



Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen

Dr. Ahmad Khatib

a.khatib@salus-friedrichsdorf.de

Empfohlene Literatur

- ✚ Lindenmayer, J. Ich bin kein alkoholiker. Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemem. Springer, 2013
- ✚ Lindenmayer, J. Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Hogrefe, 2016 (3. Aufl.)
- ✚ Alkoholabhängigkeit. Ein Leitfaden zur Gruppentherapie. Btra, A. & Hohagen, F. (Hrsg.). 2016
- ✚ Petry, J.: Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien. PVU, 1996
- ✚ Miller, R. & Rollnick, S.: Motivational Interviewing. 2013
- ✚ Premper, V. & Sobottka, B.: Pathologisches Glücksspielens. Belz. 2015
- ✚ Petry, J.; Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet- Gebrauch. Hogrefe, 2009.
- ✚ Tretter, F. & Müller, A.: Psychologische Therapie der Sucht. Hogrefe, 2001

Stell Dir mal vor!

Ihr Aus-/Weiterbildungsinstitut hat Ihnen mitgeteilt:

„Alle Psychologen/Ärzte können die Aus-/Weiterbildung nur dann absolvieren, wenn sie frei von allen Süchten leben!“

Sie sind ein/e RaucherIn und müssen sich deshalb einer Entwöhnungsbehandlung unterziehen.

Sie haben 3 Tage Zeit, um sich zu entscheiden, ob Sie diese Auflage erfüllen möchten, andernfalls werden Sie von der Ausbildung ausgeschlossen!

Wie würden Sie mit dieser Auflage umgehen, wie würde ggf. Ihre Haltung in der Therapie aussehen?



**Sie lernen einen Mann / eine Frau kennen;
er/sie ist Alkoholiker!**

**Was haben Sie für Vermutungen/
Phantasien, was dieser für ein Mensch
sein kann?**

**Es sind Niederlassungen für
psychotherapeutischen Praxen zu vergeben!**

Zur Behandlung von Abhängigen!

- ✚ Was empfinden Sie bei der Vorstellung,
Abhängigkeitskranke zu behandeln?**

**Sie lernen einen Therapeuten kennen;
er arbeitet seit 10 Jahren im Bereich *Sucht!***

**Was haben Sie für Vermutungen/
Phantasien, was dieser für ein Mensch
sein kann?**

- ✓ **Extreme Scham- und Schuldgefühle**
- ✓ **Angst vor der Stigmatisierung**
- ✓ **Resignation**

Hinzu kommt:

- ✓ Psychotherapie allgemein ruft eher negative Assoziationen hervor!
- ✓ Das Bild der Suchtpatienten, -therapeuten und -therapie ist generell negativ!



Seminarfahrplan

- Was ist **Sucht**? Diagnose, Teufelskreise der Sucht, Erklärungsmodell
 - ☞ Wie sehen die **Betroffene** ihre Störung?
- Wie **behandelt „man“** einen Suchtpatienten?
 - ☞ Die speziellen **Strategien** für die spezielle **Problemlage**
 - ☞ Was Muss der Patient **wissen** und **können**?
 - ☞ Was sind die günstigen Bedingungen für den **Therapieerfolg**?
- Umgang mit **Rückfällen**:
 - ☞ Was sind die typischen **Rückfallsituationen**?
Rückfallanalyse und **Rückfallprophylaxe**
- Besonderheiten: die therapeutische **Grundhaltung**; von der **Behandlungsmotivation** zur **Motivationsbehandlung**



Was ist Sucht?

Psychische Störung sind:

-  Lösungsversuche
-  Eine Frage der Gewohnheit!



Wie entwickelt sich die Sucht?

So erkläre ich den Patienten



Grundbedürfnisse

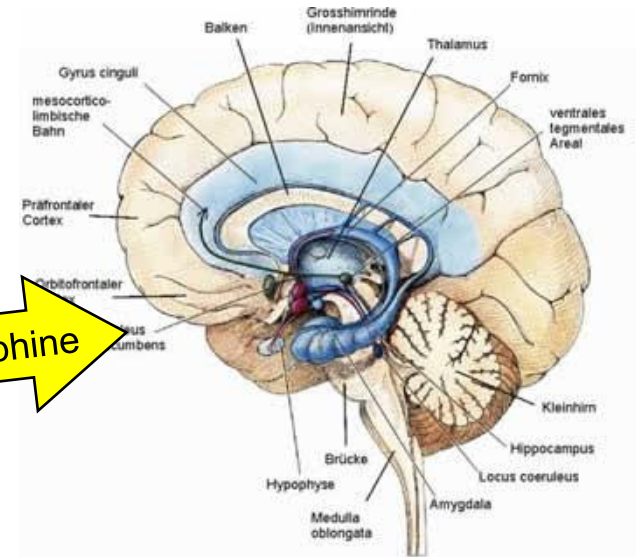
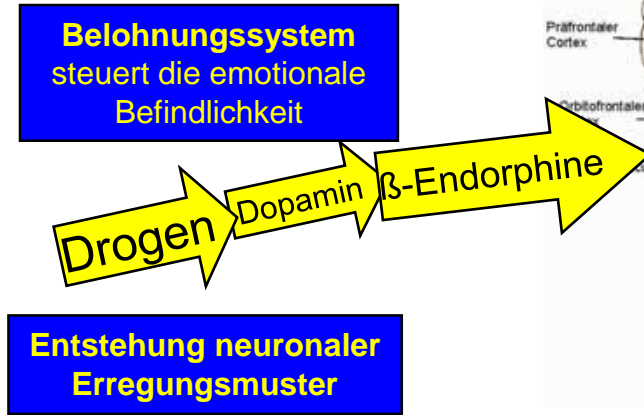
- Psychoedukation -



Menschen sind stets bemüht,
ein möglichst angenehmes
Leben zu führen!

Vier Grundbedürfnisse steuern die menschlichen Bemühungen

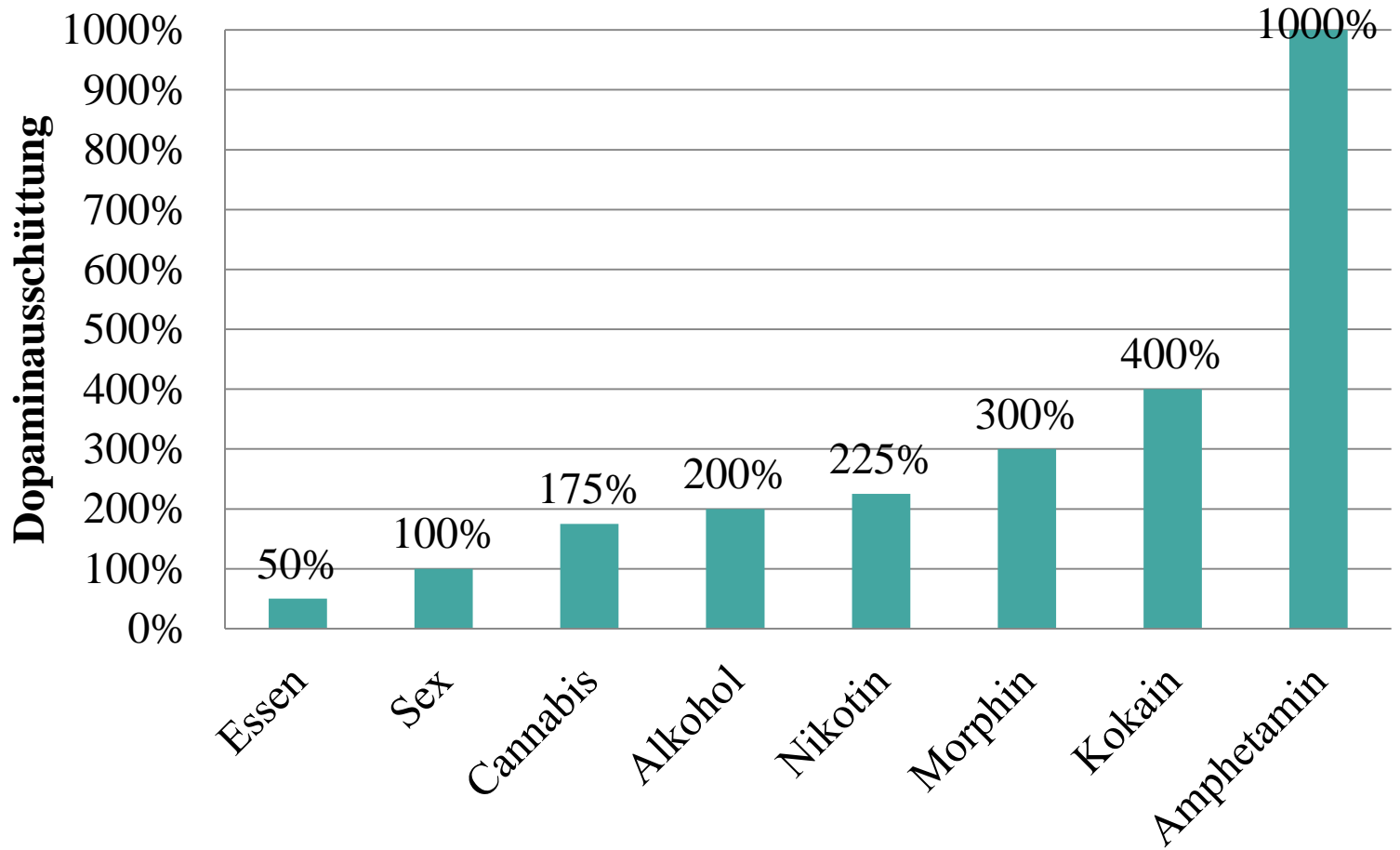
- ✚ Orientierung und Kontrolle
- ✚ Selbstwert
- ✚ Bindung
- ✚ Lust



Anhaltend/dauerhaft fehlende Befriedigung überfordert psychische Verfassung und kann somit das Suchtverhalten begünstigen!



