

keine Veränderung) annimmt und die entsprechenden Handlungsschritte einleitet. Wenn eine Selbstverpflichtung öffentlich gemacht wird, entsteht hierdurch ein gewisser sozialer „Druck“ auf den weiteren Umgang mit den Verhaltensänderungen. Deshalb ermutigen Selbsthilfegruppen Menschen gewöhnlich, ihre Selbstverpflichtungsentscheidungen publik zu machen.

Gegenkonditionierung

Hier kommt es darauf an, schädliche durch gesündere Verhaltensweisen zu ersetzen. Dies wird dann relevant, wenn Personen ein typisches Verhaltensmuster, das eine gewisse Funktion erfüllen soll, aufzugeben versuchen (z. B. Rauchen, Trinken oder übermäßiges Essen). Die Erprobung alternativer Verhaltensweisen (z.B. Musik hören, Sport treiben oder Entspannungsübungen) stellt eine Möglichkeit dar, emotionalen Bedürfnissen gerecht zu werden. Jede Aktivität, die vom Problemverhalten und den damit in Zusammenhang stehenden Ängsten ablenkt, dient dazu, dieses Verhalten zu ändern.

Kontrolle der Umwelt

Kontrolle der Umwelt, bzw. der Situationen, in die sich die entsprechende Person begibt, ist im **Handlungsstadium** und im Stadium der **Aufrechterhaltung** relevant. Sie dient dazu, Versuchungen besser zu widerstehen, das Auftreten potentiell schwieriger Situationen weniger wahrscheinlich zu machen und damit eher erwünschte, gesündere Verhaltensweisen umzusetzen. Eine Person, die beispielsweise ihre Eß- und Trinkgewohnheiten ändern möchte, kann das Angebot von Speisen und Getränken zuhause eingrenzen. Andere wiederum schreiben Notizzettel und hängen diese an strategisch günstigen Plätzen zuhause oder am Arbeitsplatz auf (z.B. am Kühlschrank).

Selbstverstärkung

Menschen belohnen sich auf verschiedene Weise; einige benötigen Anerkennung von Freunden, Kollegen und der Familie, andere kaufen sich Geschenke mit dem Geld, das sie dadurch gespart haben, dass sie das Rauchen aufgegeben oder den Alkoholkonsum reduziert haben. Im **Handlungsstadium** sind solche selbst applizierten Verstärker besonders wichtig, um persönliche Vorteile der Verhaltensänderung zu erfahren. Manchmal fühlen sich Menschen, die das Rauchen aufgeben, den Alkoholkonsum reduzieren oder mit sportlichen Aktivitäten beginnen, zunächst schlechter. Es dauert meist einige Wochen, bevor sich das geänderte Verhalten belohnend auswirken.

ARBEITSBLATT 8

Gruppenübung zu Veränderungsstadien: Fragen für die Diskussion

Schauen Sie sich bitte die folgenden zehn Aktivitäten an und markieren Sie jeweils, in welchem Stadium oder in welchen Stadien diese Aktivität sinnvoll sein könnte (Sie können beliebig viele ankreuzen). Versuchen Sie, in Ihrer Gruppe eine Übereinstimmung herzustellen. Falls dies nicht möglich ist, diskutieren Sie darüber.

1) Führen eines Tagebuchs zur Protokollierung des Ess-, Trink- oder Rauchverhaltens				
<i>Absichtslosigkeit</i>	<i>Absichtsbildung</i>	<i>Vorbereitung</i>	<i>Handlung</i>	<i>Aufrechterhaltung</i>
2) Teilnahme an Treffen der Anonymen Alkoholiker				
<i>Absichtslosigkeit</i>	<i>Absichtsbildung</i>	<i>Vorbereitung</i>	<i>Handlung</i>	<i>Aufrechterhaltung</i>
3) Den Freunden und der Familie mitteilen, sie hätten sich entschlossen, öfter Sport zu treiben				
<i>Absichtslosigkeit</i>	<i>Absichtsbildung</i>	<i>Vorbereitung</i>	<i>Handlung</i>	<i>Aufrechterhaltung</i>
4) Einholen medizinischer Testergebnisse die darauf hinweisen, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit zu gefährden beginnt				
<i>Absichtslosigkeit</i>	<i>Absichtsbildung</i>	<i>Vorbereitung</i>	<i>Handlung</i>	<i>Aufrechterhaltung</i>
5) Die Vor- und Nachteile des Rauchens abwägen				
<i>Absichtslosigkeit</i>	<i>Absichtsbildung</i>	<i>Vorbereitung</i>	<i>Handlung</i>	<i>Aufrechterhaltung</i>
6) Einen Fernsehfilm anschauen, in dem eine Person im Mittelpunkt steht, die ungesund gelebt hat und dann an einer Herzkrankheit stirbt				
<i>Absichtslosigkeit</i>	<i>Absichtsbildung</i>	<i>Vorbereitung</i>	<i>Handlung</i>	<i>Aufrechterhaltung</i>
7) Einen Artikel über gesunde Ernährung und gesundes Essen lesen				
<i>Absichtslosigkeit</i>	<i>Absichtsbildung</i>	<i>Vorbereitung</i>	<i>Handlung</i>	<i>Aufrechterhaltung</i>
8) Ihr Büro, Schlafzimmer oder Auto in eine „Rauchverbotszone“ umwandeln und ein Schild „Rauchen verboten“ aufhängen				
<i>Absichtslosigkeit</i>	<i>Absichtsbildung</i>	<i>Vorbereitung</i>	<i>Handlung</i>	<i>Aufrechterhaltung</i>
9) Sich ein Geschenk für „einen Monat gesunde Ernährung“ kaufen				
<i>Absichtslosigkeit</i>	<i>Absichtsbildung</i>	<i>Vorbereitung</i>	<i>Handlung</i>	<i>Aufrechterhaltung</i>
10) Erlernen von Entspannungsübungen				
<i>Absichtslosigkeit</i>	<i>Absichtsbildung</i>	<i>Vorbereitung</i>	<i>Handlung</i>	<i>Aufrechterhaltung</i>

ARBEITSBLATT 9

Gruppenübung zu Veränderungsstadien: Antworten

Jede Aktivität, die innerhalb dieser Übung vorgestellt wurde, kann unterschiedliche Veränderungsprozesse einleiten. Sie sind deshalb in unterschiedlichen Veränderungsstadien auch unterschiedlich nützlich. Hier Beispiele zur Wirkung dieser Aktivitäten:

1) Führen eines Tagebuchs zur Protokollierung des Ess-, Trink- oder Rauchverhaltens

Dies könnte einem Patienten seine Verhaltensmuster sowie Auswirkungen und Konsequenzen des Verhaltens bewusst machen. Wenn die Strategie in diesem Sinne angewendet wird, ist dies während der Stadien der **Absichtslosigkeit** und der **Absichtsbildung** am sinnvollsten. Einige Personen führen ein Tagebuch, in dem sie ihre Veränderungsbemühungen notieren. Wenn diese Bemühungen zumindest teilweise erfolgreich sind, kann das Tagebuch im **Handlungsstadium** als Verstärker verwendet werden.

2) Teilnahme an Treffen der Anonymen Alkoholiker

Diese kann eine Reihe von Funktionen erfüllen. Im Allgemeinen ist sie Teil des Selbstverpflichtungsprozesses in Bezug auf den veränderten Lebensstil, ermöglicht Verstärkung und neue hilfreiche Beziehungen. Daher kann die Teilnahme im Stadium der **Vorbereitung**, im **Handlungsstadium** und im Stadium der **Aufrechterhaltung** wichtig sein.

3) Den Freunden und der Familie den Entschluss mitteilen, öfter Sport zu treiben

Dies ist ein weiterer Ausdruck der Selbstverpflichtung und kann Vorläufer für eine hilfreiche Beziehung und hieraus erwachsender Verstärkung sein, oder auch einen Weg verbesserter Umweltkontrolle darstellen. Diese Aktivität empfiehlt sich im Stadium der **Vorbereitung**, im **Handlungsstadium** und im Stadium der **Aufrechterhaltung**.

4) Einholen medizinischer Testergebnisse die darauf hinweisen, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit zu gefährden beginnt

Dies kann zu einem vertieften Problembewusstsein führen, sowie einen kathartischen Effekt haben und damit einen größeren Einfluss in den Stadien der **Absichtslosigkeit**, der **Absichtsbildung** und **Vorbereitung** entfalten.

5) Die Vor- und Nachteile des Rauchens abwägen

Dies fördert die Selbstneubewertung und eignet sich daher eher für die Stadien der **Absichtsbildung** und **Vorbereitung**.

6) Einen Fernsehfilm anschauen, in dem eine Person im Mittelpunkt steht, die ungesund gelebt hat und dann an einer Herzkrankheit stirbt

Dies kann ebenfalls einen kathartischen Effekt haben und/ oder zu einem gesteigerten Problembewusstsein führen. Deshalb passt dies eher in die Stadien der **Absichtslosigkeit** und **Absichtsbildung**.

7) Einen Artikel über gesunde Ernährung und gesundes Essen lesen

Dies kann zu einem vertieften Problembewusstsein führen und ist deshalb in den Stadien der **Absichtslosigkeit** und der **Absichtsbildung** sinnvoll. Die Informationen im Artikel können in Sinne einer Gegenkonditionierung eingesetzt werden, d. h. zur Vorstellung eines neuen gesunden Essverhaltens im Austausch gegen weniger gesunde Ernährungsmuster. Eine Anwendung in diesem Sinne ist im **Handlungsstadium** und im Stadium der **Aufrechterhaltung** angezeigt.

8) Ihr Büro, Schlafzimmer oder Auto in eine „Rauchverbotszone“ umwandeln und ein Schild „Rauchen verboten“ aufhängen

Dies kann die Selbstverpflichtung stärken und als eine Form der Umweltkontrolle angewandt werden; deshalb wird sie meist im Stadium der **Vorbereitung**, im **Handlungsstadium** und im Stadium der **Aufrechterhaltung** angewandt.

9) Sich ein Geschenk für „einen Monat gesunde Ernährung“ kaufen

Als unmittelbare Verstärkung ist dies vor allem im **Handlungsstadium** und im Stadium der **Aufrechterhaltung** sinnvoll.

10) Erlernen von Entspannungstechniken

Dies kann als Ersatz oder Alternative von Problemverhalten eingesetzt werden. Sie sind vor allem während des **Handlungsstadiums** und des Stadiums der **Aufrechterhaltung** angezeigt.

Das jeweilige Veränderungsstadium einer Person enthält deskriptive wie auch prospektive Informationen, die bei der Wahl der Behandlungsform nützliche Hinweise liefern. Stark verhaltensorientierte Therapieformen mögen recht wirksam bei Individuen sein, die sich im Stadium der Vorbereitung oder im Handlungsstadium befinden. Die gleichen Therapien können aber bei Personen in den Stadien der Absichtslosigkeit und der Absichtsbildung unwirksam, bzw. sinnlos sein. Daher ist es von großer Bedeutung, die Behandlung an die einzelnen Stadien anzupassen. Es ist unwahrscheinlich, dass eine Person, die sich im Stadium der Absichtslosigkeit befindet, an einer Selbsthilfegruppe teilnimmt oder ein Rauchverbotsschild in ihrem Büro aufhängt. Andererseits ist es ebenso unwahrscheinlich, dass jemand im Stadium der Aufrechterhaltung seine Zeit damit verbringt, etwas zum Thema Gesundheitsvorsorge zu lesen.

ARBEITSBLATT 10

Kommunikationsstil einer konstruktiven Beziehung

Ein Hauptfaktor für Menschen, die ihr bisheriges Verhalten ändern möchten, sind konstruktive, hilfreiche Beziehungen; jemand der sich um sie kümmert, sie versteht und sich engagiert, ihnen zu helfen. Dies ist bei den Übergängen vom Stadium der **Absichtslosigkeit** zu dem der **Absichtsbildung**, sowie beim Übergang zum Stadium der **Aufrechterhaltung** ein wichtiger Bestandteil. Eine hilfreiche Beziehung kann von einem Therapeuten, einem Freund, Partner oder einem Familienmitglied aufgebaut werden.

Für Behandler, denen nur eine begrenzte Zeit für Patiententermine zur Verfügung steht, ist es besonders wichtig, eine konstruktive Beziehung durch aufmerksames und aktives Zuhören zu dem was der Patient versucht, über sich und seine Probleme mitzuteilen, aufzubauen. Dies hat zwei Funktionen: Zunächst wird es dadurch einfacher, die Person und ihre Probleme gut zu verstehen, was es wahrscheinlicher macht, sich der Probleme engagiert anzunehmen. Weiterhin sollte dem Patienten dieses Verstehen und Ihr Engagement mitgeteilt werden. Die Tatsache, dass jemand einem tatsächlich interessiert zuhört wirkt in sich bereits therapeutisch auf den Gesprächspartner. Für den aktiven Zuhörer stellt dies darüber hinaus einen Weg dar, mehr Informationen über die Person zu erhalten.

