

Was brauchen die Überlebenden ?

Angemessene Betreuungsstrategien für alternde Suchtkranke mit multiplem Substanzkonsum



Martin Kurz

19. Substitutionsforum

Mondsee, 9,-10. April 2016

Themen

- Wie sieht unsere Zukunft aus ?
- Herausforderungen des höheren Alters
- Besonderheiten der „Überlebenden“
- (Re-)Traumatisierungen
- Beziehungsgestaltung
- Vergangenheitsbewältigung
- Substanzgebrauch als Beziehungersatz
- Motivationsstrategien
- Recovery – Lebensentwürfe

Das Drama der Anständigen



„... and so think, forty years ago, I gave up smoking and drinking for this ...“

Lebensphasenspezifische Herausforderungen des höheren Alters I

- Einschränkung körperlicher Funktionen, chronische / schwere Krankheit
- Verlangsamung kognitiver Prozesse
- Copingstrategien für verminderte „Beweglichkeit“
- **Autonomieverlust**, Abhängigkeit von Anderen
- Anpassung an neue Lebenskontexte
- Verminderte gesellschaftliche Teilhabe durch prekäre finanzielle Möglichkeiten

Lebensphasenspezifische Herausforderungen des höheren Alters II

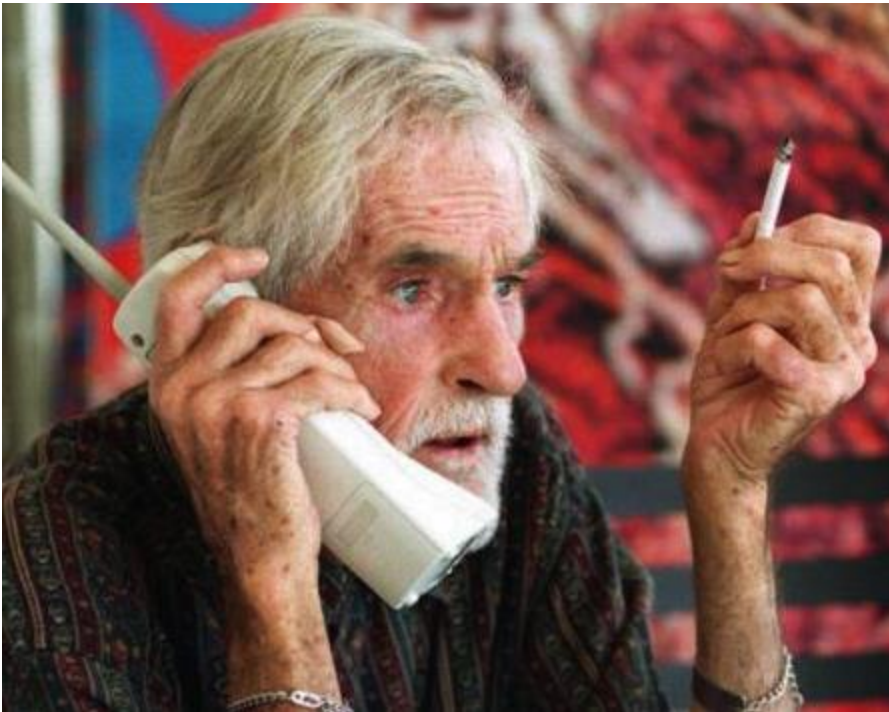
- Verlust-, Trennungserlebnisse, Abschiednehmen
- Isolation, Einsamkeit
- **Re-Aktualisierung konflikthafter oder traumatischer
Lebensthemen, erhöhte Verletzlichkeit**
- **Verstärkung früherer Identifikationsmodi**

- Identitätsanpassungen (Selbstwert, Rolle, Ziele, Sinn)
- Introspektion, Konstruktive Bilanz
- Weitergabe von Erfahrungen, Sorge um Zukunft der
Hinterbliebenen
- Annäherung an den Tod, Offenheit über das Leben hinaus

Besonderheiten bei den „Überlebenden“

- **Vitale Bedrohung durch Selbstbeschädigung als Normalität**
- Biologische Vor-Alterung (um 20 Jahre)
- **Multiple Traumatisierungen und Täterschaft**
- **Schlechte Erfahrungen mit „normalisierenden“ Institutionen (Haft, Psychiatrie, Therapie, Medizin)**
- Ambivalenz zwischen sozialisationspezifischen Normen und Werten und der Sehnsucht nach dem „normalen Leben“
- Rituale, Sprache, Kultur (Kleidung, Musik, etc.) der „Drogenidentität“
- **Chronische Erfahrung der persönlichen Niederlage**
- **Selbststeuerungskompetenz durch Drogenerfahrung**
- **Hohes Autonomiebedürfnis**
- Marginalisierung, Illegalisierung

