"Therapeutische Methoden mit impulsgestörten Suchtpatienten"

von Dr. Martin Reker (Bielefeld)
für AWO Bezirksverband Weser-Ems e. V.

Das Lerntheoretische Modell des Verhaltens:

S – O – R – C

S: Stimulus (Trigger)
O: Organismusvariable
R: Reaktion (=Verhalten)
C: Consequenzen (kurzfristige und langfristige)

Eine gelernte Verbindung eines spezifischen Reizes mit einer spezifischen Reaktion löst bei erneutem Auftreten des Stimulus bei angestrebter Reaktionsverhinderung eine subjektive Handlungsspannung aus.

Bei den stoffgebundenen Süchten nennt man diese Spannung „Suchtdruck“ oder „Craving“

Die Verhinderung einer Reaktion auf einen spezifischen internen oder externen Stimulus erfordert Selbstkontrolle.

Wie erlernt man Selbstkontrolle ?

Wie erlernt man Selbstkontrolle ?

1. Definition des problematischen Verhaltens
2. Verhaltensanalyse des problematischen Verhaltens
3. Bestimmung des Ausmaßes eigener Einflussmöglichkeiten (Begrenzung durch Organismusvariable)
4. Identifikation von Selbstkontrolltechniken
5. Möglichst frühe Erkennung von Risikosituationen
6. Ggf. Vermeidung von Stimuli
7. Anwendung identifizierter Selbstkontrolltechniken möglichst früh beim Auftreten von Stimuli
8. Auswertung der gemachten Erfahrung und Optimierung des Selbstkontrollverfahrens

- Zum Antagonismus von Erregung und Hemmung

Selbstkontrolle wollen:

S – O – **R – C**

Konsequenzen selbstkontrollierten Handelns

Störungsbilder mit eingeschränkter Selbstkontrolle:

- Suchterkrankungen
- Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssysndrom (ADHS)
- Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ
- Dissoziale Persönlichkeitsstörungen

Therapeutische Ansätze:

Stoffgebundene Süchte:

- Psychoedukation
- Exposition und Reaktionskontrolle
- Stimuluskontrolle
- Operante Konditionierung (Kontingenz-Management und CRA)
- Medikamentöse Hilfen (Disulfiram, Naltrexon, Acamprosat, Nalmefene)

Therapeutische Ansätze:

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssysndrom (ADHS)

Therapeutische Ansätze:

Borderline Persönlichkeitsstörung

Dialektisch behaviorale Therapie

Therapeutische Ansätze:

Dissoziale Persönlichkeitsstörungen

TAVIM nach Michael Klein
„Der heiße Stuhl“
Anger management
Affektkontrolltraining

Zusammenhänge zwischen Sucht und Impulskontrolle:

- Eingeschränkte eigene Verhaltenssteuerung
- Beeinträchtigung von Kontrollfunktionen auf hirnorganischer Ebene ?
- Zurechenbarkeit als eigenverantwortliches Handeln klärungsbedürftig
- Verhaltensänderung ist nur über Kontrollzuwachs der Patienten möglich
- Kontrollzuwachs ist nur möglich, wenn Patienten Selbstkontrolle lernen wollen

Stoffgebundene Süchte und Verhaltenssüchte:

- Stoffgebunden: Alkohol, Cannabis, Heroin, Kokain, Amphetamine etc.
- Verhaltenssüchte: Spielsucht, Internetsucht, Sexsucht, Magersucht, Fettsucht, Kaufsucht, Arbeitssucht …

Die **impulsiv ausgeübten Verhaltensweisen** können eine sehr große Bandbreite umfassen:

- Essen
- Kaufen
- Spielen
- Nägelkauen
- Mit-dem-Auto-Rasen
- exzessive Masturbation
- Selbstverletzungen (teilweise auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung).

