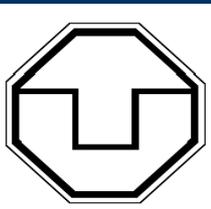


„Was tun, wenn Patient*innen kiffen?“

Behandlung von
Substanzkonsumstörungen in der
ambulanten Psychotherapie bei
Jugendlichen und jungen Erwachsenen



Kurzer Überblick über den Inhalt des Seminars

Überblick

1. Was muss ich hinsichtlich der **PT-Richtlinien** beachten?
2. Unterschiede PT-Richtlinie **Schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit**?
3. Wie genau verläuft die Kooperation mit den **HÄ**?
4. Was spricht **dafür/dagegen** ambulant zu entziehen?
5. Aufbau der Therapiestunden/Welche spezifischen **Interventionen/Therapiebausteine** sind von Relevanz?
6. Was passiert bei **Rückfällen**?

1. Was muss ich hinsichtlich der PT-Richtlinie beachten?

Änderung der PT-Richtlinie (seit 2011)

(2) Psychotherapie kann neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:

1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (**Alkohol, Drogen und Medikamente**), im Falle der **Abhängigkeit** von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz.

Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie **bei Abhängigkeit** von psychotropen Substanzen dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von **maximal zehn Behandlungsstunden** erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Therapeutin oder von dem Therapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Therapeutin oder von dem Therapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen.

Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden.

1b. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“, Anlage I, 2. (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger), beschränkt auf den Zustand der Beigebrauchsfreiheit.

Achtung: Nikotinabhängigkeit KEINE Indikation für PT!

2. Unterschiede PT-Richtlinie Schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit

Vorgaben durch Psychotherapierichtlinien **nur bei Abhängigkeit**,
NICHT vorgegeben bei Schädlichem
Gebrauch!

- bei Diagnose ICD-10 Schädlicher Gebrauch keine Vorgabe der 10 Stunden
- keine Abstinenzvorgabe
- kein Laborwert
- D.h. Therapieziel kann hier die Reduktion des Konsums/Punktabstinenz sein
- Was wenn Diagnosen erst im Verlauf der Therapie? 10 Stunden gelten auch hier bei Abhängigkeit (PT-Richtlinie! Laborwert in Akte dokumentieren, dann Therapie fortführen)
- Nicht zuletzt: was wenn Pat. „hin und wieder“ kifft/trinkt/etc., aber nicht die Kriterien für eine der beiden Diagnosen erfüllt?
 - ✓ Wo keine Diagnose, da auch keine Therapie
 - ✓ Funktionalität im ZS mit anderen psych. Störungen beachten (z.B. Soziale Phobie, Panikstörung, ADHS, etc.)
 - ✓ Therapeutisch jedoch durchaus sinnvoll, über den Verlauf der Therapie immer wieder nachzufragen, ob sich das Konsummuster verändert hat!

3. Wie genau verläuft die Kooperation mit den Hausärzten?

Laborwert muss über HÄ oder direkt Labor vor Ort eingeholt werden!

- Laborwert muss **nur 1x** nach den 10 Stunden erbracht werden (Achtung: Gutachter:in im Verlauf)
- Bezahlung KK problematisch
- Erhebung durch HÄ oder medizinische Labor vor Ort – Kooperation! Kosten ca. 30 - 100€ (nur 1 Parameter u.U. notwendig, z.B. nur Cannabis-Parameter)!
- Nachweiszeiten sind zu berücksichtigen bei der „Organisation“ der 10 Stunden, sonst Wartezeit nach 10 Stunden – THC mind. 3 Wo abstinent bis Laborwert erhoben werden sollte
- gute Erfahrung mit Brief an HÄ zur Aufklärung wieso Pat. Laborwert/Urinscreening benötigt (Schweigepflichtentbindung):

Betreff: Anforderung Laborwert Pat. XXX

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

im Rahmen der ambulanten Psychotherapie bei Pat. XXX wird die Erhebung eines Laborwertes (*Urintest THC, Blutbild/ γ -GT, CDT-Wert, etc.*) zur Überprüfung des *Drogenkonsums/Alkoholkonsums* (objektiver Laborparameter) angefordert. Dies erfolgt unter Berücksichtigung der Änderung der Psychotherapierichtlinien von 2011, in denen die Vorgabe des Nachweises der *Alkoholabstinenz/Drogenabstinenz* mittels eines unauffälligen objektiven Laborwertes innerhalb der bestehenden ambulanten Psychotherapie zu erfolgen hat.

