

AVT-Weiterbildung Psychotherapie (VT)

Michael Klein

Verhaltenstherapie bei Suchtstörungen –
Grundlagen und Anwendungen

September 2016

Seminarthemen (Schwerpunkte)

Diagnostik

Ätiologie

Substanzkunde

Motivierung (Fremdmotivation, Motivationsförderung, Veränderungsmomentum)

Psychotherapierichtlinien und Suchtbehandlung, Sozialrechtlicher Hintergrund

Komorbidity, multipler Konsum

Rückfall(prävention)

Therapieziele (Abstinenz vs. Konsumreduktion)

Angehörige (Partner, Kinder)

Gewalt

Polyvalenter Konsum

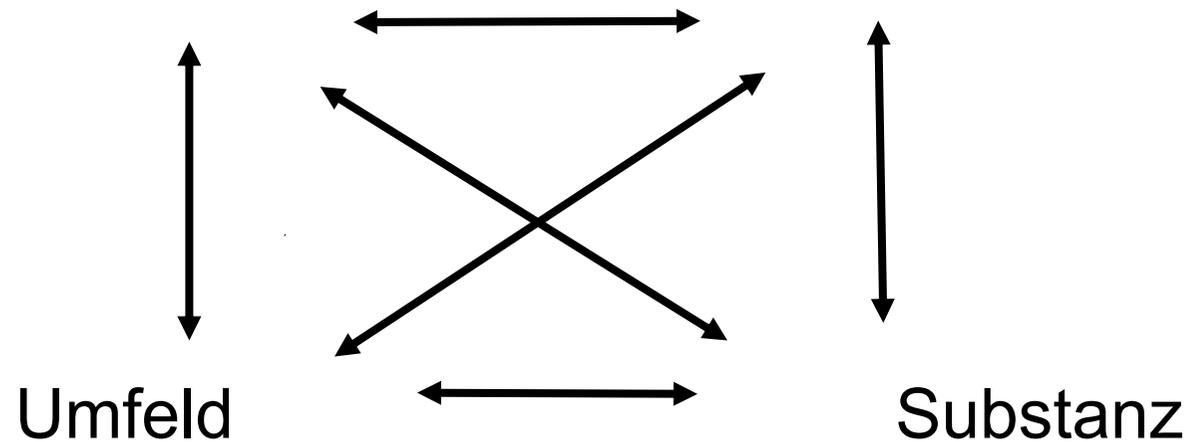
Therapieprozess bei Suchtstörungen

- (1) (Fremdmotivationaler) Überweisungskontext
- (2) Beziehungsaufnahme und –aufbau
- (3) Umgang mit „Abwehr“ und „Widerstand“
- (4) Motivationsförderung
- (5) Diagnostik, Anamnese, Therapieplanung
- (6) Vertiefung der therapeutischen Beziehung und Selbstreflexion
- (7) Training und neue Gewohnheitsbildungen
- (8) Schwierige Situationen
- (9) Rückfälligkeit, Rückfallprävention
- (10) Therapiebeendigung, Nachhaltigkeit der Therapieergebnisse, Nachsorge, Wiederholungstherapien

Dynamisches Bedingungsgefüge der Abhängigkeitsentstehung („Ätiologie“)

Psychische Funktionen

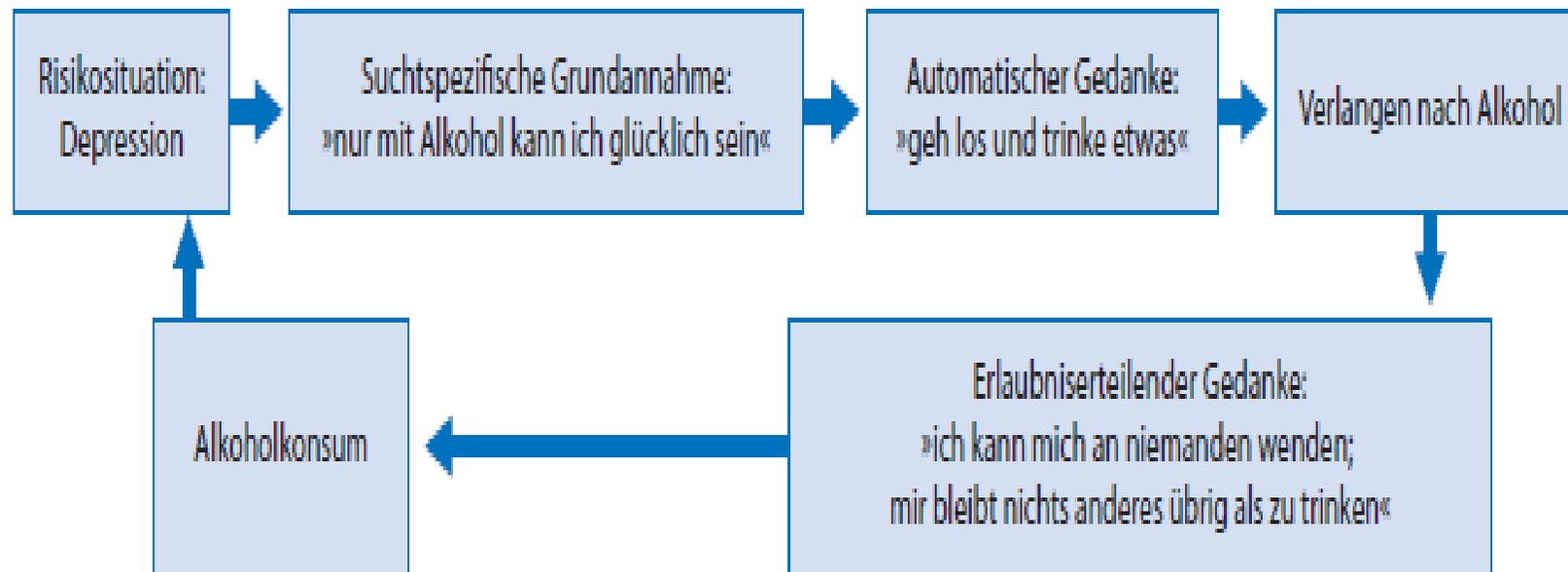
Biologische Funktionen



Was zur Ausbreitung von Suchtstörungen führte

- Wirkstoffpotenzierung der Suchtmittel
- Allverfügbarkeit der Suchtmittel
- Beschleunigung und Individualisierung des Alltags
- Pathologisierung des Rausches
- Verlust der protektiven Rituale

