



**Bayerische
Akademie für
Suchtfragen**

in Forschung und Praxis BAS e.V.

Landwehrstr. 60-62

80336 München

Tel.: 089-530 730-0

Fax: 089-530 730-19

E-Mail: bas@bas-muenchen.de

Web: www.bas-muenchen.de

**Dokumentation der
15. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern**

**Alkohol als Bestandteil unserer Alltagskultur –
vom Genussmittel zum Alltagsproblem
zwischen Selbst- und Fremdhilfe**

14. März 2007 in München

BAS e.V. (VR 15964)

Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft AG

Konto-Nr. 8890100

BLZ 700 205 00

1. Vorsitzender:

PD Dr. med. Norbert Wodarz

2. Vorsitzender:

Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

Schatzmeister:

Bertram Wehner

Dipl.-Sozialpäd. (FH)

Vorstandsmitglieder:

Christiane Fahrmbacher-Lutz

Apothekerin

Dr. rer.soc. Christoph Kröger

Dipl.-Psychologe

Verantwortlich für die Ge-

schäftsstelle:

Bertram Wehner

Am 14. März 2007 fand in München im Vortragssaal der Landeszentrale für Gesundheit, Landwehrstr. 60-62 und in den Räumen der BAS die 15. Netzwerktagung mit rund 50 Teilnehmern statt. Der Ablauf der Tagung ist dem folgenden Programm zu entnehmen.

09:30	Begrüßung und aktuelle Informationen (Christiane Fahrmbacher-Lutz, Vorstand BAS e.V.)
10:00	Alkoholabhängigkeit: Von der Entstehung bis zur Therapie (Dr. Heinrich Kufner, Dipl.-Psych., Institut für Therapieforschung, IFT, München)
10:45	Kaffeepause
11:00	Erfolgreiche Motivationsstrategien bei Menschen mit problematischem oder abhängigem Alkoholkonsum (Prof. Dr. Joachim Körkel, Evangelische Fachhochschule Nürnberg, FB Sozialwesen)
12:00	Co-Abhängigkeit – Alkoholismus als familiäres Problem (Dr. med. Helmut Kolitzus, München)
13:00	Mittagspause
14:00	<u>Workshop 1</u> : Motivational Interviewing – Praktische Übungen zu Kurzinterventionen in Beratungsstelle, Apotheke oder Praxis (Prof. Körkel, Evangelische Fachhochschule Nürnberg) oder <u>Workshop 2</u> : Beikonsum von Alkohol in der Substitutionsbehandlung - Häufigkeit und Interventionsmöglichkeiten (Dipl.-Sozialpäd. Peter Niederhuber, Leiter der Fachambulanz für Suchterkrankungen der Diakonie Rosenheim)
15:45	Kaffeepause
16:00	Forum: Vorstellung der Ergebnisse aus den Workshops, Diskussion, Verabschiedung
16:30	Ende der Tagung

1. Begrüßung und aktuelle Informationen

Frau Fahrmbacher-Lutz vom Vorstand der BAS begrüßte die Netzwerkansprechpartner sowie die Gäste der Tagung und erläuterte die Funktion des Netzwerkes Sucht in Bayern. Ziel des Netzwerkes ist, dass die Ansprechpartner in ihren Regionen als Multiplikatoren auftreten und sowohl Informationen aus den Netzwerktagungen weiterleiten als auch über aktuelle Entwicklungen aus dem eigenen Einzugsgebiet berichten.

Ferner verwies sie auf die von *akzept* veranstaltete Tagung zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung, die am 14.02.2007 in Berlin stattgefunden hatte. Zu den zentralen Themen zählten die Weiterqualifizierung von Hausärzten, die Auswirkungen der administrativen Voraussetzungen auf den Praxisalltag sowie aktuelle Versorgungsprobleme respektive die Versorgungslage. Ein Protokoll bzw. eine Dokumentation dieser Veranstaltung wird ab Mitte Mai 2007 bei *akzept* erhältlich sein.

Seit dem 01.03.2007 ist in Deutschland Suboxone[®] zugelassen, das neben 2 mg bzw. 8 mg Buprenorphin auch 0,5 mg bzw. 2 mg Naloxon enthält. Damit soll einer

missbräuchlichen intravenösen Anwendung vorgebeugt werden, da durch die Bindung von Naloxon an die Opioidrezeptoren ein Entzugssyndrom ausgelöst wird. In Finnland (aber auch in Georgien, siehe SZ vom 14.04.2007) ist Buprenorphin die Nummer 1 unter den illegalen Drogen und auch in Deutschland gibt es zunehmend Hinweise auf missbräuchlichen (i.v.) Gebrauch von Subutex®.