Mit freundlichen Grüßen,

4. Was spricht dafür/dagegen ambulant zu entziehen?

Beurteilungskriterien für Mitbehandlung bzw. Weitervermittlung an Spezialeinrichtungen

Weitervermittlung

- generelle Voraussetzungen ambulante PT werden von Pat. nicht erfüllt
- Komplexität für 1x 50 Minuten die Woche (Schweregrad, Beeinträchtigungsgrad, schwere depressive Episode, Suizidalität nur schwer abgrenzungsfähig, etc....)
- wenn schwere Entzugssymptome zu erwarten sind (Konsil HÄ)
- Erreichen der Abstinenz wiederholt erfolglos, keine weiteren Std. oder im weiteren Verlauf ambulante Therapie Rückfall in **altes Verhaltensmuster oder stärkerer Konsum** mit erfolglosen „Abstinenzversuchen“

4. Was spricht dafür/dagegen ambulant zu entziehen?

Kooperation mit SB im Verlauf der Therapie?

- ergänzend zur ambulanten PT Anbindung an SB möglich (nicht zwingend erforderlich)
- Gruppenangebote nutzen
- gute (u.U. deutlich bessere als wir) Anbindung/Kooperation mit Angeboten psychosozialer Dienste vor Ort (u.a. Kontakt- und Begegnungsstätten, Schuldnerberatung, Betreutes Wohnen, Familienberatung, etc.)
- Gemeinsame Termine mit Suchtberater:innen möglich
- Anträge auf stationäre Entwöhnung über SB möglich
- Aber: wir behandeln Substanzkonsumstörung selbst! Kein „abgeben/outsourcen“ an Suchtberatung! Gemeinsames Erarbeiten der Abstinenz

4. Was spricht dafür/dagegen ambulant zu entziehen?

Zudem:

- Veränderungsmotivation (d.h. **nicht** direkt abstinentmotiviert) im Rahmen der Probatorik sollte vorhanden sein (...gilt aber für jede ambulante PT) bzw. bereits in der Probatorik aufgebaut werden können, gemeinsamer Therapieplan („in ersten Stunde wird über den Konsum geredet“)
- ...und nicht zuletzt: **Möchte ich als Therapeut:n mit „Suchtpatient:innen“ ambulant arbeiten?** (z.B. 1. „nur“ 10 Stunden, 2. viel Motivationsarbeit, 3. Nachvollziehbarkeit/Empathie für positive Seiten des Konsums/Verständnis für „Szene“, 4. nach 10. Stunde Rückfälle, ...)
- aber auch: Therapeut:innen, denen „Verständnis“ für Szene oder Konsum von Drogen überhaupt eher schwer fällt – anschauen von Youtube-Videos über z.B. Technopartys, etc.

5. Aufbau der Therapiestunden/Welche spezifischen Interventionen/Therapiebausteine sind von Relevanz?

1. Therapie zur Motivationssteigerung

- nach Rollnick und Miller (2015)
- Interventionen zur Stärkung der Therapiemotivation

2. Kognitive Verhaltenstherapie

- Erarbeiten eines individuellen, ätiologischen Modells (bio-psycho-sozial)
- Verhaltensanalyse, Erkennen der Funktionalität
- Konsummuster erkennen (Selbstbeobachtung) und verändern
- Training von Fertigkeiten zur Beendigung des Konsums (Auslösekontrolle, Alternativverhalten)
- Rückfallprophylaxe (Strategien im Umgang mit Verlangen, Bewältigung von Risikosituationen)
- Ablehnungstraining

5. Aufbau der Therapiestunden/Welche spezifischen Interventionen/Therapiebausteine sind von Relevanz?

Was passiert in den 10 Therapiestunden – kurzer Einblick!