In der folgenden Liste finden sie eine Gegenüberstellung verschiedener Verhaltensweisen, die einerseits aktives Zuhören und den Aufbau einer hilfreichen Beziehung unterstützen, andererseits hierzu nicht hilfreich sind:

Verhaltensweisen die dem aktiven Zuhören zuträglich oder nicht zuträglich sind:

Konstruktives Verhalten	nicht konstruktives Verhalten
Augenkontakt herstellen	Herumzappeln
Mit dem Kopf nicken, wenn angebracht	Den Gesprächspartner nicht anschauen
Lächeln, adäquate Mimik und Handbewegungen	Mit Kleidern, Stiften etc. herumspielen
Einnehmen einer entspannten Körperhaltung	Physische Barrieren

Schweigen aushalten und erlauben	Auf die Uhr/ Armbanduhr schauen
Die Körpersprache des Gesprächspartners beobachten	Gelangweilte, ungeduldige oder feindselige Gestik/ Mimik
Mit klarer Stimme sprechen	Zu väterlich sein
Wichtige Aspekte wiederholen	Sich herablassend verhalten
Offen Fragen stellen	Bestimmte Aspekte nicht akzeptieren
Nachfragen/ klarstellen	Rückschlüsse ziehen
Das Gesagte reflektieren	Wertungen
Zusammenfassen	Zu viel sprechen
Sich auf das Gesagte konzentrieren	Zu still sein
Das Gesagte strukturieren	Unterbrechen
Physische Barrieren vermeiden	Anordnen, Ratschläge geben

Oftmals ist es schwierig, aktives Zuhören beizubehalten. Einige der Hindernisse können sein:

Zuhören „An/Aus“

Viele von uns denken ca. vier mal schneller als die meisten Personen sprechen. Deshalb hat der Zuhörer während einer Gesprächsminute ca. eine $\frac{3}{4}$ Minute „Zeit zum Denken“. Manchmal verwenden wir diese Zeit um über etwas anderes nachzudenken, anstatt zuzuhören, was die andere Person uns mitteilen möchte.

Zuhören und dabei „auf Durchzug stellen“

Manchmal entscheiden wir schnell, dass das worüber unser Gegenüber spricht, langweilig, unlogisch und unwahr ist. Wir nehmen oftmals an, dass wir genau wissen, was als nächstes kommt und es deshalb keinen Grund gibt zuzuhören, weil wir dabei nichts Neues erfahren werden.

Zuhören mit "leerem Blick"

Manchmal schauen wir eine Person direkt an und es sieht fast so aus, als ob wir zuhören würden, obwohl wir möglicherweise mit unseren Gedanken meilenweit entfernt sind. Wir konzentrieren uns mehr auf unsere eigenen positiven Gedanken, unser Gesichtsausdruck wirkt abwesend und häufig kann man daran erkennen, dass wir nicht interessiert zuhören.

Zuhören bei Themen, die „zu hoch sind“

Wenn wir Gedanken hören, die uns zu komplex und zu kompliziert erscheinen besteht die Gefahr, dass wir gedanklich abschalten.

Zuhören, wenn „Argumente die über unsere Art zu denken hinausgehen“

Wir mögen es nicht, wenn Menschen unsere Gedanken, Überzeugungen und Ansichten verändern möchten und ebenso wenig mögen wir es, wenn wir über unsere Meinungen und Ansichten befragt werden. Die Folge ist, dass wir unbewusst aufhören zuzuhören, uns verteidigen möchten oder sogar Gegenargumente und eine Gegenrede planen, falls der Gesprächspartner etwas sagt, was nicht zu unseren Einstellungen, Gedanken und Überzeugungen passt.

„Problemfokus“ statt „Personenfokus“

Manchmal konzentrieren wir uns auf das Problem und nicht auf die Person. Die Details und Fakten eines Vorfalls erscheinen uns wichtiger als das was die Person uns über sich sagen möchte.

Zuhören und auf „die Fakten“ achten

Häufig versuchen wir uns beim Zuhören Fakten zu merken und wiederholen sie im Stillen immer wieder, um sie nicht zu vergessen. Wenn wir dies tun, kann der Gesprächspartner bereits schon weitergesprochen haben, ohne dass wir das Gesagte richtig gehört haben.

Zuhören mit "einem Stift in der Hand"

Beim Versuch, sich Notizen zu dem Gesagten zu machen, verlieren wir einige Informationen, da der Sprecher schneller spricht als wir schreiben können. Dadurch ist es auch schwieriger, Blickkontakt zu halten.

ARBEITSBLATT 11

Strategien für die Anfangsphase

Wenn Menschen darüber nachdenken, sich zu verändern, wägen sie die Vor- und Nachteile hierzu ab. Eine Person ist erst dann zu einer Veränderung motiviert, wenn sie die Nachteile ihres gegenwärtigen Verhaltens und die Vorteile, bzw. den Nutzen, der durch eine Verhaltensänderung entsteht, erfasst.

Menschen sind jedoch oftmals zwischen dem Wunsch, ihr gegenwärtiges Verhalten beizubehalten und dem gleichzeitigen Wunsch, sich verändern zu wollen hin und hergerissen. Diese Ambivalenz wird von betroffenen Personen konflikthaft erlebt, was jedoch dadurch entschärft werden kann, wenn man es mit jemandem (einem Therapeuten, Familienmitglied oder Freund). Manchmal geschieht es, dass Personen, die bei der Lösung des Konflikts helfen möchten, für eine der Verhaltensalternativen Partei ergreifen, z. B. indem sie die Nachteile des gegenwärtigen Verhaltens und/oder der Vorteile einer Veränderung betonen. Dies hat oft den Effekt, dass die betroffene Person eine Gegenposition einnimmt und aus dem ursprünglich internalen ein externer Konflikt zwischen der betroffenen und der helfenden Person entsteht.

Eine solche Situation führt häufig dazu, dass die betroffene Person gegenüber der helfenden Person ihre Argumente aufzählt, warum eine Verhaltensänderung doch keine gute Idee sei und das gegenwärtige Verhalten eigentlich doch kein großes Problem darstellt. Dies verstärkt das gegenwärtige Verhalten zusätzlich. Wenn der Dialog hitzig wird und die beiden sich weiter mit ihren Argumenten konfrontieren, wird die betroffene Person umso mehr abgeneigt sein, ihr Verhalten zu ändern.

Die „Motivierende Gesprächsführung“ (Miller & Rollnick, 2002; deutsch zuletzt in dritter Auflage 2009 erschienen) stellt einen Weg dar, Patienten auf ihre Ambivalenz und die damit zusammenhängenden internen Konflikte aufmerksam zu machen, sie zu ermutigen, sich diese ganz genau zu betrachten und eine Entscheidung treffen zu können, daran zu arbeiten. Weiter unten finden Sie eine Liste mit Prinzipien der „Motivierenden Gesprächsführung“. Innerhalb von Kurzinterventionen ist Motivierende Gesprächsführung insbesondere dann sinnvoll, wenn Patienten gegenüber einer Verhaltensänderung Widerstand zeigen.

Im Erstkontakt mit einem Patienten wird die Atmosphäre der gesamten Behandlung maßgeblich bestimmt. Zur Förderung einer möglichst angenehmen Atmosphäre ist es wichtig, Widerstände so gering wie möglich zu halten. Im motivationalen Ansatz wurden einige sinnvolle Eröffnungsstrategien beschrieben:

- Offene Fragen
- Bestätigen
- Aktives Zuhören
- Zusammenfassen

Offene Fragen

Offene Fragen ermöglichen es Patienten, über ihre Probleme aus eigener Sicht zu sprechen. Dies verringert nicht nur den Widerstand, sondern es lassen sich dadurch weitere sinnvolle Informationen über die Prioritäten des Patienten und seine Motivation gewinnen. Gewöhnlich befürchten Behandler, dass offene Fragen zu viel Zeit in Anspruch nehmen. Die Forschung hierzu ergab, dass die durchschnittliche Zeit, die sich Patienten in Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung für die Beantwortung offener Fragen nehmen, 92 Sekunden beträgt (Landewitz et al., 2002).

Offene Fragen ermöglichen es dem Patienten, verschiedene Themen oder Perspektiven zu präsentieren. Dies wiederum ermöglicht es dem Behandler zu wählen, auf welche der Optionen des Patienten er reagieren möchte.

Bestätigen

Patienten mit Alkoholproblemen haben wahrscheinlich eher ein niedriges Selbstwertgefühl. Wenn der Behandler eine unterstützende Haltung zeigt und deutlich die Anstrengungen und Fortschritte des Patienten hervorhebt, hilft dies dabei, die Selbstverpflichtung des Patienten zu erhöhen und damit die Bereitschaft zur Veränderung zu fördern. Verstärkungen können durch Botschaften der Wertschätzung und des Verstehens ausgedrückt werden.

Aktives Zuhören

Hauptelement der „Motivierenden Gesprächsführung“ ist das aktive Zuhören. Es kann als Bemühen definiert werden, zu verstehen, was der Patient wirklich ausdrücken möchte (siehe Folie 29). Im Gesprächsverlauf sollten die Äußerungen weniger als Fragen denn als reflektierende Statements (z. B. „*Sie sind beunruhigt*“) erfolgen. Letztere laden Patienten zu einer weitergehenden Exploration ein. Solche Statements aktiven Zuhörens können von einer eher oberflächlichen (Wiederholung einiger relevanter Worte) bis zu eher tiefer gehenden Aussagen (Reflektion von Gefühlen) reichen. Zu Beginn sollten einfache Reflektionen verwendet werden, während tiefergehende Reflektionen eher in fortgeschrittenen Stadien erfolgen sollten.

Aktives Zuhören ist ein behutsames und doch wirkungsvolles Werkzeug, das dem Behandler auch erlaubt, direktiv zu sein: die Wahl, welchen Teil des Gesagten er in den in den Fokus der Reflexion nimmt, stellt auch eine Entscheidung dar, in welche

Richtung das Gespräch weiter verlaufen soll. Dennoch ist es wichtig, dabei nicht zu vergessen, dass die Statements „Angebote“ für die Patienten sind, die für diese stimmen können oder auch nicht (z.B. könnte die o.g. Reflektion „*Sie sind beunruhigt*“ die Gefühle des Patienten für diesen auch nicht hinreichend genau beschreiben). Behandler sollten auf die Reaktionen des Patienten achten und das „Angebot“ evtl. neu formulieren.

Zusammenfassen

Zusammenfassungen können dazu verwendet werden, vorher besprochene Themen nochmals zusammenzuführen, um einen Überblick zu gewinnen. Wenn Patienten sich ihre eigenen Worte aus dem Munde des Behandlers anhören können, erkennen sie nicht nur, dass der Behandler wirklich interessiert zugehört hat, sondern ihre Motivation zur Veränderung erhöht sich dadurch zusätzlich. Im Grunde handelt es sich bei Zusammenfassungen um längere Reflektionen. Auch sie sollten nicht als abschließende Aussagen sondern als „Angebote“ behandelt werden, die dazu einladen, weiter zu explorieren.

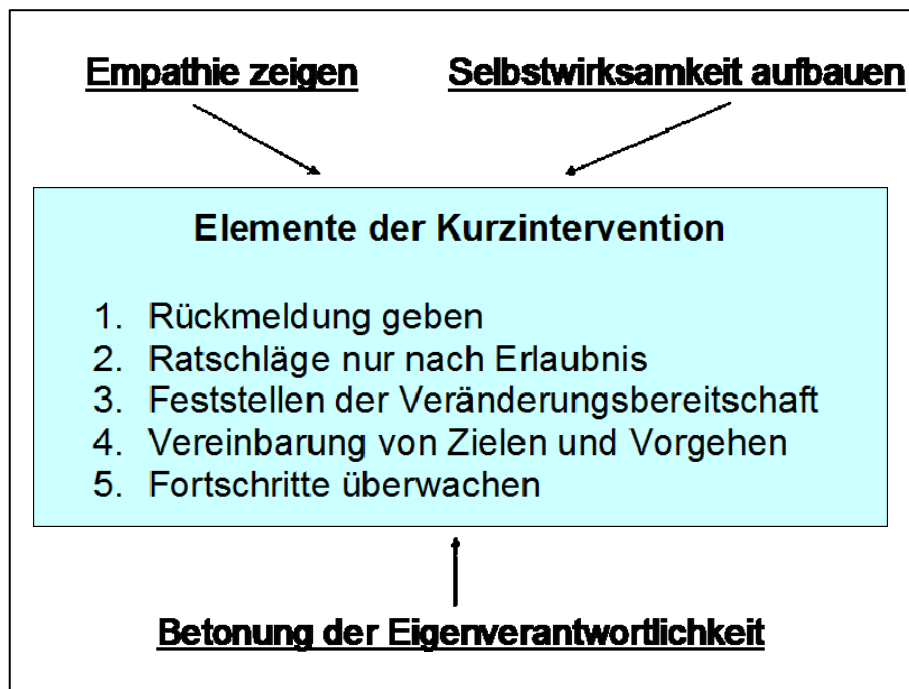
In Kürze

Alle Strategien sollten zusammen angewandt werden, um eine freundliche Atmosphäre herzustellen, in der Patienten sich sicher genug fühlen, ihre Ambivalenz tiefgehend zu erforschen. Hauptziel des Behandlers zu Beginn des Interviews sollte es sein, eine sichere Atmosphäre herzustellen, selbst wenn das impliziert, dass die diskutierten Themen nicht unbedingt auf dessen Agenda sind.

ARBEITSBLATT 12

Grundlegende Elemente von Kurzinterventionen¹

Bei der Durchführung von Kurzinterventionen sollte beide Aspekte beachtet werden: die Inhalte und der Stil, mit der die Inhalte vermittelt werden. Dieser Stil ist sehr wichtig, da Kurzinterventionen so angelegt sind, dass durch die Interventionen beim Patienten veränderungsrelevante Prozesse angestoßen werden sollen. Dies kann nur durch einen Ansatz erreicht werden, durch den die Veränderungsmotivation des Patienten gesteigert werden kann.