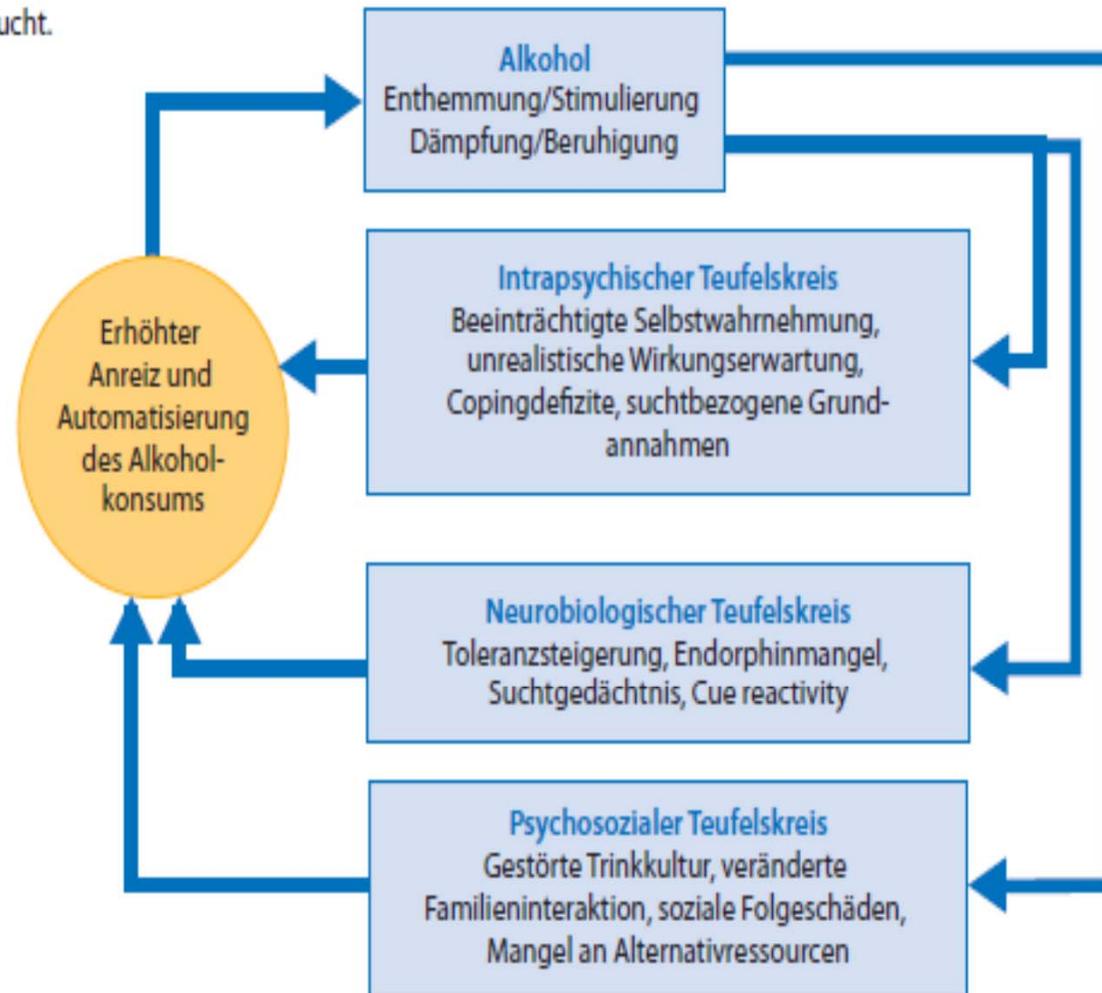
Ätiologisches Grundmodell einer sekundären Abhängigkeit



■ Abb. 34.3. Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit nach Beck et al. (1995)

Automatisierung der Suchtabläufe

■ **Abb. 34.2.** Biopsychosoziales Modell der Sucht.
(Mod. nach Kűfner & Bűhringer, 1996)



aus: Wittchen & Hoyer,
2011

Merkmale der psychischen Abhängigkeit

1. Gesteigertes Verlangen nach der Substanz
2. Mangelnde Fähigkeit, den Konsum der Substanz zu kontrollieren
3. Zentrierung des Denkens und Handelns auf die Substanz und deren Beschaffung und Konsum
4. Fortsetzung des Konsums trotz subjektiv wahrgenommener negativer Konsequenzen

(Verhaltensbezogene Beispiele bei Patienten dazu finden. Das Sprechen darüber initiieren und fördern. → change talk)

Grundmerkmale der Sucht

- 1. Zwang, Verlangen, Impulsivität**
- 2. Regelmäßigkeit, Häufigkeit, Frequenz, Stil**
- 3. Kontrollverlust, Exzessivität, Grenzüberschreitung**
- 4. Dosissteigerung (Toleranz)**
- 5. Positive Funktionalität**
- 6. Negative langfristige Konsequenzen**

