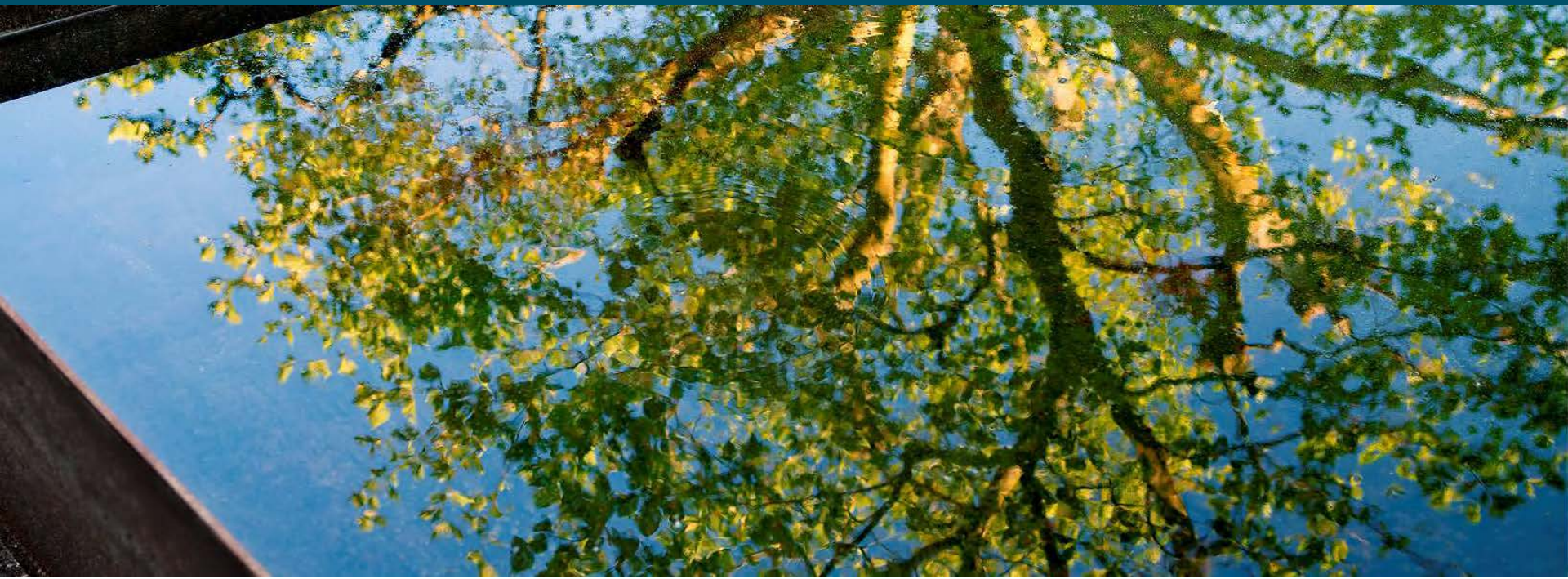
Leistungssensible Suchttherapie

Fleckenstein & Heer

atf-Tagung 2017



klinik im hasel
Stationäre Therapie Gontenschwil

Ursprüngliche Überlegung

Inadäquate Haltungen der Patienten gegenüber der Suchterkrankung

Inadäquate Erwartungen der Betroffenen und der nahestehenden Personen.

=> Was wäre eine adäquate hilfreiche Haltung gegenüber der Suchterkrankung?

Memorandum: Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden (DGS, 2016)

Es sollten Interventionen bei Menschen mit Suchtkrankheiten gefördert werden, die den Umgang mit dem Stigma verbessern und Selbststigmatisierung verringern.

Angehörige von Suchtkranken sind einerseits Stigma-Opfer, andererseits können sie selber eine Quelle von Stigmatisierung sein, gleichzeitig sind sie oft stark belastet. Interventionen bei Angehörigen, die einen stigmafreien, lösungsorientierten Umgang mit Suchtproblemen fördern, sollten entwickelt und evaluiert werden.