1) Der Stil von Kurzinterventionen: Die Atmosphäre der Veränderung

Der Stil der Kurzinterventionen basiert auf Prinzipien der „Motivierenden Gesprächsführung“ und kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Empathie zeigen
- Selbstwirksamkeit aufbauen
- Eigenverantwortlichkeit betonen.

¹ Diese Informationen wurden von CLINICAL TOOLS zur Verfügung gestellt; © CLINICAL TOOLS INC.

Man redet auch von der durch diese Haltung hervorgerufene (veränderungsbezogene) Atmosphäre (dem „*Spirit*“) motivierender Gesprächsführung.

Empathie zeigen

Empathie ist eine der Hauptcharakteristiken eines erfolgreichen Therapeuten. Sie beinhaltet Respekt, Unterstützung, Wärme, einführendes Verstehen und Engagement. Empathie wurde von Miller & Rollnick als „spezifizierbare und erlernbare Fertigkeit zur Erfassung der Bedeutung des Gesagten unter Anwendung aktiven Zuhörens“ beschrieben.

Dies erfordert eine konzentrierte Aufmerksamkeit im Hinblick auf Aussage des Patienten und eine konstante Generierung von Hypothesen bezüglich der zugrundeliegenden Bedeutung. Diese angenommene Bedeutung des Gesagten wird dem Patienten reflektiert. Hierdurch wird das offen Ausgesprochene ergänzt. Der Patient wird dadurch seinerseits angeregt, dies für sich einzuordnen und der Prozess beginnt von neuem.

An dieser Stelle muss betont werden, dass Empathie erlernbar ist. Viele Personen sind der Meinung, Empathie sei ein Persönlichkeitsmerkmal, das jemand aufweise oder eben nicht und unternehmen deshalb keine Anstrengungen, ihre empathischen Fertigkeiten auszubauen. Empathie lernen heißt, zu lernen, sich auf die Person und nicht auf die Störung zu fokussieren.

Selbstwirksamkeit aufbauen

Kurzinterventionen bewirken Veränderungen, da sie beim Patienten internale veränderungszentrierte Mechanismen in Gang bringen, wobei der Möglichkeit, diese anpacken oder umsetzen zu können, bislang noch wenig Zutrauen geschenkt wurde. Dem Patienten dabei zu helfen, an seine Fähigkeit zur Veränderung zu glauben erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass eine Veränderung tatsächlich stattfindet. Dafür ist es häufig sinnvoll, auf gegenwärtige oder zurück liegende Episoden im Leben des Patienten zu schauen, bei denen diese Fähigkeiten deutlich sichtbar werden. Beispiele hierfür sind erfolgreiche Veränderungen in anderen Bereichen wie etwa eine erfolgreiche Gewichtsabnahme oder tatsächlich umgesetzte sportliche Tätigkeiten. Bei besonders verzweifelten Patienten kann es sinnvoll sein, ihre persönlichen Bemühungen, Hilfe zu suchen und ihre Bereitschaft, über ihre Probleme zu sprechen, wertgeschätzt werden. In der Regel ist die Wertschätzung und Anerkennung von Patientenbemühungen eine gute Strategie, die Selbstwirksamkeit zu fördern.

Eigenverantwortlichkeit betonen

Patienten sind oftmals bezüglich ihres Alkoholkonsums sehr ambivalent. Dies ist der Grund, weshalb Patienten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit verstärkt eine Gegenposition (d.h. verstärkten Widerstand zeigen), falls der Behandler ausschließlich in Richtung einer Reduzierung des Alkoholkonsums drängt, oder gar Abstinenz einfordert. Um dies zu verhindern, sollte der Behandler in dieser Hinsicht eine neutrale Position beziehen und betonen, dass die Entscheidung über den weiteren Umgang mit Alkohol ausschließlich beim Patienten liegt, diese Entscheidung respektiert wird, er diese jedoch selbstverantwortlich zu treffen hat. Diese Haltung des Respekts und der Neutralität ermöglicht es dem Patienten, mit seiner inneren Ambivalenz in Kontakt zu treten. Die therapeutische Strategie besteht darin, Konfrontationen (dem Patienten sagen was er tun sollte) mit dem Patienten zu vermeiden, damit der Patient in die Lage versetzt wird, interne Diskrepanzen zu entwickeln, d.h., sich tatsächlich mit seiner Ambivalenz auseinander zu setzen. Dies ist eine sehr wichtige Voraussetzung, um Veränderungen zu erzielen.

2. Die Inhalte von Kurzinterventionen

Da die zur Verfügung stehende Zeit bei der Durchführung von Kurzinterventionen knapp bemessen ist, ist es wichtig, die Elemente gut anzuwenden:

- Rückmeldung geben
- Ratschläge nur nach Erlaubnis
- Feststellen der Veränderungsbereitschaft
- Vereinbarung von Zielen und Vorgehen
- Fortschritte überwachen

Rückmeldung geben

Um Kurzinterventionen erfolgreich anzuwenden, müssen diese individuell zugeschnitten werden. In der medizinischen Primärversorgung bietet sich hier beispielsweise die Rückmeldung von Ergebnissen bereits erhobener Befunde an. Die Rückmeldung sollte nicht in einer wertenden Art und Weise oder mit Kritik erfolgen. Aktuelle Schädigungen sowie das gegenwärtige Risiko für die Gesundheit des Patienten sollten jedoch deutlich vermittelt werden. Darüber hinaus ist es wichtig, dass in Rückmeldungen auch Fähigkeiten und Stärken des Patienten zur Problembewältigung beinhalten.

Ratschläge nur nach Erlaubnis

Wie von Miller & Rollnick (2002) bereits hervorgehoben, können „Ratschläge im rechten Augenblick und richtigen Ton [...] Veränderungsprozesse beschleunigen.“ Es hat sich gezeigt, dass ein einfacher Ratschlag zur Veränderung des Alkohol- und Zigarettenkonsums von Patienten effektiv ist. Deshalb sollte ein Ratschlag immer genau dann erfolgen, wenn er benötigt wird. Erfolgt er zu früh, wird dies eher den Widerstand des Patienten erhöhen. Andererseits könnte der Patient auch leicht irritiert sein, wenn der Behandler damit zu lange wartet. Um einen Ratschlag „zum rechten Augenblick“ zu geben, bittet man den Patienten am besten vorab um seine Erlaubnis.

Hier einige Beispiele:

- *„Möchten Sie dass ich Ihnen einige Informationen zu diesem Thema gebe?“*
- *„Möchten Sie dass ich Ihnen sage, wie ich hierüber denke?“*
- *„Kann ich Ihnen einen Überblick darüber geben, worüber wir bisher gesprochen haben?“*

Diese einführenden Statements sind „Türöffner“, durch die Widerstand eher gering gehalten wird. Antwortet der Patient *„nein danke“*, ist es sehr wichtig, zu diesem Zeitpunkt keinen Ratschlag zu erteilen. Die Antwort des Behandlers könnten dann beispielsweise lauten: *„In Ordnung, falls Sie später diese Informationen haben möchten, fragen Sie mich einfach“*.

Feststellen der Veränderungsbereitschaft

Die Veränderungsstadien wurden in Sitzung 3 detailliert beschrieben. Es ist sehr wichtig, dass der Behandler das jeweilige Veränderungsstadium des Patienten identifiziert. Die Interventionen müssen dem Veränderungsstadium des Patienten angepasst werden. Zusätzlich sollten auch die Zielvorstellungen des Behandlers darauf ausrichten sein. Es kann nicht erwartet werden, dass der Patient vom Stadium der Absichtslosigkeit sofort in das Handlungsstadium überwechselt. Es kann auch vorkommen, dass sich der gleiche Patient bzgl. verschiedener Probleme in verschiedenen Stadien befindet (z. B. bzgl. eines Alkoholproblems im Stadium der Absichtslosigkeit und bzgl. Übergewicht im Stadium der Absichtsbildung). Manchmal ist sich der Therapeut möglicherweise nicht sicher, in welchem Stadium sich der Patient gerade befindet. Dann ist es ratsam den Patienten so zu behandeln, als ob er/sie sich im wenigsten fortgeschrittenen Stadium befindet. Diese Strategien minimieren möglichen Widerstand.

Vereinbarung von Zielen und Vorgehen

Der Behandler sollte sich bewusst sein, dass die Veränderung von Gewohnheiten ein langsamer Prozess ist. Deshalb sollten Kurzinterventionen so geplant werden, dass die Wahrscheinlichkeit steigt, ein gefährliches Trinkmuster langsam abzubauen. Vor dem Hintergrund dieser Langzeitstrategie können Zwischenziele etabliert werden, bei denen nicht nur der klinische Status eines Patienten, sondern auch die Veränderungsbereitschaft berücksichtigt wird. Hierbei ist es günstig, relativ leicht erreichbare Ziele zu wählen, deren Erreichung sich positiv auf die Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten auswirkt und die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass der Patient zum nächsten Termin wieder erscheint. Ungünstig wäre es, stattdessen ehrgeizige Ziele zu setzen, die schwer erreichbar sind.

Beides, die Ziele und das Vorgehen zur Erreichung der Ziele, muss mit dem Patienten „verhandelt“ und letztendlich „vereinbart“ werden. Ein solches Vorgehen hat Vorteile:

- ❖ sie bieten Informationen über die Akzeptanz der Ziele durch den Patienten,
- ❖ sie zeigen deutlich, welches die Werte und Prioritäten des Patienten sind,
- ❖ sie steigern die Selbstverpflichtung des Patienten, die vereinbarten Ziele einzuhalten
- ❖ sie bieten nützliche Informationen über die Fähigkeiten und Stärken des Patienten.

Es muss dem Patienten allerdings klar werden, dass die Vereinbarungen zwischen zwei Grenzen liegen müssen: Der Entscheidungsfreiheit des Patienten einerseits und der sachgerechten Behandlung durch den Behandler andererseits. Das heißt, dass vereinbarte Ziele und Vorgehensweisen nicht außerhalb dessen liegen können, was guter und sachgerechter klinische Praxis entspricht. Ebenso können diese nicht gegen den Willen des Patienten durchgesetzt werden. Das mag paradox erscheinen, da der Behandler eine Veränderung fördern möchte. Andererseits kann er es dem Patienten erleichtern, seine Hindernisse und seinen Widerstand gegenüber Veränderungen so objektiv wie möglich zu betrachten, ohne dass er sie in einer Diskussion mit dem Behandler verteidigen muss und dadurch an sie gebunden wird, weil der Behandler deren subjektive Bedeutung für den Patienten nicht anerkennt.

Fortschritte überwachen

Veränderung ist ein fortlaufender, langsamer Prozess. Deshalb sollte man anstelle von kurzfristigen aber intensiven Maßnahmen eher Kurzinterventionen planen, die dann aber über einen längeren Zeitraum angeboten werden. Die medizinische Primärversorgung - insbesondere die hausärztliche Versorgung - ist hierfür der ideale Ort, da

Patienten den Kontakt mit ihrem Arzt aus verschiedenen Gründen aufrecht erhalten. Dies kann genutzt werden, das „Thema Alkohol“ und das Konsumverhalten weiterzuverfolgen. Zusätzlich können Veränderungen im Trinkmuster dazu genutzt werden, eine positive Rückmeldung der objektiven und auch subjektiven Veränderungen, die der Patient erfährt, zu geben.

Bei der Durchführung von Kurzinterventionen können Patienten mit Widerstand oder mit Interesse reagieren. Deshalb sollte der Arzt sehr genau auf die Reaktionen des Patienten achten, da dies jeweils unterschiedliche Antworten erfordert. Im Folgenden sind grundlegende Herangehensweisen bei Widerstand wie auch bei engagierten Patienten kurz dargestellt:

1) Widerstand gegen eine Verhaltensänderungen: „Psychologisches Judo“

Falls Patienten in den Stadien der **Absichtslosigkeit** und der **Absichtsbildung** Widerstand gegenüber Verhaltensänderungen äußern, wird dieser Widerstand durch konfrontative Techniken noch erhöht. Hier sollten andere Strategien zum Einsatz kommen.

In ihrer Beschreibung solcher Strategien zeichnen Miller und Rollnick (2002, auf deutsch in letzter Auflage im Jahr 2009 erschienen) eine Parallele zu fernöstlicher Kampfkunst, bei der, anstatt Angriffe unter hohem Kraftaufwand abzublocken oder einen Gegenangriff zu starten, ein Kämpfer sich „mit abrollt“ und den Angriff dadurch im wesentlichen ins Leere gehen lässt.

Dies wird nun auf folgende Weise auf die Beratungssituation übertragen: falls der Behandler beginnt, über eine mögliche Verhaltensänderung zu sprechen und der Patient mit Widerstand reagiert, sollte dieser Widerstand anerkannt und akzeptieren werden, anstatt sich auf ein ermüdendes und wenig effektives Streitgespräch einzulassen. Dabei sollte die Technik des aktiven Zuhörens zum Einsatz kommen, wobei dem Patienten die Situation reflektiert wird. Wird Patienten signalisiert, dass ihr Widerstand akzeptiert wird, befinden sie sich in einer Situation, in der sie sich nicht verteidigen müssen. Sie bekommen somit die Freiheit zurück, diesen Punkt auch verlassen zu können und andere Aspekte des Problems zu betrachten. Dieser Ansatz kann Betroffene ermutigen, sich mit ihrem Widerstand bzgl. Verhaltensänderungen zu befassen, so dass diese selbst und Behandler diesen Aspekt besser verstehen können.