„Einordnung“ von außergewöhnlichen Erfahrungen



Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults

The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

Vincent J. Felitti, MD, FACP, Robert F. Anda, MD, MS, Dale Nordenberg, MD, David F. Williamson, MS, PhD, Alison M. Spitz, MS, MPH, Valerie Edwards, BA, Mary P. Koss, PhD, James S. Marks, MD, MPH

N= 17300, Beobachtungszeitraum 1997-1999

Kategorien belastender Kindheitserlebnisse (ACE Scores, 1998)

- Ein Haushaltsmitglied war im Gefängnis
- Die Mutter erfuhr körperliche Gewalt
- Ein Familienmitglied war alkohol- oder drogenkrank
- Ein Familienmitglied war psychisch krank oder suizidal
- Zumindest ein Elternteil ging in der Kindheit als Beziehungsperson verloren

- Wiederholter körperlicher Misshandlung
- Wiederholter emotionale Misshandlung
- Sexuelle Misshandlung

Belastende Kindheitserlebnisse als Risikofaktor

50% bei schädlichem Gebrauch von Substanzen

54% bei aktueller Depression

65% bei Alkoholabhängigkeit

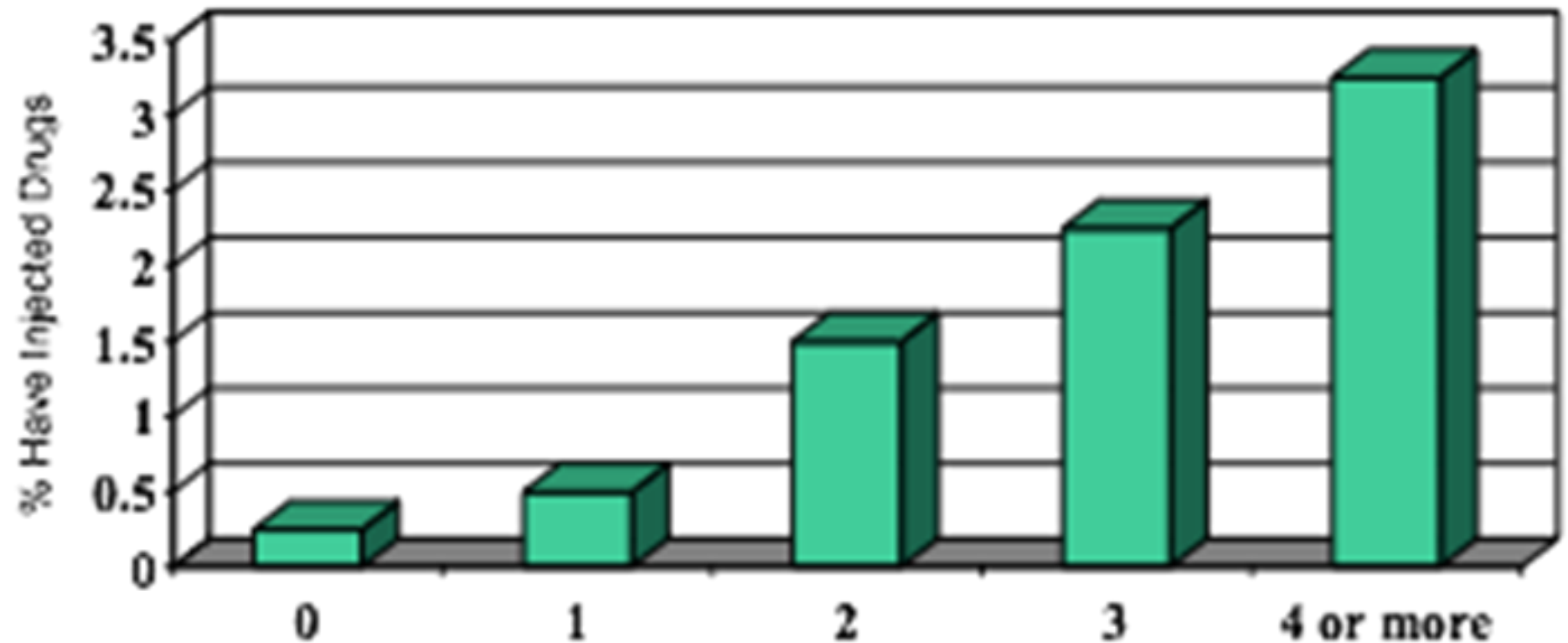
67% bei Suizidversuchen

78% bei intravenösem Drogengebrauch

Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H., and Anda, R.F. (2003)
Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use:
the adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 111, 564-572

Vergangenheitsbewältigung

ACE Score vs. Intravenous Drug Use



(Re-)Traumatisierungen im Leben von Drogenkranken

- Gewalt, Ausbeutung im Alltag
- Unterbringung, Fixierung, Zwangsmedikation
- Verhaftung, Gefängnisaufenthalte
- Verweigerung von Hilfe und Versorgung
- Behandlungs-/Beziehungsabbrüche
- Ablehnung, Diskriminierung, Ausgrenzung, Demütigung
- Ohnmacht und Ausgeliefertsein
- Psychotische Episoden, Horrortrips
- Schwere Krankheit
- Entzug

