

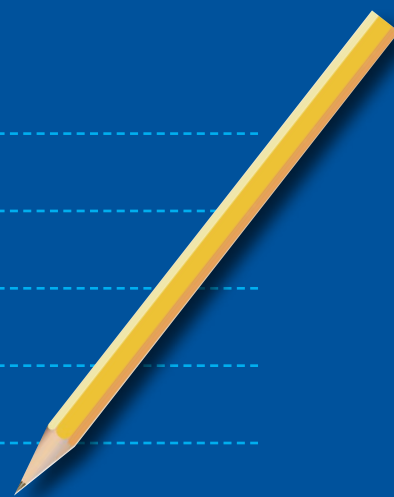


Lindenmeyer • Mühlig

THERAPIE-TOOLS



Alkohol- und Tabak- abhängigkeit



ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Lindenmeyer • Mühlig

Therapie-Tools

Alkohol- und Tabakabhängigkeit

Johannes Lindenmeyer • Stephan Mühlig

Therapie-Tools Alkohol- und Tabakabhängigkeit

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer
salus-klinik
Straße nach Gühlen 10
16835 Lindow
E-Mail: lindenmeyer@salus-lindow.de

Prof. Dr. Stephan Mühlig
Technische Universität Chemnitz
Institut für Psychologie
Wilhelm-Raabe-Str. 43
09120 Chemnitz
E-Mail: stephan.muehlig@psychologie.tu-chemnitz.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28680-0 Print
ISBN 978-3-621-28600-8 E-Book (PDF)

1. Auflage 2019

© 2019 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Umschlaggestaltung: Lina Marie Oberdorfer
Herstellung: Lelia Rehm
Satz: Markus Schmitz, Altenberge
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Vorwort	7
Einleitung: Zwei Suchtmittel – ein Anliegen	
I Alkoholabhängigkeit	13
1 Diagnostik und Anamnese	15
1.1 Screening	15
1.2 Differenzialdiagnostik	19
1.3 Erhebung des situativen Kontexts	38
2 Motivierung und Veränderungsentscheidung	60
2.1 Motivierung zur Behandlungsteilnahme	60
2.2 Akzeptanz der Abhängigkeit	75
2.3 Motivierung zu Abstinenz	85
3 Entwicklung persönlicher Therapieziele	95
3.1 Überwindung von Alles-oder-nichts-Denken	95
3.2 Teilhabebezogene Perspektive	100
3.3 Einbeziehung von psychischer Komorbidität	119
4 Therapiedurchführung	124
4.1 Strukturierung der Therapiesitzungen	124
4.2 Therapieaufgaben	131
4.3 Nachsorge/Weiterbehandlung	143
5 Rückfallprävention	152
5.1 Erkennen der eigenen Risikosituationen	152
5.2 Abstinente Bewältigung von Risikosituationen	154
5.3 Bewältigung von Rückfällen	163
II Tabakabhängigkeit	169
6 Diagnostik und Anamnese	172
6.1 Screening	172
6.2 Anamnese	176
6.3 Differenzialdiagnostik	183
6.4 Erhebung des situativen Kontexts	186

7	Motivierung und Veränderungsentscheidung	189
7.1	Motivationsanalyse und Motivierung	189
7.2	Psychoedukation	203
8	Therapiedurchführung	219
8.1	Rauchstoppvorbereitung und Durchführung	219
8.2	Umgang mit Entzugssymptomen	233
9	Rückfallprävention	239
9.1	Rückfallprophylaxe	239
9.2	Langzeitstrategien	245
 III Anhang		 251
Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter		252
Literatur		256

Vorwort

Natürlich ist das unmittelbare Gespräch zwischen Patient und Therapeut das zentrale Element jeder Psychotherapie. Aber wenn es darum geht, dass ein Patient sich außerhalb der Therapiestunden mit Inhalten der Therapiestunde auseinandersetzen soll, wenn er sein Problemverhalten im Alltag detaillierter erkunden oder wenn er seine Veränderungsfortschritte systematisch beobachten soll, dann sind Arbeitsbögen, Diagramme oder Informationsblätter sehr hilfreich. Von daher haben wir in diesem Therapie-Tools-Buch eine Vielzahl von Arbeitsmaterialien zusammengestellt, die sich in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit und bei der Raucherentwöhnung besonders bewährt haben.

Diese Therapie-Tools stellen zum Teil eine Zusammenführung von Arbeitsmaterialien dar, die bereits Bestandteil von uns an anderer Stelle veröffentlichter Handlungsmanuale waren. Besonderer Dank gilt daher den Verlagen, dass sie freundlicherweise einer Veröffentlichung in diesem Band zugestimmt haben. Zur therapeutischen Verwendung der Arbeitsmaterialien wird jeweils im Text auf unsere entsprechenden Manuale verwiesen. Außerdem sind viele der aufgeführten Arbeitsmaterialien auch auf der Website www.salus-materialien.de erhältlich.

Ganz besonderer Dank gilt Frau M. Sc. psych. Franziska Gudula Loth, die als Therapeutische Leiterin der Raucherambulanz der TU Chemnitz die Arbeitsmaterialien für den Tabakteil dieses Buches im Wesentlichen gestaltet hat.

Abschließend soll nicht versäumt werden, darauf hinzuweisen, dass selbstverständlich immer alle Geschlechter gleichermaßen gemeint sind, auch wenn im Text der Einfachheit halber meist lediglich die männliche Sprachform »Patient« und »Therapeut« verwendet wird. Auf geschlechtsspezifische Besonderheiten bzw. Unterschiede wird jeweils explizit eingegangen.

Lindow und Chemnitz, im Herbst 2018

Johannes Lindenmeyer & Stephan Mühlig

Einleitung: Zwei Suchtmittel – ein Anliegen

Von allen Suchterkrankungen sind der übermäßige Alkoholkonsum und das Rauchen bei Weitem die häufigsten und sie haben die schwerwiegendsten Auswirkungen sowohl auf der Ebene der Betroffenen als gesamtgesellschaftlich:

- ▶ Circa 1,8 Millionen Menschen sind hierzulande alkoholabhängig, ca. 8,1 Millionen Menschen sind Raucher.
- ▶ Schätzungsweise 43.000 Menschen sterben jährlich an den Folgen des Alkohols und ca. 120.000 Menschen an den Folgen des Rauchens.
- ▶ Circa 180 Folgeerkrankungen werden durch Alkohol, ca. 800 Folgeerkrankungen durch Rauchen verursacht.
- ▶ Die gesamtgesellschaftlichen Folgekosten allein für Deutschland werden bei Alkohol auf etwa 40 Milliarden € und bei Rauchen auf etwa 17 Milliarden € pro Jahr geschätzt.

Insofern ergibt es Sinn, insgesamt 125 Arbeits- und Infoblätter sowohl für die Behandlung von Alkoholabhängigen als auch für die Raucherentwöhnung gemeinsam zu veröffentlichen. Umso mehr, als beide Störungen auch noch sehr häufig gemeinsam auftreten: Ungefähr 80 % aller Alkoholabhängigen sind sehr starke Raucher mit über 20 Zigaretten am Tag, sie sind nicht in der Lage, ihr Rauchen ohne fremde Hilfe aufzugeben. Für beide Substanzen geht es darum, Behandler mit geeigneten Materialien für eine erfolgreiche und zeitökonomische Behandlung zu versorgen, damit sich wesentlich mehr Therapeuten für eine Behandlung dieser Patientengruppen engagieren als bislang üblich.

