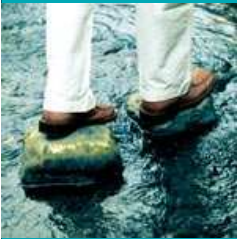




salus klinik  
Friedrichsdorf

“Abstinenz als modernes Therapieziel?”



## “Mythen und Fakten der Abstinenz”



28. Kongress des Fachverbandes Sucht e.V.  
17.-19.07 Heidelberg

Dr. Ahmad Khatib



salus klinik  
Friedrichsdorf

# Die salus Kliniken

Castrop-Rauxel



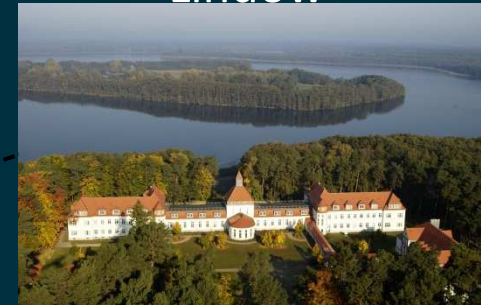
Hürth



Friedrichsdorf



Lindow



Friedberg





## Fakt oder Mythos?

Wenn Du einem geretteten Trinker begegnest, dann begegnest Du einem **Helden**.

Es lauert in ihm schlafend der **Todfeind**.

Er bleibt behaftet mit seiner **Schwäche** und setzt seinen Weg fort durch eine Welt der **Trinksitten**.

In einer Umgebung, die ihn **nicht versteht**;

in einer Gesellschaft, die sich berechtigt hält, in jämmerlicher Unwissenheit auf ihn **herabzusehen**, wie auf einen Menschen zweiter Klasse.

Weil er wagt **gegen den Alkoholstrom** zu schwimmen.

Du solltest wissen: Er ist ein Mensch **erster Klasse**!

Friedrich von Bodelschwingh (1831-1910)







## „Wie haben Sie es geschafft, ...?“

... abstinent zu bleiben?“

**„Ich habe nicht getrunken!“**

Zusätzlich (eventuell):

-  Besuch von SHG
-  Mit Unterstützung von PartnerIn/Angehörigen
-  „Willensstärke“
-  ?



## Abstinenz als erfolgreiches Behandlungsprinzip!

- Die optimistischste Schätzung geht von ca. 2/3 Behandlungserfolg aus
- Strenggenommen bringen ca. 40% der Behandelten die Störung zum Stillstand
- Es wird davon ausgegangen, dass die Wahrheit dazwischen liegt
- Insgesamt: Nur leichte Phobien, leichte Depressionen oder Anpassungsstörungen erzielten solche Erfolge!



Wenn die Abstinenz  
erfolgversprechend ist,  
warum dann aber so  
aversiv?!



# Bestrebung Selbstregulation (Kanfer, 2000)



Individuen sind stets nach **Selbstbestimmung**, Selbstverantwortung und Selbstregulation bestrebt



Die Selbstregulation gilt nicht als angeboren; sie ist – je nach Entwicklungsgeschichte - eine lernbare Fähigkeit



Bemerkt der Mensch in seiner Konsumgewohnheit Suchtverhalten, so wird er sich zunächst bemühen, das Suchtverhalten eigenständig zu bewältigen, sofern er über ausreichende Selbstregulationsfähigkeit verfügt

**Abstinenzvorstellung konterkariert die Selbstregulationsbestrebung!**



## Wie sehen Betroffene die *Sucht*?

- 🚩 Eine extrem schwer kontrollierbare Störung
- 🚩 Minimale Reize reichen (manchmal) aus, um die Störung zu aktualisieren!
- 🚩 Es handelt sich um „Leben oder Tod!“ Eine Erkrankung mit fatalen (körperlichen, sozialen und psychischen) Folgen!
- 🚩 Abstinenz ist nur bei außerordentlich extremen Selbstkontrollvermögen möglich!





