salus klinik Lindow

Jahrgang 5, Juni 2011

salü

EDITORIAL

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Niemand sieht sie, niemand (er)kennt sie. Sie tauchen im Suchthilfesystem nicht auf. Gemeint sind die 1,4 -1,9 Millionen Medikamentenabhängigen in unserem Land.

Hierfür gibt es viele Gründe:

- *Viele Ärzte sind von den Anfangserfolgen von Psychopharmaka bei unspezifischen körperlichen und psychischen Beschwerden beeindruckt, verpassen aber den Moment, ab dem die weitere Medikamenteneinnahme nur noch dazu dient, die unangenehmen Nachwirkungen des Medikaments zu beseitigen.*
- *Die Pharmaindustrie tut alles, damit die Wirksamkeit von Psychopharmaka in der Ärzteschaft überschätzt und die Risiken einer Medikamentenabhängigkeit unterschätzt werden.*

Ein Grund liegt aber auch in der unzureichenden Einstellung des Suchthilfesystems auf diese Patientengruppe. Meist werden sie zu den Alkoholabhängigen gesteckt, unter denen sie sich nicht wohl, v. a. aber unverstanden fühlen. Entsprechend ist die Nichtantritts- und die Abbruchrate bei Medikamentenabhängigen deutlich höher als bei allen anderen Suchtpatienten.

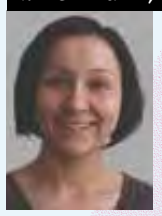
In Lindow haben wir schon seit langem ein Spezialangebot für Medikamentenabhängige, das wir in dieser Ausgabe der salü ausführlicher erläutern wollen. Ausgangspunkt ist der therapeutische Respekt vor der Überzeugung dieser Patientengruppe, dass es sich bei „ihren" Medikamenten niemals um ein Suchtmittel sondern immer um ein notwendiges Hilfsmittel zur Linderung von körperlichen bzw. psychischen Beschwerden gehandelt hat. Da letztere sehr verschiedenartig sein können, bedarf es einer großen Therapieeinrichtung, um für Medikamentenabhängige im Einzelfall ein spezifisches Therapieangebot vorhalten zu können. Außerdem erfordert es eine ausreichend große Anzahl von Medikamentenabhängigen, die gleichzeitig in der Klinik behandelt werden, damit sich die Betroffenen untereinander beistehen können. In 2010 hatten wir in Lindow 136 Patienten mit einer primären bzw. sekundären Medikamentenabhängigkeit.

Ihr
Johannes Lindenmeyer

DER PILLEN K(N)ICK

DIE BEHANDLUNG DER MEDIKAMENTEN-ABHÄNGIGKEIT

K. Lehmann, J. Lindenmeyer



Medikamentenabhängige sind die großen Unbekannten in unserem Gesundheitssystem. Einerseits werden die 1.4 – 1.9 Millionen Betroffenen durch Ärzte nachhaltig mit ihren Medikamenten versorgt, andererseits wird ihre Suchtproblematik regelhaft nicht erkannt und v.a. fast nie behandelt. So werden ganze 1 Prozent aller Entwöhnungsbehandlungen explizit bei Medikamentenabhängigen durchgeführt. Im Folgenden soll die besondere Situation der Betroffenen herausgearbeitet und geeignete Möglichkeiten aber auch Notwendigkeiten der Behandlung abgeleitet werden.

Die „stille Sucht"

Eine Medikamentenabhängigkeit ist für Außenstehende, einschließlich Ärzte, objektiv schwer zu erkennen. Der Betroffene hat keine „Fahne", keinen erkennbaren Rausch und die Medikamente sind klein und leicht zu verstecken. Arztbesuche dauern durchschnittlich nur wenige Minuten, für die Diagnosestellung einer Abhängigkeit wäre aber eine längere biografische Anamnese erforderlich. Hinzu kommt die Besonderheit der sog. Niedrigdosisabhängigkeit, bei der zentrale Abhängigkeitskriterien wie Toleranzentwicklung, Kontrollverlust oder Verlangen nicht erfüllt sind, aber erhebliche Entzugserscheinungen beim Absetzen der Substanz auftreten. Ca. ein Drittel der Verordnung dieser Medikamente dient nicht mehr der Behandlung akuter medizinischer Probleme, sondern nur noch der Vermeidung von Entzugserscheinungen.