Analogie: Vom Indianer und dem Cowboy





Stigmatisierungsprozess

(Link & Phelan, 2001)

1. Wahrnehmung einer Normabweichung
2. Negative Attribuierung der Abweichung
3. Ab-und Ausgrenzung des Stigmaträgers
4. Neg. Merkmale lassen Rechtfertigung von Diskriminierung zu
5. Statusverlust, neg. Auswirkungen durch strukturelle Diskriminierung

Analogie: Gummiband



Schlussfolgerung:

Gleichheitserwartung ist inadäquat

Unterschiedliches Abstinenzerleben führt ansonsten zu Stigmatisierung und Beschämung

Abstinenz = Leistung

Abstinenz ≠ Selbstverständlichkeit

Angehörige erbringen dauerhafte Leistungen bei der Begleitung von betroffenen Suchtkranken

Adäquat: Gegenseitige Würdigung!

Stigma-Management

Verleugnung/Intransparenz

Sozialer Rückzug

Selektive Kommunikation

Ziel: Wunsch, ein vollwertiger Interaktionspartner zu bleiben!

⇒ Gefahr erneuter Stigmatisierung

⇒ Stress

Leistungssensible Suchttherapie:

(Fleckenstein & Heer; 2013)

Selbst entwickelte gruppentherapeutische Intervention

Modularisierter Aufbau

Drei Sitzungen à 90 Minuten

Einbezug nahestehender Personen in der letzten Sitzung

Tägliche Kurzinterventionen

LST: 1. Modul

Leistungssensible Haltung

Diskrepanz erzeugen

Gummiband-Analogie

Erklärungsmodell

Das Erklärungsmodell

Das Erwachsenen-Ich kontrolliert und begrenzt das Süchtige-Ich, wendet sich dem Kind-Ich zu und kümmert sich um dessen Bedürfnisse.

Erwachsenen-Ich

Kann als Bewältigungsmodus verstanden werden. Das Süchtige-Ich bietet dem bedürftigen Ich den Suchtmittelkonsum als scheinbare Lösung für die aktuellen Probleme an.

Süchtiges-Ich

Selbstmitgefühl-Ich

Würdigung der Abstinenzleistung, Akzeptanz von Frustration und Überforderung, Emotionstoleranz

Innere Achtsamkeit und Kommunikation

Bedürftiges Kind-Ich

Mögliche Bedürfnisse: Sicherheit, Kontrolle, Selbstwertsteigerung, Lustgewinn, Spass, Trost, Ruhe, Gerechtigkeit.

© Fleckenstein | Heer | Lüddeckens | 2014

LST: 2. Modul

Ehrlichkeit

Pro- und Contra-Quadrat

Hinführung zur Angehörigengruppe

LST: 3. Modul

Angehörigengruppe

Transfer der Inhalte der ersten beiden Sitzungen

Angehörige als Leistungserbringer würdigen und für die leistungssensible Haltung gewinnen

Wünsche und Befürchtungen

Verbindliche Abmachungen

Kurzinterventionen

Freiwillig

Frequenz: täglich

Dauer: max. 2-5 min

Ziel: Erinnerung an Inhalte aus den 3 Gruppensitzungen

Eklektischer Ansatz

Konsistenztheorie (Grawe, 2004)

Kognitiven Dissonanz (Bierbauer, 2005)

Schematherapie (Young, 2008)

Motivierende Gesprächsführung (Miller& Rollnick, 1999)

Sucht und Stigmatisierung (v. Boekel, 2015)

Scham

Scham entsteht, wenn elementare Bedürfnisse verletzt werden

Anerkennung

Schutz (im Widerspruch zu totaler Transparenz)

Zugehörigkeit

Integrität (eigene Werte; z.B. Alterspflege)

Zu viel Scham (Stephan Marks, 2016)



Schamabwehr

Gewalt

Suchtmittelkonsum

Projektion (der andere ist der Schwächling)

Überkompensation (Fremdwörter benutzen)

Arroganz

Verleugnung

Scham in der Suchttherapie

Scham als zentraler Auslöser für Rückfälle

Bedeutung der Scham wird grundsätzlich unterschätzt!

