsummuster oder Verschiebungen im Abusus-Spektrum abbilden, die sich in der einzelanamnestischen Arbeit als von z.T. erheblicher Relevanz erweisen.

Folgt man der Annahme, dass Sucht eine komplexe psycho-somato-soziale Erkrankung ist, so müssen auch suchtmmedizinische Diagnosekriterien diese Komplexität abbilden. Da zudem sowohl kumulative wie onest-Effekte eines Substanzgebrauches beschrieben sind (KUNERT & EBEL 1999), ist sowohl eine Lebenszeitdosis wie ein punktueller Konsum in einem geeigneten diagnostischen Instrument abzubilden. Darüberhinaus sind onset-Zeitpunkte und Zeitpunkte, in denen sich Konsumverhalten verändert, zu bestimmen. Ein Instrument zur Beschreibung der Abhängigkeit und des Substanzgebrauches muss daher:

- die häufigsten genutzten Substanzen unterscheiden,
- die Gebrauchsgewohnheiten in einem signifikanten Zeitraum vor der Diagnosestellung abbilden
- den Beginn eines Konsumes von allen relevanten Substanzen markieren
- den Wechsel von gelegentlichem oder probatorischem Konsum zu einem Konsum abhängiger Art markieren, wobei erneut in die gängigen Substanzen zu unterscheiden ist,
- die sozialen Folgen der Abhängigkeit benennen und klassifizieren
- die genetischen und sozialen Prädispositionen beschreiben und klassifizieren.

Ein Instrument, das die vorgenannten Anforderungen erfüllt, wurde aus Forschungsgesichtspunkten in der Klinik Am Waldsee entwickelt. Anlass für die Installation des multiaxialen Erhebungsinstrumentes war die Analyse von zeitlichen Zusammenhängen zwischen Konsum psychoaktiver Substanzen und dem Auftreten von Symptomen des Schizophrenen Formenkreises (KAISER 1999). Diese Version wurde in mehreren Arbeitsschritten verfeinert. Die aktuell genutzte Form ist in Abbildung 1 dargestellt. (Abb.1)

Abb. 1: Suchtanamneseteil aus der Basisdokumentation „Klinik Am Waldsee“, Version 2000

206 Kann der Patient bei Aufnahme eine Rezeptur für seine Konsumgewohnheiten angeben?

<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 3 nein
<input type="checkbox"/> 2 eingeschränkt	<input type="checkbox"/> 9 unbekannt/unklar

207 Konsumverhalten des Patienten
kodiere:

0 nie	1 sporadisch	2 monatlich
3 mehrfach monatlich	4 wöchentlich	5 mehrfach wöchentlich
6 täglich	7 mehrfach täglich	

	Substanz	-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8	-9	-10	*	**	***
-1	Alkohol													
-2	Cannabis													
-3	Opiat													
-4	Cocain und Crack													
-5	Entyctogen													
-6	Amphetamin													
-7	LSD, Halluzinogen													
-8	Sedativa/Hypnotika													
-9	Psilocybe													
-10	Fliegenpilze													
-11	Datura et al.													
-12	Bilsenkraut/Tollkraut													
-13	Sassifress													
-14	Muskat													
-15	Musa-musa													
-16	Kawa-Kawa													
-17	Schnüffeln													
-18	PCP													
-19	Meskalin													
-20	Tabak													
-21	Kaffee													

* erster Konsum im Lebensalter von
** erster abhängiger Konsum im Lebensalter von
*** Konsum in den letzten drei Monaten vor Aufnahme

207 Geschätzter Verbrauch pro Jahr

setze Alkohol um in kg/Jahr	Cannabis in kg/Jahr
Opiat in Pack pro Jahr (ca. ¼ gr.)	Entactogen in Pille pro Jahr
Amphetamin in kg/Jahr LSD in Tripp pro Jahr	Sedativa in kg, Diazepam-Analagon/Jahr
Psilocybe in Pilze pro Jahr	

