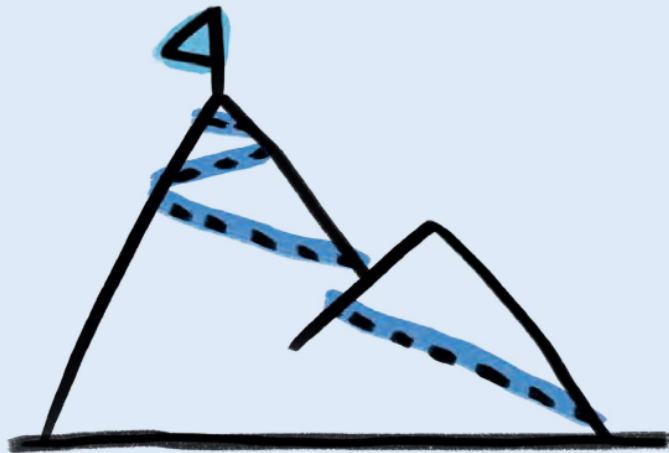


14. Basler Frühjahrstagung 2023
Herausforderungen in der Suchttherapie
Donnerstag, 25. Mai 2023, 13.00–17.30 Uhr

Suchtmedizinische Fort- und Weiterbildungsveranstaltung der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel in Zusammenarbeit mit der Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt.



Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
Abteilung Sucht

UPK

Universitäre
Psychiatrische Kliniken
Basel

KatHO NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



DEUTSCHES INSTITUT FÜR SUCHT-
UND PRÄVENTIONSFORSCHUNG

„Lügen, immer nur
lügen!?“ - Die innere
Psychologie der Sucht,
kognitive
Abwehrmuster und das
Realitätsprinzip

Michael Klein, Köln

www.addiction.de

Inhalte des Vortrags

1. Suchtentwicklungsprozess: Ätiologie der Abwehr
2. Suchtaufrechterhaltung: Die Perfektionierung der Abwehr
3. Suchthilfeprozess: Fremdmotivierung als Hilfeprozess
4. Beispiele: Förderliche Interventionen

1. Suchtentwicklungsprozess: Ätiologie der Abwehr

Alkoholinduzierte Kurzsichtigkeit

Unter diesem Konzept („alcoholic myopia“) veröffentlichten die amerikanischen Psychologen Steele & Josephs (1990) die inzwischen schon klassische **Theorie der alkoholinduzierten Kurzsichtigkeit**. Der Begriff der **Kurzsichtigkeit** wird hierbei auf den **Aufmerksamkeitsprozess** bezogen und besagt, **dass unter akutem Alkoholeinfluss Personen sich nur noch auf wenige Stimuli, nämlich die subjektiv wichtigsten, fokussieren können und entsprechend auch nach der Intoxikation andere Gedächtnisinhalte aufweisen**. Es handelt sich also um einen **Fokussierungseffekt**, der gerne auch mit dem Begriff der **Salienz** bezeichnet wird. Ein salienter Reiz ist ein solcher, der durch Signal- und Erfahrungslernen eine hervorgehobene Wichtigkeit und Bedeutung erlangt („Sensitivierung“). Das Aufmerksamkeitssystem reagiert schneller und intensiver auf solche gelernten Reize und wird neurobiologisch intensiver zu ihnen hingelenkt. Es handelt sich um eine dopaminerg begleitete Reaktion.

Sucht als Ergebnis exzessiven Substanzkonsums in Kombination mit veränderten Selbstwahrnehmungsprozessen

Substanzkonsum unterstützt und fördert selbstbezogene Verzerrungen. Dieser Prozess dauert oft viele Jahre an, bis es zu einer klinischen Suchtstörung kommt.

Währenddessen ändern sich die selbstbezogenen Kognitionen und es entwickeln sich kognitive Abwehrreaktionen.

Die **suchttypischen Abwehrprozesse** sind Konsequenz chronischen Substanzkonsums (mit salienter Wahrnehmung – Sensitivierung - und Hemmungs- und Vergessensanteilen) sowie persönlichkeitspsychologischer Tendenz zur **Abwehr, Verleugnung und Verdrängung.**

Sucht verändert Wahrnehmung und Denken bis zur Unkenntlichkeit

Dass Suchtstörungen von Alkohol-, über Drogen- bis hin zu Verhaltensüchten das Denken und die Selbsterkenntnis von Menschen negativ beeinflussen können, ist grundsätzlich schon lange bekannt.

Angehörige erleben dies oft leidvoll über Jahre und sind erstaunt, wie sehr ihr suchtkranker Partner, ihr Vater oder ihre Mutter die Welt sieht. Oft wirkt es so, als ob die Realität auf dem Kopf steht oder der Abhängige in einer ganz anderen Welt lebt, die kaum nachvollziehbar wirkt.

Auf jeden Fall ist diese „Weltsicht unter Sucht“ für Angehörige eher ein Zerrbild ihrer Realität und oft sehr belastend. Aber was geschieht dabei genau im Denken und letztlich im Gehirn des Suchtkranken oder der Person, die auf dem Weg ist suchtkrank zu werden und vielleicht schon ganz kurz davor steht? Es ist wichtig, **die Innenwelt des Suchtkranken (und der Angehörigen) nachvollziehen zu können, um Hilfen und Begleitung zur Veränderung zu liefern.**

Die veränderte Sicht auf sich selbst und die reduzierte Realitätssicht als Hauptsymptom der Sucht

Lange Zeit galt die mangelnde Behandlungs- und Veränderungsbereitschaft von Suchtkranken als ein **selbstverschuldetes Defizit** an Krankheitseinsicht, eine lästige Abwehr dessen, was doch leicht einzusehen sei. Leugnung, Bagatellisierung und Verzerrung waren Zeichen von Unmotiviertheit, bestenfalls Widerstand.