Das Drama der „verordneten" Sucht

Man gewöhnt sich die Einnahme von Medikamenten nicht „einfach so" an, weil es gut schmeckt oder weil andere das auch tun. Mit Medikamenten kommt man nur dann in Berührung, wenn man ein körperliches oder seelisches Problem hat und ein Mittel zur Linderung verschrieben bekommt. Selbst im Endstadium einer Medikamentenabhängigkeit fällt es daher den Betroffenen schwer, ihr Medikament als Suchtmittel zu begreifen, war es doch über Jahre ein ärztlich legitimiertes Hilfsmittel. Auch der verschreibende Arzt hat erhebliche Schwierigkeiten, nunmehr „auszusteigen". Er müsste sich ja den Fehler der jahrelangen Verschreibung eingestehen, außerdem befürchtet er erhebliche Konflikte mit seinem Patienten.

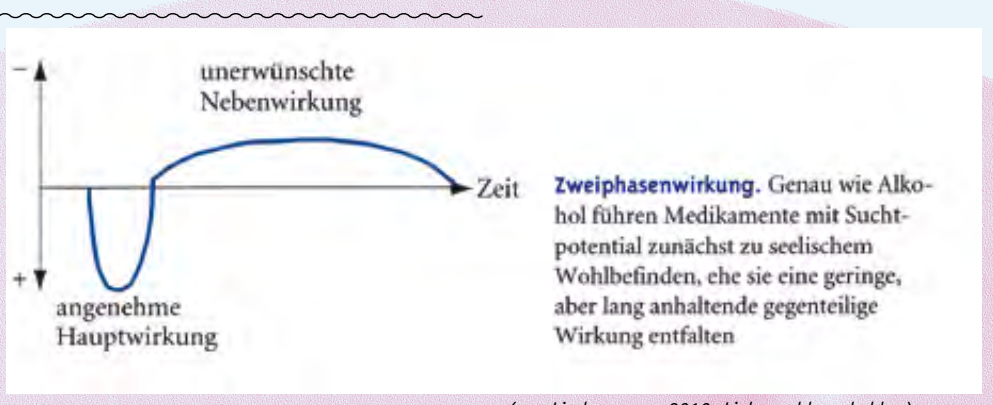
Die fürsorgliche Diskriminierung der Alten

Je älter wir werden, umso mehr Medikamente nehmen wir zu uns. Menschen über 60 Jahren nehmen 2-3mal so häufig Medikamente mit Suchtpotential ein als jüngere Menschen. Häufig trauen zu diesem Zeitpunkt Ärzte und Familien den Betroffenen eine Suchtbehandlung nicht mehr zu nach dem Motto: „Man kann alten Menschen doch nicht ihre Medikamente wegnehmen". Übersehen wird hierbei vollkommen, dass ein erheblicher Anteil von alterstypischen Stürzen (z.B. der gefürchtete Oberschenkelhalsbruch) medikamentenbedingt ist und dass ältere Menschen tendenziell sogar besser von Suchtbehandlungen profitieren als jüngere Menschen.

Außenseitertum in Suchteinrichtungen

In einer Suchteinrichtung fühlen sich Medikamentenabhängige sofort in einer Außenseiterposition. Während die

DER PILLEN K(N)ICK



(aus Lindenmeyer, 2010: Lieber schlau als blau)

anderen ihren körperlichen Entzug in der Regel schnell überwunden haben und insofern für ihre Abstinenz mit zunehmendem Wohlbefinden belohnt werden, werden Medikamentenabhängige oftmals noch über Wochen von Entzugserscheinungen geplagt. Sie erhalten auch keine zusätzliche Entzugsmedikation, sondern ihre Medikamente werden langsam ausgeschlichen: In ihrem Erleben bedeutet das, jeden Tag weniger ärztliche Unterstützung. Ihr Klagen geht Mitpatienten, aber auch therapeutischen Personal zunehmend auf die Nerven.