Weitere Gemeinsamkeiten zwischen beiden Substanzen

Alkohol und Nikotin haben darüber hinaus eine ganze Reihe weiterer Gemeinsamkeiten:

Schäden für Betroffene und Umwelt. Bei beiden Substanzen entstehen nicht nur unmittelbare Schäden für die Betroffenen selbst, sondern auch für ihre Umwelt: Bei Alkohol ist es die Fremdgefährdung infolge von alkoholbedingten Verkehrsunfällen, Gewalttätigkeit und Kriminalität unter Alkohol, bei Rauchen ist es die Gefährdung der Mitwelt durch das Passivrauchen.

Legale Drogen. Tabak und Alkohol sind beides legale Drogen, deren Gebrauch kulturell und sozial eingebunden ist. Die Betroffenen erleben daher ihr Konsumverhalten lange Zeit als unkritisch, ja sogar sozial anerkannt und unterstützt. Sie sind häufig über Modelllernen oder einfach so in den Konsum eingestiegen. Sie erleben im Gegensatz dazu die besorgte Sichtweise des Behandlers oftmals als überzogen und engstirnig.

Industrieinteresse. Hinter beiden Substanzen steht eine multinationale Industrie, die alles daran setzt, um möglichst immer neue Konsumenten zu gewinnen bzw. ihre bisherigen Kunden bei der Stange zu halten. Dieser permanenten Konfrontation mit aufwendigen und ausgefeilten Werbemaßnahmen können sich auch aufhörwillige Betroffene schlecht entziehen.

Rückläufiger Konsum. Der Konsum von beiden Substanzen ist hierzulande rückläufig. Das heißt, dass Aufhörwillige sich als Trendsetter verstehen können, auch wenn dies in Bezug auf Rauchen viel deutlicher der Fall ist als beim Trinken.

Suchtmechanismus. Bei beiden Substanzen verlagert sich der Suchtmechanismus im Verlauf einer Abhängigkeitsentwicklung weg vom schwerfallenden Verzicht auf die Substanz hin zu substanzbezogenen Stimuli, auf die ein zunehmend automatisiertes Konsumverhalten häufig ohne bewusstes Verlangen oder Wirkungserwartung folgt, obwohl der Betroffene längst weiß, dass er sich oder anderen dadurch schadet. Bei beiden Substanzen ist es somit nicht ausreichend, in der Therapie alternative Bewältigungsstrategien für bestimmte Problemsituationen zu entwickeln (Kompensationsparadigma mit dem Schwerpunkt: »Wozu« konsumiert der Betroffene), erforderlich ist vielmehr ein redundantes Üben, um mit einer automatisierten Suchtverhaltenstendenz in si-

tuativ getriggerten Risikosituationen leben zu können (Überlernparadigma mit dem Schwerpunkt: »Wann« konsumiert der Betroffene).

Therapieziel. Hinsichtlich beider Substanzen empfehlen die aktuellen Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften Totalabstinenz als Therapieziel der ersten Wahl. Bezüglich beider Substanzen wurden aber auch immer wieder Versuche unternommen, mittels Konsumreduktion mehr Betroffene für eine Teilnahme an Behandlungsmaßnahmen zu gewinnen.

Harmlosere Konsumvarianten. Für beide Substanzen wurden harmlosere Konsumvarianten entwickelt. Während es für Alkohol alkoholfreies Bier gibt, das nur noch den Geschmack und das Image aufweist, aber den eigentlichen Suchtstoff nicht enthält, wurde mit der E-Zigarette ein Produkt entwickelt, das die Zufuhr des Nikotins ohne Verbrennung und dadurch mit sehr viel weniger Schadstoffen ermöglicht als traditionelles Rauchen.

Methode der Wahl: KVT. Für beide Substanzen ist die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) die Therapiemethode der ersten Wahl mit den am eindeutigsten nachgewiesenen Behandlungsergebnissen. Daher ist die Kognitive Verhaltenstherapie auch die Grundlage dieses Buches, auch wenn sicherlich viele der Materialien auch innerhalb anderer Therapiemethoden genutzt werden können.

Hohe Rückfallquoten. Bei beiden Substanzen sind die Behandlungsversuche von einer sehr hohen Rückfallrate gekennzeichnet. Insofern liegt der Behandlungsschwerpunkt in beiden Fällen sowohl auf der Vermeidung von Rückfällen als auch auf dem kurzfristigen Auffangen von Rückfällen, noch bevor die Betroffenen wieder vollkommen in ihr früheres Suchtverhalten zurückgefallen sind.

Bedeutsame Unterschiede zwischen beiden Substanzen

Andererseits gibt es beim Alkohol- und Nikotinkonsum eine Reihe bedeutsamer Unterschiede, die bei der Behandlung beachtet werden müssen:

Risikoarmer Konsum. Bei Alkohol gibt es einen sog. risikoarmen Konsum, solange max. an fünf Tagen pro Woche jeweils höchstens eine Trinkeinheit (Frauen) bzw. zwei Trinkeinheiten (Männern) konsumiert werden. Bei Rauchen gibt es keinen risikoarmen Konsum, jede einzelne Zigarette ist schädlich.

Soziale Teilhabe. Rauchen ist zunehmend ein Unterschichtsphänomen geworden, Alkohol durchtränkt dagegen unverändert alle Gesellschaftsschichten. Bis Alkoholabhängige in Behandlung kommen, haben sie allerdings häufig einen empfindlichen sozialen Abstieg hinter sich. Teilhabestörungen sind also bei beiden Konsumentengruppen vorhanden, sie finden aber derzeit lediglich in der Behandlung von Alkoholabhängigen Berücksichtigung.

Suchthilfesystem. Für Alkoholabhängige besteht hierzulande ein ausgebautes Suchthilfesystem mit umfangreichen und aufwendigen Behandlungsangeboten. Dagegen gibt es bislang keine Kostenerstattung durch Krankenkassen bei Raucherentwöhnung, weswegen derzeit lediglich minimale Behandlungsangebote auf ambulanter Basis in Form von Raucherentwöhnungskursen bestehen.

Komorbidität mit psychischen Störungen. Bei Alkoholabhängigen ist eine hohe Komorbiditätsrate mit anderen psychischen Störungen zu beobachten, die daher gemäß den Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften einer integrierten Behandlung bedürfen. Bei Rauchern ist keine entsprechend erhöhte Komorbiditätsrate von psychischen Störungen im Vergleich zu Nichtrauchern bekannt. Allerdings haben auch bei der Raucherentwöhnung Betroffene mit einer psychischen Störung (insbesondere Depression) geringere Abstinenzchancen.

Suchtpotenzial. Bei Tabakrauchen besteht ein sehr viel höheres Suchtpotenzial im Vergleich zu Alkohol, da die Wirkung des Nikotins im Belohnungszentrum unseres Gehirns bereits wenige Sekunden nach der Inhalation diskret eintritt. Mit jedem einzelnen Zug – d. h. bei einem starken Raucher ca. 100 bis 200 mal pro Tag – lernt das Gehirn eines Rauchers somit, dass Rauchen tut gut. Die Mehrheit aller Raucher ist somit nikotinabhängig. Bei Alkohol tritt die Wirkung im Belohnungssystem des menschlichen Gehirns erst nach mehreren Minuten ein und ist auch so langanhaltend, dass nicht jeder Schluck ein diskretes Lernereignis ist. Entsprechend entwickeln nur ca. 10 % aller Alkoholkonsumenten eine Alkoholabhängigkeit.