## Die *Therapie* aus der Sicht des Betroffenen

- ✓ **Psychotherapie** ist für „psychisch Gestörte“, nicht zur Behandlung von Sucht!
- ✓ **Suchtpatienten** sind (sozial) eher zu vermeiden!
- ✓ **Suchttherapeuten** sind „Moralapostel!“
- ✓ **Suchttherapie** ist wenig einladend!



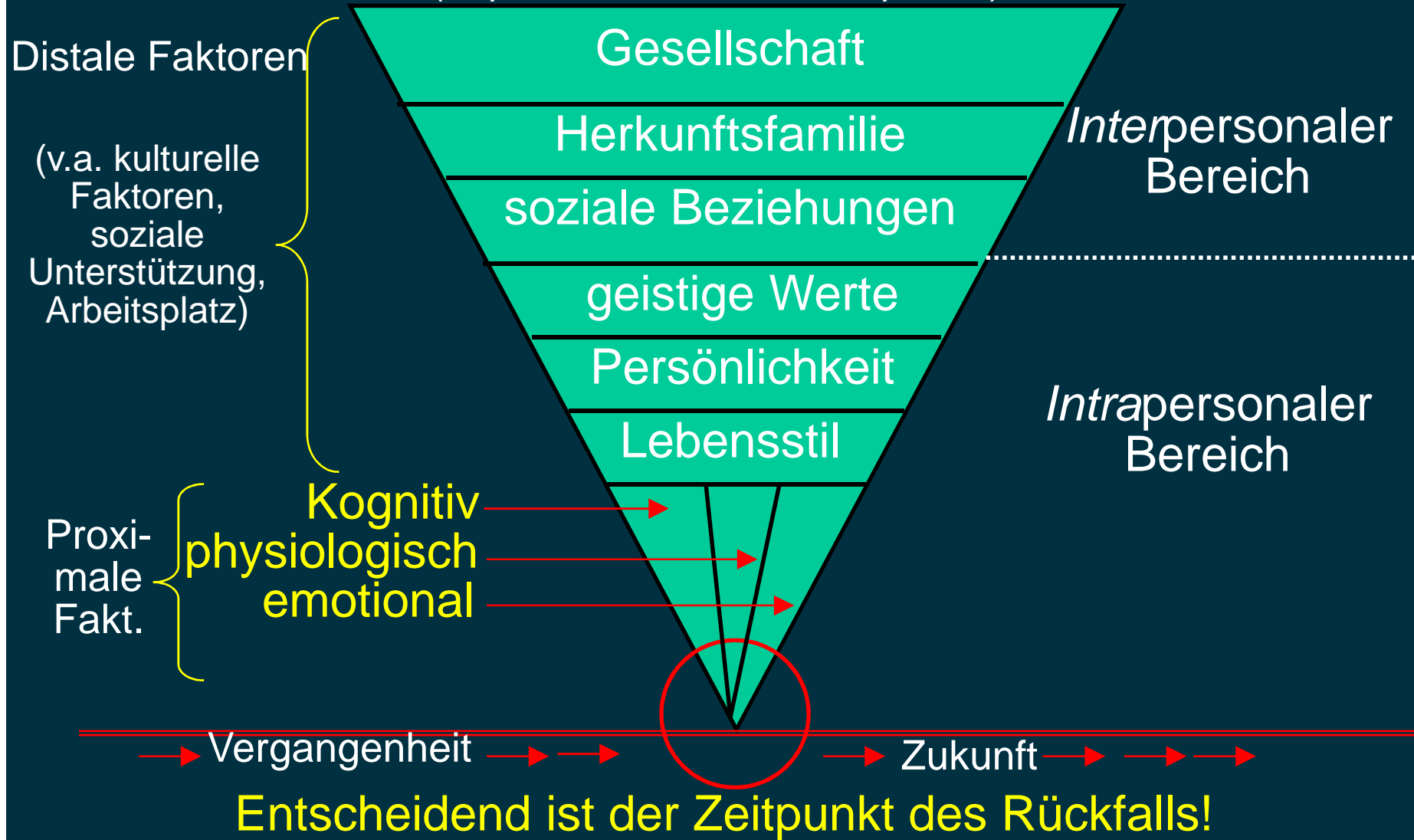
## *Abstinenz* als dichotomes Therapieziel