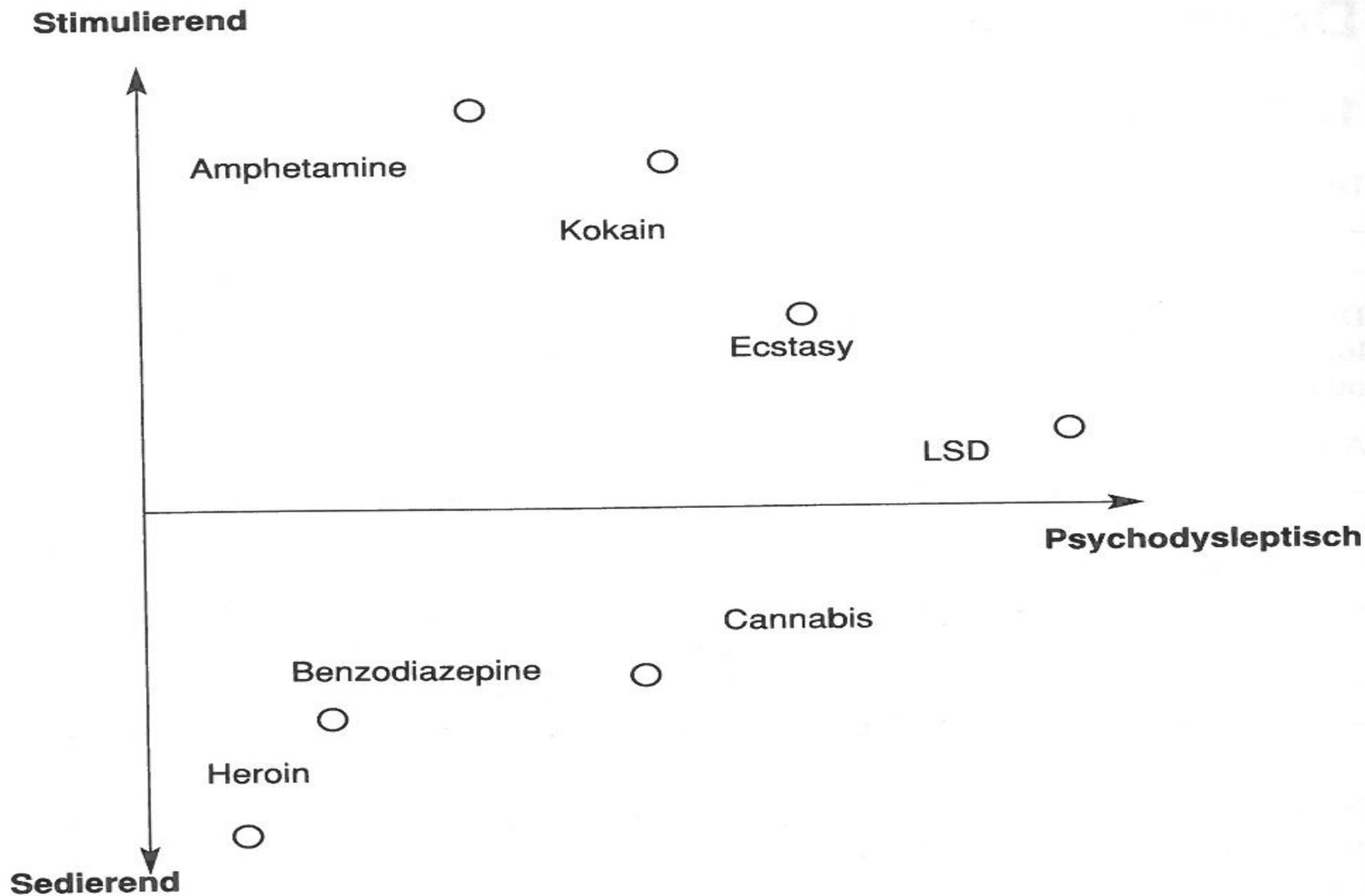
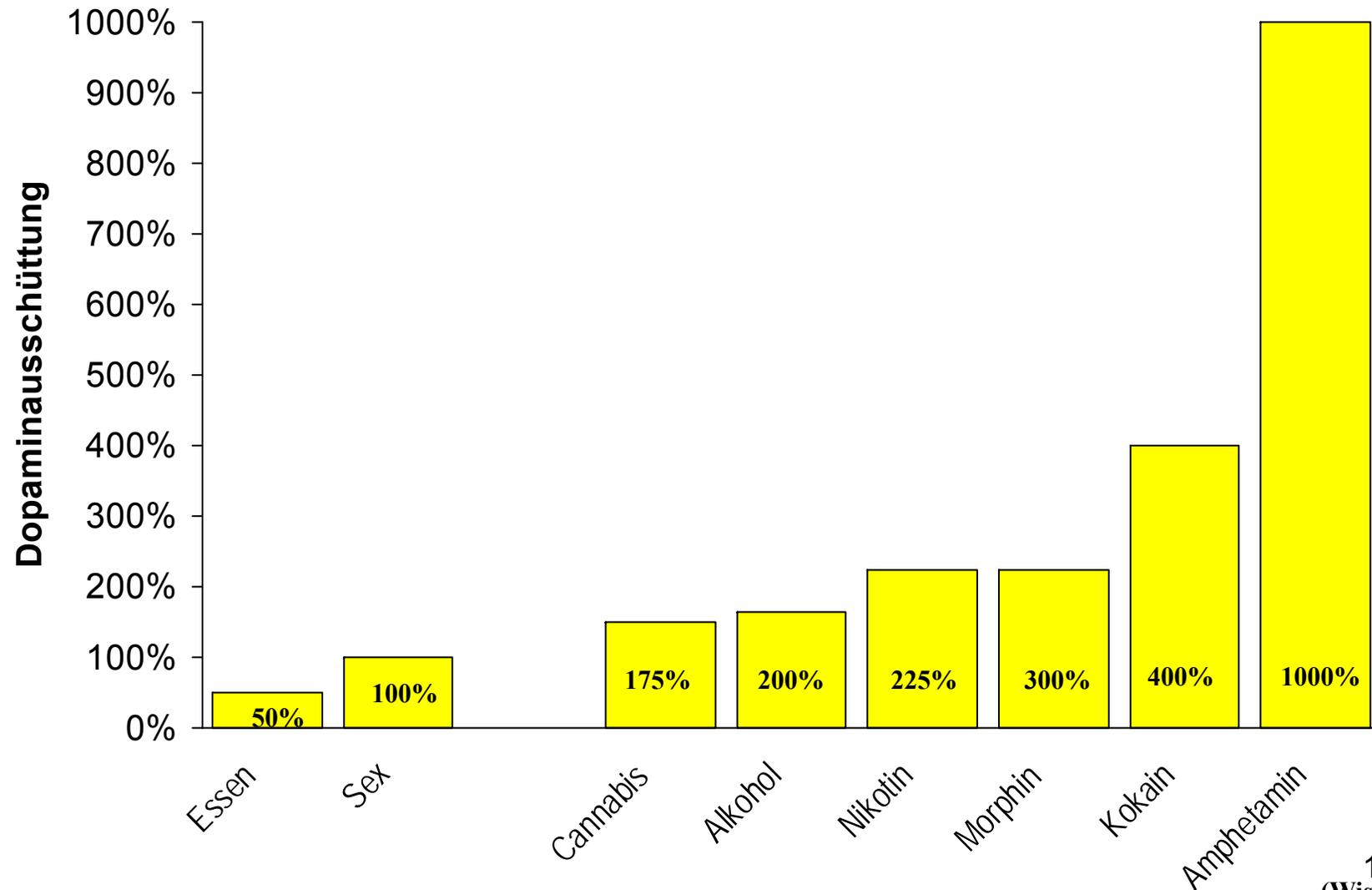


Abbildung 1:
 Versuch der Einordnung häufig konsumierter Drogen nach ihren hauptsächlichsten Effekten (aus Tretter 2000).