Beispiel: Spielsucht

- Triggersituation
- Suchtdruck/Craving
- Zunehmende Spannung
- Spannungsabbau durch impulsives Verhalten
- Schuldgefühle, Depressivität
- Wunsch nach Veränderung ? (Motivation)
- Vorausschauende Absicherung kontrollierten Handelns ? (Selbstkontrolle)

Analyse gestörter Impulskontrolle

- Als **Störung der Impulskontrolle** oder Impulskontrollstörung wird in der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie ein Verhaltensablauf bezeichnet, bei dem ein als unangenehm erlebter Anspannungszustand durch ein bestimmtes impulsiv ausgeübtes Verhalten aufgelöst wird. Nach der Beschreibung in der ICD-10 ist es „durch wiederholte Handlungen ohne vernünftige Motivation gekennzeichnet, die nicht kontrolliert werden können und die meist die Interessen des betroffenen Patienten oder anderer Menschen schädigen“.

Das **impulsive Verhalten** wird dranghaft, oft automatisch ausgeführt. Es wird zwar bewusst erlebt, kann aber willentlich nicht oder nur schwer verhindert werden. Impulskontrollstörungen können somit als Volitionsstörung aufgefasst werden, oder – in neuropsychologischer Perspektive – als Störung der exekutiven Funktionen.

- Voraussetzung für eine Bewertung impulsiven Verhaltens als psychische Störung ist, dass es als unangepasst gelten kann, also entweder nicht den vernunftorientierten Zielen der betreffenden Person entspricht oder dem Betroffenen selbst oder anderen Personen Schaden zufügt (z. B. Schulden, Unfälle, Verletzungen).

Neuropsychologische und neuroanatomische Aspekte der gestörten Impulskontrolle

Mit dem Terminus **exekutive Funktionen** werden in der Hirnforschung und Neuropsychologie mentale Funktionen bezeichnet, mit denen Menschen ihr Verhalten unter Berücksichtigung der Bedingungen ihrer Umwelt steuern:

- das Setzen von Zielen,
- Planung,
- Entscheidung für Prioritäten,
- Impulskontrolle,
- emotionale Regulation,
- Aufmerksamkeitssteuerung,
- zielgerichtetes Initiieren und Sequenzieren von Handlungen,
- motorische Steuerung,
- Beobachtung der Handlungsergebnisse und Selbstkorrektur.

Es handelt sich also um die höheren mentalen bzw. kognitiven Prozesse, die der Selbstregulation und zielgerichteten Handlungssteuerung des Individuums in seiner Umwelt dienen.
Auch motivationale Funktionen wie Willensbildung (Volition) und Initiative werden den exekutiven Funktionen zugerechnet.

- Die Voraussetzung für eine gute Funktionsfähigkeit dieser kognitiven Leistungen ist auf Gehirnebene ein intaktes Frontalhirn (Frontallappen, insbesondere Präfrontaler Cortex) sowie ein ausbalanciertes Zusammenspiel bestimmter in Regelkreisen angeordneter Nervenbahnen und der zugehörigen Neurotransmitter. Diese neuronalen Regelkreise umfassen neben dem Frontalhirn u. a. Teile der Basalganglien und den Thalamus.

- Bei bestimmten hirnorganischen Störungen (z. B. frontotemporale Demenz, Dysphasie, Dysexekutives Syndrom bzw. Frontalhirnsyndrom) sind die exekutiven Funktionen beeinträchtigt, aber auch – mehr oder weniger ausgeprägt – bei einer Vielzahl von psychischen Störungen, so z. B. bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADS bzw. ADHS), Autismus oder beim Borderline-Syndrom (s. auch Striatofrontale Dysfunktion)

- 1. Those that involve planning or decision making.
- 2. Those that involve error correction or troubleshooting.
- 3. Situations where responses are not well-learned or contain novel sequences of actions.
- 4. Dangerous or technically difficult situations.
- 5. Situations which require the overcoming of a strong habitual response or resisting temptation.

- Volition bezeichnet in der Psychologie den Prozess der Bildung, Aufrechterhaltung und Realisierung von Absichten.