Abgewehrte Scham richtet sich oft gegen Beratungsperson!

-> Schamgefühle benennen!

LST in der Entzugsbehandlung I

Fleckenstein & Heer, 2013

Design:
Sequentielles Interventions- und Kontrollgruppendesign

Versuchspersonen:
64 Personen mit substanzgebundener Abhängigkeitserkrankung (33 TAU, 31 TAU& SdH)

LST in der Entzugsbehandlung II

SdH führt zu einer signifikanten Reduktion der Rückfallhäufigkeit während der Entzugsbehandlung

Gruppe	Rückfall	Kein Rückfall
· Kontrollgruppe	11 (34.4%)	21 (65.6%)
· Interventionsgruppe	2 (8%)	23 (92%)

Fazit

Signifikantes Ergebnis der Rückfallhäufigkeit ist als grosser Erfolg zu werten, da der Rückfall das Kardinalproblem in der Suchttherapie ist.

Nach Küfner et al. (1988) ist die Rückfallhäufigkeit während der Behandlung ein Prädiktor für die spätere Stabilität.

Sinnvoll: Verifizierung der Ergebnisse in einer umfassenderen Erhebung (RCT, grosse Stichprobe).

Aktuelle Studie

Fleckenstein, Heer, DiPietrantonio, Lüddeckens

Wirksamkeitsüberprüfung der LST in der Entwöhnungsbehandlung mit grösserer Stichprobe

Gewinnung katamnestischer Daten zur Rückfallhäufigkeit

Genaueres Studiendesign: RCT

Erhebung der Patientenzufriedenheit

Erhebung der Zufriedenheit der nahestehenden Personen

Stichprobe
(VPs mit Austrittsdiagnostik)

LST+TAU (N=61)

Alter: MW = 42.3 Jahre

Geschlecht: 46 m/15 w

Hauptproblem: 27 Alkohol/32 Drogen/2 Verhalten

TAU (N=94)