Medikation bei der Entwöhnung. Für beide Substanzen besteht ein unterschiedlicher Stellenwert von medikamentöser Unterstützung innerhalb der Entwöhnungsbehandlung:

- ▶ **Alkohol:** Hier bedarf es bei der Mehrheit der Betroffenen einer Entzugsmedikation (z. B. Distranerin und Carbamazepin) über drei bis sieben Tage zur Vermeidung von Krampfanfällen, Delirien und Herz-Kreislauf-Entgleisungen. Dagegen konnte lediglich eine geringfügige Verbesserung von ambulanter Entwöhnungsbehandlung durch sog. Anticravingsubstanzen (z. B. Acamprosat und Naltrexon) verzeichnet werden, die daher auch nur sehr selten gegeben werden.
- ▶ **Nikotin:** Es konnte eine Verdoppelung der Erfolgsquote in der Raucherentwöhnung durch die Kombination mit Nikotinersatzprodukten (v. a. Nikotinpflaster und Nikotinkaugummi), eines Antidepressivums (Bupropion) oder eines Nikotinrezeptor-Partialagonisten (Vareniclin) erzielt werden. Diese sind daher jedem Aufhörwilligen als Teil der Raucherentwöhnung zu empfehlen.

Aufbau der Therapie-Tools

Die Materialien sind bei beiden Substanzen in ähnlicher Weise gruppiert:

- (1) **Diagnostik und Anamnese.** Hier finden sich Materialien zu Screening, Differenzialdiagnose und Erhebung der erforderlichen Daten für eine individuelle Modellvermittlung und Behandlungsplanung im Einzelfall.
- (2) **Motivierung und Veränderungsentscheidung.** Hier finden sich Materialien zur Motivierung der Patienten zur Therapieteilnahme und zur Entscheidung für Totalabstinenz.
- (3) **Entwicklung persönlicher Therapieziele.** Hier finden sich Materialien zur Entwicklung von persönlichen Therapiezielen und deren regelmäßiger Überprüfung durch den Patienten.
- (4) **Therapiedurchführung.** Hier finden sich Materialien zur Durchführung einzelner konkreter Behandlungsschritte im Einzel- und Gruppensetting.
- (5) **Rückfallprävention.** Hier finden sich Materialien zur gezielten Rückfallprävention bzw. zur unmittelbaren Bewältigung von Rückfällen.

Zur schnelleren Orientierung werden zunächst immer die möglichen Therapiesettings benannt, in denen die Materialien zum Einsatz kommen können.

Prinzipielle Nutzungsmöglichkeit der Therapie-Tools

Der Einsatz der Therapie-Tools kann eine Psychotherapie in vieler Hinsicht unterstützen und erleichtern. Sie können sowohl für den Patienten als auch den Therapeuten einen Leitfaden darstellen, etwas woran man sich im wahrsten Sinne des Wortes »festhalten kann«. Hierbei bestehen spezifische Nutzungsmöglichkeiten der einzelnen Materialien für die Einzeltherapie sowie für die Gruppentherapie.

(1) Einzeltherapie

- ▶ **Systematische Erfassung von Patientendaten zur Differenzialdiagnose und Therapieplanung.** Durch die zunehmende Automatisierung von Suchtverhaltensweisen ist die Selbstbeobachtungsfähigkeit der Betroffenen oft erheblich beeinträchtigt. Außerdem unterliegen die Selbstauskünfte von Patienten sowohl hinsichtlich der Höhe, Häufigkeit und des situativen Zusammenhangs ihres Substanzkonsums nachweislich erheblichen Erinnerungsverzerrungen. Der Einsatz der Materialien ermöglicht eine systematische Erfassung der anamneserelevanten Daten in einer didaktisch günstigen Reihenfolge und nutzt spezifische Verfahren, um den Patienten präzisere Angaben zu ihrem Suchtmittelverhalten zu ermöglichen. Schließlich kann durch die Materialien ein Teil der Datenerhebung durch den Patienten außerhalb der Therapiestunden erfolgen.
- ▶ **Informationsvermittlung.** Gerade im Suchtbereich ist oftmals eine spezifische Aufklärung des Patienten und entsprechende Informationsvermittlung erforderlich, um eine begründete und sinnvolle Therapieentscheidung zu ermöglichen. Mitunter nehmen hierbei die Therapiestunden zu sehr die Gestalt eines Frontal-

unterrichts an, bei dem der Therapeut versucht, einem eher passiv konsumierenden Patienten das konzeptgemäß wichtige Wissen zu vermitteln. Der Einsatz der Therapie-Tools ermöglicht dagegen eine aktive und selbstständige Wissensaneignung durch den Patienten außerhalb der Therapiestunden. Der Therapeut kann sich darauf beschränken, den Wissenserwerb des Patienten zu überprüfen, wo notwendig zu ergänzen und insbesondere den persönlichen Bezug zur Problematik des Patienten zu vertiefen.

- ▶ **Stärkung von Selbstmanagement.** Sinn und Zweck einer Psychotherapie ist ja immer die zunehmende Selbstständigkeit und Eigenverantwortung des Patienten hinsichtlich der Umsetzung von vereinbarten Veränderungszielen im Alltag. Der Einsatz der Therapie-Tools ermöglicht dem Patienten, die gezielte Übertragung der Therapieinhalte auf seine Alltagssituation und eine Dokumentation der dabei gemachten persönlichen Erfahrungen. Hierdurch wird automatisch verdeutlicht, dass die eigentliche Veränderungsarbeit durch den Patienten zwischen den Therapiestunden geschieht und ein passives »Konsumieren« von Gesprächen mit dem Psychotherapeuten wenig hilfreich sein würde. Die Verantwortung für das Therapiegeschehen wird hierdurch stärker auf den Patienten als Mitakteur übertragen. Die Arbeitsmaterialien geben zumindest einen Hinweis darauf, welche Mitarbeit für den Patienten möglich ist, mit welchen Themen und Fragen er sich beschäftigen könnte und welche Aufgaben dabei zu erledigen wären.
- ▶ **Rückfallprävention im Anschluss an die Therapie.** Der Einsatz von Therapie-Tools ermöglicht es dem Patienten, sich auch nach Abschluss der Behandlung immer wieder mit wichtigen Therapieinhalten gewissermaßen zur Auffrischung zu beschäftigen. Gleichzeitig unterstützen die Arbeitsblätter ihn im therapiebezogenen Gespräch mit seinen Angehörigen, indem Letztere einen besseren Einblick darin erhalten, was in der Therapie konkret erarbeitet wurde. Schließlich erinnern die ausgefüllten Therapiematerialien den Patienten an seine Therapieerfolge und bieten eine Möglichkeit, diese systematisch zu überwachen bzw. im Falle eines Rückfalls entsprechend dem mit Angehörigen vereinbarten Notfallplan zu handeln.
- ▶ **Entlastung des Psychotherapeuten.** Die ausgefüllten Arbeitsblätter stellen geeignete Erinnerungsstützen für den Therapeuten dar und entlasten somit seinen Dokumentationsaufwand. Außerdem stellt sich durch die wiederholte Verwendung derselben Therapie-Tools ein positiver Übungseffekt beim Therapeuten ein. Indem zentrale Therapieinhalte durch die Teilnehmermaterialien vorgegeben sind, verlangt das »Was« in der Therapie nicht mehr so viel Aufmerksamkeit durch den Therapeuten. Er kann sich dadurch verstärkt auf das »Wie« der Therapie konzentrieren, d. h. auf die Optimierung des Therapieprozesses und der Interaktion mit dem Patienten. Gerade durch die relative Zunahme an inhaltlicher Standardisierung entsteht somit mehr interaktionale Flexibilität des Therapeuten auf die spezifischen Bedürfnisse des einzelnen Patienten.