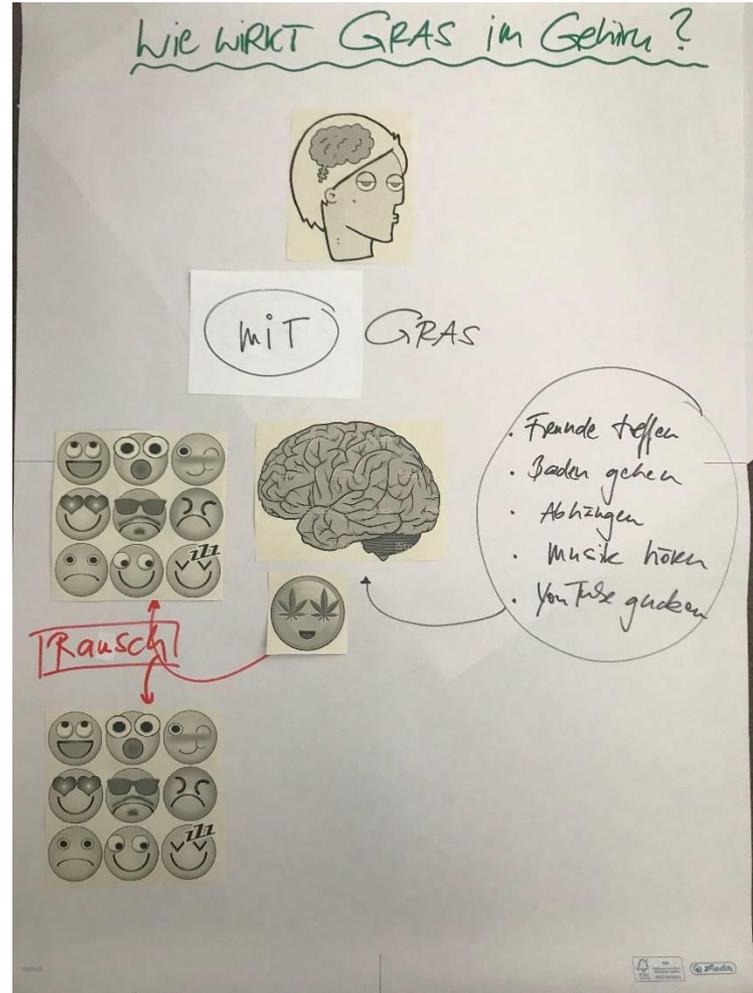
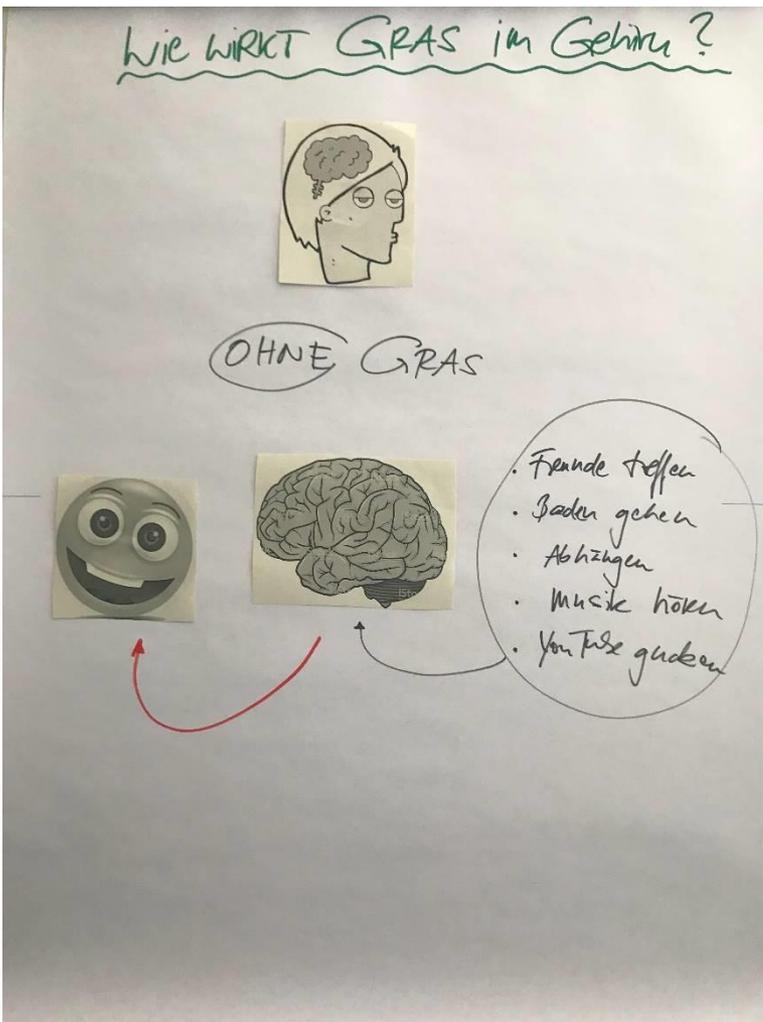
1. Psychoedukation (1 Std.) 
2. Erarbeitung der Vor- und Nachteile des Konsums mit Hilfe der Waagschale/Bilanzierung (1-2 Std.) 
3. Analyse des eigenen Konsummusters (SORK) (1 Std.)
4. Erarbeitung individuelles Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell (1 Std.)
5. Vorbereitung Zieltag (2 Std.) 
6. Nachbesprechung Zieltag (1 Std.)
7. Erarbeitung Umgang mit Verlangen/ evtl. Ablehnungstraining (1 Std.)
8. ab 10. Stunde Rückfallprophylaxe & Behandlung Komorbiditäten