Alter: MW = 39.21 Jahre

Geschlecht: 67 m/27 w

Hauptproblem: 38 Alkohol/54 Drogen/ 2 Verhalten

Ergebnisse

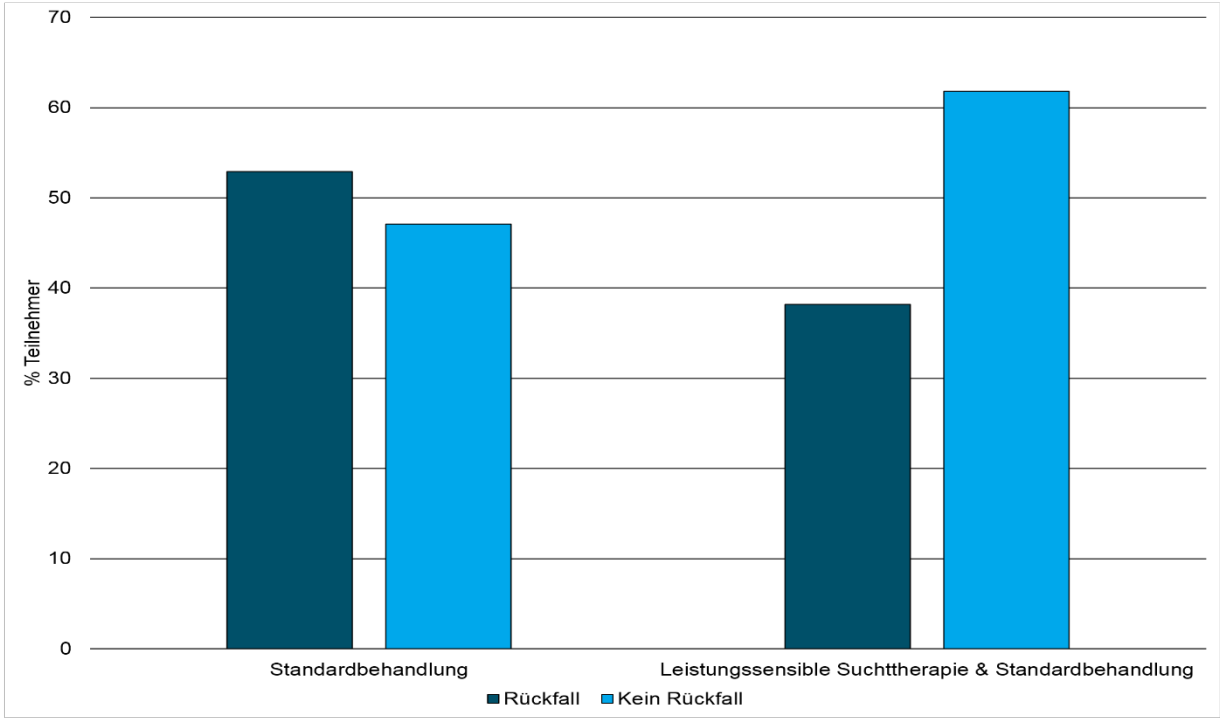


Fig. 1: Percentage of relapsing and non-relapsing participants in control and intervention group

Ergebnisse

Rückfälle

In LST-Gruppe (MW=0.67) weniger Rückfälle als in TAU (1.03)

Fragebogen

Verbesserung der Emotionstoleranz von Ein- zu Austritt in LST tendenziell stärker als in TAU

Ergebnisse

Zufriedenheit mit Angehörigensitzung-Patienten (N = 47)

Skala -2 (völlig unzutreffend) bis 2 (völlig zutreffend)

Werte rangieren zwischen 1.12 und 1.87

Zufriedenheit mit Angehörigensitzung-Angehörige (N = 82)

Werte rangieren zwischen 1.21 und 1.72

Zusammenfassung

Die Leistungssensible Suchttherapie verstärkt tendenziell die Ausbildung emotionaler Kompetenzen und führt zu signifikant weniger Rückfällen!

Bedeutung für Suchtbehandlung?

Anpassung und Erweiterung bereits bestehender Konzepte um den Leistungsaspekt?

Therapie-Forschung zu Stigmatisierung/Entstigmatisierung intensiv genug?

Fokus vermehrt auf Einstellung und Haltung?

Vielen Dank!

Kontakt

mfleckenstein@kih.ch

mheer@kih.ch

Literatur

Bierbauer, G. (2005). Sozialpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Küfner et al. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen. Suchtgefahren, 34, 157-271.

Marks, S. (2016). Vortrag zu Scham. Hamburger Suchttherapietage.

Miller & Rollnick (1999). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Roedinger, E. (2011). Praxis der Schematherapie. Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung. Stuttgart: Schattauer.

Van Boekel et al. (2015). Experienced and anticipated discrimination reported by individuals in treatment for substance use disorders within the Netherlands.

Literatur

Rüsch, N., et al. (2014). Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 204, 391- 7.

Schomerus, et al. (2011). The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol Alcohol* 46, 105-112.

Luoma, J.B. (2011): Substance use Stigma as a Barrier to Treatment and Recovery. In: Addiction Medicine, DOI 10.1007/978-1-4419-0338-9_59, Springer Science+Business Media LLC 2011, S. 1195-1215.

Nieuwenboom, W. (2012): Die Stigmatisierung Angehöriger von SuchtpatiententInnen. In: SuchtMagazin 1/2012, S. 19-22.

Rüsch, N. et al (2004): Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In: Berger, M (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. Elektronisches Zusatzkapitel Stigma, S. 1-14.

.