Die Tradition der Zwölf-Schritte-Programme (AA, NA usw.) erwartet vom Suchtkranken eine Art Läuterung, eine völlige Umkehr und Kapitulation vor der übermächtigen Droge, wenn er wahrhaftig änderungsbereit ist.

Das Nicht-Erkennen der Realität beim Suchtkranken ist jedoch nicht nur eine Folge, sondern auch eine Begleiterscheinung und oft auch eine Ursache der Suchterkrankung ist.

Abwehr – ein schleichender Prozess mit vielen Facetten

Die kognitiven Abwehr- und Verzerrungsmuster, die sich bei Suchtkranken zeigen, entwickeln sich meist schleichend, parallel zum fortschreitenden problematischen Substanzkonsum oder dem Verhaltensexzessproblem, wie etwa Kaufsucht oder Glücksspielsucht.

Kognitive Abwehr taucht in vielen anderen Situationen des Alltags auf, auch bei Ängsten und emotionalen Krisen. Sie ist also kein Spezifikum für Suchterkrankungen. **Bei Suchtstörungen sind die Abwehrbildungen jedoch meist wesentlich stärker und – im Falle der Substanzstörungen – psychopharmakologisch mitbeeinflusst und verstärkt.**

Was gibt es denn überhaupt abzuwehren? I

Grundsätzlich stellt sich die Frage, was Menschen mit entstehender oder bestehender Suchtproblematik überhaupt **abwehren wollen**.

Sozialpsychologisch ist dies durch Prozesse der *kognitiven Dissonanzreduktion* erklärbar. Wenn sich reales Verhalten immer mehr von den eigenen **Zielen nach Kontrolle, Selbstbestimmung und Unlustvermeidung** entfernt, wird das innere Missempfinden immer stärker.

Entweder der Betroffene entscheidet sich zu der Sichtweise, dass er unkontrolliert, willensschwach und labil ist, was aber einem extrem negativen Selbstbild mit depressiver Tendenz entspricht, oder er steuert massiv gegen diese Bedrohungen des Selbstbilds an. Und zwar durch andere Interpretationen der Realität, **speziell seines eigenen Verhaltens**.

Was gibt es denn überhaupt abzuwehren? II

Im Hintergrund der zunehmenden Substanzkonsumprobleme entfaltet sich eine starke Dynamik der kontinuierlichen Veränderung der Realitätswahrnehmung, wenn immer stärkere dissonante Wahrnehmungen abgewehrt werden müssen. Diese Dynamik erzeugt mehr und mehr automatische konsumförderliche Gedanken, die dann in Konsumsituationen immer wieder – blitzschnell und implizit, also unbewusst – auftreten.

Kognitive Verzerrungen können auch Teil der Persönlichkeit sein

Die beschriebenen kognitiven Verzerrungen können natürlich auch im alltäglichen Dasein vorkommen und ohne kognitive Verzerrungen würden Menschen nie ein zufriedenes, glückliches Leben führen können. Wahrnehmen heißt immer filtern und verändern von sensorischen Reizen. **Bei Sucht handelt es sich jedoch um starke, extreme und am Ende auch habituelle Wahrnehmungsveränderungen.** Die kognitiven Systeme sind dauerhaft in einem veränderten Informationsverarbeitungsmodus. Generell können extreme kognitive Verzerrungen auch bei Menschen aufgrund anderer Besonderheiten auftreten, etwa bei Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. Interessanterweise sind dies klinische Auffälligkeiten, die oft komorbid mit Suchtstörungen auftreten können.

Sucht und Persönlichkeitsstörungen: Double Trouble

Im Extrem sind es Persönlichkeitsstörungen, die zu dauerhaft veränderter und verzerrter Realitätswahrnehmung – bisweilen psychoseähnlicher Form - führen. **Deshalb treten gerade in diesem Kontext so oft Beziehungsstörungen auf, weil die betroffenen Menschen sich stark von anderen unterscheiden, diesen einseitig Schuld und Verantwortung zuschieben und obendrein wenig Empathie mitbringen.**

Da gerade **Sucht- und Persönlichkeitsstörungen oft komorbid auftreten** – es ist von einer Komorbidität von um 50% auszugehen – können ***Realitätsverzerrungstendenz und Wahrnehmungsstörung*** im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung auch Risikofaktoren und Begleitsymptome zur Entwicklung einer Suchtstörung darstellen.

Und damit gingen sie einer Suchtstörung voraus und würden durch diese bestenfalls noch verstärkt. Die Merkmale der Persönlichkeitsstörungen interagieren dann mit den Substanzeffekten und bilden in einer sich gegenseitig verstärkenden Wechselwirkung den ätiologischen Hintergrund einer komorbiden Sucht- und Persönlichkeitsstörung.