Beziehungsgestaltung von Menschen mit Traumafolgestörungen

- Schwierigkeiten Ärger zu modulieren
- **Selbstdestruktives Verhalten**
- Schwierigkeiten im Bereich des sexuellen Erlebens, vor allem der Hingabefähigkeit
- **Impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen**
- **Verzernte Sichtweisen und Idealisierung des Schädigers**
- **Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen aufrecht zu erhalten**
- **Tendenz, erneut Opfer zu werden**
- **Tendenz, Andere zum Opfer zu machen**

Substanzgebrauch als Bindungs- /Beziehungersatz

Psychotrope Substanzen

- beruhigen das Bindungssystem wie durch Körperkontakt mit Bindungsperson
- bewirken Stress-Reduktion auf physiologischer Ebene
- schaffen Autonomie bei der Selbstberuhigung
- machen unabhängig von Bindungsperson oder
- dämpfen sozialen Stress
- ermöglichen Explorationsverhalten
- ***„Auf der neurochemischen Ebene sind wir denen, die wir lieben, suchartig verbunden“ (Panksepp, 2013)***

Versorgungs-Konsequenzen

- **Stabilisierung** des Belohnungssystems und des Vegetativums durch pharmakologische Substitution (akut=Entzug oder langfristig)
- **Äußere Sicherheit** herstellen
- Kompensation von funktioneller Beeinträchtigung
- Förderung körperlichen Wohlbefindens / **Gesundheit**
- Erleben von **Selbststeuerungs-/Selbstberuhigungskompetenz**
- Vertrauensvolle **Beziehungserfahrungen**
- **Schadensbegrenzung, SKILLS-Training, Motivationsstrategien**
- **Behandlung von komorbiden Störungen** (Angst, Persönlichkeit, Traumafolgen, ...)
- **Erfahrung** angenehmer Verhaltensweisen
- **Integration / Teilhabe**
- **Spaß** 😊

Polytoxikomanie – Risiko und Betreuungshindernis ?

- Substanzwahl
(Mangel an objektiven medizinisch-therapeutischen Kriterien)
- Beikonsum
- schädliche Konsumformen
- schlechte Selbstfürsorge
- **mangelnde Kooperation**
- Integrationsmaßnahmen
/Begleitbetreuung möglich ?
- dissoziales Verhalten



4 Grundprinzipien des MI

R.U.L.E.

- **R**esist
Widerstehe dem Reflex, den Patienten zu korrigieren
- **U**nderstand
Verstehen, warum Veränderung beim Patienten angestrebt wird, wo Hindernisse sind und wie Veränderung von ihm realisiert werden könnte
- **L**isten
Aktives Zuhören, Rückfragen, Überprüfen von Hypothesen
- **E**mpower
Unterstützung bei der Entdeckung von individuell angemessenen Veränderungsaktivitäten

Umgang mit Ambivalenz und Widerstand

- Subjektive Realität und Wert bisheriger Verhaltensweisen würdigen
- Widersprüchlichkeiten entwickeln zwischen Realität und subjektiven Werten
- Kein Überreden, kein Argumentieren
- Dem Widerstand nicht aktiv entgegenarbeiten, sondern reflexiv begegnen („Tanzen statt Ringen“)
- Entscheidungsfreiheit explizit machen
- Um Erlaubnis fragen vor Information
-

Unsere Zukunft ?



Recovery – Definition

(nach Slade 2013)

Klinische Recovery (Remission, etc.)

- Begrifflichkeit von Professionisten
- Beseitigung von Symptomen
- Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit
- Rückkehr zur Normalität

Persönliche Recovery

- Beruht auf persönlichen Erfahrungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- *... ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess im Hinblick auf die Einstellungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und/oder Rollen eines Menschen im Leben und eine Möglichkeit, auch mit den Einschränkungen durch die Erkrankung ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Recovery beinhaltet die Entwicklung einer neuen Bedeutung und eines neuen Sinns im Leben, während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst.* (William Anthony 1993)

Oder doch lieber diese ?



Wer will/kann das leisten ?

Traumatische Situation

- Bedrohung
- Kontrollverlust
- Einengung
- Missachtung basaler Bedürfnisse
- Unterlegenheit
- Verwirrung, Intransparenz
- Angst, verrückt zu sein
- Alleingelassen werden

Betreuungssituation

- Sicherheit
- Kontrolle der Situation
- Wahl-/Entscheidungsmöglichkeit
- Beantworten basaler Bedürfnisse
- Partnerschaftlichkeit
- Aufklärung, Transparenz
- Entpathologisierung
- Reale Präsenz

„Sichere Rückkehr“