Äußerst schwieriger Therapiebeginn

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, welch schwieriger Ausnahmezustand der Therapiebeginn für alle Beteiligten darstellt: Für die/den Betroffene(n) selbst, ihre/seine Angehörigen, den bislang verschreibenden Arzt und auch das therapeutischer Personal einer Suchteinrichtung. Alle sind gefordert, bisher gewohnte Einstellungen und Verhaltensweisen über Bord zu werfen, ohne sofortige Erfolgserlebnisse und ohne Sicherheit, dass sich eine Änderung langfristig lohnt:

- In der Regel ergeben sich Schwierigkeiten, die Patienten in den normalen Alltag einer Suchtbehandlung zu integrieren. Sie sind aufgrund protrahierter Entzugserscheinungen häufig körperlich bzw. psychisch nicht in der Lage, die Anforderungen der verschiedenen Maßnahmen (z.B. 90-minütige Gruppentherapie, Sporttherapie, Arbeitstherapie u.a.) zu erfüllen.

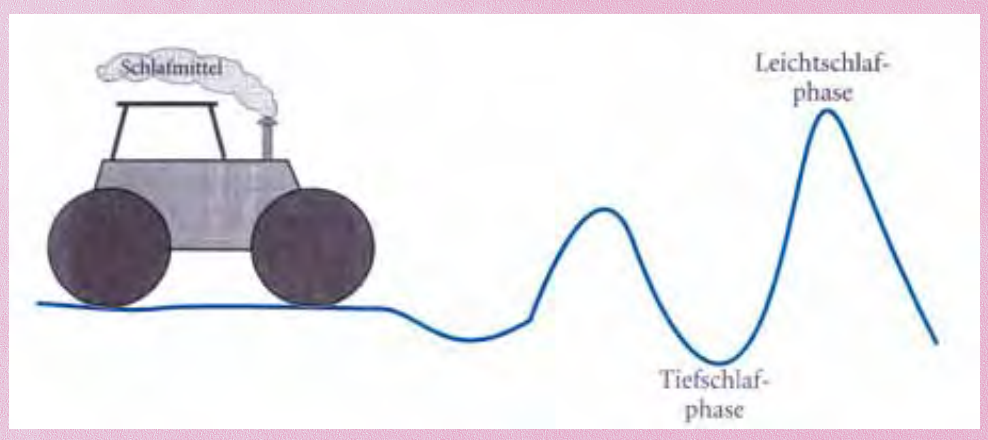
- Es ist nicht ungewöhnlich und gehört zum Krankheitsbild, dass die Betroffenen bei der Medikamentenvergabe verhandeln, eine Zusatzdosis fordern oder die Therapie wiederholt abbrechen möchten.

- Es muss ein vernünftiger und glaubhafter Ansatz zur Überwachung der Abstinenz gefunden werden. Beispielsweise sorgen die langen Halbwertzeiten bestimmter Medikamente noch über die erste Phase der Behandlung hinaus für positive Screeningbefunde. Zu Behandlungsbeginn muss außerdem durch eine Gepäckkontrolle sichergestellt werden, dass die Betroffenen tatsächlich keine Medikamente mehr bei sich haben.

- Oftmals gleichen sich Entzugssymptome und ursprüngliche Krankheitssymptome (z.B. Panikattacken oder chronische Schmerzen), die die Betroffenen massiv eine sofortige therapeutische Behandlung fordern lassen und besorgte Angehörige auf den Plan rufen.

- Gelegentlich schalten sich auch noch die vorbehandelnden Ärzte oder Schmerztherapeuten in die Behandlung ein.

All dies bedingt, dass der sonst in Suchtkliniken übliche Aufnahme- und Diagnostikprozess in der Regel nicht möglich ist, sondern immer wieder durch emotionale Krisen unterbrochen wird. Um diese nicht auch noch ungewollt durch therapeutische Aufmerksamkeit zu verstärken, empfiehlt es sich dringend, bei Medikamentenabhängigen proaktiv vom Aufnahmetag an mit täglichen ärztlichen und therapeutischen Einzelkontakten unabhängig vom aktuellen Befinden der Betroffenen zu reagieren. Diese werden erst nach einigen Wochen der Stabilität schrittweise zurückgefahren.