Mit einer anderen Strategie soll Widerstand möglichst „eingekapselt“ werden. Falls Widerstand bei bestimmten Aspekten oder Fragen eine Rolle spielt, kann der Behandler die Diskussion auf ein anderes Thema lenken oder sich auf das gleiche Thema aus einem anderen Blickwinkel konzentrieren. Ziel ist es, so lange wie möglich eine konstruktive und gemeinschaftliche Diskussion fortzuführen, ohne Hindernisse aufzubauen.

en. In der Zwischenzeit spricht der Betroffene weiter und prüft seine/ihre Gedanken und Gefühle, was wiederum Prozesse der Absichtsbildung unterstützt.

2) „Change Talk“

Wenn Patienten positiv reagieren, gibt es die Möglichkeit, die Selbstverpflichtung der Patienten *pro* Verhaltensänderung durch Hervorrufen selbstmotivierender Aussagen zu steigern (sog. „Change Talk“). Wenn uns jemand zuhört, wenn wir eine Meinung deutlich aussprechen, wird dadurch für gewöhnlich unsere Zustimmung zu dieser Meinung erhöht. Wenn eine mögliche Verhaltensänderung gestützt werden soll, ist es deshalb besonders sinnvoll, die Beratungssituation so zu gestalten, dass sich der Betroffene ermutigt fühlt, die **Gründe für eine Verhaltensänderung** zu nennen.

Nachstehend einige Beispiele dieser selbstmotivierenden Aussagen:

- *“Ich bin mir bewusst, dass ich meinen Kindern ein schlechtes Vorbild bin, wenn ich rauche“*
- *“Wenn ich körperlich aktiver wäre, würde mir das helfen, den Stress am Arbeitsplatz besser zu verarbeiten!“*
- *“Mein Vater starb an einem Herzschlag und ich möchte nicht, dass mir das auch passiert. Ich weiß dass ich durch eine Veränderung meines Lebensstils das Risiko verringern könnte“*
- *“Ich mag es nicht, übergewichtig zu sein. Ich fühle mich unattraktiv und werde schnell müde“*

Selbstmotivierende Aussagen können beispielsweise durch folgende Fragen provoziert werden:

- *“Sie haben einiges aufgeführt, was Ihnen am Rauchen gefällt. Machen Sie sich über irgendwas dabei Sorgen?“*
- *“Haben Sie darüber nachgedacht, etwas an Ihrem gewohnten Lebensstil zu verändern?“*
- *“Glauben Sie, dass es für Sie von Vorteil wäre, Ihre Gewohnheiten zu verändern?“*

„Change Talk“ kann auf verschiedene Weise initiiert und geführt werden: als Ausdruck des Interesses, Bedenken etc. Die stärksten selbstmotivierenden Aussagen sind jedoch diejenigen, die auch die Selbstverpflichtung des Patienten zum Ausdruck bringen.

ARBEITSBLATT 13

Rückfallprävention: Menschen auf dem Weg zur Genesung helfen

Im Stadium der Aufrechterhaltung befinden sich Personen in der Phase fortgesetzter Verhaltensänderung. Neue Bewältigungsstrategien werden erlernt, um Rückfälle zu vermeiden und einen neuen, gesünderen Lebensstil für sich zu etablieren. Allerdings gelingt es nur etwa 20 % aller Menschen, jahrelang bestehende Verhaltensprobleme beim ersten Veränderungsversuch tatsächlich dauerhaft zu meistern. Die meisten Menschen fallen zumindest vorübergehend in alte Verhaltensmuster zurück, bevor sie es erneut versuchen.

Die umfangreichste Arbeit zum Thema Rückfallgeschehen und wie man Menschen auf dem Weg zur Genesung unterstützen kann, wurde von Alan Marlatt vorgestellt. Die Ideen von Marlatt & Gordon (1985) wurde später von anderen überarbeitet und weiter entwickelt (Society for the Study of Addiction, 1996) und stellt ein hilfreiches Rahmenkonzept für die klinische Arbeit dar.

Was kann einen Rückfall herbeiführen?

Rückfälle passieren in den meisten Fällen dann, wenn:

- Personen negative Emotionen erleben und diese verbessern wollen (d.h. sich besser fühlen wollen, wenn es ihnen schlecht geht),
- Personen positive Emotionen noch steigern wollen (d.h., sich noch besser fühlen wollen, wenn es ihnen bereits gut geht),
- Personen der Versuchung nachgeben,
- Personen sich sozialem Druck ausgesetzt sehen.

Rückfälle vermeiden

Menschen müssen einerseits Fertigkeiten besitzen, um mit solchen Situationen gut umgehen zu können und diese zu bewältigen und andererseits müssen sie noch das Zutrauen in sich haben, dies auch tatsächlich umsetzen zu können (Selbstwirksamkeitserwartung). Jedes Mal wenn in einer potentiell schwierigen Situation ein möglicher Rückfall erfolgreich vermieden wird, verstärkt sich die Selbstwirksamkeitserwartung und damit die Wahrscheinlichkeit, dass diese erfolgreiche Strategie auch das nächste Mal erfolgreich angewandt wird. Menschen können sich auf derartige Risikosituationen vorbereiten, wenn sie sich im Stadium der Aufrechterhaltung befinden.

Im Hinblick auf zukünftige, potentiell kritische, Situationen können diese beispielsweise – soweit vorhersehbar – aufgelistet werden, um sich so gezielter auf diese vorzubereiten und besser bewältigen zu können.

Weiterhin können Personen eine Reihe hilfreicher Bewältigungsstrategien an die Hand gegeben werden, die in schwierigen Situationen hilfreich sind und auf den allgemeinen Prinzipien der Gegenkonditionierung, Kontrolle der Umwelt oder der Nutzung hilfreicher Beziehungen aufbauen:

- Sozial sicheres Verhalten im Umgang mit sozialem Druck
- Techniken der Angst- oder Ärgerbewältigung um mit diesen negative Emotionen besser umgehen zu können
- Nutzung sozialer Unterstützung zur besseren Bewältigung anderer negativer Emotionen
- Strategien zur Ablenkung von Alkoholverlangen
- Veränderung gewohnter Abläufe um Situationen aus dem Weg zu gehen, in denen die Versuchung besonders groß ist.

Ausrutscher und Rückfälle

Häufig nehmen sich Personen fest vor, an ihrem neuen Verhalten tatsächlich strikt festzuhalten (z.B. auch weiterhin nicht zu rauchen, sich gesunde zu ernähren, intensiv Sport zu treiben, etc.), kommen aber gelegentlich von diesem Weg ab. Viele geben dann auf und glauben, versagt zu haben und dass nun ein kompletter Rückfall unvermeidlich ist. Sie fühlen sich schuldig und machen sich dafür verantwortlich. Sie verlieren das Vertrauen in ihre Bewältigungsstrategien und empfinden es zunehmend schwieriger, wieder zurück zu ihrem Weg eines gesunden Lebens wieder einzuschlagen. Jeder Rückfall beginnt mit einem „Ausrutscher“, aber nicht jeder „Ausrutscher“ muss auch unbedingt zu einem Rückfall führen. Menschen können lernen, mit ihren „Ausrutschern“ umzugehen und schnell wieder „auf Kurs“ zu kommen. Es ist möglich eine Zigarette zu rauchen, ohne gleich wieder zu einem Raucher zu werden.

Hilfe bei der Genesung

Ausrutscher und Rückfälle können eine Menge über unsere Gewohnheiten und Veränderungsversuche aussagen. Wir müssen jedoch akzeptieren, dass unsere erste Reaktion Enttäuschung, Wut oder Frustration sein kann.

Wenn wir diese Gefühle angenommen haben, kann uns die Identifizierung der Auslöser des Ausrutschers oder Rückfalls helfen herauszufinden, welche Situationen „Hochrisikosituationen“ sind und welche Art von Bewältigungsstrategien entwickelt

werden müssen, um diesen in der Zukunft besser begegnen zu können.

Es kann hilfreich sein, folgendes zu explorieren:

- Hatte die Person ausreichend gute Gegenkonditionierungstechniken? Müssen zusätzliche entwickelt werden? (d.h., gibt es noch spezielle Bereiche, wie beispielsweise das Erreichen von Entspannung, die nur über das Problemverhalten befriedigt werden können, bzw. erreichbar sind?)
- Stand ausreichende soziale Unterstützung zur Verfügung? Können die existierenden hilfreichen Beziehungen gestärkt oder kann dies weiter ausgebaut werden?
- Hat diese Erfahrung eine Notwendigkeit für eine Fachbehandlung erkennen lassen?
- War diese Person wirklich bereit für eine Veränderung oder war der Versuch verfrüht? Ist es eine gute Idee, es wieder zu versuchen oder bedarf es verstärkter Absichtsbildung oder Vorbereitung?

In ähnlicher Weise kann auch aus erfolgreichen Versuchen gelernt werden, wie Ausrutscher in Risikosituationen vermieden werden können. Dies kann verdeutlichen, welche Bewältigungsstrategien funktionieren und wie sich diese Fertigkeiten entwickeln. Darüber hinaus wird hierdurch die Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt.

ARBEITSBLATT 14

Diagnostische Kriterien der Alkoholabhängigkeit

Es ist sehr wahrscheinlich, dass wir beim Screening des Alkoholkonsums nicht nur auf Menschen stoßen, die einen gefährlichen Alkoholkonsum aufweisen, sondern auch auf Menschen, die bereits weitergehende Probleme mit oder durch Alkohol haben oder die sehr hohe Konsummengen aufweisen. Um Alkoholabhängigkeit zu diagnostizieren stehen zwei internationale diagnostische Klassifikationssysteme zur Verfügung: Das „*Diagnosis and Statistics Manual of Mental Disorders*“ (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV) sowie die „*International Classification of Diseases*“ (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10).

Kriterien der ICD-10

Die Diagnose einer Abhängigkeit sollte nur dann vergeben werden, wenn drei oder mehrere der nachstehenden Kriterien gleichzeitig während der letzten 12 Monate aufgetreten sind:

- Ein starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums (d.h.: Tremor, Schweiß, hohe Herzfrequenz, Angst, Insomnie, weniger häufig: epileptische Anfälle, Desorientierung oder Halluzinationen) oder die Aufnahme von Alkohol, um Entzugssymptome zu mildern.
- Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichte Wirkung hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung, depressive Verstimmung infolge starken Alkoholkonsums oder alkoholbedingte Störung kognitiver Funktionen.

Patienten, die einen gefährlichen oder schädlichen Alkoholkonsum aufweisen und solche Patienten, bei denen aufgrund klinischer Erwägungen ein Verdacht auf gefähr-

lichen Konsum besteht, können von weiterführenden Untersuchungen profitieren. Ein Instrument erster Wahl ist der 10 Fragen umfassende *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) der WHO. Ein Ergebnis von 20 oder mehr Punkten legt eine Alkoholabhängigkeit nahe und kann eine Überweisung der Patienten in eine Facheinrichtung für eine weitergehende diagnostische Abklärung und Behandlung notwendig machen. Eine Alkoholabhängigkeit kann mit Hilfe eines Alkoholabhängigkeitmoduls des *WHO Composite International Diagnostic Interview* (CIDI-SF 12 months, WHO 2002) gemessen werden. Eine positiven Antwort bei vier oder mehrere der insgesamt sieben Fragen legt eine Alkoholabhängigkeit nahe (Fragen 1.1 und 6.1 werden nicht gewertet).

CIDI-SF 12 Monate zur Messung einer Alkoholabhängigkeit

1	Gab es während der letzten 12 Monate Zeiten, zu denen Ihr Alkoholkonsum oder dessen Folgen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz, in der Schule oder zuhause zur Folge hatte? 1 Ja 2 Nein
1.1	Falls ja, wie häufig im letzten Jahr? 1 Ein- oder zweimal 2 zwischen 3 und 5 mal 3 zwischen 6 und 10 mal 4 zwischen 11 und 20 mal 5 mehr als 20 mal
2	Waren Sie während der letzten 12 Monate unter Einfluss von Alkohol in Situationen, in denen Sie sich Schaden hätten zufügen können, wie z. B. beim Autofahren, beim Hantieren mit Messern oder Waffen, beim Bedienen von Maschinen oder sonstigem? 1 Ja 2 Nein
3	Hatten Sie während der letzten 12 Monate emotionale oder seelischen Probleme infolge des Konsum von Alkohol wie z. B. Interesselosigkeit, depressive Verstimmungen, Misstrauen gegenüber Menschen, paranoide oder andere seltsame Gedanken? 1 Ja 2 Nein
4	Hatten Sie während der letzten 12 Monate ein starkes Verlangen oder Drang nach Alkohol, dem Sie nicht widerstehen konnten? 1 Ja 2 Nein

5	<p>Gab es während der letzten 12 Monate eine Zeitspanne von einem Monat oder mehr, in der Sie Sie viel Zeit für den mit dem Konsum von Alkohol oder mit den Nachwirkungen des Alkohols (z.B. einem Kater) beschäftigt waren?</p> <p>1 Ja 2 Nein</p>
6	<p>Hatten Sie während der letzten 12 Monate oft mehr oder über einen längeren Zeitraum getrunken, als Sie beabsichtigt hatten?</p> <p>1 Ja 2 Nein</p>
6.1	<p>Falls ja, wie häufig im letzten Jahr?</p> <p>1 Ein- oder zweimal 2 zwischen 3 und 5 mal 3 zwischen 6 und 10 mal 4 zwischen 11 und 20 mal 5 mehr als 20 mal</p>
7	<p>Gab es während der letzten 12 Monate Zeiten zu denen Sie viel mehr Alkohol als vorher trinken mussten, um die gleiche Wirkung wie vorher zu erzielen?</p> <p>1 Ja 2 Nein</p>

Erhöhte Werte des GGT-Serumspiegels, der Aminotranferasen, der CDT- oder MCV-Werte sind häufig Folge von Alkoholkonsum. Da diese Tests als Teil biochemischen Testreihen erhoben werden, sollte ein Arzt bei einem erhöhten Spiegel das mögliche Vorhandensein gefährlichen oder schädlichen Alkoholkonsums oder einer Alkoholabhängigkeit in Erwägung ziehen.

