Reden über Alkoholabhängigkeit: Wie treffe ich den richtigen Ton?

Motivierende Gesprächsführung

Oliver Scheibenbogen
office@scheibenbogen.at
www.scheibenbogen.at

Markt der Möglichkeiten 2015
28.2. – 01.03.2015

Inhalt

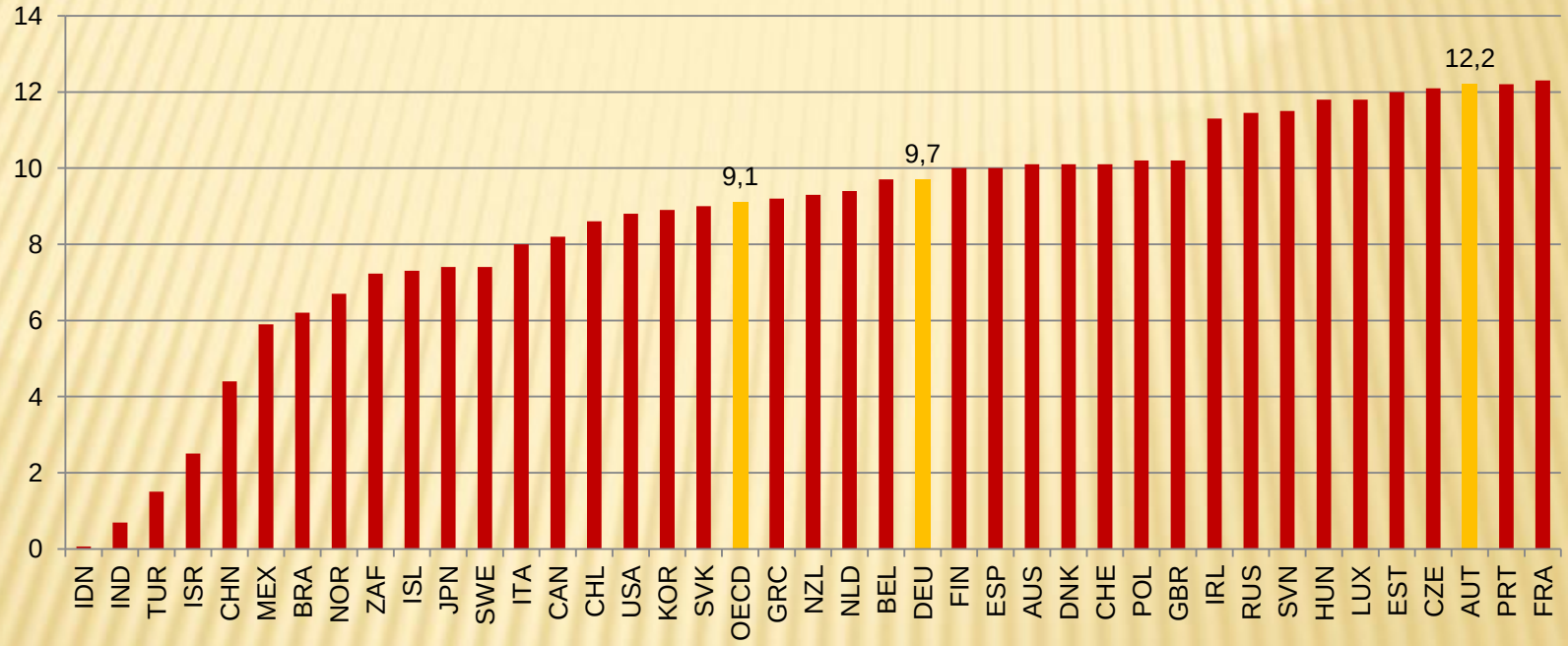
- Der Patient mit Alkoholproblemen!
  Zahlen, Daten Fakten kurz und schmerzlos!

- Alkohol als komorbide Störung!
  Ein möglicher „Pathway“ in der Gesprächsführung?

- Goal Oriented Dialog und motivierende Gesprächsführung
  Übungen & Impulse!

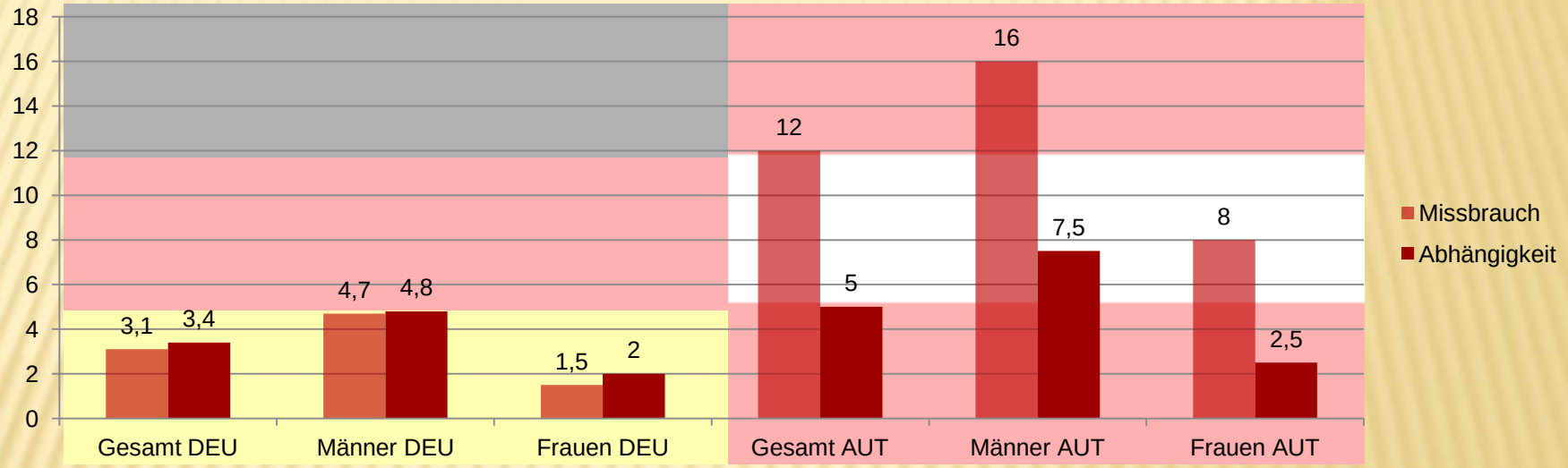
ALCOHOL CONSUMPTION AMONG POPULATION AGED 15 AND OVER