	Substanz	-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8	-9	-10
-30	Alkohol										
-31	Cannabis										
-32	Opiat										
-33	Cocain und Crack										
-34	Entyctogen										
-35	Amphetamin										
-36	LSD, Halluzinogen										
-37	Sedativa/Hypnotika										
-38	Psilocybe										
-39	Fliegenpilze										

207.50 Substitutionsbehandlung

<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 3 nein
207.51 Substitutionsbehandlung	Anzahl (999 = unbekannt)
207.52 davon mit Beigebrauch	Anzahl (999 = unbekannt)

Vorderhand wirkt das multiaxiale Instrument sperrig. Nach den ersten Anamnesen erweist es sich jedoch als wichtige nemotechnische Hilfe für Explorator und Patient. Nach Einführung des Instrumentes in der Klinik Am Waldsee war eine deutliche Zunahme der Anamnesequalität bezüglich des Substanzgebrauches zu verzeichnen. Insbesondere länger zurückliegende Phasen der Abhängigkeit wurden von den Patienten besser erinnert und beschrieben als vor der Einführung. Die Implantation des zunächst aus akademischem Interesse entwickelten Instrumentariums erwies sich so als deutliche klinisch-strukturelle Verbesserung.

Ein weiterer Vorteil des Instrumentes liegt in seiner sowohl toxikologisch wie verhaltenanalytischen Deskriptivität. Sowohl kumulative wie onset-Effekte werden abgebildet und damit einer quantitativen Analyse zugänglich. Mit der systematischen Auswertung der Tabelle lassen sich Konsumgewohnheiten von differierbaren diagnostischen Gruppen beschreiben und unterscheiden (LÖHRER 1999). Unsere derzeitigen Bemühungen gehen dahin, für spezifische Konsummuster korrelierende kognitive oder affektive Störungen zu beschreiben und zu messen.

Es bleibt einer Analyse von einigen hundert Kasuistiken vorbehalten, ob einzelne regelhaft abbildbare Konsum- oder Abhängigkeits-Phänomene eine eigene diagnostisch-taxonomische Beschreibung rechtfertigen. Hierzu wären multizentrische Erfahrungen hilfreich.

b) GAF als klinischer Verlaufsparemeter

Das DSM-IV ist ein multiaxiales Diagnoseinstrument (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1996), das auf seiner 5. Achse das „Globale Allgemeine Funktionsniveau“ GAF abbildet. Dies ist ein Schätzwert zwischen 1 und 100, der die psychische, soziale und berufliche Fertigkeit des Probanden auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit (100) bis Krankheit abbildet (dortselbst p.23ff.). Der Versuch, mehrere Störungskontexte in einer Schätzskaala abzubilden, geht letztlich auf die Gesundheits-Krankheits-Skala von LUBORSKY 1996 zurück. Seit SPITZER et al. 1976 ist ein mehrfach revidiertes Instrument unter dem Kürzel „GAS“ in Nutzung.

Der multivektorielle Aufbau des Systems, in dem die Vektoren Beruf, soziale Funktion und psychisches Befinden gleichgewichtet zur Schätzung beitragen, macht die Skala insbesondere für rehabilitationspsychiatrische Fragestellungen nützlich. Besonders bei politoxikomanen Krankheitsbildern sind soziale Dysfunktionen und/oder berufliche Fehlleistungen gelegentlich rehabilitationsbahnend. Das GAF ist damit besonders für das Krankheitsbild der Drogenabhängigkeit pragmatisch anwendbar und aussagekräftig. Umso mehr wundert es, dass die 5. Achse des DSM-IV auch bei Leistungsträgern kaum Beachtung findet.

In der Klinik Am Waldsee wurde die multiaxiale Diagnostik nach dem DSM-III-R und später nach dem DSM-IV seit der Inbetriebnahme praktiziert. Zu Studienzwecken wurden 380 Behandlungsverläufe durch wöchentliche GAF-Schätzung abgebildet. Hierdurch ließen sich bestimmte Verlaufsmuster identifizieren und Krankheitsgruppen, die bezüglich der sozialmedizinischen Prognosekriterien „Ar-

beitsfähigkeit, Berufsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit“ analoge Ergebnisse produzierten, bezüglich der erreichbaren oder wahrscheinlich zu erreichenden GAF-Veränderung differenzieren (LÖHRER 1999). Für diese Fragestellungen wäre, wie eine retrospektive Analyse ergab, allerdings auch eine GAF-Schätzung alle 4 Wochen ausreichend gewesen.