ARBEITSBLATT 15

Pharmakologische Behandlung der Alkoholabhängigkeit

Handhabung von Entzugssymptomen

Bei Menschen, die eine körperliche Alkoholabhängigkeit aufweisen, werden höchstwahrscheinlich 6 bis 24 Stunden nach dem letzten Konsum Entzugssymptome auftreten. In diesem Fall empfiehlt sich die Gabe von Diazepam zur Behandlung von Entzugssymptomen, da es eine lange Halbwertszeit und eine nachgewiesene Wirksamkeit hat. Die therapeutische Standardbehandlung beträgt eine regelmäßige Gabe von Diazepam über zwei bis zu zwölf Tage und sollte danach nicht fortgesetzt werden, um das Risiko einer Abhängigkeit zu vermeiden. Die nachstehende Tabelle führt die empfohlenen Dosen einer Diazepamgabe auf. Die exakte Medikation sollte abhängig von der Schwere der Abhängigkeit und der Entzugssymptome zwischen diesen Angaben liegen:

Tag	Diazepam (5 mg Kps.)	
	Niedrig	Hoch
1	1-1-1	4-4-4
2	1-0-1	4-3-4
3	0-0-1	3-3-4
4	Ende	3-3-3
5		3-2-3
6		2-2-3
7		2-1-3
8		1-1-3
9		1-1-2
10		1-1-1
11		1-0-1
12		0-0-1
13		Ende

Falls der Patient eines oder mehrere der nachstehenden Symptome aufweist, wird empfohlen, Diazepamdosis zur Behandlung des Entzugssyndroms einzusetzen:

- Delirium tremens oder epileptische Anfälle in der Vorgeschichte
- Morgendliche Entzugssymptome
- Alkoholkonsum ist erste Handlung des Tages
- Patient ist zur Medikamenteneinnahme bereit
- Aktuell Entzugssymptome
- Kritischer körperlicher Zustand

Falls der Patient sich einer Entgiftung unterzieht, muss festgelegt werden, ob eine Überweisung in eine Facheinrichtung empfehlenswert ist, oder ob der er/ sie im Rahmen der Primärversorgung behandelt werden kann. Ein Patient sollte in eine suchtspezifische Facheinrichtung oder ggf. eine Notaufnahme überwiesen werden, wenn nachstehende Konditionen zutreffen:

- Frühere, nicht erfolgreiche Behandlungsversuche
- Schwere Komplikationen:
 - ✓ Risiko mittelgradiger bis schwerer Entzugssymptome.
 - ✓ Schwerwiegende körperliche Erkrankung.
 - ✓ Keine Unterstützung im sozialen Umfeld.
 - ✓ Psychische Komorbidität.
 - ✓ Regelmäßiger Gebrauch anderer Suchtmittel.
- Behandlung kann im vorliegenden Setting nicht gewährleistet werden.

Falls eine Entscheidung für eine ambulante Entgiftung im Rahmen der Primärversorgung getroffen wird, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Tägliche Konsummenge unter 25 Standardgetränken pro Tag.
- Keine schwerwiegenden medizinischen oder psychischen Komplikationen
- Patient erklärt sich bereit:
 - ✓ Alkoholabstinenz während der Entzugsbehandlung einzuhalten.
 - ✓ zuhause zu bleiben.
 - ✓ riskantes Verhalten zu vermeiden.
- Ein Verwandter ohne Suchtprobleme muss für die Kontrolle der Medikamenteneinnahme und Begleitung der Behandlung verantwortlich sein.
- Keine Lagerung alkoholischer Getränke zuhause während der Entzugsbehandlung
- Täglicher Kontakt mit Hausarzt oder anderem medizinischem Personal (persönlich oder per Telefon)

Kontraindikationen für eine ambulante Entgiftung sind:

- Orientierungsstörungen oder Halluzination.
- Komplizierter Entzug in der Vorgeschichte.
- Epileptische oder Krampfanfälle.
- Schlechter Ernährungszustand.
- Schweres Erbrechen oder Diarrhoe.
- Suizidrisiko.
- Schwere Abhängigkeit in Kombination mit der Verweigerung täglicher Kontakte.
- Fehlen einer Unterstützung im häuslichen Umfeld.
- Unkontrollierbare Entzugssymptome.
- Akute körperliche oder seelische Erkrankung.
- Polysubstanzgebrauch.
- Häusliches Umfeld unterstützt die Abstinenz nicht

Behandlung der Alkoholabhängigkeit

Einige Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit remittieren ohne professionelle Hilfe, nicht jeder mit einer Alkoholabhängigkeit bedarf unbedingt einer Behandlung in einer Facheinrichtung, obwohl dies bei den meisten Personen der Fall ist. Eine Suchtbehandlung setzt sich aus verhaltensorientierten und pharmakotherapeutischen Behandlungselementen zusammen. Unter den effektivsten Ansätzen befinden sich das Soziale Kompetenztraining, der „Community Reinforcement“-Ansatz, oder die verhaltenstherapeutische Paartherapie. Als effektiv haben sich therapeutische Ansätze dann erwiesen, wenn es gelingt, die Kompetenzen der Patienten, ihren Alkoholkonsum einzuschränken oder zu stoppen über den Erwerb von Selbstmanagementfertigkeiten in den Mittelpunkt zu stellen, wenn die Veränderungsmotivation der Patienten berücksichtigt und möglichst noch gesteigert wird, oder wenn durch die Interventionen das System sozialer Unterstützung stabilisiert, bzw. gestärkt wird. Im Bereich der Pharmakotherapie haben sich Acamprosat, der Opiatantagonist Naltrexon und Disulfiram als wirksam erwiesen.

Bei Acamprosat handelt es sich um einen NMDA/Glutamatmodulator, der sich in klinischen Studien durch höhere Abstinenzraten alkoholabhängiger Patienten nach Alkoholentzug (Follow-Up-Zeiträumen über 6 und 12 Monaten) als wirksam erwiesen hat. Dieser Effekt hält auch nach Behandlungsende an. Die empfohlene Tagesdosis beträgt 2g, die entweder über 2 Tabletten alle 8 Stunden oder 3 Tabletten alle 12 Stunden, verabreicht werden können.

Naltrexon ist ein Opiatantagonist, der sich ebenfalls bezüglich der Reduzierung von Rückfallraten alkoholabhängiger Patienten als effektiv erwiesen hat, wenn die Subs-

tanz für drei Monate verabreicht wird. Die Wirkung lässt nach, wenn die Medikation abgesetzt wird. Sie wird in einer einmalig verabreichten Tagesdosis von 50 mg als Tablette gegeben.

Disulfiram hemmt den Metabolismus der Alkoholdehydrogenase. Obwohl in klinischen Studien bzgl. der Effizienz dieser Substanz widersprüchliche Ergebnisse zutage gefördert wurden, erscheint der Einsatz insbesondere bei solchen Patienten sinnvoll, die Schwierigkeiten haben, ihre Entscheidung zum Alkoholverzicht aufrechtzuerhalten. Die empfohlene Dosis beträgt 250mg täglich, die als Einmalgabe verabreicht wird. Kalziumcyanamid zeigt ähnliche Effekte wie Disulfiram, hat jedoch den Nachteil einer sehr kurzen Halbwertszeit, sodass es zweimal täglich verabreicht werden muss.

Während sich die Wirkung von Acamprosat und Naltrexon auf die Reduktion des Trinkverlangens bezieht (*Anticraving Substanzen*), basiert der Effekt von Disulfiram und Kalziumcyanamid auf ihrer aversiven Wirkung, die Patienten erfahren, wenn sie nach Einnahme des Medikaments Alkohol trinken (*antidipsotrophe Substanz*).

Methoden, die sich als ineffektiv erwiesen haben, sind solche, mit denen versucht wird, Patienten zu „erziehen“, bei denen konfrontativ vorgegangen wird, auf einen Schockeffekt gesetzt wird und bei denen hauptsächlich die Einsicht des Patienten in Struktur und Ursachen der Alkoholabhängigkeit im Mittelpunkt steht. Auch eine „Pflichtteilnahme“ bei Treffen der Anonymen Alkoholiker hat sich als nicht effektiv erwiesen. Es konnte bisher nicht nachgewiesen werden, dass die Behandlungsergebnisse dann besser sind, wenn Patienten zu bestimmten Behandlungstypen „gematcht“ werden.

Wie das beste Modell für die Beziehung zwischen Primärversorgung und Facheinrichtungen aussehen könnte, ist unklar, obwohl es scheint, dass sich über einen integrierten Ansatz bessere Ergebnisse als mit einem System separater Behandlungsebenen erzielen lassen. Nachsorge kann das Rückfallrisiko reduzieren. Deshalb ist es im Bereich der medizinischen Primärversorgung wichtig, den Kontakt mit Patienten, die wegen einer Alkoholabhängigkeit in Behandlung sind und nicht mehr mit einer Facheinrichtung in Kontakt stehen, über einen längeren Zeitraum beizubehalten.

ARBEITSBLATT 16

Bewertungsbogen

Bitte kreuzen Sie das Feld an, das ihre Gedanken über die jeweilige Zielsetzung am besten beschreibt.

Inwieweit fühlen Sie sich am Ende des Kurses in der Lage:

	gar nicht	ein wenig	überwiegend	sehr
Ermittlung des Alkoholkonsums in alkoholischen Standardgetränken pro Woche				
Erkennen von Patienten mit schädlichem Alkoholkonsums anhand der wöchentlichen Trinkmenge				
Erkennen von Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum unter Anwendung des AUDIT				
Erkennen von Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum unter Anwendung des AUDIT-C				
Das Models der Veränderungsstadien nach Prochaska und DiClemente beschreiben				
Grundlegende Charakteristika einer Kurzintervention beschreiben				
Einen einfachen Ratschlag für Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum unter Einbezug seines/ihres Veränderungsstadiums geben				
Nennung typischer Formen, Widerstand gegen gesundheitsfördernde Maßnahmen zu zeigen				
Auf den Widerstand eines Patienten in einer Weise reagieren, die keine Eskalation provoziert				
Klientenzentrierter Informationsaustausch				

	gar nicht	ein wenig	überwiegend	sehr
Problemen auflisten, die mit schwerem Alkoholkonsum und Intoxikation in Zusammenhang stehen				
Die ICD-Kriterien der Alkoholabhängigkeit nennen				
Die wichtigsten Kriterien einer Überweisung von Patienten an eine Fachklinik für Alkoholabhängige nennen				
Die ambulante Entgiftung eines Patienten mit einem Alkoholkonsum von 150 g/Tag durchführen				

Bitte geben Sie hier noch Kommentare und Vorschläge zu folgenden Punkten:

Geschwindigkeit des Kurses

.....

.....

.....

Die verwendeten Methoden

.....

.....

.....

Kursmaterialien (Infoblätter und visuelle Hilfsmittel)

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



VIII. Folien



Projekt PHEPA

TRAININGSPROGRAMM FOLIEN

Inhalte des Trainingsprogramms

- **Sitzung 1:** Einleitung und grundlegende Begriffe
- **Sitzung 2:** Früherkennung
- **Sitzung 3:** Kurzintervention I
- **Sitzung 4:** Kurzintervention II
- **Sitzung 5:** Alkoholabhängigkeit
- **Sitzung 6:** Implementierung des Programms

Erste Sitzung: Einleitung und grundlegende Konzepte

- **Einleitung**
- **Gesundheit und soziale Kosten**
- **Alkohol und medizinische Primärversorgung**
- **Alkoholisches Standardgetränk**
- **Trinkmuster**
- **Ausmaß des Risikos**
- **Interventionskriterien**

PHEPA Project

3

WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-related problems in Primary Health Care

- **PHASE I (1983-1989)**
Entwicklung des AUDIT Screening-Instruments
- **PHASE II (1985-1992)**
Wissenschaftliche Studien zur Effektivität von Kurzinterventionen
- **PHASE III (1992-1998)**
Entwicklung von Strategien bzgl. Publizität, Training und Unterstützung zur Implementierung in der medizinischen Primärversorgung.
- **PHASE IV (1998-2004)**
Verbreitung und weitreichende Implementierung alkoholbezogener Frühintervention in der medizinischen Primärversorgung.