(2) Gruppentherapie

Im Unterschied zur Einzeltherapie ist die Teilnahme an einer Gruppentherapie für die meisten Patienten überhaupt nicht selbstverständlich: Scham und Furcht vor Ablehnung lassen viele Patienten automatisch davor zurückschrecken, sich gegenüber anderen Personen zu öffnen, sie befürchten ihre Bloßstellung oder die Wiederholung anderer negativen Erfahrungen mit ihrer Umwelt. Der Einsatz von Therapie-Tools kann hier spezifische Transparenz und Sicherheit schaffen:

- ▶ **Vorbereitung der Gruppentherapie.** Das (gemeinsame) Ausfüllen eines Arbeitsblattes durch Patient (und Therapeut) ermöglicht eine konkretere Vorbereitung auf die Gruppensitzung, indem die Anliegen bzw. Themen des Patienten konkretisiert werden. Dies ist insbesondere dann sinnvoll, wenn ein Patient in einer Therapieeinrichtung sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie erhält, weil hierdurch die Rollenverteilung zwischen Einzeltherapeut und Gruppentherapeut geklärt wird: Der Einzeltherapeut stellt im Sinne des fallführenden Therapeuten gemeinsam mit dem Patienten die Anliegen für die Gruppentherapie teilnahme zusammen und bestimmt die dadurch zu erreichenden Ziele. Der Gruppentherapeut verantwortet dagegen die Inhalte der Gruppentherapie und damit das »Wie« der Zielerreichung. All dies schafft für den Patienten einerseits Sicherheit und erhöht gleichzeitig die Verbindlichkeit seiner Gruppentherapie teilnahme.
- ▶ **Strukturierung der Gruppensitzungen.** Die Therapie-Tools ermöglichen es dem Gruppentherapeuten, die einzelnen Mitglieder einer Therapiegruppe immer wieder mit bestimmten Aufgaben innerhalb der Gruppentherapie sitzungen zu betrauen, auf die sie sich vorbereiten können und die ein für alle Beteiligten erkennbares transparentes Ziel verfolgen. Manchmal geht es dagegen eher darum, dass die Teilnehmer, im










Sinne einer Hausaufgabe, die in der Gruppenstunde erfahrenen Inhalte nunmehr auf sich selbst übertragen. In diesem Fall ist das Ausfüllen der Teilnehmermaterialien die eigentliche Hausaufgabe.

- ▶ **Erleichterung von Gruppenvertretung.** Eine besondere Situation ergibt sich durch die Notwendigkeit der Therapeutenrotation bei begrenzter Aufenthaltsdauer in stationären Einrichtungen, um Urlaubs-, Dienstausgleich- oder Fehlzeiten von Gruppentherapeuten ohne Ausfall von Gruppentherapiesitzungen überbrücken zu können. Immer wieder müssen Therapeuten hierbei relativ kurzfristig eine bestimmte Therapiegruppe übernehmen. Hier bieten die Therapie-Tools eine sofortige Orientierungsmöglichkeit für den Therapeuten im Sinne eines Protokolls. Er kann sofort Einsicht nehmen, wie weit ein Patient in der Auseinandersetzung mit einer Problematik vorangeschritten ist und worin der nächste Schritt bestehen würde. Und schließlich erleichtern die Therapie-Tools die Kommunikation und den Informationsaustausch zwischen den einzelnen Mitgliedern eines therapeutischen Teams. Alle haben automatisch eine grobe Vorstellung über die Therapieinhalte. Durch die Wiederholung der Bearbeitung der Arbeitsblätter prägen sich bestimmte Begrifflichkeiten ein, die immer weniger Erläuterung bedürfen. Alle wissen, was gemeint ist, und können dadurch im Behandlungsalltag viel leichter an einem Strang ziehen.
- ▶ **Erleichterte Dokumentation.** Um den Überblick über das Gruppengeschehen zu behalten, empfiehlt sich für den Gruppentherapeuten die Verwendung des Dokumentationsbogens AB 48 *Protokoll Gruppentherapiesitzung*. Dadurch wird einerseits ein übermäßiges Mitschreiben des Therapeuten in den Gruppentherapiesitzungen vermieden. Im Falle einer kurzfristigen Vertretung ist eine sofortige Groborientierung zur nahtlosen Fortsetzung des begonnenen Therapieprozesses möglich. Gleichzeitig enthebt es den Therapeuten auch der Notwendigkeit, sich im Anschluss an die Gruppentherapiestunde Notizen machen zu müssen, da dies bereits in der Sitzung geschehen ist. Dies führt zu einer nicht unerheblichen zeitlichen Entlastung.

Eine ausführlichere Beschreibung der Nutzung bestimmter Arbeitsmaterialien einschließlich konkreter Formulierungsvorschläge im Rahmen der Therapie findet sich bei Lindenmeyer (2011, 2016b).

Gestaltung und Einsatz der Tools-Arbeitsmaterialien

Um sich im Tools-Buch schnell und effektiv zurechtzufinden, sind auf allen Arbeitsblättern Icons abgebildet. Anhand dieser Icons können Sie direkt sehen, für wen das vorliegende Arbeitsblatt gedacht ist und wie es gehandhabt werden soll. Die folgenden Icons werden Ihnen auf den verschiedenen Arbeitsblättern begegnen:

-  **Therapeut/in:** Diese Arbeitsmaterialien sind ausschließlich für Therapeuten gedacht.
 -  **Patient/in:** Diese Arbeitsmaterialien sind primär für die Patienten gedacht. Sie können auch für therapeutische Übungen genutzt werden, die der Patient allein außerhalb der Therapie durchführt.
 -  **Angehörige:** Diese Arbeitsmaterialien sind zum Ausfüllen durch die Angehörigen gedacht.
 -  **Ran an den Stift:** Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift in die Hand zu nehmen und sich Antworten bzw. Überlegungen zu notieren.
 -  **Hier passiert was:** An diesen Stellen werden Handlungsanweisungen vergeben.
 -  **Wie sag ich's?** Dieses Icon signalisiert, dass der Therapeut dem Patienten Fragen des jeweiligen Arbeitsblattes vorliest und deren Antworten notiert.
 -  **Input fürs Köpfchen:** Hier werden Anregungen zum Weiter- und Ums-Eck-Denken gegeben.
 -  **Mehr Wissen:** Mit diesem Icon wird auf verwendete oder weiterführende Literatur hingewiesen.
 -  **Hier kommt die Maus:** Mit diesem Icon wird auf interessante Internetseiten verwiesen.
- AB** **Arbeitsblätter** stellen in der Regel Grundlagen für Übungen dar.

INFO **Informationsblätter** fassen Informationen zu einem bestimmten Therapiethema zusammen.

I Alkoholabhängigkeit

- 1 Diagnostik und Anamnese
- 2 Motivierung und Veränderungsentscheidung
- 3 Entwicklung persönlicher Therapieziele
- 4 Therapiedurchführung
- 5 Rückfallprävention

Mögliche Settings für den Einsatz der Therapie-Tools

Hausarzt/Akutkrankenhaus. Patienten mit Alkoholproblemen haben mindesten einmal pro Jahr Kontakt mit dem medizinischen Akutsystem oder ihrem Hausarzt. Dies stellt einen besonders günstigen »Teachable moment« für den Einsatz eines Screening-Instruments und für konkrete Veränderungsratschläge bei kritischen Ergebnissen dar (AB 1 und AB 2).

Suchtberatungsstelle. Sie sind häufig die erste Anlaufstelle für Menschen mit Alkoholproblemen. Im Vordergrund der Beratung stehen die differenzialdiagnostische Abklärung (AB 1 bis AB 9) und die Motivierung der Betroffenen für eine Suchtbehandlung (AB 20 bis AB 32, INFO 1 bis INFO 6).

Entzugsstation. Über die reine körperliche Entgiftung hinaus enthält ein sogenannter »qualifizierter Entzug« ein dichtes Angebot von Gruppentherapie und Informationsveranstaltungen, um die Betroffenen über ihre Erkrankung zu informieren und für eine abstinenzorientierte Suchtbehandlung zu gewinnen (AB 20 bis AB 23, INFO 1 bis INFO 4). Außerdem kann es um die kurzfristige Stabilisierung von rückfälligen Patienten gehen (AB 68 bis AB 69, INFO 8).