LITRES PER CAPITA, 2009 OR LATEST AVAILABLE YEAR



OECD Factbook 2011: Economic, Environmental and Social Statistics - ISBN 978-92-64-11150-9 - © OECD 2011

PRÄVALENZ ALKOHOLBEZOGENER STÖRUNGEN NACH DSM-IV (18 BIS 64 JAHRE)



Pabst, A. et al. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht, 59(6), 321-331.

Uhl et al. (2009). Repräsentativerhebung Österreich. (Alter 15 Jahre plus)

Alkoholmissbrauch
3,1 % der Personen

1.610.000 Personen

+

Alkoholabhängigkeit
3,4 % der Personen

1.770.000 Personen

Insgesamt 3,4 Millionen (6,5 %) Alkoholauffällige in Deutschland (18 – 64a)

DER ALKOHOLAUFFÄLLIGE PATIENT IN DER PRAXIS

1. Ist motiviert etwas an seinem problematischen Alkoholkonsum zu verändern (**Der intrinsisch Motivierte/ Der Ideale).**
2. Der Betroffene kommt in Begleitung von Angehörigen. Diese sind motiviert, nicht jedoch der Betroffene selbst **(Der extrinsisch Motivierte**).
3. Der Betroffene kommt wegen eines anderen psychischen Problems. Ein Zusammenhang mit dem erhöhten Alkoholkonsum wird jedoch rasch deutlich. **(Der scheinbar Nichtwissende).**
4. Der Betroffene äußert zwar einen erhöhten Alkoholkonsum, verharmlost jedoch den Schweregrad der Problematik **(Der Dissimulierende).**
5. Der Betroffene erkennt sein Alkoholproblem, sieht sich jedoch nicht in der Lage etwas zu ändern. **(Der Pessimist bzw. der Mitleiderweckende)**
6. Patient gibt sich scheinbar motiviert, zeigt jedoch keine Initiative bzw. Fortschritte in der Behandlung. **(Der Pseudomotivierte bzw. Passivmotivierte)**

