

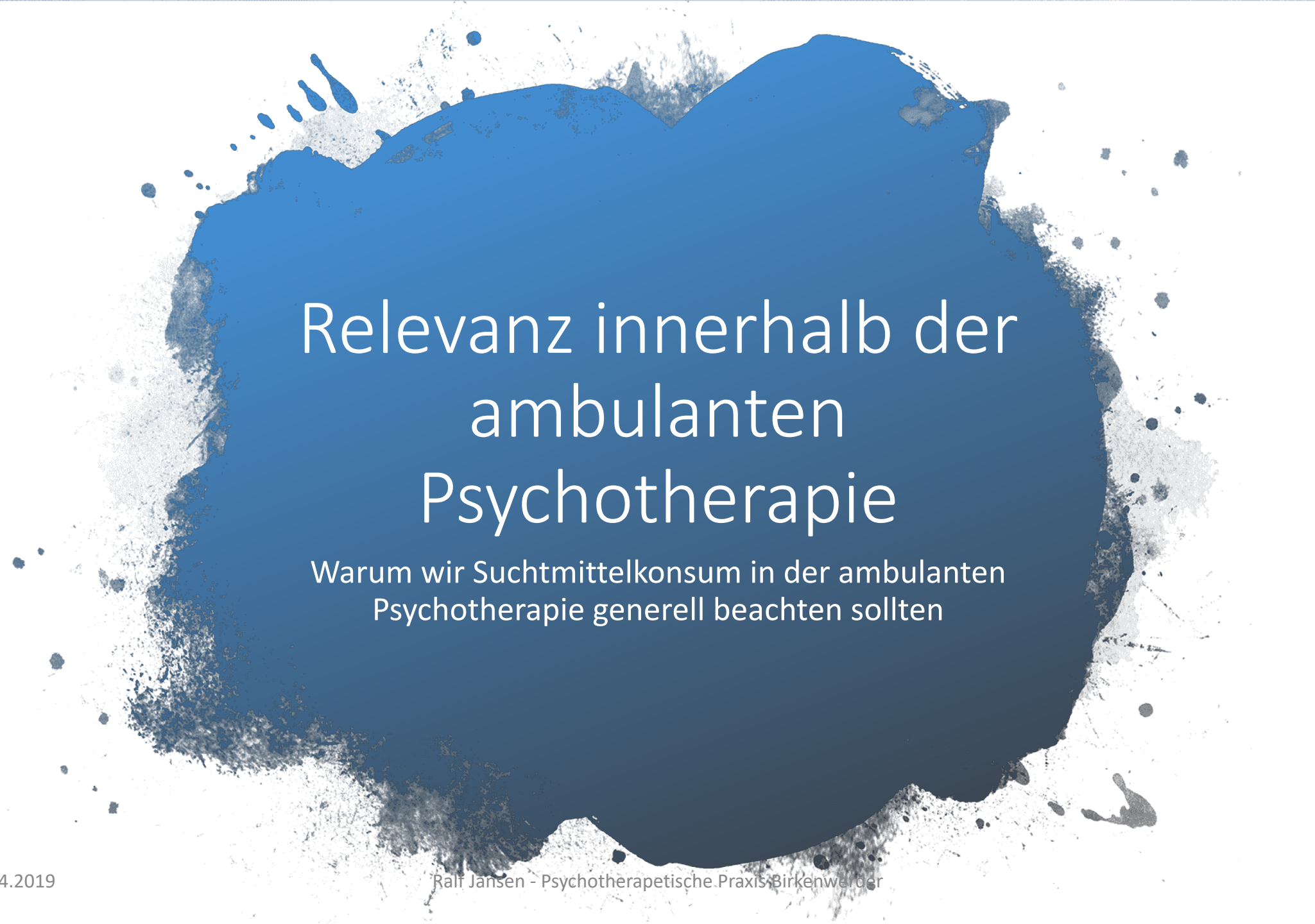
Prävention, Frühintervention
und Rückfallprophylaxe in der
psychotherapeutischen
Versorgung

Im Spannungsfeld zwischen sinnvoll und realistisch

Ralf Jansen, Birkenwerder

Inhalt

1. Relevanz innerhalb der ambulanten Psychotherapie
2. Beste Praxis! Beste Praxis?
3. Praktisches Vorgehen
4. Fazit
5. Literatur



Relevanz innerhalb der ambulanten Psychotherapie

Warum wir Suchtmittelkonsum in der ambulanten
Psychotherapie generell beachten sollten

1. Relevanz

- Ca. 1,6 Mio. mit schädlichem von Alkohol (F10.1)
- Ca. 1,8 Mio. mit einem Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.2)
- ABER mehr als 7 Mio. mit riskantem Konsum (F10.8)!