Entwöhnungseinrichtung. Im Rahmen einer mehrmonatigen stationären oder ambulanten Entwöhnungsbehandlung geht es darum, den individuellen Behandlungsbedarf zu ermitteln (AB 3 bis AB 19), Betroffene das wahre Ausmaß ihrer Abhängigkeit erkennen zu lassen (AB 20 bis AB 31, INFO 1 bis INFO 6), persönliche Therapieziele zu vereinbaren (AB 34 bis AB 46, INFO 7), konkrete Behandlungsmaßnahmen (AB 47 bis AB 62) und schließlich eine spezifische Rückfallprävention (AB 63 bis AB 69, INFO 8) durchzuführen.

Ambulante Psychotherapie. Angesichts der häufigen Alkoholprobleme bei Psychotherapiepatienten sollte ein Alkoholscreening zur Routine in der ambulanten Psychotherapie werden (AB 1 und AB 2), um Betroffene im Falle einer Alkoholabhängigkeit für eine abstinenzorientierte Behandlung zu gewinnen (AB 20 bis AB 22, INFO 1 bis INFO 4). Außerdem kann es um die kurzfristige Stabilisierung von rückfälligen Alkoholpatienten gehen (AB 68 bis AB 69, INFO 8), die sich wegen einer weiteren psychischen Störung in Behandlung befinden.

Nachsorgeeinrichtung. Da sich innerhalb des ersten Jahres die meisten Rückfälle ereignen, nehmen viele Betroffene in diesem Zeitraum weitere Unterstützung in Anspruch, wie z. B. eine Selbsthilfegruppe, eine ambulante Weiterbehandlung oder stationäre Formen der Nachsorge (z. B. betreutes Wohnen, Adaptionseinrichtung, soziotherapeutische Einrichtung). Hier geht es um die Protokollierung der Teilhabebemühungen (AB 36 bis AB 43, INFO 7) sowie die kurzfristige Stabilisierung von rückfälligen Patienten (AB 69 bis AB 70, INFO 8).

1 Diagnostik und Anamnese

1.1 Screening

Da sich Menschen mit Alkoholproblemen aufgrund von mangelnder Problemsicht, illusionärer Kontrollüberzeugung oder Scham nur sehr selten und dann sehr spät von sich aus um Hilfe bemühen, kommt dem flächendeckenden Einsatz von Screening-Instrumenten in der medizinisch-psychotherapeutischen Grundversorgung für die rechtzeitige Identifizierung von Alkoholproblemen größte Bedeutung zu.



Entgegen der Befürchtung vieler Ärzte und Psychotherapeuten wird die direkte Befragung eines Patienten nach seinem Alkoholkonsum von der Öffentlichkeit durchaus unterstützt.

Arbeitsmaterialien

AB 1 AUDIT

AB 2 Ergebnisrückmeldung AUDIT

AB 1 AUDIT



Der AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*), entwickelt im Auftrag der WHO (Babor et al., 2001), gilt weltweit als Goldstandard der Screening-Instrumente für Alkoholprobleme und wird daher auch in der aktuellen Leitlinie als Instrument der ersten Wahl empfohlen (AWMF, 2015). Er enthält zehn Items mit jeweils drei bis fünf Antwortalternativen zum Ankreuzen. Der Summenscore differenziert geschlechtsspezifisch zwischen risikoarmem Konsum (0–4 Punkte bei Frauen, 0–7 Punkte bei Männern), Verdacht auf eine alkoholbezogene Störung (5–14 Punkte bei Frauen, 8–14 Punkte bei Männern) und Hinweis auf Alkoholabhängigkeit (ab 15 Punkten).



Ein kostenloses Auswertungsmodul kann unter www.salus-materialien.de genutzt werden.



Der AUDIT ist klinischen Laborwerten als Screening-Instrument eindeutig überlegen. Allerdings kann die Aussagekraft des AUDIT durch den zusätzlichen Einsatz von klinischen Laborwerten (z. B. Gamma-GT, GOT, GPT und MCV) erhöht werden.



»Die Mehrheit in unserem Land trinkt regelmäßig Alkohol. In bestimmten Grenzen ist dies auch kein Problem. Übermäßiger Alkoholkonsum erhöht allerdings das Risiko für über 180 verschiedene körperliche Erkrankungen. Außerdem besteht die Gefahr einer Suchtentwicklung.

Ich habe mir daher vorgenommen, bei jedem Patienten kurz zu überprüfen, ob sein gegenwärtiger Alkoholkonsum risikoarm ist oder ob aus medizinischer Sicht eine Änderung angezeigt ist. Daher möchte ich Sie heute darum bitten, diesen kurzen Alkohol-Screening-Fragebogen auszufüllen. Es dauert höchstens zwei Minuten!

Sie bekommen dann von mir kurzfristig eine qualifizierte Rückmeldung.«

AB 2 Ergebnisrückmeldung AUDIT



Eine kurze direkte Rückmeldung durch den behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten hat nachweislich eine günstige Wirkung auf den weiteren Alkoholkonsum eines Patienten. Diese kann durch die Überreichung eines entsprechenden Rückmeldebogens noch verstärkt werden. In Abhängigkeit des Testergebnisses eines Patienten kann der Therapeut hier gezielte Tipps für das weitere Vorgehen ankreuzen:

- ▶ Punktwert 0–4: kein Handlungsbedarf
- ▶ Punktwert 5–14: Empfehlung zur eigenständigen Konsumreduktion mithilfe des Onlineprogramms www.selbsthilfealkohol.de
- ▶ Punktwert ab 15: Notwendigkeit einer gründlichen Differenzialdiagnostik der Alkoholproblematik



Ausführlichere Hinweise mit Formulierungsvorschlägen für die Ergebnisrückmeldung und gegebenenfalls weitere Behandlungsempfehlung finden sich bei Lindenmeyer (2013).



Im Falle eines riskanten Alkoholkonsums ist es oftmals ausreichend, den Patienten das Onlineprogramm der Autoren www.selbsthilfealkohol.de zur selbstständigen Alkoholkonsumreduktion zu empfehlen. Im Falle eines schädlichen Alkoholkonsums empfiehlt sich häufig die gezielte Mitbehandlung im Rahmen einer ambulanten oder stationären Psychotherapie. Ein entsprechendes Behandlungsmanual wurde von Lindenmeyer (2013) veröffentlicht. Im Falle des Hinweises auf eine Alkoholabhängigkeit wird dringend geraten, den Patienten zur Kontaktaufnahme mit dem Suchthilfesystem zu motivieren, um eine abstinenzorientierte Entwöhnungsbehandlung einzuleiten.



Ein Glas Alkohol entspricht: 0,33 Liter Bier
 0,2 Liter Wein oder Sekt
 0,02 Liter Spirituosen

(a) Wie oft trinken Sie Alkohol?

- 0** **1** **2** **3** **4**
Nie **Etwa 1 x pro Monat** **2-4 x pro Monat** **2-3 x pro Woche** **4 x oder öfter pro Woche**

(b) Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel Gläser alkoholhaltiger Getränke trinken Sie dann typischerweise?