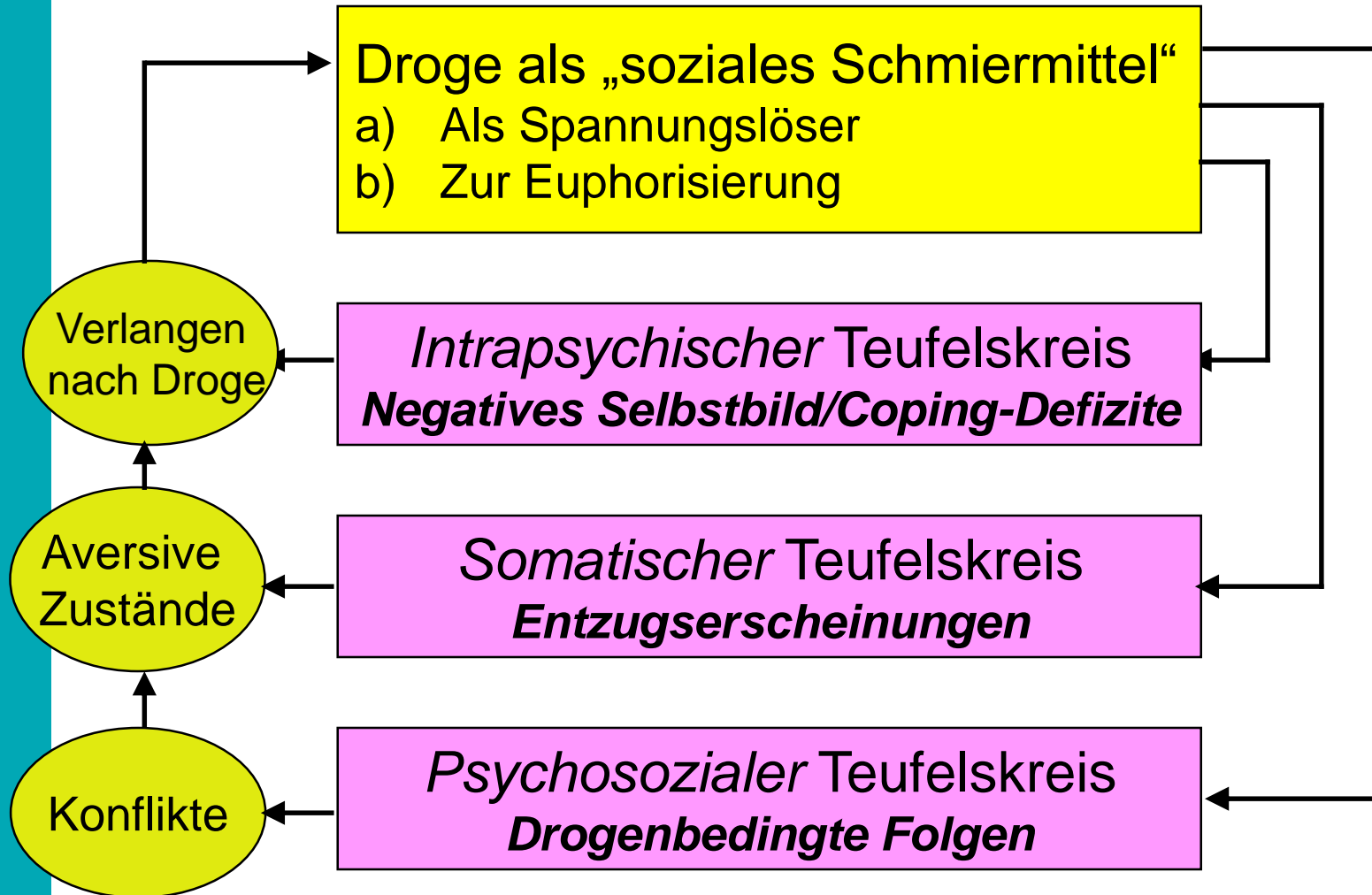
Dopamin-Ausschüttung bei Drogen (Wise, 2000)





Teufelskreismodell der Sucht

Küfner, 1981



Kritische Entwicklung

Das Stadium des kritischen Konsums ist mit Sicherheit erreicht, wenn man sich nicht mehr fragt:

„Wie könnte mein Trinken (Drogen, Rauchen, „Glückspielen“, ...) meine Partnerschaft, Arbeit, Freundeskreis oder Freizeitgestaltung stören?“

Sondern

„Wie stört meine Partnerschaft, Arbeit oder Freizeitgestaltung mein Trinken (Drogen, Rauchen, Glückspielen...)?“



Sagen Sie mir **wie Sie trinken (konsumieren)**

und ich sage Ihnen **wie die Diagnose heißt!**

- + **Toleranzentwicklung**
- + Es wird **viel Zeit darauf verwandt**, das Verlangen zu befriedigen oder sich von seinen **Auswirkungen zu erholen**
- + Absichtlicher Konsum in **größeren Mengen** über einen **längeren Zeitraum**; unwiderstehliches Verlangen
- + **Einschränkung** sozialer und/oder beruflicher **Aktivitäten**
- + **Entzugserscheinungen**
- + Anhaltender **Wunsch** bzw. **erfolglose Versuche**, den Konsum/das Verhalten langfristig zu kontrollieren
- + Der Konsum/das Verhalten wird fortgesetzt, trotz **körperlicher, sozialer oder psychischer Probleme**

- + Der Einstieg: i.d.R. durch Arzt (setzt ein Problem beim Betroffenen voraus)
- + Die Konsumsituation
- + Die Beschaffung
- + Die Wirkung (gezielt)
- + Entzugerscheinungen (treten nicht unmittelbar auf)
- + „Saubere Angelegenheit“ (keine „Fahne“, kein auffälliger Rausch)



Psychotherapie =

Entwicklung einer
Änderungs*motivation*

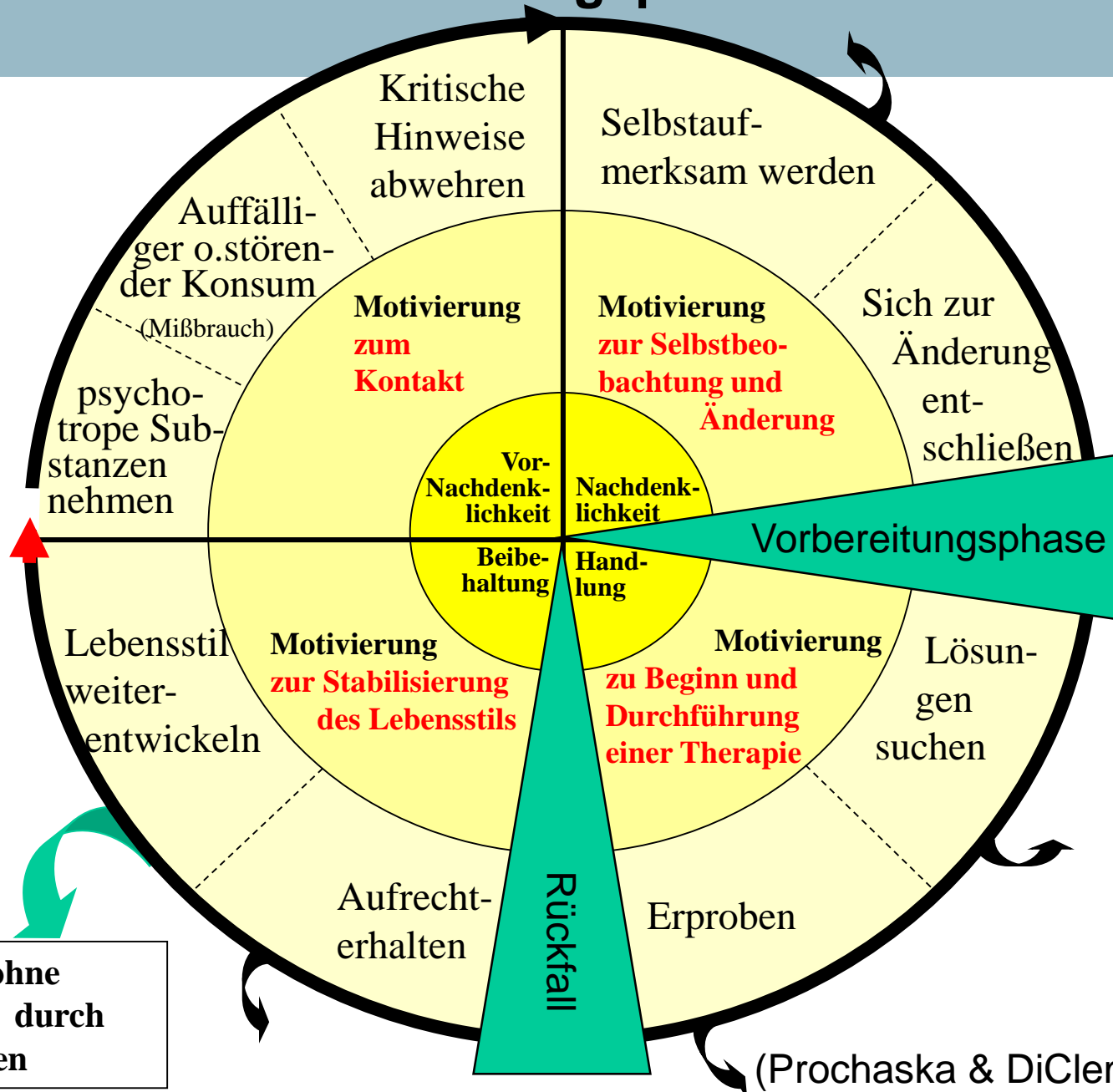
Wann ändern Menschen ein gewohntes Verhalten?

(Kanfer, 2000)

- ✓ Das Verhalten wird für einen selbst und andere **unerträglich**
- ✓ Ein **alternatives** Verhalten erscheint sinnvoller bzw. erfolgsversprechender zu sein
- ✚ *Eine **Mischung** aus Unerträglichkeit des aktuellen Verhaltens und dem Sinn des beabsichtigten Handelns*
- ✓ **Zwang** (nur vorübergehende Anpassung!)



Der Änderungsprozess



Leben ohne
Störungen durch
Drogen



„Motivational Interviewing“

Das Therapeuten- Betriebssystem

Geist
des MI
„spirit“

Das Motivational Interviewing

Miller & Rollnick,
2013

Partnerschaftlich

Akzeptanz

Entlockend

Anteilnehmend

Phasen/Prozesse des MI



Kernkompetenzen

Offene Fragen stellen

Würdigen von Bemühungen

Aktiv zuhören

Zusammenfassen

Informieren/beraten

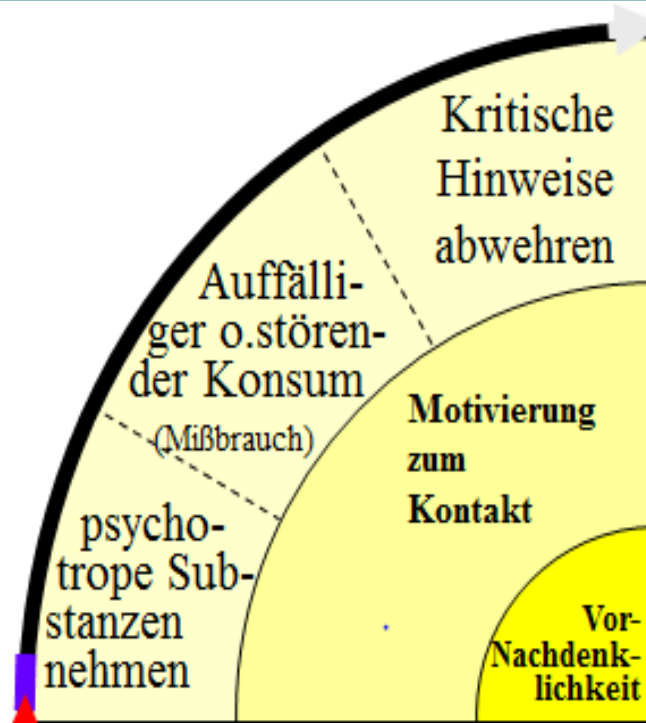
Spezifische Kompetenzen

Förderung von „change talk“

Förderung von „confidence talk“

Geschmeidiger Umgang mit Widerstand

In der Phase „Precontemplation“



- ✚ „Zieloffen“ vorgehen
- ✚ Verständnis für die Reaktion des Pat. zeigen
- ✚ Vermittlung von Informationen/ diagnostischen Hinweisen, die das Aufgeben verzerrter Selbstwahrnehmung erleichtern
- ✚ Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung entwickeln

Im weiteren Vorgehen:

- **Keine weiteren Überzeugungsversuche!!!**
- Gemeinsam nach einem Ausweg aus der Situation suchen

- Was kann ich für Sie tun? Was führt Sie zu mir?
- Mögen Sie mir von Ihrer Konsumgewohnheit erzählen?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Konsum? Zufriedenheitslineal!
- Haben Sie infolge des Konsums bestimmte Einschränkungen bei sich bemerkt? [beruflich, sozial, familiär, sexuell]. Ggf.: wie wirken sich diese auf Ihre Lebenszufriedenheit aus?
- Beunruhigt Sie etwas aufgrund Ihres Konsums?
- Möchten Sie an Ihrer Konsumgewohnheit etwas ändern?
- Was raten Ihnen (PartnerIn, Eltern, Freunde, Kollegen, Arzt etc.)? Wie kommen sie darauf? Was ist passiert? Woran könnten sie es bemerkt haben?
- Weshalb raten sie Ihnen dies? Wie erklären Sie sich das? Was sind wohl die Motive Ihrer Umgebung, Ihnen das zu empfehlen? Was irritiert Sie dabei?
- Wie erklären Sie sich den Widerspruch zwischen Ihrer persönlichen Einschätzung bzgl. des Konsums und der Einschätzung Ihrer ... (Umgebung)?
- Was denken Sie nun zu tun? Inwiefern würde dies zur Lösung Ihrer ... [bestehende Konflikte] führen? Wäre das Problem ... bzw. der Konflikt mit Ihrer ... [Umgebung] damit gelöst?
- Wie geht die „Geschichte“ weiter? Wie kann ich Ihnen dabei behilflich sein?

das Anliegen klären!