- 🚩 Bei den meisten psychischen Störungen (z.B. Essstörungen, Zwangshandlungen, Depression u.a.) wird eine quantitative Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit oder der Stärke des Symptomverhaltens angestrebt
- 🚩 Bei Suchterkrankung herrscht das Behandlungsziel „alles oder nichts“, was die Bereitschaft zur Therapie lange Zeit erschwert

**Dichotom = dogmatisch = unattraktiv!?**

# Einflussfaktoren des Rückfalls (bzw. der Abstinenz) / Marlatt, 1985

*(Saphirnadel eines Plattenspielers)*





Valide Informationen hinsichtlich der Lebensbedingungen abstinent lebender Menschen:

- 🚩 Arbeit/Beschäftigung
- 🚩 Familie/Partnerschaft
- 🚩 Wohnung
- 🚩 rechtliche/finanzielle Situation
- 🚩 Freizeit
- 🚩 drogenferner Freundeskreis
- 🚩 u.a.

**Aber wie werden diese Lebensanforderungen  
psychologisch verarbeitet?**



Fakt: beim Rückfall scheint es am Ende zu einer Verschiebung der „Machtverhältnisse“ vom „Wollen“ zugunsten des „Nicht-Könnens“ zu kommen!

Die psychologischen Elemente dieser Prozesse werden inhaltlich kaum erläutert!



## Sinnvolle psychologische Theorien

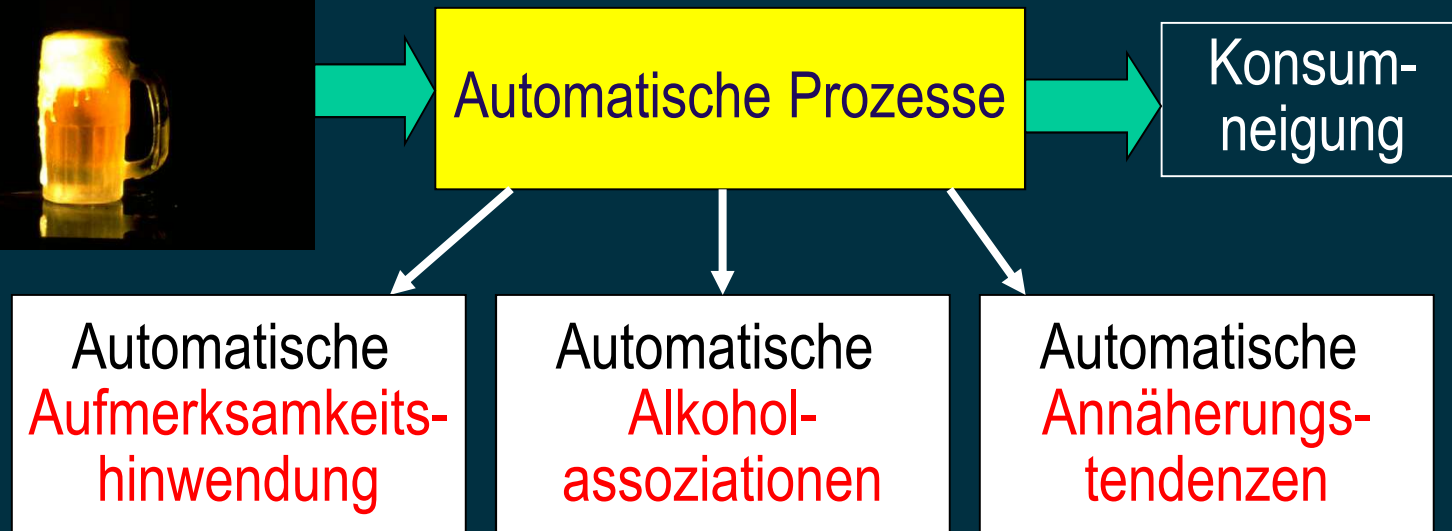
- 👤 Selbstwirksamkeitserwartung
- 👤 Selbststeuerungsfähigkeit
- 👤 Selbstkontrolle
- 👤 Selbsthilfemöglichkeit
- 👤 Problemlösefähigkeit
- 👤 Salutogenese
- 👤 etc.