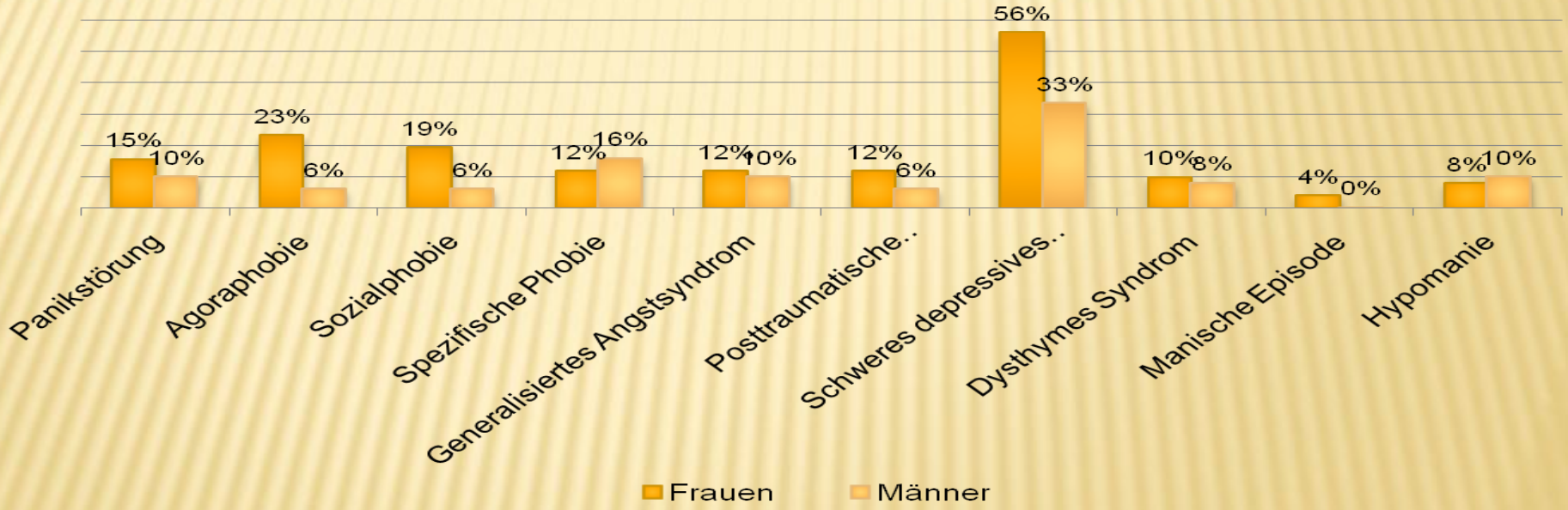
LEBENSZEITPRÄVALENZ UND ODDS RATIO

REPRÄSENTATIVE BEVÖLKERUNGSSTICHPROBE
INDEXSTÖRUNG = PSYCHISCHE STÖRUNG

Psychische Störung	Alkoholabhängigkeit		Drogenabhängigkeit	
	%	OR	%	OR
Schizophrenie [1]	24,0	3,8	12,9	4,2
Major Depression [1]	11,6	1,6	10,7	3,7
[2]	26,4	2,7	15,4	2,8
Dysthymie [1]	18,9	3,9	10,8	3,6
[2]	28,7	1,0	16,7	2,5
Angststörungen [1]	12,2	1,8	6,9	2,4
[2]	44,9	2,2	55,4	3,3
Antisoziale PS [1]	51,5	14,7	30,8	15,6
[2]	37,1	9,9	43,9	9,8
Borderline PS	49		38	
Traumatisierung [3]		6,5 [a]		6,6 [a]
		3,2 [b]		3,6 [b]
ADHS [4]	27-36		15	

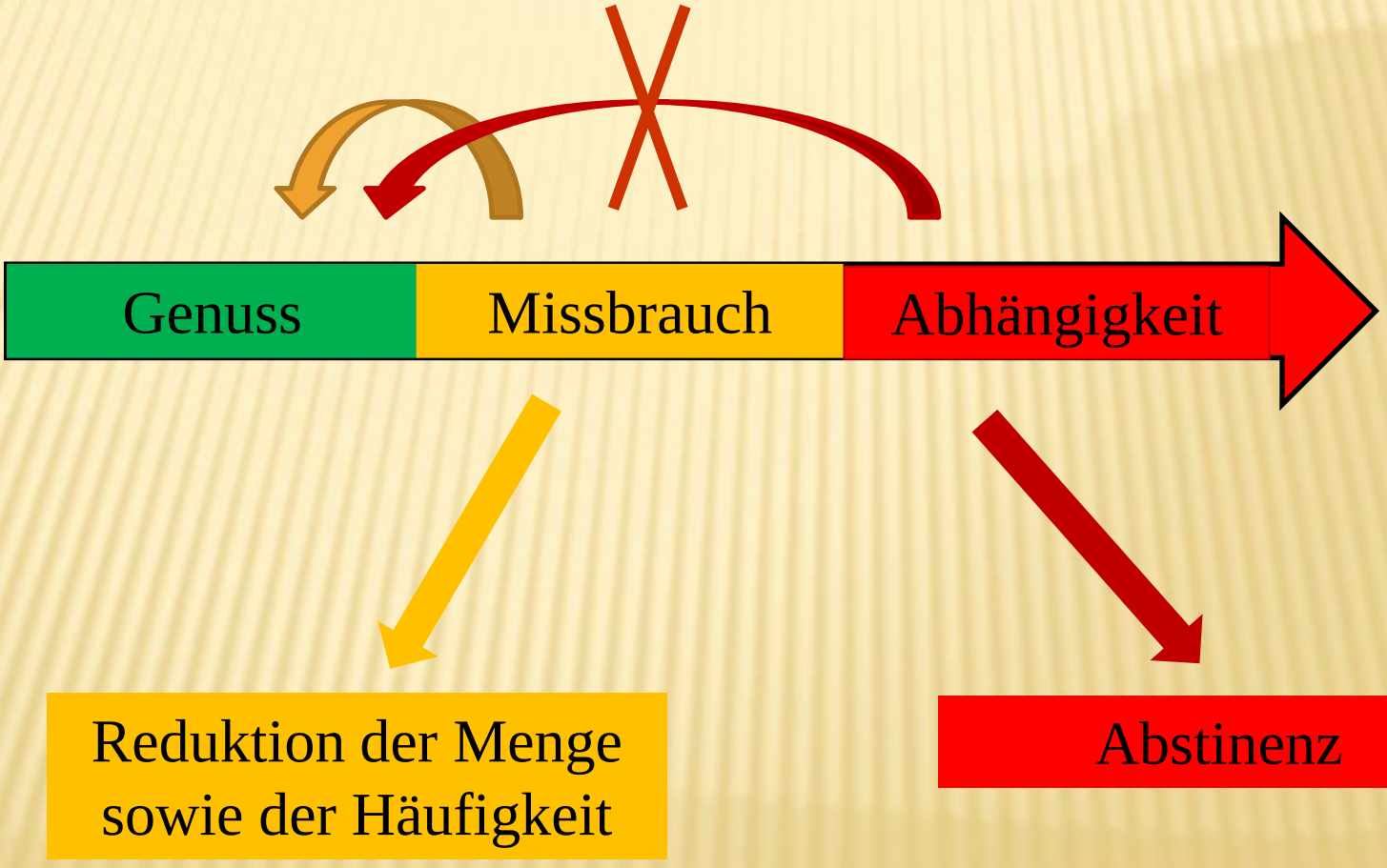
[1] ECA Epidemiologic Catchment Area Programm (Regier et al. 1990)
[2] NCS National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1994)
[3] Zwillingsstudie Kendler et al. (2000) [a] Missbrauch mit GV [b] Missbrauch mit intimen Kontakt aber ohne GV
[4] Doll 2002

PSYCHIATRISCHE KOMORBIDITÄTEN BEI STATIONÄREN ALKOHOLABHÄNGIGEN PATIENTINNEN AM ANTON PROKSCH INSTITUT



(Anton Proksch Institut 2007)

BEHANDLUNGSZIELE



FRAU P.