Pat. wurde auf seinen Alkohol- bzw. Drogenkonsum (oder „Spielsucht“ etc.) zum wiederholten Male angesprochen.

Er selbst sieht in seinem Konsum kein (großes) Problem! Die Ursachen für die partnerschaftlichen, sozialen oder beruflichen Schwierigkeiten werden im Außen gesucht, weniger bei sich selbst und dem Konsum

Ziel des Gesprächs: **Sichtweise des Patienten** klären

Haltung: auf gleicher Augenhöhe begegnen, anteilnehmen
Akzeptanz und Verständnis zeigen

Methode: offene Fragen stellen, aktiv zuhören, Würdigung von Bemühungen, zusammenfassen, informieren

Umgang mit „Auffälligkeiten“

Patient spricht sein Alkohol-/Drogenproblem nicht direkt an,
zeigt aber Auffälligkeit durch ...

- testpsychologisches Screening von Alkohol/Drogen (AUDIT/CUDIT/LAST)
- Alkoholgeruch in den Therapiesitzungen (oder sonstige Auffälligkeiten)
- Hinweise von Vorbehandlern oder Angehörigen
- Alkoholexzesse bzw. Drogenkonsum in der Vorgeschichte

Unbedingt ansprechen!

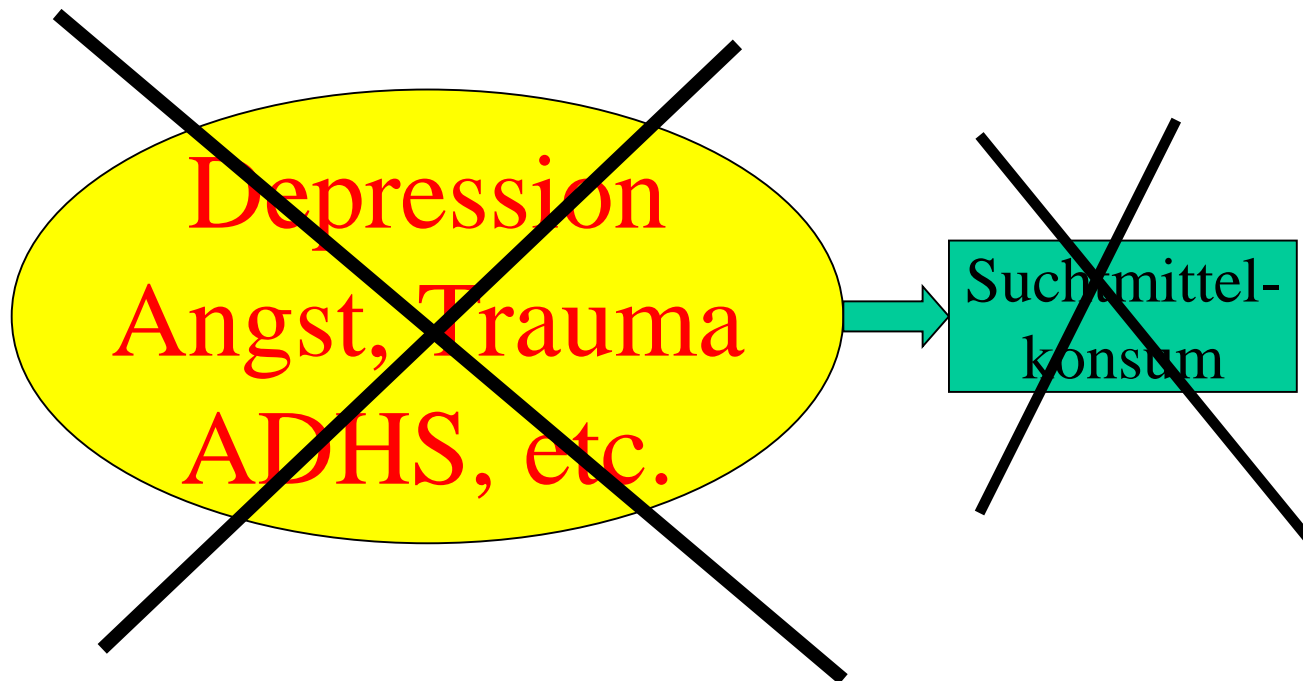
„In einer Psychotherapie spielt die Offenheit – sowohl seitens des Therapeuten, als auch seitens des Patienten - eine besondere Rolle. Ich möchte Sie auf etwas ansprechen und hoffe, dass Sie es mir erlauben. Ist das o.k? Mir ist aufgefallen dass,“

- Patient sieht kein großes Problem in seinem Konsum, ist damit zufrieden (Th.: „Mich würde es interessieren, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Konsum“). Auf „*Zufriedenheitslineal*“, beurteilen lassen.
- Th.: „Ich habe verstanden, dass Sie selbst mit Ihrem Konsum weitgehend zufrieden sind und daher meine diesbezügliche Sorge als vollkommen unbegründet erachten. Andererseits können wir die Therapie nur beantragen und fortführen, wenn ich mir sicher bin, dass der Konsum keinen negativen Einfluss auf den Verlauf der Therapie darstellt“.
- Patient sieht Konsumproblem, aber kein Hilfebedarf
Th.: „... Sie sind mit Ihrem Konsum zwar nicht vollkommen zufrieden, dennoch sind Sie der Überzeugung, den Konsum jede Zeit ohne Hilfe von außen ändern zu können. Was veranlasst Sie zu der Annahme? Auf „*Zuversichtslinal*“, beurteilen lassen.
- Patient sieht Alkohol-/Drogenkonsum und Hilfebedarf:
Th.: „Ich bin beeindruckt von Ihrer Offenheit! Um das Problem zu behandeln, muss ich mir zunächst ein genaueres Bild von dem Problem verschaffen. Sind Sie damit einverstanden?“

Die Sucht kommt selten alleine vor!

Umgang mit komorbiden Störungen

- Das Modell, die psychische Belastung als das eigentliche Anliegen und den Suchtmittelkonsum als nebensächlich anzusehen, wird von Patienten lange Zeit bevorzugt.



☞ Aufklärung:

- ☞ Psychisch **chronische Erkrankungen** führen in i.d.R. zur Entwicklung weiterer Störungen
 - ☞ Die Krankheitsanteile verstärken sich **spiralförmig**
 - ☞ Mit zunehmender Krankheitsdauer **verliert die Frage** an Bedeutung, welche Krankheitsanteile als **primär oder sekundär** aufgefasst werden.
 - ☞ Bei Sucht schwächt die Gesamtproblematik ab, je länger **suchtmittelfreie** Zeiten eingehalten werden
- ☞ Die Suche nach „**Henne oder Ei**“ ist wenig sinnvoll!
- ☞ **Klinische Konsequenzen: wie hängt die Sucht mit dem ungünstigen Verhalten** (Rückzug, Vermeidung etc.) **zusammen**

Psychotherapie in 7-Stufen:

(Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2012; 5. Auflage)

Unser allg. Modell in der Verhaltenstherapie

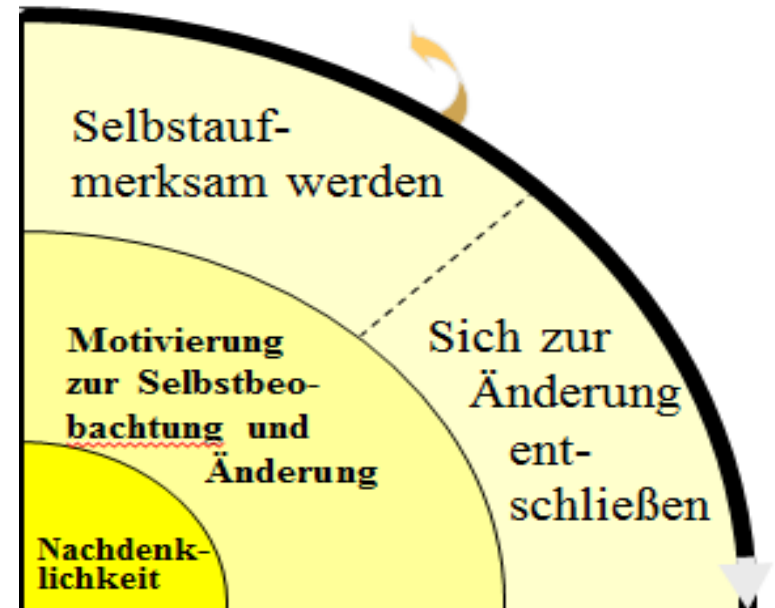
- (1) Klärung der **Beschwerden**; (die **Beziehung** stets „im Auge behalten“!)
- (2) Klärung der **Änderungsbereitschaft** und Aufbau einer **Änderungsmotivation****
- (3) **Verhaltensanalyse** (Makro & Mikro); funktionales Bedingungsmodell
- (4) Vereinbaren therapeutischer **Ziele**
- (5) **Planung** und **Durchführung** spezieller Methoden
- (6) Evaluation therapeutischer **Fortschritte**
- (7) Erfolgsoptimierung (**Stabilisierung**/Transfer) und Abschluss der Therapie)

Zwischenziele im Therapieprozess

(nach Kanfer, 2000)

1. Erkennen der Notwendigkeit einer Änderung der gegenwärtigen Situation („*So geht es nicht mehr weiter*“)
2. Anerkennen der Hilfsbedürftigkeit („*Ich schaffe es alleine nicht mehr*“)
3. Akzeptieren der angebotenen Hilfe („*Ich lasse mir helfen*“)
4. Anerkennen der Abhängigkeit („*Ich bin abhängig*“, „*Ich bin Alkoholiker*“)
5. Aufstellen positiver Ziele („*Ich will abstinent leben, weil ich etwas Gutes damit erreiche*“)
6. Anerkennung der Notwendigkeit eines allgemeinen Verhaltenswandels, der zu einem **neuen Lebensstil** führt

- ✚ Verstärkung kritischer Selbstreflexion gegenüber dem Suchtmittelkonsum
- ✚ Maximierung der emotional eindrucksvollen Informationen



Im weiteren Vorgehen

- Ambivalenz bzgl. möglicher Therapieziele ernst nehmen
- Unterschied zwischen Einsicht und Änderung fokussieren
(Entscheidungen werden je nach Versuchungssituationen neu getroffen)

- Was beunruhigt Sie in Ihrem Konsum? Was ist passiert?
- Wie (stark) **belastet** Sie der Konsum?
- Wie macht sich diese Belastung bemerkbar (**Funktionseinschränkung**: emotional, kognitiv, physiologisch, behavioral)?
- Hat Sie jemand auf Ihrem Konsum schon mal angesprochen? Wie kam es dazu? Was ist passiert? Was haben sie Ihnen gesagt? Was bedeutet das für Sie, von jemanden auf Ihren Konsum angesprochen zu werden?
- Welche Werte/Ideale in Ihrem Leben wurden infolge des Konsums verletzt?
- Was sind Ihre **Befürchtungen**, was passieren könnte, wenn es so weitergehen würde, wie bisher?
- Was spricht für eine Beendigung des Konsums? Spricht etwas für die **Beibehaltung** des Konsums?
- Was denken Sie, was Ihnen schwer macht, auf den Konsum zu verzichten? Wie denken Sie damit fertig zu werden? Was kann Ihnen dabei helfen?
- In welchen Situationen fällt es Ihnen besonders schwer, auf den Konsum zu verzichten?
- Wie hoch wird Ihr **Einsatz** sein? Wären Sie bereit, sich den **unangenehmen** Situationen **zu stellen**?