Die Wirkung von Schafmittel: Durch die Einnahme über einen längeren Zeitrum wird der natürliche Schlafrhythmus mit Tief- und Leichtschlafphasen „plattgewalzt" (aus Lindenmeyer, 2010: Lieber schlau als blau).

Balance zwischen Komorbidität und Sucht

Medikamentenabhängige weisen eine sehr hohe Rate an komorbiden Störungen auf (v.a. Angsterkrankungen, Schlafstörungen, chronische Schmerzen und Essstörungen), deretwegen sie ja ihre Medikamente genommen haben.

Die Betroffenen verfolgen zumeist primär das Anliegen, dass diese Störung behandelt wird. Der weitere Behandlungsverlauf stellt somit immer einen Balanceakt zwischen 2 therapeutischen Paradigmen dar:

- Einerseits müssen die Patienten lernen, auch unangenehme körperliche oder psychische Zustände zu ertragen (Suchtbehandlung)

- Gleichzeitig benötigen die Betroffenen eine spezifische Behandlung ihrer komorbiden Störung, um langfristig eine zufriedene Abstinenz von ihren Medikamenten zu erzielen (störungsspezifische Psychotherapie).

Ähnlich komplex gestaltet sich auch die Therapiezielerarbeitung hinsichtlich des künftigen Umgangs mit Medikamenten und Alkohol:

- Eine Totalabstinenz von jeglichen Medikamenten ist weder sinnvoll noch realistisch. Was fällt somit unter die persönlich angestrebte Medikamentenabstinenz und wann bzw. in welcher Form ist auch künftig der Einsatz eines Schmerzmittels indiziert?

- Andererseits ist in der Regel wegen der Kreuztoleranz von Benzodiazepinen und Alkohol, bei Medikamentenabhängigen auch Alkoholabstinenz indiziert. Das ist für die Betroffenen nur sehr schwer zu akzeptieren.

Um für diese Themen die gegenseitige Unterstützung zwischen Patienten zu nutzen, werden Medikamentenabhängige in der salus klinik Lindow lediglich in 2 Bezugsgruppen behandelt, in denen sie dadurch zumindest die Mehrheit stellen. Gleichzeitig bestehen spezifische Therapieangebote für die wichtigsten komorbiden Störungen (u. a. Angstbehandlung, Schmerzbewältigung, Depressionsbewältigung, Essstörungsgruppe und Traumabehandlung).

Medikamente mit Suchtpotential

5-6 Prozent aller Medikamente weisen ein Suchtpotential auf:

- **Beruhigungsmittel.** Die meisten Medikamentenabhängigen sind von Barbituraten (sog. Barbs, Baibies oder Downers) oder Tranquilizern (sog. Benzos, Rophies, Dias oder Rohyps) abhängig.
- **Schmerzmittel.** Schmerzmittel sind die am häufigsten verwendeten Medikamente überhaupt. Allerdings besteht die Gefahr einer Abhängigkeit nur bei zentral wirksamen Schmerzmitteln (z.B. Opiaten) und sog. Kombinationspräparaten (die z.B. zusätzlich Coffein oder Beruhigungsstoffe enthalten).
- **Schlafmittel** (sog. Hypnotika). Zwar wurden in letzter Zeit neue Schlafmittel (sog. Z-Drugs) entwickelt, die angeblich ein geringes Suchtpotential enthalten. Aber auch bei ihnen kann die Einnahme über 2-3 Wochen ausreichen, den Schlafrhythmus nachhaltig zu zerstören.
- **Aufputschmittel und Appetitzügler.** Man bezeichnet sog. Psychostimulantien auch als „arme Leute Kokain", da sie ein ähnliches Gefühl von erhöhter Leistungsfähigkeit und Glück erzeugen können. Appetitzügler enthalten immer auch Aufputschmittel.