Es fehlen konkrete Beschreibungen psychologischer Vorgänge bei der Verarbeitung von Sucht!



# Automatisierte Prozesse: hypothetische Erklärung! (Monti et al., 2000)

Alkoholbezogene  
Hinweisreize



Fakt: „Sie konsumieren, bevor sie denken“ (Ludwig, 1988)

Auch hier fehlen konkrete Beschreibungen  
psychologischer Vorgänge!

# Was geschieht im Gehirn?

**Zwischenhirn:**  
Verarbeitung der  
Sinneswahrnehmung,  
Sitz der Gefühle

Im **limbischen  
System** bekommt  
jede Information eine  
gefühlsmäßige  
Tönung

**Belohnungssystem**  
steuert die  
emotionale  
Befindlichkeit

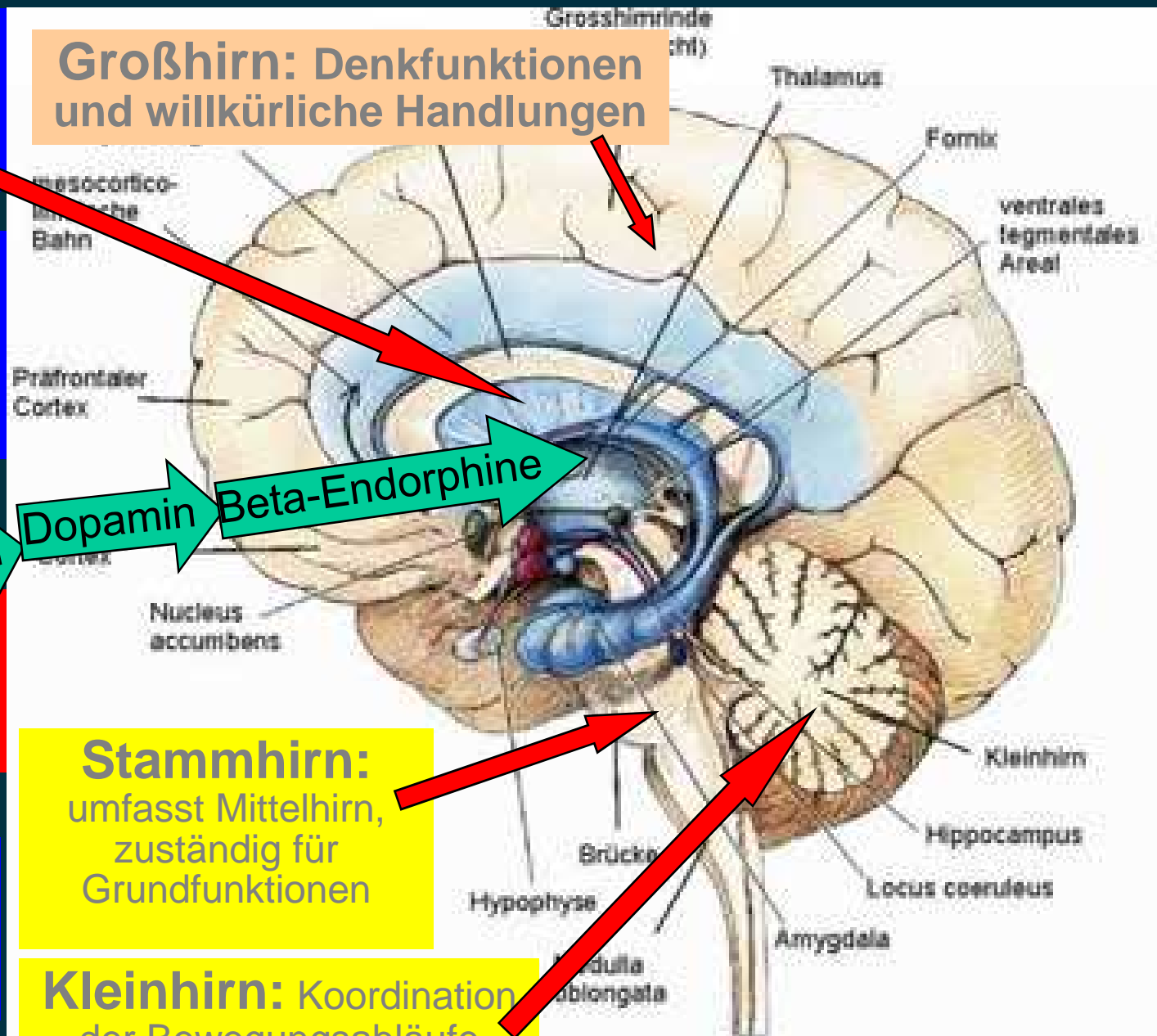
**GABA:** zuständig für  
die Beschwichtigung  
von Erregung und  
Hemmung