38jährige Patientin

Beruf: Flugbegleiterin 20 Wstd.

verheiratet, 2 Kinder 8 u. 12

<u>Ausgangslage:</u>

- Pat. kommt wegen der Behandlung der Affektiven Störung („Die Nichtwissende“)
- kommt alleine

Anja Lehmann „Frauenportrait“, Dresden

STRUKTURIERTES VORGEHEN

1. Ansprache und Diagnostik
2. Vermittlung der Diagnose
3. Vereinbarung eines gemeinsamen Behandlungsziels
4. Motivationsarbeit und Behandlung
5. Aufrechterhaltung des Behandlungserfolges
6. Rückfallmanagement und neuerliche Stabilisation

CAGE -TEST
CUT DOWN ANNOYED GUILTY EYE OPENER

Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, Sie sollten Ihren Alkoholkonsum einschränken?

Haben Sie sich schon einmal darüber geärgert, dass Sie von anderen wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert wurden?

Haben Sie sich schon einmal schlecht oder schuldig wegen Ihres Alkoholkonsums gefühlt?

Haben Sie schon einmal Alkohol frühmorgens getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder einen „Kater“ loszuwerden?

Mayfield, McLeod, Hall (1974)

CAGE -TEST
CUT DOWN ANNOYED GUILTY EYE OPENER

1 positive Antwort	**:**	**23 % Wahrscheinlichkeit**
2 positive Antworten	**:**	**59 % Wahrscheinlichkeit**
3 positive Antworten	**:**	**81 % Wahrscheinlichkeit**
4 positive Antworten	**:**	**97 % Wahrscheinlichkeit**

Mayfield, McLeod, Hall (1974)

DIAGNOSEKRITERIEN FÜR ALKOHOLABHÄNGIGKEIT ICD10. F10.2

Die Diagnose Abhängigkeit soll nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

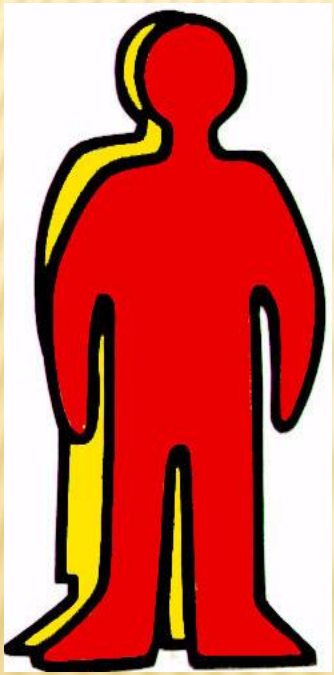
1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom oder Konsum von Alkohol oder anderen verwandten Substanzen, mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich .

DIAGNOSEKRITERIEN FÜR ALKOHOLABHÄNGIGKEIT ICD10. F10.2 (FORTSETZUNG)

5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums.

6. Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein , wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, oder sozial, wie Arbeitsplatzverlust durch alkoholbedingte Leistungseinbuße, oder psychisch, wie bei depressiven Zuständen nach massivem Alkoholkonsum.