PHEPA Project

4

Projekt PHEPA

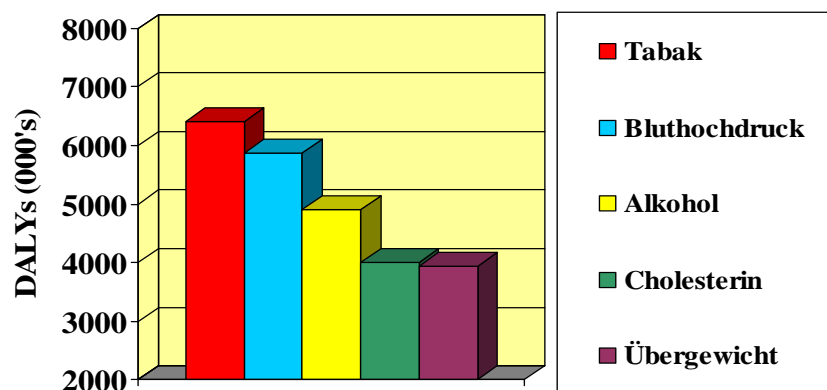
➤ **Ziel:** Die Integration gesundheitsfördernder Maßnahmen bei gefährlichem oder schädlichem Alkoholkonsum in die täglichen Arbeitsabläufe der primärmedizinischen Versorgung. **Maßnahmen :**

- ✓ Europäische Empfehlungen und klinische Leitlinien für Anbieter und Empfänger
- ✓ Europäisches Trainingsprogramm für die medizinische Primärversorgung
- ✓ Umfassendes Internetangebot zu praktischen Aspekten

PHEPA Project

5

Die 5 größten Risikofaktoren für Gesundheitsprobleme und vorzeitigen Tod, Europa

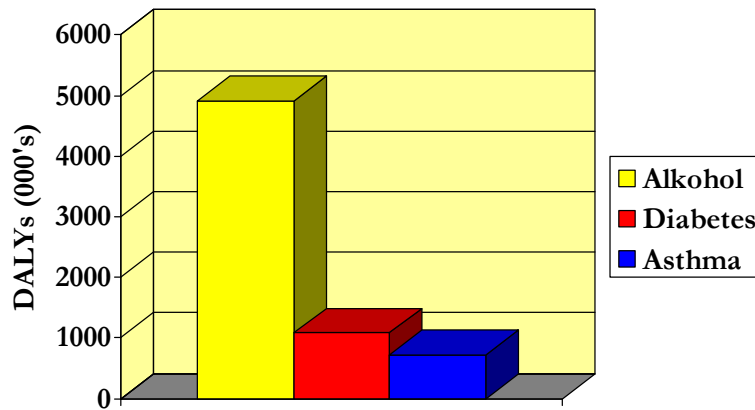


Quelle: World Health Organization (2002) The World Health Report 2002. *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva; World Health Organization. "Das Maß "disability adjusted life year" (DALY) gibt Auskunft über die "verlorenen Lebensjahre" durch Tod oder Krankheit, gewichtet nach der Schwere der Gesundheitsprobleme

PHEPA Project

6

Alkohol ist ein wichtigerer Faktor für Gesundheitsprobleme und vorzeitigen Tod als Diabetes und Asthma



Quelle: World Health Organization (2002) The World Health Report 2002. *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva; World Health Organization.
 *Das Maß "disability adjusted life year" (DALY) gibt Auskunft über die "verlorenen Lebensjahre" durch Tod oder Krankheit, gewichtet nach der Schwere der Gesundheitsprobleme

PHEPA Project

7

Auf Alkoholkonsum rückführbarer Anteil, europäische Männer (%)

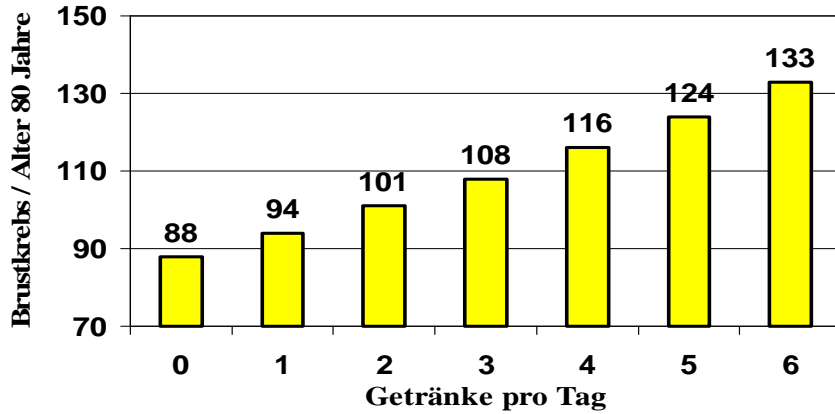
- Leberzirrhose 63
- Hämorrhagische Apoplexie 26
- Mund- und Oropharynxkarzinom 41
- Ösophaguskarzinom 46
- Andere Krebsformen 11
- Suizid 41
- Andere vorsätzliche Verletzungen 32
- Verkehrsunfälle 45
- Andere Unfälle 32

Quelle: World Health Organization (2002) The World Health Report 2002. *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva; World Health Organization.

PHEPA Project

8

Brustkrebsrisiko



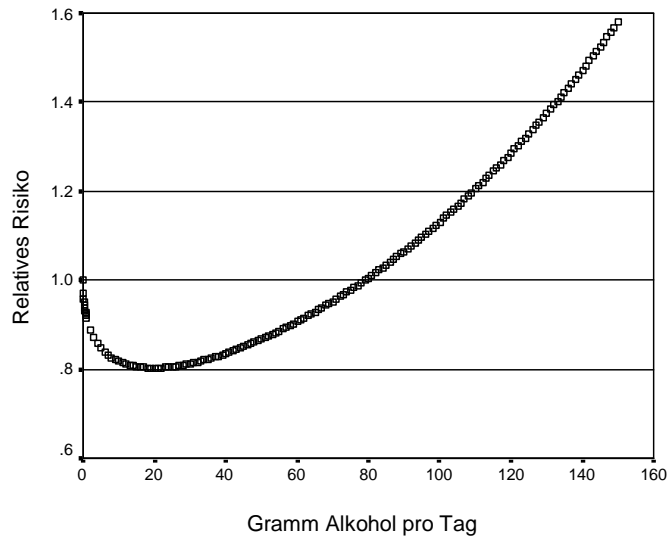
Kumulative Inzidenz von Brustkrebs pro 1000 Frauen (Alter: 80 Jahre) in Relation zur Zahl alkoholischer Standardgetränke pro Tag

Quelle: Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002) British Journal of Cancer 87 1234-1245.

PHEPA Project

9

Risiko koronarer Herzerkrankungen

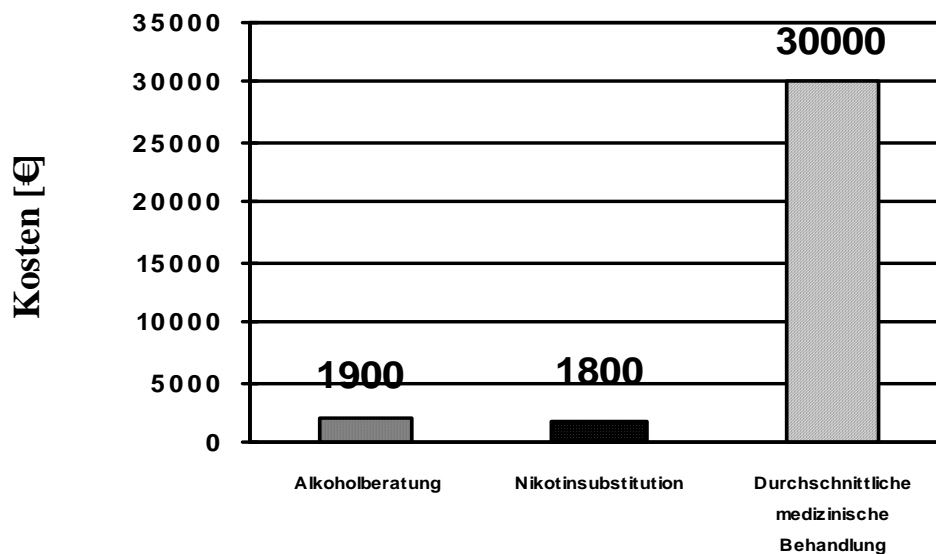


Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A & Poikolainen K. (2000) Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis Addiction 94, 649-663.

PHEPA Project

10

Kosten pro Jahr zur Prävention von Gesundheitsproblemen und Todesfällen



PHEPA Project

11

Alkoholisches Standardgetränk

- Ein alkoholisches Standardgetränk enthält 10 g Alkohol. Zum Beispiel:
 - ✓ 330 ml Bier mit 5% Volumenanteil Alkohol
 - ✓ 140 ml Wein mit 12% Volumenanteil Alkohol
 - ✓ 90 ml verstärkter Wein (z.B. Sherry) mit 18% Volumenanteil Alkohol
 - ✓ 70 ml eines Liqueurs oder Aperitifs mit 25% Volumenanteil Alkohol
 - ✓ 40 ml Sprituosen mit 40% Volumenanteil Alkohol

PHEPA Project

12

Trinkmuster

- **GEFÄHRLICHER ALKOHOLKONSUM:** Konsummengen oder -muster, bei denen langfristig eine Schädigung zu erwarten ist, falls dieses beibehalten wird.
- **SCHÄDLICHER ALKOHOLKONSUM:** Konsummuster, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Dies kann eine körperliche oder psychische Störung sein. Im Gegensatz zum „gefährlichen Konsum“ muss hier bereits eine Schädigung vorliegen.
- **ALKOHOLABHÄNGIGKEIT:** Cluster von physiologischen, behavioralen und kognitiven Phänomenen, bei denen eine betroffene Person dem Alkoholkonsum gegenüber anderen Tätigkeiten, die ursprünglich einen höheren Wert besaßen, nun eine sehr viel höhere Priorität einräumt. Ein zentrales Kriterium ist das Verlangen, Alkohol zu trinken. Ein Rückfall nach einem Zeitraum der Abstinenz ist oft mit einer schnellen Rückkehr der Syndrommerkmale verbunden.

Risikostufen & Interventionskriterien

Risiko	Kriterien	Intervention	Aufgaben der med. Primärversorgung
Niedrig	<280g/w Männer <168g/w Frauen* AUDIT-C<5 Männer AUDIT-C<4 Frauen AUDIT<8	Primärprävention	Gesundheitliche Aufklärung, Befürwortung, Rollenmodell
Gefährlich	280-349 g/w Männer 140-209 g/w Frauen* AUDIT-C=5 Männer AUDIT-C=4 Frauen AUDIT 8-15	Intervention	Identifizierung, Beurteilung, kurzer Ratschlag
Schädlich	=350g/w Männer =210 g/w Frauen* Schädigung feststellbar AUDIT 16-19	Einfacher Ratschlag und Kurzberatung sowie kontinuierliche Überwachung	Identifizierung, Beurteilung, kurzer Ratschlag, Nachsorge
Hoch (Alkoholabhängigkeit)	ICD-10 Kriterien AUDIT=20	Fach-Behandlung	Identifizierung, Beurteilung, Überweisung, Nachsorge

*Jeglicher Konsum bei schwangeren Frauen, Jugendlichen unter 16 Jahren oder beim Vorliegen von Erkrankungen oder Behandlungen, bei denen Alkoholkonsum kontraindiziert ist.

Quelle: Anderson P. Alcohol and Primary Health Care. Copenhagen: WHO Regional Publications 1996; 64

Zweite Sitzung: Früherkennung

- Identifizierung gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsums:
 - ✓ AUDIT
 - ✓ AUDIT-C
- Stufen der Implementierung
- Effektivität von Kurzinterventionen

Der “Alcohol Use Disorders Identification Test” (AUDIT)-1

1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?

nie (0 Punkte)	Weniger als ein mal im Monat / ein mal im Monat (1 Punkt)	2-4 mal im Monat (2 Punkte)	2-3 mal pro Woche (3 Punkte)	4 mal pro Woche oder mehr (4 Punkte)
-------------------	---	--------------------------------	---------------------------------	--

2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?