**Großhirn: Denkfunktionen  
und willkürliche Handlungen**

**Drogen** → **Dopamin** → **Beta-Endorphine**

**Stammhirn:**  
umfasst Mittelhirn,  
zuständig für  
Grundfunktionen

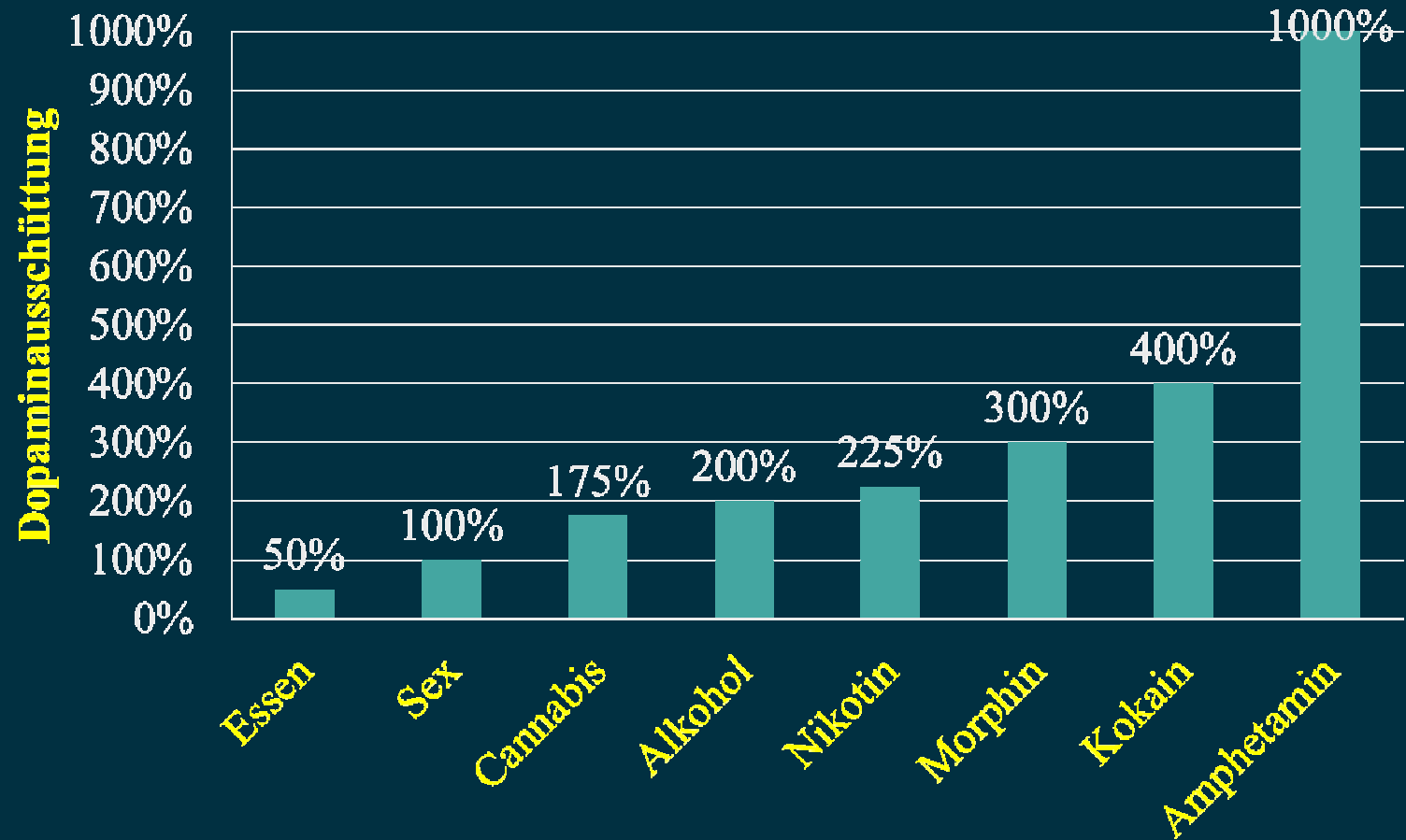
**Kleinhirn:** Koordination  
der Bewegungsabläufe