- 0** **1** **2** **3** **4**
1 oder 2 **3 oder 4** **5 oder 6** **7 oder 8** **9 oder mehr**

	Nie	Seltener als 1 x pro Monat	1 x pro Monat	1 x pro Woche	Täglich oder fast täglich
(c) Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?	0	1	2	3	4
(d) Wie oft haben Sie im letzten Jahr festgestellt, dass Sie mehr getrunken haben, als Sie eigentlich wollten?	0	1	2	3	4
(e) Wie oft haben Sie im letzten Jahr im Zusammenhang mit dem Alkoholtrinken eine Aufgabe nicht erledigt, die man eigentlich von Ihnen erwartet hatte?	0	1	2	3	4
(f) Wie oft haben Sie im letzten Jahr morgens Alkohol getrunken, um in Schwung zu kommen?	0	1	2	3	4
(g) Wie oft fühlten Sie sich im letzten Jahr schuldig oder hatten ein schlechtes Gewissen aufgrund Ihres Alkoholtrinkens?	0	1	2	3	4
(h) Wie oft im letzten Jahr waren Sie aufgrund des Alkoholtrinkens nicht in der Lage, sich an Ereignisse der letzten Nacht zu erinnern?	0	1	2	3	4

	Nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr	Ja, im letzten Jahr
(i) Wurden Sie oder jemand anderes schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	0	2	4
(j) Hat sich schon einmal ein Verwandter, ein Freund, ein Arzt oder jemand anderes über Ihr Alkoholtrinken Sorgen gemacht oder Ihnen vorgeschlagen, weniger zu trinken?	0	2	4

Sehr geehrte/r Frau/Herr

herzlichen Dank für die Beantwortung unseres Alkohol-Screeningfragebogens.

Bei Ihrem Punktwert von

ist erfreulicherweise von einem risikoarmen Alkoholkonsum auszugehen:



Solange Sie tatsächlich nicht häufiger als fünf Mal pro Woche Alkohol trinken und hierbei die Trinkmenge jeweils maximal ein Glas (Frauen) bzw. zwei Gläser (Männer) beträgt, brauchen Sie sich bezüglich Ihres Alkoholkonsums in der Regel keine Sorgen zu machen.

kann man Ihren Alkoholkonsum leider nicht mehr als risikoarm bezeichnen:

Ihre Offenheit bei der Beantwortung verdient Respekt. Es spricht sehr für Sie, dass Sie sich selbstkritisch mit Ihrem eigenen Trinkverhalten auseinandersetzen.



Ich empfehle Ihnen eindeutig, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren und hierzu vollkommen anonym folgendes Online-Selbsthilfeprogramm zu nutzen:

www.selbsthilfealkohol.de

sollten wir uns mit Ihrem kritischen Alkoholkonsum eingehender beschäftigen, um gemeinsam zu entscheiden, was zu tun ist:

Ihre Offenheit bei der Beantwortung verdient allergrößten Respekt. Es spricht sehr für Sie, dass Sie sich selbstkritisch mit Ihrem eigenen Trinkverhalten auseinandersetzen.



Ich empfehle Ihnen daher:

.....

.....

.....

.....

.....

Natürlich wird all dies erhebliche Überwindung kosten. Aber mit Ihrer Offenheit haben Sie bereits einen entscheidenden Schritt getan.

Datum: Unterschrift:

1.2 Differenzialdiagnostik

Bei Alkoholproblemen handelt es sich nicht um ein einheitliches Phänomen, vielmehr können ein ganz unterschiedliches Trinkverhalten sowie eine Vielfalt von körperlichen, sozialen und psychischen Folgeschäden das klinische Bild dominieren. Die Materialien dienen angesichts dieser Vielfalt dazu, einerseits die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit abzusichern und andererseits den spezifischen Behandlungsbedarf des einzelnen Patienten zu bestimmen.



Aufgrund von Schamgefühlen sowie der befürchteten sozialen Stigmatisierung kann der Therapeut hierbei nicht immer damit rechnen, dass ihm der Patient bereitwillig Auskunft gibt. Stattdessen stellt bereits der Diagnostikprozess einen entscheidenden Motivierungsversuch dar, um den Patienten durch Transparenz und professionelle Anteilnahme die Erfahrung machen zu lassen, dass es sich für ihn lohnt, offen über seine Alkoholprobleme zu sprechen.

Hinweise zur geeigneten Gesprächsstrategie finden sich bei Lindenmeyer (2013, 2016c).

Arbeitsmaterialien

AB 3	ICD-10-Diagnostik
AB 4	Subjektive Einschränkungen
AB 5	Berufsbezogener Behandlungsbedarf
AB 6	Anamnesefragebogen
AB 7	Gespräch mit dem Hausarzt
AB 8	Drinker Inventory of Consequences
AB 9	Auswertung des Drinker Inventory of Consequences

AB 3 ICD-10-Diagnostik



In Deutschland wird gegenwärtig eine Alkoholabhängigkeit nach der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen* (ICD-10) der WHO (Dilling et al., 2015) diagnostiziert. Danach müssen mindestens drei von sechs Kriterien innerhalb der letzten zwölf Monate wiederholt aufgetreten sein. Es empfiehlt sich, die Kriterien in einem kurzen Interview mit dem Patienten direkt abzufragen. Der Protokollbogen dient hierbei sowohl zur Strukturierung des Interviews als auch zur Dokumentation der Patientenangaben.



Hinweise für eine geeignete Gesprächsstrategie finden sich bei Lindenmeyer (2013).



»Herr X, ich hatte ja schon angekündigt, dass ich mit Ihnen ein Kurzinterview hinsichtlich Ihres Alkoholkonsums führen möchte. Es handelt sich hierbei um ein sog. strukturiertes Interview, d. h., ich stelle Ihnen jetzt einige Fragen, unabhängig davon, ob ich glaube, dass sie auf Sie zutreffen. Es geht hierbei darum, dass wir wirklich nichts übersehen. Sind Sie bereit?«



Zu betonen ist, dass die Vergabe der Diagnose nicht 1:1 entsprechend der Selbstausskunft des Patienten erfolgen kann, sondern hierfür die Einschätzung und Bewertung durch den Therapeuten maßgeblich ist. Daher enthält der Fragebogen auch zu jedem Item eine Spalte zur Eintragung von Vorbefunden bzw. Fremdbeobachtung.

AB 4 Subjektive Einschränkungen



Bei der Erreichung von dauerhafter Alkoholabstinenz handelt es sich um einen Prozess, der stärker von den Bedingungen im Anschluss an die Behandlung als von den Entstehungsbedingungen einer Alkoholabhängigkeit bestimmt wird.

Entsprechend hat das *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* der WHO (DIMDI, 2005) zunehmend an Bedeutung in der Behandlung von Alkoholabhängigen gewonnen. Gegenstand des ICF sind nicht mehr vorrangig die Symptome einer Erkrankung, sondern die sich daraus ergebende bzw. mit einhergehende Behinderung im Alltag der Betroffenen (Beeinträchtigung der Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen).

Der Fragebogen *Subjektive Einschränkungen* ermöglicht es, mögliche Einschränkungen eines Patienten in sieben Teilhabebereichen systematisch zu erfassen.



Um der häufig ungünstigen sozialen Situation der Betroffenen gerecht zu werden, ist eine ausreichende Realitäts- und Zukunftsorientierung aller Behandlungsangebote in Ergänzung zu einer primär rückwärtsgerichtetem Aufarbeitung der Suchtvergangenheit bzw. der Analyse von aktuellen Gruppenprozessen oder Befindlichkeiten innerhalb der Behandlung erforderlich. Entsprechend sollte sich die Behandlung auch nicht auf die Überwindung der Alkoholsymptomatik beschränken. Vielmehr haben sich die Behandlungsmaßnahmen darüber hinaus auf die Überwindung der durch den Alkohol entstandenen Beeinträchtigungen der Betroffenen hinsichtlich ihrer Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftlichen Leben zu richten. Hierbei bedarf es einer am spezifischen Bedarf jedes einzelnen Patienten ausgerichteten Balance zwischen psychotherapeutischen und teilhabebezogenen Behandlungsmaßnahmen.