1.1. Definition

- Risikoarmer Konsum (an maximal 5 Tagen/Wo. 10-12g reiner Alkohol bei Frauen und 20-24g reiner Alkohol bei Männern) – WHO Empfehlung
- Das entspricht bei Frauen 0,3-0,5 Liter Bier oder 125ml Wein oder 2cl Spirituosen) – bei Männern entsprechend maximal die doppelte Menge
- Riskanter Konsum besteht bei Abweichung von der Empfehlung (= erhöhtes Risiko für einschneidende negative Folgen)
- ABER: Differenzierte Betrachtung je nach Lebensphase oder beruflichen Erfordernissen

1.2

Ausgangslage

- Ca. 10 Mio. mit relevanten alkoholbezogenen Problemen/Störungen
- Internationale Studien ergeben, dass ca. 21,3% aller PatientInnen mit psychischer Störung ein Alkoholproblem aufweisen!
- Bei riskantem Konsum sind durch den Alkoholkonsum noch keine gravierenden Schäden aufgetreten, das Problem besteht vielmehr in dem erhöhten Risiko von einschneidenden negativen Folgen

1.2 Ausgangslage

- Bei PsychosomatikpatientInnen mit Alkoholproblemen besteht in der Regel kein Leidensdruck, sondern bestenfalls Änderungsambivalenz hinsichtlich ihres bisherigen Umgangs mit Alkohol
- Bei riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum sind die Folgen des Alkohols häufig subjektiv noch nicht gravierend, ganz im Gegenteil der Alkohol wird kurzfristig weiterhin genossen.
- Bei unverändertem Alkoholkonsum ist lediglich das Risiko für weitere negative Folgen erhöht

1.2 Ausgangslage

ABER: Bereits ein riskanter oder schädlicher Gebrauch von Alkohol kann funktional sein und damit eine Störvariable in der Behandlung darstellen (vgl. Alkoholverbot in Rehakliniken)

Typische Funktionen des Alkoholkonsums sind:

- Emotionsregulation
- Spannungsabbau
- Überwindung von angstbesetzten Situationen
- Schlafförderung
- Schmerzbewältigung

1.2 Ausgangslage

Insgesamt gibt es nur sehr wenige Studien, die Auswirkungen eines riskanten Konsums auf die Psychotherapie untersuchen:

- Riskanter Alkoholkonsum hat einen negativen Einfluss auf das Therapieergebnis bei depressiven Männern (A. Arndt et. al. 2011, zitiert nach A. Schawohl; M. Odenwald, 2018)
- Alkoholkonsum bei Therapiebeginn als stärkster signifikanter Prädiktor von Therapieabbrüchen (A. Schawohl; M. Odenwald, 2018)

2. Beste Praxis! Beste Praxis?

- Möglichkeiten zur Frühintervention sind besonders in der psychotherapeutischen Sprechstunde gegeben
- Sinnvoll ist ein einfaches Vorgehen, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen alkoholbezogene Probleme zu identifizieren
- Zum Einsatz kann dabei der AUDIT-C kommen (verkürzte Form des AUDIT mit 3 statt 10 Fragen)
- Valide Aussagen zur Identifizierung von Risikokonsumenten bei einem cut-off von 5 Pkte.

2. Beste Praxis! Beste Praxis?

(Kurzform mit den
ersten 3 Fragen
des AUDIT
Cut-off bei 5/12 Pkte.)

Aus: Dt. Arztebl Int 2016.
113(17).301-10

KASTEN 4

AUDIT-C (15)*

Wie oft trinken Sie Alkohol?	Punkte
nie	0
etwa 1 mal pro Monat	1
2-4 mal pro Monat	2
2-3 mal pro Woche	3
4 mal oder öfter pro Woche	4

Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?

1 oder 2	0
3 oder 4	1
5 oder 6	2
7 oder 8	3
10 oder mehr	4

Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als sechs alkoholische Getränke getrunken?

nie	0
seltener als 1 Mal pro Monat	1
1 Mal pro Monat	2
1 Mal pro Woche	3
täglich oder fast täglich	4

* Ein Glas Alkohol entspricht: 0,33 Liter Bier oder 0,25 Liter Wein oder Sekt oder 0,02 Liter Spirituosen. Ab 4 Punkten liegt bei Frauen und ab 5 Punkten bei Männern der Verdacht auf eine alkoholbezogene Störung vor.

2. Beste Praxis! Beste Praxis?

Neben dem direkten Ansprechen/Erheben des Suchtmittelgebrauchs können auch folgende Äußerungen von Patientinnen beispielhaft ein Hinweis auf problematischen Suchtmittelgebrauch sein.