BEHANDLUNGSZIEL DER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

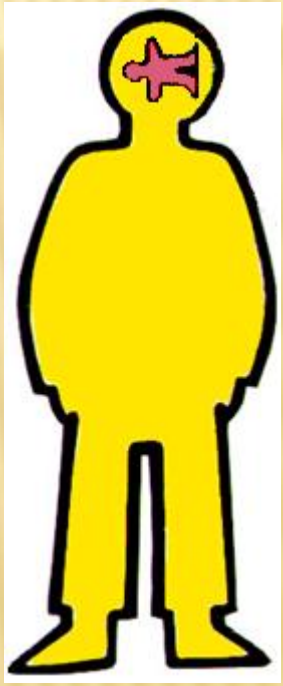


Erniedrigung für Alkohol

Der Totalausfall

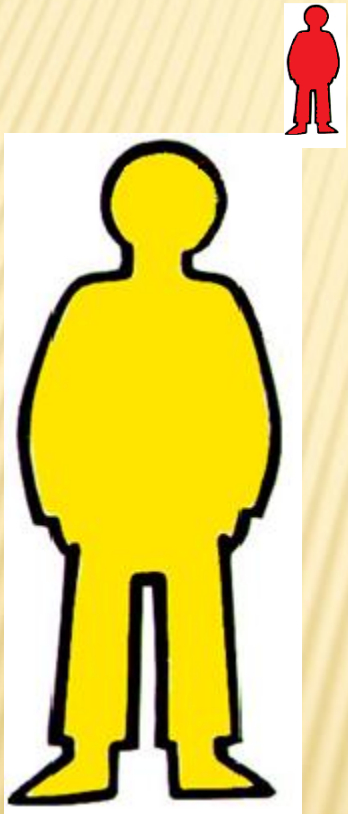
Behandlung

Die Alkoholkrankheit kann nicht geheilt, sondern nur stabilisiert werden



Der Suchtmechanismus schläft nur - der Patient allein kann ihn wieder aufwecken

BEHANDLUNGSZIEL DER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT



Missbrauch

Früherkennung

Behandlung

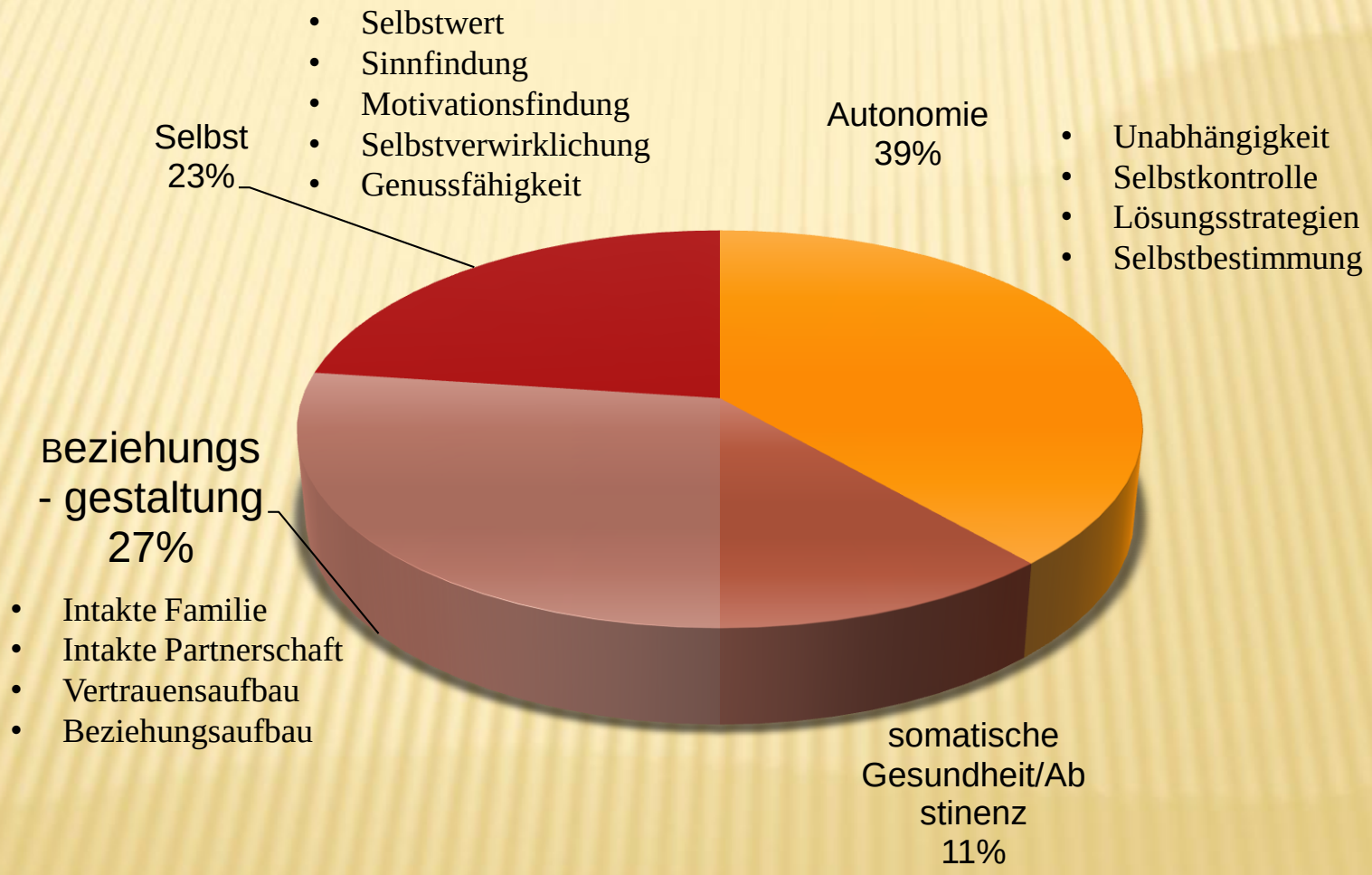
Kompetenter Gebrauch

- Wann trinke ich?
- Wie viel trinke ich?
- Unter welchen Bedingungen trinke ich?
- Brauche ich medikamentöse Unterstützung?