2. Die Perfektionierung der Abwehr

Dauerhafte Intoxikation, Schuld- und Schamgefühle, Stigmatisierung und Diskriminierung sorgen für eine Chronifizierung der kognitiven Abwehr

Kognitive Verzerrungen – Kontrollillusion als Grundproblem

Dass **kognitive Verzerrungen** im Allgemeinen zur menschlichen Wahrnehmung und zum Informationsverarbeitungsprozess gehören, ist schon lange bekannt und gilt inzwischen als Grundaxiom der kognitiven Psychologie. **Dass die kognitiven Prozesse bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Suchtstörung besonders verzerrt sind**, ist dann der klinisch psychologische Impact der klinischen Besonderheit von Suchtstörungen. Es beruht auf dem Grundprinzip der Wahrnehmungsverzerrung in besonders dissonanten Realitäten, seien sie externaler oder internaler Natur.

Die Illusion der Kontrolle ist eines der wichtigsten kognitiven Einzelphänomene, das es dabei zu beachten gilt. Unter der Kontrollillusion wird **die fälschliche Annahme verstanden, eine Situation oder ein Verhalten – überhaupt oder noch - beherrschen und beeinflussen zu können**. In Wirklichkeit hat die Kontrolle darüber bereits so sehr nachgelassen, dass Kontrollbemühungen nicht mehr funktionieren. **Kontrollbemühungen werden dann gar nicht mehr versucht, um das zu erwartende Scheitern nicht erleben zu müssen, während sich das Individuum andererseits mit der Illusion der Kontrolle („Wenn ich es versuchen würde, würde ich es schaffen“)** zu indoktrinieren und damit beruhigen versucht.

Kognitive Verzerrungen – Kontrollillusion als Grundproblem

Übertragen auf die Substanzsüchte, würde die Illusion der Kontrolle vor allem darin bestehen, **an die noch bestehende Möglichkeit einer Kontrolle der Konsummengen zu glauben und sich damit zu indoktrinieren.**

Die Realität des (weitgehenden) Kontrollverlustes wird mit seinen Ausnahmen und früheren Erinnerungen an Kontrollkompetenz überlagert und mit selbstkontrollbezogenen Kognitionen bekämpft.

Ohnmachtserleben und Kontrollillusion passen gut zusammen

Eine wichtige Erklärung für die Kontrollillusion könnte in einer dysfunktionalen Selbstregulation liegen. Personen, die ein übersteigertes Bedürfnis aufweisen, ihre Umgebung zu kontrollieren, werden stets versuchen, gegenüber Chaos, Unsicherheit und Stress diese Kontrolle zurückzugewinnen. Gelingt Menschen die Erfüllung dieses Bedürfnisses nicht oder zeigen sie **ein übersteigertes Kontrollbedürfnis**, könnten sie sich bei Nichterfüllung zur Bewältigung auf **einen defensiven Umgang mit "Kontrolle"** zurückziehen - mit der Folge der Ausbildung einer immer stärkeren Kontrollillusion.

Der defensive Umgang würde dann darin bestehen, dass sie den subjektiven Eindruck hinreichender Kontrolle der Umwelt erleben müssen, obwohl faktisch keine ausreichende Selbst- und Fremdkontrolle mehr besteht. **Suchtkranke bemühen sich nicht mehr um die Rückgewinnung der faktischen Kontrolle über sich und ihre Umwelt**, sondern begnügen sich mit **der imaginierten Illusion, diese Kontrolle zu besitzen und dies gegenüber ihrem Selbst und der Umwelt zu behaupten**. Dies würde dem klassischen Befund der Suchtforschung entsprechen, dass – zumindest für alkoholabhängige Männer – die Abwehr von Ohnmachtsgefühlen ein besonders wichtiges Konsummotiv ist.

3. Fremdmotivierung als Hilfeprozess

Der Zugang zur Suchttherapie und Bewältigung der Sucht ganz allgemein geschieht am Anfang fast ausschließlich **fremdmotiviert**.

Erst allmählich – vor allem unter Abstinenz – kann durch **Selbstreflektion, Feedback und Problemaktualisierung** eine **Eigenmotivierung und Veränderung** erreicht werden.

Fremdmotivation ist der Regelfall, nicht die Ausnahme

Motivierungsbereiche (bei Alkohol- und
Drogenstörungen), 8 Fs:

Finanzen

<https://www.addiction.de/die-8f-der-suchttherapie/>

Firma

Familie

Führerschein

Fitness (Gesundheit)

Freiheit (BtmG/StGB, aber auch „Sklaverei“)

Freunde

Freizeit

4. „Lügen, immer nur lügen“ als zentraler Prozess

Was ist Lügen, was bringt Lügen?

Kießling & Perner (2011, S. 10) definieren Lüge als eine **Falschaussage**,

- (1) bei der sich der Sender bewusst ist, **dass seine Aussage falsch ist**,
- (2) er die Absicht hat, **in einer anderen Person eine falsche Sichtweise zu erzeugen**,
- (3) beabsichtigt, dass **die andere Person entsprechend seiner Sichtweise handelt** und
- (4) mit der er **für sich einen Vorteil bzw. Gewinn erzielen** will.

Beim Lügen geht es also um die Erzielung eines Gewinns oder Vorteils gegenüber einer anderen Person. Dieser kann etwa darin bestehen, dass dieser anderen Person wichtige Informationen vorenthalten oder verändert dargestellt werden.