Verstärker und Dopaminausschüttung



Funktionalität des Substanzkonsums

- Grundbedürfnis nach Rausch und Ekstase
- Mittel zum Glücksstreben und zur Selbstbelohnung („Lust und Euphorie ohne Anstrengung“) im mesolimbisch-dopaminergen System
- Mittel zur (temporären) Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderung
- „Soziales Schmiermittel“ (Förderung der Geselligkeit, Abbau sozialer Hemmungen)

ICD-10 Kriterien Substanzabhängigkeit

- Starker Wunsch (Zwang) Substanzen zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung des Konsums oder Verminderung der Entzugssymptome durch Substanzkonsum
- Nachweis einer Toleranz, im Sinne erhöhter Dosen für gewünschte Wirkung
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutig schädlicher Folgen (körperlich, sozial, psychisch).

Merkmale der Substanzabhängigkeit nach DSM – IV

- *Toleranzentwicklung*
- *Entzugssymptome*
- Verlust der Verhaltenskontrolle
- Erfolgreiche Versuche der Reduktion/Kontrolle des Verhaltens
- Fokussierung des Alltags auf das Suchtverhalten
- Vernachlässigung oder Nicht-Erfüllung *wichtiger Verpflichtungen wegen Intoxikation*
- Berufliches Versagen und sozialer Rückzug

Analog einer Klassifikation der WHO wird im ICD-10 zwischen psychischen und verhaltensbezogenen Störungen durch folgende Substanzen unterschieden:

- F10 Störungen durch Alkohol
- F11 Störungen durch Opioide
- F12 Störungen durch Cannabinoide
- F13 Störungen durch Sedative oder Hypnotika
- F14 Störungen durch Kokain
- F15 Störungen durch andere Stimulanzien, einschl. Koffein
- F16 Störungen durch Halluzinogene
- F17 Störungen durch Tabak
- F18 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel
- F19 Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Das DSM-IV berücksichtigt zusätzlich noch Phencyclidin, das insbesondere im Zusammenhang mit Gewaltdelikten bekannt geworden ist.

Kriterien der Alkoholkonsumstörung nach DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015, 675 - 676): Teil I

- (1) Alkohol wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.
- (2) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern.
- (3) Hoher Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von seiner Wirkung zu erholen.
- (4) Craving oder ein starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren.
- (5) Wiederholter Alkoholkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
- (6) Fortgesetzter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen von Alkohol verursacht oder verstärkt werden.
- (7) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
- (8) Wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt.

Kriterien der Alkoholkonsumstörung nach DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015, 675 - 676): Teil II

(9) Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch Alkohol verursacht wurde oder verstärkt wird.

(10) Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:

- a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen.
- b. Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an Alkohol.

(11) Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:

- a. Charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf Alkohol.
- b. Alkohol (oder eine sehr ähnliche Substanz, wie etwa Benzodiazepine) wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

Die Alkoholkonsumstörung („Sucht“) wird in drei Schweregraden diagnostiziert:

F10.10 Leicht: 2 bis 3 Symptomkriterien sind erfüllt.

F10.20 Mittel: 4 bis 5 Symptomkriterien sind erfüllt.

F10.30 Schwer: 6 oder mehr Symptomkriterien sind erfüllt.

Fremdmotivation ist der Regelfall, nicht die Ausnahme

Motivierungsbereiche (bei Alkohol- und Drogenstörungen), 7 Fs:

Finanzen

Firma

Familie

Führerschein

Fitness

Freizeit

Freiheit (Gesetz bei Drogenabhängigkeit)

Suchttherapie heißt dafür sorgen, ...

1. dass der Suchtkranke/-gefährdete in Behandlung geht.
2. dass er wiederkommt.
3. dass er sich öffnet und sich den relevanten Problemen stellt.
4. dass er sein Verhalten verändert.
5. dass er insbesondere Verantwortung für sich übernimmt.
6. dass er die erreichten Veränderungen kontinuierlich einübt (stabilisiert).
7. dass er bei Rückschlägen („Rückfällen“) nicht aufgibt, sondern umso intensiver weiter an sich arbeitet...

Therapie mit Suchtkranken

Traditionelles Modell	Modernes Modell	Integrationsmodell
Abstinenzgebot	Reduktionsziele; Abstinenz häufiges Endziel	Zieloffenheit und -flexibilität, zieloffene Suchttherapie
Suchtmittel ist das „Wichtigste“ („primäre Abhängigkeit“)	Suchtmittel besitzt Funktionalität	Parallelbehand- lung von Sucht und Komorbidität

Therapie mit Suchtkranken

Traditionelles Modell	Modernes Modell	Integrationsmodell
Motivation ist Voraussetzung	Motivation ist ambivalent und prozessual	Motivational Interviewing, auch in der Entwöhnung und PT
Rückfall wird tabuisiert	Umgang mit Rückfall trainiert	Rückfallprävention, Rückfallintervention (STAR)

Therapie mit Suchtkranken

Traditionelles Modell	Modernes Modell	Integrationsmodell
Vermeidung von Exposition	Exposition als Therapiestandard (Lindenmeyer, 2002)	Differentielle Indikation
Einzelfallbehandlung in Gruppentherapie	Systemische und Netzwerkarbeit	Kombination und Wechsel

Therapie mit Suchtkranken

Traditionelles Modell	Modernes Modell	Integrationsmodell
Keine Psychopharmaka für Suchtkranke	Psychopharmaka bei psychischer Komorbidität und zur Rückfallprophylaxe	Differentielle Therapieindikation der Medikalisierung nach Schweregrad, Attributionsmuster und Motivation
Bottom-down-Modell; erst Leidensdruck, dann Therapie	Frühintervention, indizierte Prävention <u>und</u> PT	Motivationsförderung und Frühintervention

Zieloffene Suchttherapie

	Alkohol	Zigaretten	Haschisch Marihuana	Heroin	Substitute: z. B. Subutex Methadon Polamidon	Crack	Kokain (Pulver)	Aufputsch- mittel (z. B. Speed, Am- phetamine)	Beruhi- gungsmittel (Benzos, Rohypnol, Valium o. a.)	Schmerz- mittel (z. B. Dolvi- ran, Valoron o. a.)	Ecstasy, MDMA, o. a.	LSD, Pilze oder andere Halluzino- gene	Schnüffel- stoffe	weitere Substan- zen
Frage 1: Welche der folgenden Substanzen haben Sie in den letzten 12 Monaten konsumiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Frage 2: Wie soll es mit diesen Substanzen für Sie weitergehen?														
Nichts verändern, weiterkon- sumieren wie bisher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
weniger/anders konsumieren (seltener oder von der Menge her weniger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
zeitlich begrenzte Abstinenz (... Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
zeitlich unbegrenzte Abstinenz, die Substanz nie mehr konsumieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Abb. 1 Arbeitsblatt zur systematischen Zielabklärung (aus [53]).

