Sucht im Alter

- spezifische Probleme bei älteren Alkohol und Medikamentenkonsumenten -

Vortrag im Rahmen der Fortbildungsreihen der Ärztekammer Niedersachsen / Ärzteverein Lüneburg

15. April / 6. Mai 2015

Burg Seevetal – Hittfeld / Deutsche Eiche Ülzen

Dr. med. Robert Stracke

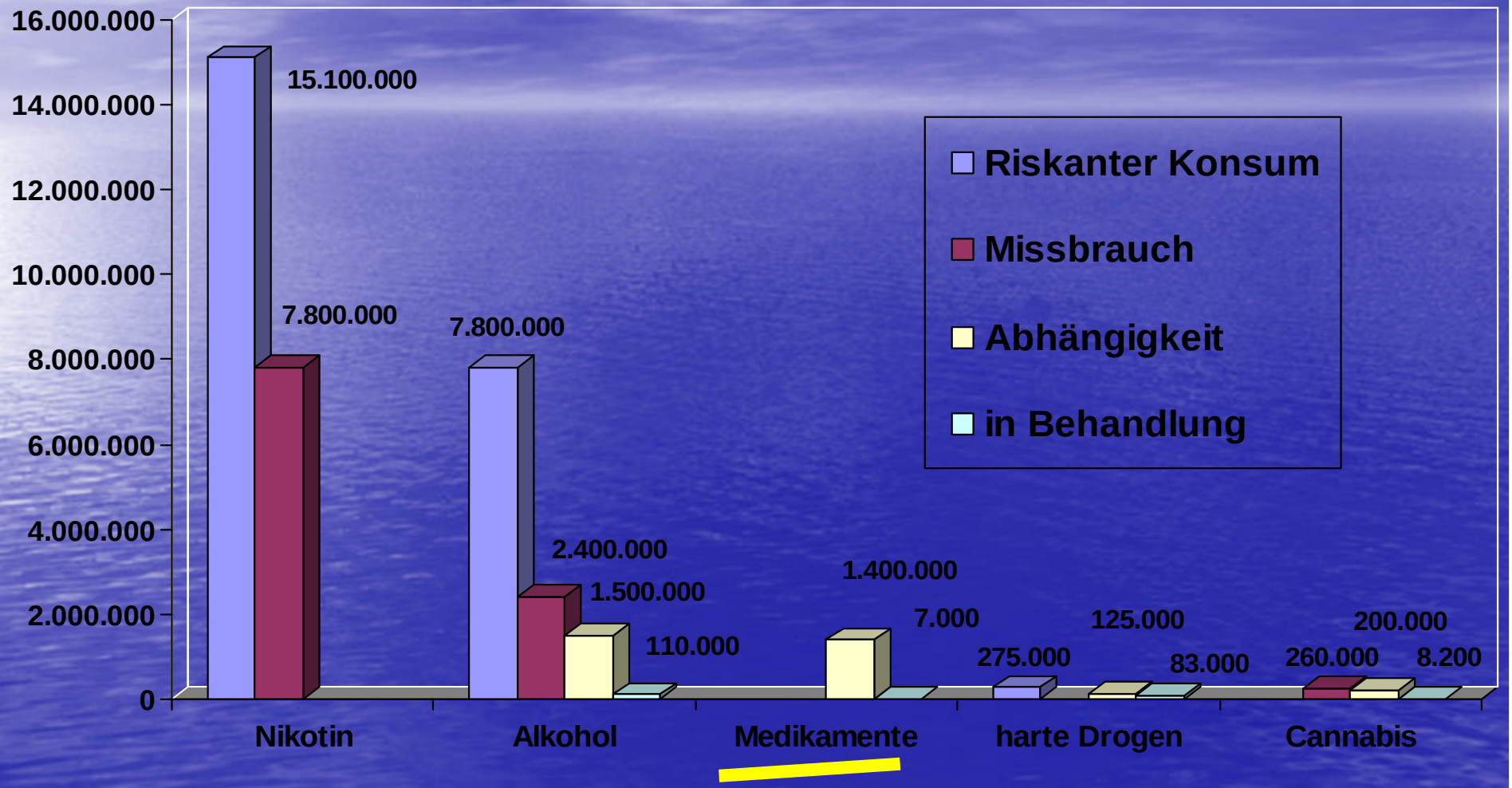
Fachkrankenhaus Hansenbarg für Abhängigkeitserkrankungen Hanstedt / Nordheide

Alida Schmidt – Stiftung Hamburg

www.hansenbarg.de

Alida Schmidt-Stiftung
Flutopfer-Stiftung von 1962
Georg und Emma Poensgen-Stiftung
Wilhelm Carstens Gedächtnis-Stiftung

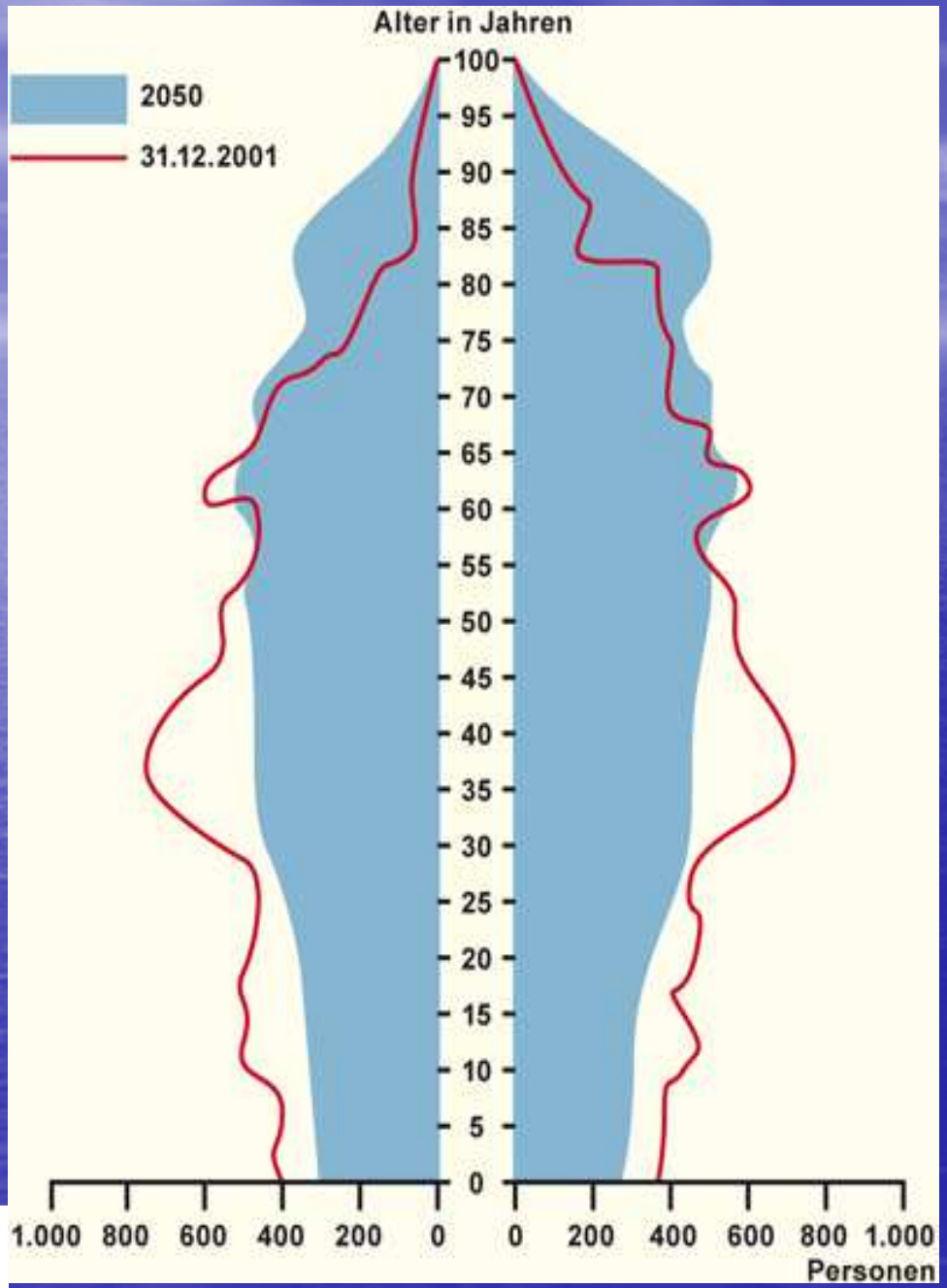
Drogenstatistik in Deutschland



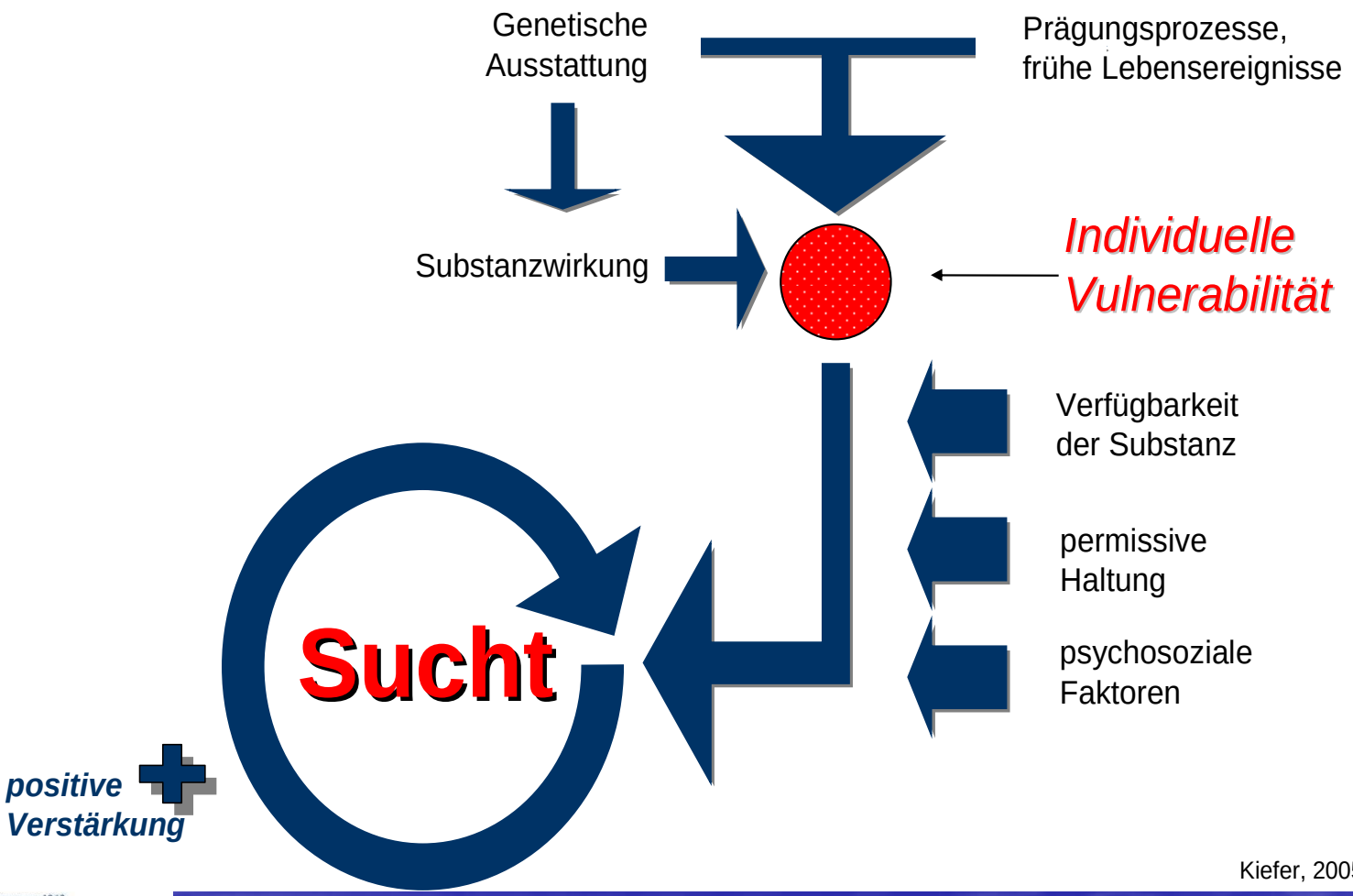
Quelle: Institut für Therapieforschung, München