Das Gesundheitssystem als Rückfallrisiko

Über die in der Suchtbehandlung übliche Rückfallprävention (abstinente Bewältigung von Belastungs- und Konfliktsituationen, Umgang mit Suchtmittelverlangen) ist bei Medikamentenabhängigen zu beachten, dass eine nicht unerhebliche Rückfallgefährdung vom Gesundheitssystem selbst ausgeht. Kehrt der Betroffene zu jenem Arzt zurück, der das Medikament jahrelang fahrlässig verschrieben hatte, und wenn ja, wie gestaltet er diese Begegnung? Wie verhält sich der Betroffene gegenüber künftigen Ärzten? Hier bedarf es vieler Abwägungsprozesse und häufig eines sehr diplomatischen Vorgehens, um Verhärtungen bei allen Beteiligten zu vermeiden.

Die Alltäglichkeit von Medikamenten: Für Medikamentenabhängige wird die Einnahme von Medikamenten zu einer selbstverständlichen Alltagshandlung (aus Lindenmeyer, 2010: Lieber schlau als blau).

ERFAHRUNGS-BERICHT EINES BETROFFENEN (1)

Mit Beginn der Pubertät wurde ich zunehmend schüchtern. Angesprochen, wohlmöglich noch von einem Mädchen, bekam ich einen knallroten Kopf, an Gespräche war dann gleich mal gar nicht zu denken. Dies entwickelte sich mit der Zeit zu regelrechten Angstzuständen bis hin zu Panikattacken. Anfang 20 dann, war ich sehr hypochondrisch auch mittlerweile in meinen Ängsten. Ich hatte Herzbeschwerden, deren Ursache ein Kardiologe zu finden nicht im Stande war. Meine Hausärztin verschrieb mir Faustan für den Bedarfsfall.
Ich nahm das Medikament sehr häufig und völlig kritiklos ein, es half ja geradezu wunderbar, meine Herzbeschwerden, die Unruhe und Spannungen verschwanden 40 Minuten nach der Einnahme völlig. Ein absolutes Wohlbefinden setzte ein. Des Öfteren nahm ich nun das Medikament auch „ vorbeugend“ ein. So oft ich sie brauchte rief ich in der Hausarztpraxis an, ein Rezept lag dann schon am Tresen bereit, ohne das ich selber die Ärztin konsultieren musste. Ab dem 25. Lebensjahr nahm ich Diazepam täglich ein.
Als sich meine Ärztin zunehmend sträubte mir die entsprechenden Rezepte auszustellen, geriet ich per Überweisung an einen wohl zwielichtigen Psychiater der in einer Plattenbausiedlung eine Wohnung als Praxis betrieb und mich ohne viel Federlesens auf Tavor umstellte und mir dies auch fortlaufend verschrieb. Ein Arztbesuch dauerte gerade mal einige kurze Minuten. Als dieser Arzt einige Jahre später scheinbar spurlos von der Bildfläche verschwand, fälschte ich einfach Rezepte. Als dann einem Apotheker solcherart Rezept auffiel, bot er mir überraschend an, für ein gewisses Aufgeld natürlich, mich mit Tavor in gewünschter Menge zu versorgen. Mit 40 Jahren nahm ich dann täglich schon alle 8 Stunden 2,5 mg zu mir, es steigerte sich sogar kurzzeitig auf 16 mg/ täglich. Ich brach nun auch das selber aufgestellte Tabu, dieses Zeug nicht mit Alkohol einzunehmen.
Mit 43 Jahren landete ich das erste Mal schwer mit beiden Substanzen vergiftet auf einer Intensivstation, der spätere Benzodiazepinentzug dauerte über ein halbes Jahr und ist in seiner Entsetzlichkeit nicht mit Worten zu beschreiben.