Eine regelmäßige GAF-Schätzung im Team hat sich als ein effektives Instrument des interdisziplinären Austausches und der interdisziplinären Kommunikation herausgestellt. Die Notwendigkeit, sich zu bestimmten Zeitpunkten über die noch vorhandenen Störungen und die bereits behandelten oder behobenen Aspekte der Erkrankung zu verständigen, hat Teamdiskussionen zu Patienten hochgradig gestrafft, effektiv werden lassen und präzisiert. Als eine Gefahr für die Richtigkeit der Einschätzung wird die mögliche Kontamination der Einschätzung durch Ärger, Zorn, Übertragung der Schätzenden angesehen. Gerade in einem klinischen Kontext erscheint die Anwendung des GAF aber sinnvoll, weil sie den Blick zwangsweise auch auf die sozialen Folgen der Suchterkrankung und die beruflichen Konsequenzen lenkt, die im klinischen Routinegeschäft sonst leicht vergessen oder gering geachtet werden. Der GAF trägt damit der sozialen Expressionsachse der Suchterkrankung wirksam Rechnung.

c) GAS, ein dialogisch konzipiertes Messverfahren für Verhaltensveränderungen

Während der GAF die Einschätzung eines Behandlers oder einer Behandlergruppe zu mehreren Funktionsbereichen eines Patienten beschreibt, misst der GAS Verhaltensänderungen in einem Indexzeitraum. Notwendiger Bestandteil der GAS-Systematik ist eine Verhaltensanalyse und eine intensive Diskussion zwischen Behandler und Patient über in einem Zeitraum x angestrebte und erreichbare Verhaltensveränderungen. Diese gemeinsam vereinbarten Verhaltensveränderungen werden schriftlich fixiert und mit dem Patienten für jeden Verhaltensaspekt eine Bewertung vereinbart, die auf der Skala zwischen -2 (keine Veränderung), 0 (erwartete Veränderung) bis +2 (maximal erreichbare Veränderung) liegt. Mindestens drei, höchstens fünf Verhaltensvariablen werden in die Beurteilung eingeschlossen. Am Ende des Beobachtungszeitraumes x wird in einem weiteren dialogischen Prozess die Abschlussbewertung vorgenommen. Die Einzelwerte können mittels eines einfachen Algorithmus in eine einzige Indexzahl überführt werden (ROECKEN & WEIS 1987).

Der GAS wurde von KIRESUK & SHERMAN 1968 entwickelt und wurde in einer Vielzahl von Studien in eher sozialpsychiatrischem Kontext in den USA erprobt. BARTH & MATT erprobten die Technik 1984 erstmals im Drogenbereich. Uns scheint das Verfahren für die Zielbeschreibung und Zielerreichungsmessung im komplexen Drogenbereich geradezu ideal. Trotz dieser langen Anwendungserfahrung ist die Methode in der deutschsprachigen Rehabilitationspsychiatrie wenig erprobt.

In der Klinik Am Waldsee wird der GAS für die komplexen Interventionen, die die Arbeitstherapie bietet, als Messgröße eingesetzt. Abbildung 2 zeigt den aktuellen Schätzbogen, der alle acht Wochen für jeden Patienten zum Einsatz kommt. (Abb.2)

Abb. 2: AT-Beurteilungsbogen der Klinik am Waldsee

Klinik Am Waldsee, AT-Beurteilungsbogen
den . . .200

Patient (Name, Vorname): _____ Geb. Dat.: _____

kurze Verhaltensbeobachtung/Problemanalyse: _____

Vereinbarungen für die nächsten acht Wochen: (mindestens dreif!)