Expositions- und Konfrontationsmethoden

Cue-reactivity



Hypothetische Verlangensskurve unter Cue-Exposure

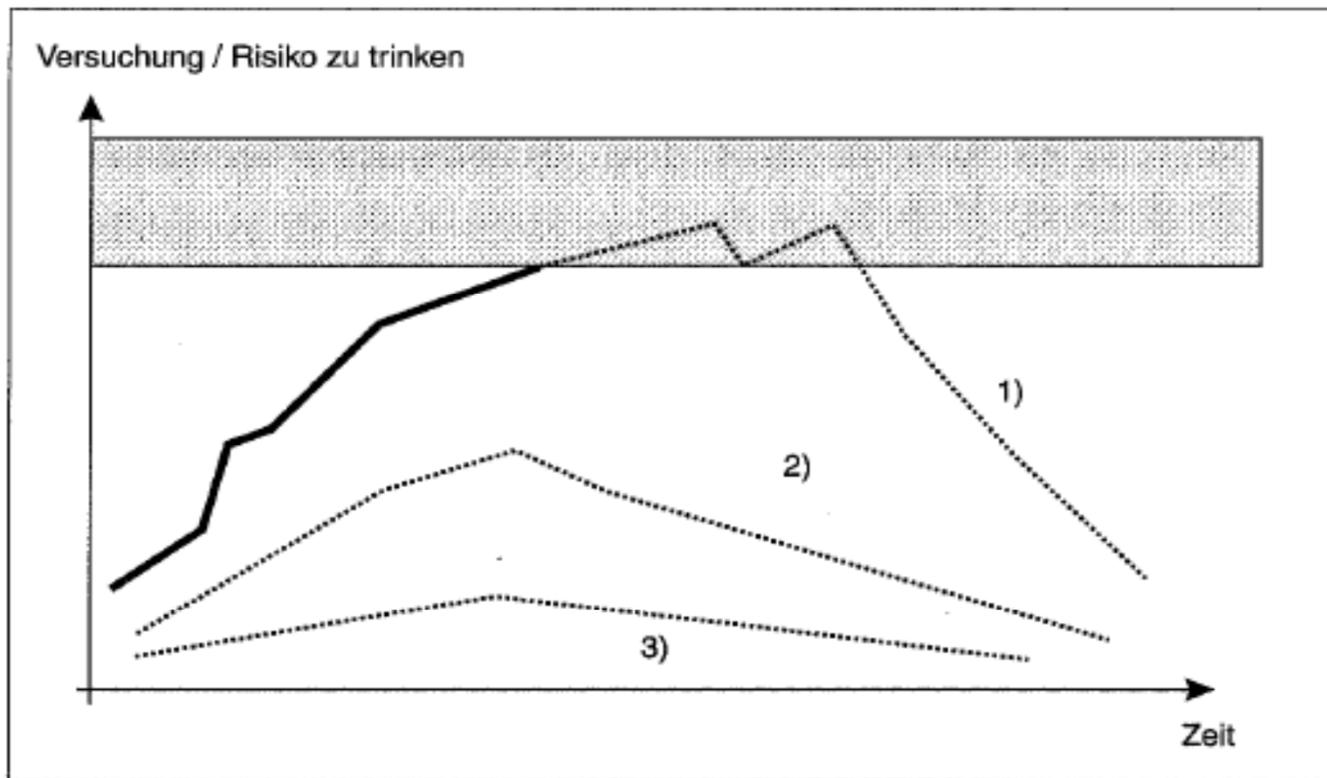
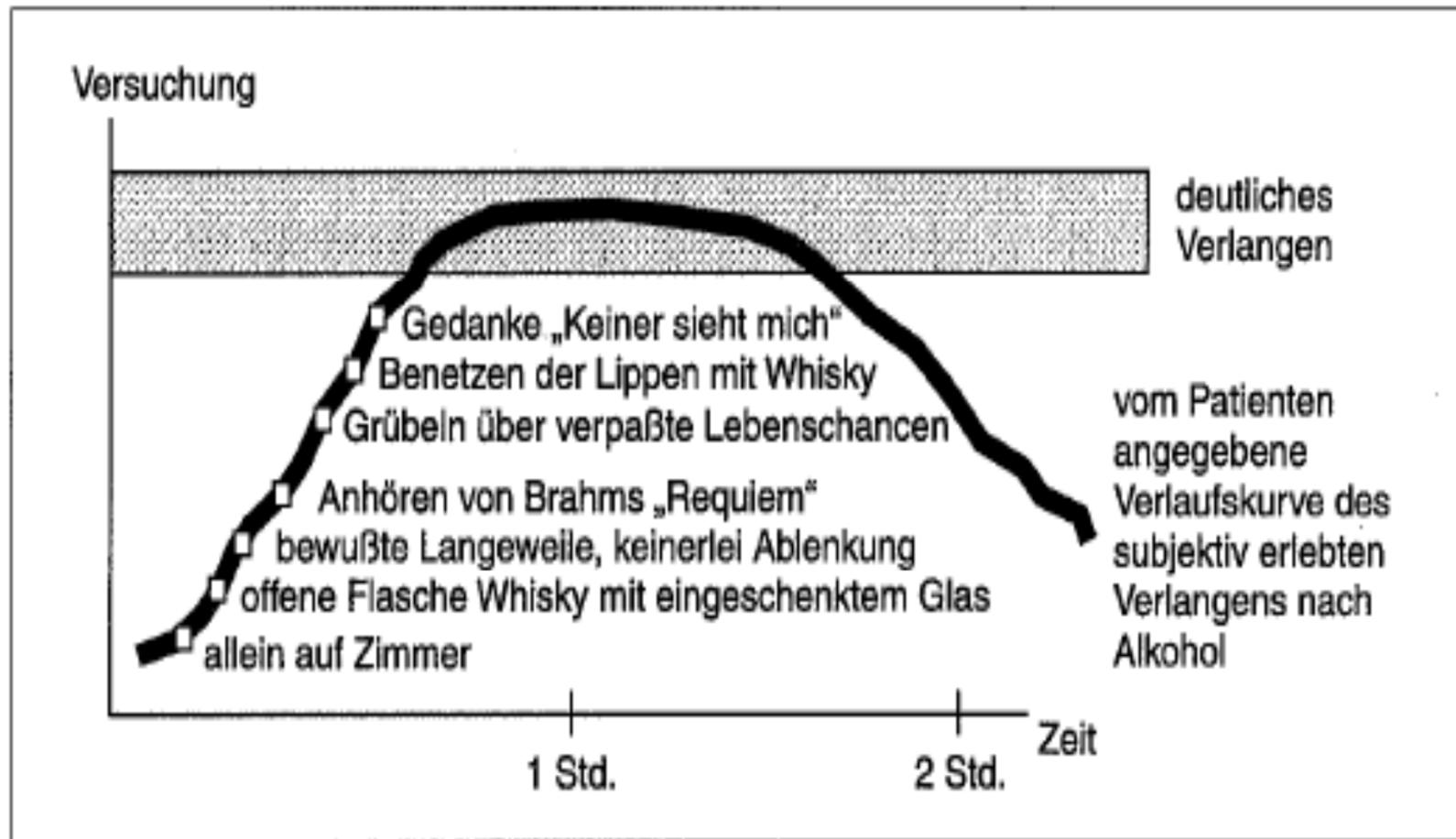