Selbstregulation umfasst u. a. den mentalen Umgang mit Gefühlen und Stimmungen (s. Emotionsregulation) und die Fähigkeiten, Absichten durch zielgerichtetes und realitätsgerechtes Handeln zu verwirklichen (z. B. Selbstwirksamkeit) sowie kurzfristige Befriedigungswünsche längerfristigen Zielen unterzuordnen (s. Selbstdisziplin, Selbstkontrolle). Gut ausgeprägte Fähigkeiten zur Selbstregulation setzen (im neuropsychologischen Sprachgebrauch) intakte exekutive Funktionen voraus.

- Ronald Grossarth-Maticek definiert Selbstregulation als „eine permanente, flexible, bedürfnisorientierte Eigenaktivierung in Bezug auf den Körper, die physische und soziale Umwelt mit dem Ziel, dort Bedingungen und Zustände zu erreichen, die sowohl eine kurzzeitige Bedürfnisbefriedigung erreichen, als auch eine Selbstorganisation derart stabilisieren, dass eine Entwicklung und Integration unterschiedlicher Bereiche für eine effektive Problemlösung gewährleistet wird.“[1]

Als **Selbstmotivation** wird – meist populärpsychologisch – die Fähigkeit eines Menschen bezeichnet, aus eigenem Antrieb und ohne unmittelbare Ermutigung oder Zwang durch andere Personen eine Anstrengung zu beginnen und sorgfältig und konsequent durchzuführen, bis das gesetzte Ziel erreicht ist.

- Der Begriff **Selbstkontrolle** bezeichnet die Einflussnahme höherer Prozesse auf das Selbst, oder aber auch sich gegenseitig kontrollierende Mechanismen innerhalb von biologischen oder sozialen Netzwerken (siehe Selbstorganisation).

Belohnungsaufschub (auch Gratifikationsaufschub) ist ein Begriff aus der Psychologie und bedeutet, dass die Belohnung nicht sofort, sondern verzögert erfolgt. Dabei wird auf eine unmittelbare (anstrengungslose) Belohnung zu Gunsten einer größeren Belohnung in der Zukunft verzichtet, die allerdings entweder erst durch Warten oder durch vorherige Anstrengung erlangt werden kann. Belohnungsaufschub wird teilweise synonym mit dem Begriff Impulskontrolle verwendet. Die Fähigkeit zu Impulskontrolle bzw. zu Belohnungsaufschub beschreibt die Fähigkeit, auf eine unmittelbare Belohnung zu Gunsten einer Belohnung in der Zukunft zu verzichten.

- Ein bekanntes Experiment zu Impulskontrolle und Belohnungsaufschub wurde in den 1960er Jahren durch Walter Mischel durchgeführt und ist als Marshmallow-Test vor allem durch Daniel Golemans Buch EQ. Emotionale Intelligenz bekannt geworden. Dabei bekamen 4-jährige Kinder ein Marshmallow (Süßigkeit) sofort und wurden vor die Wahl gestellt es entweder gleich zu essen oder ein zweites zu bekommen, wenn sie einige Minuten warten konnten, ohne das erste Marshmallow zu essen. In einer Längsschnittstudie fand Mischel später heraus, dass die Fähigkeit zu Impulskontrolle bzw. Belohnungsaufschub ein verlässlicher Indikator für späteren akademischen Erfolg und eine Reihe von positiven Persönlichkeitseigenschaften ist.[1]

- Die Frustrationstoleranz ist eine Persönlichkeitseigenschaft, die die individuelle Fähigkeit beschreibt, eine frustrierende Situation über längere Zeit auszuhalten, ohne die objektiven Faktoren der Situation zu verzerren.[1]

- Der 1938 von Saul Rosenzweig geprägte Begriff bezeichnet die Fähigkeit, langfristig psychische Spannungen zu ertragen, die aus der Nichtbefriedigung von Triebwünschen herrühren. Diese wird zu einem gewissen Grad im Zuge des Individualisierungsprozess erworben und kann mittels des Picture-Frustrationstests ermittelt werden.