Lügen als Strategie oder Krankheit

In der psychologischen Forschung werden inzwischen **verschiedene Formen des Lügens** unterschieden.

Zentral ist die Frage, **ob das Lügen bewusst, automatisiert und pathologisch** geschieht.

Die Forschung zum Lügen gehört zur **Pseudologie** (vom altgriechischen *pseudos* = falsch). Dies ist eine Forschungsrichtung, die sich **mit wiederholtem und vor allem zwanghaften Lügen** beschäftigt. Obwohl Pseudologie bzw. Mythomanie als Symptom schon lange bekannt sind, ist nicht klar, ob sie auch die Kriterien einer eigenständigen psychischen Störung erfüllen. Dann wäre – ohne dass eine wahnhafte Störung vorliegt – von zwanghaftem Lügen auszugehen.

Chronisches Lügen spielt bislang eher als **Symptom** bei **verschiedenen psychischen Krankheiten** – vor allem bei **Suchtstörungen** – eine Rolle.

Formen des Lügens

Pathologisches, zwanghaftes Lügen

(Pseudologie; Mythomanie)

Automatisiertes, unreflektiertes Lügen

Scham- und Abwehrlügen

Angstlügen

Kompensatorisches Lügen

[...]

Angstlügen bei Suchtkranken

Viele Suchtkranke benutzen Lügen in Form von Notlügen und Ausflüchten, um durch die **Kontrollversuche der Angehörigen** oder der Vorgesetzten am Arbeitsplatz nicht „erwischt“, d.h. tiefer erkannt, zu werden. Diese Lügen können auch als **Angstlügen** bezeichnet werden. Der Begriff wurde durch den großen Hamburger Psychologen **William Stern und seiner Frau Clara** 1909 bei der Erforschung kindlichen Lügens geprägt.

Ganz ähnlich wie Kinder (ab dem 4. Lebensjahr) **mit Falschaussagen versuchen, Bestrafung zu vermeiden**, geschieht dies auch beim Suchtkranken gegenüber Kontrolle und Druck von Angehörigen, Ärzten und Vorgesetzten. Die Angstlügen können von einfach durchschaubar bis zu hochkomplex und absolut glaubwürdig variieren.

Persönlichkeitszüge mit hohem Abwehrpotential - I

Persönlichkeitsmerkmale sind als überdauernde Verhaltensdispositionen mit Tendenz zu Wiederholungsmustern und damit stabilen Reaktionen zu verstehen. Die Ursprungsbedingungen von Persönlichkeitsmerkmalen werden in genetischen Prädispositionen (wie z.B. angeborenes Temperament) und psychosozialen Erfahrungen in der Kindheit gesehen.

Im Zusammenhang mit Suchtstörungen kommen **(1) antisoziale, (2) impulsive und (3) narzisstische Persönlichkeitsmerkmale** in erster Linie in Frage, um ein Nicht-Befolgen von Gesundheitsempfehlungen und sozialen Regeln zu erklären.

Antisoziale, impulsive und narzisstische Persönlichkeitsmerkmale

Antisozialität hängt mit einem Mangel an Empathie gegenüber anderen zusammen. Ein rücksichtsloses Missachten der Interessen und des Wohlergehens anderer steht im Zentrum der Antisozialität genauso wie **manipulatives und oft auch gewalttätiges Verhalten**. Im Hintergrund sind meist kognitive Grundannahmen zu finden, wie „meine Interessen sind wichtiger“, „ich lasse mir von keinem etwas sagen“, „ich mache mir alle Regeln selbst“ oder „die anderen sollen gefälligst tun, was ich will“.

Persönlichkeitszüge mit hohem Abwehrpotential - II

Die impulsive Persönlichkeit wirkt auch oft antisozial. Im Unterschied zur ausschließlich antisozialen Persönlichkeit ist sie aber weniger strategisch und manipulativ, sondern kann sich viel schlechter steuern und kontrollieren. Wenn es etwa gilt, wahrgenommene oder auch nur diffus gespürte Bedürfnisse zu befriedigen, vergisst die impulsive Persönlichkeit Vorsätze und Regeln, um zu ihrem vermeintlich einzig wichtigen Ziel zu kommen. Daraus entstehen oft automatisierte unbewusste Verhaltensroutinen bis hin zu Zwängen.

Die narzisstische Persönlichkeit muss sich selbst stets in den Mittelpunkt stellen, um das Gefühl der Wichtigkeit zu erlangen und nicht an Selbstwertmangel zu leiden. Sie braucht kontinuierlich Bestätigung und Aufmerksamkeit. Sie verhält sich wie ein Luftballon, der ständig mit heißer Luft aufgepumpt werden muss. Im Grunde überdehnt sie dauerhaft die Grenzen ihres kleinen Ichs und kann damit andere nachhaltig schädigen. Wenn andere sie dann einschränken, empfindet sie dies schnell als Herabsetzung oder Kränkung. Entweder sie setzt sich an die Spitze der Bewegung oder sie rebelliert dagegen und hintertreibt die geforderten Veränderungen. Dieses Verhalten zeigt sie gerade in Krisen, denn dann gilt, dass die sonst mehr oder weniger kaschierten Persönlichkeitsanteile nunmehr unter Stress deutlicher und intensiver hervortreten.