Bezugspersonenstunden (zunächst nur 2 mgl.): Psychoedukation, Störungsmodell und MI Eltern (pro und contra Aspekte Konsum beachten)

Schädlicher Gebrauch: gleiche Interventionen ohne Abstinenzvorgabe, ohne Laborwert und ohne Zeitlimit

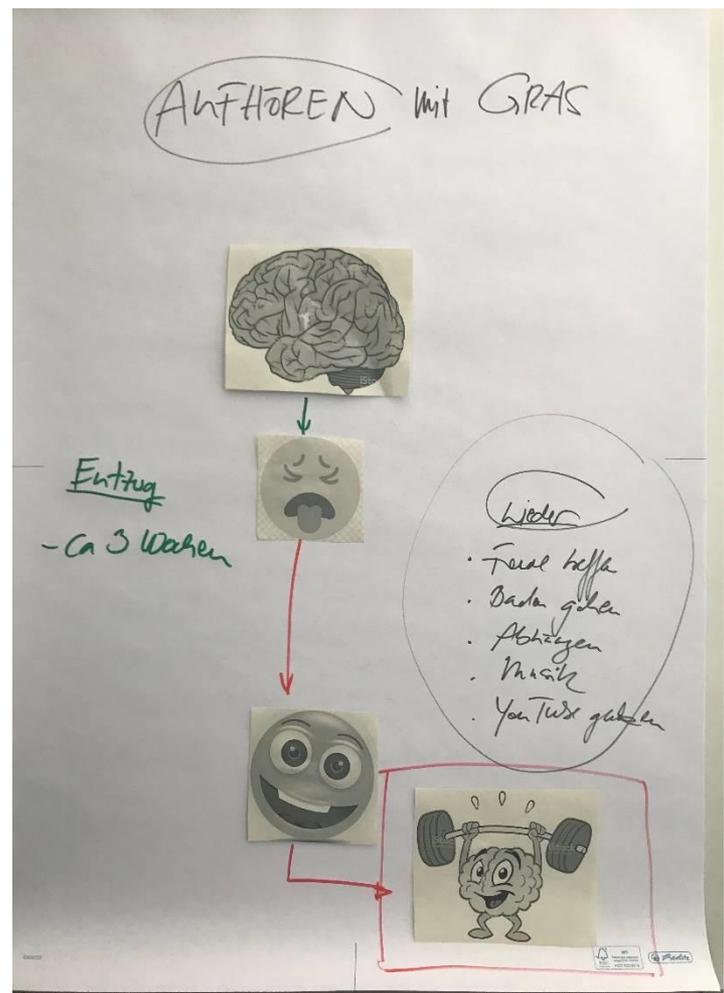
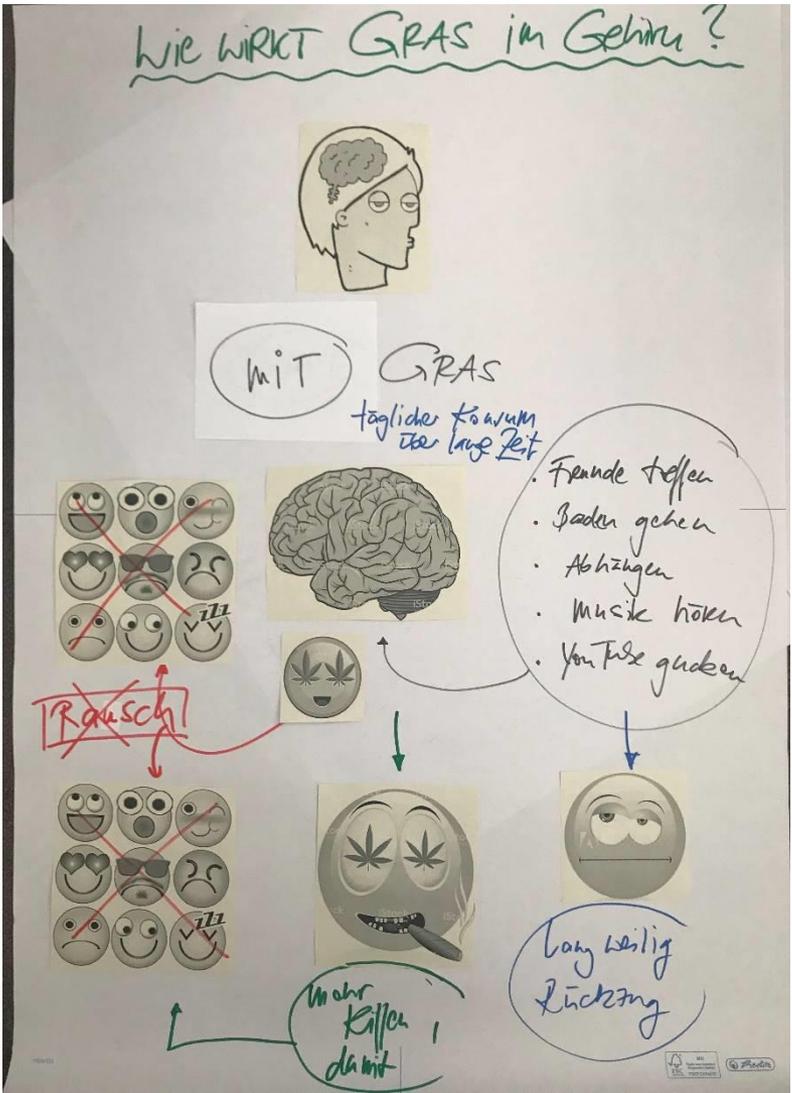
5. Aufbau der Therapiestunden/Welche spezifischen Interventionen/Therapiebausteine sind von Relevanz?

