

Hirnorganische Schäden und
Rausch-mittelkonsum: Über
suchttherapeutische
Zielperspektiven chronifizierter
Klienten

Ralf Demmel
Bethel.regional / Universität Münster

3. CRA-Kongress
Bielefeld, 13.-15. März 2013

Herr E, 63 Jahre, ledig, angelernter Arbeiter in der Produktion, in jüngster Zeit Verlust der Arbeit und der Wohnung, seit Jahrzehnten exzessiver Alkoholkonsum, Nichtraucher

Herr E begibt sich erstmals in eine stationäre Behandlung. Er ist sehr höflich und stets darum bemüht, alles richtig zu machen. Im Rahmen der Therapie lernt Herr E – unter Anleitung einer Mitarbeiterin der Hauswirtschaft – einfache Gerichte zu kochen (wenn er kocht, lädt er den Leitenden Therapeuten zum Essen ein).

Herr E besucht gelegentlich seine Schwester, die in einer Einrichtung der Behinderten-hilfe lebt. Seit Beginn der Therapie verzichtet er auf jeglichen Alkoholkonsum.

Herr K, 53 Jahre, geschieden, Industriemechaniker, seit zwei Jahren ohne Arbeit, Verlust der Wohnung vor einem Jahr, hohe Mietschulden, exzessiver Alkoholkonsum insbesondere an den Wochenenden

Herr K berichtet von zunehmender »Gedächtnisschwäche« und nachlassendem Konzentrationsvermögen. Er könne sich nicht mehr auf ein Schachspiel konzentrieren und habe das Lesen aufgegeben. Die Gespräche mit den anderen Bewohnern langweilten ihn; er schaue nur noch selten fern (arte, 3sat etc.) und ziehe sich meist zurück. Trotz seines geringen Einkommens begleicht Herr K nach drei Monaten einen Teil seiner Mietschulden.

Herr K ist nicht sehr beliebt. Die anderen Klienten werfen ihm vor, er sei »total unlocker« und überheblich. Die Mitarbeiter berichten, Herr K sei sehr höflich und zuvorkommend, aber auch ein »bisschen anstrengend«.

Herr K nimmt das Angebot, sich verschiedenen Tests zu unterziehen, sofort an. Die Ergebnisse verweisen – bei einer weit überdurchschnittlichen Intelligenz (IQ = 130) – auf erhebliche kognitive Defizite, die wahrscheinlich auf den exzessiven Alkoholkonsum zurückzuführen sind.

Herr A, 21 Jahre, ledig, kein Schulabschluss, letzte Verteilung wegen schwerer Körper-verletzung, exzessiver Alkoholkonsum seit dem zwölften Lebensjahr, Konsum anderer Substanzen seit dem 13. Lebensjahr, Fetales Alkoholsyndrom

Herr A ist der jüngste Klient in der Einrichtung. Es fällt ihm sehr schwer, sich an den Tagesablauf zu gewöhnen: Er verschläft häufig und hält Absprachen nur selten ein.

Herr A bittet den Therapeuten wiederholt darum, während der Gruppentherapie nicht angesprochen zu werden, er wolle »nur zuhören«. Den an ihn gestellten Anforderungen scheint er nicht gewachsen zu sein.

Nach drei Rückfällen innerhalb kurzer Zeit gelingt es Herrn A zunächst, über mehrere Wochen hinweg auf den Konsum von Alkohol und anderen Substanzen zu verzichten. Ein erneuter Rückfall und zahlreiche Verstöße gegen das Regelwerk führen zum Ende der Therapie.

Herr A nimmt das Angebot, sich einer Reihe verschiedener Tests zu unterziehen, nur widerstrebend wahr, erscheint zum vereinbarten Termin zunächst nicht und schenkt den – wenig ermutigenden – Ergebnissen wenig Glauben.

Die niedrige prämorbid Intelligenz (IQ = 52) geht mit erheblichen kognitiven Defiziten (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Konzentration etc.) einher.