Die veränderte Realitätssicht als Hauptsymptom der Sucht

Lange Zeit galt die **mangelnde Behandlungsbereitschaft** von Suchtkranken als ein **Mangel an Krankheitseinsicht**, eine lästige Abwehr dessen, was doch leicht ist einzusehen. Die Tradition der Zwölf-Schritte-Programme (AA, NA usw.) erwartet vom Suchtkranken dafür eine Art Läuterung, eine völlige Umkehr und Kapitulation vor der übermächtigen Droge, wenn er wahrhaftig **änderungsbereit** ist. Was aber, wenn das Nicht-Erkennen der Realität beim Suchtkranken keine Folge, sondern eine **Begleiterscheinung** oder gar **Ursache** der Suchterkrankung ist? Auch diese Sicht sollte nach heutiger Forschungslage in Betracht gezogen und in therapeutisches Handeln **transferiert** werden.

„Sucht ist eine Augenerkrankung“

(Steele et al., 1994)

- (a) Wahrnehmungsprozesse, Erlebnis- und Emotionsverarbeitung sind bei Suchtkranken deutlich verändert („alcohol myopia“)
- (b) Realitätsverzerrung, Scham- und Schuldabwehr sind zentrale Prozesse bei der Suchtentstehung („selbstwertdienliche Attributionen“)

Lügen, aber wie?

Die Feinmechanik des Lügens:

Weglassen (Vergessenstechnik)

Verändern (Modifikationstechnik)

Externalisieren (Schuldzuweisungstechnik)

[...]

Im Zuge der Aufrechterhaltung der Sucht entsteht meist ein „Lügengebäude“, oft mit inneren Widersprüchen, aber hoher Veränderungsresistenz.

Typologie der Lügen

5 Formen:

Verleugnung (“Ich war es nicht!”)

Weglassen (Was ich nicht sage, ist das Wesentliche!)

Fabrizieren (proaktive Lügengeschichten)

Verharmlosung (“Das war alles nicht so schlimm!”)

Übertreibung (“Ich muss Tag und Nacht arbeiten!”)

Alkoholisches Lügen konkret - I

Verharmlosen:

„Meine Autounfälle waren alle nicht so schlimm. Alles nur Blech.“

Beim Verharmlosen werden die Folgen des eigenen Handelns in ihrer Wichtigkeit und Relevanz herabgesetzt. „Alles nicht so schlimm“ ist hier die Kernbotschaft. Die anderen übertreiben, ich sehe es gelassen und richtig.

Abwehren:

Ich weiß nicht, was der (Chef) von mir will. Der hat mich einfach nur auf dem Kicker.

Projizieren:

Ich lebe heute. Was in 20 Jahren ist, ist mir egal.

Negieren:

Das stimmt nicht. Die lügen.

Alkoholisches Lügen konkret-II

Minimieren:

Die Bedeutung des Alkohols und die Rolle des Trinkens herunterspielen

Der Alkohol ist mir gar nicht wichtig.

Verharmlosen:

Der Alkohol kann mir nicht anhaben. Der Helmut Schmidt ist als Raucher auch fast 100 alt geworden.

Aggressive Abwehr:

Vorwärtsverteidigung

„Wie viel ich trinke, geht dich gar nichts an!“

Proaktive Abwehr:

Dann komme ich eben, sage aber kein Wort. Die anderen hier sind alle Weicheier und Lügner.

Vermeidung (reaktive Abwehr)

Termine und Vereinbarungen nicht einhalten.

„Gruppentherapie ist nichts für mich“. „Die sind alle gegen mich“.

Auslassen und Unterdrücken wichtiger Details:

Relevante Details werden ausgelassen, nicht erwähnt oder bewusst nicht offenbart.

5. Interventionen und Hilfen

Am wichtigsten sind Interventionen in folgenden Bereichen:

- (1) Kognitive Therapie
- (2) Metakognitive Reflexion
- (3) Motivierende Interventionen
- (4) Systemische Interventionen
- (5) Psychoedukation

A. Kognitive Interventionen

Die vorherrschenden Glaubenssätze und Überzeugungen hinterfragen, überprüfen, erschüttern; sokratischer Dialog, ABC-Technik nach A. Ellis, kognitive Therapie nach A.T. Beck

A = auslösendes Ereignis

B = beliefs (Glaubenssätze, Kognitionen)

C = consequences (Emotionen)

D = Disputation

E = exit (Ergebnis)

Vom Autopiloten zur Selbststeuerung

Üben, üben, üben

Die Verhaltensweisen, die bei Suchtkrankheit erworben wurden, sind meist – genauso wie die zugrundeliegenden Kognitionen und Emotionsregulationen – automatisiert. In der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) ist von „**automatischen Gedanken**“ die Rede. Sie laufen blitzschnell und unbewusst ab. Sie zu verändern, rückgängig zu machen, bedarf neben der Bewusstmachung und Achtsamkeit eines längeren Übungsprozesses, z.B. mit Expositionsverfahren, Ablehnungstraining, neurokognitiver Rückprägung usw. Dieser Prozess ist langwierig und erfordert **dauerhaftes Üben und Trainieren**. Die automatischen Gedanken beruhen auf dysfunktionalen Grundannahmen und ebensolchen Schemata.

A. Kognitive Interventionen

Nach der Evidenz, den Beweisen fragen:

Woher wissen Sie das?