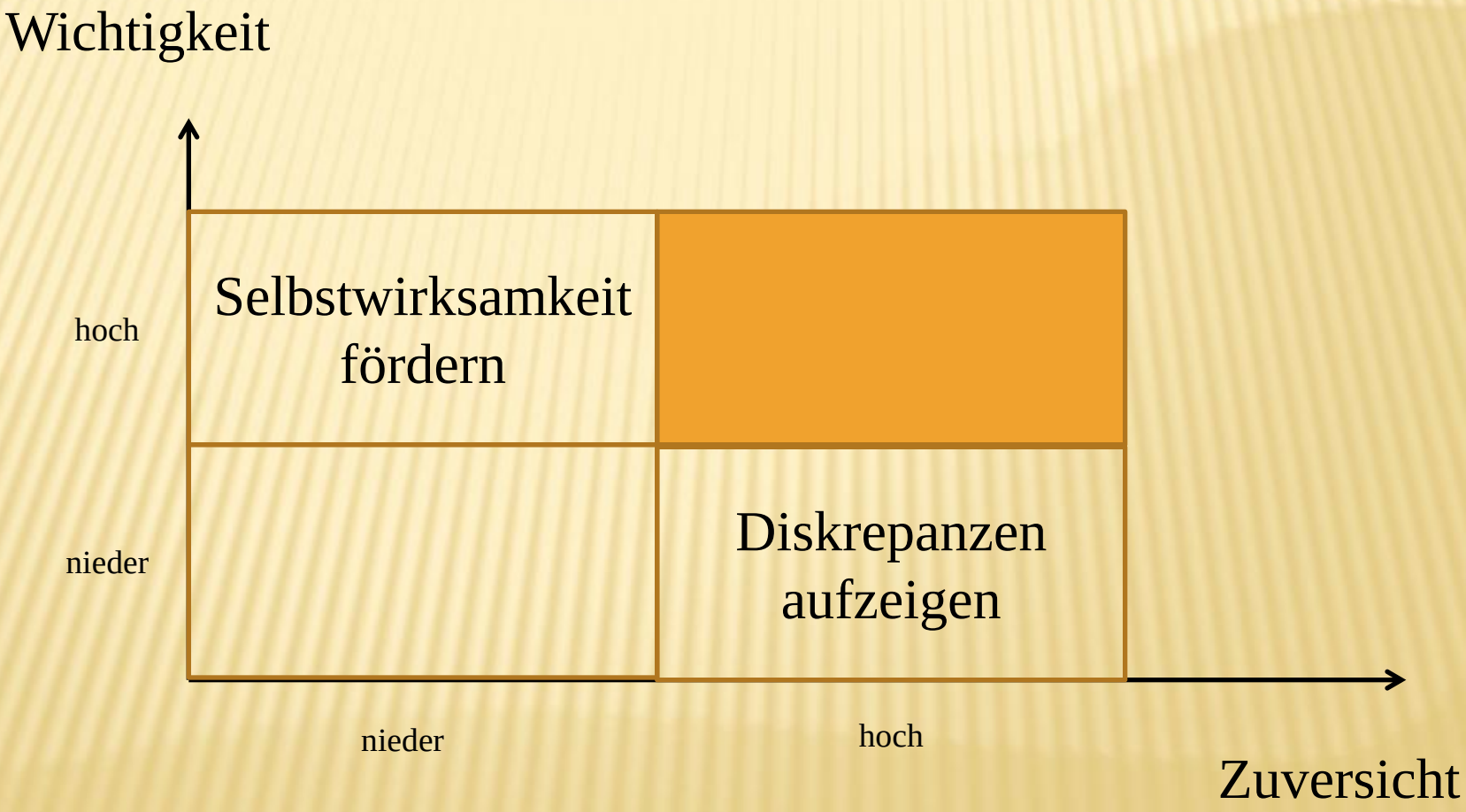
THERAPIEMOTIVATION

Für die Therapie von Abhängigen gilt in besonderer Weise, dass die Behandlungsmotivation selbst zum Gegenstand therapeutischer Bemühungen gemacht werden muss.

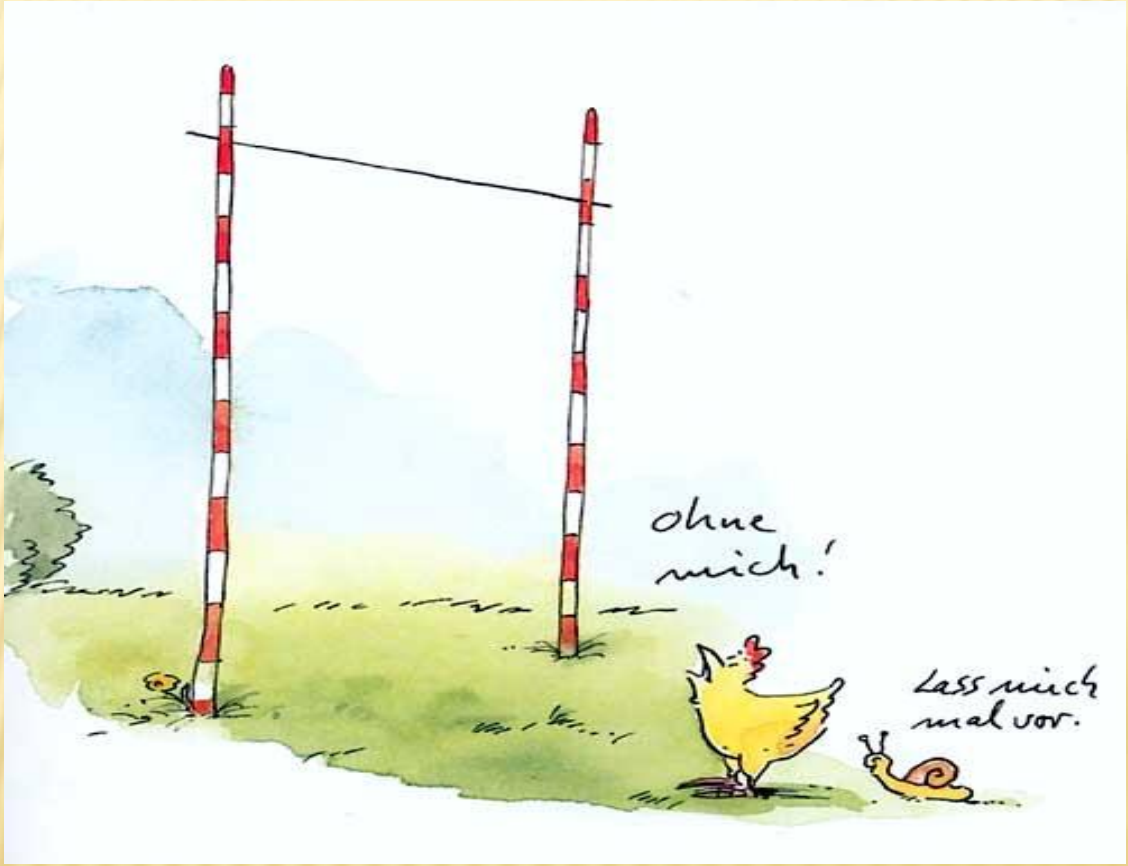
THERAPIEZIELE (LAMPE, 2015)