Kognitive Defizite und Substanzabhängigkeit

(1) Defizite gehen der Abhängigkeit voraus

(2) Defizite sind Folge der Abhängigkeit

(3) Substanzbedingte Defizite überlagern prämorbid
Defizite

(4) Defizite sind Folge und »Ursache« der
Abhängigkeit

(5) »Defizite« sind ätiologisch relevant

(6) Substanzmissbrauch während der Adoleszenz
beeinträchtigt die kognitive Entwicklung

(Hanson et al. 2011)

Intelligenzminderung: Klassifikation nach ICD-10

- (1) Leichte Intelligenzminderung (IQ 50-69)
- (2) Mittelgradige Intelligenzminderung (IQ 35-49)
- (3) Schwere Intelligenzminderung (IQ 20-34)
- (4) Schwerste Intelligenzminderung (IQ < 20)

Demenzen (294.1x)

Demenz vom Alzheimer Typ (DAT)

Vaskuläre Demenz («Multi-Infarkt-Demenz«)

Substanzinduzierte Demenz

Frontotemporale Demenz

Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Schädel-Hirn-Trauma (Kopfverletzung)

Parkinson, Huntington, Pick

Creutzfeld-Jakob

Die Auflösung der »Anstalten« lässt eine Angleichung an die Allgemeinbevölkerung erwarten. Insbesondere eine leichte und mittelgradige Intelligenzminderung wird künftig häufiger mit exzessivem Alkohol- und Cannabiskonsum einhergehen (Slayter, 2010).

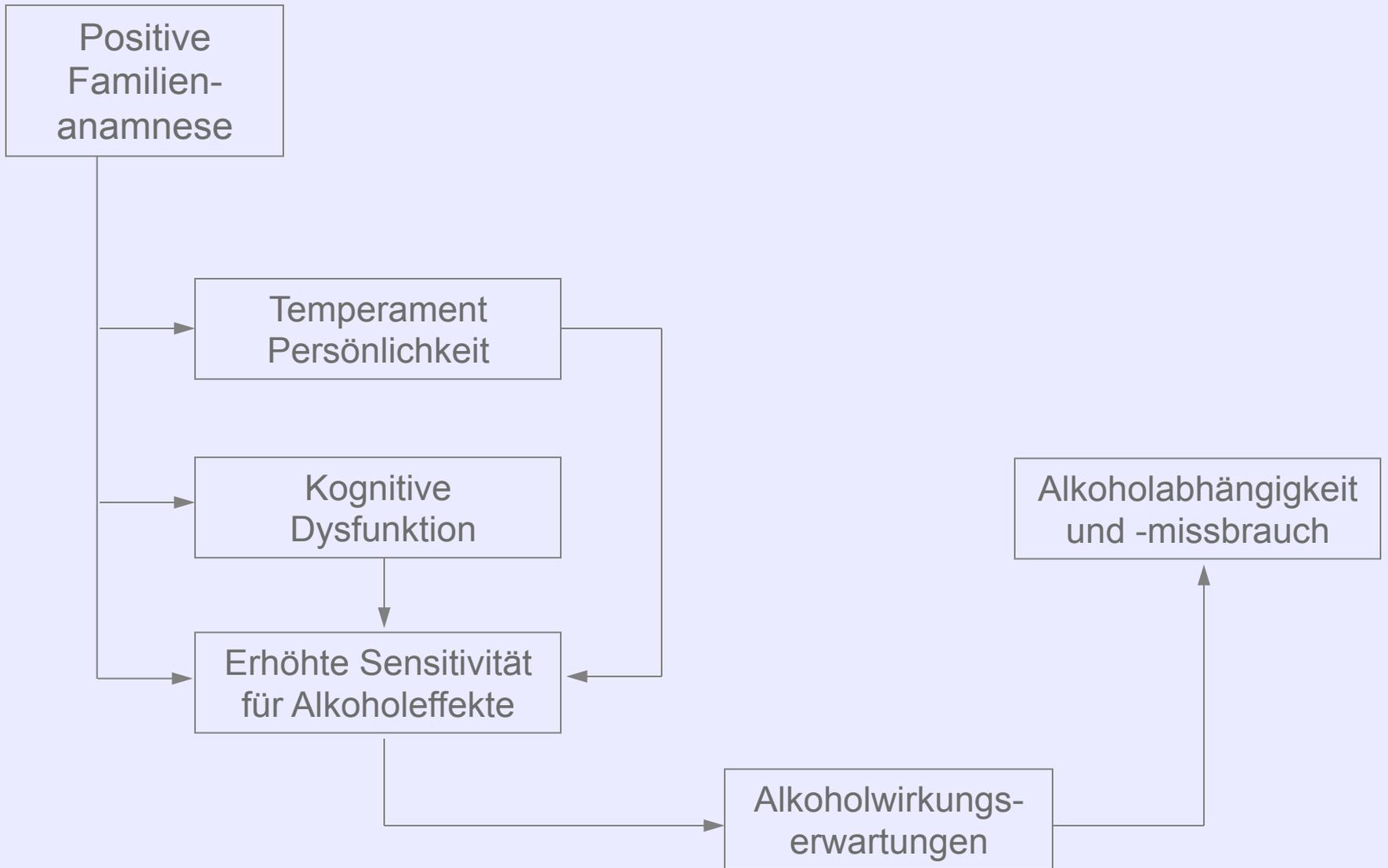
Intelligenzminderung und Psychose sind häufiger mit einer Substanzabhängigkeit ver-schwistert als tiefgreifende Entwicklungsstörungen, die mit einem niedrigen IQ einher-gehen (Chaplin et al., 2011).