Abbildung 22:
Die Risikoverlaufskurve bei wiederholten Expositionsübungen

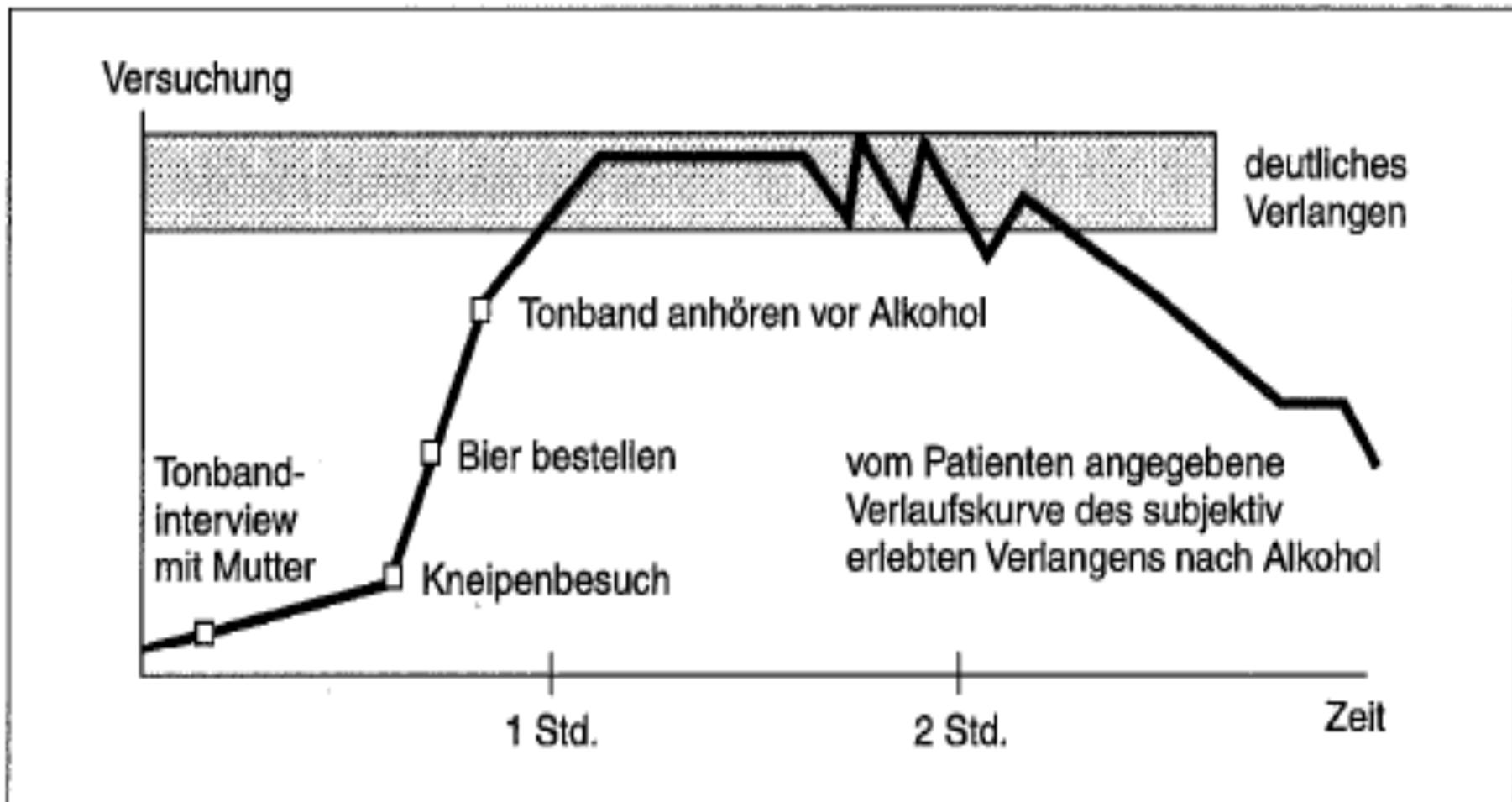
Aus: Lindenmeyer (2001)

Exposition mit rückfallriskanter Stimmungsinduktion



Aus: Lindenmeyer (2001)

Exposition nach sozialer Konfliktsituation



Aus: Lindenmeyer (2001)