2. Alkoholabhängigkeit: Von der Entstehung bis zur Therapie

Herr Dr. Küfner berichtete, dass die globale Krankheitsbelastung durch Alkohol weltweit den fünftgrößten Kostenfaktor darstellt (Ezzati et al. 2002). In Industriegesellschaften liegen die durch Alkohol verursachten Gesundheitskosten nach Tabak und Bluthochdruck an dritter Stelle. Die alkoholbedingten Erkrankungen betreffen nahezu alle Organe, wobei besonders die Auswirkungen auf das ungeborene Kind und die intoxicationsbedingten Unfälle hervorzuheben sind.

Nach Aufnahme in den Körper wird der Alkohol über Dünndarm- (80%) und Magenschleimhaut (20%) resorbiert, verteilt sich anschließend im Blut und Gewebe, so dass nach rund 20 Minuten die höchste Blutalkoholkonzentration erreicht ist. Alkohol durchdringt leicht die Blut-Hirn-Schranke und wirkt damit direkt auf das Zentralnervensystem. Der Abbau erfolgt überwiegend über die Leber und hier in erster Linie über das Enzym Alkoholdehydrogenase (ADH). Dabei entsteht Acetaldehyd als hoch giftiges Zwischenprodukt, das über die Aldehyddehydrogenase (ALDH) zu ungiftigen Endprodukten weiter abgebaut wird. Fehlt dieses Enzym (wie beispielsweise bei jedem 2. Asiaten), so besteht aufgrund der aversiven Wirkung durch Anreicherung von Acetaldehyd ein vermindertes Abhängigkeitsrisiko.

Die Wirkung zeigt sich in Abhängigkeit des Blutalkoholspiegels und lässt sich in subjektive Wahrnehmungen (z.B. Spannungsreduzierung, Aktivierung, Gefühl der Harmonie) und objektive Wirkungen (unterschiedlich, je nachdem ob eher hemmende [GABA] oder stimulierende [Glutamat] Nervensysteme betroffen sind) unterscheiden. Generell wirken niedrige Dosen eher aktivierend, höhere Dosen dämpfend.

Verschiedene, bereits vor dem Beginn von Alkoholerfahrungen existente Risiko- und Schutzfaktoren sind beschrieben worden: Besonders gefährdet sind demnach Kinder aus Alkoholikerfamilien, Personen mit traumatischen Erfahrungen, guter Alkoholverträglichkeit oder bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. Impulsivität, Hyperaktivität). Ferner können auch genetische Faktoren und komorbide Störungen (z. B. Depression, Angststörung) das Abhängigkeitsrisiko erhöhen. Söhne von Alkoholikern weisen eine erhöhte pharmakologische Vulnerabilität auf, da die positiven Wirkungen des Alkohols bei ihnen überwiegen, sie nur geringe Koordinationsstörungen zeigen und daher für sie keine Notwendigkeit zur Kontrolle des Konsums besteht (Untersuchung von Schukit). Als Schutzfaktoren werden Alkoholunverträglichkeit (durch ALDH-Mangel) und eine starke Familienkohäsion angegeben. Als kindbezogene Schutzfaktoren werden eine positive Lebenseinstellung, verbunden mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstvertrauen bei der Lösung von Problemen, angemessene Bewältigungsstrategien und soziale Kompetenzen genannt, die tragfähige Beziehungen zu Gleichaltrigen oder Erwachsenen außerhalb des betroffenen Elternhauses erlauben. Auch eine geringe Wirkungserwartung an Alkohol kann vor späterer Abhängigkeit schützen.

Therapeutisch wichtig ist zu Beginn die Problemfokussierung, so dass der Abhängige seine Erkrankung erkennt. Darüber hinaus sind neben der Motivation zu Abstinenz und Therapie patienteneigenen Kompetenzen zur Lösung von Problemen zu fördern. Schließlich sollen auch konkrete Hilfsangebote bei aktuellen Fragen zur Verfügung stehen.

Die Folien zu diesem Vortrag sind über die BAS-Homepage („Publikationen“) abrufbar.