Die Angebote der Suchtkrankenhilfe erreichen »geistige behinderte« Menschen in der Regel nicht (Chapman & Wu, 2012).



Fetales Alkoholsyndrom

Ein fetaler Alkoholschaden erhöht das Risiko exzessiven Alkoholkonsums (Alati et al., 2006)



Orbitofrontaler Kortex

Vorwegnahme der emotionalen Konsequenzen einer Entscheidung oder Wahl

Anpassung künftiger Erwartungen im Abgleich mit unerfüllten Erwartungen

Factor 1: *Social enhancement and stimulation* (17 items; $\alpha = 0.94$)

- ... bin ich nicht mehr so schüchtern
- ... bin ich weniger gehemmt
- ... fällt es mir leichter auf andere Menschen zuzugehen
- ... gehe ich eher aus mir heraus
- ... lerne ich leichter neue Leute kennen
- ... bin ich risikobereiter
- ... bin ich gesprächiger
- ... bin ich lockerer und ungezwungener
- ... flirte ich eher
- ... bin ich in ausgelassener Stimmung
- ... bin ich euphorisch
- ... bin ich überdreht
- ... rede ich mehr als sonst
- ... ist es mir nicht mehr so wichtig, was andere von mir denken
- ... möchte ich mich anderen mitteilen
- ... kann ich meine Probleme und Sorgen vergessen
- ... lassen Schmerzen, die ich habe, deutlich nach

Kognitive Defizite und Behandlungserfolg

Abstinenz ist trotz kognitiver Defizite möglich !!!

Trotz Restitution während der ersten drei Wochen einer Behandlung bleibende Einschränkung exekutiver Funktionen (Manning et al., 2008)

Unterschätzung des Rückfallrisikos: Kognitive Defizite gehen mit hoher Zuversicht (self-efficacy) einher (Dolan et al., 2008)

Hohe Zuversicht kann das Rückfallrisiko erhöhen (Demmel et al., 2006)