- Eine geringe Frustrationstoleranz weist auf eine Ich-Schwäche hin.[2] Durch Lernprozesse kann die Frustrationstoleranz unter Berücksichtigung des Realitätsprinzips gestärkt werden, etwa durch Belohnungsaufschub oder Belohnungsreduktion. Individuen mit niedriger Frustrationstoleranz neigen zu erhöhtem Anstrengungs- sowie Vermeidungsverhalten. Je stärker die Frustrationstoleranz hingegen ausgeprägt ist, umso weniger sind aggressive Verhaltensformen zu finden.[3]

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (F60.3/ F60.31).

Für die emotionalinstabile Persönlichkeitsstörung müssen mindestens 2 der folgenden Merkmale erfüllt

- sein:
- o Mangelhafte oder fehlende Impulskontrolle
- o Affektinstabilität
- o Unzureichende Handlungsplanung
- o Neigung zu aggressivem oder streitsüchtigem Verhalten
- o Wutausbrüche, insbesondere wenn impulsives Verhalten behindert oder
- kritisiert wird.

Zusätzlich muss ein weiteres, für die Borderline-Störung spezifisches Kriterium erfüllt sein:

- o Unsicherheit über das eigene Selbstbild und die Identität sowie der "inneren Präferenzen" (einschl. der sexuellen)
- o Intensives unbeständiges (in heterosexuellen Beziehungen häufig promiskuides) Beziehungsverhalten, das nicht selten Auslöser emotionaler Krisen ist
- o Parasuizidale oder automutilative Handlungen.

Was kann man mit dem Affektkontrolltraining erreichen?

Ziele:

- Entwicklung einer inneren Haltung (Absicht, Einstellung) über die Auseinandersetzung mit den hellen und dunklen Seiten im Menschen
- Kämpfen können ohne zu zerstören (sozialverträgliche Konfliktlösungen finden)
- Ressourcen finden und entwickeln
- Weiterentwicklung in den vier elementaren Kommunikationsbereichen
  führt zu: mehr Wahl- und Handlungsmöglichkeiten (größtmögliche Autonomie)
  größerem Verantwortungsbewusstsein (die Spannung zwischen Lebenswünschen und Realität aushalten können)
- mehr Selbstsicherheit, -vertrauen, -bewusstsein (personale, emotionale, soziale Kompetenzen; „auf der Suche nach dem Glück nicht verrückt werden“)

Dazu ist es hilfreich, bestimmte „Tugenden“ (Haltungen) zu üben (trainieren):

- Warmherzigkeit – Empathie
- Wachsamkeit – realistische Wahrnehmung nach innen und außen
- Wehrhaftigkeit – Grenzen ziehen können; Selbstbewusstsein / -behauptung
- Wendigkeit – Anpassungsfähigkeit / Flexibilität / mehrere Möglichkeiten haben

Häusliche Gewalt

Alkohol ist ein zentraler Faktor, der zu häuslicher Gewalt beiträgt:

- Mehr als 70% der TAVIM Teilnehmer berichten von leichter und mehr als 50 % von schwerer körperlicher Gewalt unter dem Einfluss von Alkohol. Bei 35% kam es zu schweren Verletzungen der Familienangehörigen (Klein et al., 2007).
- Im Vorfeld hatten 73% von verurteilten Tätern Alkohol konsumiert (Gilchrist, 2003).
- Die Wahrscheinlichkeit von körperlicher Aggression war an Tagen, an denen Alkohol konsumiert wurde, 8-mal höher, als an Tagen ohne Alkoholkonsum (Fals-Stewart, 2003).