»Bislang haben wir uns ja vor allem mit Ihrem Alkoholkonsum beschäftigt. Um zu überlegen, wie Sie eine zufriedene Alkoholabstinenz erreichen können, sollten wir uns etwas systematischer damit beschäftigen, wo Sie gegenwärtig bedeutsame Einschränkungen in Ihrem Leben sehen. Einige von meinen Fragen werden möglicherweise auf Sie nicht zutreffen. Es geht aber darum, dass wir wirklich nichts übersehen. Sind Sie bereit?«



Spezifische teilhabebezogene Behandlungsangebote finden sich bei Lindenmeyer (2011, 2016c).



Der Fragebogen ist in der elektronischen Patientenakte PADO (s. www.navacom.de) enthalten. Die Angaben des Patienten erscheinen dadurch automatisch im therapeutischen Entlassungsbericht und stehen für eine statistische Auswertung zur Qualitätssicherung zur Verfügung.

AB 5 Berufsbezogener Behandlungsbedarf

Wegen der großen Bedeutsamkeit der beruflichen (Re-)Integration für den langfristigen Erfolg der Behandlung von Alkoholabhängigen haben die Leistungsträger in Kooperation mit den Sucht-Fachverbänden Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs im Rahmen der Behandlung veröffentlicht.



In der sogenannten BORA-Konzeption (**B**eruflich **o**rientierte **R**ehabilitation **A**bhängiger) werden fünf Gruppen differenziert (Deutsche Rentenversicherung DRV, 2014), die einen jeweils unterschiedlichen berufsbezogenen Behandlungsbedarf haben. Der Fragebogen ermöglicht dem Therapeuten die hierbei geforderte Einteilung der Patienten in eine dieser fünf Gruppen zur Ableitung individuell notwendiger berufsbezogener Behandlungsmaßnahmen:

- ▶ **BORA-Zielgruppe 1.** Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen. Hier sind keine spezifischen berufsbezogenen Behandlungsangebote erforderlich.
- ▶ **BORA-Zielgruppe 2.** Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen. Hier ist eine spezifische Erfassung und wo immer möglich eine Verbesserung der individuellen berufsbezogenen Problemlage erforderlich, um ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Hier kommen insbesondere Leistungen aus den Bereichen Problembewältigung am Arbeitsplatz, interaktionelles Kommunikations- und Konflikttraining, Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers, PC-Schulungskurse, Sozialberatung, Arbeitstherapie und Ergotherapie infrage.
- ▶ **BORA-Zielgruppe 3.** Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III (Bezug von ALG I), auch Erwerbstätige, die während Krankenschreibung arbeitslos werden (z. B. befristeter Arbeitsvertrag, Auflösungsvertrag). Erwerbstätige, die langzeitarbeitsunfähig sind und nach 18 Monaten von der Krankenkasse ausgesteuert werden,

haben zwar noch einen Arbeitsplatz, beziehen aber ALG I oder ALG II. Hier ist eine systematische Erfassung und wo immer möglich eine Überwindung der individuellen Vermittlungshemmnisse erforderlich, um sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern. Hier sind insbesondere Leistungen aus den Bereichen Umgang mit Ängsten und Konflikten, PC-Schulungskurse, Sozialberatung, Bewerbungstraining, Arbeitstherapie, Ergotherapie, Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes, Assessment- und Fallmanagementverfahren und gegebenenfalls Gespräche mit dem Reha-Fachberater indiziert.

- ▶ **BORA-Zielgruppe 4.** Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II (Bezug von ALG II). Auch hier ist eine systematische Erfassung und wo immer möglich eine Überwindung der individuellen Vermittlungshemmnisse erforderlich, um sie doch noch dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern. Über die Leistungen der Zielgruppe BORA 3 hinaus kommen hier Therapieangebote wie Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, Umgang mit Resignation, interne Belastungserprobung/Betriebspraktika, externe Belastungserprobung und Einleitung weitergehender Maßnahmen (z. B. Adaption) infrage.
- ▶ **BORA-Zielgruppe 5.** Hierzu zählen schließlich z. B. Schüler, Studenten, Hausfrauen, Zeitrentner und sonstige Nicht-Erwerbsrehabilitanden bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt anstreben. Hier ist eine systematische Erfassung und gezielte Förderung der individuellen beruflichen Neigungen und Potenziale erforderlich. Je nach Unterstützungsbedarf werden die therapeutischen Leistungen angeboten, die auch für Rehabilitanden der Zielgruppen BORA 3 und BORA 4 vorgehalten werden.



Bei Verwendung der elektronischen Patientenakte PADO (s. www.navacom.de) erfolgt die Einteilung in die BORA-Gruppen automatisch durch die Angaben des Patienten in der Anamnese und wird entsprechend im therapeutischen Entlassungsbericht ausgewiesen.

AB 6 Anamnesefragebogen



Es ist nicht immer einfach, aus dem anekdotenhaften Schilderungen des Patienten bzw. seiner interaktionellen Zurückhaltung bei der Exploration die für eine qualifizierte Anamnese notwendigen Informationen zu erhalten. Der Anamnesebogen beschränkt sich bewusst auf den Alkoholkonsum.



Die erfragten Daten entsprechen dem obligatorischen Deutschen Kerndatensatz für Suchteinrichtungen (Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren DHS, 2010).



Für Suchttherapieeinrichtung wird hierzu die Verwendung einer elektronischen Patientenakte (z. B. PADO; s. www.navacom.de) empfohlen, weil hierdurch eine automatische Verwendung für das Berichtswesen und unmittelbar eine statistische Auswertung zur Qualitätssicherung erfolgen kann.


AB 7 Gespräch mit dem Hausarzt



Im Schnitt hat ein Alkoholpatient mindestens einmal pro Jahr Kontakt zu seinem Hausarzt aufgrund somatischer Beschwerden. Dieser kennt den Patienten einschließlich seiner familiären Verhältnisse in der Regel seit mehreren Jahren. Insofern ist er fast immer die Person der ersten Wahl, um die subjektiven Angaben des Patienten zu seinem Alkoholproblem zu objektivieren und die erforderlichen Behandlungsoptionen qualifiziert zu bewerten.



Oftmals hat sich der Hausarzt allerdings mit diesem Wissen auch bei erheblichen Bedenken gegen den Alkoholkonsum eines Patienten mit kritischen Rückmeldungen zurückgehalten, um den Patienten nicht zu verlieren. Letzterer wähnt sich dadurch in der trügerischen Sicherheit, dass mit ihm noch alles in Ordnung sei. Bei der telefonischen Kontaktaufnahme ist insbesondere darauf zu achten, dass sich der Hausarzt durch die Kontaktaufnahme nicht kritisiert oder belehrt fühlt.

 »Ich bin der Psychotherapeut von Herrn X, der sich seit bei mir in Behandlung befindet. Nun ist bei Alkoholproblemen die Selbsteinschätzung des Betroffenen nicht immer ganz zuverlässig. Sie kennen den Patienten viel besser als ich, er hat mir daher gestattet, mit Ihnen Rücksprache zu halten. Ich würde Sie gern um Ihre Einschätzung zu ein paar Fragen bitten. Es dauert nur wenige Minuten.«

 Hinweise zur Gesprächsführung einschließlich konkreter Formulierungshilfen finden sich bei Lindenmeyer (2013).


AB 8 Drinker Inventory of Consequences


Der von Miller et al. (1995) entwickelte Fragebogen dient der Erfassung der Schwere eines Alkoholproblems anhand der dadurch entstandenen negativen Konsequenzen. Die 50 Items verteilen sich auf folgende fünf Subskalen:

- (1) körperliche Folgen
- (2) zwischenmenschliche Folgen
- (3) psychische Folgen
- (4) fehlende Impulskontrolle
- (5) soziale Folgen

Erfragt wird jeweils, ob eine Alkoholfolge jemals im Leben aufgetreten ist. Die Auswertung erfolgt nach unterschiedlichen Referenzwerten für Frauen und Männer und ermöglicht schließlich die Erstellung eines Profils der negativen Konsequenzen durch Alkohol. Mittels einer Kontrollskala kann außerdem die Ehrlichkeit des Patienten bei der Beantwortung der Fragen eingeschätzt werden.