Besonderheiten Epidemiologie

- Alkohol: sinkender Konsum im Alter
- Takak: sinkender Konsum im Alter
- Medikamente: steigender Konsum
- Hypothese: demografische Entwicklung wird diese Lage verändern


Alter in Jahren
2050
31.12.2001
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
1.000 800 600 400 200 0
0 200 400 600 800 1.000
Personen

Entstehungsbedingung der Sucht



Kiefer, 2005

Verletzung menschlicher Grundbedürfnisse als Basis seelischer Störungen incl. Sucht

- Orientierung
- Kontrolle
- Bindung
- Selbstwertsteigerung /
- Selbstwertschutz
- Lustgewinn / Unlustvermeidung

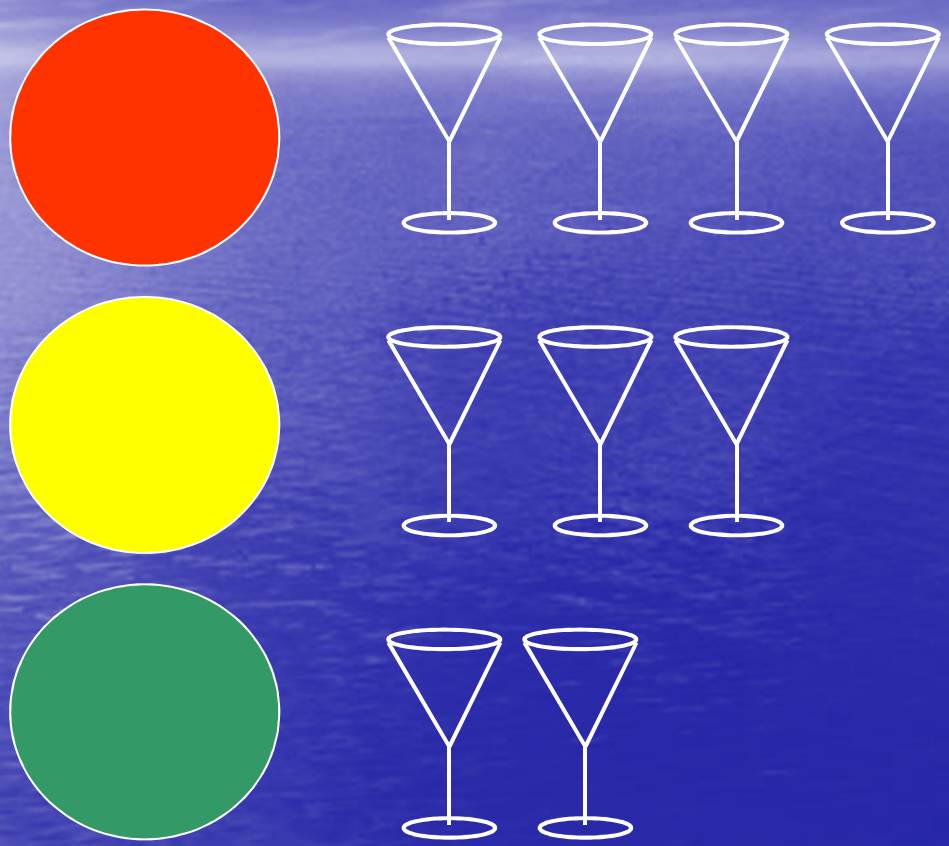
Fallbeispiel Frau G. aus „Visite“ Sendung

- Einstieg in die Sucht über Benzodiazepine (Zolpidem !!) bei Schlafstörungen durch
- Einsamkeit nach Tod des Partners
- Depressionen durch chron. Überforderungssituationen
- Kriegstraumatisierungen als vulnerabler Hintergrund aktueller Beschwerden

Entstehung von Abhängigkeit: Neuronale Ebene

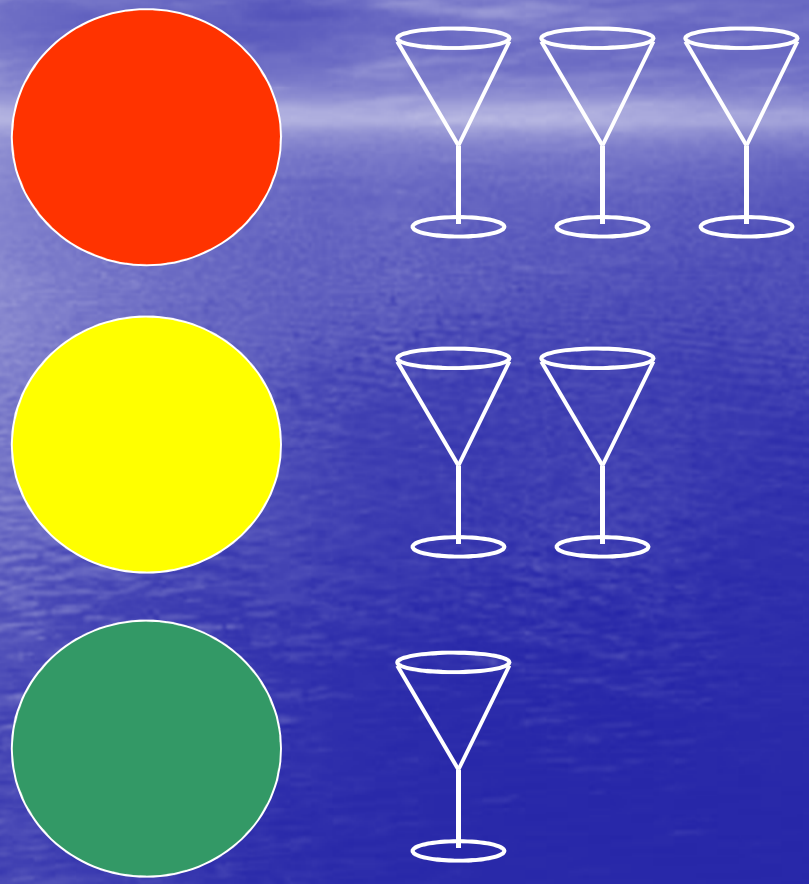
Riskante Konsummengen verändern Hirnstrukturen

Trinkmengenempfehlung Männer



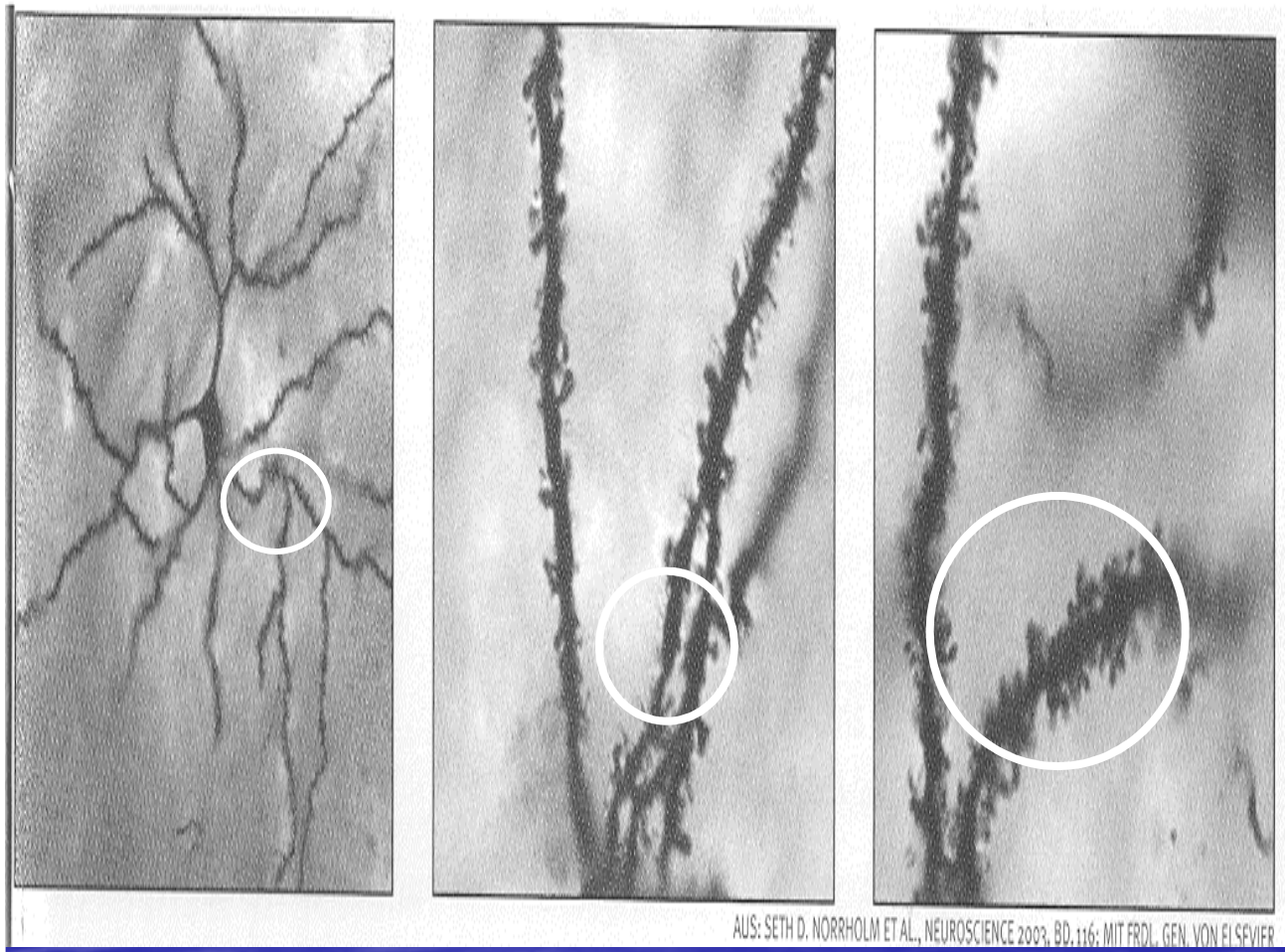
= 10 g Alkohol

Trinkmengenempfehlung Frauen



= 10 g Alkohol

Regelmäßiger Drogenkonsum macht gereizte Nervenzellen „scharf“ für erneuten Konsum



AUS: SETH D. NORRHOLM ET AL., NEUROSCIENCE 2003, BD. 116; MIT FRDL. GEN. VON ELSEVIER

Dauerhafter Drogenkonsum verändert und vermehrt die Andockstellen für diese Stoffe im Gehirn; diese können so nicht mehr „normal“ auf Alkohol, Tabak etc reagieren und wollen „mehr“. So wird ein Mensch süchtig.

Drogen verändern das Motivations- / Belohnungssystem im Gehirn

Was macht Schokolade mit dem Gehirn ... ?