Übung mit „Contemplator“

*Pat. ist mit seinem Alkohol- bzw. Drogenkonsum (oder „Spielsucht“ etc.) unzufrieden;
er/sie denkt darüber nach, ihn zu ändern.*

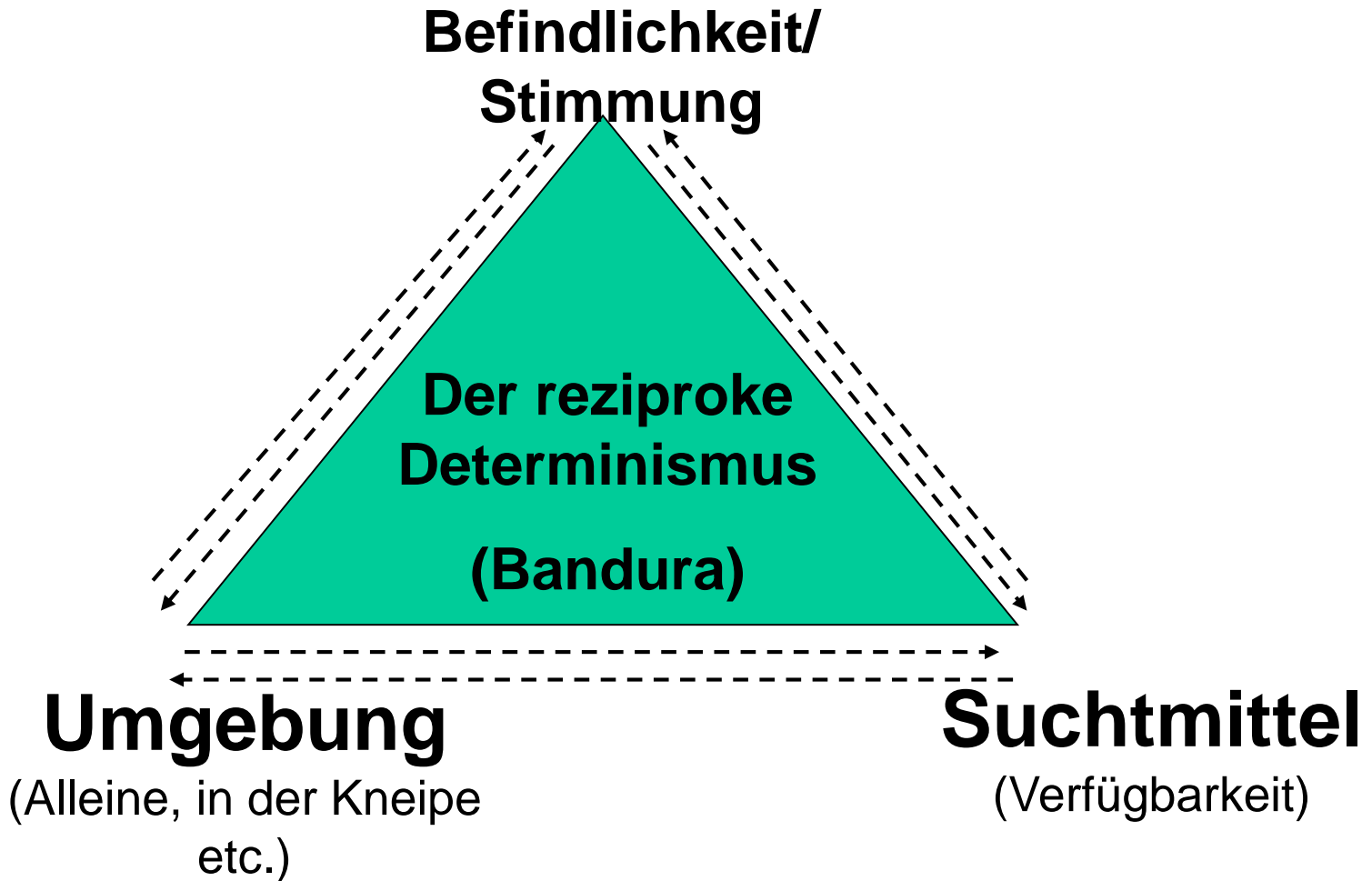
Aufgabe: die **Hintergründe der Unzufriedenheit**
und die Motivation zur Änderung klären

Methode: offene Fragen stellen, aktiv zuhören,
Würdigung von Bemühungen,
zusammenfassen, informieren

Therapeutische Ideen zur Sensibilisierung hinsichtlich des Umgangs mit der Droge

- **Lerngeschichtliche** Entwicklung
- **Konsumtagebuch** führen (bei fortbestehendem Konsum)
- Analyse eines (konkreten) **Konsumtages**
- Erkennen persönlicher Risikosituationen (das Modell der „**situativen Bedingungen**“)
- Problem- und Verhaltensanalyse der Risikosituationen: Situationskette in Zeitlupentempo erstellen, Filtern von **Erlaubniserteilenden Gedanken**, problematischen **Gefühlen**, **Verlangen/Craving** und **Verhalten**“.

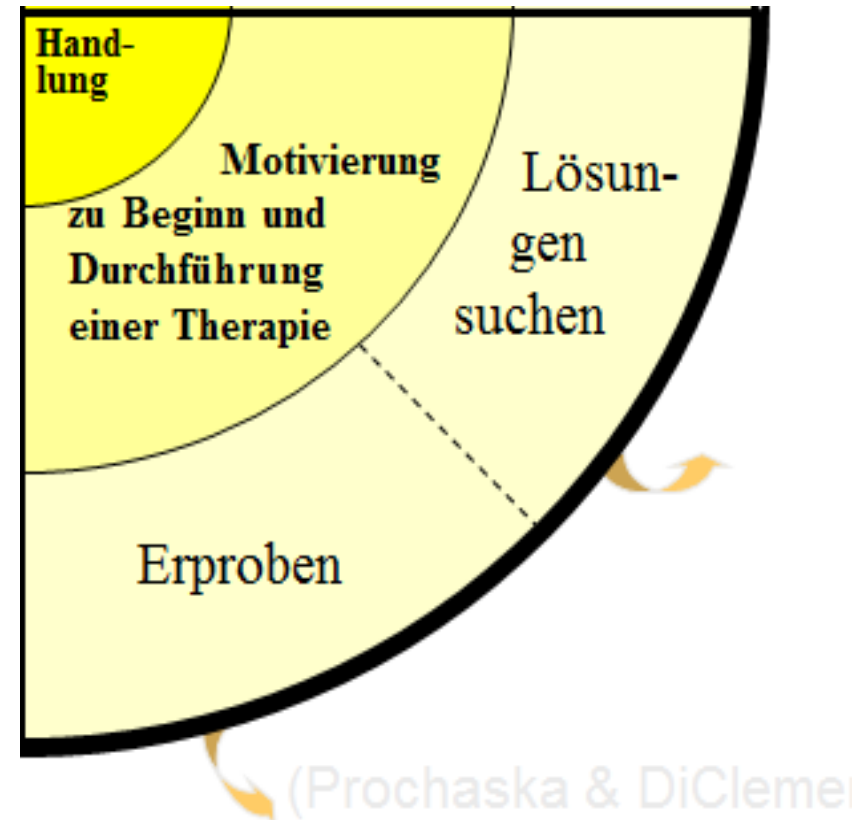
Die persönlich typischen Konsumsituationen („situative Bedingungen“)



<i>Kurzfristig</i>	<i>Langfristig</i>
Positive Wirkung der Droge	Negative Folgen des Konsums
Negative Erlebnisse des Nichtkonsums	Positive Entwicklung künftiger Abstinenz

In der Phase „Action“

- ✚ Erarbeiten von Strategien zur Bewältigung persönlicher Risikosituationen anhand des Modells der „**situativen Überforderung**“ (intra- bzw. interpersonelle Situationen)
- ✚ Aufzeigen der voraussehbaren Schwierigkeiten der Veränderung
- ✚ Nutzen eigener Abstinenz Erfahrungen zur Erweiterung vorhandener Selbststeuerungsmöglichkeiten



Im weiteren Vorgehen: Lob, Lob, Lob, Lob, Lob, Lob, Lob, Lob, Lob

„Cheerleading“

Aufgabe: Erfassung der **problematischen Verhaltensweisen**

- Wie kommt es zum Konsum?
- Beschreibung einer „Konsumszene“

Ableitung klinischer Konsequenzen für die Therapie

Die Psychotherapie will geplant sein!

**Kognitionen /
Einstellungen**

**Emotionale
Verarbeitung**

Handeln / Verhalten

Muster +++ Muster +++ Muster +++ Muster +++ Muster +++

Problem- bewältigend

Wie muss was konkret bewältigt werden?
Welche Kompetenzen müssen wie erworben werden?

Methoden:
Training in Problemlösen, Selbstsicherheit, Kommunikation, Entspannung, Konfliktmanagement, etc.

Problem- klärend

Welche „unbewussten“ Überzeugungen Motive/Schemata müssen erfahren werden? (V.a. im Hinblick auf die Grundbedürfnisse

Methoden:
Kognitiv orientierte Therapien, Klärungsorientierte Psychotherapie, ACT, CBASP, Schematherapie ...;

Problem- aktualisierend

Welche korrektiven Erfahrungen müssen ermöglicht werden?

Methoden:
Exposition
«Konfrontation» der behavioralen, emotionalen, kognitiven Reaktionen; auch EMDR.

P.S.:
Expositionsbehandlungen scheinen die Zukunft der Psychotherapie maßgeblich zu beeinflussen

Ressourcen- aktivierend

Berufliche, soziale, partnerschaftliche Kompetenzen; finanzielle, wohnl. Bedingungen, Talente, Hobbies etc.

Methoden:
Ressourcen- und Lösungsorientierte Psychotherapien, Ansätze von Steve de Shazer, Insoo kim Berg, NLP u.a.