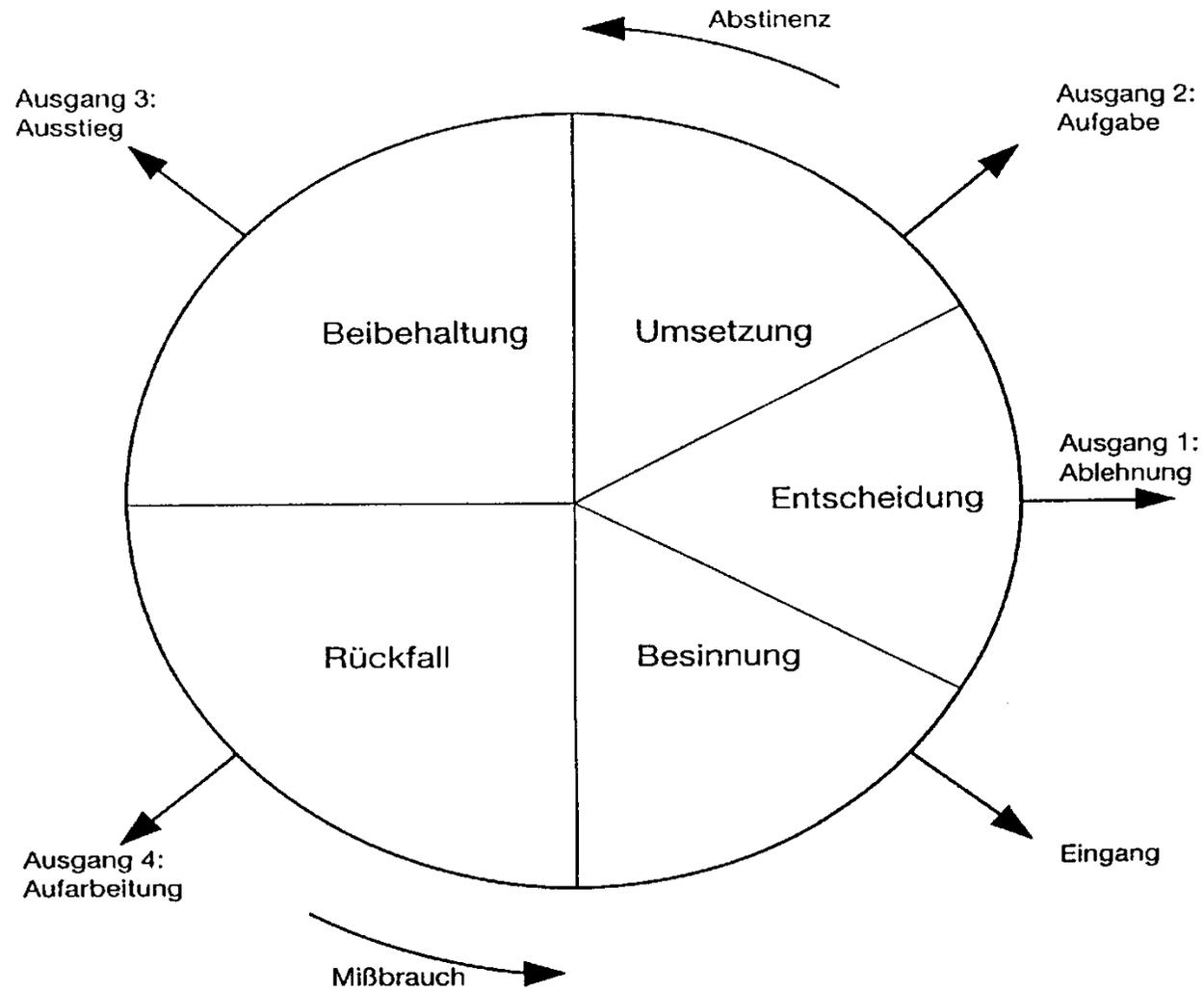
Vierfelderschema Kurz- vs. Langfristigkeit