Wie kommen Sie darauf?

Wie sicher sind Sie sich dieser Sache?

Haben Sie eine andere Erklärung dafür?

Haben Sie schon einmal anders darüber gedacht?

[...]

A. Kognitive Interventionen

Relativieren:

Was wäre schlimmer/besser für Sie?

Was sind Sie bereit zu tun?

Wie sehr belastet Sie das?

Wie könnte es noch schlimmer sein?

[...]

A. Kognitive Interventionen

Mit den Augen anderer sehen:

Wie würde Ihre wichtigste Bezugsperson X das sehen?

Was sagt X dazu?

Wenn Sie sich mal ganz in X hineinversetzen, was würde er/sie dazu sagen?

A. Kognitive Interventionen

Ziel- Werte- Klärung (z.B. nach Kanfer):

Was wollten Sie ursprünglich im Leben erreichen?

Was war Ihnen besonders wichtig?

Wo stehen Sie heute in Bezug auf Ihre Ziele und Werte?

B. Metakognitive Reflektion

Die eigenen Mechanismen und Abwehrprozesse erkennen

Bewältigung der kognitiven Abwehrprozesse

Der **Prozess der Suchtbeendigung** – z.B. in der Suchtselbsthilfe oder in der Suchttherapie – bedeutet eine **Rückabwicklung des initialen Prozesses der kognitiven Abwehr** in der Suchtentstehungsgeschichte.

Was dort oft über Jahre an **Verleugnung, Bagatellisierung und Verzerrung zur Abwehr von Scham, Schuld und Eigenverantwortung** aufgebaut wurde, muss mühevoll wieder abgerissen und durchdrungen werden, um eine realistische Sicht auf sich selbst, die eigene Geschichte und die Welt insgesamt zu erreichen. Auch deshalb ist dieser Prozess von Widerständen, Rückschritten und Rückfällen begleitet.

B. Metakognitive Reflektion

Wie kommt es, dass die anderen die Welt so anders wahrnehmen als ich selbst?

Wie habe ich es bisher geschafft, das nicht zu erkennen, was für meine Umwelt offensichtlich war?

Ich wünsche mir, dass Sie sich selbst und Ihr Verhalten noch tiefer und besser verstehen. Wie kann das gelingen?

[...]

C. Motivierende Interventionen

Im Vordergrund steht die Haltung des Beraters und die Responsibilisierung des Abhängigen.

Deshalb:

Ins Nachdenken bringen, Perspektiven öffnen, aktivieren, die eigene Verantwortung klarmachen, akzeptieren, verstehen, Augenhöhe, sortieren, strukturieren...



William R. Miller | Stephen Rollnick

Motivierende Gesprächsführung

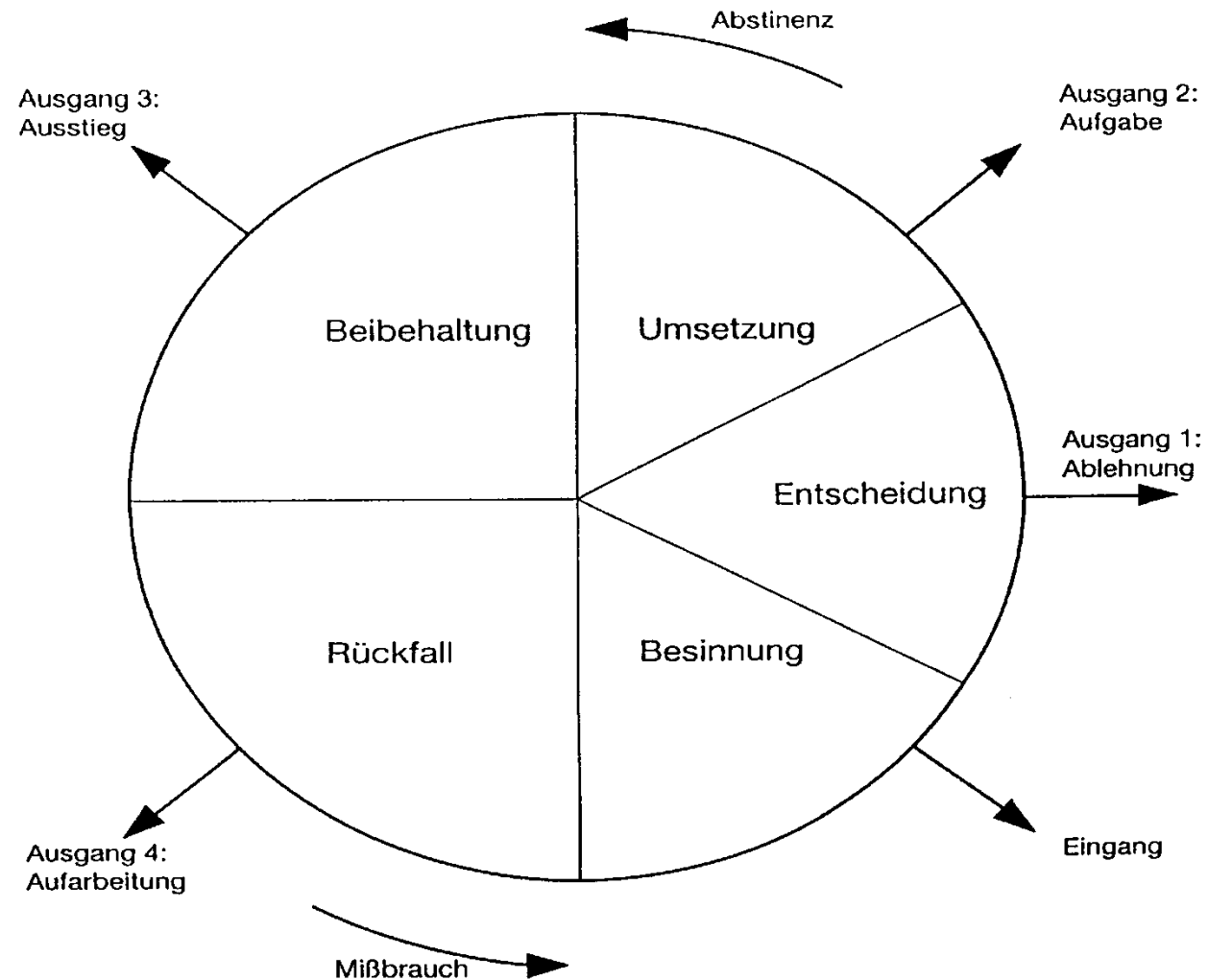
Motivational Interviewing:
3. Auflage des Standardwerks in Deutsch