- Motivations / Belohnungs-system dient ursprünglich dem Überleben des Menschen

- belohnt wird
  - Sexualität
  - Nahrungsaufnahme (Zucker, Fette)
  - Lernen
  - Freundlichkeit / in Beziehung gehen
  - Musik
  - Drogeneinnahme (Tabak, Alkohol, Cannabis, Heroin u.a)

Zeichen von Abhängigkeit

- Starker Wunsch / Zwang Alkohol zu trinken
- *Verminderte* Kontrolle bis zum Kontrollverlust
- Körperlicher Entzug
- Dosissteigerung
- Vernachlässigung von Aktivitäten
- Konsum trotz schädlicher Folgen

Diagnose: nur 3 von 6 in den letzten 12 Monaten

Drogen verändern das Motivations- / Belohnungssystem im Gehirn

...und damit auch die Prioritäten im Leben der Abhängigen

Aus: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Suchtforschung auf neuen Wegen

Wie lernt das Gehirn Sucht ?

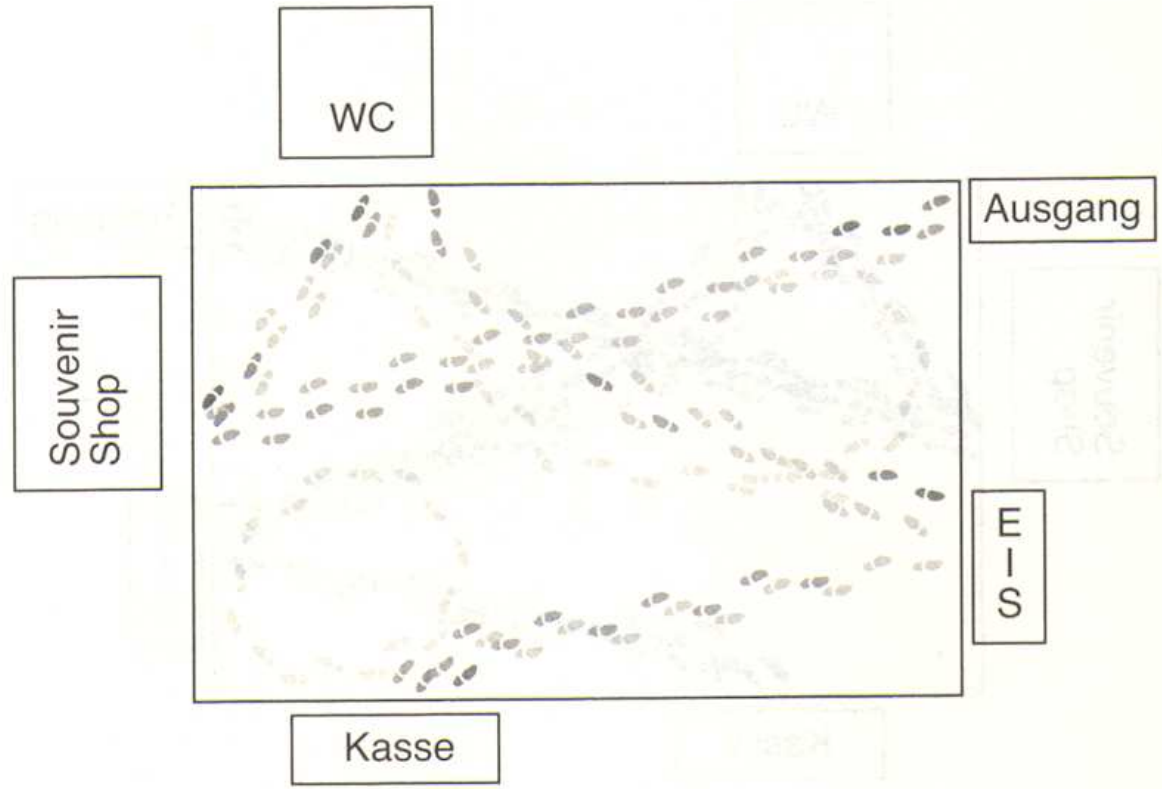
- Lernen ist Verknüpfung von Nervenzellen
- Lernen erfolgt durch Wiederholen („Üben“)
- wenn etwas „gute Gefühle“ macht, wird es besonders gerne wiederholt

(Sex, Essen, Treffen mit guten Freunden, Sport, Musik, Drogenkonsum)

Wie lernt das Gehirn Sucht ?

- auch die Wirkung von Alkohol (z.B. Entspannung) wird gelernt
- die Situation (z.B. Stress) wird mit der Wirkung verknüpft
- auch die Verknüpfung wird gelernt
- das Gehirn lernt: bei Stress hilft Alkohol als Entspannungsmittel

Gedächtnisspuren entstehen durch Gebrauch

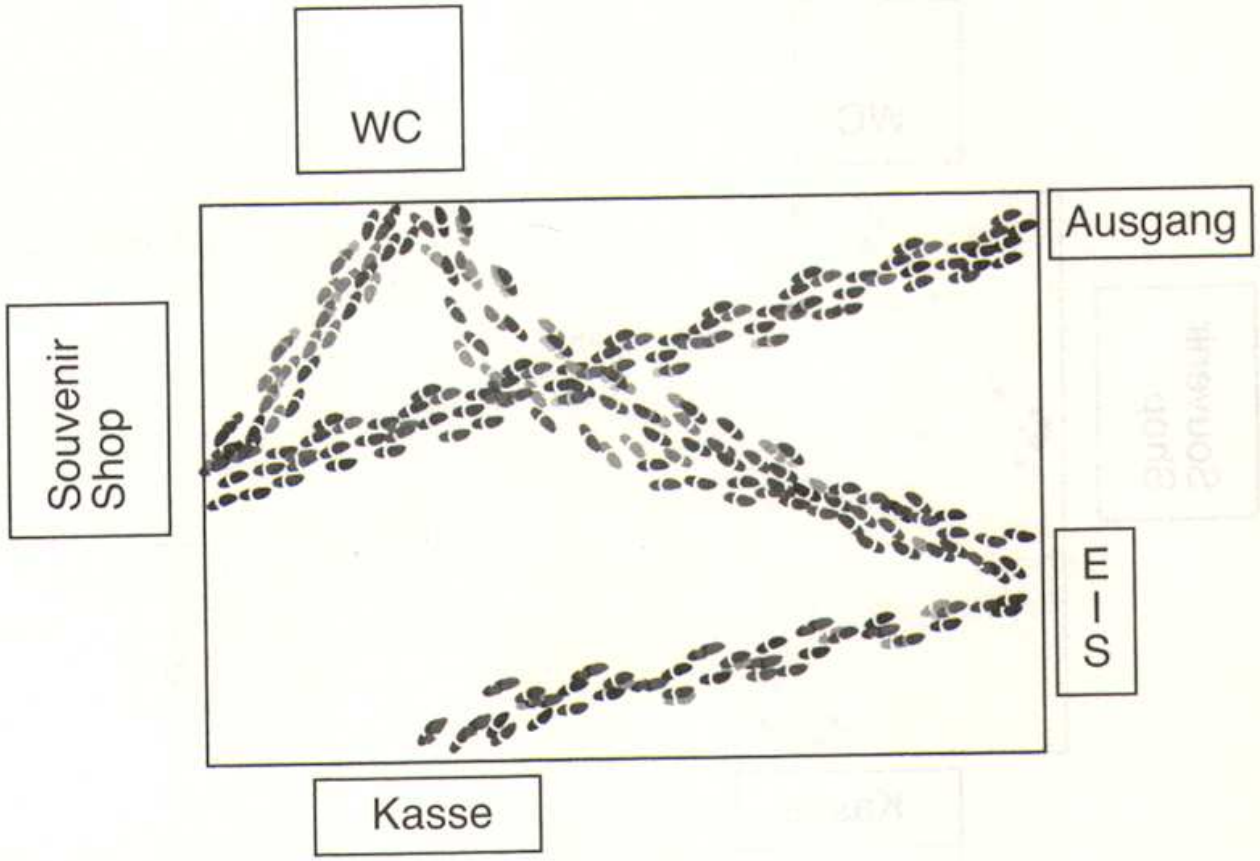


2.2 Mehr Spuren im frisch verschneiten Park.

… wie Spuren in einem verschneiten Park …

Aus: Manfred Spitzer: Selbstbestimmen

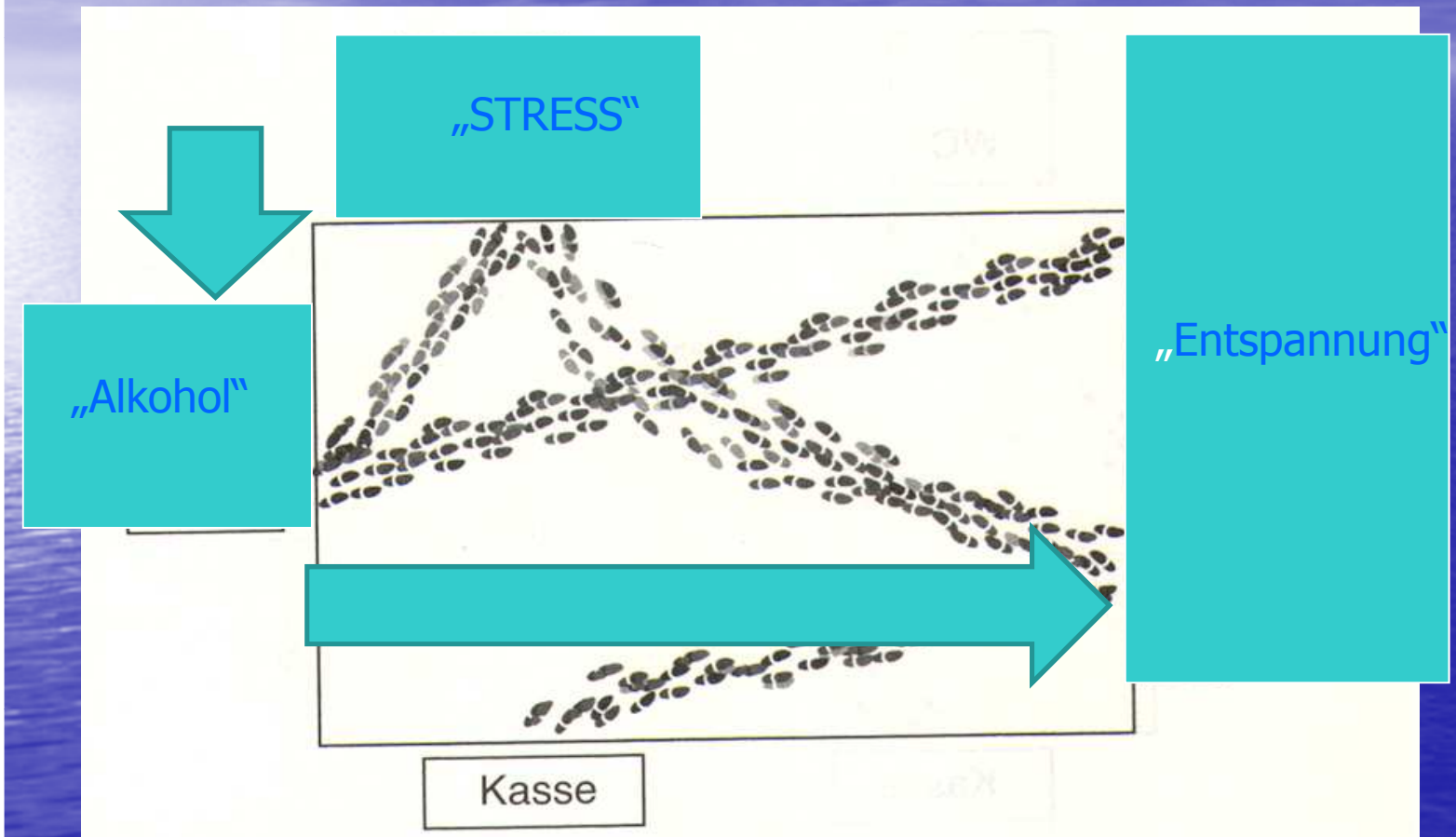
Feste Gedächtnisspuren entstehen durch wiederholten Gebrauch



2.3 Langfristig zeigen die Spuren im Park die Statistik seines Gebrauchs an, d.h. die hinter den einzelnen Episoden (Begehungen) stehenden Regeln der Benutzung.