3. Erfolgreiche Motivationsstrategien bei Menschen mit problematischem oder abhängigem Alkoholkonsum

Herr Prof. Körkel beschrieb zunächst typische Gesprächssituationen, in denen sich der Klient angegriffen fühlt und dadurch in die Defensive gedrängt wird. Das Motivational Interviewing (MI) hingegen soll nach Definition von Miller & Rollnick (www.motivationalinterview.org) als klientenzentrierte direkte Methode dazu dienen, dass die intrinsische Motivation für eine Veränderung durch Erkundung und Auflösung der Änderungsambivalenzen des Klienten erhöht wird. Der Patient soll zum Fürsprecher seiner eigenen Veränderung werden.

Das MI ist mittlerweile als Basiskompetenz Bestandteil der Curricula der Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ und „Suchtpsychologie“. Erfolgreiches MI setzt voraus, dass sich der Therapeut als Partner versteht, der Respekt vor dem Klienten als sinnhaft handelnder Person zeigt und dessen Autonomie anerkennt. Widerstandsverhalten von Seiten des Klienten sollte vor dem Hintergrund einer möglichen Autonomieverletzung durch den Therapeuten gesehen werden.

Eines der Ziele des MI ist es, zunächst die Veränderungsmotivation zu fördern, so dass Widerstandsäußerungen (z.B. „Ich habe nur mal kurz getrunken. Das war gar kein Rückfall!“) zu veränderungsbezogenen Aussagen (z.B. „So werde ich nicht mehr weitermachen!“) werden. In einem zweiten Schritt geht es darum, vom Klienten formulierte Ziele zu vereinbaren und einen konkreten Veränderungsplan zu entwickeln.

Erfolgreiche Methoden der Gesprächsführung sind offene Fragen sowie aktives Zuhören. Letzteres bedeutet, dass der Therapeut Äußerungen des Klienten unter Berücksichtigung der emotionalen Zwischentöne rückmeldet bzw. paraphrasiert. Der Therapeut sollte zudem die Wertschätzung bzw. Würdigung des Klienten zum Ausdruck bringen (z.B. „Es muss schwer für Sie gewesen sein, heute hierher zu kommen.“). Die sog. „*change talk*“-Methoden zielen darauf ab, dass der Klient Diskrepanzen zwischen seinem jetzigen Verhalten und dem von ihm gewünschten Zustand spürt. Darüber hinaus sollte der Therapeut auch „geschmeidig“ mit dem aufkeimenden Widerstand des Klienten umgehen können, um so wieder zu einer angenehmen Gesprächsatmosphäre zurückzufinden. Schließlich sind „*confidence talk*“-Methoden, die die Zuversicht des Klienten erhöhen, die beabsichtigte Änderung herbeizuführen, ein weiteres Instrument einer erfolgreichen Gesprächsführung.

Auch der Kontext, in dem ein Beratungsgespräch stattfindet, ist für den Erfolg entscheidend. So muss eine sanktionsfreie Erörterung der Vor- und Nachteile des Alkoholkonsums ebenso möglich sein wie die Zieloffenheit des MI. Abstinenzzielvorgaben, beispielsweise durch Arbeitgeber oder Kostenträger, stehen dem entgegen. Zudem sollte berücksichtigt werden, dass der Klient zum Zeitpunkt des geplanten Gesprächs auf seine Problematik überhaupt ansprechbar ist.

Zur Wirksamkeit von MI gibt es inzwischen über 160 randomisierte kontrollierte Studien. Außerdem wurde untersucht, welche Trainingsinhalte und welcher zeitliche Umfang der Schulungsmaßnahmen zu einem bestimmten Kompetenzniveau an MI führen (EMMEE-Studie, Miller et al., 2004). Das alleinige Lesen des Manuals mit zusätzlichem Betrachten von Videos erbrachte ebenso wie ein zweitägiger Workshop nur ein Kompetenzniveau von 22% bzw. 37%. Die MI-Kompetenz wird durch einen zweitägigen Trainingsworkshop und ein persönliches Feedback zum Verhalten in Klientengesprächen und/ oder individuelles Telefoncoaching wesentlich gesteigert. Am erfolgreichsten erwies sich die Kombination aus *Workshop + Feedback + indivi-*

duellem Coaching, das das Kriteriumsniveau von 78% an MI-Kompetenz erreichte. Die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten („Ich fühle mich fähig, MI anzuwenden“) korrelierte mit dem in Therapiegesprächen gezeigten Verhalten nur in geringem Umfang. Hinsichtlich der Aussage „Ich bin ein guter Zuhörer.“ ergab sich sogar eine negative Korrelation, indem die Kursteilnehmer ihre Zuhörerqualitäten unrealistisch hoch einschätzten.

Die Folien zu diesem Vortrag sind über die BAS-Homepage („Publikationen“) abrufbar.