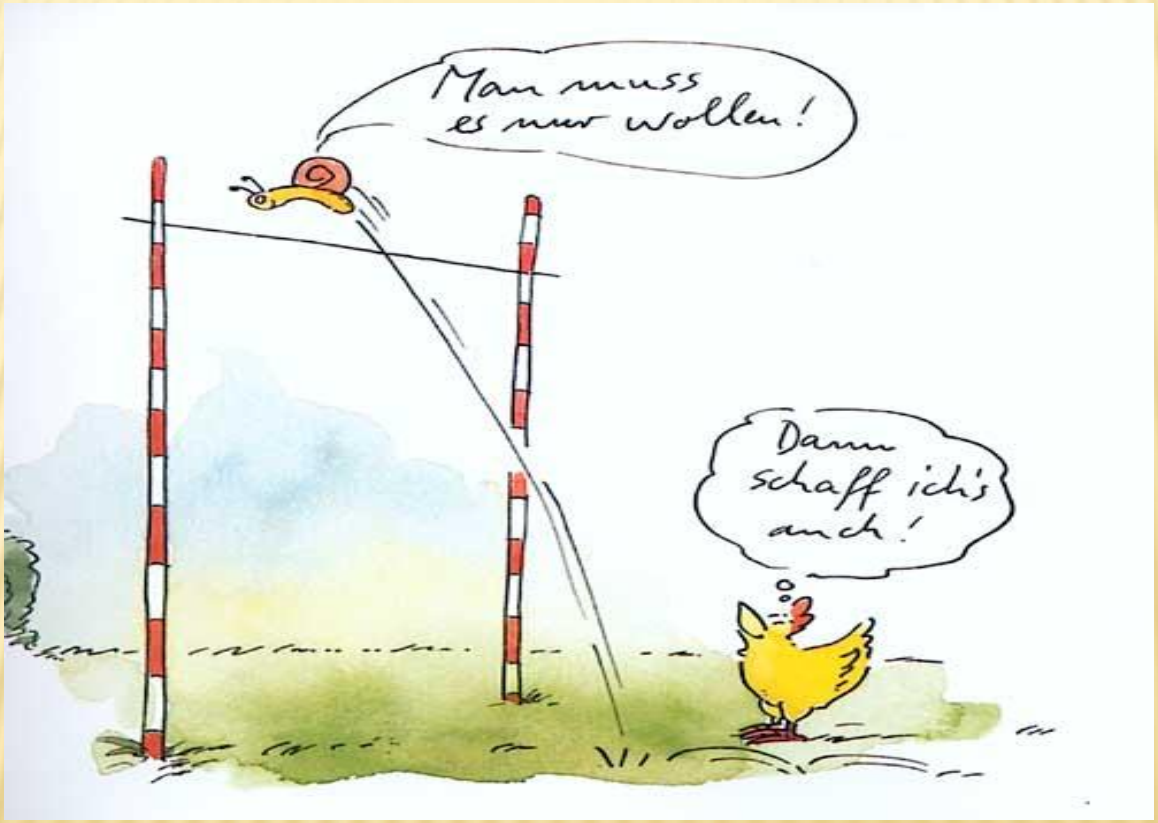
KOMMUNIKATIONSSTRATEGIE



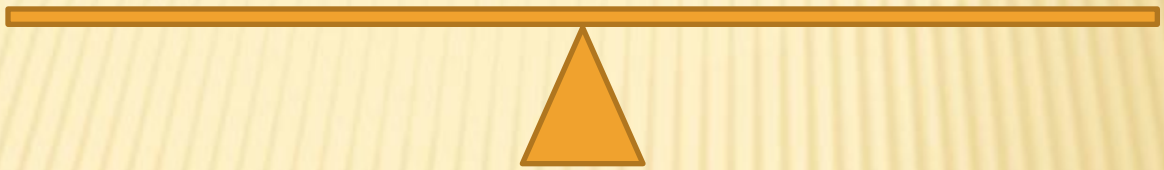
ERHÖHUNG DER „SELF-EFFICACY“ (BANDURA, 1977)



ERHÖHUNG DER „SELF-EFFICACY“ (BANDURA, 1977)



VERÄNDERUNGSAMBIVALENZ
(ENTSCHEIDUNGSWAAGE)



Vorteile des Konsums	Vorteile einer Änderung
Nachteile einer Änderung	Nachteile des Konsums

VORBEREITUNG AUF DAS GESPRÄCH

Auf betroffene Person und **mögliche Reaktionen** vorbereiten!

cave:

- Menschen mit Suchtproblemen wollen nicht auf ihren riskanten oder schon abhängigen Konsum angesprochen werden (Schuld- und Schamgefühle!).
- Sie versuchen mit unterschiedlichen Verhaltensweisen („Abwehr“), Kritik an ihrem Verhalten zu verhindern.
- Oftmals nicht berechnendes Verhalten - die betroffene Person kann „suchtmittelbedingt“ vielleicht **noch nicht** anders!