Aus: Manfred Spitzer: Selbstbestimmen

Feste Gedächtnisspuren entstehen durch wiederholten Gebrauch



2.3 Langfristig zeigen die Spuren im Park die Statistik seines Gebrauchs an, d.h. die hinter den einzelnen Episoden (Begehungen) stehenden Regeln der Benutzung.

Aus: Manfred Spitzer: Selbstbestimmen

Urteil „Lebenslänglich“ bei Abhängigkeit

- Trinksituation und Drogenwirkung bleiben lebenslang im Gehirn gespeichert („Spuren im Schneee“) und können Rückfälle auslösen
- Nervenzellen werden dauerhaft und lebenslang durch Drogen / Alkohol verändert und „scharfgestellt“
- Erneuter Konsum auch kleiner Mengen sind so nicht mehr möglich und führen über die „Scharfstellung“ zum alten Konsummuster
- Deshalb ist Abhängigkeit von Alkohol / Zigaretten / Cannabis / Kokain immer ein lebenslanges Problem
- Sucht ist somit immer chronisch und ohne Chance auf Heilung der veränderten Hirnstrukturen oder „Zuschüttung“ der Gedächnisspuren
- Süchtige Menschen bleiben somit immer süchtig
- idR: NUR STRIKTE ABSTINENZ führen aus den negativen Teufelskreisen der Sucht !!

Abhängigkeit und Rückfall

- Der Rückfall ist das Hauptkennzeichen der Süchte
- Rückfälle sind keine Ausnahmen sondern häufig die Regel
- Rückfälle bieten oft Chancen zur Weiterentwicklung
- Frühzeitige erneute Annahme von Hilfe ist oft notwendig
- Ca. 50 % Rückfallquote nach vollstat. Reha bei Alkoholabhängigkeit

Sucht kann durch neue Lerninhalte kontrolliert werden

- Verstehen der Lebensgeschichte
- Funktion des Alkohols
- verstehen
- Zugang zu Gefühlen

schaffen !

- Neue positive Gefühle

und Verhaltensmuster aufbauen und einüben

- Beziehungen zu anderen Menschen verbessern

oder neue aufbauen

Sucht kann durch neue Lerninhalte kontrolliert werden

„Gebetsmühlen“ sind dabei hilfreich:

1. Es gibt keinen Grund zum trinken
2. das erste Glas stehen lassen
3. die nächsten 24 Stunden trocken bleiben

Neurokontrolltraining verbessert Abstinenzraten

Computergestütztes Ablehnungstraining in

Erprobungsphase (Phase III)

Multicenterstudie an 10 Kliniken mit 1000 Pat.

Verbesserung der Abstinenzrate um 15 % !

riskanter Konsum, Mißbrauch - und Abhängigkeit

Riskanter Konsum: mehr als empfohlen mit Gefahr späterer Schäden

Mißbrauch: körperliche, seelische und soziale Folgeschäden bereits vorhanden

Abhängigkeit: Konsum unterliegt nicht mehr dem freien Willen

Ist bezüglich Konsumbeginn, Menge und Dauer nur noch vermindert oder gar nicht mehr steuerbar

Ursachen im Alter I.

- oft schon in jüngeren Jahren problematischer Konsumstil
- Übergang Beruf in Rente wird nicht gemeistert
- Überforderung durch Pflege des Partners
- Verlust Lebenspartner und Freunde

Ursachen im Alter II.

- Mobilitätseinschränkungen
- Isolation
- seelische und körperliche Krankheiten
- chronische Schmerzen
- Schlafstörungen

Alkohol und Medikamenten wirken …

- Angstlösend
- Antidepressiv
- Stimmungsaufhellend
- Kontaktfördernd
- gegen Vereinsamung
- bei Schmerzen

„ Der Tag geht, Jonny Walker kommt „

Probleme der Erkennung problematischen Medikamenten – und Alkoholkonsum I.

- Betroffene, Angehörige, Ärzte und Pfleger leugnen, bagatellisieren, verkennen

- Fehlinterpretation der Symptomatik als Depression, hirnorganischer Abbau bis Demenz

- Komorbidität von prob. Konsum und Alterserkrankungen

Probleme der Erkennung problematischen Medikamenten – und Alkoholkonsum II.

- Tolerierung des problematischen Konsums als „kleine Fluchten“ aus als trostlos interpretierter Lebensrealität
- möglicher Gewinn eines abstinenten Lebensstils wird nicht erwogen / ausprobiert
- therapeutischer Nihilismus auch bei Suchtfachkräften

Der „Stern" titelt am 24. Januar 2006

Sucht im Alter: Nur noch mit Schlafpille ?

Sie rauchen, sie trinken, sie schlucken Tabletten: Viele ältere Menschen haben ein Suchtproblem.

Besonders schlimm ist die Medikamentenabhängigkeit in Alten- und Pflegeheimen.

Die Gefahren werden oft verharmlost.

Sonderproblem Medikamentenabhängigkeit

Medikamente mit Gefahr riskanten Konsums, Mißbrauchs und Abhängigkeit

- Beruhigungsmittel
- Appetitzügler
- Aufputschmittel
- Schlafmittel
- Schmerzmittel
- Abführmittel

- Muskelaufbaumittel („Anabolika“)
- Potenzaufbaumittel („ Viagra“)
- „Gehirnaufbaumittel“ / „Neuroenhacer“
- viele aus dem Leistungssport bekannte Substanzen

Arzneimittel: einige Zahlen …

- Rund 20 Packungen pro EinwohnerIn, etwa 1.200 „Pillen“, allerdings mit starker Verschiebung hin zu den Menschen im höheren Alter

- 1,5 – 1,9 Mio. Abhängige, pro Jahr 300.000 stationäre Einweisungen wegen unerwünschter Nebenwirkungen, geschätzt 16.000 - 24.000 Todesfälle

- Etwa 6% aller verordneten und ca. 15% aller verkauften Arzneimittel haben ein eigenes Missbrauchspotenzial

Arzneimittelabhängigkeit und Benzodiazepine

- Benzodiazepine und ähnlich wirkende Mittel sind nach wie vor das Hauptproblem bei Arzneimittelmissbrauch und – abhängigkeit v.a. im Alter
- Begrenzung der Anwendungsdauer auf 8 – 14 Tage, maximal 4 Wochen
- „low-dose-dependency“ ist bekanntes Problem
- bei fortgesetzter Einnahme Gefahr der Abhängigkeit
- Alternativen ausgereizt ? Sondersituationen wie quälende Vereinsamung, chron. Schmerz kritisch hinterfragen

Arzneimittelabhängigkeit und Benzodiazepine

- Benzodiazepine sind nach wie vor in der Therapie Mittel der Wahl: bei Angst- und Panikattacken, prä-operativ als Muskelrelaxans, als krampflösendes Mittel, auch bei Fieberkrämpfen bei Kindern, auch als Hypnotika
- Bestimmungsgemäßer Gebrauch muss im Vordergrund stehen (Zulassungshinweise beachten, z.B. empfohlenen Anwendung 8 – 14 Tage)
- Bei der Verordnung bereits möglichen Missbrauch verhindern

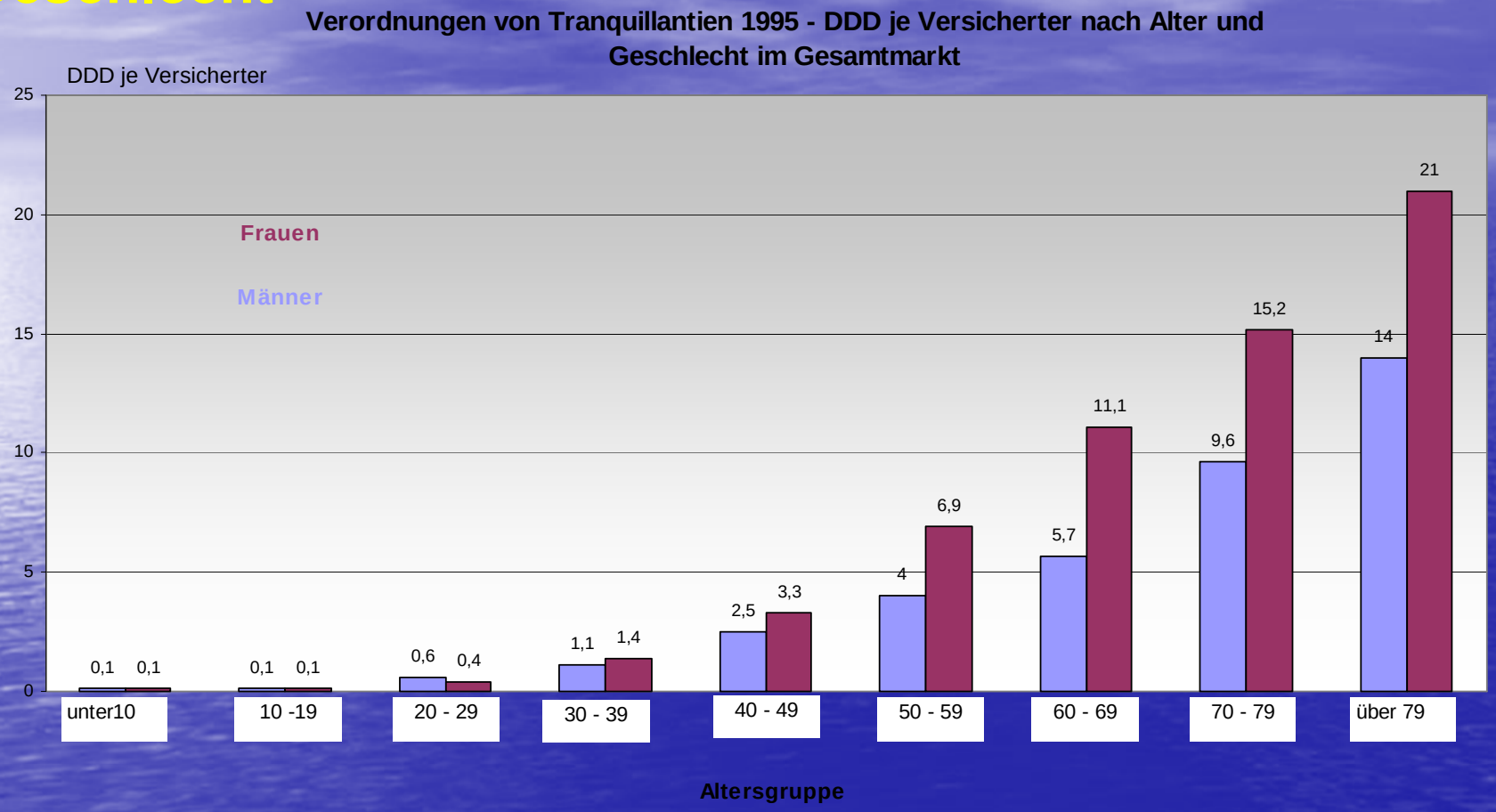
Arzneimittelabhängigkeit – nur eine Nebenwirkung ?