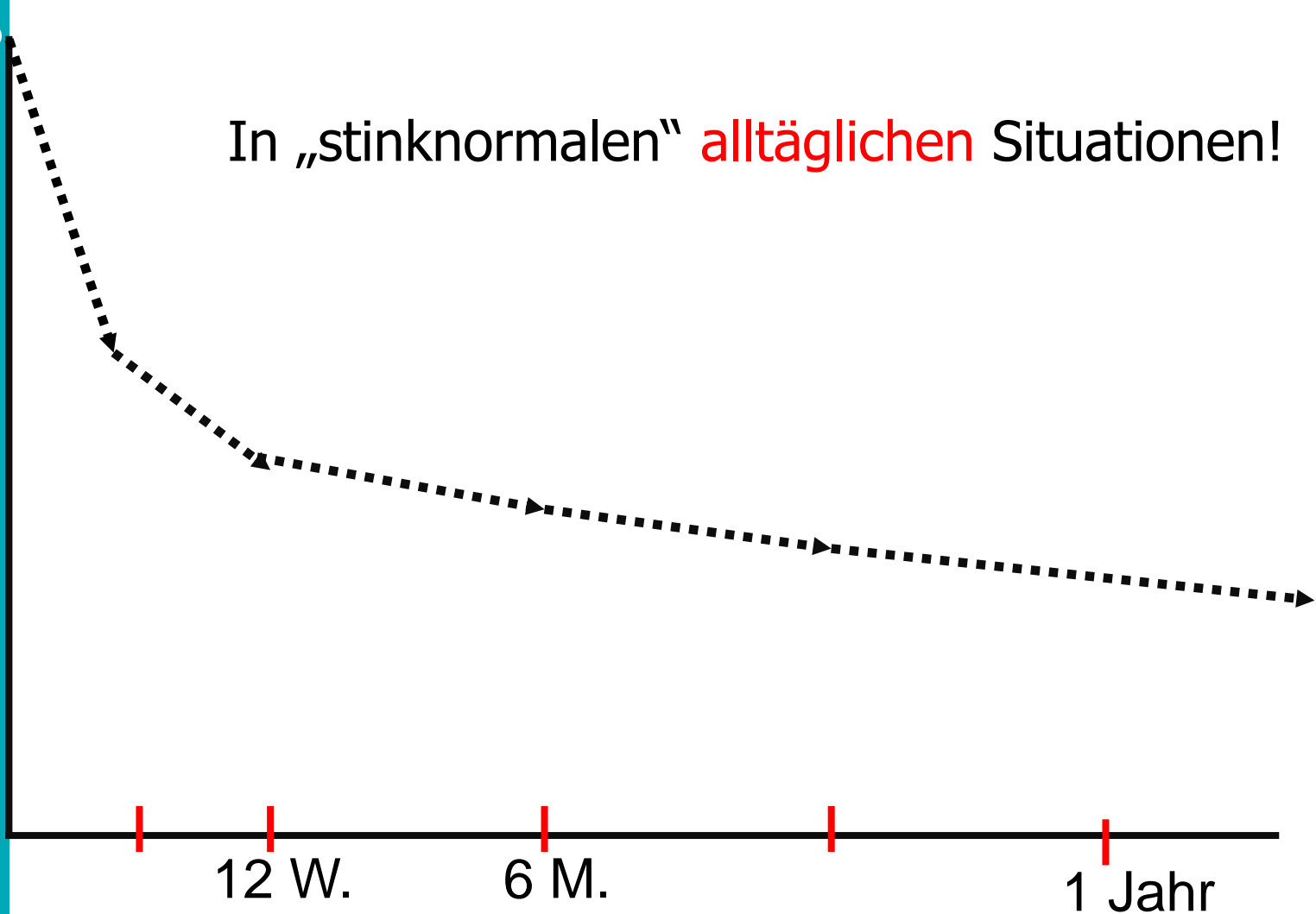
Was ist ein Rückfall?

Ein erneuter Konsum,
trotz einer
Abstinenzentscheidung!

Wann passieren die meisten Rückfälle?

In „stinknormalen“ **alltäglichen** Situationen!

100%



Die häufigsten Risikosituationen

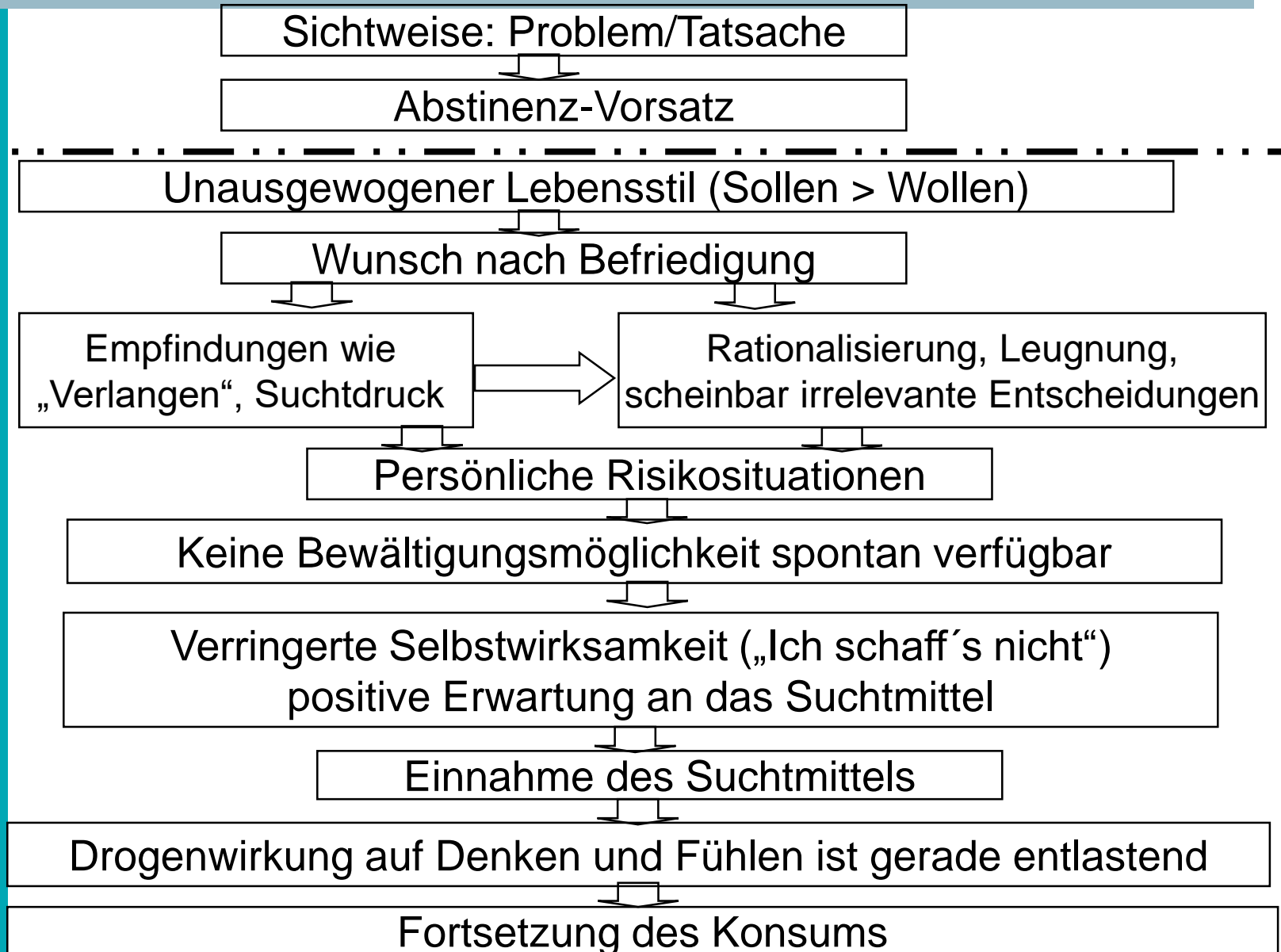
(nach Marlatt)

- + Negative **Gefühlszustände**
- + Zwischenmenschliche **Konflikte**
- + **Geselligkeit**
- + Zustände eines inneren **Verlangens** nach der Droge
- + **Schmerzzustände**
- + **Positive** Gefühle
- + **Sozialer Druck** (zum Drogenkonsum)
- + Der Glaube, **kontrolliert** konsumieren zu können

Sinnvolle therapeutische Grundhaltung bei der Behandlung von Rückfällen

- **Entdramatisieren/Entkatastrophisieren!** Den Rückfall keineswegs als schwerwiegenden Rückschlag vermitteln.
- **Entpathologisieren:** Um die Selbstwirksamkeitsüberzeugung nicht weiter zu verringern, soll der Rückfall als Ergebnis situativer Überforderung bearbeitet werden.
- Selbstkontrolle und –verantwortung betonen, v.a. bei erfolgreicher Bewältigung von Risikosituationen
- Minimale Intervention im Anschluss an einen Rückfall (die Behandlung muss nicht ganz von vorn wiederholt werden!)
 - ☞ Den Rückfall als „Vorfall“ bearbeiten.

Elemente des Rückfalls (nach Marlatt)



Aufgabe: Erstellen einer Rückfallanalyse

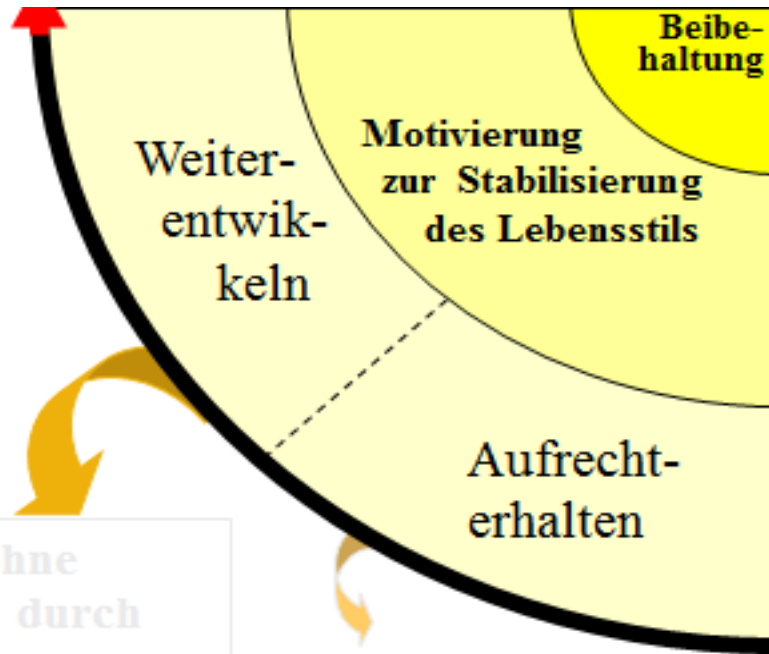
Patient erkennt die Suchtproblematik und ist entschlossen, abstinent zu bleiben.

- Wie kam es zum Rückfall?
- Beschreibung einer „Rückfallszene“

Ableitung klinischer Konsequenzen für die Therapie

In der Phase „Maintenance“

- ✚ Maximale Information hinsichtlich Rückfälle
- ✚ Aufbau eines ausgewogenen Lebensstils
- ✚ Erarbeiten von konkreten Maßnahmen zum Umgang mit Rückfällen



Im weiteren Vorgehen:

- Geregelter Tagesablauf
- Regelmäßige gesunde Ernährung und Bewegung
- Sinnvolle Freizeit
- Abstinenzökologie
- Selbsthilfegruppe

+ Beruflich/ Beschäftigung/ sinnvolle Alltagsgestaltung:

- Einbindung ins berufliche Leben
- Sicherung des Arbeitsplatzes (Klärung der beruflichen Anforderungen, Umgang mit Stress, Verbesserung des kollegialen Verhaltens etc.)