- Jugendgewalt (WHO, 2006)
- Israel: 11-16-Jährige, die häufiges Binge drinking und
- Betrunkenheitserfahrungen berichten, zeigen ein um das
- Doppelte erhöhte Risiko für Bullying, ein fünffach
- erhöhtes Risiko bei Schlägereien verletzt zu werden und
- ein sechsfach erhöhtes Risiko, Waffen bei sich zu
- tragen.
- Finnland: Bei 45% aller Gewalttaten mit Jugendlichen (12-
- 18 Jahre) stand Täter und/oder Opfer unter
- Alkoholeinfluss.
- England/Wales: Junge Männer (18-24 Jahre) mit häufigen
- Betrunkenheitsepisoden waren doppelt so oft in
- Schlägereien verwickelt. Bei jungen Frauen betrug die
- Quote das Vierfache.
- 1: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en/index.html

Amphetamin und Gewaltverhalten

- Generell gelten Amphetamine als besonders gewaltriskant.
- Eine genauere Prüfung der Zusammenhänge lässt jedoch Zweifel an
- dieser Homogenitätsannahme aufkommen.
- Erhöhte Quoten gewalttätigen Verhaltens wurden vor allem bei
- chronischen Amphetaminabhängigen mit paranoider Psychose oder
- vorher bestehender Antisozialer Persönlichkeitsstörung (DSM-IV)
- gefunden (Moos & Tarter, 1993).
- In einigen Laborexperimenten wurden sogar erniedrigte
- Aggressivitätsreaktionen bei akuter Amphetamingabe in hoher Dosis
- bei Nicht-Abhängigen gefunden (Cherek et al., 1987).

Kokain und Gewaltverhalten

- Viele Studien berichten mehr Gewaltverhalten unter
- Kokaineinfluss. Allerdings sind die Ergebnisse auch hier,
- ähnlich wie bei Amphetaminen, im Detail sehr inkonsistent.
- „Societal factors are probably more influential than direct
- drug effects in the production of aggression among
- cocaine-using individuals“ (Moos & Tarter, 1993, 155).

Opiate und Gewaltverhalten I

- In Bezug auf Opiate liefert die aktuelle Forschung ebenfalls
- Resultate, die teilweise den herrschenden Stereotypen
- widerspricht. “The traditional perspective concerning the
- antiaggressive effects of opiates was based on the informal
- reports of opiate addicts. However, more controlled
- questionnaire studies have found evidence that opiates
- may facilitate aggressive behaviour. For example, opiateexperienced
- participants often evidence higher, rather than
- lower, hostility scores on self-report or observer-reported
- measures” (Taylor & Hulsizer, 1998, S. 146).

Opiate und Gewaltverhalten II

- In einer laborexperimentellen Studie zu proaktiven und reaktiven
- Aggressionen (Berman et al., 1993) ergab sich für beide
- Versuchsbedingungen eine höhere Aggressionsquote bei den
- Probanden, die unter Opiateinfluss (45mg Morphinsulfat, oral
- verabreicht) im Vergleich zur Placebogruppe standen. „Subjects
- in the morphine condition initiated attacks against the opponent
- prior to receiving information about the opponent's aggressive
- intentions and responded more aggressively than the subjects in
- the placebo condition under all provocation levels. The results
- suggest the possibility that violent acts of opiate users might not
- be solely determined by economic (acquisition of drugs) and
- involvement in drug trafficking… It is very plausible to assume
- that the consumption of opiates itself facilitates aggressive
- behaviours" (Taylor & Hulsizer, 1998, S. 153).
- Opiate

Theoretische Erklärungsmodelle I

- Anxiolyse/Disinhibiton
- Hemmungskonflikt
- Herabgesetzte Reaktionsschwelle auf
- Provokation und Frustration
- Zustand verminderter
- Selbstaufmerksamkeit

Verminderung gewalttätigen Verhaltens (nach Nolting, 2001)

- 1. Veränderung der Anreger für Gewalt (cue control)
- 2. Umbewertung der Anreger (kognitive Kontrolle)
- 3. Förderung der Aggressionshemmungen (Antizipation der negativen Konsequenzen)
- 4. Erlernen alternativer Verhaltensweisen (Selbststeuerung, körperliche Aktivitäten)

Therapie gewalttätigen Verhaltens
(AAT nach Weidner, 1991)

- 1. Konfrontation mit der Gewalttat
- 2. Erleben der Situation des Opfers
- 3. Wegnahme positiver und negativer Verstärker für Gewaltverhalten
- 4. Erlernen alternativer Verhaltensweisen