ERFAHRUNGS-BERICHT EINES BETROFFENEN (2)

Seit 1995 arbeite ich in einem Altenheim in der Pflege. Auf der Station wohnen 40 Bewohner. Seit Einführung der Pflegeversicherung und dem starken Ausbau der häuslichen Pflege kommen zu uns meist Bewohner ins Heim, die sehr verwirrt oder körperlich sehr gebrechlich sind. Der Arbeitsaufwand hat sich wesentlich verstärkt, parallel dazu wurde Personal gekürzt. Gegen meine Rückenschmerzen probierte ich 20 Tropfen Tramal, die ein Bewohner verordnet bekommen hat. Sie taten gut, ich konnte mehr schaffen als sonst, mir tat nichts weh und ich hatte eine super Stimmung. So nahm ich über Jahre hinweg im Nachtdienst vor meiner körperlichen Arbeit Tramal, ohne mir dabei etwas zu denken. Anfang letzten Jahres wurde noch einmal Personal gekürzt. Um schneller arbeiten zu können, griff ich wieder zu den Tramal Tropfen. Erst waren es 20 Tropfen pro Dienst, dann 30 bis ich zum Schluss pro Dienst 3 x 50 Tropfen nahm. Ich konnte mir nicht mehr vorstellen, ohne Tramal zu arbeiten. Wenn ich Medikamente für die Bewohner vorbereitete, bereitete ich mir auch gleich meine 3 Becherchen vor. Ich fühlte mich auch relativ sicher, denn meine Kolleginnen durften die Medikamente nicht vorbereiten oder verteilen. Ich musste nur aufpassen, dass keiner sah, wie ich die Medikamente einnahm. Gleichzeitig bekam der Bewohner von mir eine geringere Menge Tramal oder manchmal nur Wasser. Er selber konnte sich dazu nicht äußern. Nach ca. einem halben Jahr entwickelte ich aufgrund von Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten einen starken Tremor, den ich nicht verheimlichen konnte. Auch sonst ging es mir immer schlechter. Ich hatte unkontrollierte Bewegungen und Gangstörungen. Ich war unsicher, ob meine Kolleginnen schon etwas gemerkt haben. Gesagt hatte zwar noch niemand etwas, aber so weit wollte ich es nicht kommen lassen.
Nun sind 12 Wochen Therapie hier in Lindow beendet. Hier habe ich gelernt, wie ich den Druck und Stress auf der Arbeit ohne Tramal bewältigen kann und freue mich jetzt schon auf die Umsetzung des Gelernten.

Mit den Joystick gegen das Suchtgedächtnis

INTERNATIONALE BEACHTUNG DER FORSCHUNGSERGEBNISSE AUS LINDOW

Die Ergebnisse unseres PC-gestützten Alkoholvermeidungstrainings (NKT) konnten in der international renommierten Fachzeitschrift Psychological Science publiziert werden (*Wiers, R., Eberl, C., Rinck, M. & Lindenmeyer, J., 2011. Re-training automatic action tendencies. Changes alcoholic patient's approach bias for alcohol and improves treatment outcome. Psychological science, 20, 1-8*).

Wir konnten das strenge Gutachtergremium mit der in der salus klinik Lindow an 224 alkoholabhängigen Patienten durchgeführten randomisiert kontrollierten Studie davon überzeugen, dass 4x15 Minuten Computertraining geeignet sind, um die automatisierte Alkoholannährungstendenz der Betroffenen zu überwinden und die Rückfallrate nach 1 Jahr signifikant zu senken. Von dort fanden unsere Ergebnisse den Weg in die weltweit erscheinende Zeitschrift „The Economist“ in einem Artikel über die Zukunft der Psychotherapie mit dem Titel *„Therapist-free treatment. Cognitive bias modification may put the psychiatrist's couch out of business“* (03.03.20011).

In aller Bescheidenheit sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass sich unser Trainingsprogramm bislang nur als Zusatz im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung bewährt hat. Wir freuen uns daher sehr, dass die DRV-Bund zugesagt hat, in 2012 sowohl eine randomisiert kontrollierte Studie zur Evaluation einer Internetversion des Trainingsprogramms als auch eine Machbarkeitsstudie in 10 Kliniken (sog. Phase IV Studie) zu finanzieren.

salus Ambulanzen Potsdam-Mittelmark

LEITUNGS*WECHSEL*

Nach über 2 Jahren ist **Frau Dipl.-Psych. Chr. Leicht** als Leiterin der 4 salus Ambulanzen im Landkreis Postdam-Mittelmark ausgeschieden, um sich künftig ganz um ihre psychotherapeutische Praxis zu kümmern. Wir danken Frau Leicht für ihre hervorragende Aufbauarbeit. Ihr außerordentliches Engagement für Klienten und Mitarbeiter wird uns in Erinnerung bleiben.

