

Kurzbericht zum BMG-geförderten Forschungsvorhaben

Vorhabentitel	Evaluation eines stationären Modellprojekts (Matrix, Indikativgruppe ATS) bei "Crystal"-Konsumenten“
Schlüsselbegriffe	Methamphetamin, Matrix,
Vorhabendurchführung	LMU Klinikum München
Vorhabenleitung	Herr Prof. Dr. M. Soyka, Frau PD Dr. G. Koller
Autor(en)/Autorin(nen)	F. Kamp, L. Proebstl, G. Koller
Vorhabenbeginn	01.07.2016
Vorhabenende	31.03.2020

1. Vorhabenbeschreibung, Vorhabenziele

Aufgrund der in Deutschland steigenden Prävalenzzahlen von Methamphetamin wurde eine Vergleichsstudie von verschiedenen stationären Behandlungsmethoden durchgeführt. Ziele waren, die verglichenen Therapiekonzepte hinsichtlich der Dropout Rate und der Rückfallquote zu zwei Katanesezeitpunkten zu vergleichen sowie die soziodemographischen Parameter zur Beschreibung der sich in Behandlung befindenden Methamphetamin Kohorte und der Vergleichbarkeit der beiden Zentren heranzuziehen. Zusammengefasst sollten die Daten breit publiziert werden und Aufschluss über die Etablierung eines Therapiekonzepts liefern.

2. Durchführung, Methodik

Beteiligt waren zwei Therapiezentren, die Bezirksklinik Hochstadt und die MEDIAN Klinik Mecklenburg. Beide Zentren weisen eine hohe Expertise in der Behandlung methamphetaminabhängiger Patienten und Patientinnen auf und unterscheiden sich nicht bezüglich Gruppengröße und Behandlungsdauer. Patienten und Patientinnen mit der Diagnose Methamphetaminabhängigkeit werden in beiden Zentren in geschlossenen Gruppen behandelt. Die Bezirksklinik Hochstadt behandelt im Rahmen einer sogenannten „ATS“-Gruppe bei Anwendung des frei zugänglichen Matrix Manuals, mit dem international gute Therapieergebnisse erzielt wurden. Die MEDIAN Klinik Mecklenburg behandelt mittels multimodaler, abstinenzorientierter Therapie ohne methamphetaminspezifisches Manual. Testzeitpunkte waren zur Aufnahme (T0), nach ca. 6 Monaten stationärer Behandlung zur Entlassung (T1), 12 Monate nach der Entlassung (T2) und 18 Monate nach der Entlassung (T3). Insgesamt wurden die folgenden Fragebögen erhoben, manche davon wiederholt zu mehreren Testzeit-

punkten: strukturiertes klinisches Interview für Achse I Störungen nach DSM IV [1], Dokumentationsstandards Sucht [2], Becks Depressionsinventar II [3], Hamilton Depressionskala [4], SCL90R [5], Mannheimer Craving Scale [6], Fragebogen zu interpersonellen Ressourcen [7], Wenda Utah Rating Scale [8], Cognitron Test Batterie inkl. Ravens IQ Testung und Trail Making Test [9, 10], Stroop Test [11] und n-back verbal Test [12]. Durch die Vielfalt der Fragebogen wurden sämtliche Bereiche abgedeckt, die Einfluss auf die Therapieabbruch bzw. -Haltequote, sowie etwaige Rückfälle haben können.

3. Gender Mainstreaming

Im Rahmen der Studie wurden die biologischen Geschlechter männlich und weiblich gleichermaßen berücksichtigt. Die Geschlechterverteilung blieb über die verschiedenen Zeitpunkte ähnlich, mit einem überwiegenden Anteil an männlichen Probanden von T0 (79.6% Männer), über T1 (78.9%), T2 (81.6%) und T3 (75%). Es zeigten sich kaum Unterschiede in soziodemografischen Variablen zwischen Männern und Frauen.