4. Co-Abhängigkeit – Alkoholismus als familiäres Problem

Herr Dr. Kolitzus schätzt, dass es ca. acht Mio. Co-Abhängige in Deutschland gäbe, von denen rund eine Mio. in Bayern lebe. Zudem seien 70% der Frauen von amerikanischen Alkoholikern Übergewichtig. Weitere 70% der Patientinnen, die wegen einer Magersucht in der Klinik Roseneck behandelt würden, stammten aus Suchtfamilien.

Das co-abhängige Verhalten ist durch drei typische Phasen charakterisiert. Zunächst steht die *Phase des Beschützens* im Vordergrund. Die Angehörigen bemühen sich, Entschuldigungen und Erklärungen für das süchtige Verhalten zu finden und schirmen ihn vor den Konsequenzen seines Verhaltens ab. Da dieses Verhalten keinen Erfolg bringt, wird es abgelöst von einer *Phase der Kontrolle*. Der Konsum wird, beispielsweise mit Markierungen auf Flaschen, kontrolliert und der Abhängige wird unter Druck gesetzt und mit Vorwürfen konfrontiert. Nachdem alle Bemühungen nichts gebracht haben und die Angehörigen zunehmend frustriert und aggressiv werden, schließt sich die *Phase der Anklage* an, die in der Trennung vom Partner oder im Verlust des Arbeitsplatzes mündet.

Für Kinder aus Suchtfamilien (in Deutschland: 2,56 Mio.) gibt es einige typische Merkmale. Häufig haben sie Selbstwert- sowie Beziehungsprobleme, Angst vor Veränderungen und sind besonders suchtfährdet. Dabei nehmen sie innerhalb der Familie typische Rollen ein, die im Folgenden kurz beschrieben werden: Der *Held* dient als Ersatzpartner für den nicht süchtigen Elternteil, ist stark leistungsorientiert und sucht Anerkennung von außen. Dieses Kind ist der ganze Stolz der Familie und versorgt sie mit Selbstwertgefühl. Der *Sündenbock* steht in einer Konkurrenzsituation zum Helden, ist entsprechend eifersüchtig und wütend auf diesen. Er versucht über abweichendes Verhalten oder Delinquenz Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Durch sein Benehmen lenkt er vom süchtigen Elternteil ab. Das *Verlorene Kind* ist ein ruhiger, scheuer Einzelgänger, der leicht übersehen und auch nicht vermisst wird. Dadurch, dass man sich nicht um es zu kümmern braucht, bringt es Erleichterung ins Familienleben. Das *Maskottchen* ist gekennzeichnet durch Lernprobleme bei kurzer Aufmerksamkeitsspanne und gibt sich niedlich, süß, nett und unreif. Es amüsiert die anderen Familienmitglieder und trägt zum Spannungsabbau durch Komik bei.

Bei der Therapie sollte die Sprachlosigkeit der Angehörigen in den Mittelpunkt gestellt werden. Hilfreich ist nach seiner Erfahrung, einen persönlichen Brief zu verfassen, in dem man den Abhängigen mit Tatsachen konfrontiert, eine Bilanz bzw. ein Fazit zieht, um die Verantwortung für den Süchtigen abgeben zu können. Erst dann könne man sich wieder dem eigenen Leben zuwenden.

5. Workshop 1: Motivational Interviewing – Praktische Übungen zu Kurzinterventionen in Beratungsstelle, Apotheke oder Praxis

Vor rund 20 Teilnehmern erläuterte Herr Prof. Körkel die Grundlagen für aktives Zuhören. Beim aktiven Zuhören versucht der Therapeut, die Welt aus den Augen des Klienten zu sehen und ihm das Gesagte (sachlich und emotional) in eigenen Worten zurückzumelden. Der Erzählende soll dadurch mehr Klarheit über sich selbst und über die Hintergründe seines Verhaltens erreichen. In Dreiergruppen wurde dann versucht, insgesamt 20 Sätze zur Umsetzung von aktivem Zuhören zu formulieren.

Weiterhin wurden verschiedene Methoden zur Förderung veränderungsbezogener Äußerungen („change talk“) angesprochen. Hier wurden die Vorteile von offenen Fragen erörtert und in einer weiteren Übung vertieft.

Durch diesen Workshop ist es gelungen, einen kleinen Einblick in die verschiedenen Abfolgeschritte, Methoden und auch in die anfänglichen Schwierigkeiten bei der Umsetzung zu gewinnen.