Dipl.-Psych. Chr. Leicht

Dipl.-Psych. Dr. K. Salkow

Wir sind froh, als Nachfolgerin **Frau Dipl.-Psych. Dr. K. Salkow** gefunden zu haben. Frau Dr. Salkow ist psychologische Psychotherapeutin, war Leiterin einer Tagesklinik und verfügt über ausgewiesenes Expertenwissen zu einer Vielzahl von psychischen Störungen. Wir wünschen ihr bei der Leitung der 4 salus Ambulanzen eine glückliche Hand.

Sie erreichen Frau Dr. K. Salkow unter:
salus ambulanz Werder
Am Gutshof 1-7
14542 Werder (Havel)
Tel.: 03327 / 571381
Email:
salkow@salus-ambulanz.de

NEUE PUBLIKATIONEN AUS DER SALUS KLINIK LINDOW:

Lindenmeyer, J. (2010). Die Rehabilitation von Alkoholabhängigen – Realitätsnahe Konfrontation oder entlastendes Umfeld? In M. Linden (Hrsg.), Therapeutisches Milieu. Healing Environment in medizinischer Rehabilitation und stationärer Behandlung. Berlin: MWV (S. 69-92).

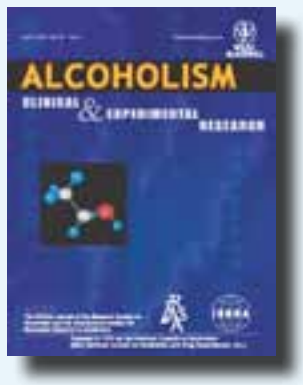
Der Artikel begründet, warum die Wahl des geeigneten Behandlungssettings nicht vorrangig nach der Schwere des Falls nach dem Motto: „leicht=ambulant, schwer=stationär" erfolgen, sondern die Veränderungsphase des Betroffenen beachtet werden sollte. Während zu Behandlungsbeginn die Abschirmung von Versuchungssituationen im vollstationären Setting günstig ist, kann im weiteren Verlauf eine zunehmende Auseinandersetzung mit den realen Lebensbedingungen des Patienten im Rahmen einer ambulanten bzw. teilstationären Behandlung erfolgen. Bei einem Rückfall ist dagegen erneut eine stationäre Kurzintervention vorteilhaft. Es wird davor gewarnt, den Therapieprozess im Rahmen sog. Kombitherapien immer stärker zu fraktionieren.

Lindenmeyer, J. (2010). Gibt es eine neuropsychologische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigen? Suchttherapie, 11, 166-172.

Fortschritte der Neurobiologie haben den Blick auf die suchtbedingten Einschränkungen der Willensfreiheit von Alkoholabhängigen im Moment eines Rückfalls gelenkt. Da automatisierte Rückfallprozesse den Betroffenen häufig nicht bewusst sind, können sie durch herkömmliche Psychotherapieverfahren kaum verändert werden. Der Artikel erörtert, inwieweit eine neuropsychologische Perspektive geeignet ist, diagnostische Verfahren und psychotherapeutische Interventionen zur Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit zu optimieren. Abgeleitet wird die Notwendigkeit eines intensiven Trainings von einfachen Bewältigungsstrategien in Risikosituationen.

Küfner, H., Buchholz, A., Lindenmeyer, J. & Rist, F. (2009). Änderungssensitivität und prognostische Validität der MATE Indizes. Sucht, 55, 243-252.