LAMBERTUS



Prof. William Miller, Univ. of New Mexico

Stufen des Veränderungsprozesses (nach Prochaska & DiClemente, 1988)



Funktionen der OARS

O = open ended questions → Selbstexploration, Engagement, Vertiefung von Einsichten

A = affirmations → Steuerung, Stabilisierung, Neuaufbau von Verhaltensroutinen

R = reflective listening → Bindung an Therapeuten, Abbruchprävention, Voraussetzung für Öffnung und Vertrauen

S = summarizing → Strukturierung, Festigung, Gedächtniskonsolidierung

C. Motivierende Interventionen

Offene Fragen:

Wie würden Sie Ihren (Alkohol-)Konsum beschreiben?

Was denken Sie über das Thema?

Wie kommt es, dass Sie hier sind?

Was wollen Sie erreichen?

Was darf nicht geschehen?

C. Motivierende Interventionen

Verstärkungen (affirmations):

Gut, dass Sie gekommen sind.

Was Sie offener sind, ist ein guter Fortschritt.

Das ist eine wichtige Sache, dass Sie sich auf den Weg machen.

Ich freue mich, dass Sie das jetzt angehen.

C. Motivierende Interventionen

Empathie ausdrücken:

Es belastet Sie, dass Sie den Führerschein verloren haben.

Sie fühlen sich bedrängt von den vielen Fragen, die Sie hier beantworten sollen.

Es hat Sie viel Überwindung gekostet, hierher zu kommen, aber Sie wollen auf jeden Fall wieder Ihren Führerschein zurück.

C. Motivierende Interventionen

Zusammenfassen, Pointieren:

Was Sie bis jetzt gesagt haben, lässt für mich erkennen, dass Sie...

Die Inhalte unseres heutigen Gesprächs führen auf einen wichtigen Punkt...

Nennen Sie mir den wichtigsten Punkt aus unserem Gespräch.

Evokation von „self-change“-Äußerungen

(1) Empathie ausdrücken

(2) Diskrepanzen entwickeln, realistische Ziele definieren

(3) Widerstand flexibel umlenken

(4) Selbstwirksamkeit fördern

D. Systemische Interventionen

Die dysfunktionalen Kognitionen aus ihrem Kontext heraus verstehen. Sie rückabwickeln und reframe.

D. Systemische Interventionen

Der Veränderungsprozess umfasst **die Rückabwicklung der dysfunktionalen Kognitionen** und die Entwicklung und dauerhafte Etablierung neuer, funktionaler und realistischer Kognitionen.

Bei der Schwierigkeit, sich zu seinen Konsumproblemen zu bekennen, ist daher die Offenheit vor sich selbst beim Sprechen über den Konsum ein wichtiger Weg zur Lösung der Suchtprobleme.

Über Reframing, Selbstreflexion, Akzeptanz und Selbsterkenntnis kann es gelingen, das wahre Ausmaß der eigenen Probleme zu erkennen und sich für Veränderungen zu motivieren. Aber, wie aus therapeutischer Erfahrung und Suchtforschung bekannt ist, ist der Weg dorthin weit und es dauert oft lang.

D. Systemische Interventionen

Die wichtigsten systemischen Fragetechniken sind:

hypothetisierendes Fragen

Wahrscheinlichkeitsfragen, skalierende Fragen

zirkuläre Fragen

zielorientierte Fragen

Lösungsorientierte Fragen

[...]

E. Psychoedukation

Unter Psychoedukation werden **systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen** zusammengefasst, die dazu dienen, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Insgesamt soll **Hilfe zur Selbsthilfe** angeboten werden. (Bäumli J.& Pitschel-Walz, 2003). **In der Suchtbehandlung hat Psychoedukation durch die AA („the big book“) eine lange Tradition.**

Psychoedukation zu Sucht

Schneider, Ralf (2019; 20. Aufl.): Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Hohengehren: Schneider Verlag.

Lindenmeyer, Johannes (2016; 9. Aufl.). Lieber schlau als blau. Weinheim: Beltz.