## Dopamin-Ausschüttung infolge des Drogenkonsums





- 🚦 Endorphindefizite: mangelnde **Selbstaktivierung des Belohnungssystems** infolge vom dauerhaften Suchtmittelkonsum; größere **Hypersensivität** gegenüber Anreizwirkung von Suchtmitteln
- 🚦 Situationsspezifische emotionale **Gedächtniseffekte** und Informationsverarbeitung: positive Erfahrungen mit dem Suchtmittel werden in Strukturen des limbischen Systems dauerhaft engrammiert



# Error-related Negativity – ERN

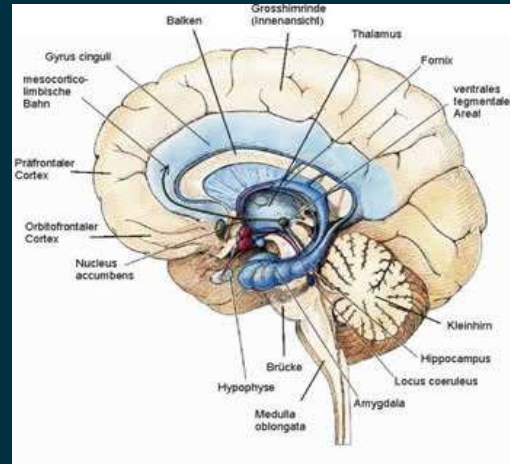
Falkenstein, Hohnsbein, Hoormann & Blanke (1990)

Es handelt sich um einen Spannungsabfall um 10 Mv in den Pyramidenzellen der äußeren Großhirnrinde, wenn das Hirn registriert, dass es einen Irrtum begangen hat

Ständiges Suchen nach ungewöhnlichen Veränderungen (über die Sinnesorgane)

Bedeutungsvoll ungewöhnlich? Schlagartiges Absetzen der Produktion von Dopamin im Mittelhirn

Alarmsignal



Befehl zur Korrektur an die zuständigen Hirnareale (teils unbewusst)

„Schrecksekunde“

In die Basalganglien, ins limbische System, Gefühle werden generiert



## ERN-Konsequenzen!



Beim Alkoholiker unter Alkohol schwindet ERN, bis sie gänzlich fehlt! (seit ca. 1 Monat entzogene Kokainabhängige, sind geradezu blind für eigene Fehler!)









Wenn abertausende von Malen das „Richtige“ (in Form von Konsum) ausgeführt wurde (-> Dopamin - > Betaendorphine), dann wird die Abstinenz im Gehirn als das „Falsche“ registriert.