- Über- und Fehlversorgung v.a. bei Frauen:

- Antidepressiva, Beruhigungsmittel und Tranquilizer
- Abhängigkeitsproblematik bei 1,5 – 1,9 Mio. Menschen,
- Betroffene: 2/3 Frauen
- Davon besonders Menschen im höheren Lebensalter, v.a. Benzodiazepine, Migräne- und Schmerzmittel

- Dauerverordnung wegen Entzugsvermeidungsverhalten

Arzneimittelabhängigkeit – nur eine Nebenwirkung? Verordnungen von Benzodiazepinen nach Alter und Geschlecht



Universität Bremen - Zentrum für Sozialpolitik - Arzneimittelversorgungsforschung

Alida Schmidt-Stiftung
Flutopfer-Stiftung von 1962
Georg und Emma Poensgen-Stiftung
Wilhelm Carstens Gedächtnis-Stiftung

Medikamenabhängigkeit ist eine „unauffällige Sucht“

- Oft jahrzehntelang unauffälliger Konsum
- Im öffentlichen Raum im Gegensatz zu Nikotin, Alkohol – und Heroinabhängigkeit nicht „störend“ wahrnehmbar
- Wird bei Benzodiazepinabhängigkeit oft gar nicht als solche wahrgenommen, weil …

Ärztlich verordnet !

- Medikamentabhängige tauchen nur wenig in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe auf
- Medikamentenabhängigkeit ist psychotherapeutisch schwerer behandelbar

Risikoeindämmung bei Medikamentenkonsum

- keine Dauermedikation
- Medikation *bereits zu Beginn* und turnusmäßig hinterfragen
- Alternativen z.B bei Schlafstörungen ausgereizt ?
- Wechselwirkung mit anderen Medikamenten beachten
- Besonderheiten des Alterns beachten – Eigenverantwortung

Alkoholprobleme „im Alter“

Alkohol und Nikotinprobleme „im Alter“

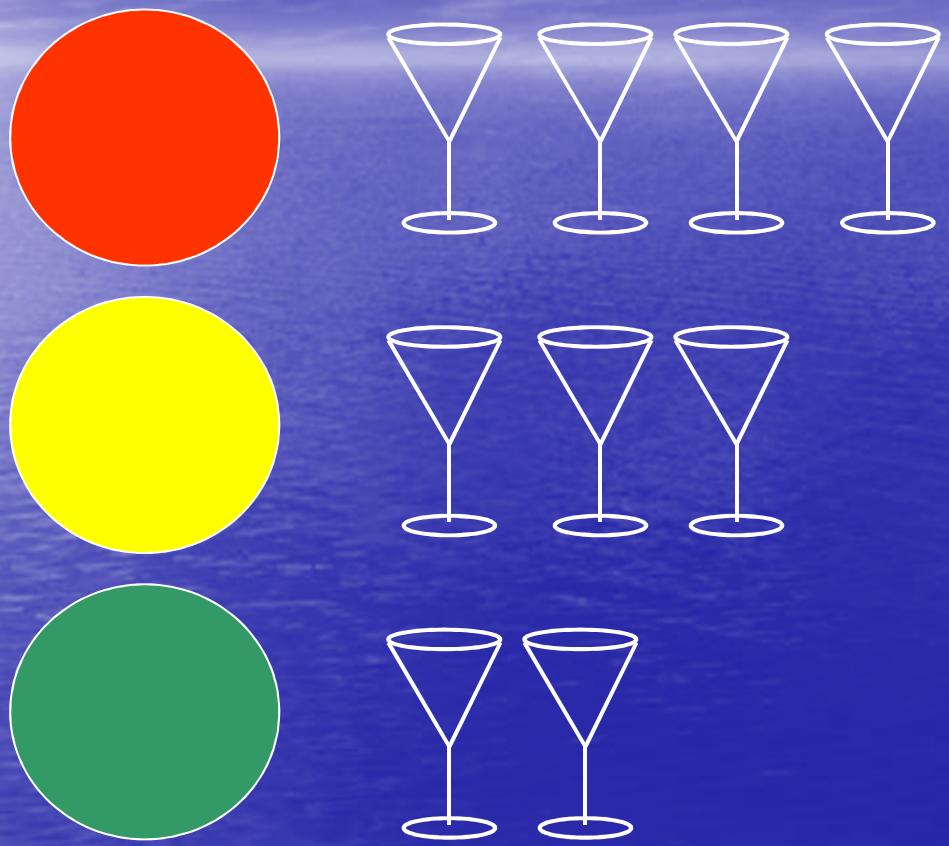
- Unklare Datenlage
- Liegt u.a. am Nichtwahrnehmen des Problems
- Ca. 460.000 „ältere“ Menschen betroffen laut BMG 2011
- Ca. 14 % In Altenheimen und ambulanter Pflege betroffen laut Studie zur Befragung von Pflegekräften (Homepage Bundesdrogenbeauftragte 2011)
- 16 % riskanter Konsum bei den “Älteren“, davon mehr Männer als Frauen
- Zahlen zur Nikotinabhängigkeit völlig unklar
- Gesundheitliche Gewinne bei Nikotinabstinenz auch im Alter deutlich nachgewiesen

Grenze für riskanten Konsum im Alter liegt niedriger

- Nierenfunktion eingeschränkt
- zuwenig Flüssigkeitsaufnahme
- Hirnabbauprozesse
- Wechselwirkung mit Medikamenten

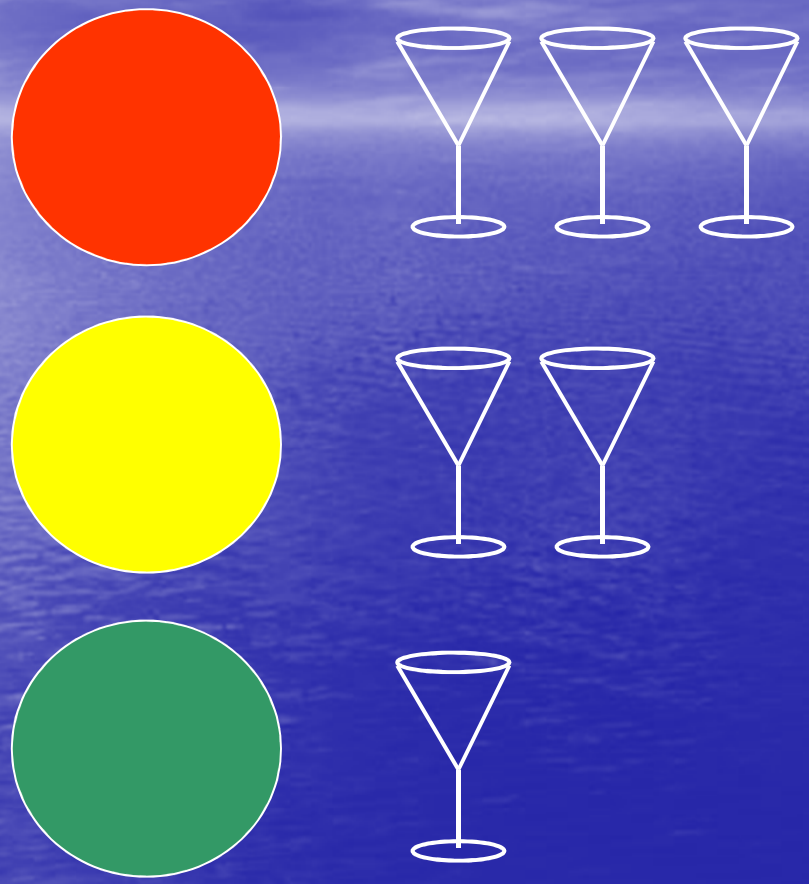
Machen ältere Menschen für Alkohol und Medikamentenkonsum empfindlicher

Trinkmengenempfehlung Männer



= 10 g Alkohol

Trinkmengenempfehlung Frauen



= 10 g Alkohol

Effekte von Alkohol im Alter

- Hat Goethe Glück gehabt … ?
- Hirnvolumenminderung
- Neurogenese und – plaszitität reduziert v.a. im
- Hypocampusbereich
- dadurch Kompensationsmöglichkeiten anderer schädlicher Einflüsse begrenzt (Durchblutung, Degeneration etc)
- Einbußen bei Gedächnis, Konzentration, Planen
- vermehrt Stürze

Effekte von Tabakkonsum im Alter

- Akutwirkung: Stimulation und bessere Aufmerksamkeit
- in höherer Dosierung: Beruhigung, Entspannung, Sedierung
- im Alter: verringerte kognitive Leistungsfähigkeit

  Beschleunigung kognitiver Abbau

- „Assoziation" mit erhöhtem Demenzrisiko

(Wolter, 2011)

Effekte von Benzodiazepinen im Alter I.

- Leistung des Arbeitsgedächnisses vermindert
- Aufnahme neuer Informationen behindert
- Abrufstörungen
- Gedächnis , Kognition und Psychomotorik dosis und Einnahmedauer abhängig
- neg. Effekte auch bei Zolpiden, Zoplicon und Alprazolam
- Effekte verstärken sich bei vorliegen weiterer Risikofaktoren

Effekte von Benzodiazepinen im Alter II.

- Pseusodemenz nach Langzeiteinnahme (10 Jahre) in therapeut. Dosierung (17 mg Diazepamäquivalent)
- Korrelation zwischen BDZ Einnahme und Demenzen unklar
- Delirhäufigkeit auch durch andere Erkrankungen erhöht
- langsame Verbesserung nach Entzug von:

Sensomotorischer Infoverarbeitung, psychomotorischer Geschwindigkeit, nonverbales Gedächnis, Visuokonstruktion, Infoverarbeitungsgeschwindigkeit, Problemlösung, Aufmerksamkeit, verbales Gedächnis, all. Intelligenz, motorische Kontrolle, Arbeitsgedächnis, verbales schlußfolgerndes Denken (Wolter, 2011)

Effekte von Opiaten im Alter

- im therapeutischen Bereich keine Einbussen
- Probleme zu erwarten bei Grenzbereich kog. Kompensation plus z.B. zusätzlichen Erkrankungen
- Mißbrauch und Abhängigkeit: neurotoxische Effekte unwahrscheinlich
- ansonsten Defizite bei Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächnisabruf, psychomotorik, räumliche Orientierung

(Wolter, 2011)

Effekte andere ill. Drogen im Alter

- Einflüsse von Wechselwirkungen nicht wiss. erforscht
- Kokain: neg Effekte für weisse Substanz nachgewiesen
- Amphetamine: neurotoxisch bei Mißbrauch im Tierversuch
- Cannabis: keine Hinweise auf langfristige hirnstrukturelle Veränderungen
- höhere kognitive Funktionen in fNMR gestört

(Wolter, 2011)

Grenzen von Unterstützung Älterer I.

- schicksalhaft hereinbrechende Krankheiten verschütten Ressourcen
- zu späte Auseinandersetzung mit dem Altern macht hilflos
- zu später Umzug in Altenheim kognitiv – emotional oft nicht mehr bewältigbar

Grenzen von Unterstützung Älterer II.

- erlebte Perspektivlosigkeit durch gute Betreuung nicht immer auffangbar
- Angehörige oft überfordert (Demenzen !)
- Leiden gehört zum Leben

Verletzung menschlicher Grundbedürfnisse als Basis von Sucht

- Orientierung
- Kontrolle
- Bindung
- Selbstwertsteigerung /
- Selbstwertschutz
- Lustgewinn / Unlustvermeidung

„Gesund alt werden“

- frühzeitige Auseinandersetzung mit Problemen des Alters

- protektiver Schutz vor problematischen Konsum ist so wahrscheinlicher

„Gesund alt werden“ – was unterstützt ?