Psychoedukation (stark vereinfacht)



5. Aufbau der Therapiestunden/Welche spezifischen Interventionen/Therapiebausteine sind von Relevanz?

Psychoedukation (stark vereinfacht)



5. Aufbau der Therapiestunden/Welche spezifischen Interventionen/Therapiebausteine sind von Relevanz?

Vorbereitung des Zieltags

- Festlegung eines genauen Datums
- Entwicklung von Veränderungsstrategien
 - Stimuluskontrolle
 - Soz. Unterstützung bei (bestenfalls abstinenten) Freund:innen, Verwandten
 - Versuchungen vermeiden - Umgang mit konsumierenden Freund:innen
 - alternativen Verhaltensweisen (Tagesplanung, Aktivitätenaufbau)
 - Umgang mit suchtbezogenen Gedanken (Gedankenstopptechniken, Kogn. Umstrukturierung, Selbstinstruktionen, Smartphone Hintergrund mit Zielen/Motiven)
 - Stopptagritual?
- Informationen über mögliche Entzugerscheinungen und deren Bewältigung
- Selbstbelohnung
- Veränderungsvereinbarung schriftlich

5. Aufbau der Therapiestunden/Welche spezifischen Interventionen/Therapiebausteine sind von Relevanz?

Vorbereitung des Zieltags – Kognitive Therapie

Substanzbezogene Grundannahmen sind bei der Entstehung von Verlangen nach Substanzkonsum beteiligt:

- **Substanzbezogene Grundannahmen** („Der Joint ist mein Helfer in allen Lebenslagen“) führen dazu,
- dass in **externalen oder internalen Auslösesituationen** (z.B. Suchtmittel konsumierende Freund:innen, unangenehme Gefühlszustände wie Angst, schlechte Stimmung, Langeweile)
- spezifische **automatische substanzbezogenen Gedanken** („Rauch einen Joint“) auftauchen,
- diese führen zu starkem Verlangen,
- dem **erlaubniserteilende substanzbezogene Gedanken** folgen („Wenn ich jetzt kiffe, geht es mir gut“; „ist doch nur mal ziehen“; „jetzt hast du solange durchgehalten, jetzt kannst du auch mal wieder“; ...).
- Dysfunktionale substanzbezogene Gedanken werden automatisch in einer Vielzahl von Situationen aktiviert und führen zum Substanzkonsum, da keine Überprüfung auf situative Angemessenheit und Wahrheitsgehalt erfolgt.

6. Was passiert bei Rückfällen?

- mehrere Substanzen Diagnose Abhängigkeit – 10 Std!
- Suchtverlagerung
- Rückfälle sind normal und werden passieren! Debriefing wichtig!
- Behandlung komorbider Störungen! (indirekt Interventionen wie Aktivitätsaufbau, kogn. Umstrukturierung, Besprechung der Befürchtungen bzgl. Abstinenz, ...)
- sobald Rückfall passiert:
 1. Schritte, die Pat. versucht hat, um nicht wieder zu konsumieren LOBEN
 2. Rückfallnachbesprechung; MI und konkrete Interventionen, um die Abstinenz wieder herzustellen, Notfallpläne erstellen
- Pat. mit Abhängigkeit (im Zustand der Abstinenz) möchte im Verlauf LZT „kontrolliert konsumieren“, geht das? JAEIN ☺
 1. oberstes Ziel Abstinenz!
 2. diese ist jedoch nicht „erzwingbar“ (Fokus Motivationale Gesprächsführung, Psychoedukation)
 3. dauerhafte fortgeführter Konsum; Konsum altes Muster; Konsum stärker: Compliance stationärer Entzug/Entwöhnung.!
- Pat. schafft Abstinenz in 10 Std. nicht? Psychotherapeutisches Gespräch (23220) & 6 Mo „Zeit“ oder stationärer Entzug; externes Motiv Therapiefortführung



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

DP Anja Pixa, Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin (VT)

UFP TU Dresden gGmbH

Hohe Straße 53, 01187 Dresden

Spezialambulanz für Substanzkonsumstörungen & abhängige Verhaltensweisen

Tel.: ++49-351-463-39837

Email: anja.pixa@tu-dresden.de