1 oder 2 (0 Punkte)	3 oder 4 (1 Punkt)	5 oder 6 (2 Punkte)	7 bis 9 (3 Punkte)	10 und mehr (4 Punkte)
------------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------	---------------------------

3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol am Tag?

nie (0 Punkte)	Weniger als ein mal im Monat (1 Punkt)	monatlich (2 Punkte)	wöchentlich (3 Punkte)	Täglich oder fast täglich (4 Punkte)
-------------------	--	-------------------------	---------------------------	--

4. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?

nie (0 Punkte)	Weniger als ein mal im Monat (1 Punkt)	monatlich (2 Punkte)	wöchentlich (3 Punkte)	Täglich oder fast täglich (4 Punkte)
-------------------	--	-------------------------	---------------------------	--

5. Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man an Sie in der familie, im Freundeskreis und im Berufsleben hat, nicht mehr erfüllen konnten?

nie (0 Punkte)	Weniger als ein mal im Monat (1 Punkt)	monatlich (2 Punkte)	wöchentlich (3 Punkte)	Täglich oder fast täglich (4 Punkte)
-------------------	--	-------------------------	---------------------------	--

Reproduced with permission from the World Health Organization

Der AUDIT - 2

6. Wie oft brauchten Sie während der letzten 12 Monate am Morgen ein alkoholisches Getränk, um sich nach einem Abend mit viel Alkoholgenuss wieder fit zu fühlen?

nie (0 Punkte)	Weniger als ein mal im Monat (1 Punkt)	monatlich (2 Punkte)	wöchentlich (3 Punkte)	Täglich oder fast täglich (4 Punkte)
-------------------	--	-------------------------	---------------------------	--

7. Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?

nie (0 Punkte)	Weniger als ein mal im Monat (1 Punkt)	monatlich (2 Punkte)	wöchentlich (3 Punkte)	Täglich oder fast täglich (4 Punkte)
-------------------	--	-------------------------	---------------------------	--

8. Wie oft haben Sie sich während der letzten 12 Monate nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?

nie (0 Punkte)	Weniger als ein mal im Monat (1 Punkt)	monatlich (2 Punkte)	wöchentlich (3 Punkte)	Täglich oder fast täglich (4 Punkte)
-------------------	--	-------------------------	---------------------------	--

9. Haben Sie sich oder eine andere Person schon einmal unter Alkoholeinfluss verletzt?

Nein (0 Punkte)	Ja, aber nicht im letzten Jahr (2 Punkte)	Ja, während des letzten Jahres (4 Punkte)
--------------------	--	--

10. Hat ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen Ihres Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie ihren Alkoholkonsum einschränken?

no (0 points)	yes, not during the last year (2 points)	yes, during the last year (4 points)
------------------	---	---

Reproduced with permission from the World Health Organization

PHEPA Project

17

Der AUDIT-C

1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?

nie (0 Punkte)	Wniger als ein mal im Monat / ein mal im Monat (1 Punkt)	2-4 mal im Monat (2 Punkte)	2-3 mal pro Woche (3 Punkte)	4 mal pro Woche oder mehr (4 Punkte)
-------------------	--	--------------------------------	---------------------------------	--

2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?

1 oder 2 (0 Punkte)	3 oder 4 (1 Punkt)	5 oder 6 (2 Punkte)	7 bis 9 (3 Punkte)	10 und mehr (4 Punkte)
------------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------	---------------------------

3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol am Tag?

nie (0 Punkte)	Weniger als ein mal im Monat (1 Punkt)	monatlich (2 Punkte)	wöchentlich (3 Punkte)	Täglich oder fast täglich (4 Punkte)
-------------------	--	-------------------------	---------------------------	--

PHEPA Project

18

SIAC (Systematic Inventory of Alcohol Consumption)

- Wie viele alkoholischen Getränke nehmen Sie an Tagen zu sich, an denen Sie Alkohol (Wein, Bier, etc) trinken? (in der Einheit "alkoholisches Standardgetränk", ASG)
- Wie oft? (Anzahl der Trinktage pro Woche)
- Wechseln Sie an Wochenenden (Arbeitstagen) ihre Trinkgewohnheiten?
- Dokumentation (in ASG):

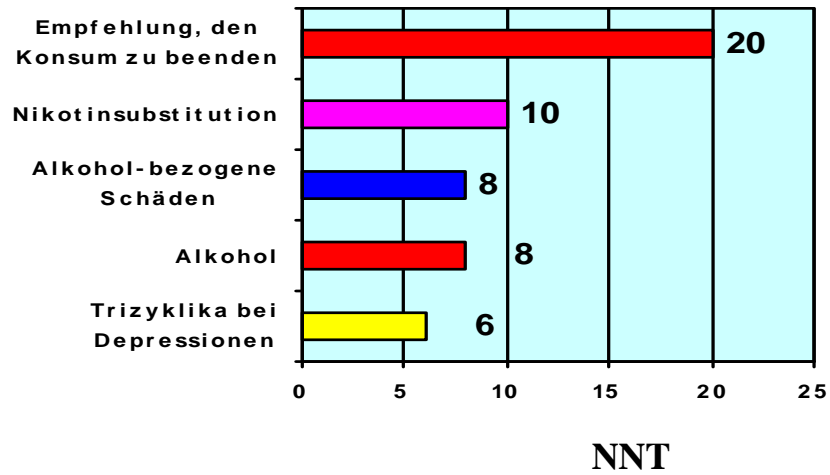
	Quantität	Tage	Summe
Trinken an Arbeitstagen			
Trinken an Wochenenden			

1 ASG = 10 g.
 Risikotrinken: > 28 ASG pro Woche bei Männern
 > 17 ASG pro Woche bei Frauen

Implementierungsstufen

- **Niedrig:** Screening gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsums in speziellen Populationen (Schwangere, Nachkommen Alkoholabhängiger, etc.)
- **Standard:** Screening gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsums in Gruppen mit bekannt hohem Alkoholkonsum (Männer zwischen 20 und 50 Jahre, etc.)
- **Maximum:** Systematisches Screening und Kurzratschläge in der Gesamtpopulation

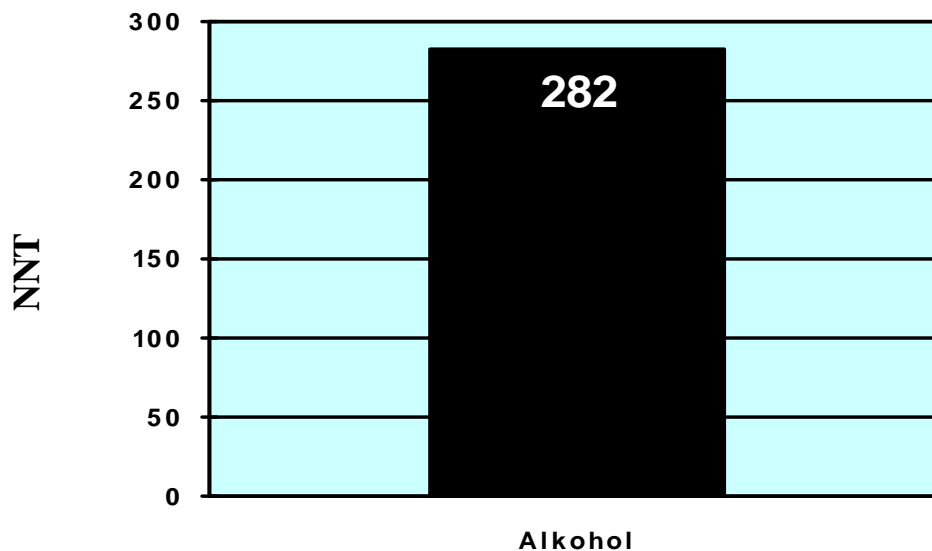
Zahl der behandelten Personen (Number needed to treat, NNT) von der jeweils eine profitiert



PHEPA Project

21

Zahl der Behandelten, um einen Todesfall zu verhindern



Cuijpers P, Riper H & Lemmens L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction* 2004 99 839-845.

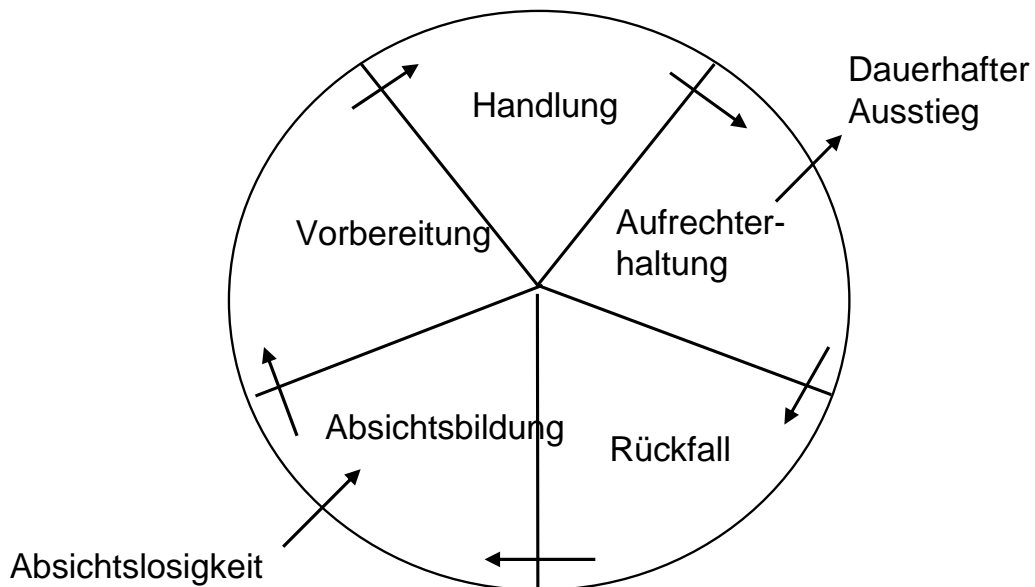
PHEPA Project

22

Dritte Sitzung: Kurzintervention I

- Modell der Veränderungsstadien
- Prozesse der Veränderung
- Minimale Interventionen
- Kommunikationsstil einer konstruktiven Beziehung

Stufen der Veränderungsbereitschaft*



* Aus: Prochaska & DiClemente, 1986

Stadien der Veränderungsbereitschaft und Therapieziele

Stadium	Zentrales Merkmal	Therapeutischer Fokus
Absichtslosigkeit	Problem nicht bewußt	Steigerung des Problembewußtseins
Absichtsbildung	Ambivalenz	Herausarbeiten der Probleme und Risiken. Entwicklung internaler Diskrepanzen (Zweifel)
Vorbereitung	Ambivalenz	Neutrales Anbieten von Informationen und Ratschläge. Entscheidungsfreiheit betonen.
Handlung	Verpflichtung	Steigerung der Selbstverpflichtung und Selbsteffizienz
Aufrechterhaltung	Stabilität	Unterstützung
Rückfall	Verzweiflung	Kritik vermeiden, Steigerung des Selbstwertgefühls, Erneuerung der Selbstverpflichtung

PHEPA Project

25

Prozesse der Veränderung

Während sich Personen entlang der Stufen der Veränderungsbereitschaft bewegen, nutzen Sie hauptsächlich 10 hilfreiche Prozesse

Absichtslosigkeit	Absichtsbildung	Vorbereitung	Handlung	Aufrechterhaltung
				Steigerung des Problembewusstsein
				Wahrnehmung förderlicher Umweltbedingungen
				Emotionales Erleben
				Neubewertung der persönlichen Umwelt
				Selbstneubewertung
				Selbstverpflichtung
				(Selbst-)Verstärkung
				Gegenkonditionierung
				Kontrolle der Umwelt
				Nutzen hilfreicher Beziehung

Source: WHO. Skills for Change. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;1998

PHEPA Project

26

Minimale und Kurzinterventionen

MINIMAL

- Opportunistisch
- Basiert auf Beratung
- Mit oder ohne formeller Katamnese
- Bis zu 10 Minuten
- Mit Materialien zur Selbsthilfe

KURZ

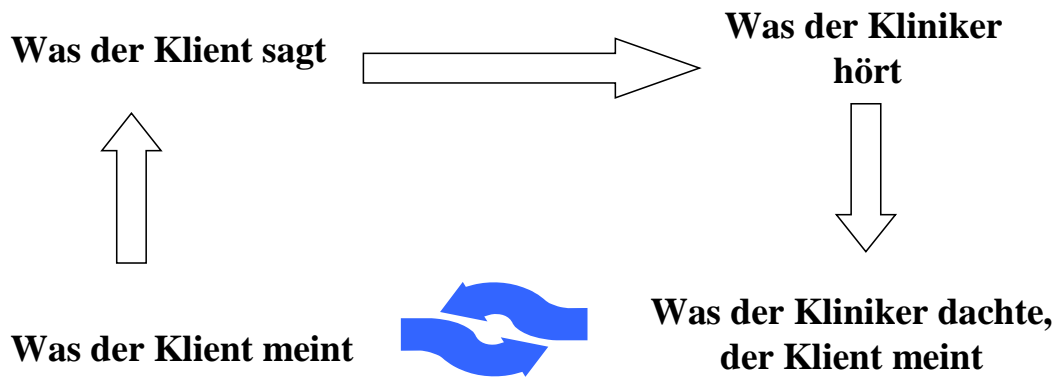
- Gewöhnlich manualisiert
- Basiert auf Motivation
- Mit formeller Katamnese
- Bis zu 30 Minuten
- Mit Materialien zur Selbsthilfe

Minimale Interventionen (Die "5 A's" Methode*)

- **Fragen/Aufdecken (Ask/Assess):** inwiefern eine Person trinkt, sowie die Faktoren, welche die angestrebte Verhaltensänderung, Ziele und Wege beeinflussen könnten.
- **Empfehlen (Advise):** Geben Sie klare, spezifische, individualisierte Empfehlungen bezüglich einer Verhaltensänderung, einschließlich Informationen über persönliche Gesundheitsschäden und möglichen Nutzen.
- **Vereinbaren (Agree):** Wählen Sie auf der Grundlage der Veränderungsbereitschaft des Patienten Therapieziele und -methoden.
- **Unterstützen (Assist):** Helfen Sie dem Patienten, die vereinbarten Ziele zu erreichen, indem Sie ihn bei der Aneignung und Nutzung von Wissen, Einstellungen, Fertigkeiten, Zutrauen, sozialer und umweltbezogener Hilfen unterstützen.
- **Planen (Arrange):** Planen Sie Katamnese-Kontakte zur weiteren Unterstützung.