A)	
B)	
C)	
D)	
E)	

Zielerreichung nach acht Wochen am:

A)	-2	-1	0	1	2
B)	-2	-1	0	1	2
C)	-2	-1	0	1	2
D)	-2	-1	0	1	2
E)	-2	-1	0	1	2

Ergibt GAS von: _____

Zur quantitativen Auswertung dieses Verfahrens liegen noch keine statistisch relevanten Ergebnisse vor. Bereits die Einführung des Systemes hat sich jedoch bewährt. Insbesondere die Zielgerichtetheit von Interventionen wurde verstärkt und eine Eigenbeobachtung des Patienten wurde durch den dialogischen Auswahlprozess der Behandlungsziele verstärkt. Insgesamt konnte so auch eine realistischere Be-

schreibung von möglichen und erreichbaren Therapiezielen erreicht werden. Das GAS Instrument ist prinzipiell für alle, besonders verhaltenstherapeutische Behandlungsinterventionen anwendbar.

Zusammenfassung

Komplexe Störungen und komplexe Interventionen sind mit einer Reihe von Methoden beschreibbar und in ihrem Erfolg messbar. Einige dieser Methoden werden vorgestellt.

Alle ausgewählten Methoden beruhen auf Pathologie- und Wirkungskonstrukten, die nur Teile der Wirklichkeit abbilden. Doch die möglichst nachvollziehbare und reproduzierbare Abbildung von Teilaspekten ist allemal besser als eine komplette Nichtabbildung.

Aus möglichen Wirksamkeitsnachweisen werden mit dem GAF ein multifaktorielles Fremdbeurteilungsinstrument und mit dem GAS ein dialogisch aufgebautes Interaktionsbeurteilungsinstrument aufgezeigt. Die Instrumente beruhen auf unterschiedliche Messphilosophien und taugen für unterschiedliche Konzepte. Ihre Einführung führte zu strukturierteren Teamdiskussionen und zielgerichteterem arbeitstherapeutischen Arbeiten. Ihre statistische Auswertung, die nur z.T. bereits erfolgte, erlaubte die Differenzierung von Krankheitsgruppen und die Verfeinerung von Prognosekriterien.

Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV, Göttingen und andernorts 1996
- Barth, M. & Matt, G.: Evaluationsforschung im Drogenbereich – ein Stiefkind. Ansätze zu einer Adoption. Suchtgefahren 30, 107-114, 1984
- Kaiser, Roland: Psychose und Sucht, Veränderungen im Konsummuster beim Auftreten von Anzeichen Psychischer Störung, Aachen 1999
- Kiresuk T. & Sherman, R.: Goal attainment scaling: A general method for evaluation of comprehensive community mental health programs, Community Mental Health Journal 4, 443-453, 1968
- Kunert, H.J. / Ebel, H.: Neuropsychologische Auswirkungen der akuten und chronischen Cannabisintoxikation. in: Kunert, H.J. (Hersg.): Cannabis, das unterschätzte Kraut, Aachen 1999
- Löhner, Frank: Sucht und Psychose, Klinik-Therapie-Prognose, Aachen 1999
- Luborsky, L.: Clinicians Judgments of Mental Health, Arch Gen Psych 7, 407-417, 1962
- O' Brien, William B; DEVLIN, Charles J.: The Therapeutic Community, in LOWINSON et al. (Ed.): Substance Abuse, Baltimore 1997, 400-405
- Roecken, S & Weis, J.: Erfahrungen bei der Anwendung von Goal Attainment Scaling (GAS) in der Evaluation einer psychiatrischen Übergangseinrichtung, Zeitschrift für Klinische Psychologie 16, 158-173, 1987
- Spitzer, R.L. ; Endicott, J. et al.: The Sickness Rating Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance, Arch Gen Psych 33, 766-771, 1976
- Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Bern und andernorts 1993
- Uchtenhagen, Ambros: Synthesebericht des Abschlussberichtes der Forschungsbeauftragten zum Versuch für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Zürich 1997

Rehabilitation Suchtkranker - mehr als nur Psychotherapie
Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.
Band 24 – ISBN 3-87581-209-3