	Kurzfristig	Langfristig
Vorteile von Abstinenz		
Nachteile von Abstinenz		

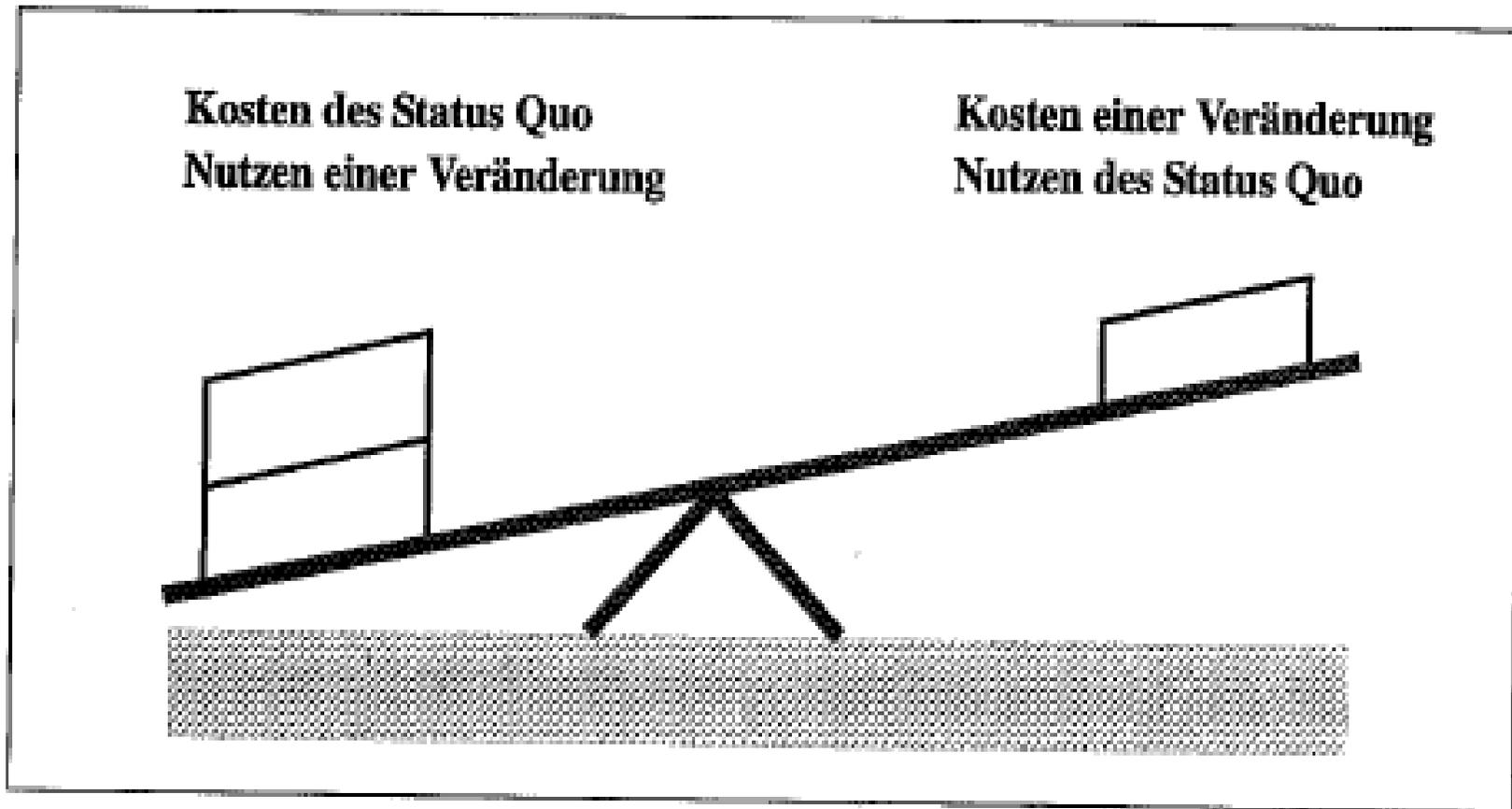
Ambivalenzanalyse mit Vierfelderaufgabe

pro Veränderung	contra Veränderung
pro status quo	contra status quo

Stufen des Veränderungsprozesses (nach Prochaska & DiClemente, 1988)



Ambivalenzkonflikt („A-Waage“)



Praktisches Vorgehen und optimierte Versorgung in Problemfällen: Motivierende Gesprächsführung in der Suchttherapie

Prinzipien motivierender Beratung:

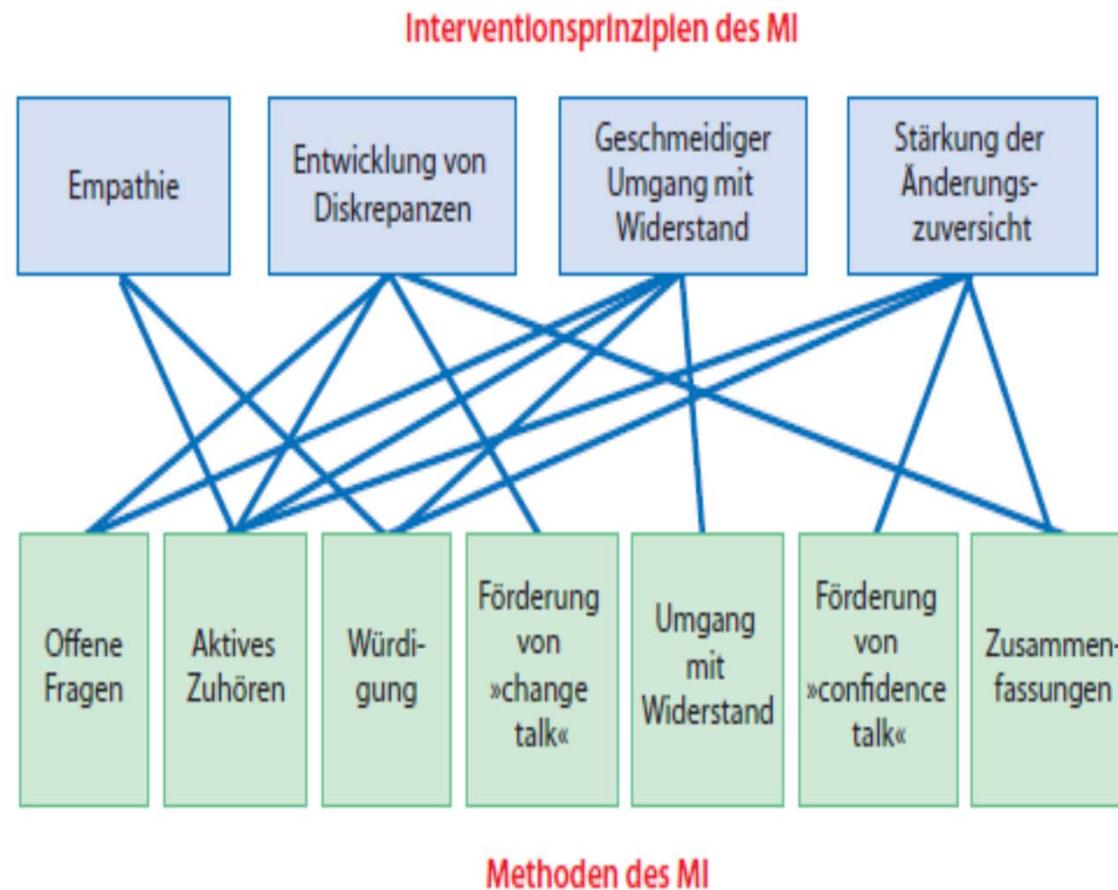
- (1) Empathie ausdrücken (Akzeptanz erleichtert Veränderung)
- (2) Diskrepanzen entwickeln (Unterschied zwischen derzeitigem Verhalten und erwünschten Zielen erhöht und stabilisiert Veränderungsmotivation)
- (3) Beweisführungen vermeiden (Argumentationen erzeugen Widerstand)
- (4) Den Widerstand aufnehmen (Neue Sichtweisen helfen allen)
- (5) Selbstwirksamkeit fördern (Der Glaube an die Möglichkeit der eigenen Veränderung ist eine wichtige Motivationsquelle)

Evokation von „self-change“-Äußerungen

- (1) Empathie ausdrücken**
- (2) Diskrepanzen entwickeln, realistische Ziele definieren**
- (3) Widerstand flexibel umlenken**
- (4) Selbstwirksamkeit fördern**

Differenzierte Interventionen beim MI

■ **Abb. 34.7.** Komponenten des
Motivational Interviewing (MI).
(Mod. nach K rkel & Veltrup, 2003)



Grundlagen des Motivational Interviewing (Kap. 6)

Grundlegende Kommunikationsstrategien: OARS

- (1) Offene Fragen stellen: Eine offene Frage ist wie eine offene Tür
- (2) Affirmation: Anerkennen, was gut ist. Das Positive würdigen. Würde schafft Selbstwert.
- (3) Reflexion/Resümee: Fokussierte Rückmeldung mit Kernbotschaft
- (4) Summary: Gutes muss auch erinnert werden

Suchtspezifische Webseiten

Allgemein:

www.sucht.de

www.sucht.org

www.dhs.de

www.giftzentrale.de

Speziell:

www.drugcom.de

www.realize-it.de

www.quit-the-shit.de

www.kidkit.de

Adresse

Referent:

Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW)

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung

Wörthstraße 10

D-50668 Köln

Email: Mikle@katho-nrw.de