„Naja, mit 1-2 Bierchen intus, schlafe ich einfach besser!“

„Wenn ich so richtig feiern gehe, kann es schon mal etwas mehr Alkohol werden!“

„Wenn es mir emotional schlecht geht, trinke ich schon 1-2 Gläschen Wein – das macht doch jeder, oder?!“

2. Beste Praxis! Beste Praxis?

„Das sollte machbar sein,
oder?“

2. Beste Praxis! Beste Praxis?

Probleme und Hindernisse

- Sorge vor Stigmatisierung (bei PatientInnen UND BehandlerInnen)
- Thema Suchtmittel oftmals „Stiefkind“ bei vielen BehandlerInnen und an Ausbildungsinstituten
- Zu frühes Ansprechen des Alkoholkonsums in der Sprechstunde/Probatorik kann zu starkem Widerstand führen („Deswegen bin ich doch nicht hier!“ „Sie behandeln mich ja wie einen Alkoholiker!“)
- Ein Nichtbeachten von riskantem Konsum kann dazu führen, dass PatientInnen nicht optimal behandelt werden (z.B. Depressionsbehandlung bei regelmäßigem Alkoholkonsum)

3. Praktisches Vorgehen

1. Einmaliger Sprechstundenkontakt:
 - Auf Hinweise/Äußerungen des Pat. achten und ggfs. konkreter nachfragen
 - Offene Frage stellen: „Wie ist Ihr Umgang mit Alkohol“ (Relevanz erläutern!)
 - Ggfs. standardmäßig AUDIT-C anwenden
2. Im 2./3. Sprechstundentermin zur vertieften Diagnostik oder in Probatorik
 - Explizites Erfassen (aller) Suchtmittel im Interview oder mittels z.B. Lebensfragebogens
 - Bei klinischer Auffälligkeit Einsatz des AUDIT (Langform)

3. Praktisches Vorgehen

- Bei (funktionalem) riskanten Konsum oder schädlichem Gebrauch von Alkohol explizite Vereinbarung einer Konsumpause
- Plausible Erklärung: „Wir arbeiten mit/an Emotionen und ich will sicher gehen, dass Veränderungen im Therapieverlauf auf die Behandlung zurückführbar sind und nicht auf einen fortgesetzten Alkoholkonsum z.B. als Entlastungskonsum“
- Anwendung der 10 Stunden als Zeitraum die befristete Abstinenz umzusetzen (oder KZT1)

3. Praktisches Vorgehen

Entweder ist der bisherige Konsum problemlos einstellbar oder es zeigen sich im Verlauf der 10 Sitzungen Probleme:

- Trotz starker Bemühungen ist eine Abstinenz nicht erreichbar (Hinweis auf ausgeprägten schädlichen Gebrauch bzw. bereits eingetretene Abhängigkeit)
- Es treten Widerstände bei(m) PatientIn auf, die gemeinsam besprochen werden (unter Anwendung motivierender Gesprächsführung)

3. Praktisches Vorgehen

- Herr B., 53J., angestellter in der Sicherheitsbranche. Stellt sich mit aggressiven Impulsen und Überforderungsgefühlen vor. Hinweise auf anankastische Persönlichkeit.
- Suchtmittelanamnese ergibt tgl. bis zu 2l Bier (an freien Tagen bis zu 4l; nicht vor Nachtschicht). Pat räumt Toleranzentwicklung ein. AUDIT 15 Pkte.
- Erläuterung der Konsumpause wegen des funktionalen Konsums – klare Rückmeldung eines mindestens schädlichen Gebrauchs
- Im Rahmen von Probatorik klarer Hinweis auf 10/12 Stunden KZT1 zur Erreichung von Konsumpause (Selbstbeobachtung eingeführt)
- Pat stimmt zu und lässt sich dabei offen, ob er das Ziel der Konsumpause innerhalb von 10 Sitzung erreichen wird (Autonomie)
- Gemeinsame Reflexion der Vor- und Nachteile des Konsums. Pat entdeckt zunehmend Vorteile (z.B. Gewichtsreduktion; pos. Rückmeldungen aus dem Umfeld) und entscheidet sich für verbindliche Konsumpause mit der 8. Sitzung.

4. Fazit

- Bereits riskanter Alkoholkonsum kann eine relevante Störvariable in der ambulanten Psychotherapie darstellen!
- Spätestens in der vertieften Sprechstunde bzw. Probatorik explizite Erfassung des Suchtmittelgebrauchs UND
- Diagnostische Einordnung (riskant-schädlich-abhängig)
- Bei riskantem/schädlichen Alkoholkonsum explizite Abgrenzung zur Abhängigkeit
- Bei riskantem/schädlichen Alkoholkonsum eine Konsumpause kritisch erwägen (orientiert an 10 Std/KZT1) – Störvariable!?

4. Fazit

Hilfreiche Haltungen bei der Auseinandersetzung mit PatientIn:

- Transparenz im Vorgehen UND plausible Erklärung warum Konsumpause der sicherste Weg ist
- Motivierende Gesprächsführung
- Prozess therapeutisch/systemimmanent begleiten, statt „einfach eine Forderung stellen“

4. Fazit

Literatur(empfehlungen):

- Lindenmeyer J: Ich bin kein Alkoholiker! Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemen – Mit Online-Material. Berlin, Springer, 2013
- Schawohl A, Odenwald M: Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn. Verhaltenstherapie 2018; 28: 222-228

Internetangebot:

- Online Selbsthilfe Alkohol (kostenloses Angebot der AOK Nordost und der salus Kliniken)

www.selbsthilfealkohol.de



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!