+ Partnerschaftlich/familiär:

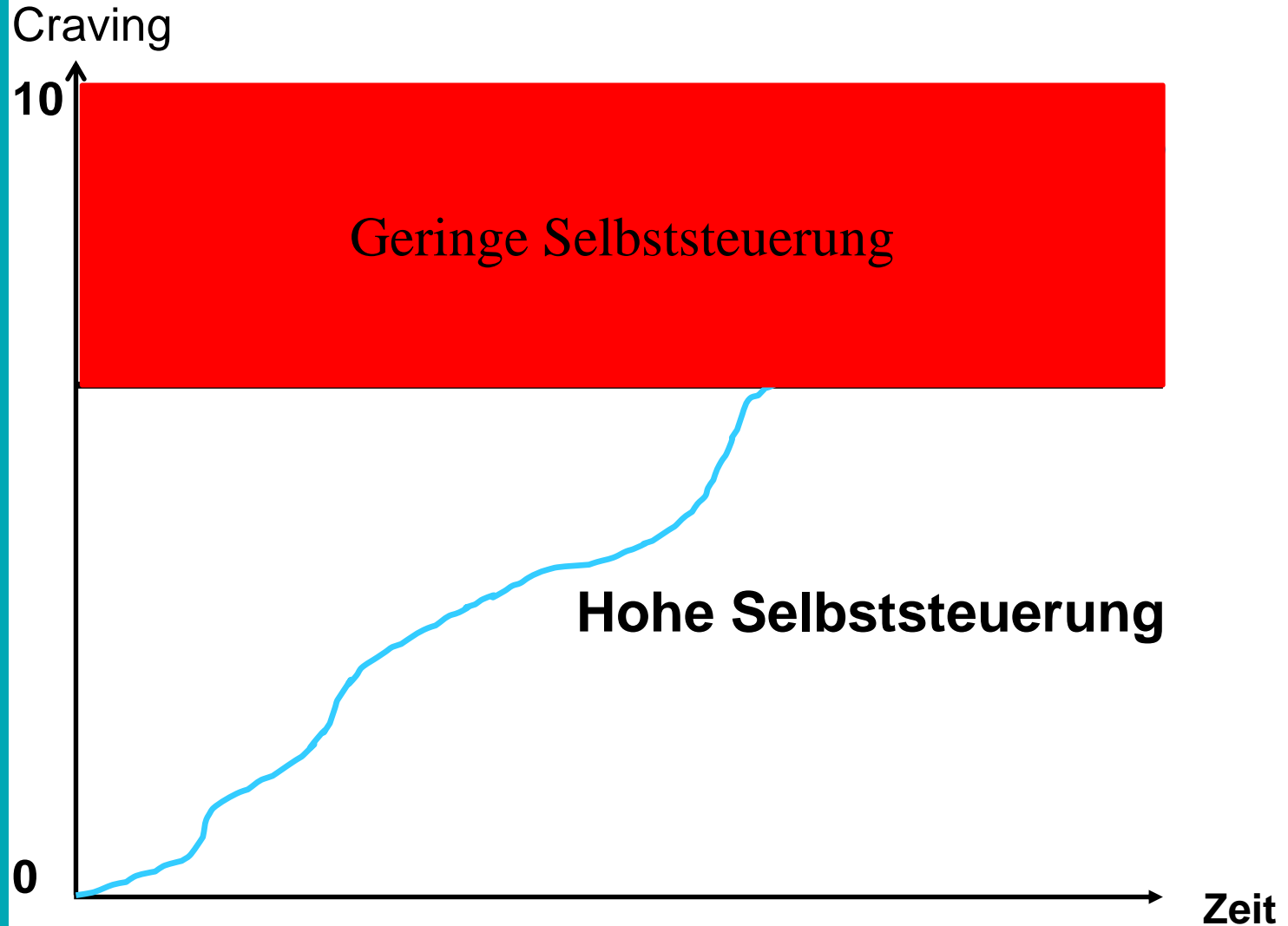
- Klärung familiärer Konflikte
- Sexuelle Zufriedenheit

+ Soziale Bindungen: Aufbau bzw. Sicherung von sozialen Beziehungen

+ Freizeitgestaltung: aktive Unternehmungen, lustvolle Aktivitäten (persönliche Bedeutungen und Möglichkeiten beachten!)

+ Gesundheitspflege: Ernährung, Sport, Schlaf-Wach-Rhythmus beachten

Selbststeuerung und Verlangen





Persönliche Ampel für meine typische Aktivitäten

Risiko! Verbotene Verhaltensweisen/Aktivitäten

Aktivitäten mit großer **Vorsicht**

Unterstützende Aktivitäten (mit großer Freude😊)



... Und wenn die Lust lockt?

(In Anlehnung an Schiffmann, 1985)

- **Anwendung von sog. Skills** (Chili, Ammoniak, Eiswürfel ...)
- **Notfallkoffer öffnen**
- **Alternativverhalten** (Sport, Achtsamkeit, Entspannung ...)
- **Soziale Unterstützung** (Freunde/Familie aufsuchen/anrufen)
- **Bewältigungsgedanken** (Antizipation von *sozialen/gesundheitlichen/finanziellen/beruflichen* Konsequenzen):
 - „Wenn ich jetzt konsumiere, ...“
 - „Wenn ich abstinent bleibe, ...“
- **Selbstgespräche führen**
 - Motivation stärken: „Ich brauche den Alkohol gar nicht“
 - Willen stärken: „innerlich deutlich *nein* sagen“
 - Positive Selbstinstruktion: „Wenn andere das schaffen, kann ich das auch“.
- **Gedankliche Ablenkung:** An etwas Wichtiges / Angenehmes denken.
- **Und mehr ...**

Im Fall eines Rückfalls

Rückfall zum „Vorfall“ umwandeln!

Analog zum „Autounfall“ auf der Autobahn: Unfallschock bewältigen, Auto verlassen, *„Absicherung der Unfallstelle“*, um weitere Schäden zu verhindern.

1. Bewältigung des Rückfallschocks
2. Konsumsituationen sofort verlassen
3. Unterstützung aufsuchen (*„Das Wort, das Dir hilft, kannst Du Dir nicht selber sagen“*)
4. Abstinenzzuversicht wieder herstellen
5. Ausführliche Rückfallanalyse erstellen
6. Unterstützung für die nächsten Tage einholen
7. Notfalls Entgiftung



Spezielle therapeutische Methoden

Abgestuftes Vorgehen:

- „**Netter**“ (z.B. Gastgeber): Patient wird gefragt, ob er auch ein Glas (Sekt o.ä.) mittrinken möchte
- „**Interessierter**“ (z.B. Gastgeber): Patient wird gefragt, ob er nicht wenigstens ein Glas trinken würde („Sie trinken nie Alkohol?“)
- „**Neugieriger**“ (z.B. Gastgeber): Patient wird nach dem Grund gefragt. („Darf ich erfahren, warum Sie keinen Alkohol trinken?“)
- „**Trinkfreund**“ lädt den Patienten selbstverständlich zum Trinken ein („Komm, wir trinken erstmal einen!“)
- „**Penetranter**“ (Freund): der Patienten wird aufgefordert, mit zu trinken („Ein Glas wirst Du wohl trinken können!“)
- „**Frecher**“ (Freund) macht sich lustig über den Patienten: („Trink mal Limo, aber nicht so viel!“)
- „**Aggressiver**“ (Freund) bedrängt den Patienten („Willst Du mich etwa beleidigen?“)

„Mentales Training“

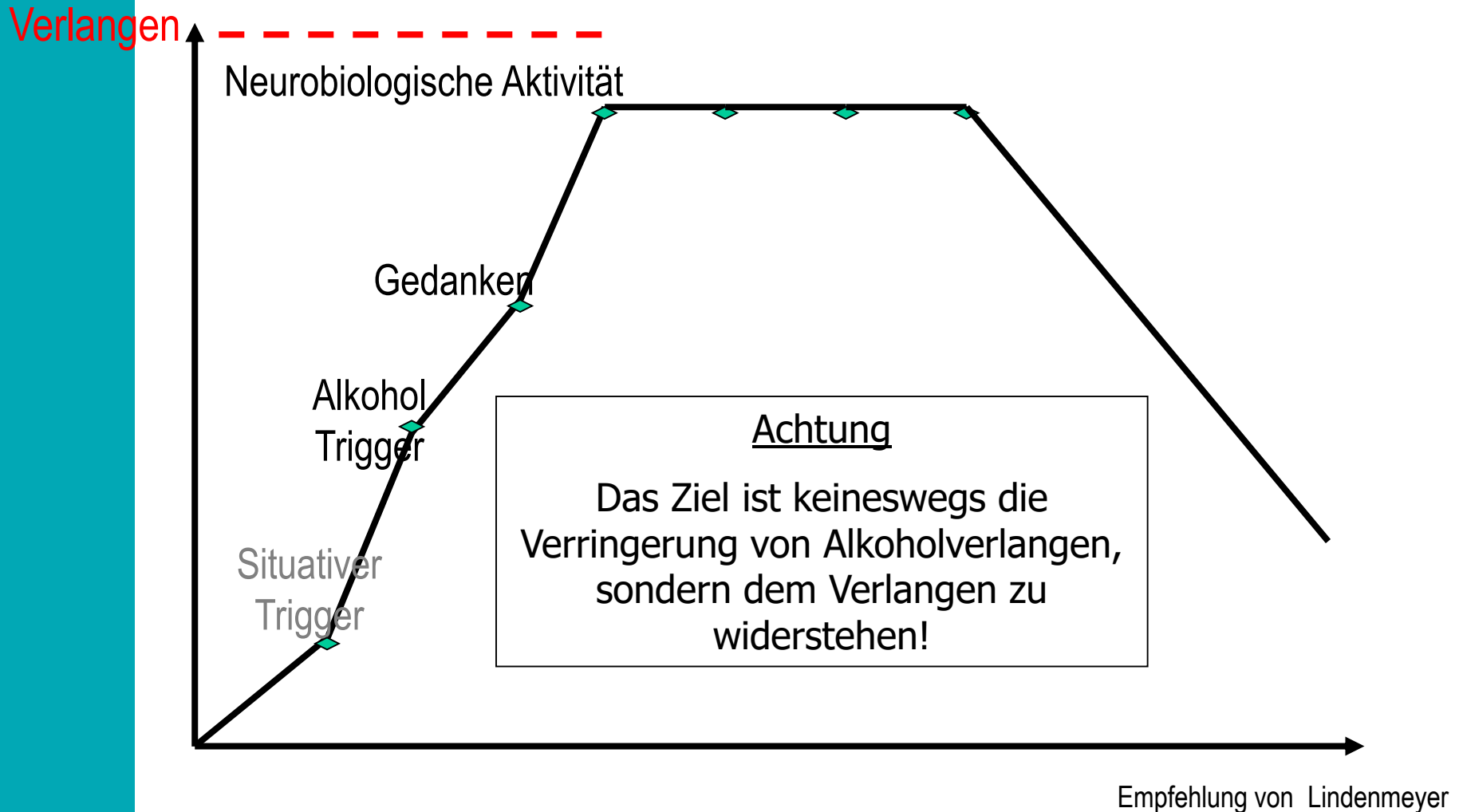
zum Umgang mit automatisierten Handlungen

Vorgehen:

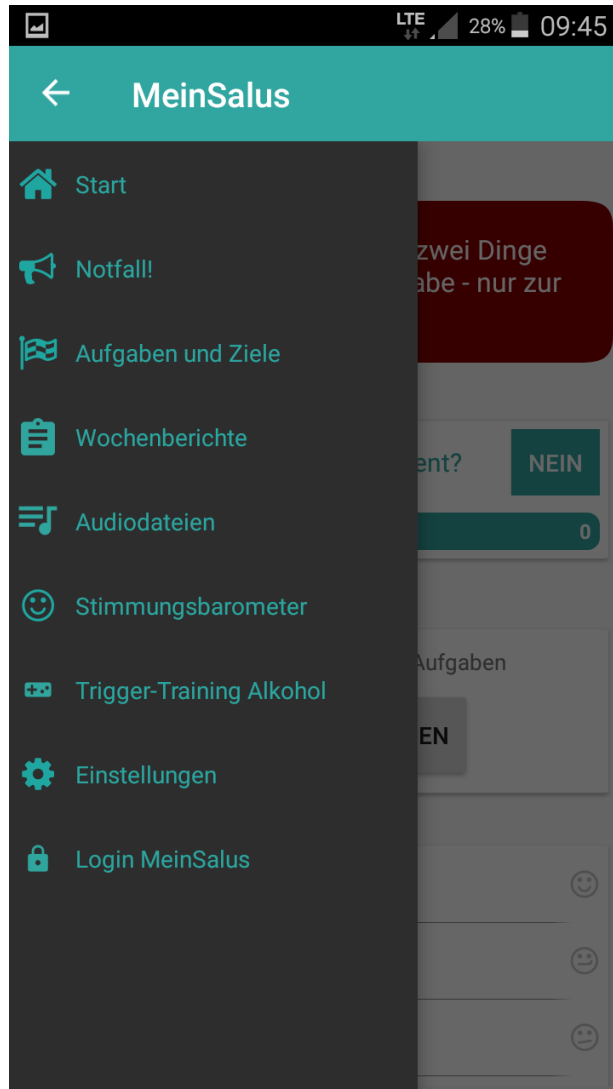
- Der Patient wird gebeten, eine wichtige Risikosituation in Ichform (imaginär) plastisch vorzustellen und aufzuschreiben (z.B. als Hausaufgabe)
- Der Text wird anschließend mit dem Therapeuten gemeinsam optimiert (Aufmerksamkeit auf Trigger gezielt lenken).
- Gemeinsam wird dann eine effektive Strategie zum Umgang mit der Risikosituation – anstelle der herkömmlichen (ungünstigen) Reaktion - erarbeitet
- Der Patient wird gebeten, den Text – mit der neuen („wünschenswerten“) Strategien - auf Tonband (langsam, mit Pausen zwischen den einzelnen Sätzen) zu sprechen.
- Patient soll auf einer Skala (0-10) einschätzen, wie gut er sich die Situation nun vorstellen kann
- Der Patient wird dazu motiviert, das Bewältigungstonband regelmäßig über Kopfhörer anzuhören
- Schließlich: „Neuronales Training“ ohne Tonbänder

Kognitive Vorbereitung von Expositionstraining

„Wie wird das Verlangen nach Alkohol gesteigert?“



- Klinik-Version
- Freie Version



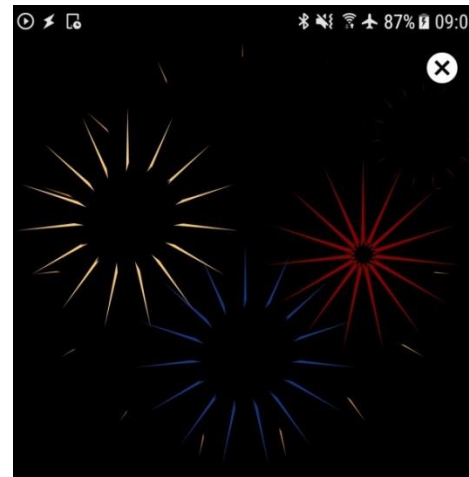
- *Therapieplan*
- Therapieziele/Aufgaben
- Stimmungsbarometer
- Wochenbilanz
- Audio (zur Entspannung)
- Notfallkoffer
- *Klinik-Infos (salus ABC)*
- Trigger-Training-Alkohol
- Abstinenzzähler

Start mit dem Abstinenzzähler

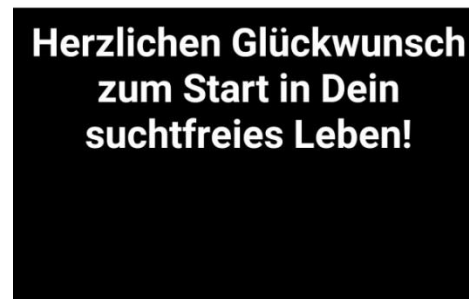
Motivierender
Spruch, täglich!
(immer anderes)



Let's go
Abstinenz



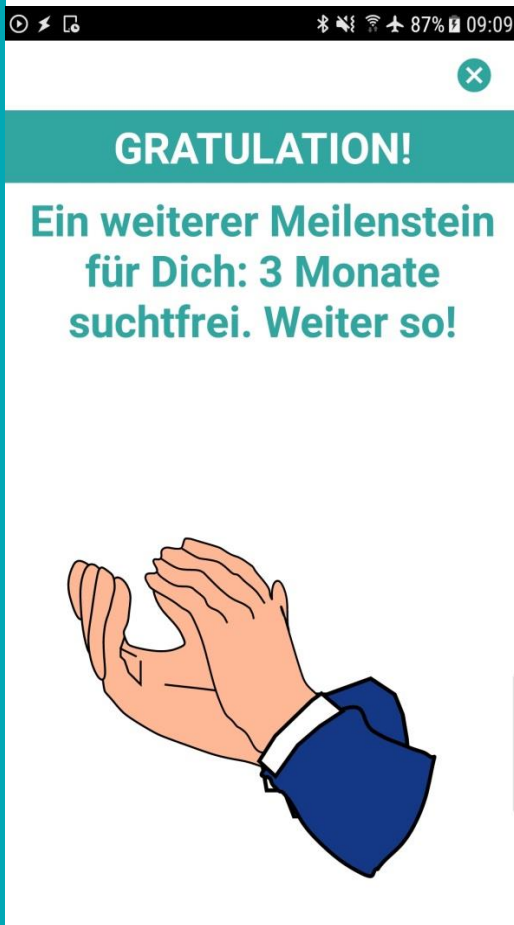
SUPER!



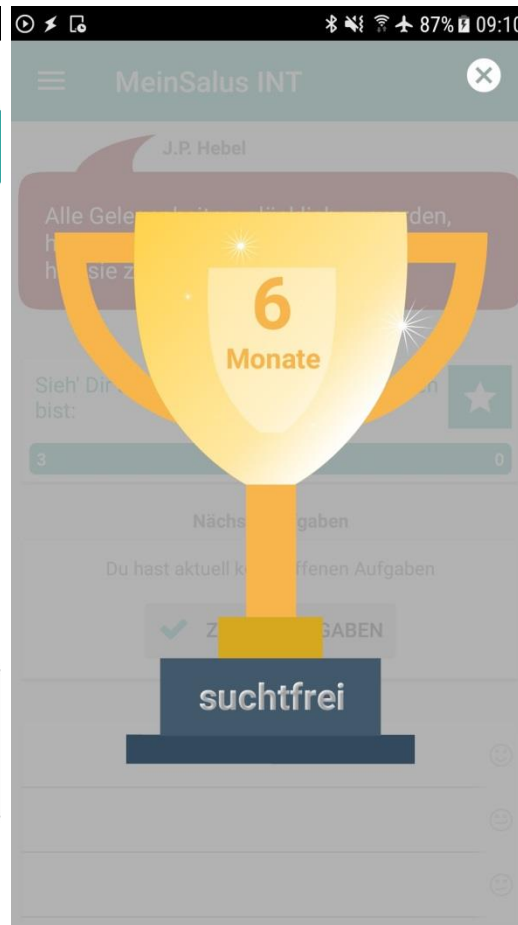
Nicht
geschafft 😞?

*„Hinfallen macht
nichts,
solange man
wieder aufsteht!“*

Abstinenzzähler



1. Meilenstein:
alle 13 Tage



2. Meilenstein:
alle 26 Tage



3. Meilenstein:
Jährlich



Therapie gezielt angehen

10:20 LTE

[Ziele](#) **Ziele bestimmen** [Weiter](#)

Suchtmittel
1/13

Ich möchte... 1/73
wie bisher konsumieren (bzw. spielen/
kaufen/"gamen").

3 SEHR WICHTIG

2 WICHTIG

1 NICHT SO WICHTIG

- NICHT ZUTREFFEND

Zurück Pausieren

Telekom.de LTE 17:21 54 %

[Aufgabe](#) **Ziel zuweisen**

Suchen

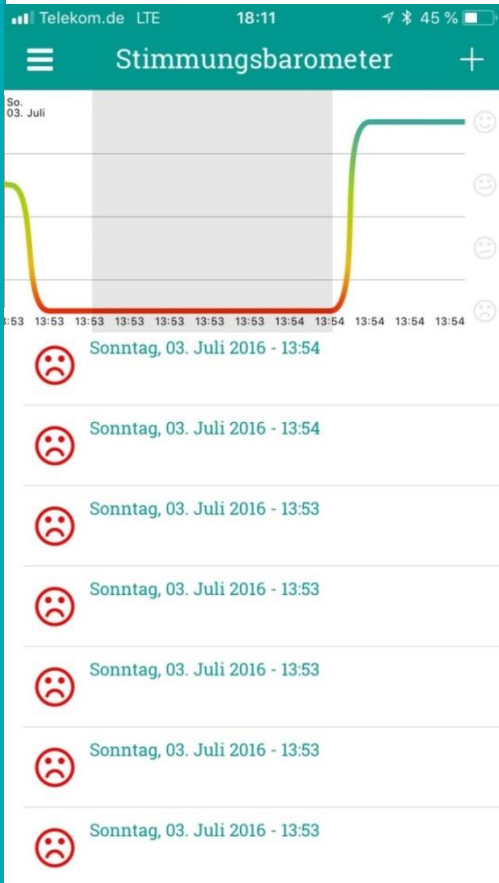
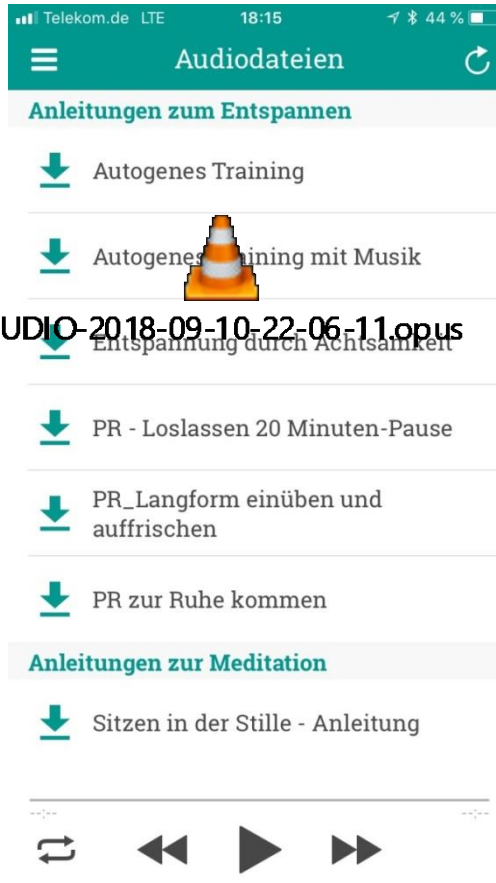
KLÄREN meiner Änderungsmotivation ⓘ