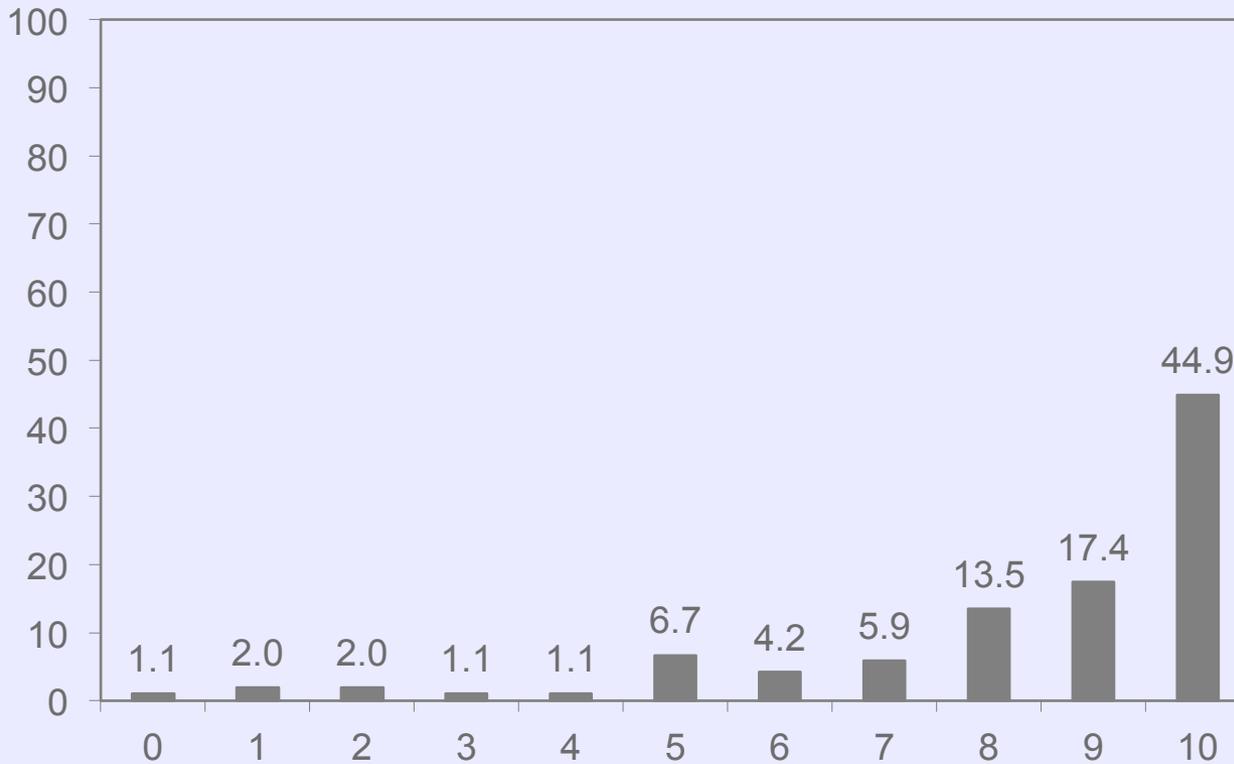
Wie sicher sind Sie,
dass Sie dem Verlangen nach Alkohol jetzt widerstehen könnten?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

überhaupt
nicht sicher

absolut
sicher

%



Demmel, R., Nicolai, J., & Jenko, D. M. (2006). Self-efficacy and alcohol relapse: Concurrent validity of confidence measures, self-other discrepancies, prediction of treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 637-641.

Therapeutische Herausforderungen

- (1) Diagnostische Disziplin
- (2) Therapeutischer Realismus
- (3) Lernen von den Nachbarn
- (4) Fachbereichsübergreifende Verzahnung
- (5) Weiterqualifikation der Mitarbeiter

Therapeutischer Realismus

- (1) Erhaltung des Status quo
- (2) Entmutigung vermeiden
- (3) Schonende Frustration

Schrijnemaekers et al. (2002)

»emotion-oriented care«

validation, reminiscence, sensory stimulation

16 Einrichtungen, 151 Senioren (77 vs. 74)

Training des Personals in acht Einrichtungen
insgesamt sechs Tage (2/2/1/1)

Mediatoren / Moderatoren

Pharmakotherapie, MMSE, Alter,

»Trainingserfolg« (Rating des Trainers)

3-, 6- 12-month follow-ups

Ergebnis: nix, absolut nix

Reality Orienting Training (ROT)

Holden & Woods (1995)

integrativer Ansatz

drei Komponenten

- (1) 24-Stunden-Programm
- (2) Anpassung der Umwelt
- (3) Gruppen»therapie«

Herzlichen Dank !!!



Demenz: Non-pharmakologische Behandlung

Musiktherapie (N = 0)	?
Kunsttherapie (N = 0)	?
Bewegungstherapie (N = 0)	?
Reminiszenztherapie (N = 1)	/
Gedächtnistraining (N = 2)	/
Reality Orienting Training (N = 6)	+
Validation (N = 2)	/
Maintenance (N = 0)	?

Verhaltenstherapie, z. B. Kontinenztraining
Milieuthherapie, z. B. Aromatherapie

24-Stunden-Programm (Interaktion)

Orientierung erleichtern (»prompting« & »Aufhänger«)

Was ist der emotionale Gehalt so genannter »rambling talks« ?

Anpassung der Umgebung

- Umwelt? Prothese!
- Uhren, Kalender, Schilder ...
- Farben, Orientierungslinien ...
- (Innen-)Architektur
- Einweisung !!!

Gruppen»therapie«

- drei verschiedene Angebote
- Basisgruppe: zwei bis drei Teilnehmer
- Erfolgserlebnisse!
- Setting? Pub! Tee Time!
- Reminiszenz