4. Ergebnisse, Schlussfolgerung, Fortführung

Insgesamt konnten 108 Teilnehmende rekrutiert werden, 53 in Hochstadt und 55 in Mecklenburg. 40.7% haben die Behandlung frühzeitig verlassen, es gab hierbei keinen Unterschied zwischen den Therapiezentren oder in der Soziodemographie der Teilnehmer. 93% der Stichprobe wiesen eine psychiatrische Komorbidität auf, eine Regression zeigte, dass jede zusätzliche Suchtdiagnose zum Aufnahmezeitpunkt die Therapiedauer um 1,5 Wochen verkürzte. Männer wiesen zudem mehr Suchtdiagnosen als Frauen auf. In beiden Kliniken zeigten sich von Beginn zu Ende der Therapie positive Behandlungseffekte: Das wahrgenommene Craving ging über beide Zentren hinweg von T0 zu T1 signifikant zurück. Depressionswerte, gemessen mit dem BDI II, zeigten ebenfalls einen signifikanten Rückgang über die Zeit. Insgesamt zeigte sich aber kein Haupteffekt einer Behandlungsform. Von der T2- Population ausgehend konsumierten 77.1% im letzten Monat vor der Erhebung kein Methamphetamin mehr, zu T3 68%. Rund 62% gaben an, auch im gesamten Jahr nach der Klinikentlassung bis zur T2- Erhebung kein Methamphetamin konsumiert zu haben und 66% in den 6 Monaten vor der T3 Erhebung. Bezieht man diese Ergebnisse erneut auf die Gesamtstichprobe, zeigten sich MA- Abstinenzraten von 13.0% für den Zeitraum vor der letzten Katamnese. Es wurde zu keinem Zeitpunkt ein signifikanter Unterschied zwischen den Kliniken oder zwischen den Therapie Drop-Outs und Completer in den Abstinenzraten gefunden. Ein höheres Alter bei MA- Erstkonsum ging mit einer höheren Anzahl an Tagen bis zum Rückfall einher.

Im Ergebnis konnte kein deutlicher Vorteil eines der beiden getesteten Manuale festgestellt werden, im Vergleich der Therapieformen hat sich herausgestellt, dass lediglich ein Unterschied in der Behandlungsdauer vorliegt. Aufgrund dessen ergibt sich die Schlussfolgerung, dass eine amphetamin-spezifische Therapie mit spezieller Schulung von Therapierenden und Klinikpersonal für Patienten und Patientinnen mit einer Methamphetamin-Diagnose nicht erforderlich ist, so dass das allgemein

vorhandene Therapieangebot bei Bedarf problemlos zur Anwendung kommen kann, um eine wirksame Behandlung zu ermöglichen. Dies kann auch dadurch unterstützt werden, dass die beiden untersuchten Manuale bzw. Therapieelemente in Form von Trainings verbreitet werden.

5. Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

Die Studie kann mit ihren Ergebnissen schnell zu einer Verbesserung der Therapieversorgung in Deutschland beitragen. Dadurch, dass sich ein vielerorts bereits praktiziertes Behandlungsangebot genauso wirksam erwiesen hat wie die amphetaminspezifische Behandlungsform nach dem MATRIX-Manual, können Betroffene auch flächendeckend erfolgreich versorgt werden, ohne dass eine Spezifizierung der Klinik notwendig wird. Dieses wichtige Ergebnis wird auf der Homepage des BMG veröffentlicht und darüber hinaus an relevante Akteure kommuniziert.

6. Literatur

1. Wittchen, H.U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., Zaudig, M. (1997) SKID I. Strukturiertes klinisches interview für DSM-IV. Achse I: psychische störungen. Interviewheft Und Beurteilungsheft. Eine deutschsprachige, Erweiterte Bearbeitung Der Amerikanischen Originalversion Des SKID I. Hogrefe, Göttingen
2. Kufner H (2001) Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. https://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/dokumentationsstandards/kapitel_c.pdf
3. Hautzinger M, Keller F, Kühner C (2006) Beck-Depressions-Inventar: Revision. Harcourt test services
4. HAMILTON M (1960) A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 23: 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
5. Franke GH (2014) Symptom-Checklist-90R. Hogrefe, Göttingen
6. Nakovics H, Diehl A, Geiselhart H et al. (2012) MaCS - Mannheimer Craving Scale. ZPID (Leibniz Institute for Psychology Information) – Testarchiv
7. Kufner H Fragebogen zu interpersonellen Ressourcen, München
8. Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D et al. (2002) Wender Utah Rating Scale (WURS-k) Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen (Wender Utah rating scale. The short-version for the assessment of the attention-deficit hyperactivity disorder in adults). Nervenarzt 73: 830–838. <https://doi.org/10.1007/s00115-001-1215-x>
9. Schuhfried G (2007) Cognitrone—COG. Mödling: Schuhfried
10. Schuhfried G (1992) Wiener Testsystem. Vienna Reaction Unit, Basic Program. Development and production of scientific equipment. Molding, Austria
11. Golden CJ, Freshwater SM (2007) Stroop test
12. Schellig D, Schuri U, Arendasy M (2011) Manual n-back non-verbal (NBN)