6. Workshop 2: Beikonsum von Alkohol in der Substitutionsbehandlung - Häufigkeit und Interventionsmöglichkeiten

Herr Niederhuber stellte zur Einführung in die Thematik das *3-Phasen-Modell* der Substitutionsbehandlung am Beispiel von Patienten mit Alkohol-Beikonsum vor. Die erste Phase des *Beginns* ist geprägt von Krisen, Instabilität mit Beikonsum und Umorientierung. Zu den therapeutischen Maßnahmen zählen Kriseninterventionen, das Kontrollieren, Grenzen setzen und die Einführung in Rahmenbedingungen und Regeln des Programms. In der anschließenden Phase der *Stabilisierung* steht die Entwicklung eigener Ziele, Wünsche und Perspektiven beim Patienten im Mittelpunkt. Das zentrale Ziel heißt Stabilisierung und der Schwerpunkt liegt in der Umsetzung lebenspraktischer Ziele. Die Phase des *Beendens* ist schließlich durch das Erreichen der Stabilitätsziele charakterisiert, so dass die Basis für den Ausstieg aus dem Substitutionsprogramm geschaffen wird.

Herrn Prof. Körkel zufolge weisen 28% der Methadonsubstituierenden einen problematischen Umgang mit Alkohol auf. In der Fachambulanz für Suchterkrankungen der Diakonie Rosenheim sind sogar 55% betroffen (davon 25% mit schädlichem, 30% mit abhängigem Alkoholkonsum). Zur Anamnese eines Beikonsums von Alkohol wurden innerhalb des Workshops verschiedene *Screening-Verfahren* vorgestellt: AUDIT, Laborwerte, Atemluftkontrolle, LAST, Cache, Führung eines Alkoholtagebuchs, KAZ-35-kT und Diagnosestellung.

Ferner erläuterte Herr Niederhuber die *Regeln der Methadonvergabe* bei Substituierenden mit Beikonsum von Alkohol, die innerhalb der Teilnehmergruppe diskutiert wurden. Die Vergabepaxis sehe vor, dass ein Wert von 0,0 Promille (ermittelt per Atemluftkontrolle) vorliegen müsse und dass drei Stunden nach der Vergabe kein Alkohol nachweisbar sein dürfe. Sollte ein Wert von 0,5 Promille festgestellt werden, bestünde die Option einer Teilung der Vergabedosis, während bei einem Wert von 0,8 Promille die Tagesdosis zu verweigern sei.

Anschließend wurde das Konzept der *MI Kurzintervention* vorgestellt inklusive des ihr zugrunde liegenden Menschenbildes, die *Grundannahme der Inneren Ambivalenz* sowie *MI Behandlungsziele*. Hierzu präsentierte Herr Niederhuber eine Checkliste zur Selbstüberprüfung der günstigen Menschenbildannahmen für das „Motivational Interviewing“, die von den Teilnehmern im Hinblick auf ihre Zustimmung zu den einzelnen Aussagen diskutiert wurde. Zur Verdeutlichung der Problematik der *Inneren Ambivalenz* wurde in Kleingruppen eine praktische Übung in Form eines Patienten-

Therapeuten-Gesprächs durchgeführt. Zum Abschluss des Workshops zeigte Herr Niederhuber ein Video bzw. *Fallbeispiel eines MI-Interviews* (Patienten mit Alkoholproblematik).

Der Workshop vermittelte den Teilnehmern nicht nur einen Einblick in die Screening-Verfahren bei Substitutionspatienten mit einer Alkohol-Beikonsum-Problematik und in die therapeutischen Interventionsmethoden, sondern zeigte am Beispiel der motivierenden Gesprächsführung insbesondere auf, wie das Ziel der Veränderungsmotivation des Patienten ohne Gesichtsverlust (zur Vermeidung von Reaktanz) erreicht werden kann.

7. Forum

Im abschließenden Forum wurden folgende Wünsche geäußert:

- Ein Arzt, der seine Patienten an eine PSB überweist, soll dazu eine möglichst genaue Aufgabenstellung an die Mitarbeiter der Beratungsstelle formulieren.
- Ein Curriculum zur Kurzintervention wäre hilfreich, um möglichst vielen mit Suchtkranken arbeitenden Menschen erfolgreiche Motivationsstrategien nahe zu bringen.

Die **16. Tagung des Netzwerkes Sucht** in Bayern der BAS e.V.
findet voraussichtlich
am **17. Oktober 2007** in **Nürnberg** statt.

**Wir freuen uns, wenn Sie uns mit einem Anruf
über regionale Aktivitäten, Besonderheiten oder auch
Schwierigkeiten informieren!**