VERSTEHEN meiner Problematik ⓘ

ENTSCHEIDEN, was ich ändern will ⓘ

ÄNDERN / AKZEPTIEREN persönlicher Eigenschaften ⓘ

STÄRKEN vorhandener Fähigkeiten und Beziehungen ⓘ

Audiodateien

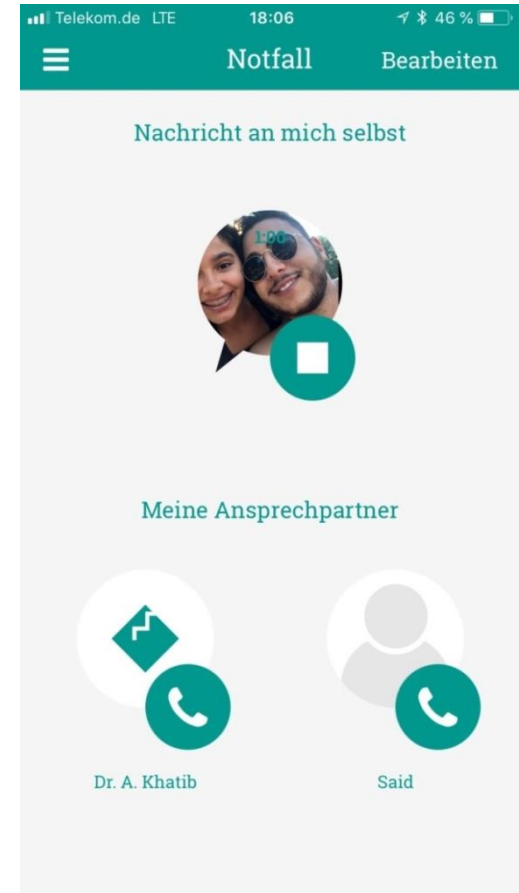
Anleitungen zum Entspannen

- Autogenes Training
- Autogenes Training mit Musik
- AUDIO-2018-09-10-22-06-11.opus**
Entspannung durch Achtsamkeit
- PR - Loslassen 20 Minuten-Pause
- PR_Langform einüben und auffrischen
- PR zur Ruhe kommen

Anleitungen zur Meditation

- Sitzen in der Stille - Anleitung

⏮ ⏪ ⏩ ⏭



Notfall Bearbeiten

Nachrichte an mich selbst

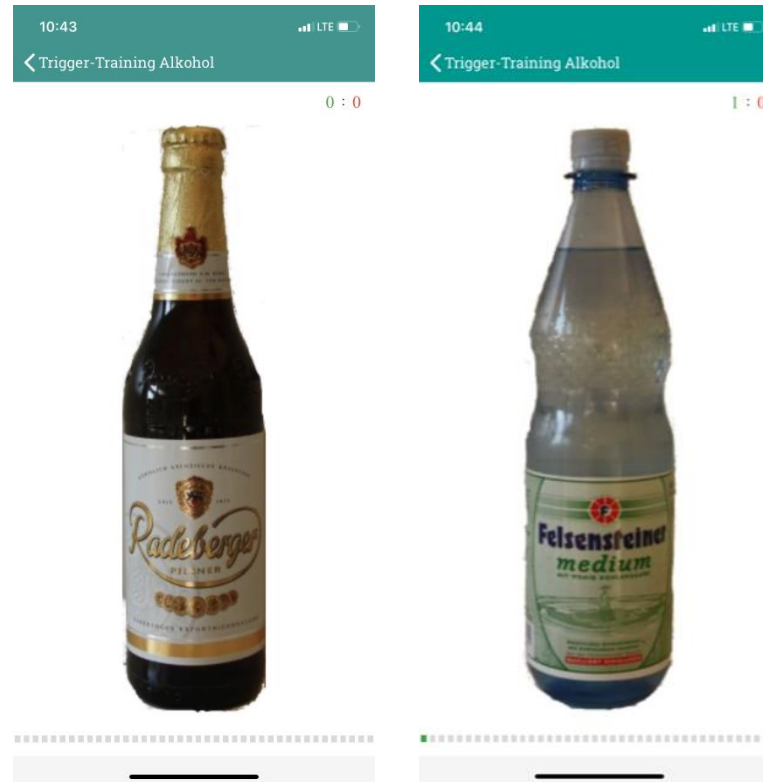
100%

Meine Ansprechpartner

Dr. A. Khatib

Said

TTA (Trigger-Training für Alkohol)





Notfallkoffer

16:46 LTE

☰ Packen



Notfallkoffer packen

Dein Notfallkoffer ist noch nicht gepackt. In einen Notfallkoffer gehört nur was kurzfristig und sicher hilft. Packe ihn vorsorglich nach reiflicher Überlegung! Ein Notfallkoffer muss regelmäßig geprüft werden, ob Mittel abgelaufen, nutzlos oder unwirksam geworden sind!

Notfallkoffer packen

...für Verlangen

...für Rückfall



Motivations-
bild



Motivations-
nachricht

16:47 LTE

< Notfall? Typ



Verlangen



Rückfall

16:47 LTE

< Typ Notfallkoffer

Sofortmaßnahmen

Du bist schon 472 Tage abstinent. Bleib dran!

J. Herrmann



Juna



Said



Trinke zügig eine Flasche Wasser

Triff keine wichtigen Entscheidungen in den nächsten 24 Stunden!



Notfallnachricht



Mehr Optionen



1. Packen:

- Motivierungsgegenstände (Fotos, Briefe etc.)
- Telefonnr. Ansprechpartner
- Nachricht „an mich selbst aufsprechen“
- Vorbereitungsfragen beantworten
- „Tools“ bei Craving in Rangreihe bringen
- „Tools“ bei Rückfällen festlegen

2. Öffnen

- a) Beim Verlangen: Koffer öffnen/Sofortmaßnahmen („Tools bei Craving“)
- b) Rückfall: Koffer öffnen/Sofortmaßnahme („Tools bei Rückfällen“)

Vorbereitungsfragen für den Notfallkoffer

- An wem kann ich mich in Krisensituationen wenden? Wer hat mir bisher geholfen? Mit wem unterhalte ich mich gerne und ganz offen? *>Als Ansprechpartner eintragen<*
- Was hat mir schon früher geholfen, wenn es mir schlecht ging?
- Was davon lässt sich auch in Krisensituationen wirklich anwenden?
- Was lenkt mich ab, nimmt meine ganze Aufmerksamkeit gefangen?
- Was hilft mir, mich im Hier und Jetzt zu orientieren bzw. Achtsamkeit zu praktizieren?

Alkohol im Körper / Leberwerte



Gefährdungsgrenzen:

- bei Männern: ab 60 g (3 Halben Bier oder 3 Vierteln Wein tgl.)
- bei Frauen: ab 40 g (2 Halben Bier oder 2 Vierteln Wein tgl.)



Leberwerte: Gamma-GT

(GGT; Gamma-Glutamyl-Transferase)

Männer: bis 60 U/l / Frauen: bis 40U/l



Alkoholkonzentration im Blut ‰: $C = A / P \times R$

C: Konzentration des Alkohols im Blut

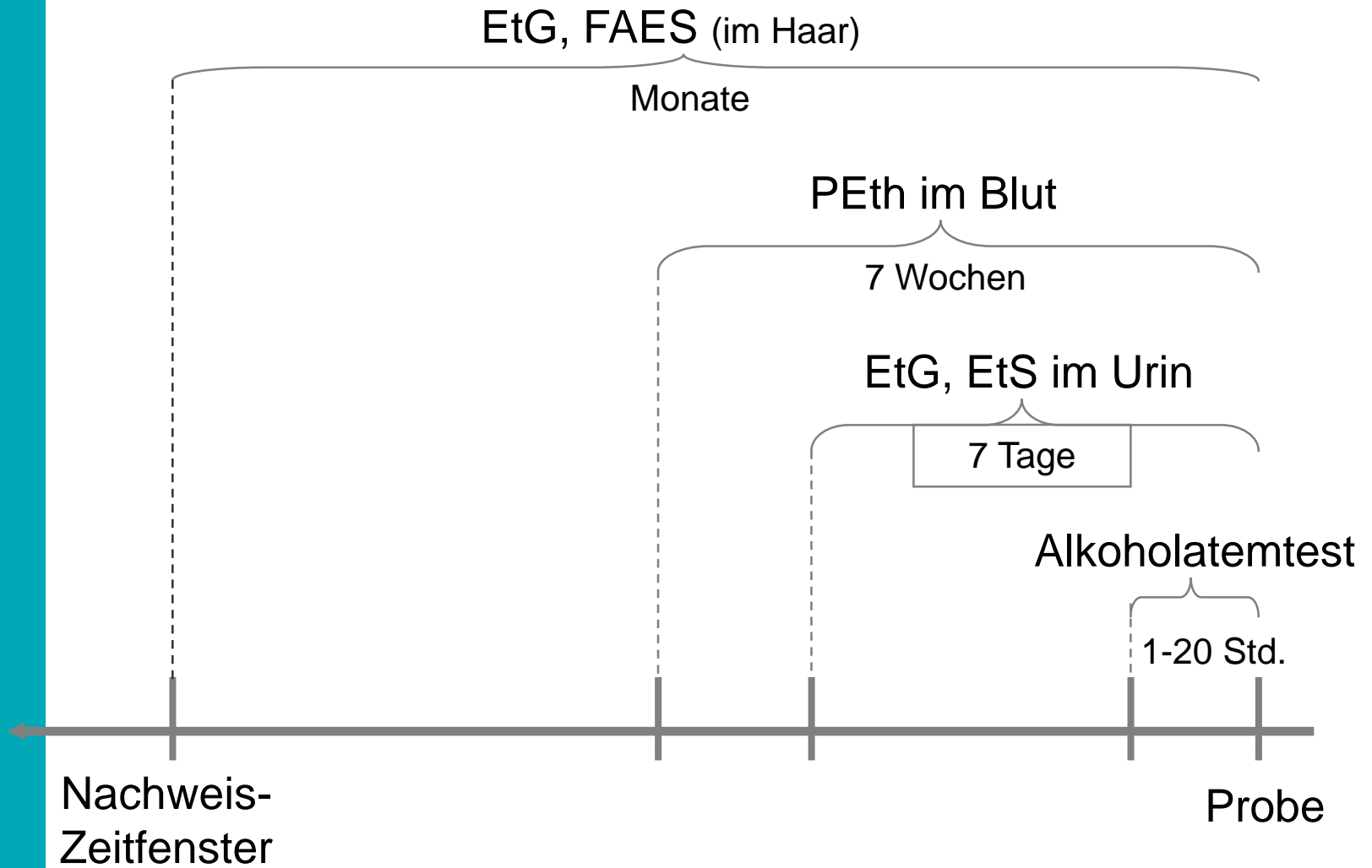
A: Alkohol in Gramm

P: Körpergewicht

R: Verteilungsfaktor (Männer=0,7 / Frauen=0.6)



Überprüfung von Alkoholabstinenz



Medikament	Ziel	Einnahme und Nebenwirkung
Naltrexon Adepend®	Reduktion des Verlangens (Craving)	Nausea, epigastrische Schmerzen, Appetitverlust, Sedation. Kontraindik. bei schweren Leberfunktionsstörung
Acamprosat Campral®	Reduktion des Verlangens (Craving)	Hohe Tagesdosen (3x2Tab./333mg) Akkumulationsgefahr bei höhergradiger Niereninsuffizienz
Nalmefene Selincro®	Reduktion des Verlangens (Craving)	Ähnliche Nebenwirkung wie Naltrexon aber bessere Verträglichkeit und geringe Hepatotoxizität
Disulfiram Antabus®	Herstellung von Alkohol-Unverträglichkeit durch Hemmung des Ethanolabbaus	Innerhalb von wenigen Minuten: Schwitzen, Kopfschmerzen, arterielle Hypotonie bis hin zu potentiell lebensbedrohliche Komplikationen wie Herzrhythmusstörungen u.a.
Baclofen Lioresal®	Antispastikum/Muskelrelaxans (bereits 1962 entwickelt), wird als Anticraving gegeben.	Geringe Toxizität, Einsatzmöglichkeit, trotz komordider schwerer Lebererkrankungen

Wichtige Elemente des sozialen Stützsystems