Einsatzbereich des Manuals TAVIM:

- Hilfe für Männer mit
- Gewalt- und Alkoholproblemen
- TAVIM-TP unterstützt Ihre Klienten dabei,
- – sich besser zu beobachten (“Forscher werden”).
- – aggressives Verhalten unter Alkohol zu verstehen.
- – konkrete Copingstrategien anzuwenden, um alkoholbezogene häusliche Gewalt zu reduzieren (Rückfallprävention).
- – Erlerntes in den Alltag zu übertragen.
- TAVIM-TP besteht aus 10 Gruppensitzungen, 4 Einzelsitzungen und 2
- Familiensitzungen (optional).
- TAVIM = Treatment of Alcoholic Violent Men (Klein et al., 2010)

Kognitiv-behaviorales Präventionsprogramm für alkoholabhängige Gewalttäter

- 1. Motivationsklärung und –förderung
- 2. Psychoedukation: Ärger – Alkohol – Aggression
- 3. Selbststeuerungs- und Selbstmanagementtechniken
- 4. Umgang mit Stress und Erregung
- 5. Veränderung der Aggressionstrigger
- 6. Veränderung alkoholspezifischer Erwartungen
- 7. Hochrisikosituationen
- 8. Problemlösetraining
- 9. Umgang mit schlechten Stimmungen
- 10. Synthese und Evaluation des Programms

Kognitiv-behaviorales Präventionsprogramm für alkoholabhängige Gewalttäter
Hinweise für Angehörige und Betreuer:

- 1. Reden Sie klar und deutlich mit Ihrem Partner, aber
- vermeiden Sie es, zu schreien oder zu schimpfen
- 2. Drohen Sie nicht, sondern handeln Sie!
- 3. Lassen Sie sich nicht provozieren
- 4. Sprechen Sie in Ich-Sätzen
- 5. Bieten Sie Ihrem Partner Alternativen zur Auswahl an
- (z.B. Gespräch oder Rückzug)
- 6. Wenn Sie die Situation als bedrohlich empfinden,
- holen Sie Hilfe (Nachbarn, Polizei) oder verlassen Sie die Situation (den Raum, das haus o.ä,)

- Der orbitale Präfrontalcortex ist mit der vorderen Insel, dem Temporalpol, den unteren Parietallappen und dem Mandelkern verbunden und empfängt sowohl exterozeptive (äussere) als auch interozeptive Information.
- Er unterstützt die Aufmerksamkeit auf ein Ziel und unterdrückt störende (zusätzliche, ablenkende) Komponenten bei der Verhaltensausführung. Er führt Geruchs-und Geschmacksinformation mit visueller zusammen. Wahrscheinlich reguliert er auch das Gefühl der Angst. Läsionen des orbitalen Frontalhirns verursachen Störungen von Verhalten und Persönlichkeit.
- Der dorsomediale Präfrontalkortex ist vor allem durch die a. cerebri anterior versorgt und steuert die Motivation und beteiligt sich an der Einleitung von Handlungen. Läsionen äußern sich u.a. in mangelnder Aufmerksamkeit bis Apathie ('Pseudodepression'), Antriebs- bis Muskelschwäche.

- Der dorsolaterale Präfrontalkortex ist mit dem motorischen Cortex und (indirekt) mit dem Thalamus verbunden. Er gilt als die Stelle, 'an der sich Vergangenheit und Zukunft treffen'. Er blickt in der Zeit zurück, um aus dem sensorischen Input Bekanntes herauszufiltern, und gleichzeitig voraus, um einen motorischen Handlungsplan zu entwerfen. Er ist wesentlich am Arbeitsgedächtnis beteiligt (z.B. wenn man eine Telefonnummer liest und sich kurzzeitig merkt). Er reguliert den Fluß motorischer Information; die oberen Regionen sind dabei auf zeitlich-sequentielle, die unteren auf räumliche Aufgaben spezialisiert.