* Adapted from: Whitlock et al., 2004

Kommunikationsmodell nach Thomas Gordon



* Adapted from <http://www.gordontraining.com/aboutdtg.asp>

PHEPA Project

29

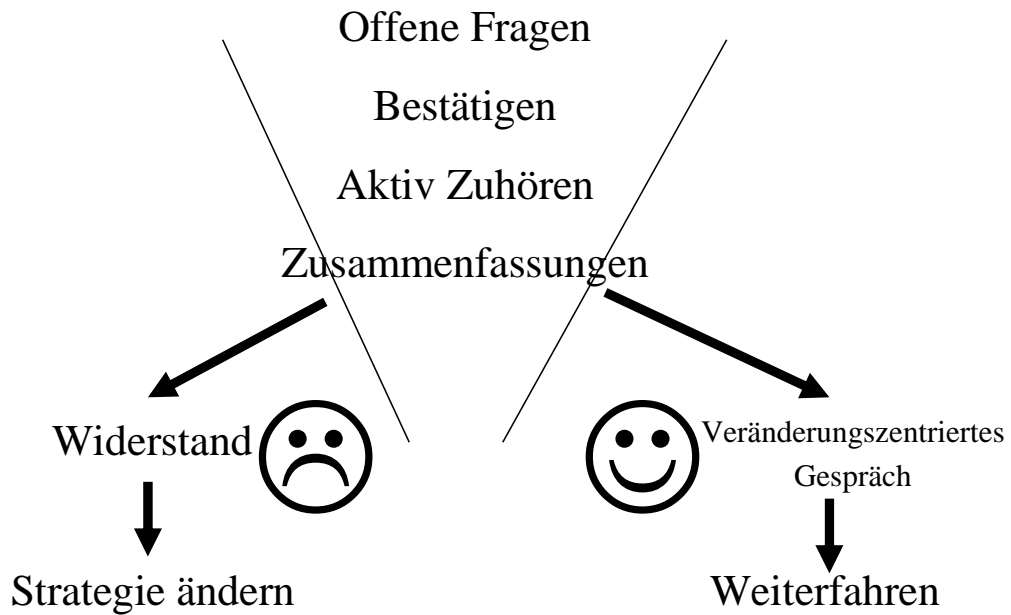
Vierte Sitzung: Kurzintervention II

- Strategien für die Anfangsphase
- Grundlegende Elemente von Kurzinterventionen:
 - ✓ Stil
 - ✓ Inhalte
- Rückfallprävention: Menschen auf dem Weg zur Genesung helfen

PHEPA Project

30

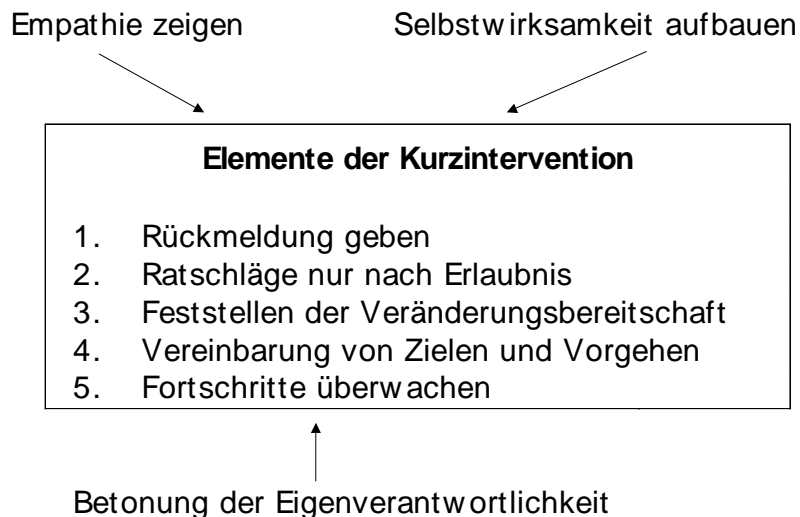
Strategien für die Anfangsphase



PHEPA Project

31

Grundlegende Elemente von Kurzinterventionen



* Nach: <http://www.alcoholme.com>

PHEPA Project

32

Was verursacht Rückfälle?

- Stress und negative Emotionen
- Wunsch, positive Emotionen intensiver zu erleben
- Verführung oder Trinkdruck
- Sozialer Druck

Menschen auf dem Weg zur Genesung helfen

- ✓ Validierung der Gefühle.
- ✓ Überprüfung: Vorfall oder Rückfall?
- ✓ Erkennen von Hochrisiko-Situationen.
- ✓ Erkennen verbesserter Coping-Strategien.
- ✓ Überprüfung der Notwendigkeit, einen Spezialisten hinzuzuziehen.
- ✓ Überprüfung der Veränderungsbereitschaft.

Fünfte Sitzung: Alkoholabhängigkeit

- Diagnostische Kriterien
- Behandlung in der medizinischen Primärversorgung:
 - ✓ Behandlungskriterien
 - ✓ Leitlinien zur Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung
- Überweisungen in Spezialeinrichtungen
- Mitbehandlung

ICD-10-Kriterien der Alkoholabhängigkeit

Die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit sollte nur dann gegeben werden, wenn mindestens drei der genannten Kriterien während der letzten 12 Monate erfüllt waren:

- Ein starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums (d.h.: Tremor, Schweiß, hohe Herzfrequenz, Angst, Insomnie, weniger häufig: epileptische Anfälle, Desorientierung oder Halluzinationen) oder die Aufnahme von Alkohol, um Entzugssymptome zu mildern.
- Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichte Wirkung hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung, depressive Verstimmung infolge starken Alkoholkonsums oder alkoholbedingte Störung kognitiver Funktionen.

Behandlung in der medizinischen Primärversorgung

- Gefährlicher Alkoholkonsum
- Schädlicher Alkoholkonsum
- Alkoholabhängigkeit falls:
 - ✓ Patient entschließt sich zur Abstinenz, auch wenn er glaubt, nicht alkoholabhängig zu sein.
 - ✓ Patient lehnt eine Überweisung in eine Spezialeinrichtung ab.
 - ✓ Patient zeigt keine schwerwiegenden psychische, soziale oder medizinische Komplikationen.

Quelle: (1) Servei Català de la Salut. Criteris per a la derivació i interconsulta entre l'atenció primària i els serveis de salut mental i d'atenció a les drogodependències. SCS;1996 (2) Departament de Sanitat i Seguretat Social. L'atenció primària de salut i les drogodependències. Generalitat de Catalunya; 1992

PHEPA Project

37

Wann sollte eine Überweisung in eine suchtspezifische Behandlung erfolgen?

- Frühere, nicht erfolgreiche Behandlungsversuche
- Schwere Komplikationen:
 - ✓ Risiko mittelgradiger bis schwerer Entzugssymptome.
 - ✓ Schwerwiegende körperliche Erkrankung.
 - ✓ Keine Unterstützung im sozialen Umfeld.
 - ✓ Psychische Komorbidität.
 - ✓ Regelmäßiger Gebrauch anderer Suchtmittel.
- Behandlung kann im vorliegenden Setting nicht gewährleistet werden.

PHEPA Project

38

Entzugskriterien

- Delirium tremens oder epileptische Anfälle in der Vorgeschichte
- Morgendliche Entzugssymptome
- Alkoholkonsum ist erste Handlung des Tages
- Patient ist zur Medikamenteneinnahme bereit
- Aktuell Entzugssymptome
- Kritischer körperlicher Zustand

Bedingungen eines ambulanten Entzugs

- Tägliche Konsummenge unter 25 Standardgetränken pro Tag.
- Keine schwerwiegenden medizinischen oder psychischen Komplikationen
- Patient erklärt sich bereit:
 - ✓ Alkoholabstinenz während der Entzugsbehandlung einzuhalten.
 - ✓ zuhause zu bleiben.
 - ✓ riskantes Verhalten zu vermeiden.
- Ein Verwandter ohne Suchtprobleme muss für die Kontrolle der Medikamenteneinnahme und Begleitung der Behandlung verantwortlich sein.
- Keine Lagerung alkoholischer Getränke zuhause während der Entzugsbehandlung
- Täglicher Kontakt mit Hausarzt oder anderem medizinischem Personal (persönlich oder per Telefon)

Kontraindikation eines ambulanten Entzugs

- Orientierungsstörungen oder Halluzination.
- Komplizierter Entzug in der Vorgeschichte.
- Epileptische oder Krampfanfälle.
- Schlechter Ernährungszustand.
- Schweres Erbrechen oder Diarrhoe.
- Suizidrisiko.
- Schwere Abhängigkeit in Kombination mit der Verweigerung täglicher Kontakte.
- Fehlen einer Unterstützung im häuslichen Umfeld.
- Unkontrollierbare Entzugssymptome.
- Akute körperliche oder seelische Erkrankung.
- Polysubstanzgebrauch.
- Häusliches Umfeld unterstützt die Abstinenz nicht

Quelle: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline. Draft 2.11, 2003.

Ambulanter Entzug Ausschleichende Dosierung

Diazepam, 5 mg cps.		
Dosierung	Niedrig	Hoch
1	1-1-1	4-4-4
2	1-0-1	4-3-4
3	0-0-1	3-3-4
4	STOP	3-3-3
5		3-2-3
6		2-2-3
7		2-1-3
8		1-1-3
9		1-1-2
10		1-1-1
11		1-0-1
12		0-0-1
13		STOP

Entwöhnungsbehandlung

- **Psychosozialer Ansatz**
 - ✓ Kurze Empfehlungen und Nachsorge
 - ✓ Gruppentherapie
 - ✓ Familienberatung

- **“Anticraving” Medikamente**
 - ✓ Acamprosat 2 g/die.
 - ✓ Naltrexon 50 mg/die.

- **Antidypsotrophe Medikamente**
 - ✓ Disulfiram 250 mg/die
 - ✓ Calcium Carbimid 36-75mg/die

Kriterien einer Mitbehandlung

- Stabile abstinente Patienten in psychosozialer Behandlung in einem spezialisierten Zentrum
- Patienten, die eine Behandlung beginnen möchten, jedoch nicht in einem spezialisierten Zentrum
- Unkomplizierte Fälle, für die ein ambulanter Entzug in Frage kommt
- Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen, die durch die medizinische Primärversorgung überwacht werden sollten.

IX. Literatur

AlcoholCME (2004). A combined approach to Brief Interventions. Available from:
<http://www.alcoholcme.com/>

Anderson, P. (1996). Alcohol and Primary Health Care. Copenhagen: WHO Regional Publications 1996; 64.

Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005). The Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA). Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.
<http://www.phepa.net>

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C. (2001) Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking A Manual for Use in Primary Care Geneva: World Health Organization. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO MSD MSB 01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf)

Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. (1995) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol* 56(4), 423-32.

Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.S., Fihn, S.D. and Bradley, K.A. (1998) The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med* 158(14), 1789-95.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002) Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *B J Cancer* 87, 1234-1245.

Corrao, G., Rubbiati, L., Bagnardi, V., Zambon, A. & Poikolainen, K. (2000) Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction* 94, 649-663.

Cuijpers P, Riper H & Lemmens L . (2004). The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction* 99, 839-845.

Gordon, T. (1970). Parent effectiveness training. Wyden, New York.

Gual, A., Contel, M., Segura, L., Ribas, A. & Colom, J. (2001). The ISCA (Systematic Interview of Alcohol Consumption), a new instrument to detect risky drinking. *Med Clin (Barc)* 117(18), 685-9.

- Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Dilling, H., & John, U. (1998). Substance use, abuse and dependence among the adult population in a rural and urban region of Northern Germany. *European Addiction Research*, 4, 208-209.
- Health Development Agency and University of Wales College of Medicine (2002). Manual for the Fast Alcohol Screening Test (FAST). Health Development Agency. London. Available from: http://www.had-online.org.uk/documents/manual_fastalcohol.pdf
- Langewitz, W., Denz, M., Keller, A., Kiss, A., Ruttimann, S. & Wossmers, B. (2002). Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 325 (7366), 682-3.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the treatment of addictive behaviours*. Guilford Press, New York.
- Mason, P. & Hunt, P. (1997). *Skills for Change*. World Health Organisation; Copenhagen.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing people for change* (2nd edition). The Guilford Press, New York.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In: Miller, W.R. & Heather, N. (eds.) *Treating addictive behaviours: processes of change*. Plenum, New York.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., & John, U. (2001). *LAST – Lübecker Alkoholabhängigkeits und -missbrauchs-Screening-Test*. Göttingen: Hogrefe.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 74. (2003). *The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline*. Royal College of Physicians, Edinburgh.
- Seppä, K., Lepistö, J. & Sillanaukee, P. (1998). Five-Shot Questionnaire on Heavy Drinking. *Clin Exp Res* 22(8), 1778-1791.
- Servei Català de la Salut (1996). *Criteris per a la derivació i interconsulta entre l'atenció primària i els serveis de salut mental i d'atenció a les drogodependències*. SCS, Barcelona.

Society for the Study of Addiction (1996). Relapse prevention. *Addiction* 91 (12 Suppl). 3-260.

Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 140(7), 557-68. Review.

World Health Organization (2002a). The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva. Available from: <http://www.who.int/whr/2002/en/index.html>

World Health Organization (2002b). Composite International Diagnostic Interview (CIDI-SF 12 MONTH DSM-IV VERSION - v1.1 Dec 2002). WHO, Geneva. Available from: <http://www3.who.int/cidi/cidi-sf 12-03-02.pdf>

World Health Organization (2003). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). World Health Organisation, Geneva. Available from: <http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>