Suchtspezifische Videos zur Psychoedukation

Dopaminerges System:

Gehirn unter Drogen (Arte, 5 Teile)

<https://www.youtube.com/watch?v=jqLLNWAwroo> (z.B. Kokain, Stimulantien; jeweils 42 Min.)

<https://www.youtube.com/watch?v=ZI8QsJCZwU8> (Sucht; Reihe: dasgehirn.info; 4 Min.)

<https://www.dasgehirn.info/krankheiten/sucht/sucht> (Einführung: Gehirn und Sucht)

Motivational Interviewing:

Bill Matulich: Brief Introduction to Motivational Interviewing (17 Min.)

<https://www.youtube.com/watch?v=s3MCJZ7OGRk>

<https://www.youtube.com/watch?v=fWDzebEdGto> (60 Min., Paul Warren)

https://www.youtube.com/watch?v=vuols5_J0rw (5 Min.; Einsamkeit, Verfügbarkeit Substanzen)

Sucht- Psychoedukation

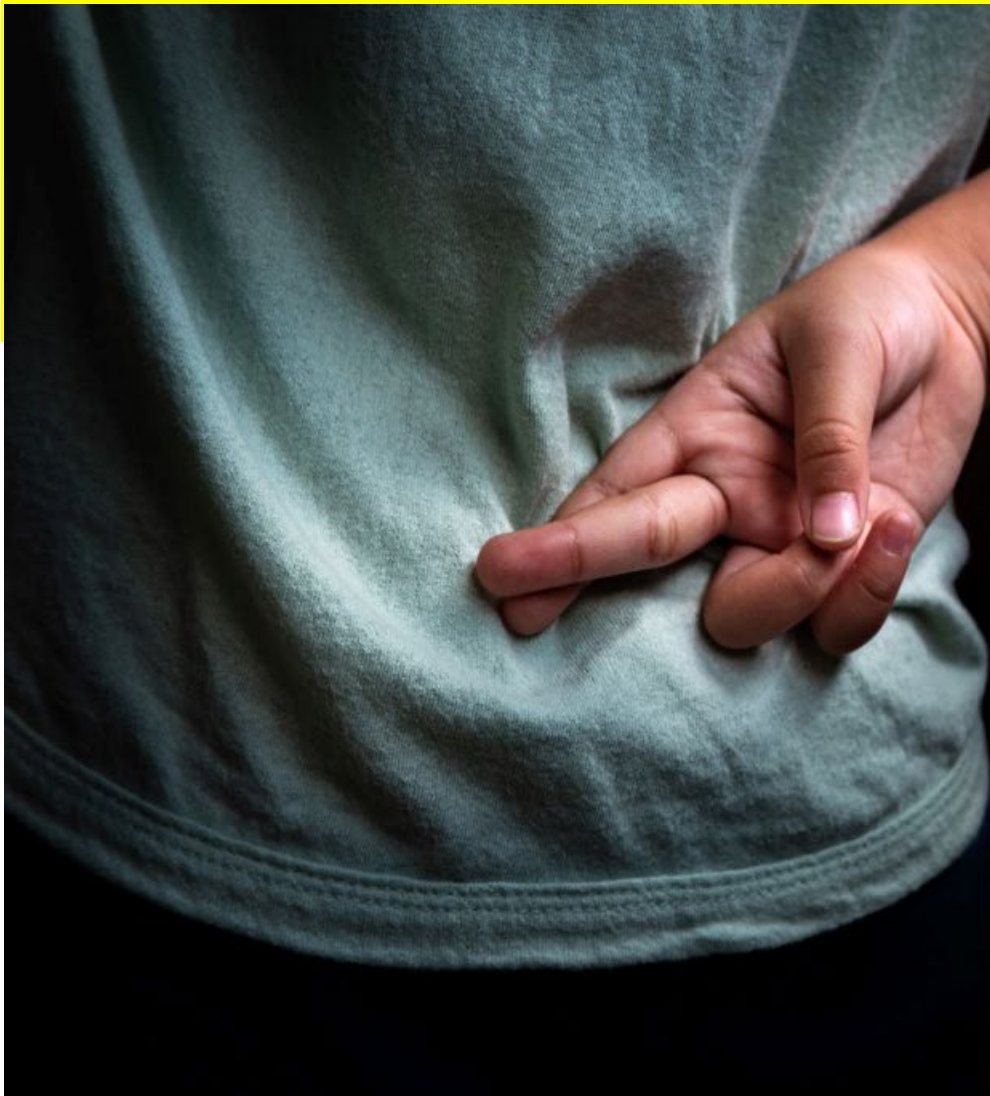
<https://www.youtube.com/watch?v=HUngLgGRJpo>

(Nuggets)

Sucht als Wahrnehmungs- und Denkstörung: Kognitive Abwehr und Verzerrungen bei Suchtstörungen

<https://www.addiction.de/kognitive-abwehr/>





SUCHT & LÜGE

<https://www.addiction.de/suchtkranke-luegner/>

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Referent:

Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW)
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)
Wörthstraße 10
D-50668 Köln
www.addiction.de
Email: Mikle@katho-nrw.de

Zentrum für Männerpsychologie & -psychotherapie
Aachener Straße 489
50933 Köln
www.maennerpsychologie.de
Email: Mikle@t-online.de