Die deutsche Version des MATE (Measurement for Addiction für Evaluation und Triage) wurde bei Patienten der salus klinik Lindow zu Beginn und am Ende der Behandlung eingesetzt und in Beziehung zur 1-Jahreskatamnese gestellt. In 9 von 13 Subskalen des MATE besserten sich die Patienten im Verlauf der Behandlung ($p<.01$). Prognostisch ließen sich 40% der Varianz der Abstinenz 1 Jahr nach Therapieende durch die MATE Skalen Craving und negative Umwelteinflüsse erklären. Die Autoren schlussfolgern, dass der MATE zur Veränderungsmessung empfohlen werden kann. Zur Indikationsstellung erwies sich der MATE dagegen nicht ausreichend prognostisch valide. Hier bedarf es einer zusätzlichen klinischen Einschätzung der Patientenstabilität.



Gauggel, S., Heusinger, A., Forkmann, Th., Boecker, M., Lindenmeyer, J., Cox, W.M. & Staedtgen, M. (2010). Effects of Alcohol Cue Exposure on Response Inhibition in Detoxified Alcohol-Dependent Patients. Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 34, 1–6.

An 20 Alkoholpatienten der salus klinik Lindow wurde die Beeinträchtigung von Selbstkontrollprozesse unter Alkoholexposition untersucht. Durch den Anblick und Geruch von Alkohol wurde die Fähigkeit der Patienten beeinträchtigt, bereits begonnene Handlungen zu unterbrechen (Inhibition), nicht aber neue Handlungen zu beginnen. Gleichzeitig zeigten die Patienten verstärktes Alkoholverlangen unter Alkoholexposition. Die Autoren schlussfolgern, dass es in Rückfallrisikosituationen zur einer spezifischen Beeinträchtigung der Selbstkontrollfähigkeiten von Alkoholabhängigen kommen kann. Sie empfehlen daher den Einsatz von spezifischen Trainingsprogrammen zur Erhöhung der Selbstkontrollfähigkeit von Alkoholpatienten.

IMPRESSUM

Redaktion:
salus klinik Lindow,
Strasse nach Gühlen 10,
16835 Lindow

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
K. Lehmann,
Dr. Johannes Lindenmeyer

Herstellungsleitung:
Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:
Druckhaus Süd GmbH,
50968 Köln,
www.druckhaus-sued.de

Gestaltungskonzept & Layout:
Helm Renz, 50825 Köln,
www.helmrenz.de

MASTER-STUDIENGANG *SUCHTHILFE/ SUCHTTHERAPIE M.Sc.*

NUR NOCH WENIGE PLÄTZE FREI

Die Suchtakademie Berlin-Brandenburg e.V. bietet ab Sommersemester 2011 (Beginn: 22.08.2011) einen Masterstudiengang Suchthilfe/Suchttherapie M.Sc. in Berlin an.

Der 5-semestrige Studiengang ist berufsbegleitend und schließt mit dem akademischen Titel „Master of Science (M.Sc.)" ab. Gleichzeitig erwerben die Teilnehmer die von der DRV-Bund anerkannte Qualifikation als „Suchttherapeut".
Für die Teilnehmer besteht die Möglichkeit zur anschließenden Promotion an einer Universität.

Zum Studium zugelassen werden kann, wer über einen Hochschulabschluss (Diplom oder Bachelor) in den Fächern Medizin, Psychologie oder Soziale Arbeit verfügt. Darüber hinaus müssen die Teilnehmer mindestens als Halbtagskraft im Suchtbereich tätig sein.

Interessenten informieren sich auf der Website der Suchtakademie

www.suchtakademie.de

Lieber schlau als blau

Schulklassen gesucht!

Wir suchen für die vom Land Brandenburg finanzierte Evaluationsstudie des Präventionsprogramms „Lieber schlau als blau" interessierte Schulen, die dieses Programm in den Klassenstufen 9-12 durchführen wollen.

Wir bilden interessierte Lehrkräfte fort, bestreiten einen Elterninformationsabend und führen bei Zustimmung der Eltern das Programm kostenlos durch unsere Trainer in einer Schulklasse durch.

Weitere Informationen finden sich auf unserer Website
www.salus-praevention.de
Persönliche Auskünfte erteilen
Frau S. Schramm (Tel: 01736353097)
Frau U. Sadowski (Tel. 01622691994).