Neurobiologische Studie am UKE zur Alterszufriedenheit

Was aktiviert das Belohungssystem ? (HAB 8/2011)

- **positives Denken:**

  nach vorne Schauen

  verpassten Chancen nicht nachtrauern

  kurzfristige , kleine Ziele setzen

- **Bewegung beugt Hirndegeneration und *mindert* Vergesslichkeit**

  Hirnjogging mit *neuen* Aufgaben

„Gesund alt werden“ – was unterstützt ?

- neue Aufgaben nach Berentung suchen
- um den Körper kümmern
- sich frühzeitig körperlichen und seelischen Veränderungen stellen
- Befriedigungsmöglichkeiten suchen
- Beziehungen erhalten und gestalten
- Partnerschaft fördern
- Selbstständigkeit bewahren
- sich immer wieder mit dem Älterwerden auseinandersetzen

(nach Radebold 2009: Älterwerden will gelernt sein)

„Gesund alt werden“ – was unterstützt ?

- Lebenslang lernen
- die Gegenwart entdecken
- seine Erscheinung pflegen
- sich akzeptieren mit den Einschränkungen
- immer noch staunen können
- eigene Maßstäbe setzen statt „Jugendwahn“
- Weise werden (siehe auch UKE Studie)
- immer wieder Neues beginnen

Nach Pöppel / Wagner (2011) je älter desto besser – überraschende Erkenntnisse der Hirnforschung

Indikative Gruppe „Zufrieden älter werden“ im Fachkrankenhaus Hansenbarg / Hanstedt

Aufnahmekriterien:

Patienten ab dem 50 LJ mit altersspezifischen Anpassungsaufgaben:

- **Vorruhestand, Arbeitslosigkeit,Veränderte Arbeitsplatzbedingungen**
- **Trennung,Krankheit/Tod des Partners, Auszug der Kinder**
- **Altersspezifische Funktionseinbußen die die Teilhabe behindern**
- **Mit „altersunangemessenen dysfunktionalen Vorstellungen, die zu Enttäuschungen führen („Jugendwahn“)**

Indikative Gruppe „Zufrieden älter werden“

Kennzeichen der TeilnehmerInnen:

- Sozialer Rückzug
- Interesselosigkeit / Mangelndes Freizeitverhalten
- Verlust des Selbstwertgefühls
- Extreme Schuld – und Schamgefühle
- Zunehmende Sinnentleerung / fehlende Zukunftsperspektive

Ziele:

- Aufbau des Selbstwertgefühls
- Aufbau sinnvoller Freizeitaktivitäten, Aktivitätenaufbau
- Aufbau sozialer Kontakte
- Sinnfindung
- Aufarbeitung der altersspezifischen Thematiken

Auszug mögl. Behandlungsziele bei Älteren

- Trauerprozesse begleiten
- Aufklärung über Schlafhygiene
- Schmerzbehandlung optimieren
- Kognitives Training
- Angst / Depressionsbehandlung
- Strukturierte Tages und Wochenprogramme
- Funktion im sozialen bereich schaffen (Ehrenamt, Blutspendedienst, Caritas etc)
- Selbstständigkeit incl Mobilität fördern
- Unterstützung bei sozialen Probleme wie Finanzen, Wohnen , Haushaltsführung
- Kontakt zu Kindern verbessern
- Den Enkeln Vorbild sein

Exkurs:

Verhaltensändernde Haltung gegenüber Patienten durch

„Motivierende Gesprächsführung (MI)“

Zusammenfassung MI

Respekt vor der Autonomie und Entscheidungsfreiheit der KlientInnen bzw. PatientInnen

Aggressive Konfrontationen sind unproduktiv

Informationsaustausch ist eine zentrale Aufgabe

Motivation sollte kontinuierlich eingeschätzt werden

Wichtigkeit und Zutrauen sind die wesentlichen Kriterien der Motivation

Professionelle sorgen für Klarheit, Struktur und Unterstützung

Sie geben Informationen, die von Klient/PatientInnen gewünscht werden

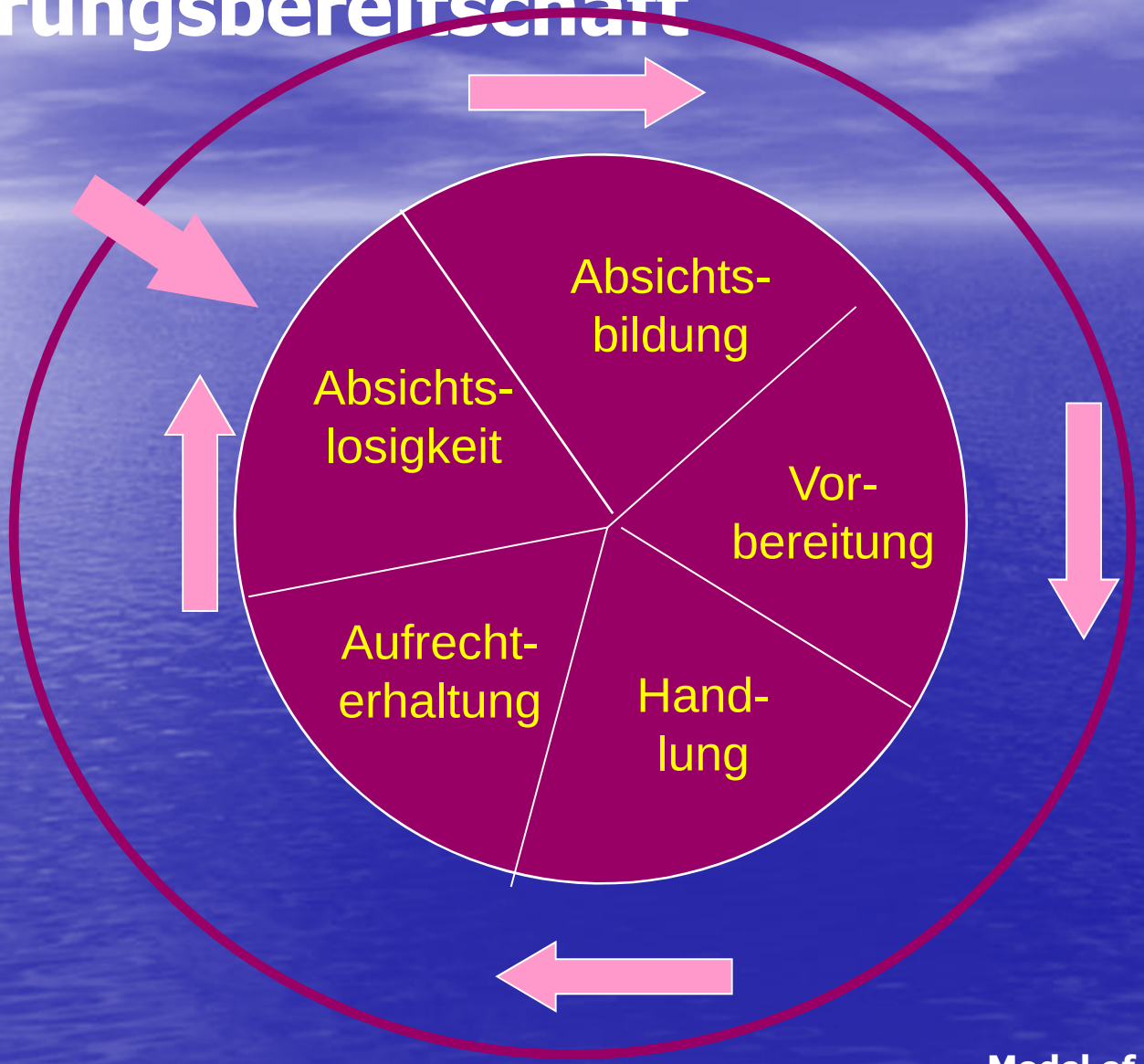
Sie interessieren sich für die Sichtweisen der Klient/PatientInnen

Sie respektieren Wertsetzungen und Lebenskonzepte der Klient/PatientInnen

Sie behandeln Fragen der Veränderung einfühlsam

Sie wissen, das Veränderung zyklisch und dynamisch, aber nicht linear verläuft („Model Of Change“)

Stadien menschlicher Änderungsbereitschaft



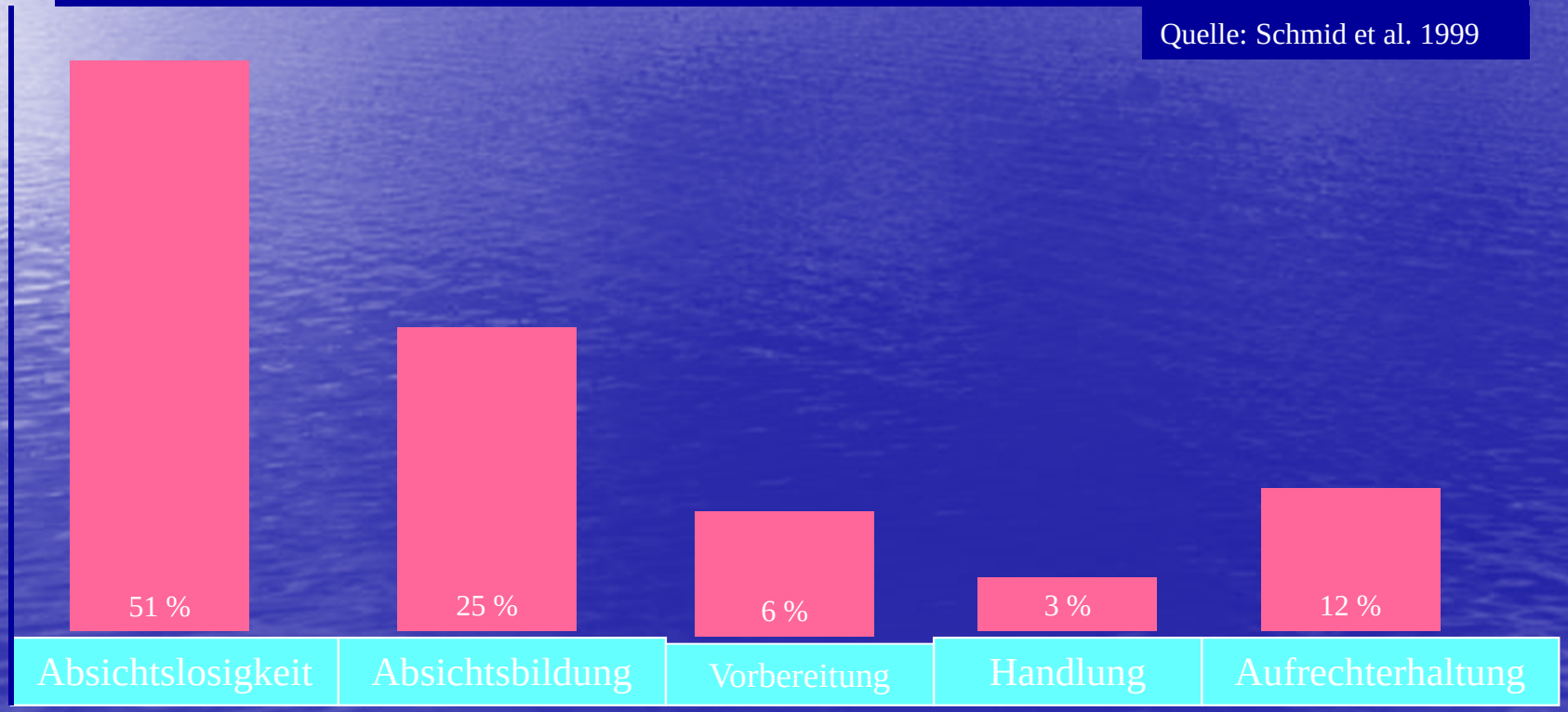
„Model of Change"

Model of Change: Verteilung bei gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen

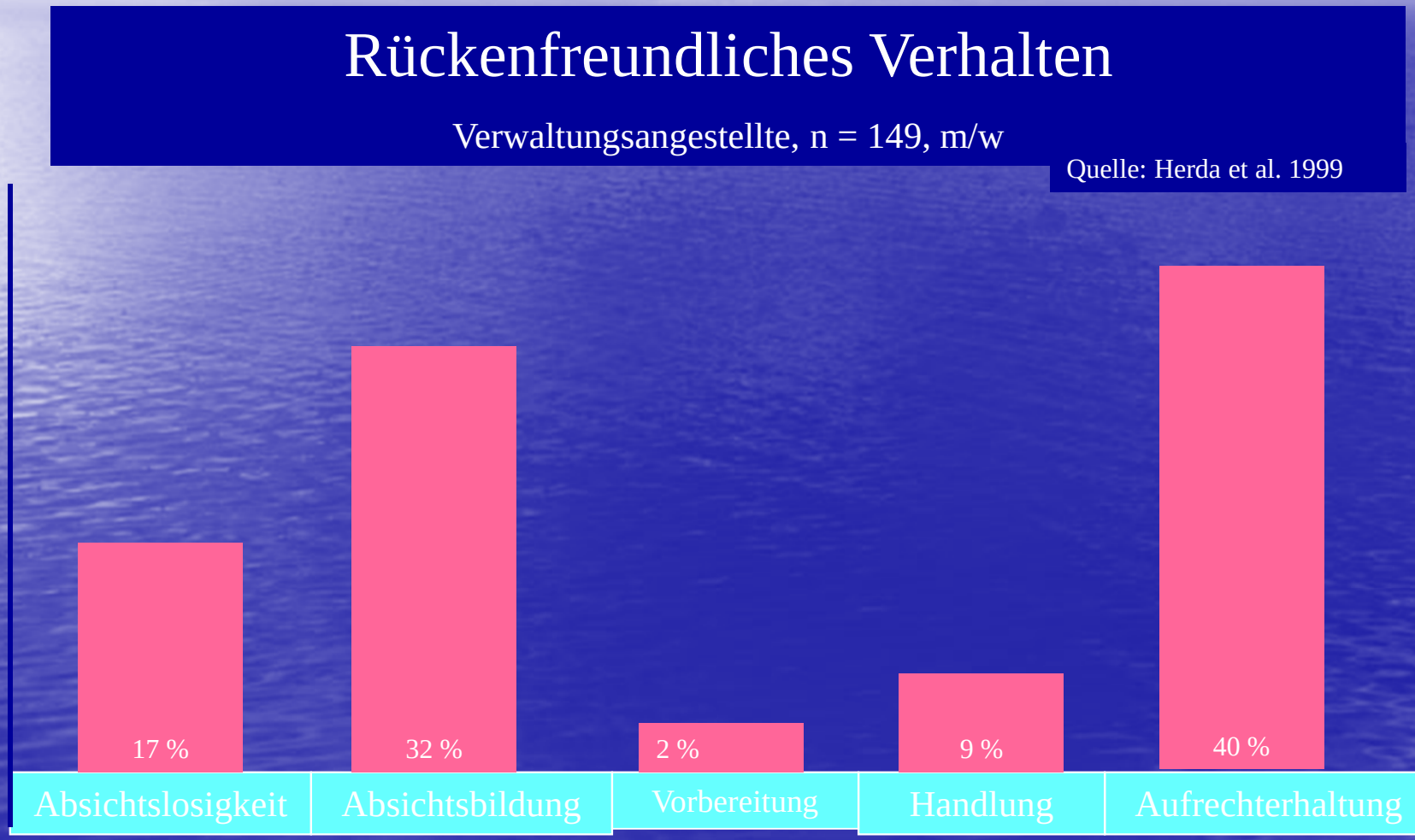
Sportliche Aktivität nach Feststellung kardiovaskulärer Risikofaktoren

Arztpraxen, n = 451 nach Gesundheits-Check-up, 59% m, 69 % berufstätig

Quelle: Schmid et al. 1999



Model of Change: Verteilung bei gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen

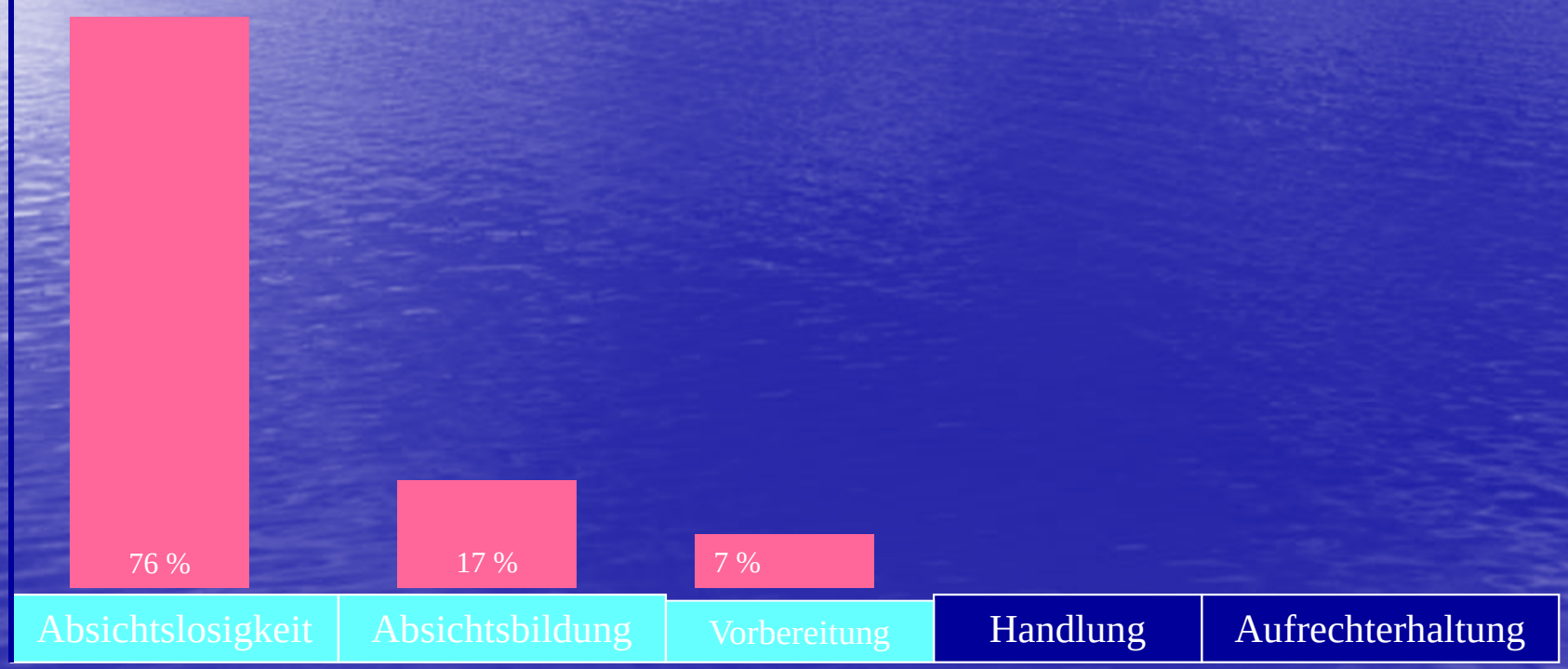


Model of Change: Verteilung bei gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen

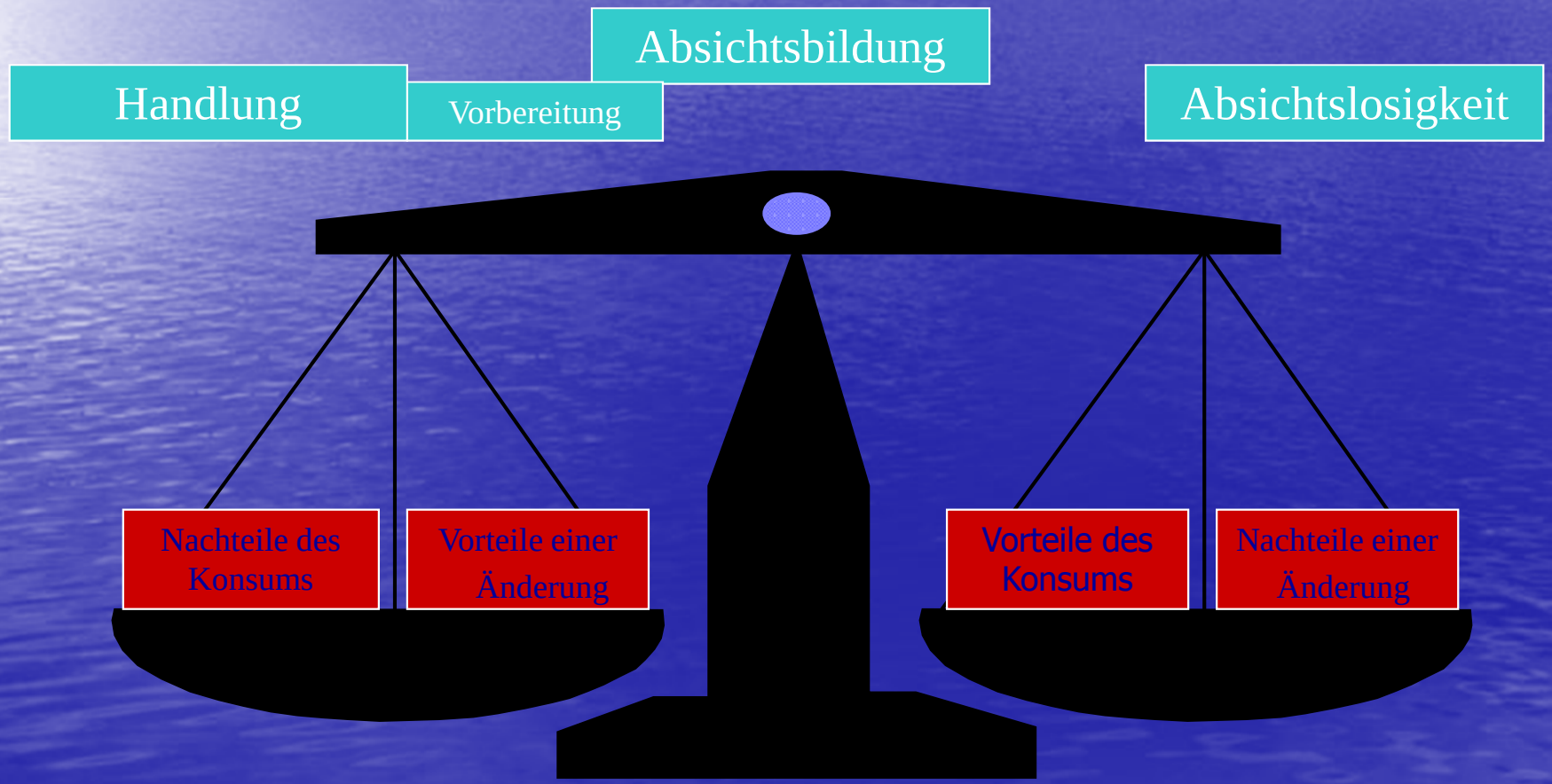
Aufhören zu rauchen

Repräs. Stichprobe von erw. RaucherInnen mit mind. 1 Abstinenzversuch, n = 1075

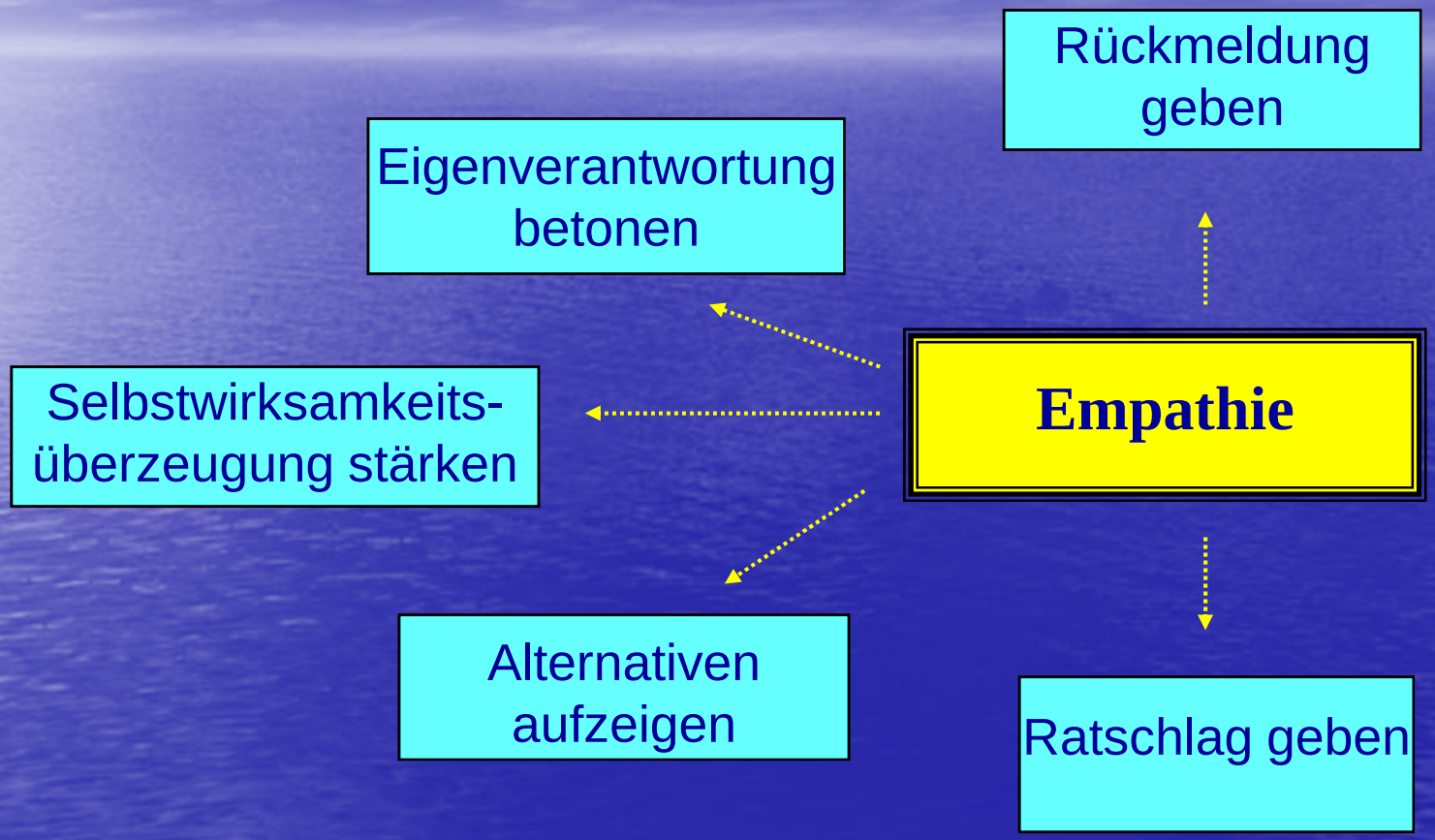
Quelle: Meyer et al. 1999



Vorteil-Nachteil-Waage + Stadienmodell



Kurzinterventionen: FRAMES



Miller WR & Rollnick S: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg i. Br. 1999

Motivierende Gesprächsführung
Beweisführungen vermeiden

- Rechthaberische Debatten sind uneffektiv
- Beweise verlangen Gegenbeweise
- „Autonomiereflex“
- Aggressive Konfrontationen verstärken Widerstand
- Neuralgischer Punkt: Problemdefinition: „sie sind süchtig !“
- Neuralgischer Punkt: sofort Lösung bieten oder Veränderung einfordern

Motivierende Gesprächsführung Konfrontation

- Neugierig sein und Fragen stellen
- Anregungen bieten zur Auseinandersetzung
- Informationen geben / Vergleiche ermöglichen
- Die subjektive Bewertung unterstützen und begleiten
- Die eigene Bewertung zurückhalten bzw. als solche kenntlich machen

Motivierende Gesprächsführung
Kurzintervention

5 „A“ + **5 „R“**

ASK	Fragen
ASSESS	Diagnostizieren
ADVICE	Rat geben
ASSIST	Unterstützen
ARRANGE	Vermitteln

RELEVANCE	Bedeutung
RISKS	Risiken
REWARDS	Belohnungen
ROADBLOCKS	Hindernisse
REPETITION	Wiederholungen

Kurzintervention: Schrittweise Vorgehen

1. Rückmelden, Aktiv zuhören, Informieren
2. Veränderungsbereitschaft einschätzen / „Verhandlungsspielraum" bemessen

   - Ggfs. Problematisierung beenden, bei Interesse Rat geben und wenn möglich Anbindung herstellen -

3. Veränderungsziele diskutieren, festlegen und konkrete Strategien vereinbaren
4. Hindernisse identifizieren und Bewältigungsstrategien entwickeln

Kurzinterventionen: Zusammenfassung

Respekt vor der Autonomie und Entscheidungsfreiheit der KlientInnen bzw. PatientInnen

Aggressive Konfrontationen sind unproduktiv

Informationsaustausch ist eine zentrale Aufgabe

Motivation sollte kontinuierlich eingeschätzt werden

Wichtigkeit und Zutrauen sind die wesentlichen Kriterien der Motivation

Professionelle sorgen für Klarheit, Struktur und Unterstützung

Sie geben Informationen, die von Klient/PatientInnen gewünscht werden

Sie interessieren sich für die Sichtweisen der Klient/PatientInnen

Sie respektieren Wertsetzungen und Lebenskonzepte der Klient/PatientInnen

Sie behandeln Fragen der Veränderung einfühlsam

Motivierende Gesprächsführung
Sechs Fallen

- Frage-Antwort
- Konfrontation-Verleugnung
- ExpertIn
- Etikettierung
- Vorzeitiger Focus
- Schuld

Motivierende Gesprächsführung

Auf die Frage, wie er die Skulptur des „David“ erschaffen hätte, antwortete Michelangelo: „Nicht ich habe die Figur erschaffen, sie war im Stein verborgen, ich habe sie lediglich aus ihren steinernen Fesseln befreit.“

Der Bildhauer und Maler Michelangelo Buonarotti (1475 - 1564)
gemalt von Raffael, Detail aus „Die Philosophenschule von Athen“

Motivierende Gesprächsführung

- Beratungskonzept
  - *keine Ursachen- oder Krankheitstheorie*
  - *keine Therapieform, eher Vorbereiter f. spez. Verfahren*
- Grundhaltung („spirit") bestimmt den Charakter
  - *Verzicht auf aggressiv-getönte Konfrontationen*
  - *Interesse an inneren Motiven und Wertvorstellungen der Betroffenen*

Motivierende Gesprächsführung
Empathie

Wesentliches Charakteristikum effektiver Beratung

- **Verstehen, ohne zu bewerten**
- **Sichtweisen der KlientInnen/PatientInnen umfassend begreifen**
- **<u>Ambivalente</u> Einstellungen zulassen !!!**

Strategien, die einen empathischen Beratungsstil kennzeichnen

- **Offene Fragen stellen / Neugier und Interesse vermitteln**
- **Aktiv zuhören / Zusammenfassen**
- **Bestätigen**

Motivierende Gesprächsführung
Aktiv Zuhören

„Gut, in letzter Zeit ist einiges schief gelaufen, aber eigentlich will ich mit dem Trinken nicht aufhören. "

- **Einfach wiederholen** ***> Teile des Gesagten > Weniger ist mehr!***
- **In anderen Worten** ***> Teile herausgreifen und leicht verändern***
- **Die tiefere Bedeutung** ***> Wie geht es der/m Pat. in der Summe?***

Motivierende Gesprächsführung Aktiv Zuhören: „Sensible“ Punkte

1. **Verschlüsseln**

   Verbale und nonverbale Signale

2. **Wahrnehmen / Verstehen**

   Verbale und nonverbale Signale

3. **Entschlüsseln**

   Sinn des Wahrgenommenen / Verstandenen

➲ ***Reflektieren = Sich rückversichern, Beziehung aufbauen bzw. stärken***

Motivierende Gesprächsführung
Widerstand

- Einwände / Unterbrechen / Leugnen / Ignorieren
- Widerstand ist keine Persönlichkeitseigenschaft von Suchtkranken
- Ambivalenz ist normal
- Widerstand entsteht im Zusammenspiel zwischen PatientIn/KlientIn und Profi
- Widerstand zeigt oft an, dass die Intervention nicht mit dem Stadium der Änderungsbereitschaft übereinstimmt.

Motivierende Gesprächsführung
Mit dem Widerstand umgehen

- Die Kraft des Widerstands aufnehmen und (konstruktiv) wenden
- Reflexionen bilden (einfach, überzogen, integriert)
- Focus verschieben / Zustimmen mit Wendung
- Umformen und anders beleuchten
- „Paradox“ intervenieren
- Als Ausdruck der Ambivalenz respektieren

Motivierende Gesprächsführung
Veränderungsziele vereinbaren

(nach: Berg/Miller 1995)

Ziele sollen ...

- **... gemeinsam mit KlientInnen aufgestellt werden**
- **... bedeutsam für KlientInnen sein**
- **... klein sein**
- **... konkret, meßbar und verhaltensbezogen sein**
- **... realistisch und erreichbar sein**
- **... eher das Vorhandensein als die Abwesenheit von etwas zum Ausdruck bringen**
- **... eher einen Anfang als ein Ende beschreiben**

Motivierende Gesprächsführung
Ziel-Alternativen

Beratungsstelle aufsuchen

Entwöhnungs-behandlung

Trinktagebuch führen

Trinkmengen/ -exzesse reduzieren

Psychotherapie einleiten

Qualifizierter Entzug

Selbsthilfegruppe

Betreuung einleiten

Paargespräch vereinbaren

Hobby suchen

Haftstrafe antreten

Arbeitsplatz sichern

...?

Motivierende Gesprächsführung
Einen Veränderungsplan Aufstellen

- Die wichtigsten Gründe für eine Veränderung
- Das wesentliche Ziel der Veränderung
- Der erste Schritt
- Weitere konkrete Schritte und jeweilige Zeitpunkte
- Personen, die die Veränderungsschritte unterstützen
- Positive Erwartungen für den Alltag

Literaturhinweise

Buijissen, Hirsch: Probleme im Alter. Beltz Verlag (1997)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Substanzbezogene Störungen im Alter (Jahr nicht angegeben)

Kretschmer, Hirsch et al: Angst – Sucht – Anpassungsstörungen im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und – psychotherapie. Chudeck Druck (2000)

Kuhn (Hrsg.): Sucht im Alter. Sonderheft der Zeitschrift „Suchttherapie" (Febr. 2009)

Pöppel, Wagner: Je älter, desto besser – überraschende Erkenntnisse der Hirnforschung. Gräfe und Unzer (2011)

Radebold: Älter werden will gelernt sein. Klett – Cotta (2009)

Wolter: Sucht im Alter – Altern und Sucht. Kohlhammer (2011)

Zeman: Sucht im Alter. Artikel. Deutsches Zentrum für Altersfragen Berlin (2011)

.