Der „Fehlerdetektor“ reagiert auf das „Vernünftige“/ „Richtige“ (Abstinenz) mit ERN, also mit Bestrafung (Absetzen von Dopamin und somit Betaendorphine)



-  Abstinenz ist kein Mythos! Sie ist die bestgesichertste Möglichkeit, um die Sucht zum Stillstand zu bringen
-  Abstinenz ist keineswegs als selbstverständliches Therapieziel anzusehen! Sie muss erarbeitet werden!
-  Zur Abstinenz gehört nicht nur „Wollen“, sondern auch „Können“
-  Können ist eine Frage der situativen Bedingung (hängt maßgeblich von der situativen Überforderung ab)
-  Warum eine Situation zur Überforderung führt, ist eine Frage der psychologischen Verarbeitung
-  Bis zur konkreten Erfassung psychologischer Verarbeitungsprozesse ist es noch ein weiter Weg!



## “11 Therapeuten-Gebote“ (Kanfer, 96)

1. Verlange niemals von Patienten, **gegen ihre eigenen Interessen** zu handeln.
2. Arbeite **zukunftsorientiert**, suche nach **konkreten Lösungen** und richte die Aufmerksamkeit auf die Stärken von Patienten.
3. Spiele nicht den „**Lieben Gott**“, indem du Verantwortung für das Leben von Patienten übernimmst.
4. **Säge nicht den Ast ab**, auf dem die Patienten sitzen, bevor du Ihnen geholfen hast, eine Leiter zu bauen, auf der sie herabsteigen können.
5. Patienten haben **immer recht**.
6. Bevor du ein problematisches Verhalten nicht **konkret vor Augen** hast, weißt du nicht, worum es eigentlich geht.
7. Du kannst nur mit Patienten arbeiten, die **anwesend** sind.
8. Peile **kleine, machbare Fortschritte** von Woche zu Woche an und hüte dich vor utopischen Fernzielen.
9. Bedenke, dass die **Informationsverarbeitungskapazität** von Menschen begrenzt ist.
10. Wenn du in der Therapiestunde **härter arbeitest als Deine Patienten**, machst du etwas falsch.
11. Spare nicht mit **Anerkennung** für die Fortschritte von Patienten.

# Motivierende Gesprächsführung

**Geist des MI**  
„spirit“

Partnerschaftlich

Akzeptanz

Entlockend

Anteilnehmend

„4 Schritte-Plus“ bestimmen den Prozess und dessen Rhythmus

**Kontakt herstellen**

**Anliegen klären**

**Motivation wecken**

Schlüssel-  
frage

**Veränderung planen**

Sich einzuklinken

Eine Atmosphäre von Respekt und Zugewandtheit herstellen

Verstehen, was den Patienten beschäftigt, ärgert u.ä.

Zentrales Anliegen herauschälen

„Wie sehr beunruhigt Sie Ihr Alkoholkonsum?“

„Sind Sie der Meinung, dass Sie Ihren Drogenkonsum unbedingt lösen müssen?“

Th. hilft Pat., Eigenmotivation freizusetzen („Hebamme“)

„Ich werde es schaffen, auf Alkohol zu verzichten!“

„Ich will ja, das Sorgerecht für meine Kinder zurückbekommen“

Th.: „Sie möchten Ihren Alkohol-/ Drogenkonsum nicht mehr so fortsetzen wie Bisher! Wie hätten Sie gerne, dass es weitergeht?“

„Was glauben Sie, werden Sie tun?“

Mobilizing change talk

„Ich werde heute Abend das Treffen mit den Jungs absagen“

... ich werde gleich die Tüten entsorgen!

# Motivierende Gesprächsführung

Geist  
des MI  
„spirit“

Partnerschaftlich

Akzeptanz

Entlockend

Anteilnehmend

## 4 Prinzipien begleiten die Schritte

Empathie  
ausdrücken

Diskrepanz  
herstellen

Zuversicht  
entwickeln

Geschmeidiger  
Umgang mit Widerstand

## 7 Methoden

Offene Fragen  
stellen

Aktiv  
zuhören

Würdigen von  
Bemühungen

Zusammen-  
fassen

Informieren,  
beraten

Förderung  
von „change  
talk“

Förderung  
von  
„confidence  
talk“





salus klinik  
Friedrichsdorf

Vielen Dank für  
Ihre  
Aufmerksamkeit



Dr. Ahmad Khatib