AB 9 Auswertung des Drinker Inventory of Consequences


 Die Auswertung kann per Hand durch Zusammenzählen der Werte pro Skala erfolgen. Zum Schluss wird der Rohwert jeder Skala dann nach Geschlecht unterschieden und mittels einer Tabelle in Decilwerte »sehr hoch«, »hoch«, »mittel«, »gering« und »sehr gering« übertragen. Dadurch ist ablesbar, wie stark die negativen Konsequenzen durch den Alkoholkonsum eines einzelnen Patienten im Vergleich zu anderen Alkoholabhängigen sind.

 Zu beachten ist, dass es sich bei den Ergebnissen immer um die Selbsteinschätzung des Patienten handelt, die starken Verzerrungen etc. unterliegen kann. Insofern sollte die Rückmeldung auch immer einen Hinweis auf die Einschätzung durch den Therapeuten enthalten.

 »Herr X, nach Ihrer Selbsteinschätzung hat sich Ihr Alkoholproblem v. a. negativ auf ausgewirkt, weniger negative Konsequenzen sehen Sie dagegen hinsichtlich

Ich möchte Ihnen ausdrücklich zu dieser aus meiner Sicht differenzierten und realistischen Selbsteinschätzung gratulieren. Dies ist ein guter Ansatzpunkt für die weitere Behandlungsplanung.

Ich kann Ihrer Selbsteinschätzung leider nicht ganz zustimmen. Ich schätze die negativen Auswirkungen Ihres Alkoholproblems auf sehr viel stärker als Sie. Aus meiner Sicht

 Die Auswertung kann aber auch sehr viel einfacher durch Eingabe in die Auswertungsdatei auf der Website www.salus-materialien.de erfolgen.



Craving	Erfüllt <input type="checkbox"/>
<p>Spüren Sie häufig eine Art unbezwingbares Verlangen, Alkohol zu trinken? Wenn ja, erläutern Sie bitte, was Sie meinen.</p>	Vorbefunde/Fremdbeobachtung
Verminderte Kontrollfähigkeit	Erfüllt <input type="checkbox"/>
<p>Haben Sie mehr als einmal erfolglos versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren oder ganz aufzugeben? Kommt es vor, dass Sie deutliche mehr oder über einen längeren Zeitpunkt Alkohol trinken, als Sie sich eigentlich vorgenommen hatten? Erläutern Sie bitte.</p>	Vorbefunde/Fremdbeobachtung
Entzugssymptome	Erfüllt <input type="checkbox"/>
<p>Erleben Sie folgende Nachwirkungen Ihres Alkoholkonsums: Schlafstörungen, Nervosität, Gereiztheit, Ängstlichkeit, Schwitzen? Trinken Sie manchmal morgens, um eine bestehende Übelkeit oder Zittern (z. B. Ihrer Hände) zu lindern? Erläutern Sie bitte.</p>	Vorbefunde/Fremdbeobachtung

Toleranzentwicklung	Erfüllt <input type="checkbox"/>
<p>Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass Sie mittlerweile mehr Alkohol benötigen als früher, bevor Sie eine bestimmte Wirkung erzielen? Können Sie heute deutlich mehr Alkohol vertragen als früher? Wenn ja, erläutern Sie bitte etwas ausführlicher, was Sie meinen.</p>	Vorbefunde/Fremdbeobachtung
Einengung auf Substanzgebrauch	Erfüllt <input type="checkbox"/>
<p>Ändern Sie Tagespläne, um Alkohol trinken zu können bzw. richten Sie den Tag so ein, dass Sie regelmäßig Alkohol trinken können? Wenn ja, berichten Sie mir bitte etwas ausführlicher davon. Benötigen Sie einen längeren Zeitraum, um die negativen Nachwirkungen Ihres Alkoholkonsums zu überwinden? Wenn ja, erläutern Sie mir dies bitte etwas ausführlicher.</p>	Vorbefunde/Fremdbeobachtung
Konsum trotz negativer Folgen	Erfüllt <input type="checkbox"/>
<p>Trinken Sie, obwohl Ihr Alkoholkonsum zu schädlichen körperlichen, psychischen oder sozialen Folgen führt? Wenn ja, berichten Sie mir bitte etwas ausführlicher darüber.</p>	Vorbefunde/Fremdbeobachtung



Subjektive Einschränkung	Seit wann?	Details
Motorische Aktivität		
<input type="checkbox"/> Muskelkraft		
<input type="checkbox"/> Treppen steigen		
<input type="checkbox"/> aufrechte Haltung		
<input type="checkbox"/> Gegenstände heben/tragen		
<input type="checkbox"/> Feinmotorik		
<input type="checkbox"/> gehen und Fortbewegung		
<input type="checkbox"/> sitzen		
<input type="checkbox"/> stehen		
<input type="checkbox"/> Körpersensibilität		
<input type="checkbox"/> Schwindel		
<input type="checkbox"/> knien		
Allgemeine Aufgaben/Anforderungen		
<input type="checkbox"/> Schlaf		
<input type="checkbox"/> Geschmackswahrnehmung		
<input type="checkbox"/> Geruchswahrnehmung		
<input type="checkbox"/> Stimme		
<input type="checkbox"/> Sehfähigkeit		
<input type="checkbox"/> Hörfähigkeit		
<input type="checkbox"/> Umgang mit psychischer Belastung		
<input type="checkbox"/> Umgang mit Krisensituationen		
<input type="checkbox"/> Stressbewältigung		
<input type="checkbox"/> tägliche Routine planen		
Kognitive Einschränkungen		
<input type="checkbox"/> Rechtschreibung		
<input type="checkbox"/> lesen/schreiben können		
<input type="checkbox"/> Problemlösefähigkeit		
<input type="checkbox"/> Entscheidungsfähigkeit		
<input type="checkbox"/> Gedächtnis		
<input type="checkbox"/> mit Tastatur schreiben		



Subjektive Einschränkung	Seit wann?	Details
<input type="checkbox"/> Rechenfähigkeit		
<input type="checkbox"/> Deutschkenntnisse		
<input type="checkbox"/> Reaktionsgeschwindigkeit		
<input type="checkbox"/> PC-Kenntnisse		
<input type="checkbox"/> Zeitmanagement		
<input type="checkbox"/> psychische Stabilität		
<input type="checkbox"/> Optimismus		
<input type="checkbox"/> Zuverlässigkeit		
<input type="checkbox"/> Zielstrebigkeit		
<input type="checkbox"/> Konzentrationsfähigkeit		
Häuslicher Lebensbereich		
<input type="checkbox"/> Haushaltsführung		
<input type="checkbox"/> kochen		
<input type="checkbox"/> Wäsche waschen		
<input type="checkbox"/> Umgang mit Geld		
<input type="checkbox"/> Umgang mit Ämtern		
<input type="checkbox"/> Körperpflege		
<input type="checkbox"/> Pflege von Angehörigen		
Berufsausübung		
<input type="checkbox"/> Chancen auf dem Arbeitsmarkt		
<input type="checkbox"/> arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit		
<input type="checkbox"/> Beziehung zu Vorgesetzten		
<input type="checkbox"/> Beziehung zu Arbeitskollegen		
<input type="checkbox"/> Berufserfahrung		
<input type="checkbox"/> Berufsausbildung		
<input type="checkbox"/> Schulbildung		
Beziehung zu anderen Menschen		
<input type="checkbox"/> sich an Diskussion beteiligen		
<input type="checkbox"/> sich mit anderen unterhalten		
<input type="checkbox"/> mit Verantwortung umgehen		