„ABWEHRENDE“ VERHALTENSSTILE

- aggressives Verhalten: „Das muss ich mir von ihnen nicht bieten lassen, das ist glatte Verleumdung!“
- mitleiderweckendes Verhalten: „Ich habe noch ganz andere Probleme. Das bisschen Trinken ist mein kleinstes davon ...das müssen Sie doch verstehen!“
- gleichgültiges Verhalten: „Das ist mir egal, wenn sie meinen...“
- erpresserisches Verhalten: „Wenn sie mir auch noch zusetzen, dann gebe ich auf!“
- einsichtiges Verhalten, aber ohne Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen: „Sie haben Recht, ich muss mich ändern, aber in die Suchtberatung gehe ich nicht!

WIDERSTANDSPHÄNOMENE

- „Arguing“: Der Patient stellt die Kompetenz des Arztes in Abrede.
- „Interrupting“: Der Patient schneidet dem Arzt das Wort ab.
- „Negating“: Der Patient leugnet od. bagatellisiert sein Alkoholproblem, lehnt Hilfestellungen destruktiv ab.
- „Ignoring“: Patient wird unaufmerksam und versucht dem Gespräch eine andere Richtung zu geben.

(Miller und Rollnick, 2002)

ANTWORTEN AUF WIDERSTAND

Patient: „Was glauben Sie denn wer Sie sind, dass Sie mir Ratschläge erteilen können? Was wissen Sie schon von meinen Problemen? Sie haben sicher keine Sorgen!

Arzt: „Es ist schwer vorstellbar, dass ich Sie verstehen kann…“

oder:

„…das hört sich an als seien Sie wütend auf mich.“

OFFENE FRAGEN STELLEN

- Trinken Sie Alkohol?
- Was gefällt Ihnen daran ?
- Was denken Sie über Ihren Alkoholkonsum?
- Welche Veränderungen sind Ihnen aufgefallen?

AKTIVES ZUHÖREN

Patient: „Ich habe manchmal Angst, dass ich vielleicht mehr trinke als gut für mich ist“

Arzt: „Sie haben in letzter Zeit ziemlich viel getrunken?“

Patient: „Ich will einfach keine Tabletten nehmen. Ich sollte das alleine in den Griff bekommen“

Arzt: „Sie glauben nicht, dass Medikamente Ihnen helfen können? Sie wollen sich nicht nur auf Medikamente verlassen?“

BESTÄTIGEN: WERTSCHÄTZUNG UND WÜRDIGUNG AUSDRÜCKEN

- „Es muss schwer für Sie gewesen sein, überhaupt zu kommen.“
- „Es war ein großer Schritt für Sie, sich das Alles so deutlich einzugestehen.“
- „Es beeindruckt mich, wie sehr Ihnen Ihre Familie am Herzen liegt.“

GESPRÄCHE ÜBER VERÄNDERUNGEN FÜHREN

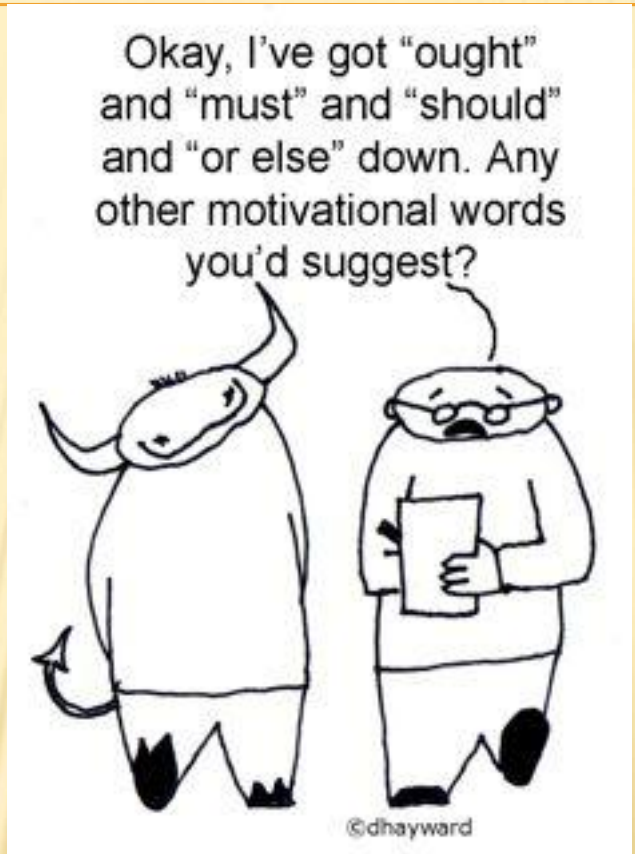
- Bewertung der Wichtigkeit der Veränderung (z.B. auf einer Skala)
- Explorieren der Entscheidungswaage
- extreme Entwicklungen erfragen
- Zukunftsbilder erfragen
- zurückblicken
- Ziele und Werte ergründen

FÖRDERUNG SELBSTMOTIVIERENDER AUSSAGEN

- **Problembewusstsein:** „Was bringt Sie auf den Gedanken, dass es sich um ein Problem handelt?
- **Besorgnis:** „Inwiefern ist Ihr Trinken für Sie selbst oder andere Menschen Anlass zur Sorge?“
- **Veränderungsabsicht:** „Ich habe den Eindruck, dass Sie sich im Moment festgefahren fühlen. Was müsste sich denn ändern?“
- **Zuversicht:** „Was gibt Ihnen Kraft zu glauben, dass Sie sich verändern könnten, wenn Sie es wollen?“

ZUSAMMENFASSEN

- Die wichtigsten Pro- und Kontra-Argumente zusammenfassen
- Patient kann sich mehrfach mit diesen Argumenten auseinandersetzen
- sie entfalten größere Wirkkraft



DANKE FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!

office@scheibenbogen.at
www.scheibenbogen.at